



PSİKİYATRİ ZİRVESİ

10. ULUSAL ANKSİYETE KONGRESİ

Araştırmalardan kliniğe yansımalar: Nörobilimde güncellemeler

15 - 18 Mart 2018 Maxx Royal Otel, Antalya

**Konuşma Metinleri ve
Bildiri Özetleri**

www.psikiyatrizirvesi.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@psikiyatrizirvesi.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@psikiyatrizirvesi.org

İçindekiler

Önsöz	V
Kurullar	VI
Bilimsel Program	VIII
Konuşma Metinleri	1
Sözel Bildiriler	85
Poster Bildirileri	167
Yazar Dizini	293

ÖNSÖZ

Değerli Katılımcılar,

3. Psikiyatri Zirvesi ve 10. Ulusal Anksiyete Kongresi'ne hoşgeldiniz. Araştırmalardan kliniğe yansımalar: Nörobilimde güncellemelerin farklı boyutları ile ele alınması hedeflenen bu kongrede klinik ve psikiyatrik uygulamalardaki güncel ve dinamik oturumların olacağı bir program yer almaktadır.

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 ulaştırmaktaki 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 almaktadır.

Kongremizde hem bilimsel hemde sosyal açıdan keyif alacağınızı umar, göstermiş olduğunuz ilgi için teşekkür ederiz.

Saygılarımızla,

Prof. Dr. Nesrin DİLBAZ
Kongre Başkanı

Prof. Dr. Oğuz KARAMUSTAFALIOĞLU
Kongre Başkanı

KONGRE DÜZENLEME KURULU

KONGRE BAŞKANLARI

Prof. Dr. Nesrin DİLBAZ
Prof. Dr. Oğuz KARAMUSTAFALIOĞLU

KONGRE GENEL SEKRETERLERİ

Doç. Dr. Gül ERYILMAZ
Doç. Dr. Cemal Onur NOYAN
Doç. Dr. Aslı ENEZ DARÇIN
Uz. Dr. Hüseyin Yumrukçal

KONGRE DÜZENLEME KURULU

Alessandro Serretti (İtalya)	Çiçek Hocaoğlu (Türkiye)	Hüsnü Erkmen (Türkiye)	Rabia Bilici (Türkiye)
Ali Çayköylü (Türkiye)	Eduard Vieta (İspanya)	İbrahim Balcıoğlu (Türkiye)	Siegfried Kasper (Avusturya)
Ali Saffet Gönül (Türkiye)	Elif Anıl Yağcıoğlu (Türkiye)	Joseph Zohar (İsrail)	Stephen M Stahl (ABD)
Alp Üçok (Türkiye)	Emrem Beştepe (Türkiye)	Nevzat Tarhan (Türkiye)	Umut Mert Aksoy (Türkiye)
Behçet Çoşar (Türkiye)			

KONGRE BİLİMSEL KURULU

Abdullah Akpınar	E. Erdal Erşan	Kazım Yazıcı	Onat Yılmaz
Abdullah Atlı	Ejder Akgün Yıldırım	Kemal Ankan	Orhan Doğan
Abdurrahman Altındağ	Elif Oral	Kemal Kuşçu	Ömer Akil Özer
Abdülkadir Çevik	Elvan Özalp	Köksal Alptekin	Ömer Aydemir
Adnan Cansever	Ender Taner	Kültegin Ögel	Ömer Böke
Ahmet Rifat Şahin	Engin Eker	Kürşat Altınbaş	Ömer Şenormancı
Ahmet Tiryaki	Ercan Abay	Levent Atik	Özcan Uzun
Ahmet Ünal	Ercan Dalbudak	Levent Küey	Özlem Bolat Kaya
Akfer Karaoğlu Kahiloğullar	Erdal Işık	Levent Mete	Özlem Erden Aki
Alaaddin Duran	Erdal Vardar	Levent Sevinçok	Özlem Orhan
Alessandro Serretti (İtalya)	Erhan Bayraktar	Levent Sütçügil	R.Hülya Bingöl Çağlayan
Ali Savaş Çilli	Erol Göka	Lut Tamam	Ramazan Konkan
Alp Üçok	Ertan Tezcan	Mahmut Bulut	Rasim Somer Diler
Alptekin Çetin	Ertuğrul Eşel	Mansur Beyazürek	Raşit Tükel
Altan Eşsizioğlu	Eylem Özten	Mecit Çalışkan	Reha Bayar
Aslı Kuruoğlu Cengiz	Fagan Zakirov	Medine Yazıcı Güleş	Rüstem Aşkın
Aslı Sarandöl	Fatih Canan	Mehmet Emin Ceylan	Salih Battal
Aslı Enez Darçın	Fatih Ceylan	Mehmet Yumru	Sedat Özkan
Aslıhan Dönmez	Fatih Karaaslan	Mehmet Yücel Ağargün	Sefa Saygılı
Atıla Erol	Fatih Öncü	Mehmet Zihni Sungur	Selçuk Aslan

KONGRE BİLİMSEL KURULU

Aylin Yazıcı	Figen Karadağ	Melike Nebioğlu	Selçuk Kırli
Ayşegül Özerdem	Filiz Karadağ	Meral Berkem	Selma Bozkurt Zincir
Ayşegül Yıldız	Fulya Maner	Meram Can Saka	Serhat Çitak
Ayşen Çoşkun	Füsün Akdeniz	Mesut Çetin	Sermin Kesebir
Aytekin Özşahin	Gökay Aksaray	Mesut Yıldız	Servet Erbinç
Aytekin Sır	Gül Eryılmaz	Mine Özmen	Sibel Çakır
Baybars Veznedaroğlu	Gülcan Güleç	Mine Şahingöz	Sibel Örsel
Bedriye Öncü	Hakan Atalay	Murat Atmaca	Siegfried Kasper (Avusturya)
Bekir Aydın Levent	Hakan Kumbasar	Murat Beyazyüz	Simavi Vahip
Bengi Semerci	Hakan Türkcapar	Murat Demet	Stephen M. Stahl (ABD)
Berna Uluğ	Haldun Soygür	Murat Kuloğlu	Sultan Doğan
Bilge Burçak Annagür	Halise Devrimci Özgülen	Musa Tosun	Sunar Birsöz
Bilgen Taneli	Haluk Özbay	Mustafa Baştürk	Süheyla Ünal
Bilgin Saydam	Hamdullah Aydın	Mustafa Bilici	Şükrü Kartalçı
Bülent Bahçeci	Hasan Kaya	Mustafa Güleç	Şükrü Uğuz
Bülent Çoşkun	Hatice Güz	Mustafa Solmaz	Tamer Aker
Bülent Kadri Gültekin	Hayrettin Kara	Mustafa Yıldız	Tayfun Turan
Cahide Aydın	Hayriye Elbi	Muzaffer Çetingüç	Tijen Şengezer
Can Cimilli	Hüseyin Güleç	Müfit Uğur	Timuçin Oral
Cem Atbaşoğlu	Hüseyin Yazıcı	Nahit Özmenler	Tunay Karlıdere
Cem İncesu	Işıl Göğçeğöz Gül	Neslihan Akkişi Kumsar	Tunç Alkin
Cemal Onur Noyan	Işın Baral Kulaksızoğlu	Nesrin Karamustafaloğlu	Tümer Türkbay
Cengiz Tuğlu	İbrahim Eren	Neşe Kocabaşoğlu	Vedat Şar
Cüneyt Evren	İlkin İçelli	Nevzat Yüksel	Vesile Altınyazar
Çınar Yenilmez	İsmail Ak	Nihat Alpaz	Yakup Albayrak
Çiğdem Aydemir	İsmail Hakkı Aydın	Nuray Atasoy	Yankı Yazgan
Duran Çakmak	İsmet Kırpınar	Nurper Erberk	Yavuz Selvi
Ebru Damla Bostancı	İsmet Melek	Oğuz Tanrıdağ	Yusuf Sivrioğlu
Eduard Vieta (İspanya)	Joseph Zohar (İsrail)	Olga Güriz	Zehra Arıkan

BİLİMSEL PROGRAM

15 MART 2018, PERŞEMBE

SAAT	SALON A	SALON B
11:30-12:15	KONFERANS Türklerin Topluluk Psikolojisi Nasıl Analiz Edilir Erol Göka	AKILCI İLAÇ KULLANIMI Fagan Zakirov
12:15-13:15	Öğle Yemeği	
13:15-13:30	AÇILIŞ	
13:30-15:00	13:30 – 14:15 KONFERANS 1 Depresyonu Başlamadan Tespit Etmek Mümkün mü ? Ali Saffet Gönül 14:15 – 15:00 KONFERANS 2 Yetişkin Ayrılık Anksiyete Bozukluğu ile Anksiyete Bozukluğu Arasında Tanı ve Tedavi İlişkisi Tunç Alkın	PANEL 1 TEDAVİYE DİRENÇLİ DURUMLAR Oturum Başkanı: Ali Çayköylü – Tedaviye Dirençli Depresyona Yaklaşım Özlem Bolat Kaya – Tedaviye Dirençli Bipolar Bozukluğa Yaklaşım Çınar Yenilmez – Tedaviye Dirençli Şizofreniye Yaklaşım Halil Özcan – Tedaviye Dirençli Anksiyete Bozukluğuna Yaklaşım Ramazan Konkan
15:00-15:15	Kahve Arası	
15:15-16:15	UYDU SEMPOZYUM DEPRESYON VE ANKSİYETE İLİŞKİSİ: TANI VE TEDAVİDEKİ İNCELİKLER Oturum Başkanı: Nesrin Dilbaz Konuşmacı: Öğüz Karamustafaloğlu	
16:15-16:30	Kahve Arası	
16:30-17:30	UYDU SEMPOZYUM BİPOLAR DEPRESYONDA AYIRICI TANI Konuşmacılar: Nesrin Dilbaz, Öğüz Karamustafaloğlu	
17:30-19:00	17:30-18:15 KONFERANS 3 Yaşlı ve Eşanlı Hastalarda Antidepresan Tedavi Alessandro Serretti 18:15 – 19:00 KONFERANS 4 Demanslarda Psikotik belirtilerin klinik yansımaları İşin Baral Kulaksızoğlu	PANEL 4 BİZİ GÖZDEN KAÇIRMAYIN: BİLİMDEN DENEYİME Oturum Başkanı: Rüstem Aşkın – Tıbbi Olarak Açıklanamayan Psikiyatrik Hastalıklar Ali Çayköylü – Öbezite Bağımlılık mıdır ? Ahmet Bülent Yazıcı – OKB'nin Nörobiyolojisinde Yeni Gelişmeler Süheyla Ünal – Depresyon ve İşlevsellik Nesrin Dilbaz
19:00-20:00	Akşam Yemeği	
20:00-21:30	AKŞAM TARTIŞMASI 1 DEMANS'A 5 FARKLI YAKLAŞIM Oturum Başkanları: İşin Baral Kulaksızoğlu, Sunar Birsöz – Erken Tanı Demansı Öner mi ? Önlemez mi ? Süheyla Doğan Bulut – Uyku Bozukluğunun Tedavisi Demansı Öner mi? Önlemez mi? Filiz İzci – Beslenme Alışkanlıkları Demansla İlişkisi var mıdır? Yok mudur ? Özlem Devrim Balaban – Süper yaşlanma var mıdır ? Yok mudur ? Yahap Ozan Kotan	

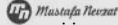
BİLİMSEL PROGRAM

15 MART 2018, PERŞEMBE

SAAT	SALON C	SALON D
11:30-12:15		
12:15-13:15	Öğle Yemeği	
13:15-13:30		
13:30-15:00	PANEL 2 ANKSİYETE BOZUKLUKLARINDA YENİ GELİŞMELER Oturum Başkanı: Hatice Güz – Korku ve Anksiyete Nörobiyolojisi Öznur Ateş – Yaygın Anksiyete Bozukluğunda Kognitif Kuramlar ve Kognitif Davranışçı Terapi Yaklaşımları Ömer Şenormancı – Yaygın Anksiyete Bozukluğunda Tedavi Kılavuzları ve Yeni Araştırmaların Işığında Güncel Tedaviler Selime Çelik Erden – Anksiyete ve Bağlanma Birim Sıngu Talu	PANEL 3 FARKLI YÖNLERİ İLE SOSYAL MEDYA BAĞIMLILIĞI Oturum Başkanı: Behçet Coşar – Sosyal Medya Bağimliliğine Genel Bakış Behçet Coşar – Sosyal Medya Bağimliliğinde Gelişmeleri Kaçırma Korkusu (Fomo) Erman Şentürk – Sosyal Medya Bağimliliği ve Depresyon Bahadır Geniş – Sosyal Medya Bağimliliği ve Anksiyete Hakan Aksu – Sosyal Medya Bağimliliği ve Kişilik Özellikleri Arasındaki İlişki İrem Ertek
15:00-15:15	Kahve Arası	
15:15-16:15		
16:15-16:30	Kahve Arası	
16:30-17:30		
17:30-19:00	PANEL 5 İMPULSİVİTE / KOMPULSİVİTE Oturum Başkanı: Hatice Güz – İmpulsivite- Kompulsivite Spektrumunda Bağimlilik İşıl Göğcegöz Gül – Obsesif Kompulsif Spektrum Bozuklukları ve İmpulsivite ve Kompulsivite Hatice Güz – İmpulsivite ve Kompulsivitede Nörobilişsel Endofenotipler Aslı Enez Dargın – İmpulsivite ve Kompulsivitede Nöral Devreler Hasan Kaya	PANEL 6 BUZDAĞININ ÖTESİ Oturum Başkanı: Neslihan Akkış Kumars – Çevrimiçi Olma İle İlgili Psikiyatrik Hastalıklar Gürler Güz – Psikiyatrik Hastalıkların Çevrimiçi Tedavisi Onat Yılmaz – Örtük Bilış ve Psikiyatrik Hastalıklar Serdar Nurmedov – Psikiyatrik Hastalıkların Tedavisinde Örtük Bilışlerin Rolü Fagan Zakirov
19:00-20:00	Akşam Yemeği	
20:00-21:30		

BİLİMSEL PROGRAM

16 MART 2018, CUMA

SAAT	SALON A	SALON B	SALON C
07:30-08:45			Kurs 1 Adli Psikiyatri Kursu Sefa Saygılı Latif Alpkan
08:45-09:00	Ara		
09:00-10:30	09:00-09:45 KONFERANS 5 Hastalıkta ve Sağıkta Bedenin Kullanımı Mine Özmen 09:45-10:30 KONFERANS 6 En büyük Karşınmamam Gereksinim: Şizofrenide Bilışsel Bozukluklar ve Tedavisi Oturum Başkanı: Ahmet Rifat Şahin Konuşmacı: Nesrin Dilbaz	PANEL 7 BAĞIMLILIKTA İLAÇ TEDAVİLERİ Oturum Başkanları: Zehra Ankan, Rabia Bilici – Alkol Kullanım Bozuklukları Zehra Ankan – Madde Kullanım Bozuklukları Rabia Bilici – Uzun Etkili Tedaviler C. Onur Noyan – Komorbid Durumlarda İlaç Tedavileri Murat Kuloglu	PANEL 8 EKT TEDAVİSİNİN GEÇMİŞİ VE BUGÜNÜ Oturum Başkanı: Mecit Çalışkan – EKT'nin Türkiye'deki Tarihi Mecit Çalışkan – Psikiyatrik Hastalıklarda EKT Uygulamaları Servet Ebrinc – EKT'nin Nörobiyolojisi Gözde Avcı – Dünyada İdame EKT Tedavisi ve Numune Deneyimi Fulya Gök
10:30-11:00	Kahve Arası		
11:00-12:00	UYDU SEMPOZYUM Oturum Başkanı: Nesrin Dilbaz Paroksetin adına, 10 yıl önce ve 10 yıl sonra güncel tedavi yaklaşımları Nesrin Dilbaz Anksiyete bozukluklarının ilaç dışı yaklaşımlarla tedavisinde 10 temel ilke Mehmet Zihni Sungur		
12:00-13:30	Öğle Yemeği		
13:30-15:00	13:30-14:15 KONFERANS 7 30,000'den daha fazla Psikiyatrist Niçin Nbn (Nörobilim Temelli Nomenklatür) Kullanıyor? Nbn-2 Ve Nbn-ca Güncellemesi Joseph Zohar 14:15-15:00 KONFERANS 8 Uçardan Dengeye Lityuma Yanıt Göstergeleri Kürşat Altınbaş	PANEL 11 AJITE HASTAYA YAKLAŞIM (TANI, ETYOLOJİ, AYIRICI TANI VE TEDAVİ) Oturum Başkanları: Ennem Beştepe, Çiğdem Aydemir – Şizofreni Emrem Beştepe – Bipolar Bozukluk Evrin Erten – Deliryum Çiğdem Aydemir – Diğer Bozukluklar Hasan Karadag	PANEL 12 TSBB'DE PSIKOTERAPİDE NEREDEYİZ? Oturum Başkanları: Mehmet Zihni Sungur, Tamer Aker – Kontrol Odaklı Davranış Terapisi Tamer Aker – Uzun Süreli Alıştırma Tedavisi Levent Sütçigil – EMDR Alişan Burak Yaşar – Metakognitif Terapi Anıl Gündüz
15:00-15:15	Kahve Arası		
15:15-16:15	UYDU SEMPOZYUM  ANTİDEPRESAN KULLANIMINDA YAYGIN İKİLEM: ÇİNSEL İŞLEV BOZUKLUĞU Oturum Başkanı: Oğuz Karamustafaloğlu Konuşmacı: Alessandro Serretti		
16:15-16:30	Kahve Arası		
16:30-18:00	16:30-17:15 KONFERANS 9 TSBB tedavisinin başlangıç döneminde neler yapılmalı ve neler yapılmamalı? Joseph Zohar 17:15-18:00 KONFERANS 10 İskatıldığımız: Farkedemediğimiz Yanlırlarla Yaşamın İçindeki Depresyon: Tanımdan Anlamaya Mehmet Zihni Sungur	PANEL 15 ORGANİSİTE VE PSİKİYATRİ Oturum Başkanı: Mecit Çalışkan – Ruhsal mı Organik mi Ayrımında Psikiyatri Mecit Çalışkan – Bir Eğitim Araştırma Hastanesinde KLP Uygulamaları Hatice Gönül – Psikiyatrik Hastalıkların Olası İmmünolojik Nedenleri Ve Mekanizmaları Recai Türkoğlu – Otoimmünite Ve Psikotik Bozukluklar Erdem Tüzün	PANEL 16 HAMİLELİK VE EMZİRME DÖNEMİNDE PSIKOFARMAKOLOJİK YAKLAŞIM Oturum Başkanları: Sermin Kesebir, Birgül Cumurcu – Doğurganlığın Başında ve Sonunda Duygudurum Bozuklukları Sermin Kesebir – Premenstrual Sendromlar Esra Yancar Demir – Gebelikte İlaç Tedavi Kılavuzları Ne Diyor? Gül Eryılmaz – Gebelikte Ek Tedaviler Eylem Özten – Gebelikte Bağımlılık Tedavisi Birgül Cumurcu
18:00-19:30	Akşam Yemeği		
19:30-20:30	AKŞAM KONFERANSI 10 Ölüm ve Ölmek Üzerine Sedat Özkan		

BİLİMSEL PROGRAM

16 MART 2018, CUMA

SAAT	SALON D	SALON E
07:30-08:45	Kurs 2 DEHB Tanısının Geç Görünimleri: Tanı ve Tedavi Kursu – Nörogerişimsel bir bozukluk olarak erişkinlerde DEHB'yi tanımak Umur Mert Aksoy – Tanı ve Ayırıcı Tanıda dikkat edilmesi gerekenler, Tedavide önemli basamaklar Bedriye Öncü	Kurs 3 Anksiyete Bozukluklarında EMDR Kursu Emre Konuk Alişan Burak Yaşar Zeynep Zat
08:45-09:00	Ara	
09:00-10:30	PANEL 9 PSIKİYATRİ PSİKOLOJİ FARKI, SINIRLARI VE SORUMLULUKLARI... Oturum Başkanı: Halil İbrahim Balcıoğlu – Psikiyatri ve Psikolog kimdir? Halil İbrahim Balcıoğlu – Tedavide Sorumluluk Alanları.. Psikolog'un Sorumluluğu Neden Psikiyatri da? Ayhan Akcan – Psikologlar Hasta Tedavisi Konusunda Sınır Nereye Kadar? Yoksa Bu Sınır Sadece Psikologlara mı..? İsmail Erdem Dayıoğlu – Psikiyatri Psikolog İşbirliği Erdiç Öztürk – Adli Tıp'ta Nasıl Bir Uygulama Vardır Mustafa Solmaz	PANEL 10 PSKİDERMATOLOJİYE GÜNCEL YAKLAŞIM: ŞİŞLİ ETFAL POLİKLİNİĞİ Oturum Başkanları: Ömer Akil Özer, Nesrin Karamustafaloğlu – Psikiyatrik Dermatolojiye Giriş Selime Çelik Erden – Psikiyatrik Dermatolojide Psikiyatrik Tedavi Aslı Beşirli – Psikiyatrik Dermatoloji Psikanalitik Bakış Jülide Kenar – Psikiyatrik Dermatoloji, Travma ve Disosiyatif Belirtiler Feride Yıldırım
10:30-11:00	Kahve Arası	
11:00-12:00		
12:00-13:30	Öğle Yemeği	
13:30-15:00	PANEL 13 SİZ OLSAYDINIZ NE YAPARDINIZ? Oturum Başkanları: Murad Atmaca, Sefa Saygılı – Dirençli bir OKB Olgusuna Yaklaşım Murad Atmaca – Dirençli bir Bipolar Bozukluk Olgusuna Yaklaşım Mehmet Gürkan Gürok – Dirençli bir Şizofreni Olgusuna Yaklaşım Ebru Fındıklı – Dirençli bir Depresif Bozukluk Olgusuna Yaklaşım Sevdâ Korkmaz	PANEL 14 BİRİKTİRME BOZUKLUĞU Oturum Başkanları: Nihat Alpaz, Latif Alpkan – Etiyoloji ve Klinik Görünüm Hüseyin Yumrukçal – Biriktirme Bozukluğu Nörobiyolojisi Serdar Bulut – Tedavisi Abdulkadir Tabo – Çöp Evler-Psiko sosyal Yaklaşımlar Erkan Aydın
15:00-15:15	Kahve Arası	
15:15-16:15		
16:15-16:30	Kahve Arası	
16:30-18:00	PANEL 17 TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU ÖNCESİ: NASIL DEĞERLENDİRİLMELİ, NE YAPMALI ? Oturum Başkanları: Medine Yazıcı Güleç, Tamer Aker – Akut Stres Bozukluğu'nda Tanı ve Tedaviyle İlgili Sorunlar Özlem Kızılkurt – Akut Stres Bozukluğu'ndan Travma Sonrası Stres Bozukluğu'na Geçiş İçin Risk Faktörleri Fikret Ferzan Gynas – Akut Stres Bozukluğu'nda BDT Uygulamaları Neslihan Akkış Kumsar – Akut Stres Bozukluğu'nda EMDR Uygulamaları Medine Yazıcı Güleç	PANEL 18 PSIKİYATRİK HASTALIKLARDA OPTİK KOHERENS TOMOGRAFİ BULGULARINA MEVCUT LİTERATÜR VE YENİ VERİLER IŞIĞINDA BİR BAKIŞ Oturum Başkanı: İsmet Kırpınar – Psikiyatri ve Optik Koherens Tomografi İsmet Kırpınar – Şizofreni Hastalarında Optik Koherens Tomografi Bulguları Ayşe Kurtulmuş – Biyolojik Ritim, Psikiyatrik Bozukluklar ve Optik Koherens Tomografi Çiğdem Dilek Şahbaz
18:00-19:30	Akşam Yemeği	
19:30-20:30		

BİLİMSEL PROGRAM

17 MART 2018, CUMARTESİ

SAAT	SALON A	SALON B
07:30-08:45	Kurs 4 Makale Yazma Kursu Orhan Doğan	Kurs 5 Metakognitif Terapi ve Yaygın Anksiyete Bozukluğunda Kullanımı Kursu – Metakognitif Terapi Nedir ? Mehmet Zihni Sungur – Yaygın Anksiyete Bozukluğunda Metakognitif Terapi Anıl Gündüz
08:45-09:00	Ara	
09:00-10:30	09:00-09:45 KONFERANS 11 Serotonin ve Ötesi Oturum Başkanı: Nesrin Dilbaz Konuşmacı: Stephen M. Stahl 09:45-10:30 KONFERANS 12 Hiçbir Şey İşe Yaramadığında Ne Yapmalı ? Oturum Başkanı: Nesrin Dilbaz Konuşmacı: Stephen M. Stahl	
10:30-11:00	Kahve Arası	
11:00-12:00	UYDU SEMPOZYUM ANTİPSİKOTİK DEĞİŞTİRME STRATEJİLERİ Oturum Başkanı: Nesrin Dilbaz Konuşmacılar: Stephen M. Stahl, Nesrin Dilbaz Baybars Veznedaroğlu	
12:00-13:30	Öğle Yemeği	
13:30-15:00	13:30-14:15 KONFERANS 13 Şizofrenide Negatif Semptomlara Yeni Bir Bakış Alp Üçok 14:15-15:00 KONFERANS 14 Duygudurum Bozukluklarında Karma Durumlar ve Tedavi Yaklaşımları Oturum Başkanı: Abdülkadir Çevik Konuşmacı: Oğuz Karamustafaloğlu	PANEL 19 PSİKİYATRİ VE NÖROBİYOLOJİ Oturum Başkanı: Nevzat Tarhan – Psikiyatride Kişiyi Özel Tedavi:TDM'den Farmakogenetiğe Nevzat Tarhan – Anksiyete ile İlgili Biyobelirteçler Korkut Ulucan – Poliaminler ve Psikiyatrik Hastalıklar Tayfun Uzbay – Emosyonel Disregülasyon Yakup Albayrak
15:00-15:15	Kahve Arası	
15:15-16:15	UYDU SEMPOZYUM TREVİCTA İLE YAŞAMIN İÇİNDE – Şizofreni tedavisinde aylık uzun etkili paliperidone palmitat Ahmet Tiryaki – Şizofreni tedavisinde 3 aylık uzun etkili paliperidone palmitat Halise Devrimci Özguven	
16:15-16:30	Kahve Arası	
16:30-18:30	16:30-17:15 KONFERANS 15 Uyku Bozuklukları ve Hipersomniye Yaklaşım Mehmet Yücel Ağargün 17:15-18:30 KONFERANS 16 Barsak Mikrobiyotası: Nörogeleşim ve Davranışta Anahtar Alper Evrensel	PANEL 22 KUTUPLARDAN EKVATORA: DENGİ GERÇEK Mİ? EFSANE Mİ? Oturum Başkanları: Cengiz Akkaya, Kürşat Altınbaş – Kutuplararası Yolculukla Bipolar Bozukluğun Yeniden Keşfi Kürşat Altınbaş – Duygudurum Düzenleyicilerle Duygudurum Dengeleme Gerçek mi? Efsane mi ? Memduha Aydın – Antipsikotiklerle Duygudurum Dengeleme Gerçek mi ? Efsane mi ? Cengiz Akkaya – Antidepresanlarla Duygudurum Dengeleme Gerçek mi ? Efsane mi ? Nesrin Dilbaz
18:30-19:30	Akşam Yemeği	
19:30-21:00	KONUŞ(U)YORUM Oturum Başkanı: Erdal Işık Konuşmacı: Nesrin Dilbaz – Sorularla Psikiyatri: 6 konu 6 soru – Depresyonda bozulan beyin devrelerinin tamiri – Metabolikler ve psikiyatrik Hastalıklar – OKB tedavisinde hızlı sonuca nasıl ulaşılır? – Şizofrenide İşlevsellğin İyileştirilmesi: sosyal bilinç rolü	

BİLİMSEL PROGRAM

17 MART 2018,CUMARTESİ

SAAT	SALON C	SALON D
07:30-08:45	Kurs 6 Hipnoz İndüksiyonu ve Tedavi Teknikleri Gökrem Gökçelioglu	Kurs 7 Sigara Bırakma Polikliniğinde Zor Vakalarla Çalışmak Tijen Şengazer
08:45-09:00 09:00-10:30	Ara	
10:30- 11:00 11:00-12:00	Kahve Arası	
12:00-13:30 13:30-15:00	Öğle Yemeği PANEL 20 YEME BOZUKLUĞU VE OBEZİTEYE GENEL VE GÜNCEL BİR BAKIŞ Oturum Başkanları: Fulya Maner, Erdal Erşan – Yeme Bozukluğu, Yeme Bağımlılığı ve Diğer Ruhsal Bozukluklar Ayrıntıları ve Birliklilikleri Ayşe Koroğlu – Yeme Bozukluğu ve Obezite’de Biyokimyasal Belirteçler Serpil Erşan – Yeme Bozukluğu ve Obezitede Tedavi Seçeneği Olarak Hipnoterapi: Hipnoobezite Erdal Erşan – Yeme Bozukluklarında Psikoterapi Fulya Maner	PANEL 21 YAŞLI HASTALARA PSİKİYATRİK YAKLAŞIM Oturum Başkanı: İbrahim Eren – Yaşlılarda Sık Görülen Ruhsal Sorunlar Şenay Yıldız Bozdoğan – Yaşlılarda Görülen Ruhsal Sorunların Tedavisi Medine Gıynas Ayhan – Yaşlılarda İlaç Kullanım İlkeleri İsmet Esra Çiçek – Yaşlılarda Yeterlilik ve Adli Konular Hatice Yardım Özyayhan
15:00-15:15 15:15-16:15	Kahve Arası	
16:15-16:30 16:30-18:30	Kahve Arası PANEL 23 PSİKİYATRİDE SANAL GERÇEKLIK KULLANIMI Oturum Başkanları: Nevzat Tarhan, Işıl Göğcegöz Gül – Sanal Gerçeklik Nedir ? Alptekin Çetin – Psikoterapide Sanal Gerçeklik Kullanımı Ahmet Yılmaz – Anksiyete Bozukluklarında Sanal Gerçeklik Kullanımı Gökçe Comert – Sanal Gerçekliğin Etkiliğine Dair Çalışmalar Ömer BAYAR	PANEL 24 PSİKİYATRİDE AZ KONUŞULAN TOKSİK SENDROMLAR Oturum Başkanı: Çiçek Hocaoglu – Serotonin Sendromu Nedir ? Tanı ve Tedavi Yaklaşımları Nelerdir ? Çiçek Hocaoglu – NMS Nedir ? Tanı ve Tedavi Yaklaşımları Nelerdir ? Mehmet Baltacıoglu – Tardif Diskinezi Nedir ? Tanı ve Tedavi Yaklaşımları Nelerdir ? Ece Yazla Asafov – Opioid Toksik Sendromu Nedir ? Tanı ve Tedavi Yaklaşımları Nelerdir ? Ayşe Koroğlu
18:30-19:30 19:30-21:00	Akşam Yemeği	

BİLİMSEL PROGRAM

18 MART 2018, PAZAR

SAAT	SALON A	SALON B
09:00-10:30	PSİKOZ TEDAVİSİNDE METAKOGNİTİF TERAPİLER Konuşmacılar: Nesrin Dilbaz, Haldun Soygür	PANEL 25 DAVRANIŞSAL BAĞIMLILIKLAR Oturma Başkanı: Cüneyt Evren – İnternette Oyun Bağımlılığı Cüneyt Evren – Kompulsif Alışveriş/Hiperseksüalite Aslıhan Eşlek – Obezite ve Bağımlılık C. Onur Noyan
10:30-11:00		Kahve Arası
11:00-12:30		PANEL 28 RUHSAL TRAVMA, ÇOCUKLUK VE ORGANİK BOZUKLUKLAR Oturma Başkanı: Emre Konuk – Çocukluk Çağı Travmalarının Organik Etkileri Emre Konuk – TSSB ve Biyolojik Bozukluklar Arif Çipil – HIV ve Psikoterapi Gökrem Gökçelioglu – Migren, Fibromiyalji ve Psikoterapotik Tedavisi Zeynep Zat
12:30-13:00	KAPANIŞ	

BİLİMSEL PROGRAM

18 MART 2018, PAZAR

SAAT	SALON C	SALON D
09:00-10:30	PANEL 26 PSİKİYATRİDE AZ KONUŞULAN KONULAR Oturum Başkanı: Aslı Enez Darçın – Çalışmaların Yorumlanmasında P Değerinin Ötesi Erkal Erzincan – Şizofreni ve Kadın Fatma Kiras – Sosyal Medya ve Mükemmel Anne İmajı Nermin Gündüz – Telesikeyatri Onur Gökçen	PANEL 27 PSİKOTİK BOZUKLUKLAR ÖRNEĞİ İLE KLİNİK PRATİKTE NÖRORADYOLOJİ KULLANIMI Oturum Başkanları: Nesrin Karamustafaoğlu, Neslihan Emiroğlu – Psikiyatri ve Sinirbilim Kavşağında Temel Nöroanatomi Güncellemeleri Şakir Gıca – Temel Nöroradyoloji Hatırlatmaları Derya Türel – Psikozun Ayırıcı Tanısında Nöroradyolojinin Öne Çıktığı Klinik Tablolar Abdullah Yıldırım – Çocuk Beyninde Nörobilimsel Gelişmeler Neslihan Emiroğlu
10:30-11:00	Kahve Arası	
11:00-12:30	PANEL 29 ESKİMEYEN DOST: LİTYUM SON BİLGİLER IŞIĞINDA KULLANIM İNCELİKLERİ Oturum Başkanı: İbrahim Eren – Farmakolojisi, Nörobiyolojik Etkileri İkbal İnancılı – Endikasyonları, Kullanımı, Üstünlükleri Bilge Çetin İlhan – Yanetkileri ve Yanetkilerle Baş Etme Stratejileri Ali Metehan Çalışkan – Bedensel Hastalığı Olanlarda Kullanımı, İlaç Etkileşimleri Seda Kıro Ercan	
12:30-13:00	KAPANIŞ	

KONUŞMA METİNLERİ

Türklerin Topluluk Psikolojisi Nasıl Analiz Edilir?

Prof. Dr. Erol GÖKA

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Ankara

En yavaş akan zaman psikolojik zamandır. Çocukluktan itibaren tüm hayatımızı “yineleme” (replication) olarak niteleyen Sigmund Freud’un keşfettiği şey de aslında bununla ilgilidir. İnsanın hayatı, çocuklukta edindiği düşünme ve davranış kalıplarının değişik zamanlarda, farklı olaylar karşısında tekrarından ibarettir. Freud’un insan teki için yaptığı bu keşif, sanki toplumların psikolojik hayatı için de söz konusu gibi görünüyor. Bir toplumun kuruluşunda ana dile kayıtlı olan psikolojisi, yaşam tarzı yüzlerce yıl geçse de pek değişmiyor.

Tarihin, kendi topluluğumuzun tarihinin çocuklarıyız. Her birimizin kendine özgü bireysel bir psikolojisi var ancak bizler aynı zamanda tarihsel bir topluluğun, bir geleneğin ve bir dilin içine doğuyor, burada nefes alıp veriyor, hüzünlenip neşelenmeyi, olaylar karşısında ne yapmamız gerektiğini bu yapının içinde öğreniyoruz. Yaşantımızı hem bireysel psikolojimiz açısından kendimize göre hem de içinde yaşadığımız topluluğun genel psikolojisine göre sürdürüyoruz. Davranışlarımız, düşüncelerimiz, tarih ırmağının içinden akarak gelen âdetler, görenekler, gelenekler tarafından belirleniyor. Topluluğumuzun yaşantıları, bu ırmak boyunca süzüle süzüle, bazen eksilerek bazen başka yaşantılarla karışıp artarak şimdiye ulaşıyor.

Tarihin bize ulaşan, bizi biz yapan mirasını ortaya çıkarabilmek için birçok bilim dalı çalışıyor. “Tarihsel Psikoloji”, yeni gelişen bir akademik alan. Bu alanda birçok yeni fikir üretiliyor. Biz de bugün toplumumuzda gördüğümüz, büyük ölçüde yaygınlık gösteren ve öne çıkan kolektif davranışın izini geçmişe, tarihin derinliklerine doğru sürerek, dipteki tarihsel ve psikolojik boyutlarını ortaya çıkarmaya gayret ediyoruz.

Yapısal Antropolojinin kurucusu C. L. Strauss, bir toplumun analizi için “kadınların, malların ve sembollerin dolaşımına” bakılması gerektiğini söyler. Psikolojiden baktığımızda bu bakış yetmez. Bir topluluğun tarih boyunca süren davranış kalıplarını anlayabilmek için birçok noktaya bakmak gerekir. Bu konuşmada Türklerin topluluk psikolojisinin analizi için 1) evrenle ve hayatla, 2) mekanla, 3) sözle, 4) para ve eşya ile, 5) silah ve çatışma ile, 6) diğer topluluklar ve uygarlıklarla ilişkilerine bakacak, son olarak kadın-erkek ilişkilerinin nasıl formatlandığı üzerinde duracağım.

Akılcı İlaç Kullanımı

Uzm. Dr. Fagan ZAKIROV

İstanbul NP Beyin Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, İstanbul

İlaç endüstrisindeki gelişmeler ile birlikte tüm dünyada yanlış, gereksiz, etkisiz ve yüksek maliyetli ilaç kullanımını artırmış ve bu durum bir takım problemleri de beraberinde getirmiştir. Bu problemler: tedavi hataları, antibiyotiklere direnç gelişimi, advers ilaç reaksiyonları, İlaç etkileşimleri, uygun olmayan yollarla ilaç kullanımına bağlı komplikasyonlar, morbidite ve mortalite artışı, artan mali yük, İlaç stoklarının azalmasına bağlı erişim güçlüğü, Kontrolsüz reçeteler sonucu artan hasta talepleri olarak söylenebilir. DSÖ tahminlerine göre tüm ilaçların %50' den fazlası uygunsuz şekilde reçete edilmekte, dağıtılmakta ya da satılmaktadır. Dünya nüfusunun üçte biri temel ilaçlara erişememektedir. SB verilerine göre ülkemizde ilaçların yaklaşık yarısı, yanlış ya da gereksiz reçete edilmektedir. Bunun sonucu olarak, hastaların tedaviye uyumunun azalmasına, İlaç etkileşimlerine, Bazı ilaçlara karşı direnç gelişmesine, Hastalıkların tekrarlamasına ya da uzamasına, Advers olay görülme sıklığının artmasına, tedavi maliyetlerinin artmasına neden oluyor. Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre akılcı ilaç kullanımı (AİK); toplumun çoğunluğunun sağlık hizmeti ihtiyacını karşılayan, yeterli miktarda ve uygun dozaj formlarında, toplumun maliyetini karşılayabildiği ilaçların kullanılmasıdır. Akılcı ilaç kullanımı (AİK) basamakları olarak, doğru tanının konması, prognozun belirlenmesi, tedavi amaçlarının saptanması, tedavi seçeneklerinin gözden geçirilmesi, ilaçlı veya ilaçsız etkili ve güvenilir tedavinin tanımlanması, uygun tedavinin seçimi, ilaç tedavisi gerekli ise reçetenin doğru biçimde yazımı ve takiptir, güncel tanı ve tedavi kılavuzları esas alınmalıdır, hasta ve hasta yakını tedavi hakkında bilgilendirilmelidir, tedaviye uyum değerlendirilmelidir. Sonuç olarak reçetelerdeki hataların büyük oranda yeni mezun hekimler tarafından yapılıyor olması tıp eğitiminin tekrar sorgulanmasını ve AİK ile ilgili eğitimlerin yaygınlaştırılmasını gerekli kılmaktadır.

Tedaviye Dirençli Depresyona Yaklaşım

Dr. Özlem BOLAT KAYA

Yenimahalle Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, Ankara

Tedaviye dirençli depresyon, majör depresyonu olan kişilerdeki tedaviye yanıtıslığı tanımlamak için 1970lerden beri kullanılagelen bir terimdir. Bununla birlikte tanımlama ile ilgili dünya çapında ortak bir dil hala oluşturulamamıştır. Şimdiye dek ortaya konmuş 5 farklı evreleme sistemi bulunması ve bu tanımlama sistemlerinin 1'den 8'e kadar değişen sayıda antidepresan tedaviye yanıtıslığı baz alması göz önüne alındığında tedavi stratejilerinde istenilen noktaya gelinebilmiş olması daha anlaşılır olmaktadır. Tanımlanan modeller; kanıta dayalı verilerin yetersizliği nedeniyle daha çok deneyim ve anekdotal izlenimlere dayanmaktadır. Tedaviye dirençli depresyon ile ilişkili olabilecek tanımlanmış bazı faktörler mevcuttur: Nöroendokrin ve immün sistemdeki farklılıklar, disfonksiyonel nöroanatomik devreler, nörotransmitter disfonksiyonu, bazı klinik öngörücüler (melankolik özellikler, sık ve tekrarlayan epizodlar, uzun hastalık süresi, komorbidite, bipolarite ilişkili özellikler), çevresel faktörler, genetik öngörücüler, kişilik özellikleri bunlardan bazılarıdır. Majör depresif bozuklukta tedaviye dirençle ilgili şimdiye dek yapılmış en kapsamlı araştırma STAR*D çalışmasıdır. Çalışmada üçüncü basamaktan itibaren (2 farklı ilacın yeterli doz ve sürede kullanımının başarısız olmasından sonra) tedaviye yanıtıslığın belirginleştiği görülmüştür. Bu noktada tedaviye dirençten bahsedilebileceği görüşü yaygın olmakla birlikte dünya çapında geçerliliği bulunan yapılandırılmış bir algoritmanın eksikliği aşikardır. Yakın zamanda birçok yeni tedavi yöntemi tanımlanmış ve uygulamaya konulmuştur. Bunlardan bazıları; rTMU, intravenöz/intranazal ketamin, inhale nitröz oksit; vagal sinir uyarımı, derin beyin uyarımı ve buprenorfindir. Bu tedavilerden bazılarının uygulanması önündeki en önemli kısıtlılık standardize edilmiş kulanıma hazır bir tedaviye dirençli depresyon evreleme sisteminin bulunmamasıdır.. Bu konuda atılacak adımlarla, tedaviye dirençli depresyon hastaları için kanıta dayalı, FDA onaylı tedavilerin uygun şekilde kullanılması sağlanabilecektir.

Kaynaklar

- Murphy JA, Sarris J, Byrne GJ. A review of the Conceptualisation and Risk Factors Associated with Treatment-Resistant Depression. Depression Research and Treatment. Volume 2017; 2017:4176825.
- Conway CR, George MS, Sackeim HA. Toward an Evidence-Based, Operational Definition of Treatment-Resistant Depression: When Enough Is Enough. JAMA Psychiatry. 2017 Jan 1;74(1):9-10.

Obsesif Kompulsif Bozukluğun Nörobiyolojisinde Güncel Gelişmeler

Prof. Dr. Süheyla ÜNAL

İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Malatya

Obsesif kompulsif bozuklukta (OKB) hastaların tedaviye yanıtızlık oranı %20'lerde seyretmektedir (1). Yanıtızlık oranının bu denli yüksek olması OKB psikopatogene-zisinde şimdiye dek bilinen serotonin, dopamin gibi nörotransmitterlerin dışındaki nörokimyasalların da rolü olabileceğini düşündürmektedir. OKB'de rol oynayan kortikostria-tal-talamokortikal döngüde striatumdaki akson uçlarının büyük bir bölümünün glutamaterjik olması ketamin, hidroksinorketamin, riluzol, trigriluzol, memantin, n-asetil sistein, lamotrijin gibi glutamat antagonistlerinin OKB tedavisinde denenmesine yol açmış, olumlu sonuçlar bildirilmeye başlanmıştır (2). N-metil-D-aspartat kısmi agonisti olan D-sikloserinin, OKB'de maruz bırakma ve tepki-önleme uygulamasından sonra korku sönmesini artırdığı bildirilmiştir (3). Ras/ERK-MAP kinaz kaskadını inhibe eden SPRED2 proteinin yok edildiği farelerde, bu sinyal yolağının aşırı etkinleşmesiyle tımarlanma davranışının artış göstermesi, bu kaskadla ilgili kanser ilaçlarının OKB'de kullanılabileceğini akla getirmektedir (4).

OKB'de aşırı etkin olan kortico-striato-talamo-kortikal döngünün işlevsel olarak daha dengeli bir duruma gelmesini sağlamak üzere son yıllarda internel kapsülün ön kolu/nukleus akkumbens veya thalamus/subtalamik çekirdeğe derin beyin uyarımı uygulaması da yaygın-laşmaya başlamıştır (5).

Kaynaklar

1. Franklin ME, Foa EB. Treatment of obsessive compulsive disorder. *Annu Rev Clin Psychol* 2011;7:229-43.
2. Ke Wu a,e, Gregory L. Hanna d, David R. Rosenberg c, Paul D. Arnold. The role of glutamate signaling in the pathogenesis and treatment of obsessive-compulsive disorder. *Pharmacology, Biochemistry and Behavior* 2012;100:726-735.
3. Kushner MG, Kim SW, Donahue C, Thuras P, Adson D, Kotlyar M, et al. D-cycloserine augmented exposure therapy for obsessive-compulsive disorder. *Biol Psychiatry* 2007;62:835-8.
4. Ullrich M, Weber M, Post AM, Popp S, J Grein J et al. OCD-like behavior is caused by dysfunction of thalamo-amygdala circuits and upregulated TrkB/ERK-MAPK signaling as a result of SPRED2 deficiency. *Molecular Psychiatry*, 2017; DOI: 10.1038/mp.2016.232
5. Takagi Y, Sakai Y, Lisi G, Yahata N et al. A Neural Marker of Obsessive- Compulsive Disorder from Whole-Brain Functional Connectivity. *Scientific Reports* 2017; 7: 7538.

Beslenme Alışkanlıklarının Demans ile İlişkisi Var mıdır? Yok mudur?

Doç. Dr. Özlem DEVRİM BALABAN

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

Dünya nüfusu giderek yaşlanmakta, bu da bilişsel bozukluk ve demans riskini ve insidansının yıllar içinde artmasına yol açmaktadır. Demansın ana belirtisi olan bilişsel bozulmayı önlemeye çalışmak bir halk sağlığı alanının önceliği haline gelmektedir. Halen demans tedavisinde kullanılan ajanların çok da yüz güldürücü sonuçlar vermediği göz önüne alındığında, demanstan korunmak için alınacak önlemlerinin değeri tartışılmaz hale gelmektedir. Hastalık başlangıç yaşını 5 yıl öteye atabilmenin, hastalık maliyetini ve preventansını yarı yarıya azaltacağı tahmin edilmektedir.

Bazı spesifik diyet paternlerinin demansı önlemede etkili birer strateji olabileceğine dair güçlü epidemiyolojik veriler bulunmaktadır. Akdeniz diyeti, sistolik hipertansiyona yönelik diyet, nörodejeneratif gecikme diyeti gibi beslenme şekilleri en çok kanıta sahip beslenme paternleri olarak göze çarpmaktadır. Özellikle demanstan korunmaya yönelik beslenme paterni gibi yaşam tarzı değişikliklerinin prekllinik dönemde başlaması gerektiği bildirilmektedir.

Tüm bu diyet paternleri arasında öne çıkan akdeniz diyeti, yüksek miktarda meyve (özellikle kırmızı meyveler), sebze (özellikle koyu yeşil yapraklılar), balık, kabuklu kuruyemiş, baklagil, balık, zeytin yağı; orta düzeyde kümes hayvanı; az miktarda kırmızı et tüketiminin olduğu bir beslenme tarzıdır. Temel özelliği çoklu doymamış yağ asitlerinin, doymuş yağ asitlerine kıyasla oldukça fazla alınması, antioksidan ve bazı vitaminler açısından zengin bir içeriğe sahip olması ve glukoz alımının kısıtlı olmasıdır.

Beslenme tarzının demansı nasıl olup da önlediği sorusunun altında periferik insülin direnci, dislipidemi, oksidatif stres ve inflamasyon gibi kavramlar ve teoriler yatmaktadır.

Bu sunumda beslenme tarzı ve bilişsel bozukluklar arasındaki ilişki ve olası mekanizmalar literatür ışığında tartışılacaktır.

Kaynaklar

1. Walters M, Hackett K, Caesar E, Isaacson R, Mosconi L. Role of Nutrition to Promote Healthy Brain Aging and Reduce Risk of Alzheimer's Disease. *Current Nutrition Reports*, 2017; 6(2): 63-71.
2. Beilharz JE, Maniam J, Morris MJ. Diet-induced cognitive deficits: the role of fat and sugar, potential mechanisms and nutritional interventions. *Nutrients*, 2015; 7(8): 6719-6738.

Süper Yaşlanma Var mıdır? Yok mudur?

Uzm. Dr. Vahap Ozan KOTAN

Seydişehir Devlet Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Konya

Tüm canlılarda görülen temel biyolojik bir süreç olan yaşlanma ile zaman faktörüne bağlı olarak kişinin çevreye uyum sağlama yeteneği ile hücre fonksiyonlarının iç ve dış etkenler arasında denge kurma potansiyeli dereceli olarak azalır. Yaşlanma ile ortaya çıkan fizyolojik ve anatomik değişiklikler hastalıkların gelişmesini ve sonucunu etkiler. Son yüz yıl içerisinde beklenen yaşam süresinin artması sonucunda, yaşlı kişilerin işlevselliği, bakımı ve bu alandaki tıbbi araştırma ve organizasyonlar büyük önem kazanmıştır.

Başta bellek olmak üzere bilişsel becerilerdeki azalma sıklıkla ‘normal’ yaşlanmanın bir parçası gibi görülür. 50-60 yaş aralığındaki bellek kapasitesi, 80 yaş ve üzerindeki anamlı biçimde yüksektir. Ancak bazı bireyler bu durumun dışındadır. ‘Süper Yaşlılar’, 80 yaş ve üzerinde olup epizodik bellek kapasitesi en az 50-60 yaş aralığındaki bireylerin bilişsel kapasite ortalaması kadar iyi olan yaşlılardır. Yani süper yaşlılar yaşlarının üzerinde bellek kapasitesine sahip bireylerdir. Süper yaşlıların, aynı yaştaki bilişsel açıdan ortalamada yer alan yaşlılarıyla karşılaştırıldığında daha büyük korteks hacmine ve yaş ilişkili kortikal atrofiye karşı daha yüksek dirence sahip olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur. Hipokampus, anterior temporal korteks, rostral medial prefrontal korteks, anterior midsingulat korteks bellek performansı ile ilişkili beyin bölgeleridir. Bir çalışmada bellek performansı en az kendilerinden 20-30 yaş gençlerdeki bellek performansını gösteren yaşlılarda hipokampus hacminin ve anterior midsingulat korteks kalınlığının korunduğu gösterilmiştir.

Süper yaşlılar ileri yaşta da mükemmel bir bellek kapasitesinin mümkün olduğunu kanıtlar. Süper yaşlılara özgü karakteristiklerin anlaşılmasıyla yaşlanma ilişkili bilişsel kayıpların önlenmesinin ve yaşlanma, Alzheimer hastalığı ve nörodejeneratif mekanizmaların anlaşılmasının mümkün olduğunu düşündürmektedir.

Süper yaşlılar ve bilişsel açıdan ortalama olan yaşlılarında birçok boyutuyla psikolojik iyilik düzeyleri benzer olsa da, süper yaşlılar daha yüksek düzeyde pozitif sosyal ilişkiler tanımlamışlardır. Bu psikolojik özellik daha kalın bir anterior singulat girus ve daha yüksek yoğunlukta von Economo nöronları varlığıyla ilişkili olabilir. Bir çalışmada ‘Northwestern Süper Yaşlanma Fenotipi’ ile bellek ve öğrenme süreçlerinde ve Amiloid B ilişkili hücre apoptozunda sinyal rolü olan MAP2K3 geninin ilişkisi gösterilmiştir. Bir histopatolojik çalışmanın sonuçlarında, süper yaşlılarda total nöron büyüklüğü ve yoğunluğunun singulatin kortikal bütünlüğüne önemli bir katkısı yokken, Alzheimer hastalığı patolojisinde görülen nörofibriller yumaklar gibi bulguların görülmemesi süper yaşlanmanın nörobiyolojik bir durum olduğunu destekler.

Yaygın Anksiyete Bozukluğunda Kognitif Kuramlar ve Kognitif Davranışçı Terapi Yaklaşımları

Doç. Dr. Ömer ŞENORMANCI

*Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
Psikiyatri Anabilim Dalı, Bursa*

Endişe genellikle geleceğe yönelik düşünce veya imgelerden oluşan olumsuz duyguyla yüklü bilişsel bir süreçtir. Yaygın anksiyete bozukluğu (YAB) olan kişilerdeki endişe daha sık, daha uzun süreli, daha yaygındır. YAB’de görülen endişede eşlik eden bedensel belirtiler daha fazla ve kontrol edilmesi daha zordur. Endişe, olası problemler için sorun çözmemize yardımcı olur. YAB’de görülen endişe ise hastalarda sorun çözme becerisinde eksiklik olmasa bile sorun çözme aşamasına geçmesini engeller. YAB’de aslında bir bütünün parçaları şeklinde tanımlanabilecek kognitif kaçınma (cognitive avoidance) kuramı, üstbiliş (metacognition kuramı), belirsizliğe tahammülsüzlük (intolerance of uncertainty) kuramı, duygulanımın düzenlenmesinde bozukluk (emotional dysregulation) kuramı gibi kognitif modeller öne sürülmüştür. YAB’de kognitif davranışçı terapi (KDT) ile farmakoterapinin birbirine benzer oranda etkili oldukları düşünülmektedir. Altmış beş çalışmanın dahil edildiği bir meta-analizde KDT alanlar tedavi almayanlarla karşılaştırıldığında oldukça etkili bulunmuştur (EB=0.82). KDT’nin özellikle tedavi sonrası izlemde ilaç tedavisine göre üstün olabileceği düşünülmektedir. YAB tedavisinde eğitilmiş psikoterapistler tarafından uygulanan, her hafta 1 saat süren 12-15 seanslık KDT ya da uygulamalı gevşeme önerilmektedir. Bu sunumda YAB’nin kognitif modelleri ve kognitif davranışçı terapisi anlatılacaktır.

Yaygın Anksiyete Bozukluğunda Tedavi Kılavuzları ve Yeni Araştırmaların Işığında Güncel Tedaviler

Dr. Selime ÇELİK ERDEN

İstanbul Şişli Etfal Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, İstanbul

Yaygın anksiyete bozukluğu yaşamboyu %6 oranında görülen kronik seyirli, komorbid psikiyatrik bozuklukların (depresyon, panik bozukluk, alkol madde kullanım bozukluğu gibi) eşlik ettiği ciddi bir psikiyatrik bozukluktur. Uluslararası tedavi kılavuzlarında serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI), serotonin noradrenali geri alım inhibitörleri (SNRI) ve pregabalin ilk sıra tedavi seçenekleri olarak yer almaktadır. Tedavinin yetersiz kaldığı durumlarda yeni farmakolojik yaklaşımlar, duyu durum düzenleyicileri ve atipik antipsikotiklerin monoterapide ya da standart SSRI/SNRI tedavisi ile kombine edilerek uygulanması önerilmektedir. Bu sunumda, yaygın anksiyete bozukluğu alanında yapılan yeni araştırmaların ışığında güncel tedavileri gözden geçirmek amaçlanmıştır.

Kaynaklar

1. Wittchen HU., Jacobi F. Size and burden of mental disorders in Europe - a critical review and appraisal of 27 studies. Eur Neuropsychopharmacol. 2005;15(4):357-376.
2. Nutt D., Argyropoulos S., Hood S., Potokar J. Generalized anxiety disorder: a comorbid disease. Eur Neuropsychopharmacol. 2006;16(suppl 2):S109-S118.
3. Bandelow B., Zohar J., Hollander E., et al World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for the pharmacological treatment of anxiety, obsessive-compulsive and post-traumatic stress disorders - first revision. World J Biol Psychiatry. 2008;9(4):248-312.

Sosyal Medya Bağımlılığı ve Depresyon

Dr. Bahadır GENİŞ

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Ankara

Sosyal medya sitelerinin kullanımının, sosyal normların oluştuğu genç erişkinlikte özellikle arttığı bildirilmektedir [1]. Genç nüfus teknolojiye bağımlı olan bir dünyada büyürken, bu dünya ayrılmaz bir parçaları haline gelmekte ve hayatlarının merkezine yerleşmektedir. Bu durum gençlerin teknolojiye bağlanmadan yaşamalarını imkânsız hâle getirmektedir [2]. Problemlili sosyal medya kullanımı ile depresif belirtiler arasındaki ilişki yönlü olup her biri diğerinin etkisini arttırmakta veya oluşumuna katkıda bulunmaktadır [3].

Depresif belirtileri olan bireyler, daha kolay bir şekilde iletişim fırsatı sunduğundan sosyal medyayı yüzyüze etkileşime tercih etmektedirler [4]. Benlik saygısı azalmış depresif bireyler, onaylanmak, kabul görmek, ihtiyaç duydukları destek sistemine etkin şekilde erişebilmek için sosyal medyayı daha fazla kullanma ihtiyacı hissetmektedirler [5]. Çalışmacılar, sosyal medyanın sosyal kazancı, algılanan sosyal desteği ve yaşam memnuniyetini artırdığını [6] ve böylelikle depresif belirtileri azalttığını öne sürmektedirler [7]. Sosyal ağları sık kullanmanın, aile bireyleri ve arkadaşlarıyla bağlantıda kalmayı sağladığı, bu şekilde sosyal etkileşimleri artırdığı, depresyon ve anksiyeteyi azalttığı düşünülmüştür [8]. Duygusal aktarımın sadece yüzyüze olan iletişimle değil sosyal medyada diğer bireylerin olumlu deneyimlerinin gözlemlenmesi ile de gerçekleşebileceği bildirilmiştir [9].

Sosyal medyanın yoğun şekilde kullanılmasının, bireyin hayatının diğer yönlerini ihmal etmesine, yüz yüze olan sosyal etkileşim ve fiziksel aktivitenin azalmasına, uyku bozukluklarına yol açmasına [10] ve sonuç olarak depresif belirtilerin ortaya çıkmasına katkıda bulunması olasıdır. Bireyler, teknoloji vasıtasıyla birbirlerine bağlı gibi gözükseler de izole olmaları nedeniyle “birlikte yalnız” olarak tanımlanmaya başlamışlardır [11]. Sosyal medya uğraşı yoğun olan bireyler, kendilerini başkalarının idealize edilmiş profillerine yoğun şekilde maruz bırakırlarken bu insanların daha mutlu daha başarılı hayatlar sürdüğüne dair hatalı düşünceler yerleşmekte ve amaçsız şekilde tekrar eden ziyaretler olumsuz kendilik imgesini daha da pekiştirerek sosyal izolasyona neden olmakta ve depresyona yatkınlığı artırmaktadır [12, 13].

Kaynaklar

1. Roisman, G.I., et al., *Salient and emerging developmental tasks in the transition to adulthood*. Child Dev, 2004. **75**(1): p. 123-33.
2. Kuss, D.J. and M.D. Griffiths, *Social networking sites and addiction: Ten lessons learned*. International journal of environmental research and public health, 2017. **14**(3): p. 311.
3. Seabrook, E.M., M.L. Kern, and N.S. Rickard, *Social networking sites, depression, and anxiety: a systematic review*. JMIR mental health, 2016. **3**(4).
4. Sidani, J.E., et al., *Association between social media use and depression among US young adults*. Depression and anxiety, 2016. **33**(4): p. 323-331.
5. Kardefelt-Winther, D., *A conceptual and methodological critique of internet addiction research: Towards a model of compensatory internet use*. Computers in Human Behavior, 2014. **31**: p. 351-354.
6. Valenzuela, S., N. Park, and K.F. Kee, *Is there social capital in a social network site?: Facebook use and college students' life satisfaction, trust, and participation*. Journal of Computer-Mediated Communication, 2009. **14**(4): p. 875-901.
7. Bessière, K., et al., *Effects of internet use on health and depression: a longitudinal study*. Journal of Medical Internet Research, 2010. **12**(1).
8. de la Peña, A. and C. Quintanilla, *Share, like and achieve: the power of Facebook to reach health-related goals*. International journal of consumer studies, 2015. **39**(5): p. 495-505.
9. Kramer, A.D., J.E. Guillory, and J.T. Hancock, *Experimental evidence of massive-scale emotional contagion through social networks*. Proceedings of the National Academy of Sciences, 2014. **111**(24): p. 8788-8790.
10. Younes, F., et al., *Internet addiction and relationships with insomnia, anxiety, depression, stress and self-esteem in university students: a cross-sectional designed study*. PloS one, 2016. **11**(9): p. e0161126.
11. Turkle, S., *Alone together: Why we expect more from technology and less from each other*. 2012: Basic books.
12. Sidani, J.E., et al., *The association between social media use and eating concerns among US young adults*. Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics, 2016. **116**(9): p. 1465-1472.
13. Meier, E.P. and J. Gray, *Facebook photo activity associated with body image disturbance in adolescent girls*. Cyberpsychol Behav Soc Netw, 2014. **17**(4): p. 199-206.

Sosyal Medya Bağımlılığı ve Anksiyete

Uzm. Dr. Muhammed Hakan AKSU

Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Yenimahalle Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Ankara

Sosyal medya, kullanıcıların içerik üretmesine ve başkalarıyla içerik alışverişi yapmasına olanak sağlayan internet uygulamalarıdır. Genç yetişkinlerin hayatının merkezi haline gelmiştir[1]. Genç erişkinlerin yaklaşık% 90'ı sosyal medyayı kullanmakla birlikte çoğunlukla iki veya daha fazla sosyal medya uygulaması kullanmakta ve bu uygulamaları her gün ziyaret etmektedir[2]. Kimlik gelişimine olumlu olabilecek etkileri ve sosyal medya kullanımı yoluyla elde edilen sosyal desteğin artırılması psikolojik rahatlığı artırabilir. Bununla birlikte, bireylerin başkalarından istenmeyen geribildirimler alması veya olumsuz sosyal karşılaştırmalar yapması durumunda, sosyal medya kullanımı bir stres kaynağı olarak işlev görmek veya olumsuz benlik algısını güçlendirme potansiyeline sahiptir[3]. Farklı olarak sosyal medya, kaçınma gibi başa çıkma stratejileri ve sosyal izolasyonu da kolaylaştırabilirler[4]. Sosyal medya kullanımı ile anksiyete arasındaki ilişki hakkında çok az şey bilinmektedir. Bir çalışma, Norveç toplumu örneğinde geç ergen ve erişkinlerin (16-88 yaş) bağımlı şekilde sosyal medya kullanımı ile daha fazla kaygı belirtileri bildirdiklerini ortaya koymuştur.[5]. Çoğunluğu kadın (%88) ABD'li lisans öğrencilerinden oluşan başka bir araştırmada, katılımcıların bir alt kümesi (%17), Facebook kullanmanın bir anksiyete kaynağı olduğunu ve neredeyse yarısı ise kaygı ve bunalma nedeniyle arkadaş isteklerine yanıtları ertelediğini bildirdiğini saptanmıştır[6]. Son olarak, bir çalışmada genç erişkinlerin küçük bir örneğinde Facebook kullanım sıklığı ile anksiyete seviyeleri arasında bir ilişki bulunamamıştır[7]. ABD'de yetişkinlerle yapılan büyük örnekleimde sosyal medya kullanımı ile anksiyete belirtileri arasındaki ilişkinin araştırılmıştır. Günlük sosyal medya kullanımının artmış dispositional anksiyete belirtileri ve daha ciddi anksiyete ile ilişkili bozukluk ile ilişkili olabileceği varsayılmıştır. Yoğun sosyal medya kullanımının muhtemel anksiyete bozukluğuna sahip olma ihtimalinin artması ve anksiyete belirtileri ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Bazı çalışmalar sosyal medya kullanımının anksiyete, algılanan stres veya sosyal anksiyete ile ilgisiz olduğunu bulsa da, bazı çalışmalarda sosyal medya kullanımı ile anksiyete /stres arasında pozitif bir ilişki olduğunu gösteren çalışmalar da mevcuttur[8].

Kaynaklar

1. Kaplan, A.M. and M. Haenlein, *Users of the world, unite! The challenges and opportunities of Social Media*. Business horizons, 2010. 53(1): p. 59-68.
2. Perrin, A., *Social media usage: 2005-2015*. 2015.
3. Nesi, J. and M.J. Prinstein, *Using social media for social comparison and feedback-seeking: gender and popularity moderate associations with depressive symptoms*. Journal of abnormal child psychology, 2015. 43(8): p. 1427-1438.
4. Moreno, M.A. and J.M. Whitehill, *Influence of social media on alcohol use in adolescents and young adults*. Alcohol research: current reviews, 2014. 36(1): p. 91.
5. Andreassen, C.S., et al., *The relationship between addictive use of social media and video games and symptoms of psychiatric disorders: A large-scale cross-sectional study*. Psychology of Addictive Behaviors, 2016. 30(2): p. 252.
6. Campisi, J., et al., *Facebook, stress, and incidence of upper respiratory infection in undergraduate college students*. Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking, 2012. 15(12): p. 675-681.
7. Kross, E., et al., *Facebook use predicts declines in subjective well-being in young adults*. PloS one, 2013. 8(8): p. e69841.
8. Vannucci, A., K.M. Flannery, and C.M. Ohannessian, *Social media use and anxiety in emerging adults*. Journal of affective disorders, 2017. 207: p. 163-166.

Sosyal Medya Bağımlılığı ve Kişilik Özellikleri Arasındaki İlişki

Uzm. Dr. İrem EKMEKÇİ ERTEK

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Ankara

İnternet ve sosyal medya kullanımı sıklığı giderek artmakta olup insanların gündelik yaşamlarının bir parçası haline gelmiştir. İnsanların kim oldukları, sosyal medyayı kullanma tarzlarını etkiler. Literatürde sosyal medya kullanımı kişilik özellikleri arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar üç türde kişilik özelliği üzerinde yoğunlaşmıştır: dışa dönüklük, nörotizm ve deneyime açıklık (1). Narsistik kişilik bozukluğu ve sosyal medya ilişkisi hem medyatik hem de bilimsel alanda en çok üzerinde durulan konulardan biridir. 1980 ve 1990'lı yıllarda doğan genç neslin narsistik kişilik bozukluğunun iki temel kriteri ile uyumlu olarak; kendi aktivitelerini yayınlamakla ilgili güçlü bir istek duydukları ve takipçilerinin de bunları önemseyişine inandıkları belirtilmektedir (2). Facebook'ta geçirilen süre ve Facebook'u kontrol etme sıklığı ile narsisizm skorları arasında pozitif korelasyon gösteren çalışmalar da bulunmaktadır (3). Facebook aktivitesinin antisosyal davranışlar üzerindeki etkisini inceleyen bir çalışmada ekshibisyonizmin; kişinin kendi hakkında yapılan negatif yorumlara misilleme yapma, başkalarının durum güncellemelerini kendisi hakkında konuşup konuşmadıklarını anlamak amacı ile okuma, başkalarına sağlanan sosyal destekten daha fazlasını isteme gibi antisosyal davranışlarla ilişkili olduğu bildirilmiştir (4). Sosyal medya kullanımı literatürde ayrıca obsesif kompulsif, histriyonik ve paranoid kişilikle de ilişkilendirilmiştir.

Kaynaklar

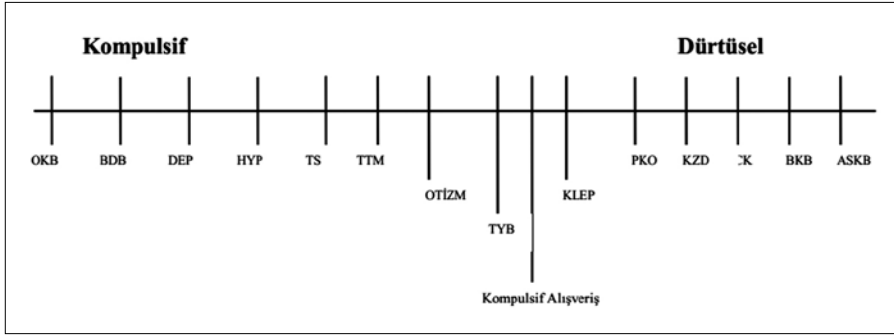
1. Zywicka, J., & Danowski, J. (2008). The faces of Facebookers: Investigating social enhancement and social compensation hypotheses. *Journal of ComputerMediated Communication*, 14(1), 1–34.
2. Rosen, L. D., Carrier, L. M., & Cheever, N. A. (2010). Rewired: Understanding the iGeneration and the way they learn. New York, NY: Palgrave Macmillan.
3. Ryan, T., & Xenos, S. (2011). Who uses Facebook? An investigation into the relationship between the Big Five, shyness, narcissism, loneliness, and Facebook usage. *Computers in Human Behavior*, 27(5), 1658–1664.
4. Carpenter, C. J. (2012). Narcissism on Facebook: Self-promotional and anti-social behavior. *Personality and Individual Differences*, 52, 482–486.

Obsesif Kompulsif Spektrum Bozuklukları İmpulsivite ve Kompulsivite

Prof. Dr. Hatice GÜZ

Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Samsun

Obsesif Kompulsif Spektrum Bozukluğu (OKSB) uzun zamandır beri tartışılan bir kavram olup DSM 5 sınıflandırmasından sonra daha dikkat çekici bir noktaya gelmiştir. Özellikle impulsivite ve kompulsivite açısından spektrumun incelenmesi farklı bakış açılarını gündeme getirmiştir. Her iki belirti için ortak özellik hastaların tekrarlayan davranışlardan kendilerini alamamış olmalarıdır. Bu bağlamda DSM 5 OKB'yi anksiyete bozukluklarından çıkarıp ayrı bir başlık altına almış, vücut dismorfik bozukluğunu (VDB) somatoform bozukluklardan, trikotilomani ve deri yolma bozukluğunu dürtü kontrol bozukluklarından almış OK ve ilişkili bozukluklar altına almıştır. İstifleme bozukluğunu da, bu gruba eklemiştir. OKSB grubunda incelenen hastalıklar şekilde verilmiştir.



Şekil 1. AN: Anoreksiya nervosa; **ASKB:** Antisozyal kişilik bozukluğu; **BKB:** Borderline kişilik bozukluğu; **BDB:** Beden dismorfik bozukluğu; **DEP:** Depersonalizasyon bozukluğu; **HYP:** Hipokondriasis; **KLEP:** Kleptomani; **OKB:** Obsesif-kompulsif bozukluk; **PKO:** Patolojik kumar oynama; **CK:** Cinsel kompulsyonlar; **KZD:** Kendine zarar verme davranışı; **TS:** Tourette sendromu; **TTM:** Trikotillomani; **TYB:** Tıkınırcasına yeme bozukluğu

Çalışma grubu semptom benzerliği, hastalık seyri, ailesel geçiş, genetik ve çevresel risk faktörleri, nörol substratlar, biyolojik belirteçler, hastalıklar arası yüksek komorbidite, bilişsel ve duygusal işleme, mizaç öncülleri ve tedavi yanıtı açısından bu hastalıkları incelediklerinde

VDB'nun %72, trikotilomaninin %71, tik bozukluğunun %61, hipokondriyazisin %57 oranında oyla OK ve ilişkili bozukluklar altında olması gerektiğini bildirmişlerdir.

Bu konuda yapılan çalışmalar DSM 6'da yeni tanı sınıflamalarının olacağını öngörmektedir.

Anahtar kelimeler: İmpulsivite, Kompulsivite, spektrum

Kaynaklar

1. Berlin GS, Hollander E. Compulsivity, impulsivity, and the DSM-5 process (2014) CNS Spectrums. 19: 62 - 68
2. Philips K et al. 2010. Should an Obsessive-Compulsive Spectrum Grouping of Disorders Be Included in DSM-V? Depress Anxiety. 2010 June ; 27(6): 528–555. doi:10.1002/da.20705.
3. Sulkowski ML et al. Validation of a classification system of obsessive–compulsive spectrum disorder symptoms in a non-clinical sample Psychiatry Research 188 (2011) 65–70

İmpulsivite ve Kompulsivitede Nörobilişsel Endofenotipler

Uzm. Dr. Aslı ENEZ DARÇIN

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

Endofenotip kavramı psikiyatriye Gottesman ve Shields'in şizofreni çalışmaları ile girmiştir. Endofenotipler nöral sistemlerdeki tanımlanmış sorunlar ile ilişkilendirilmiş ve iyi tanımlanmış davranışsal ya da bilişsel değişikliklerdir. Bu değişiklikler psikiyatrik hastalık tanısının olmadığı hastaların birinci derece akrabalarında da bulunmaktadır (1). Nörobilişsel endofenotipler, yoğun klinik ölçek kullanımından kaçınarak bozuklukların ölçülebilir verilerini sağlar. Nörobilişsel endofenotipler modern nörogörüntüleme yöntemleri ile, belirli beyin sistemleri ile ilişkilendirilebilen ara fenotipler olarak karşımıza çıkmaktadır.

İmpulsivite “üzerinde az düşünülen, erkenden ortaya konan, gereksiz riskler ya da uygun olmayan durumlara yol açarak istenmeyen sonuçlar doğuran hareketler”e yol açan bir özelliktir. Sağlıklı erişkinlerde de görülebilen bu kişilik özelliği, yoğun hali ile dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, madde kullanım bozukluğu, davranışsal bağımlılıklar, antisosyal ve sınırda kişilik bozukluklarında görülür. Tanımlamanın karışık oluşu, yanıt kontrolsüzlüğü, ödüle ilişkin beklentiye duyarlılık ve zayıf planlama yapabilme öğelerinin birlikteliğine bağlıdır (2). Değerlendirilmesinde çeşitli görev testleri ve ölçekler kullanılmaktadır.

Kompulsivite ise bazen impulsivite ile karıştırılmasına karşın aslında oldukça farklı bir doğaya sahiptir. Her ikisinde yanıt baskılamasında meydana gelen yetersizlik ile ilişkilendirilmekte ise de kompulsivite sonuç hedefi ile açıkça ilişkisiz, duruma uygun olmayan hareketlerin inatçı şekilde devam etmesidir. Kompulsivite davranışın işlevsel şekilde perseverasyonu olarak değerlendirilmektedir ve impulsivitenin tersine normal davranış spektrumu içerisinde değerlendirilmez (3). Ölçümü çoğunlukla ölçekler yolu ile yapılmaktadır.

Bu sunumda impulsivite ve kompulsivitenin kendilerinin psikiyatrik bozukluklar için birer endofenotip olarak değerlendirilmelerinin yanısıra tanısal iççelikleri, eşanlılıkları açısından iki kavramın ele alınması ve ölçüm- değerlendirilmeleri konusunda güncel yöntemlerin tartışılması planlanmıştır.

Kaynaklar

1. Gottesman, I.I. and Shields, J. (1973) Genetic theorizing and schizophrenia. Br. J. Psychiatry 122, 15–30
2. Grant, J.E. and Potenza, M.N., eds (2012) The Oxford handbook of impulse control disorders, Oxford University Press
3. Dalley, J.W. et al. (2011) Impulsivity, compulsivity, and top-down cognitive control. Neuron 69, 680–694

İmpulsivite ve Kompulsivitede Nöral Devreler

Uzm. Dr. Hasan KAYA

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Ankara

İmpulsivite ve kompulsivite hayatta kalmak için gerekli olan beyin mekanizmaları tarafından kontrol edilen doğal davranışlardır. İmpulsivite ve kompulsivite disfonksiyonel hale geldiğinde, bu semptom kümesi için hedeflenen tedavi stratejilerin tanımlanması için bu nöral devrelerin anlaşılması gerekmektedir. Patolojik impulsivite ve kompulsivite ruhsal bozuklukların önemli bir kısmında, işlevselliği bozan, çekirdek semptomlardan sorumludur.

İmpulsivite ve kompulsivite, bir spektrumun iki ayrı kutpu olarak ele alınmaktadır. Ancak aralarındaki ilişki daha kompleks gibi durmaktadır. İmpulsivite ile ilişki bozuklukların çoğu kompulsivite özellikleri taşımaktadır. İmpulsivite ve kompulsivite profillerindeki ortak özellikler; benzerlik ve farklılıklarının belirlenmesi hem de önleme ve tedavi stratejilerin oluşturulabilmesi için daha ileri çalışmalara ihtiyaç olduğunu işaret etmektedir.

Fronto-striatal nöral devrelerdeki kortikal kontrolün sağlanamaması, impulsivite ve kompulsivite ilişkili davranışlardan sorumlu olabilir. Bu sunumda nöral devreler perspektifinden, bu davranışlar açıklanmaya çalışılacak ve bu davranışlar nöral süreçler obsesif kompulsif bozukluk, dürtü kontrol bozuklukları, alkol ve madde kullanım bozukluğu gibi ruhsal bozukluklara yol açtığı tartışılacaktır.

Çevrimiçi Olma ile İlgili Psikiyatrik Hastalıklar

Psk. Gürler GÜZ

İstanbul NP Beyin Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, İstanbul

İnternet (çevrim içi olma), bilgiye ulaşımın kolaylaşması gibi olumlu faktörlerin yanı sıra, aşırı, kontrolsüz, amaç dışı ve bilinçsiz kullanım ile çeşitli psikiyatrik sorunları beraberinde getirmiştir. İnternet bağımlılığı genel olarak internetin aşırı kullanılması isteğinin önüne geçilememesi, internette geçirilen süreye gittikçe daha fazla ihtiyaç duyulması, internete bağlı olmadan geçirilen zamanın önemini yitirmesi, yoksun kalındığında aşırı sinirlilik, gerginlik, huzursuzluk gibi hallerin ortaya çıkması ve kişinin iş, sosyal ve ailevi hayatının giderek bozulması olarak tanımlanabilir (1).

Young, internet kullanımının yol açtığı tüm olumsuz sonuçlarını görerek internet bağımlılarını sorun yaşadıkları alanlara göre 5 alt grupta sınıflandırmıştır:

- 1) Sanal seks bağımlılığı (cybersexual addiction),
- 2) Sanal ilişki bağımlılığı
- 3) İnternet kompülsiyonları (net compulsions)(kumar, alışveriş)
- 4) Aşırı bilgi yükleme (information overload)
- 5) Bilgisayar bağımlılığı (computer addiction)(oyun)

Yapılan çalışmalar problemlili internet bağımlılığı yaygınlığı oranının %0,3-38 arasında değiştiğini ve erkeklerde kadınlara göre 2-3 kat fazla görüldüğünü bildirmektedir. Yapılan bir çalışmada internet bağımlılarının %50'sinde başka bir psikiyatrik bozukluk bulunduğu ortaya koymuştur (2). Bir başka çalışmada ise internet kötüye kullanımı olan bireylerin %70'inde duygudurum bozuklukları (depresyon %10, bipolar %60), %60'ında anksiyete bozukluğu (en sık sosyal anksiyete bozukluğu %40), %10'unda madde kötüye kullanımı/bağımlılığı (yaşam boyu %55) tespit etmişlerdir (3). Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) (%14) araştırılan en yaygın hastalık grubu olmakla beraber kişilik bozuklukları (başta borderline, OKKB ve çekingen kişilik bozukluğu olmak üzere) yeme bozuklukları, uyku bozuklukları ve dürtü kontrol bozuklukları da sık görülmektedir.

Bu çalışmalar ruhsal bozukluklar ile internet bağımlılığının birbirini tetiklediğini göstermektedir.

Kaynaklar

1. Young KS. Internet addiction. Am Behav Sci 2004; 48:402-441.
2. Black DW, Belsare G, Schlosser S. Clinical features, psychiatric comorbidity, and health-related quality of life in persons reporting compulsive computer use behavior. J Clin Psychiatry 1999; 60: 839-43.
3. Tsitsika A, Critselis E, Louizou A. Determinants of Internet addiction among adolescents: a case-control study. ScientificWorldJournal 2011; 11: 866-874.

Psikiyatrik Hastalıkların Tedavisinde Örtük Bilişlerin Rolü

Uzm. Dr. Fagan ZAKIROV

İstanbul NP Beyin Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, İstanbul

Örtük Biliş (İmplicit Cognition): Farkındalığımızın dışındaki bilişsel süreçler olarak değerlendirilir. Karar mekanizması üzerinde etkilidir. Karar verme mekanizması üzerinde otomatik işleyiş gösterir, kasıtsız, zahmetsiz, kontrolü zor, farkındalık içermeyen bir süreç. Karar verme süreci üzerinde kontrollü mekanizmalara baktığımız zaman, kasıtlı, sınırlı dikkat kaynaklarına bağlı, kontrol edilebilir ve farkındalık içerisinde meydana gelir. Bireylerin kar ve zarar analizi sonrasında rasyonel kararlar verdiklerini öngören modellerin aksine örtük biliş modelleri kararlarımızın tetikleyiciler ile spontan olarak aktif hale gelen örtük bilişlerin etkisi altında verdiğimizizi belirtir. Algı ve kararlarımızın tamamen kontrol altında olduğunu söyleyemeyiz. Örtük bilişlerimiz dış dünya ile ilişki kurmaya başladığımızda oluşmaya başlar. Yoğun duygulara neden olan uyaranlar çerçevesinde oluşur. Özellikle korku kaygı duygularının eşlik ettiği dinamiklerde oluşur. Pre-frontal korteks ile kısmi denetlenir düzenlenir. Örtük bilişlerimiz farkındalık düzeyindeki bilişlerimize göre değişime daha dirençlidir. Örtük biliş (İmplicit Cognition) tedavisinde uzun süreli rehabilitasyon önemlidir. Örtük biliş, bağımlılık davranışının önlenmesi ve tedavisi için önemli etkilere sahiptir. Gençlerde uyuşturucu kullanımının önlenmesinde henüz örtük biliş yaklaşımları değerlendirilmemesine rağmen, örtük biliş ve ilişkisel bellek ilkelerinin uygulanmasıyla engellenmenin önemli ölçüde iyileştirilmesi mümkündür.

Nörogelişimsel Bir Bozukluk Olarak Erişkinlerde DEHB'yi Tanımak

Doç. Dr. Umut Mert AKSOY

*İstanbul SBÜ Kanuni Sultan Süleyman Uygulama ve Araştırma Hastanesi,
Psikiyatri Kliniği, İstanbul*

DEHB nörogelişimsel bir bozukluktur (Thapar 2016) ve bu yönü bu bozukluğu DSM 5'de nörogelişimsel bozukluklar kategorisinde değerlendirilmesi ile somutlaştırmıştır; bu anlamda DEHB tanısı klinisyenin temel gelişim basamaklarını ve ruhsal organizasyonun gelişimini bilmesini ve gelişimsel psikopatolojiyi iyi tanımasını gerektirir. DEHB tanısı olarak açık bir görünümde olabileceği gibi bazı olgularda oldukça karmaşık bir tanı bulmacası sunar. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu'nu ICD'de sınıflandırıldığı şekliyle bir Aktivite ve Dikkat Bozukluğu olarak kavramsallaştırmak önemlidir. Klinisyen tanılamada bireyin dikkat ve aktivitesini'nin nörobiyolojik ve gelişimsel olarak belirlendiği, kendi istemi ile değiştiremediği bu bozukluğun izlerini aramalı ve belgelemelidir. DEHB "salience" azim yetersizliğinin izleri taşısa bile bu bireyin isteyerek iradesini kullanmadığı bir bozukluk değildir. DEHB'yi yalın bir şekilde irade yetersizliği azim eksikliği ya da bir öz disiplin eksikliği olarak açıklamak yanıltıcıdır. Baştan etiketlemeyen ve tarafsız bir psikiyatrik görüşme tutumu DEHB için çok önemlidir (Kooij 2013, Buitelaar 2011). DEHB'de tanı klinisyen için en önemli ve zorlayıcı basamaktır. Ek tanıların DEHB için bir kural olması bu bozukluğun tanısında klinisyenin DEHB'ye benzeyen bir çok bozukluğu gözden geçirmesi, detaylı ve iyi nitelikte bir psikiyatrik anamnez alması ve iyi nitelikte bir psikiyatrik görüşme yapması gereklidir (Asherson 2016). DEHB tanısı bir tür "olmayana ergi" sistematigi içinde sürdürülen bir görüşmedir ve belirtileri açıklayacak diğer psikiyatrik bozuklukların dışlanması ve temel zeminin DEHB kökenli olduğunun gösterilmesi paradigmasına dayanır. Bu kursta nörogelişimsel bir bozukluk olarak DEHB'yi tanıma ve ele alma konusunda klinisyenlere ipuçları sunulacaktır.

Kaynaklar

- Thapar, A., Cooper, M., & Rutter, M. (2016). Neurodevelopmental disorders. *The Lancet Psychiatry*.
Kooij Sandra J.J. *Adult ADHD*, 3rd ed. 2013, Diagnostic Assessment and Treatment, DOI: 10.1007/978-1-4471-4138-9, © Springer-Verlag London 2013
Buitelaar Jan.K., Kan Cornelis C., Asherson Philip ADHD in Adults : Characterization, Diagnosis, and Treatment Section 3:Assesment and Diagnosis Cambridge University Press 2011
Asherson, P., Buitelaar, J., Faraone, S. V., & Rohde, L. A. (2016). Adult attention-deficit hyperactivity disorder: Key conceptual issues. *The Lancet Psychiatry*, 3(6), 568-578

Tanı ve Ayırıcı Tanıda Dikkat Edilmesi Gerekenler, Tedavide Önemli Basamaklar

Prof. Dr. Bedriye ÖNCÜ

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

Nörogelişimsel bir bozukluk olan Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) tanısı erişkinlerde gözden kaçmakta, DEHB'ye bağlı sorunların tedavisi için psikiyatriye başvuran olgular başka tanılarla tedavi edilmeye çalışılmaktadır. DEHB'li erişkinlerin yaklaşık %90'ının tedavisiz kaldığı tahmin edilmektedir. Erişkinlerde de sık görülen ve belirgin işlev bozukluklarına yol açan DEHB'nin tanınmaması ve olguların yeterli tedaviden mahrum kalmasının nedenleri arasında psikiyatri uzmanlarının DEHB konusundaki farkındalığındaki yetersizliğin yanı sıra tedavide kullanılan ajanlardan psikostimülanların kırmızı reçeteye satılması ve bağımlılık yapma riski konusundaki endişeler sayılabilir. DEHB tanısının konmaması sonucunda birçok kişi başka tanılarla tedavi edilmeye çalışılmakta ve genellikle bu tedaviler de yetersiz kalmaktadır. Yaşamı boyunca DEHB'ye bağlı sorunlarla baş etmeye çalışmış ve belirtileri kendi kişilik özelliği olarak değerlendiren bir yetişkin söz konusu olduğunda yalnızca psikofarmakolojik tedavilerin verilmesi yetersizdir. Psikoeğitim ve psikoterapötik yaklaşımlar da tedavide önemli basamaklardır. Bu kursta erişkinlerde DEHB tanısı ve ayırıcı tanısıyla ilgili dikkat edilmesi gereken özellikler ve tedavi basamakları üzerinde durulacaktır.

Dünyada İdame EKT Tedavisi ve Numune Deneyimi

Dr. Fulya GÖK

Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, İstanbul

EKT uygulaması, uzun zamandır çeşitli psikiyatrik hastalıkların tedavisinde güvenilir bir yöntem olarak kullanılmaktadır. Ancak EKT pratiğinde yüksek yineleme oranları büyük bir problem oluşturmaktadır. Akut EKT tedavisi sonrası yinelemelerin sık görülmesi idame EKT fikrini gündeme getirmiştir. İdame EKT kavramı ilk olarak 1940'lı yıllarda ortaya atılmasına karşın özellikle 1960'larda psikotrop ilaçlarla ilgili gelişmeler ve EKT yöntemiyle ilgili olumsuz toplumsal yargılar sebebiyle hem EKT hem idame EKT çalışmaları azalmıştır. Sonrasında ise dirençli psikiyatrik hastalıkların tedavisinde EKT'nin başarılı sonuçlarının gösterilmesi EKT ve idame EKT'ye olan ilgiyi tekrar artırmış ve çalışmalar hız kazanmıştır.

İdame EKT terimi, EKT sonrası yinelemeyi engellemek için bir hafta ila bir ay aralıklarla 6 aydan birkaç yıla kadar uygulanan EKT uygulamaları için kullanılmaktadır. Özellikle akut EKT sonrası farmakolojik tedavilere yanıt vermeyen, ilaçları tolere edemeyen, hastalığı şiddetli seyreden, tekrarlama eğilimi yüksek hastalarda idame EKT önerilmektedir. İdame EKT, yinelemeleri önlemede güvenli ve etkili bir tedavi olarak bildirilmektedir. Fakat, bu tedavinin sıklığı veya süresi ile ilgili evrensel bir yönerge veya öneri yoktur. İzlenen programların bireyselleştirilmesinin daha iyi sonuçlar vereceği düşünülmektedir.

Dünya'da idame EKT ile ilgili çalışmalar incelendiğinde %15-25 gibi yüksek oranlarda uygulandığı göze çarparken Türkiye'de idame EKT uygulamasının yaygın olmadığı dikkat çekmektedir.

Bu sunumda Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri kliniğimizde takip ettiğimiz akut EKT'ye yanıt veren, yineleyici hastalığı bulunan ve idame EKT'ye uyumun mümkün olduğu 4 hastamızın akut EKT uygulaması sonrası farmakoterapiye devam edilerek, ilk ay haftada bir, ikinci ay on beş günde bir, sonrasında ayda bir olarak planlanan idame EKT uygulamalarından bahsedilecektir.

Uçlardan Dengeye Lityuma Yanıt Göstergeleri

Doç. Dr. Kürşat ALTINBAŞ

Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Konya

Bipolar bozukluk tedavisinde yarım asrı aşkın süredir kullanıla gelen Lityum, doğal izlem çalışmalarında halen en etkin koruma tedavi seçeneklerinin başında gelmektedir(1). Ancak hastaların yaklaşık içte birinde lityum tedavisine iyi yanıt alınabilmekte ve hangi hastanın lityuma daha iyi yanıt vereceğini öngörmek her zaman mümkün olmamaktadır. İlk bilgiler klinik deneyimlerin paylaşılmasıyla olgu serilerinden sağlanmış ve lityuma iyi yanıtın klinik yordayıcılarına ilişkin bilgiler gün geçtikçe artmıştır. Ailede duygudurum bozukluğu ve lityuma iyi yanıt öyküsü, hastalık seyrinin dönemler arası tam düzelmeler ile seyretmesi, baskın manik kutupluluk ve eşlik eden diğer tıbbi tanının azlığı gibi klinik yordayıcılar, klinik pratikte lityum tedavisi tercih edilirken dikkate alınmaktadır. Yine de bu klinik yordayıcıların kanıt düzeylerinin değişkenlik göstermesi ve düşük olması araştırmacıları lityumun etki mekanizmasına odaklanmaya yönlendirmiştir. Nitekim son iki dekadda lityumun etki mekanizmasına ilişkin yapılan araştırmalardan elde edilen bilgiler, lityuma iyi yanıtın nörobiyolojik ve genetik yordayıcılarına odaklanmayı sağlamıştır(2). Özellikle lityumun anti-inflamatuar etkisi nedeniyle inflamasyon belirteçleri ve ikinci haberci molekülleri kodlayan gen polimorfizmleri üzerine yapılan araştırmalardan elde edilen bilgiler heyecan vericidir. Öne çıkan aday genlerin başında SERT geni s/l veya l/l ve BDNF val/met alleli, INPP1 ve GSK-3β genlerinin özgül tek nükleotid polimorfizmleri sayılabilir(3). Nörogörüntüleme yöntemleri ile saptanan lityuma yanıt yordayıcılarının hiçbiri henüz tekrarlayan çalışmalarda gösterilemese de, yakın gelecekte farklı araştırma yöntemlerinden edinilen kanıtların birlikte kullanımı, lityuma yanıtı öngörmede uygulamaya yönelik değişikliklerin hiç de uzak olmadığına işaret etmektedir. Nitekim, bipolar hastalarda lityum yanıtını karakterize edilebilmesinde klinik fenotipinin iyi tanımlandığı, çok merkezli büyük örneklemli araştırmalar bu heyecanı canlı tutmaktadır. Bu konferansta kapsamlı bir gözden geçirme ile lityuma yanıtın klinik, nörobiyolojik ve genetik yordayıcıları dinleyicilerin dikkatini sunulacaktır.

Kaynaklar

1. Kessing LV, Bauer M, Nolen WA, Severus E, Goodwin GM, Geddes J. Effectiveness of maintenance therapy of lithium vs other mood stabilizers in monotherapy and in combinations: a systematic review of evidence from observational studies. *Bipolar Disord*. 2018 Feb 14.
2. Tomar Bozkurt H, Erbasan V, Eğılmez Ü, Şen B, Aydın M, Altınbaş K. Lityuma Tedavi Yanıtının Klinik, Biyolojik ve Genetik Yordayıcıları. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2018;4:1-11
3. Altınbaş K, Yeşilbaş D, İnce B, Cansız A, Silan F, Özdemir Ö, Gülöksüz S. Evaluation of the association between lithium treatment response and GSK3b polymorphism in bipolar disorder patients. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2018.

Anksiyete Bozukluklarında EMDR Kursu

Uzm. Dr. Alişan Burak YAŞAR

Haydarpaşa Numune Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, İstanbul

Panik bozukluk tekrarlayan ve beklenmedik bir anda ortaya çıkan panik nöbetlerinin görüldüğü ve kişinin başka ataklar yaşama ve atakların yol açabilecekleri ile ilgili endişe duyduğu, ataklar nedeni ile kaçınma ve davranış değişiklikleri gösterdiği bir anksiyete bozukluğudur.

Anksiyete bozukluklarının bilişsel modelleri, bilişsel bir şema veya inançlar gibi insanlara bilgiyi önyargılı biçimde işlemeye, tüm dikkatini tehdide yöneltmeye ve belirsiz bir uyarı katastrofik bir yanlış yorumla ele almaya yakınlaştıran merkezi niteliklerden hareket etmektedir.

EMDR Adaptif bilgi işleme modeli teorisine dayalı bir psikoterapi yöntemidir. Psikiyatrik semptomların önemli bir kısmının zihinde, travmatik algınlıp adaptif bilgi ağlarına aktarılamayan deneyimlerin birikiminden kaynaklandığını ve dolayısı bunlara yönelik yapılacak terapötik müdahale ile bugünkü semptomlarda iyileşme bekler.

Bu kursta öncelikli olarak Travma sonrası stres bozukluğu için ortaya konulmuş olan fakat zamanla depresyon, fibromiyalji, yas ve hatta psikotik bozukluklarda da kullanımı olan EMDR psikoterapisinin, anksiyete bozukluklarında kullanımı ve anksiyete belirtileri ile gelen hastalarda EMDR ile nasıl çalışılabileceği anlatılacaktır.

Yaygın Anksiyete Bozukluğunda Metakognitif Terapi

Uzm. Dr. Anıl GÜNDÜZ

Bilecik Devlet Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Bilecik

Yaygın anksiyete bozukluğu (YAB), en sık görülen anksiyete bozukluklarından biridir ve burada görülen sorunlar hemen hemen tüm anksiyete bozukluklarında görülebilmektedir. Temelde aşırı endişelenme ve bu endişelenmeyi kontrol etmekte zorlanmaya eşlik eden anksiyete belirtilerinden oluşur. YAB tanısı konulabilmesi için kişinin sağlık, sosyal, aile ve finansal gibi yaşam alanlarının en az ikisi hakkında endişeleniyor olması gerekmektedir. YAB olan kişilerin çoğu yaşamları boyunca endişeli bir yapıya sahip olduklarını belirtmektedirler. Endişelenmek bu hastalığın anahtar bilişi olup, terapist bu endişelenme halini tanımlayabilmeli ve ruminasyon veya obsesyon gibi diğer zihinsel eylemlerden ayırbilmelidir. Endişe, egosintonik olup, kişi bu durumu kendinin bir özelliği olarak görür ve kişinin kendilik imajını bozmamaktadır. Obsesif intrüzyonlar ise egodistoniktir, kişi için uygunsuz, tiksindirici ve iğrenç görülmektedir. Endişelenmek, problem çözme amaçlı birbirini takip eden negatif düşünce zinciri olarak tanımlanabilir (Borkovec, Robinson, Pruzinsky, & Depree, 1983). Endişelenmek aslında bir baş etme stratejisi olarak görülsede bir süre sonra kişi endişelenmek hakkında da endişelenmeye başlayabilmektedir (Wells, 1995). Metakognitif terapide YAB'I tedavi ederken endişelenmek hakkındaki endişe (Tip2 Endişe) anahtar kavramlardan biridir. YAB'ın Metakognitif terapi süresi 4 ila 12 seans arasında değişmektedir (Wells & King, 2006). YAB'ın metakognitif terapisindeki ilk amaç formülasyon ve sosyalizasyon aracılığıyla kişinin endişe sürecini tanımasını sağlamak, daha sonrasında endişe ile ilgili sahip olduğu kontrol edilemezlik metakognitif inancını sorgulatmak, endişe ve anksiyete ile ilgili endişeyi sorgulatmak, endişeyi devam ettiren kaçınca ve işlevsiz baş etme stratejilerini ortadan kaldırmak, endişenin zarar vereceği ile ilgili metakognisyonları sorgulatmak ve son olarak endişenin işe yaradığını, ihtiyaç duyduğunu ve önemi hakkındaki pozitif metakognitif inançları sorgulatmaktır.

GEBELİKTE EK TEDAVİLER

Yrd. Doç. Dr. Eylem ÖZTEN

İstanbul NP Beyin Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, İstanbul

Gebelikte psikotrop ilaçların bir kısmının teratojenik olduğu yönünde bilgilerimiz olmasına karşın gebelik sürecinde nasıl güvenli bir tedavi yürüteceğimize dair kanıtlanmış tedavi planına dair bilgilerimiz sınırlıdır. Gebelikte yeterince tedavi edilmeyen psikopatolojiler hem anne hem yeni doğan için riskler oluşturmaktadır. Bu nedenle ilaç dışı tedavi yöntemleri ile ilgili biyolojik tedaviler gündeme gelmekte ve bunlarla ilgili çalışmalar yürütülmektedir. Sunum içinde bu biyolojik yöntemlerden Elektrokonvülsif tedavi(EKT), Transkranial manyetik uyarım(TMU) tedavisi, Vagal sinir uyarım tedavisi(VSU), Parlak ışık tedavisi(PIT) gibi biyolojik tedavilere yer verilecektir.

FDA 2005 yılında VSU için en az 4 antidepresan ilaca cevap vermemiş dirençli depresyon için onay verse de etkinlik konusunda çalışma sonuçları farklılık göstermektedir. Gebeler de kullanım ile ilgili çok sınırlı bilgi olgu bildirimleri, fare deneyleri ile sınırlıdır ve daha geniş kapsamlı çalışmalar gerekmektedir.

PIT'in gebelerde kullanımı ile ilgili yapılan üç ana çalışma bulunmaktadır. Remisyon oranları genel olarak sham grubuna göre daha daha yüksek saptanmış olup anne ve bebek için güvenli bir yöntem olduğu bildirilmiştir.

2008 yılında dirençli depresyon için FDA onayı alan TMU tedavisinin gebelikte kullanımı ile ilgili olgu serileri ve küçük örneklemli sham kontrollü çalışma bulunmaktadır. Çalışma verileri etkin ve güvenli bir yöntem olduğunu belirtmiş, daha geniş örneklemli, sham kontrollü çalışmalara gereksinim bildirilmiştir.

Biyolojik tedaviler içinde yukarıda belirtilenlerden daha eski olan EKT'nin gebelerde kullanımı ile ilgili yine olgu, olgu serileri ve bunların gözden geçirildiği metanalizler bulunmaktadır. Tedavi yanıt oranları oldukça iyi bulunmakla birlikte fetal, neonatal anomali, abortus, anesteziik madde, idame kullanım gibi konular çalışmalarda tartışmalar ve çalışmalar devam etmektedir.

EKT, PIT, TMU ve VSU, farmakolojik tedavi ile potansiyel riskleri azaltmak için gerekli önlemler alındığında gebelik sırasında nispeten güvenli ve etkili tedavilerdir. Bu biyolojik tedaviler farmakoterapi risklerini ya da gebelikte yeterli tedavi edilmemiş psikopatolojinin getireceği anne ve bebeğe ait riskleri önlemek için kabul edilebilir bir yaklaşım olabilir. Ancak kontrollü çalışmaların azlığı ve uzun süreli izlem çalışmalarının bulunmaması nedeni ile gebelikte biyolojik tedavi uygulanması durumunda gebeliğin seyrinin, annenin ruhsal ve biyolojik durumunun ve infantın gelişiminin dikkatle izlenmesi kesinlikle gerekmektedir.

TSBB’de Psikoterapide Neredeyiz? EMDR

Uzm. Dr. Alişan Burak YAŞAR

Haydarpaşa Numune Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, İstanbul

EMDR (Göz Hareketleri ile Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme) psikodinamik, bilişsel davranışsal ve danışan merkezli yaklaşımlar gibi çok iyi bilinen farklı yaklaşımların öğelerini bir araya getirmektedir EMDR çok sayıda prosedürel bileşenden oluşan bir psikoterapi modelidir. AIP (adaptif bilgi işleme modeli)’nden yararlanır. Diğer öğrenme teorileri ile tutarlı şekilde modele göre; bilgi işleme sistemi varlığı yeni deneyimleri varolan hafıza ağlarının içinde sindirir. Adaptif bilgi işleme modeli tüm psikopatolojilerin temelini organik sebeplere değil, travma ya da rahatsız edici olaylara ait anıların yetersiz işlenmesine bağlar. Çözümü sağlayan da bu anıların daha geniş bir anı ağı içerisinde bir araya getirilmesi ve yeniden işlenmesidir. EMDR üç bölümlük protokolden oluşan sekiz basamaklı bir tedavi yöntemidir ve şunlara odaklanır: Güncel problemlerin altında yatan, onlar ait anılar. Mevcut durumun ve danışanı psikolojik olarak sağlıklı duruma taşıyacak tetikleyicilerin spesifik olarak belirlenmesi. Gelecekteki adaptif davranış için bunların pozitif anı taslağında birleştirilmesi. EMDR’nin ayırt edici özelliklerinden biri de tamamı standardize protokol ve prosedürlerde hedef anı ağının işlenmesine hizmet eden bilateral uyaranların. Net pozitif sonuçları gösteren yeni yayınlar sayesinde EMDR’nin geleceği parlak bir psikoterapi şekli olduğu anlaşılmaya başlandı. Son 20 yılda biriken araştırmalar EMDR’nin bir çok profesyonel organizasyon ve ulusal ruh sağlığı kuruluşlarının klinik rehberlerinde etkili travma tedavisi olarak gösterilmesine yol açmıştır. (Crest, 2003 Inserm, 2004 Nice, 2005 American Psychiatric Association, 2004 ISTTS, 2009...) Çok sayıda pratik rehberler ve birkaç meta analiz EMDR’nin başardığı terapötik etkinin pek çok araştırmada bdt kadar uzun sürdüğünü ortaya koymuştur. Yaklaşık 20 kontrollü çalışma EMDR tedavisinin PTSD’de olan etkisini onaylamıştır. Bununla beraber geniş bir bozukluk grubunda etkili olduğunu gösteren çok sayıda çalışma vaka sunumu vardır. Fobiler, yaygın anksiyete bozukluğu, panik bozukluk, vücut dismorfik bozukluk, seksüel disfonksiyon, migren, baş ağrıları, fibromiyalji, fantom ağrı,... Çocuklar üzerine etkili olduğunu gösteren çalışmalar da vardır.

Psikiyatri Uzmanı Kimdir? Psikolog Kimdir?

Prof. Dr. İbrahim BALCIOĞLU

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, İstanbul

Psikiyatri uzmanı

- 1- Sinir ve ruh hastalıklarında kişide görülen uyumsuzlukları önleme, tanı ve tedavide görev alan uzman hekimdir.
- 2- Psikiyatri uzmanı alanında uzmanlaşmış tıp doktorudur. Psikiyatristler biyolojik, fizyolojik ve farmakolojik eğitim alırlar. Hekimlerin reçete yazma yetkisi vardır.

Psikolog

- 1- “Ruh bilimiyle uğraşan; bireylerin duygu, düşünce ve davranış süreçlerinin inceleyen, tanı ve tedavide görev alan ruhbilimci” dir.
- 2- Psikolog 4(dört) yıllık psikoloji lisans programı tanımlanmış kişidir. Psikologlar yüksek lisans yaparak uzmanlaşmaktadırlar. Klinik uzman psikologlar hastanelerde ve polikliniklerde çalışırlar. Psikologlar farmakoloji eğitimi almazlar ve reçete yazamazlar.
- 3- Psikologlar (klinik psikologlar) psikiyatrik hastalıkların tanısında ve tedavisinde yer alırlar.

Psikoloji ve psikiyatri birbirinden çok ayrı, bağımsız disiplinler değildir. Çoğu zaman yardımlaşarak birlikte çalışırlar, birbirine de ihtiyaç duyarlar.

Psikoloji insan bilimleri arasında yer alır; insanın ruhsal hayatını ve davranışlarını inceleyen bilim dalıdır.

İlk çağlarda ya da ilkel insanların yaşadığı çevrelerde ruh, insanın içinde görünmeyen bir varlık olarak değerlendirilmiştir. Çağdaş felsefenin kurucusu DESCARTES hayvan ya da insan bedenini karmaşık bir makineye benzeterek işleyişini maddi ve mekanik ilkelere bağlamıştır. Daha sonra ruh, düşünce sonucu erişilmiş bir kavram niteliği kazanmıştır.

Günümüze kadar gelişen çeşitli görüş ve psikolojik akımlar ruhbilimini, fizikötesi (metafizik) ve ruhötesi (metapsişik) bilgilerden ve yorumlardan ayrı olarak tanımlamakta ve onu bir davranış bilimi şeklinde göstermektedir.

Psikoloji ve psikiyatri farkı

Psikiyatristler ve psikologlar hastaların iyi olma hallerini sağlamak için birlikte çalışırlar. Bu sebepten ötürü meslek tanımları çoğunlukla çakışır.

Psikiyatri ve psikologların en kritik farkı uyguladıkları doğalarının ayrı özellikler taşımasıdır.

Psikiyatristler tıp fakültesini ve psikiyatri ihtisasını bitirirler. Psikiyatristler reçete yazarlar ve tedavi süresince hastanın ilaç alımlarını düzenleme yetkisine sahiptirler. Uzmanlık eğitimleri boyunca çocuk, ergen ve yetişkin birçok ruhsal hastalığı olan hastalarla muhatap olur.

Psikiyatristlerin biyoloji ve nörokimya konusunda algıları gelişmiştir. “Eğer birine depresif diyecek isek öncelikle o kişinin herhangi bir vitamin ve tiroid problemi olmadığından emin olmamız gerekir.”

Psikiyatri ve psikologların benzerlikleri vardır. İki meslek grubunda problemler hakkında konuşur ve günlük hayattaki sıkıntıları çözüme konusunda yardım hizmeti sunarlar.

Psikologlar ile psikiyatristler arasındaki fark nasıldır?

Psikologlar, psikiyatristler eğitim noktasında farklılaşırlar. Psikologlar, psikiyatristlerden farklı olarak, psikolojik testler konusunda eğitim alırlar.

Psikiyatristler ilaç yazarlar. ABD’deki bazı eyaletler psikofarmakoloji eğitimi almış psikologlara bazı ilaçları yazma yetkisini vardır.

Psikiyatri ve psikologlar psikiyatrik hastalıklar ve ruh sağlığı problemlerine yaklaşımları noktasında farklılaşırlar.

Psikolog davranışa yakından bakar: “Eğer depresif hissedip yataktan kalkamıyorsan bu bir davranıştır.” der.

Psikologlar uyku alışkanlıkları ve probleme katkı sağlayan diğer etmenlerin izini sürüp bunları çözmeye çalışırlar.

Psikiyatri uzmanı biyoloji ve nörokimya konusunda algıları gelişmiştir. “Eğer birine depresif diyecek ise öncelikle o kişinin herhangi bir vitamin ve tiroid problemi olmadığı için emin olmamız gerekir.”

Tedavide Sorumluluk Alanları.

Psikolog'un Sorumluluğu Neden Psikiyatr da?

Dr. Ayhan AKCAN

Bakırköy Psikiyatri Tedavi ve Araştırma Merkezi, Psikiyatri Kliniği, İstanbul

Son zamanlarda hasta tedavileri konusunda ciddi karmaşa yaşanmaktadır. Sınırların çizilemediği (psikolog-doktor-psikiyatrist, mentor),işin ne olduğu (tedavimi? Terapi mi? Danışma mı? Uygulama mı?...) fayda görenin ne isimle ifade edildiği(hasta mı? Danışan mı? Yardım alan mı? Terapi alan mı? Müşteri mi?...) belli değildir.

Tüm bu karışıklıkta; pratikte sanki yasalar sadece psikiyatri ve psikolojiye uygulanıyor; psikologların sorumluluğu psikiyatriye yüklenerek yasal boşluk tamamlanmış oluyor. Tababet ve şua batı san'atlarının tarzı icrasına dair kanun madde 13;

“Bir şahsın ahvali bedeniye ve akliyesi hakkında rapor tanzimine münhasıran bu kanunla icrayı salahiyeti olan tabipler mezundur. Türkiye’de icrayı sanat salahiyetini haiz olmayan tabiplerin raporları muteber olamaz” 27916 sayılı 26 Nisan 2011 tarihli resmî Gazetede yayınlanan Bazı KHK de değişiklik yapılmasına dair kanun ile;

MADDE 9 – 11/4/1928 tarihli ve 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı San’atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanuna aşağıdaki ek madde eklenmiştir.

“EK MADDE 13 – a) Klinik psikolog; psikoloji veya psikolojik danışma ve rehberlik lisans eğitimi üzerine klinik ortamlarda gerekli pratik uygulamaları içeren klinik psikoloji yüksek lisansı veya diğer lisans eğitimleri üzerine psikoloji veya klinik psikoloji yüksek lisansına ilaveten klinik psikoloji doktorası yapan sağlık meslek mensubudur.

Klinik psikolog, nesnel ve yansıtma ölçüm araçları, gözlem ve görüşme teknikleri kullanılarak psikolojik değerlendirme ile uluslararası teşhis ve sınıflama sistemlerinde hastalık olarak tanımlanmayan ve Sağlık Bakanlığının da uygun bulunduğu durumlarda psikoterapi işlemleri yapar. Hastalık durumlarında ise ancak ilgili uzman tabibin teşhisine ve tedavi için yönlendirmesine bağlı olarak psikoterapi uygulamalarını gerçekleştirir.

Psikoloji lisans eğitimi üzerine ilgili mevzuatına göre Sağlık Bakanlığınca uygun görülen psikolojinin tıbbi uygulamalarıyla ilgili sertifikalı eğitim almış ve yeterliliğini belgelemiş psikologlar sertifika alanlarındaki tıbbi uygulamalarda görev alabilirler.

Uzman tabibin teşhis ve yönlendirmesiyle ya da bağımsız olarak yapılabilecek mesleki uygulamalar, bu bentteki prensipler çerçevesinde Sağlık Bakanlığınca çıkarılacak yönetmelikle belirlenir.”

Tüm bu mevzuat çerçevesinde Psikolog hiçbir şekilde tanı ve tedaviye giremez. Tedavi planlayarak teşhis koyamaz reçete yazamaz.

Serbest olarak mesleğini icra etmek isterlerse ancak tanı ve tedaviye hiçbir şekilde girmeyeceklerine dair dilekçe vermek zorundalar.

Psikologların Hasta Tedavisi Konusunda Sınırları Nereye Kadar? Yoksa Bu Sınır Sadece Psikologlara mı?

Psk. İsmail Erdem DAYIOĞLU

Bakırköy Psikiyatri Tedavi ve Araştırma Merkezi, Psikoloji Kliniği, İstanbul

Son yıllarda insanların ruh sağlığı ile ilgili önyargıları değişmiştir. Toplumda akıl hastalığı ile eşdeğer tutulan ruh sağlığının önemli bir kavram olduğu gerçeğinin insanlar tarafından kabul edilmesi, ruh sağlığı alanı ve çalışanları için önemlidir. Toplumun değişen bu önyargısına rağmen, maalesef değişmeyen olgu psikolog-psikiyatr ayrımıdır.

Toplumun ruh sağlığına karşı önyargısının kaybolması toplumsal açıdan değerlendirildiğinde pek çok gelişmeye sebep olmuştur. Bunlardan en önemlisi psikoloji bilimine olan ilginin artmasıdır. Öğrencilerin tercihlerinde psikoloji bölümü seçme oranı artmakta, üniversitelerin lisans ve yüksek lisans alanında psikoloji bölümü sayısı artmaktadır. Bu durumun yanında olumsuz sonuçlarda ortaya çıkmaktadır. Toplum henüz psikolog-psikiyatr ayrımında zorlanırken, bu ayrımın yapılmasını zorlaştırıcı etmenlerde ortaya çıkmaktadır. Yaşam koçları, mentörler, psikiyatri hemşiresi, sosyal hizmet uzmanı, danışmanlık şirketleri vb. psikoterapi adı altında mesleki sınırların dışına çıkmaktadır.

Psikoloji ve Psikolojik Danışmanlık ve Rehberlik (PDR) bölümlerinden mezun olmak psikolog ünvanı almak için gerekli koşuldur. Ancak psikologluk uzmanlık gerektiren bir meslektir. Pek çok alt dala sahip olan bu alanın en çok rağbet gören dalı klinik psikoloji alanıdır. Klinik psikoloji yüksek lisansı klinik psikolog olmayı sağlamaktadır.

Uygun şartlar altında hastanelerde ve psikiyatri hekimleri ile birlikte çalışabilen klinik psikologlar, gerekli durumlarda hastalara klinik psikolojik testler uygulayabilir, psikiyatri hekiminin tanı ve tedavi sürecine yardımcı olabilir. Psikologların tek başlarına tanı koyma ve tedavi etme yetkisi bulunmamaktadır. Ancak klinik psikologlar, özel eğitimlerden geçerek belirli terapi yöntemleri konusunda yetkinlik kazandıklarında, psikiyatri hekimi sorumluluğunda, onun önerisi ve yönlendirmesiyle psikoterapi yapabiliyor. Bu noktada psikolog-psikiyatr işbirliğinin önemi ortaya çıkmaktadır.

1928 tarihli yasa psikologların tanı ve tedavi ile ilgili sınırlarını çizmiştir ve halen geçerlidir, zamanın şartlarına uygun hale getirilmemiştir. İşbu yasaya göre 'tüm yetkiyi psikiyatri hekimlerine verdiği' yönündeki görüş, henüz psikoloji mesleğinin yasalarla tanımlanmamış olmasıyla ilgili yasal boşluktan kaynaklanmaktadır. 1928 yılında ülkemiz üniversitelerinde psikolog yetiştiren bir bölüm olmadığı gerçeği göz ardı edilmektedir. Meslek yasanın olmaması psikologların mesleki sınırları hakkında boşluk yaratmakta, sınırların aşılmasına katkı sağlamaktadır.

Psikoloji bilimi ve mesleğinin gelişmiş olduğu ülkelerdeki yasal düzenlemelerde psikoloji tamamen bağımsız bir meslek olarak kabul edilir. Psikolojik hizmetler, ekip çalışması anlayışı ile yürütülür. Psikologlar, kesinlikle ilaç tedavisi yürütmez, asla tıbbi müdahalede bulunmazlar ancak psikoterapi eğitimi almış psikologlar, psikoterapi uygulamalarını yürütebilir. Ayrıca, psikoterapi hizmeti verilen hastalarda ilaç tedavisi gereken bir durum ortaya çıktığında, ilgili vakayı bir psikiyatriste havale ederler veya gereken durumlarda psikiyatristle iş birliği içinde ilacın yanı sıra psikoterapi uygulamaları yürütmek üzere görev alırlar. Türkiye’de ve dünya genelinde, psikologlar ilaç tedavisi uygulamaz.

Sonuç olarak; ruh sağlığı alanı bir ekip işidir ve temel unsuru psikiyatri hekimidir. Psikologlar, psikiyatri hekimi işbirliği ile psikoterapi uygulayabilir, hastanın tedavi sürecine yardımcı olabilir. Gerekli durumlarda psikometrik testleri hastaya uygulayabilir, psikiyatri hekiminin tanı ve tedavi sürecine katkı sağlayabilmektedir. Psikiyatri hekimlerinin psikologlar ile işbirliğine katkı sağlaması ruh sağlığı alanına katkı sağlayabileceği gibi ruh sağlığı alanında yetkili meslek gruplarının dışındakilerin bu alanı sömürmesinin önüne geçilebilir.

Psikiyatr Psikolog İşbirliği

Prof. Dr. Erdinç ÖZTÜRK

İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü, Sosyal Bilimler Anabilim dalı, İstanbul

Ruh sağlığı hizmetleri bir bütün olarak ele alındığında multidisipliner bir yapıda olduğu gözlenmektedir. Özellikle tıp fakültelerinde yer alan psikiyatri kliniklerinde çalışan psikiyatr, klinik psikolog, ruh sağlığı hemşireleri ve sosyal çalışma uzmanları bir ekip halinde hizmet vermektedirler. Bu psikiyatri kliniklerinde tanılar bir ruh sağlığı uzmanı tarafından konulmakta ve konu ile ilgili uzmanlığı olan klinik psikologlar da bu tanısı konan psikiyatri hastalarının psikoterapilerini yine bu ruh sağlığı uzmanının gözetiminde yürütebilmektedirler.

Özellikle psikiyatr-psikolog işbirliği bu psikiyatrik hastaların tanılarının konulduktan sonraki psikoterapi süreci için oldukça önemlidir. Psikoterapi sürecindeki tanı alan vakaların ilaç düzenlemesi, gereken zamanda kapalı bir psikiyatri servisine yatırılması ve tedavi planının yapılması adına yine psikiyatr-psikolog işbirliği vakanın tedavisi adına önemli katkılar sağlayacaktır.

Yine psikiyatri vakalarının tedavi öncesi ve sonrası Rorschach ya da MMPI gibi kişilik, Alexander ya da Cattell gibi zeka, Benton gibi görsel hafıza testlerinin klinik psikologlar tarafından yapılması ve raporlandırılması psikiyatr-psikolog işbirliğindeki en önemli çalışma alanlarını oluşturmaktadır. Klinik psikologların uygulayıp raporlandığı nevroz-psikoz ayrımını net olarak yapabilen ve tanı koydurucu bir test olan Rorschach kişilik testi bu uygulamalarda oldukça önemli bir role sahiptir. Bu açıdan Rorschach, hem psikiyatride hem de klinik ve adli psikolojide en sık kullanılan ve büyük bir öneme sahip olan oldukça temel bir testtir.

Etkin ve verimli bir ruh sağlığı hizmeti için psikiyatr-psikolog işbirliği kadar ruh sağlığı hemşirelerinin ve sosyal çalışma uzmanlarının da uyum içerisinde çalışması gereklidir. Multidisipliner ve bir ekip içerisinde yürütülen ruh sağlığı hizmeti vakaların tedavisi adına daha olumlu sonuçlar sağlayacaktır.

Adli Tıp'ta Nasıl Bir Uygulama Vardır

Uzm. Dr. Mustafa SOLMAZ

Bağcılar Eğitim Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, İstanbul

Adli tıp devletin resmi bilirkişi kurumudur. Adli tıpta ve adli psikiyatride psikiyatrist ve psikolog işbirliği çok önemlidir. Adli psikiyatri uygulamalarında daha çok teşhis alanında faaliyetlerde bulunulur. Psikiyatrist vakayı muayene eder ve psikologdan zeka değerlendirmesi kişilik ve nöropsikolojik değerlendirmeler için testler ister. Bu testler kişiye teşhis koymada önemlidir. Bu teşhis daha sonra kişi hakkında mütaala düzenlenmesinde göz önünde bulundurulur. Bu mütaalalar ile mahkemelerde hakimler sanık veya mağdur hakkında karar verirler. Adli tıpta psikologlar başlıca üç ana grupta görev yaparlar:

1. Zeka Değerlendirmesi
2. Kişilik Değerlendirmesi
3. Nöropsikolojik Değerlendirme

Bu değerlendirmeler ceza ehliyeti, hukuki ehliyet, maluliyet, vesayet davalarında ayırıcı tanı açısından çok önemlidir. Bu açıdan, psikiyatrist ve psikolog işbirliği gereklidir.

Psikodermatolojiye Giriş

Dr. Selime ÇELİK ERDEN

İstanbul Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, İstanbul

Genel hastanede istenen psikiyatri konsültasyonlarında dermatolojinin özel bir yeri vardır. Ayaktan tedavi gören dermatoloji hastalarının %30-40'nda psikiyatrik semptomlar olduğu bildirilmiştir. Yatarak tedavi gören dermatoloji hastalarında bu oranın daha da fazla olduğunu bildirmektedir. En büyük duyu organı olan deri ile sinir sistemi ile aynı embriyolojik kökene sahiptir. Deri aynı zamanda emosyonların (korku, öfke, heyecan vs.) dışı vurulduğu organımızdır. Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikodermatoloji Polikliniği'mizde primer deri hastalığı (psöriazis, alopesia areata, ekzema gibi) olan olguların yanı sıra primer psikiyatrik hastalığı (delüzyonel parazitoz, artefakt dermatiti, trikotillomani) olan olgularla çalışmaktayız. Hastaların bir kısmı psikiyatrik tanıyı red ettiği izlenmiştir. Psikiyatri ve dermatoloji birimlerinin işbirliği ile -gerektiğinde uzmanların birlikte hastayı değerlendirmeleri- hastalar tedavisi sürecinde tutulmaya çalışılmaktadır. Bu sunumda, güncel çalışmalar ışığında psikodermatolojik hastalıkları ve Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikodermatoloji Polikliniği pratiğimizi meslektaşlarımızla tartışmayı amaçladık.

Kaynaklar

1. Mohammad Jafferany. Psychodermatology: A Guide to Understanding Common Psychocutaneous Disorders. Prim Care Companion J Clin Psychiatry. 2007; 9(3): 203-213.
2. Roberto Doglia Azambuja. The need of dermatologists, psychiatrists and psychologists joint care in psychodermatology. An Bras Dermatol. 2017 Jan-Feb; 92(1): 63-71.
3. Philip D Shenefelt. Psychological interventions in the management of common skin conditions. Psychol Res Behav Manag. 2010; 3: 51-63.

Psikodermatolojide Psikofarmakolojik Tedavi

Dr. Aslı BEŞİRLİ

İstanbul Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, İstanbul

Dermatolojik hastalığı olan kişilerin büyük bir kısmında cilt hastalığıyla ilişkili olarak psikiyatrik bozukluklar görülebilmektedir. Psikodermatolojik rahatsızlıklar 4 kategoride sınıflandırılabilir: 1. Psikofizyolojik bozukluklar, 2. Primer psikiyatrik bozukluklar, 3. Sekonder psikiyatrik bozukluklar ve 4. Kutanöz duyusal bozukluklar. Bu rahatsızlıkların tedavisinde kullanılacak psikotrop ilaç seçimi temel olarak alta yatan psikopatolojinin tespit edilmesine dayanır. Çoğu psikodermatoloji hastasında en sık görülen psikiyatrik bozuklukları a) Anksiyete bozuklukları, b) Depresyon, c) Psikotik ve delüzyonel bozukluklar ve d) Obsesif-kompulsif bozukluklar şeklinde gruplandırabiliriz. Tedavi primer, sekonder veya psikofizyolojik bozukluk sınıflamasından bağımsız alta yatan psikopatolojinin ortadan kaldırılmasına yönelik olarak yapılmalıdır (1,2).

Anksiyete bozuklukları: Benzodiazepinler akut ve durumsal anksiyete tedavisinde kullanılan hızlı etki başlangıcına sahip ajanlardır. Alprazolam ve lorazepam sık kullanılan benzodiazepinlerdir. Uzun süreli kullanımda bağımlılık yapma riski nedeniyle tedavi 3-4 hafta içinde sonlandırılmalıdır. Kronik anksiyete tedavisinde buspiron, gabapentin, veya selektif serotonin gerialım inhibitörleri (SSRI) ve selektif serotonin noradrenalin gerialım inhibitörleri (SNRI) ve agomelatin tercih edilebilir (1, 2).

Depresyon: Tedavide SSRI ve SNRI grubu antidepresanlar trisiklik antidepresanlarla (TCA) karşılaştırıldığında kanıtlanmış etkinlik profili, daha iyi tolere edilebilmeleri ve güvenli olmaları nedeniyle ilk seçenek olarak tercih edilmektedir. TCA olan doksepinin, antihistaminik etkisiyle kaşıntıyı da azalttığı için nörotik ekskorsiyon, faktisizyöz dermatit ve akne tedavisinde etkinliği gösterilmiştir (2).

Psikotik ve delüzyonel bozukluklar: Dermatolojide en sık karşılaşılan psikotik bozukluk delüzyonel parazitozudur. Pimozid delüzyonel parazitoz tedavisinde etkinliği gösterilmiş geçmişte en sık kullanılan tipik, ilk jenerasyon antipsikotiktir. İkinci jenerasyon antipsikotikler (ketiapin, amisülpirid, olanzapin, aripiprazol ve risperidon) daha yeni, güvenli ve daha az ekstrapiramidal ve antikolinergik yan etki profili nedeniyle artık sıklıkla öncelikli olarak tercih edilmektedir (2,3).

Obsesif kompulsif bozukluklar: SSRI'lar (essitalopram, fluoksetin, fluvoksamin, paroksetin, sertraline) tedavide ilk seçenek olarak tercih edilir. Klomipramin SSRI'lar ile karşılaştırıldığında zayıf tolere edilebilirliği nedeniyle ikinci seçenek olarak tercih edilir (4). N-asetilsistein (NAC) glutamat modülatörü olarak etkisini gösteren ve deri yolma, trikotilomani ve onikofajide umut vaat eden ajan olarak gösterilmektedir (5).

Kaynaklar

1. Lee CS, Accordino R, Howard J, Koo J. Psychopharmacology in dermatology. *Dermatol Ther.* 2008 Jan-Feb;21(1):69-82.
2. Connor CJ. Management of the psychological comorbidities of dermatological conditions: practitioners' guidelines. *Clin Cosmet Investig Dermatol.* 2017 Apr 20;10:117-132.
3. Lepping P, Russell I, Freudenmann RW. Antipsychotic treatment of primary delusional parasitosis: systematic review. *Br J Psychiatry.* 2007 Sep;191:198-205.
4. Kestenbaum T. Obsessive-compulsive disorder in dermatology. *Semin Cutan Med Surg.* 2013 Jun;32(2):83-7.
5. Grant JE, Odlaug BL, Kim SW. N-acetylcysteine, a glutamate modulator, in the treatment of trichotillomania: a double-blind, placebo-controlled study. *Arch Gen Psychiatry.* 2009 Jul;66(7):756-63.

Psikodermatolojik Hastalıklara Psikodinamik Yaklaşım

Uzm. Dr. Jülide KENAR

Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, İstanbul

Deri açığa vurulmamış bilinçli ya da bilinçdışı duyguların yansıtıldığı, sözsüz iletişime aracılık eden bir organdır. Beyinle aynı embriyolojik kökeni paylaşan deri, dış dünya ile ve başkaları ile doğduğumuz günden beri ilk temas noktamızdır. Beyin /zihin ve deri nöroendokrin ve immün sistemler aracılığıyla etkileşim içerisinde (nöro-immüno-kutanöz sistem).

Deri en geniş yüzeye sahip organımızdır. Öyle bir duyu organıdır ki sadece %10'unun kaybı bile hayatımızı riske sokar, oysa tamamen kör ve sağır olarak hayatımızı sürdürebiliriz. Dışarıdan gelen soğuk/sıcak, bası ve çeşitli temasları algılamamızı sağlar; dış ve iç uyaranlara tepkilerimizin ifade bulduğu bir yüzeydir: heyecanlandığımızda kızarıyoruz, terleriz; üşüdüğümüzde derimizin ısısı düşer, korktuğumuzda veya soğuktan "tüylerimiz diken diken olur" vb. Derimiz bedenimizi örterek bizim kimliğimizi dışa vurur. Cinsiyetimizi, yaşımızı, ırkımızı, fiziksel ve ruhsal sağlığımızı yansıtır; tanınmamızı sağlayan ve bize özgü benler, doğum lekeleri, yara ve ameliyat izleri, dövmelemleri üzerinde barındırır. Biricikliğimizin bedensel ifadelerinden biri olarak parmak izlerimiz de derimizde ifade bulur.

Derimiz dış dünyadan gelen, enfeksiyon oluşturabilecek ajanlara karşı koruyucu bir tabakaya sahiptir. Ancak psikolojik stresin epidermal geçirgenliği bozduğu ve böylece atopik dermatit ve psoriasis gibi bazı enflamatuar bozuklukları tetikleyebileceği bildirilmiştir (1).

Deri dünyayla ilişkimiz üzerinde belirleyici olan ilk ilişkimiz, anne bebek ilişkisine aracılık eder. Çocukluk döneminde yeterli bakım alamama erişkin dönemde kendilik algısında, beden imgesinde bozulmaya ve davranış sorunlarına, çeşitli cilt hastalıklarına neden olabilmektedir.

Ego ve İd (1923)' de Freud egonun önce beden egosu olduğunu ifade ederek şöyle demiştir: "... Ego nihayi olarak beden duyumlarından türemiştir, bilhassa beden yüzeyinden kaynaklanılardan. Bu nedenle ego beden yüzeyinin zihinsel projeksiyonudur". Bu sunumda Esther Bick, Fordham, Kalsched, Bovensiepen, Meltzer, Tustin ve Anzieu (2,3) başta olmak üzere çeşitli psikanalistlerin katkıları gözden geçirilerek deriye ve deri hastalıklarına psikanalitik bakış hakkında bilgi verilmesi amaçlanmıştır.

Anahtar kelimeler: deri, psikodermatoloji, psikanaliz

Kaynaklar

1. Özmen M. Dermatolojik Hastalıklarda Psikosomatik Yaklaşımın Önemi. Türkderm 2010; 44 Özel Sayı 1:7-9.
2. Feldman B. A Skin for the Imaginal. Fort Da 2006; 12(2):50-78.
3. Anzieu D. Deri-Ben. Metis Yayınları, Ötekini Dinlemek 21,2008

Psikodermatoloji, Travma ve Dissosiyatif Belirtiler

Dr. Feride YILDIRIM

İstanbul Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, İstanbul

Psikolojik stresin çeşitli dermatolojik hastalıkların başlangıcı ve semptomların şiddetlenmesi ile ilişkili olduğu (1) bilinmektedir. Dermatolojik hastalıklarda, depresif bozukluk ve anksiyete bozuklukları daha sık ve kolay saptanmakta iken, eşlik eden travmatik olaya maruziyet, travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) ve dissosiyatif belirtilerin değerlendirilmesi göreceli olarak daha zordur. Örneğin, bir dermatitis artefakta vakasının çocukluk çağı cinsel istismar öyküsünün varlığı ile ilişkisi ancak zaman alan bir psikiyatrik değerlendirme ve terapi süreci sonucunda ortaya konabilir.

Travmatik olaylar, günlük yaşam olaylarının sebep olduğu stresden farklı olarak kişinin baş etme kapasitesini aşan olaylardır. Bazen, travmatik bir olaya maruziyet ardından, TSSB gelişebilir. TSSB'un çekirdek belirtilerinden özellikle yeniden yaşantılama ve aşırı uyarılma belirtileri deneyimlendiği sırada, kronik idiopatik ürtiker, psöriazis ve atopik dermatit gibi stresle tetiklenen dermatolojik hastalıkların semptomlarının şiddetlendiğini bildirilmektedir (2). Erken dönem çocukluk çağı ihmal ve istismar yaşantılarının, ileriki yıllarda dermatolojik semptomların başlangıcı ve sürmesinde önemli rol oynayabileceği düşünülmektedir (3). Özellikle kendi kendine oluşturulan dermatozlar (örneğin, dermatitis artefacta) ve primer olarak psikiyatrik hastalık olan trikotillomani, deri yolma gibi beden odaklı yineleyici davranışların dermatolojik sonuçları olmaktadır.

Dissosiyatif belirtilerin, travmatik yaşantılarla sıklıkla birlikte gözlemlendiği, yine kendi kendine oluşturulan ya da beden odaklı yineleyici davranışlarla giden dermatozlarda, otomatik davranış biçiminde saç koparma ve otomatik davranış biçiminde deri yolmanın dissosiyatif süreçlerle ilişkili olabileceği bildirilmiştir (4)

Bu sunumda travmatik yaşantılar, TSSB ve dissosiyatif belirtilerin, stresle tetiklenen dermatozlar ve kendi kendine oluşturulan dermatozlarla ilişkisi, güncel çalışmalar ışığında gözden geçirilecektir. Dermatoloji hastalarını değerlendirirken, özellikle tedaviye dirençli, kronik ve yineleyici dermatolojik semptomları olanlarda, altta yatan travmatik ya da dissosiyatif süreci farketmek, tedavinin seyri açısından önemlidir.

Anahtar kelimeler: dissosiasyon, travma, TSSB, dermatoloji

Kaynaklar

1. Gupta MA, Gupta AK. Psychodermatology: an update. J Am Acad Dermatol 1996;34: 1030-1046
2. Gupta MA, Jarosz P ve ark. Posttraumatic stress disorder (PTSD) and the dermatology patients. Clinics in Dermatolgy. 2017, 35:260-266
3. Koblenzer C. Psychodermatology of women. Clinics in Dermatology.1997; 15: 127-141
4. Gupta MA, Vudjic B ve ark. Dissociation and conversion symptoms in dermatology. Clinics in Dermatology. 2017;35:267-272

Dirençli bir Bipolar Bozukluk Olgusuna Yaklaşım

Yrd. Doç. Dr. Mehmet Gürkan GÜROK

Fırat Üniversitesi Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Elazığ

Olgu: FB, 57 y, erkek hasta, evli, 3 çocuk, lise mezunu, emekli, Elazığ.

28 yıllık hikaye o dönemde sıkıntı, keyifsizlik, yerinde duramama şeklinde başlamış, tedaviye ilk olarak 1983 yılında Elazığ Ruh Sağlığı Hastanesinde (ERSHH) başlamış, ilk yatışı 15 yıl önce BAB tanısıyla ERSHH sine olmuş. Toplam 3 kez yatarak tedavi gördükten sonra 2006 yılında Manik atak tedavisiyle tedavi gördüğü kurumdan kliniğimize sevk edilmiş. Bu yıldan sonra kliniğimizde takip edilmeye başlanmış. Bugüne kadar toplam 10 kez yatarak tedavi görmüş ve hikayesine genel olarak depresif dönemler hakim olsa da dönem dönem fazla para harcama, evden çıkıp geç dönme, absürd konuşma ve davranış gibi bulguların eşlik ettiği manik ve hipomanik dönemleri de olmuştur.

- İlk yatışı 2006 yılındaki sevk sonrası gerçekleşmiş ve lityum 900mg/gün, olanzapin 10 mg/gün, klomipramin 150 mg/gün tedavisi düzenlenmiş.
- 2. yatışı yine bir depresif dönem ve klomipramin 200, klorpromazin 100, ketiypin 100 lityum 600 mg/gün tedavisiyle taburcu edilmiş.
- 3. yatışında amisülpriid 200, lityum 600, klomipramin 200 mg/gün tedavisiyle taburcu olmuş.
- 4. yatışında venlafaksin başlandıktan sonra hipomanik bulgular geliştiği için kesilmiş. Venlafaksinine yerine paroksetin başlanmış. Akatizi, rijidite gibi EPS bulguları ve tedaviye biperiden eklenmesi (olanzapin, depakin ve paroksetin ile taburcu)
- Yatışları sırasında sık sık kontrol edilemeyen anksiyete bulguları ve İV anksiyolitik ihtiyacı gelişen hastada sıklıkla gastrointestinal şikayetler, gaz, şişkinlik, hazımsızlık, özellikle karın bölgesinde yoğun şişlik ve birçok yatışında dahiliye konsültasyonları istenmiştir.
- Sık sık uyku problemleri nedeniyle trazodon, mianserin, mirtazapin, zopiklon denemeleri olmuştur.
- Son tedavisi: lityum 900 mg/gün, bupropion 150 mg/gün, mirtazapin 15 mg/gün

Bipolar bozukluk kronik nitelikli, ataklarla seyreden ve ciddi yeti yitimine sebep olan bir hastalıktır. Bipolar bozukluk hastalarının yaşam sürelerinin yarısında semptomatik oldukları görülmüştür. Bu toplantıda, sunulacak tedaviye dirençli Bipolar bozukluk olgusu tedavi seçenekleri, yapılabilecek farklı müdahaleler ile siz olsaydınız ne yapardınız? formatında değerlendirilecektir.

Dirençli Bir Şizofreni Olgusuna Yaklaşım

Doç. Dr. Ebru KANMAZ FINDIKLI

Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Kahramanmaraş

28 y, evli, ilkokul mezunu, ev hanımı, kadın hasta, ilk defa 2014 yılında doğumdan 2,5 ay sonra hiç konuşmama, durduğu yerde kalma, konuşulanlara cevap vermeme, çocuğu emzirdiğini hatırlamama, yemek yememe, durduk yere ağlama ve gülme şikayetleri ile polikliniğimize ailesi tarafından getirildi.

Hastanın öyküsünde; hamileliği çok sıkıntılı geçmiş, düşük tehlikesi varmış, doğum sezeryan olmuş, hamilelikten önce psikiyatrik rahatsızlığı yokmuş. Hamileliğinde kulağına sesler gelmeye başlamış, “öldürecekler” diyormuş, eşinden şüpheleniyormuş, gözüne görüntüler görünüyormuş. Daha önce nöroloji polikliniğine başvurmuş. Orada bir nörolojik bir probleminin olmadığı söylenmiş. Muayenesinde; “affektif küntlük, endiferans, işitsel halüsinasyonlar, paranoid ve somatik hezeyanlar, dezorganize konuşmalar, katatonik belirtiler, içgörü eksikliği, negativizm, sosyal izolasyon, anhedonia” bulguları mevcuttu. Sorulan sorulara stereotipik şekilde “evet” diye cevap veriyordu.

Hasta postpartum psikoz ötanısı ile hastaneye yatırıldı. 8 seans EKT yapıldı. Affektif, görsel halüsinasyonları ve sanrıları çok azaldı, ancak işitsel halüsinasyonları devam etti. Tedavide olanzapin 10 mg/gün başlanıp 20 mg/güne çıkıldı. Bu arada işitsel halüsinasyonları devam ettiği için hasta evini değiştirdi. Tedaviye haloperidol 2x5 damla/gün (2 mg/gün) eklendi. 2 ay sonra kontrole geldiğinde 1 aydır gözlerini bir tarafa diktiği, 5-10 dk sonra geçtiği şikayeti vardı. Hastada okulojirik kriz düşünüldü biperiden 4 mg/gün eklendi. Haloperidol damla stoplandı. Olanzapin tedavisi ile paranoid düşünceleri azalmıştı, ama daha az şiddette ve sıklıkta devam ediyordu. İşitsel hallüsinasyonları tedavinin başından beri hiç geçmemişti.

Siz olsaydınız ne yapardınız?

Anahtar Kelimeler: Şizofreni, postpartum psikoz, direnç, işitsel halüsinasyon, EKT, klozapin.

Tedaviye Dirençli Depresyon Olgu Sunumu

Yrd. Doç. Dr. Sevdâ KORKMAZ

Fırat Üniversitesi Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Elazığ

42 yaşında, ilkokul mezunu, ev hanımı, evli, 4 çocuk annesi, kadın hasta.

Eşi ve çocukları ile yaşıyor. İlk şikayetleri yaklaşık 9 yıl önce aile içi bir stres etmeni sonrasında sıkıntı, iştahsızlık, ölüm korkusu ve uykusuzluk ellerine uyuşma ve baş dönmesi şeklinde başlamış. Dönem dönem mianserin ve paroksetin kullanmış.

İlk hastane ye yatışı 2012 yılında olmuş. Taburculuğunda venlafaksin ve ketiapin önerilmiş. İlaçlarını düzenli kullanmış ancak şikayetlerinde düzelme olmamış.

2. Yatışı 2015 yılında, ilgi kaybı, hayattan zevk alamama, sinirlilik ve ölüm düşünceleri nedeniyle yapılmış. Taburculuğunda paroksetin 30mg/gün, mirtazapin 30mg/gün, risperidon 1mg/gün tedavisi düzenlenmiş.

Dönem dönem alprazolam, mirtazapin, ketiapin ve venlafaksin ilaçlarını kullanmış. 2016 Ocak ayında intihar girişimi olmuş (metal parça, tırnak makası, jilet ve bıçak yutmuş). Operasyondan 1 hafta sonra psikiyatri kliniğine yatırılmış.

20 günlük tedavi sonrasında paroksetin 40mg gün, alprazolam 0.5 mg gün, mianserin 30 mg gün tedavisi ile kendi isteğiyle taburcu edilmiş. Son 2 yılda 5 kez ası, 5 kez ilaçla olmak üzere çok sayıda yeni intihar girişimleri olmuş.

Halsizlik, sıkıntı hissi, mutsuzluk, ağlama isteğinde artış ve alınganlık şikayetlerinin son 1 aydır artarak devam etmesi üzerine kliniğimize yatışı yapıldı.

Özkıyım riski yüksek ve hasta yakınlarının işbirliği potansiyeli düşük, 4 kez hastaneye yatış öyküsü olan düşük normal zeka düzeyine sahip, major depresyon olgusu.

Tedavisinde antidepresanlar + antipsikotikler ile tatmin edici yanıt alınmaması üzerine hasta dirençli olarak kabul edilip, klomipramin, bupropiyon, mirtazapin ve risperidon tedavisi başlandı.

Psikososyal sorunlar

- İntihara ilişkin utanç duyguları
- Operasyon sonrası sağlık sorunları
- Maddi problemler
- Yeniden intihar edeceğine dair korkular
- Çocuğu ile ilgili olan pişmanlıkları
- Özgüven kaybı
- Süreğen bir hastalık ile yaşamaya bağlı sorunlar ve uyum
- Toplumsal ve gelişimsel roller: Beklentiler, sorumluluklar
- İlişki sorunları

Siz olsaydınız ne yapardınız?

Metakognitif Terapi nedir?

Prof. Dr. Mehmet Zihni SUNGUR

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, İstanbul

Metakognitif terapi, ilk olarak yaygın anksiyete bozukluğunun tedavisinde kullanılmaya başlanmış olup, daha sonra ise diğer psikiyatrik bozukluklara uygulama alanı genişletilmiştir (Wells & Matthews, 1994). Bu yaklaşım, yaygın anksiyete bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu, obsesif-kompulsif bozukluk, sosyal fobi, depresyon ve sağlık kaygısı gibi bozuklukların anlaşılması ve tedavisi için geliştirilmiştir. Metakognisyon, kişinin zihinsel süreçlerini ve o süreçlere verilen tepkileri düzenleyen bilişler olarak açıklanabilir. Metakognitif terapi, psikopatolojinin ortaya çıkışını; kişinin kendi içsel deneyimlerine yanıt olarak metakognisyonları tarafından belirlenen tepkilerin olumsuz duyguyu sürdürmesi ve olumsuz inançları güçlendirmesi temeline dayandırmaktadır. Bu şekilde metakognisyonları takiben verilmiş olan tepkiler Kognitif Dikkat Odaklanması Sendromu (cognitive attentional syndrome, CAS) olarak isimlendirilmekte olup, endişelenmek, ruminasyon, dikkati tehdit üzerinde odaklama, işe yaramayan bazı düşünce kontrol stratejileri ve öğrenmeyi engelleyen baş etme şekillerinden oluşmaktadır. Birçok durumda negatif değerlendirmeler ve duygular geçicidir. Ancak CAS aktive olduğunda uzamış ve tekrarlayan şekilde negatif değerlendirmelere ve negatif duyguların devamına yol açmakta ve psikopatolojiyi ortaya çıkartmaktadır. Metakognitif inançlar sonuçlarına ve içeriğine göre olumlu metakognitif inançlar ve olumsuz metakognitif inançlar olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Pozitif metakognitif inançlar kişinin CAS'a ihtiyaç duyduğu ve CAS'ın önemi hakkındadır. Negatif metakognitif inançlar ise CAS'ın kontrol edilemez ve tehlikeli olduğu hakkındadır. Kişinin içsel bir uyarana karşı verdiği yanıt olarak endişelenmeyi, ruminasyonu, tehdit aramayı, zihinsel boşluklarını doldurmaya seçmesi, özetle CAS'ı aktive edip etmemesi kişinin sahip olduğu pozitif ve negatif metakognitif inançlara bağlıdır. Metakognitif terapideki temel amaç ise CAS'ı (endişelenmeyi, ruminasyonu, tehdit taramayı, düşünce kontrol stratejileri) ortadan kaldırmak, CAS'ın içsel tetikleyiciler karşısında tekrar aktive olmasını engellemek için metakognitif inançları değiştirmek ve içsel deneyimleri alternatif şekilde deneyimlemeyi ve ilişkiye geçmeyi sağlamak olarak tanımlanabilir.

Travma Sonrası Stres Bozukluğu'nda Metakognitif Terapi

Uzm. Dr. Anıl GÜNDÜZ

Bilecik Devlet Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Bilecik

Orta çıkan stres belirtileri travmatik olayın sonrasında 1 aydan uzun süre devam ederse kişi travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) tanı ölçütlerini karşılayabilmektedir. Çoğu zaman bu süreden önce bir tedavi önerilmemektedir. Akut stres dönemi sonunda travmatik stres belirtileri bir çok vakada gerileyebilmektedir. Akut stres döneminde yapılan müdahalelerin TSSB'nin ortaya çıkma olasılığını arttırabilmektedir. Travmadan hemen sonra yapılan debriefingın travma belirtilerini kötüleştirdiği gösterilmiştir (Bisson, Jenkins, Alexander, & Bannister, 1997). TSSB'nin metakognitif modeli bir çok insanın kendinden travmaya adapte olma kapasitesi olduğu temeline dayanmaktadır. Eğer travmatik olay sonrasında Kognitif Dikkat Odaklanması Sendromu (cognitive attentional syndrome, CAS) aktive olur ise endişelenmek, ruminasyon, dikkati tehdit üzerinde odaklama, boşlukları doldurma, işe yaramayan bazı düşünce kontrol stratejileri ve öğrenmeyi engelleyen baş etme şekilleri ortaya çıkmakta ve stres belirtilerin sürmesine sebep olmaktadır. Travmatik olaydan hemen sonra yapılan müdahaleler istemedende olsa CAS benzeri bir süreci aktive ederek kişinin endişelenmek, ruminasyon, dikkati tehdit üzerinde odaklama, boşlukları doldurma gibi stratejileri kullanmasına yol açarak anormal stres yanıtı verme ihtimalini arttırabileceği düşünülmektedir. TSSB'nin metakognitif terapisi EMDR, Uzun Süreli Alıştırma Tedavisi, Kognitif Davranışçı Terapi gibi altın standart tedavilerden farklı olarak anıların eksik, parçalar halinde olmasıyla ve anıların işlemlenmesine yönelik bir müdahalede bulunmaz. İnsanların anılarının travmatik olsun ya da olmasın zaten eksik ve tamamlanmamış ve de parçalar olduğu göz önünde bulundurulmalıdır. MKT, TSSB'de sorunu devam ettiren durumlardan birinin tamamlanmamış anılardansa, kişinin bu belirli anı boşluklarını zihninde olayın üzerinden tekrar tekrar geçerek tamamlama çabası olarak tanımlamaktadır. Kişide aynı zamanda nerede hata yaptığını, neyi farklı yapsaydı olayın başına gelmeyeceğine, bu yaşananların ne anlama geldiğine dair ruminatif bir düşünme biçimi aktive olabilmektedir. Bununla birlikte kişi gelecek tehditlerden uzak durmak içinse sahip olduğu pozitif metakognitif inançlar doğrultusunda hem endişelenmek hem de tehdit tarama gibi diğer CAS bileşenlerine başvurabilmektedir. Kişi potansiyel riski azaltmak adına yaşanan olayı ve olaya benzer durumdaki bir çok potansiyel tehlikeyi taramaya başlayabilmektedir.

Emosyonel Disregölasyon

Doç. Dr. Yakup ALBAYRAK

Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Tıp Faköltesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Tekirdağ

Emosyonel regölasyon, belli aralıktaki uyarılar karşısında belli duyguların uyanması, bu duyguların uygun biçimde deneyimlenmesi ve uygun biçimde dışı vurulması süreçlerinde belirleyici olan üst-bilişsel bir yeti olarak görölabilir¹. Zaman içinde anlamı genişleyen kavram, başkasındaki duygusal tepkileri anlamlandırabilme ve başkasının duygusal tepkilerine göre kendi tepkilerini ayarlayabilme süreçleriyle de ilişkilendirilmektedir².

“Emosyonel disregölasyon” ise duygusal yanıtların, belli bir kültür içinde kabul edilebilen aralıkta kalacak şekilde düzenlenmesindeki bozukluk anlamına gelmektedir³. Duygusal tepkilerin niteliğini ve niceliğini ayarlamadaki sorunların yanı sıra emosyonel stres toleransının düşüklüğü, stres durumundaki tepkilerin ölçüsüz ve işlev bozucu olması ve başkalarının duygularını anlama ve kabul etmede yetersizlik gibi sosyal etkileşimsel sorunlara yol açabilecek eksiklikler de emosyonel disregölasyonla ilişkilidir⁴.

Emosyonel disregölasyon kavramı ruh sağlığı alanında gittikçe artan bir ilgi uyandırmaktadır. Emosyonel disregölasyonun duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları, travma ile ilişkili bozukluklar, dikkat eksikliği/hiperaktivite bozukluğu, bazı kişilik bozuklukları, alkol ve madde kullanım bozuklukları başta olmak üzere pek çok ruhsal rahatsızlıkla ilişkili olabileceği düşünülmektedir^{5,6}. Emosyonel disregölasyonun birçok ruhsal rahatsızlıkla ilişkili olmanın ötesinde, bazı rahatsızlıkların ilk işareti de olabileceği ileri sürölmektedir.

Belli beyin bölgelerinde travma, tümör veya vasküler olaylar sonucunda ortaya çıkan lezyonların da emosyonel disregölasyona neden olabildiği bilinmektedir. Bu bilgi, ruhsal rahatsızlıklarda görölen emosyonel disregölasyonun hangi beyin bölgeleriyle ilişkili olabileceği konusunda ipuçları verebilir⁷.

Emosyonel disregölasyon ve ruhsal rahatsızlıklar arasındaki ilişkinin araştırılması ruhsal rahatsızlıkların etyopatogenez ve fizyopatogenezinin anlaşılmasına katkı sağlayabilir. Aynı zamanda hastaların sosyal işlevselliklerini arttırmaya yönelik girişimlerde bu parametrenin de dikkate alınması tedavi ve rehabilitasyon süreçlerinde başarı şansını artırılabilir.

Kaynaklar

1. Thompson, R. A. (1994). Emotion regulation: a theme in search of definition. *Monographs for the Society for Research in Child Development*, **59**: 25–52.
2. Burman, J. T.; Green, C. D.; Shanker, S. (2015). On the Meanings of Self-Regulation: Digital Humanities in Service of Conceptual Clarity. *Child Development*. 86 (5): 1507–1521.
3. Butler, E. A., Lee, T. L., & Gross, J. J. (2007). Emotion regulation and culture: Are the social consequences of emotion suppression culture-specific? *Emotion*, 7, 30–48.
4. Larsen, R. J. (2000). Toward a science of mood regulation. *Psychological Inquiry*, 11, 129–141.
5. Campbell-Sills, L., Ellard, K. K., & Barlow, D. H. (this volume, 2014). Emotion regulation in anxiety disorders. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (2nd ed., pp. 393–412). New York: Guilford Press.
6. Beauregard, M., Paquette, V., & Levesque, J. (2006). Dysfunction in the neural circuitry of emotional self-regulation in major depressive disorder. *NeuroReport*, 17(8), 843–846.
7. Ochsner, K. N., & Gross, J. J. (2014). The neural bases of emotion and emotion regulation: A valuation perspective. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (2nd ed., pp. 23–42). New York: Guilford Press.

Bağırsak Mikrobiyotası: Nörogelişim ve Davranışta Anahtar

Yrd. Doç. Dr. Alper EVRENSEL

Üsküdar Üniversitesi İstanbul NP Beyin Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, 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 bağırsıklık 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 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 anahtar gibi görünmektedir.

Kutuplararası Yolculukla Bipolar Bozukluğun Yeniden Keşfi

Doç. Dr. Kürşat ALTINBAŞ

Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Konya

Günümüzdeki adı ile Bipolar Bozukluk (BB), yüzyıllardır bilinen, geçmişte farklı isimlerle tanımlansa da psikiyatrik tanı sınıflandırma sisteminde tanınal geçerliği ve tutarlılığı en yüksek hastalıklardan bir tanesidir. Ancak yine de özellikle klinik uygulamada kategorik tanımlayıcı tanı sisteminin handikapları karşımıza çıkmaktadır. Günümüzde en yaygın kullanılan iki tanı sınıflandırma sisteminden bir tanesi, Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından yayınlanan Ruhsal Hastalıkların Tanınal ve İstatistiksel El Kitabı (DSM)'nin tüm sürümlerinde, duygudurum bozuklukları, Krapelin'in dikotomoisi diye bilinen, temelde şizofreni ve bipolar bozukluk hastalıklarının birbirinden keskin sınırlar ile ayrılan iki farklı durum olduğu görüşüne dayalı olarak sınıflandırmaktadır (1). Oysaki bu görüş, gerek klinik uygulama gerekse son 20 yılda biriken genetik ve biyolojik bilgilerin işaret ettiği süreklilik (continuum) ya da boyutsal yaklaşım (dimensional approach) ile çelişmektedir. Tüm bu kanıtlar, bipolar bozukluğun hem majör depresyon hem de diğer psikotik hastalıklar ile ortak belirti kümelerini paylaştığı ve ortak tedavi seçeneklerinin kullanıldığını ve ortak etyolojik yolların hastalıklarda sorumlu olduğunu ortaya koymaktadır (2-3). Bu panelde bu alandaki ulusal ve uluslararası yazın gözden geçirilerek konuşmacının kendi yaptığı çalışmalar, dinleyiciler ile paylaşılacak ve konuşmacının önerdiği hibrid bir model tartışmaya açılacaktır.

Kaynaklar

1. K. Altınbaş, S. Tunç, M.S. Yazar, S. Özçetinkaya, S. Gülöksüz, E.T. Oral., "Kraepelin Bugün Yaşasaydı Dikotomi Varlığını Sürdürüyor Olur Muydu?", Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi , 321-330 pp., 2011
2. K. Altınbaş, D.J. Smith, N. Craddock, "Rediscovering the Bipolar Spectrum", Nöropsikiyatri Arşivi (ISI), 167-170 pp., 2011
3. K. Altınbaş, Redisconstructing The Diagnostic Framework of Bipolarity. PhD thesis. Maastricht University, 2018.

Duygudurum Düzenleyicilerle Duygudurum Dengeleme Gerçek mi? Efsane mi?

Yrd. Doç. Dr. Memduha AYDIN

Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Konya

Duygudurum bozukluklarının tekrarlayıcı özelliği, ciddi morbitite ve mortalite ile ilişkili olması, hem akut dönemlerde erken tanı ve müdahaleyi, hem de uzun dönemde etkin korumanın sağlanmasını tedavide öncelikli hedefler olarak öne çıkarmaktadır. Duygudurum bozukluklarının akut dönem tedavisinde de uzun dönem etkin korumada da en yaygın kabul gören tanımı ile “herhangi bir duygudurum döneminin sıklık ve şiddetini azaltan ancak bunu yaparken diğer tip dönemlerin sıklık ve şiddetinde kötüleşme yaratmayan” farklı etki mekanizmalarına sahip duygudurum düzenleyiciler kullanılmaktadır. Bunlar arasında bilinenlerden, kullanıma en eski girmiş olan lityum ve ardından valproat, karbamazepin ve lamotrijin başta olmak üzere birçok antikonvülzan ve atipik antipsikotiklerdir. Lityum ve antikonvülzanlar yeni duygudurum dönemlerini önlemekteki başarılarından dolayı duygudurum bozuklukları uzun dönem tedavisinde hala altın standardı oluşturmaktadırlar. Uzun dönem tedavide lityumun monoterapi olarak etkinliğini diğer monoterapi duygudurum düzenleyiciler ile karşılaştıran çalışmalar lityumun üstünlüğünü ortaya koymaktadır. Uzun dönem tedavide lityumun monoterapi etkinliğini lityumun diğer duygudurum düzenleyicilerle kombine edildiği tedavileri karşılaştıran çalışmaların sonuçları aynı tutarlılıkta değildir. Benzer şekilde, bu alanda yapılan çalışmalar uzun dönem tedavide kombinasyon tedavilerinin birbirlerine olan üstünlükleri konusunda farklı sonuçlar sunmaktadır. Uzun dönem tedavide kombine tedavi mi? monoterapi mi? daha iyidir sorusu hala kesin bir yanıt bulamamış olmakla birlikte kombinasyon tedavisinin daha güçlü bir etki sağlayabileceği görüşü hakimdir. Semptomların giderilmesinde ve nüksün önlenmesinde ilaç kombinasyonlarının nasıl olması gerektiği konusunda kanıtlar gelişmektedir. Bu sunumda güncel sistematik kontrollü klinik çalışmalardan elde edilen bilgiler ışığında duygudurum düzenleyicilerden lityum ve antikonvülzanların duygudurumu dengeleme konusunda etkinlikleri tartışılacaktır.

Yeme Bozukluğu, Yeme Bağımlılığı ve Diğer Ruhsal Bozukluklar Ayrılıkları ve Birliktelikleri

Dr. Ayşe KÖROĞLU

Sivas Numune Hastanesi, Amatem Kliniği, Sivas

Yeme davranışı motor, bilişsel, sosyal, duygusal gelişmelerin merkezi ve çevresel faktörler tarafından düzenlenen çok yönlü bir davranış örüntüsüdür. Yeme sadece biyolojik gelişim ve fizyolojik fonksiyonların gereksinimini sağlayan bir araç değil sosyal ilişkilerin oluşumuyla da ilişkili bir durumdur. Yeme bozukluklarının etiolojisi henüz belirsizliğini korumakta olup, araştırmalar genetik ve biyolojik, psikolojik ve sosyal etkenlerin göreceli etkileşimi üzerinde yoğunlaşmaktadır. Bu konuda öne sürülen biyolojik görüşler dışında disfonksiyonel biliş modeli, sosyokültürel ya da psikodinamik etkenlerin rolünü vurgulayan modeller, aile etkileşimi ve interpersonal etkenler, travma modeli, bağımlılık modeli, yeme bozukluklarının diğer majör psikiyatrik hastalıklarla ilişkisini vurgulayan modeller gibi çeşitli modellerin olması da bu konudaki etyolojik karmaşanın boyutlarını göstermektedir. Yeme bağımlılığı ilk olarak 1956'da öne sürülmüş ancak son yıllarda obezitenin yaygınlaşmasıyla daha çok üzerinde durulan bir kavram haline gelmiştir. Tanım olarak bazı kişilerde belirli yiyeceklerin aşırı tüketiminin klinik olarak kilo alımına ve obeziteye neden olduğu bir bağımlılık türü olarak nitelendirilmektedir. Yiyeceklerin kötüye kullanılan maddelerin aksine hayatta kalmak için ihtiyaç duyulan gereçler olması ve ne noktada bağımlılık denebileceği hala tartışılmakta olsa da işlenmiş, yağ ve karbonhidrat içerikli gıdaların ihtiyaç olunandan çok daha fazla tüketilmesi doyumluk hissinden ziyade ödül ihtiyacını çağrıştırmakta ve bu bağlamda yeme bağımlılığı kavramını güçlendirmektedir.

Kaynaklar

1. Kuruoğlu AÇ, Arıkan Z : Yeme bozuklukları. Psikiyatri, Psikoloji, Psikofarmakoloji Dergisi 1995;3 (Ek 4):7-22.
2. Lilenfeld LR, Kaye HK, Strober M. Genetics and family studies of anorexia nervosa and bulimia nervosa. Baillière's Clinical Psychiatry: Eating Disorders 1997; 3:177-197.
3. Randolph TG. The descriptive features of food addiction; addictive eating and drinking. Quarterly Journal of Studies on Alcohol. 1956;17(2):198-224.

Yeme Bozukluğu ve Obezitede Biyokimyasal Belirteçler

Dr. Serpil ERŞAN

Cumhuriyet Üniversitesi İleri Teknoloji Araştırma ve Uygulama Merkezi, Sivas

Obezite tanısında kullanılan birçok yöntem olmasına rağmen günümüzde tanıda ve sınıflamada beden kitle indeksi (BKİ) ve bel çevresi ölçümü önerilmektedir. İnsülin, insülin direnci, TSH, LDL, HDL, VLDL, TG, ALT, AST, kolesterol obezite ile gelişen dislipidemi ve hormonal bozuklukların göstergesi olarak incelenen parametrelerdir. Yapılan çalışmalar obezitede gelişen oksidatif strese direkt/dolaylı olarak insülin direnci, insülin sinyallerinin inhibisyonu ve adipositokin/adiponektin salınımındaki düzensizlikler arasında ilişki olduğunu göstermiştir. Adipoz dokudan salınan adipokinlerin bazıları leptin, adiponektin, rezistin, TNF alfa, IL-6, visfatin, apelin, asilasyon uyarıcı protein, plazminojen aktivatör inhibitör faktör-1, renin anjiyotensin sistem proteinleri, fasting induced adipoz faktör, vaspın, nasfetindir. Obezite ve sebep olduğu hastalıkların tanı, takip ve tedavisinde etkili olabilecek bu maddeler yoğun olarak araştırma konusu olmaktadır. Gherlin ise gastro-intestinal kanaldan salgılanan ve enerji yetersizliği ve yoksunluk durumunda salgılanan bir hormondur. MSS besin alımını düzenleyen gherlin, obezitedeki düzeyi oldukça düşüktür. Son yıllarda kahverengi yağ dokusu; metabolik sendromun bileşenleri olan obezite, insülin direnci ve Tip 2 Diabetes Mellitus tedavisinde hedef doku olarak önem kazanmıştır. İskelet kası ve yağ dokusundan salınan İrisin, yeni keşfedilmiş bir hormondur. Beyaz yağ dokusu hücrelerini kahverengi yağ dokusu hücrelerine çevirir, böyle enerji harcanmasını sağlayarak glukoz hemostazını düzenler. Beden kitle indeksinin düzenlenmesinde indikatör bir moleküldür. Obezite ve Metabolik Sendromun herhangi birinin varlığında diğeri de göz ardı edilmemelidir. Her iki durumun birbiri içine geçmiş komponentleri bulunur. Obezite ve Metabolik Sendromun tedavisinde multidisipliner bir yaklaşım gereklidir.

Sağlıklı ve düzenli beslenme, canlı organizmada tüm metabolik aktivitenin düzenli bir şekilde sürdürülebilmesi için kaçınılmaz bir olgudur. Yeme bozukluklarında karşılaşılan tablo sıvı elektrolit dengesinde bozulma, vitamin düzeylerinde düşme, lökopeni, trombositopeni, demir eksikliği anemisi, hipoproteinemi, hipo albüminemi ile birlikte hipoglisemidir. Bununla birlikte hormon testleri de önemlidir. Özellikle LH, FSH östrojen (yada testesteron), prolaktin, kortizol, tiroid hormonu ve leptin hormonu yeme bozukluklarında araştırılması önemlidir.

Yeme Bozukluğu ve Obezite’de Tedavi Seçeneği Olarak: Hipnoterapi-Hipnobezi

Doç. Dr. E. Erdal ERŞAN

Sivas Numune Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Sivas

Tedavi edilmediğinde hastaneye yatmayı gerektiren, sıvı ve elektrolit kaybından ani ölümlere sebep olabilen anoreksiya ve bulimia gibi yeme bozuklukları psikiyatrinin dirençli vakalarından olabilmektedir. 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.

Bilinçdışı derin psikopatolojilerin yatabildiği yeme bozukluklarında ilaç tedavileri yanında hipnoterapi ile olumlu sonuç almak kolaylaşmaktadır.

Hipnoterapi: Tıbbi psikolojik veya hedeflenen durumlarda tedavi amaçlı olarak hipnoz kullanılması durumudur.

Yeme bozuklukları (anoreksiya ve bulimia) tedavisinde ve obezite de hipnoz etkili bir tedavi yöntemidir.

Hipnoz tedavisi yaparken yeme bozukluklarının altında yatan psikodinamik etkenler iyi bilinmelidir. Yeme bozukluklarının hipnoterapi ile tedavisinde; ego güçlendirme teknikleri, bilişsel yeniden yapılandırma tekniği, geçmişten geleceğe tekniği, ego durum terapisi, geçirilmiş bir travma ile ilişkisi olduğu durumlarda ise yaş geriletme, tepki yenilenmesi gibi teknikler kullanılır. Hipnoterapi ile semptomlarda düzelme yanında, davranış değişikliği (sosyal, akademik ve mesleki ilişkilerde düzelme gibi), özsaygı artışı ve bozulmuş vücut imajının düzelmesi amaçlanmaktadır.

Hipnobezi: Obezite tedavisinde kullanılan hipnoterapidir. Buradaki temel amaç; Hipnoz tekniğini kullanarak, sağlıklı ve dengeli beslenmeyi alışkanlık haline getirmek ve kişilerin iyi hissetmesini sağlamaktır.

Psikozun Ayırıcı Tanısında Nöroradyolojinin Öne Çıktığı Klinik Tablolar

Yrd. Doç. Dr. Abdullah YILDIRIM

Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Van

Bilgisayarlı tomografi ve magnetik rezonans görüntüleme gibi yapısal görüntüleme teknikleri, sekonder psikoz yapıcı klinik tabloların şizofreni gibi primer psikoz nedeni psikiyatrik bozukluklardan ayırımında tanısız kolaylıklar sağlayabilmektedir. Travmatik beyin hasarı, serebrovaskler hastalıklar gibi psikozla ilişkisi daha zayıf klinik tablolar yanında, beklenilenden daha yüksek oranda psikozla prezente olabilen glikojen depo hastalıkları, şizofreni etyolojisinde dahi konuşulan mitokondriyal hastalıklar, ön planda psikiyatrik belirtilerle prezente olduğunda hemen akla gelmeyen normal basıncı hidrosetali, primer psikoz yapıcı durumlarla klinik örtüşmesi oldukça yüksek olan lökodistrofler, katoniyeye kadar değışen yelpazede her türlü psikiyatrik tablonun görülebileceğı Fahr Hastalığı ve Wilson Hastalığı, uzunca bir süre ilk semptom olarak psikotik belirtilerin devam edebileceğı Huntington Hastalığı, tüm bunların yanında merkezi sinir sistemi enfeksiyonları, demiyelinizan hastalıklar ve çeşitli beyin tümörleri gibi çok sayıda psikiyatrik belirti yanında psikotik semptomlarla seyredebilecek klinik tablolar nörogörüntüleme teknikleri kullanılarak tespit edilebilen tanısız özellikleri sayesinde primer psikoz yapıcı bozukluklar ile ayırıcı tanısı yapılabilecek klinik durumlardan bir kaçına örnek olarak verilebilir. Bu sunumun amacı yukarıda adı geçen klinik durumların olgu örnekleri ile nörogörüntüleme bulguları eşliğinde ele alınmasıdır.

Yeme Bozukluklarında Psikoterapi

Prof. Dr. Ayşe Fulya MANER

Kırklareli Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu, Çocuk Gelişimi Bölümü, Kırklareli

Yeme bozukluklarının tedavisinde multimodal, multidisipliner değerlendirme gereklidir. Öncelikle komplikasyonların yönetimi ve hastaneye yatış ihtiyacı değerlendirilmelidir. Yeme bozukluğunda psikopatolojinin bir kısmı biyolojik açığın sonucudur. Yeme bozukluklarında tıbbi idare, bireysel, bilişsel davranışçı ve aile tedavisiyle yapılmaya çalışılan çok yönlü tedavi uygulanmalıdır. Tedavide ilk basamak hastanın tedavi programıyla işbirliği yapmasının sağlanmasıdır. Tedavinin yararlarını vurgulama, bu tedavinin uykusuzluk, depresif belirtilerde hafifleme, başka konulara yoğunlaşma yeteneğini olumsuz etkileyen yemek ve beden ağırlığına ilişkin obsesif düşüncelerinde azalma, fiziksel iyilik halinde olma, enerjide artış ve akran ilişkilerinde gelişme sağladığına ilişkin hastanın güveni tazelenmelidir. Bilişsel davranışçı tedaviyle yeme bozukluklarıyla ilişkili davranışları ve inanışları belirlenir, enerji dengesi konusunda bilgilendirilir, yeme bozukluklarının gelişmesi ve devam etmesine yatkınlık sağlayan olaylar ve deneyimleri belirlenir, değişme için motivasyon geliştirilir. Erişkinlikteki anoreksiya nervozada bilişsel davranışçı tedaviler, kişilerarası terapi, bilişsel analitik tedavi, psikodinamik terapi gibi çeşitli psikolojik tedaviler; ergen ve çocuk olanlarda ise doğrudan aile tedavileri önerilmektedir (NICE). Rasgele kontrollü çalışmalarda bu tedavilerin etkinliğine ilişkin değişik sonuçlar görülmüştür. Örneğin bilişsel davranışçı tedaviler beslenme rehberliğine göre daha iyi sonuçlar vermiş, nüks süresini uzattığı gösterilmiş, ancak hızlı kilo kaybetmiş hastalara uygulanamamıştır. Hastalığın akut döneminde destekleyici tedavilerin bilişsel davranışçı tedaviler ve kişilerarası terapilerden daha etkili olduğu saptanmıştır. Bulimiya nervoza tedavisinde ilk basamağın rehberli öz-yardım olduğu kabul etmektedir (NICE). Bulimiya nervoza için uyarlanmış bilişsel davranışçı tedaviler, diyalektik davranışçı tedavi ve kişilerarası terapiler etkin olarak uygulanmaktadır. Tıkınırcasına yeme bozukluğunda bilişsel davranışçı tedavide tıkınırcasına yeme, katı diyet yapma, görünüm ve kilo ile ilgili aşırı zihinsel uğraş ve düşük özgüven gibi belirtiler hedef alınır. Otomatik düşüncelerin ve duyguların kaydedilmesi, yeme, kilo ve görünümle ilişkili işlevsel olmayan düşünceler ve inanışların belirlenerek değiştirilmeye çalışılmasına uğraşılır. Tıkınırcasına yeme bozukluğunda bilişsel davranışçı tedavi dışında majör depresyon gelişmişse kişilerarası terapi ve sınır kişilik bozukluğu varlığında diyalektik davranışçı tedavi araştırılmış psikoterapi yöntemleridir.

Yaşlılarda Görülen Ruhsal Sorunlar

Uzm. Dr. Şenay YILDIZ BOZDOĞAN

Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Konya

Toplumda yaşlı nüfus oranı artmaktadır; dolayısıyla önümüzdeki yıllarda karşılaşılabileceğimiz yaşlılık ve buna bağlı tıbbi, psikiyatrik ve sosyal sorunlar artacaktır. Psikolojik boyutuyla yaşlılık, algı, öğrenme, psikomotor beceriler, problem çözme ve kişilik özellikleri açısından insanın uyum sağlama kapasitesinin kronolojik yaş ilerledikçe değişimini ifade etmektedir. Depresyon, yaşlılar arasında en yaygın ruhsal sorunlardan biridir. İleri yaşlarda depresyon, hem düşük yaşam kalitesinin önemli nedenlerinden birisi hem de fiziksel hastalıklarla yakından ilişkili olup yaşlıların, ölüm olasılıkları ve morbiditesinde değişimlere neden olur. Özellikle iştahsızlık, kilo kaybı, kabızlık, cinsel isteksizlik gibi somatik yakınmalar ve dalgınlık, unutkanlık gibi bilişsel belirtiler yaşlılarda daha sık görülmektedir. İntiharın yoğunlaştığı evrelerden birisi de yaşlılık dönemidir. Tamamlanmış intiharların hızı yaş ile orantılı olarak artmaktadır. Yaşlılık döneminde emeklilikle birlikte ekonomik ve sosyal statü kaybı, kısıtlı sosyal ilişkiler, sosyal destek azlığı yaşlılarda intihar ile ölümün önemli nedenlerindenidir.

Yaşlıda iki uçlu hastalık en çok manik ve depresif belirtilerin aynı anda ortaya çıkması şeklinde olur. Yaşlıdaki manide paranoya, irritabilite, disfori ve distraktibilite daha sık görülebilmektedir. Yaşlılardaki psikotik bozukluklar Alzheimer tipi demans, alkol kullanım bozukluğu, depresif bozukluk, bipolar bozukluk gibi durumlarla birlikte olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Agorafobi dışında anksiyete bozukluklarının birincil olarak yaşlılıkta başlaması nadirdir. Yaşlılıkta görülen alkol kullanımı genellikle erken yaşlarda başlar. Uyku ilaçlarına ve anksiyolitik ilaçlara bağımlılık yaşlılarda beklenenden daha fazladır.

Yaşlı hastalarda deliryum oranı %32 ila %67 arasındadır. Deliryum alta yatan hastalığın prognozu ve tıbbi tedavinin gidişi üzerine ciddi olumsuz etkileri olması nedeniyle yaşlı hastalarda erken tanı ve tedavi önemlidir. Demans yaşlılarda en sık görülen hastalıklardan biridir. Demansta hezeyanlar, halüsinasyonlar, kişilik değişiklikleri, duygudurum bozuklukları, uyku, iştah ile ilgili psikiyatrik sorunlar, gerek hasta gerekse aile için günlük yaşamı ileri derecede bozabilmektedir.

Yaşlılarda uyku bozuklukları çok sık rastlanan problemlerden biridir. Birincil ve ikincil nedenli insomnialar yaşlılarda yaşam kalitesini önemli derecede bozabilir. Gece solunum bozukluğu, REM uyku davranışı bozukluğu (parasomnia) ve hareket bozuklukları yaşlılarda diğer sık görülen uyku bozukluklarıdır.

Yaşlılarda Görülen Ruhsal Sorunların Tedavisi

Uzm. Dr. Medine GIYNAŞ AYHAN

Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Konya

Ortalama yaşam süresinin uzamasıyla, yaşlı nüfus oranı da giderek artmaktadır. Yaşlılıkta görülen ruhsal bozuklukları tanımak ve tedavi etmek bu nedenle önemlidir. İleri yaşlarda görülen ruhsal bozukluklarda psikoterapötik yaklaşım yanında psikofarmakolojik tedavi sıklıkla gerekir. İlaç tedavisinin temel ve genel ilkeleri geçerli olmakla beraber yaşlılarda genel tıbbi durum, ilaç yan etkileri, hastaya özgü ortaya çıkabilecek fiziksel sorunlar daha yakından takip edilmelidir. İlgili dahili branşlarla işbirliği yaparak hastanın fiziksel hastalıklarının ve kullanmakta olduğu diğer ilaçların bilinmesi de önem arz etmektedir.

Depresyon ve anksiyete bozukluklarının tedavisinde selektif serotonin geri alım inhibitörleri, mirtazapin, trazodon gibi antikolinerjik, hipotansif, sedasyon ve kardiyak yan etkileri çok düşük olan ya da hiç olmayan ve ayrıca ilaç etkileşimine daha az giren ilaçlar tercih edilmelidir. Özellikle kardiyovasküler rahatsızlıkları olanlarda trisiklik antidepressanlardan kaçınılmalıdır. Psikotik bozukluklarda, taşkın ve hareketli durumlarda ya da demanslı hastalardaki davranış sorunlarında antipsikotik kullanımı sıklıkla gerekmektedir. Zorunlu hallerde uyku ve kan basıncına etkileri ve ekstrapiramidal yan etkileri düşük olan ikinci kuşak antipsikotikler tercih edilmelidir.

Yaşlılardaki bipolar ve psikotik bozukluk tedavisi genel olarak genç erişkinlerdekine benzer şekilde yapılır. Ancak yaşlı hastalarda tedaviye düşük ilaç dozuyla başlanması ve ilaç dozunun yavaş yavaş artırılması gerekmektedir. Lityum ve valproat gibi duygudurum düzenleyicileri ileri yaşlarda çok düşük dozda bile yeterli kan seviyesine ulaşabileceğinden düşük dozda başlanıp çok yavaş titre edilmelidirler. Yan etki profili ve ilaç etkileşimine daha çok girmesi nedeniyle karbamazepin yaşlılarda daha az tercih edilen duygudurum düzenleyicilerindendir. Lamotrijin ise yaşlılarda genç erişkinlerde olduğu gibi bipolar bozukluğun depresyon dönemlerinin önlenmesinde kullanılır ve ilaç etkileşimleri açısından daha güvenlidir. Ancak yaşlı hastalarda dermatolojik yan etkilere yol açma riski daha yüksek olduğundan dozun çok yavaş artırılması önerilir. Elektrokonzülzif terapi ise bipolar bozuklukta ve depresyonda uygulanan etkili ve güvenilir bir diğer tedavi yöntemidir.

Benzodiazepinler sedasyon ve düşme riski, bilişsel işlevlerde bozulma gibi yan etkilerinden dolayı mutlak endikasyonlar dışında kullanılmamalıdır. Kısa etki süreli ve aktif metaboliti olmayan benzodiazepinler anksiyete, mani, psikoz ve ajitasyonun tedavisinde, kısa süreli olarak kullanılabilir.

Yaşlılarda İlaç Kullanım İlkeleri

Dr. İsmet Esra ÇİÇEK

Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Konya

Tüm dünyada tedavi ve bakım olanaklarının gelişmesiyle ortalama yaşam süresi uzamakta ve yaşlı popülasyonun oranı artmaktadır. Yaşlılık çağında görülen psikiyatrik hastalıkların bir kısmı yaşamın erken döneminde başlayıp yaşlılık çağında devam eden şizofreni, duygudurum bozuklukları, madde kullanım bozuklukları gibi durumlar, bir kısmı ise ilk kez yaşlılık döneminde başlayan bilişsel bozukluklar, demansiyel sendromlar, ikincil psikiyatrik sendromlardır. Yaşlı bireyler intihar ve ilaçlarla indüklenen psikiyatrik belirtiler için de risk altındadır.

Altmış beş yaş üstü hastalar tüm yaş grupları arasında en çok sayıda ilaç kullanan gruptur. Tüm ilaçların yaklaşık dörtte biri onlara yazılır. Psikotrop ilaçlar kardiyovasküler ilaçlardan sonra ikinci sırada gelmektedir. Yetmiş yaşın üzerinde hastaneye yatırılan hastaların altıda birinde neden ilaç yan etkileriyken genel nüfusta bu oran otuz beş bireyde birdir.

Geriatrik psikofarmakolojideki temel esas tedavinin bireyselleştirilmesi ve hedeflenen tedavi cevabı için mümkün olan en düşük dozun kullanılmasıdır. Bireyler yaşlandıkça oluşan fizyolojik değişiklikler, ilaçların emilimi, dağılımı, etki süresi, atılımı gibi değişkenleri etkiler. Bu değişiklikler yan etki sıklığını da artırır. Yaşlı bireylerde eşlik eden bedensel hastalıklar ve çoklu ilaç kullanımı nedeniyle ilaç etkileşimlerine ve ilaç zehirlenmelerine de daha fazla dikkat etmek gerekir.

Bu panel sunumunda öncelikle yaşa bağlı ortaya çıkan farmakokinetik ve farmakodinamik değişikliklerden bahsedilecek, daha sonra güncel bilgiler ışığında, yaşlı hastalarda psikiyatri pratiğinde sık kullanılan ilaçların kullanımı ile ilgili dikkat edilmesi gereken konular gözden geçirilecektir.

Yaşlılarda Yeterlilik ve Adli Konular

Uzm. Dr. Hatice YARDIM ÖZAYHAN

Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, konya

Yaşlılık bedensel ve kognitif işlevlerindeki yetersizliğin arttığı bir dönemdir. Bu dönemdeki bireylerin, olayları algılamalarında ve dikkatlerinde giderek azalma olduğu, yavaş ve dikkatsiz hareket ettikleri, düşünce akışının yavaşladığı görülmektedir. Bu nedenle yaşlılarda birçok bağlamda yeterlilik meselesi gündeme gelir. Kendisi hakkında makul ve mantıklı karar verme yeterliliğinin temel tipleri olarak tıbbi tedavi için bilgilendirilmiş onam, resusitasyon veya yaşam destek cihazları hakkında ileriye yönelik talimat verme, akit yapabilme veya hibe edebilme, vasiyet, miras bırakma veya vakıf kurabilme yeterliliği sayılabilir. Yaşlılar tarafından yapılan işlemler zamanla yasal sorun da yaratabilir. Mal alma-satma, vasiyetname düzenleme hatta uygulanacak tıbbi girişim için onay verme eylemlerinin yasal geçerliliği, medeni yasamızın 'ayırt etme yeteneği' kavramı içinde değerlendirilir. Ayırt etme gücüne sahip ve kısıtlı olmayan her ergin kişinin fiil ehliyeti olduğu kabul edilir. Burada kişinin hukuka uygun fiiller yapabilme ve hukuka aykırı fiillerden sorumlu tutulabilme ehliyeti söz konusudur. Noterler, mahkemeler, tapu müdürlükleri hekimlerden, kişinin işlemi yapabilmesi için rapor düzenlemesini isteyebilmektedir. Fiili ehliyetin klinik değerlendirilmesinde, kişinin tam bir zihinsel muayenesi yapılmalıdır. Vasiyetname düzenlenmesi amacıyla başvuran kişilerin psikiyatrik muayenelerinin yanı sıra, intihar düşüncesinin var olup olmadığı titizlikle değerlendirilmelidir. Demansın ilerlemiş dönemlerinde fiil ehliyetinin tamamen ortadan kalktığı yönünde kanaat oluşturmak doğru iken, hastalığın başlangıç ve belirtilerin hafif olduğu dönemde yasal danışman önerilebilir. Fakat hiçbir psikiyatrik hastalık için doğrudan kalıp yargı yoktur her hasta bireysel olarak değerlendirilmelidir. Ayrıca bilişsel yetersizlik sürecindeki kişinin kişilere veya mala karşı işlediği suçlar adli psikiyatrik değerlendirmeyi gerektirebilir.

Kişilerin yaşlanması ve yaşamlarını tek başlarına devam ettirmede zorlanmaları sebebiyle yaşlılık, istismara uğrama riskinin arttığı bir dönemdir. Yaşlının istismarı ve yaşlıya fena muamele yaşlılık döneminde dikkat edilmesi gereken adli konulardandır.

Hekimler yaşlı kişilerin durumunu değerlendirirken dikkatli ve özenli davranmalı, etik kurallara uymalı, yaşlının haklarının korunmasını sağlarken, vereceği kararın hastanın sosyal ilişkileri ve yaşantısını da etkileyeceğini göz önünde bulundurmalıdır.

Sanal Gerçeklik Nedir?

Yrd. Doç. Dr. Alptekin ÇETİN

İstanbul NP Beyin Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, İstanbul

Sanal gerçeklik, kurgulanmış ya da gerçeğine benzeyen bir ortamın, kullanıcının fiziki varlığını da taklit ederek kullanıcının etkileşimine sunulduğu bilgisayar teknolojisi-dir. Görsel, duyuşal, dokunma ya da koku gibi duyuşal deneyimleri içerebilir. Sanal Gerçeklik terimi ilk olarak Antonin Artaud adlı Fransız şair tarafından tiyatro sahnesinde kullanılan tün dekor öğeleri için kullanılmıştır. Bir yazar olan Stanlew Weinbaum da 1935 yılında bir hikayesinde sanal gerçekliğin günümüze yakın olan ilk tanımını yapmıştır. Morton Heilig 1050li yıllarda Sensorama adını verdiği cihazla sanal gerçeklikle ilgili ilk endüstriyel tasarımı gerçekleştirmiştir. 1970-2000 yılları arasında farklı video oyun firmaları tarafından çeşitli cihazlar geliştirilmiştir. Fakat hiçbirisi son kullanıcıya inen deneyimler olmamıştır. Palmer Lucky adlı genç mucit 2010 yılında daha rahat kullanılabilen ve son kullanıcıya hitap eden sanal gerçeklik cihazı Oculus Rift'in ilk protopini oluşturmuştur. 14 Ağustos 2012'de Kickstarter adındaki fonlama sitesinde 4 saat içinde 250 bin dolarlık hedefine ulaşmış, tüm katılım süresi sonunda 2.5 milyon dolar destek almıştır. Ardından Facebook tarafından firma 2 milyar dolara 2014 yılında satın alınmıştır. Sanal gerçeklik tıp biliminde pekçok farklı uzmanlık alanında kullanılmaktadır. Başlıca kullanıldığı uzmanlık alanları fizik tedavi ve rehabilitasyon, psikiyatri ve cerrahi branşlardır.

Sanal Gerçekliğin Etkililiğine Dair Çalışmalar

Uzm. Psk. Ömer BAYAR

İstanbul NP Beyin Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, İstanbul

Sanal gerçekliğin, terapilerin alternatif bir formu olarak kullanıldığını gösteren çalışmalar mevcuttur. Bazı mental bozukluklarda, özellikle de kaygı bozukluklarında kullanıldığı görülmektedir. Kognitif davranışçı terapisinin parçalarından biri olan görsel maruz bırakma terapisinin her hastaya kolayca uygulanamadığı durumlarda sanal gerçeklik alternatif ve destekleyici bir terapötik teknik olarak kullanılabilir. Sanal gerçeklik çalışmalarının çoğu kaygı bozukluklarına, özellikle de belirli korkulara odaklanmışken, yeme bozukluğu, madde bağımlılığı, ağrı kontrolü gibi farklı alanlarda da çalışmalar yapılmaktadır. Sanal gerçeklik terapisinin temel öğeleri etkileşim, odaklanma ve var olma/bulunmadır. Yoğun odaklanabilme ve var olabilmeyi hissetme, bununla birlikte daha iyi terapötik sonuçlar ve kalıcı kazanımlar, artırılmış görsel ortamla ilişkili olarak ortaya çıkmaktadır. Söz konusu odaklanmayı sağlayabilmek için kullanılan en tipik cihazlar ise başa takılabilen görüntüleyicilerdir. Bu cihazların gün geçtikçe daha üst seviyelere ulaşan tasarım ve özelliklerle birlikte kullanıma sunulması ve teknolojik imkanların artması, klinik uygulanabilirliği ve etkinliği de beraberinde getirmektedir.

Sanal gerçekliğin sosyal kaygıyı yenmede klasik kognitif davranışçı terapiye göre daha etkin ve pratik bir alternatif olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur. Buna neden olarak ise doğrudan maruz bırakmanın yaşatacağı kaygıdan kaçınan bireylerin sanal gerçeklik sayesinde kaçınma davranışını daha az sergilemeleri olabileceği düşünülmektedir. Yapılan bir çalışmada sanal gerçeklikle çalışılan hastaların anksiyete puanlarının klasik KDT ile çalışılan hasta grubuna göre daha düşük olduğu ve ilerleyen süreçte de kaygılarındaki düşüşün konduğu gözlenmiştir.

Amerikada, yoğun örümcek korkusu tarifleyen 777 öğrenci üzerinde yapılan bir çalışmada öğrencilerin %80'den fazlasının in vivo yerine sanal gerçeklikle maruz bırakma terapisini tercih ettikleri görülmüştür. Bir başka çalışmada ise geleneksel tek seanslık maruz bırakma terapisini ile sanal gerçeklikle maruz bırakma terapisinin örümcek korkusu üzerindeki etkileri arasında anlamlı bir farklılık olmadığı aktarılmıştır.

Maples-Keller ve ark. (2017) yaptığı bir çalışmada, sanal gerçekliğe dair yapılan ilk çalışmadan bu yana geçen 20 yıllık süreç içerisinde, sanal gerçeklik terapisinin bir çok kaygı bozukluğu üzerinde etkin ve kalıcı terapötik etkileri olduğu ortaya konulmuştur.

Kaynaklar

- Mitrousia, V. ve Giotakos, O., 2016, "Virtual Reality Therapy in Anxiety Disorders", Quarterly Journal of the Hellenic Psychiatric Association, 27(4): pp. 276.
- Bouchard, S. vd., 2017, "Virtual Reality Compared With In Vivo Exposure in the Treatment of Social Anxiety Disorder: A Three-arm Randomised Controlled Trial", The British Journal of Psychiatry, 210(4): pp. 276-283.
- Miloff, A., Lindner, P., Hamilton, W., Reuterskiöld, L., Andersson, G. ve Carlbring, P., 2016, "Single-session Gamified Virtual Reality Exposure Therapy for Spider Phobia vs. Traditional Exposure Therapy: Study Protocol for a Randomized Controlled Non-inferiority Trial", Trials, 17:60.
- Maples-Keller, J. L. ve ark. 2017, "The Use of Virtual Reality Technology in the Treatment of Anxiety and Other Psychiatric Disorders", Harvard Review of Psychiatry, 25(3): pp. 103-113.

Serotonin Sendromu Nedir ? Tanı ve Tedavi Yaklaşımları Nelerdir ?

Prof. Dr. Çiçek HOCAOĞLU

Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, rize

Serotonin sendromu (SS) nadir görülen ancak, hayatı tehdit eden ve ölümcül seyirli, beklenmeyen bir reaksiyondur ve genellikle merkezi sinir sisteminde serotonin düzeylerini arttıran serotonerjik ajanlara bağlıdır. Otonom instabilite, mental durum değişiklikleri ve artmış nöromusküler aktivite ile karakterizedir. İlk kez 11. yüzyılda tanımlanmıştır. “Konvülsif ergotizm” olarak tanımlanmış olan bu hiperserotoninerjik durum, “Claviceps Purpurea” olarak adlandırılan bir mantarla kontamine olmuş çavdar bitkisinin tüketilmesiyle ilişkilendirilmiştir. Bu mantar 5-HT1 ve 5-HT2 reseptörlerini uyaran ergot alkaloidlerini üretir. Sendrom 1950’lerde hayvan modellerinde gözlenmiş ve o yıllarda “serotonin davranışı” ya da “hiperaktivite sendromu” olarak tanımlanmıştır. Daha sonra ise meperidin kullanımını takiben ortaya çıkan klonus, rijidite ve müsküler hiperaktivite sonrası kaybedilen tüberkülozlu bir hastada tanımlanan SS benzeri tablo o günlerde “fatal toksik ensefalit” olarak isimlendirilmiştir. SS’nin giderek daha sık karşılaşılan bir klinik tablo olmasının, son yıllarda klinik pratiklerde kullanılan serotonerjik ajanların sayısındaki artışı yansıttığı düşünülmektedir. SS ile ilişkilendirilen çok sayıda ilaç ve ilaç kombinasyonu söz konusudur. Geniş bir belirti yelpazesi vardır. Görülen bulgular tremor, diyare ve hipertansiyon şeklinde nispeten hafif olabileceği gibi ağır olgularda rijidite, hipertermi, çoklu organ yetmezliği ve ölümle de sonuçlanabilir. SS tanısı koymak için ya 4 majör belirti ya da 3 majör ve 2 minör belirtinin varlığı gereklidir. Bu belirtilere yol açabilecek her türlü enfeksiyöz, metabolik, endokrin ve toksik nedenler dışlanmalıdır. Ayırıcı tanı, “antikolinerjik toksik sendromu, malign hipertermi ve nöroleptik malign sendromu” kapsar. SS’nin sevk ve idaresinde kesin olarak kabul edilmiş olan özgün bir tedavi yaklaşımı literatürde henüz mevcut değildir. SS’nin tedavisi, tetikleyen ilacın derhal kesilmesi, 5-HT2A antagonistlerinin kullanılması, ajitasyonun, otonom instabilitenin ve hiperterminin kontrol altına alınması şeklinde olmalıdır. Bu sunumda SS klinik görünümü, etiyolojisi, tanı ve tedavi yaklaşımları literatür bulguları ışığında ele alınacaktır.

Kaynaklar

1. Alusik S, Kalatova D, Paluch Z. Serotonin syndrome. *Neuro Endocrinol Lett.* 2014;35(4):265-73.
2. Reeves RR, Ladner ME, Smith P. About serotonin syndrome. *J Miss State Med Assoc.* 2013;54(10):286-8.

Nöroleptik Malign Sendrom

Uzm. Dr. Mehmet BALTACIOĞLU

Rize Devlet Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Rize

İlk kez 1960 yılında Delay ve arkadaşları tarafından tanımlanan Nöroleptik Malign Sendrom (NMS), santral dopaminerjik sistemi etkileyen ilaçların, en sık da antipsikotiklerin kullanımına bağlı olarak ortaya çıkan nadir fakat hayatı tehdit eden ciddi bir komplikasyondur (1). Antipsikotik tedavinin herhangi bir döneminde görülebilmekle birlikte genellikle ilaca başlandıktan ya da ilaç dozu arttırıldıktan kısa bir süre (ilk 1 hafta 10 gün) sonra ortaya çıkmaktadır (2,3). Görülme sıklığı %0.02-2.44 olarak bildirilmektedir (4). Mortalite oranı ise %5-20 civarındadır (3). Patogenezinde santral dopaminerjik hipoktivite suçlanmakla birlikte “hipermetabolik” bir durum olarak da kabul edilmektedir (2).

Klinik olarak muskuler rijidite, bilinç değişiklikleri, hipertermi, otonomik disfonksiyon, terleme, mutizm, yutma güçlüğü, idrar ve gayta inkontinansı gibi belirtiler görülebilir. Laboratuvar incelemelerinde lökositoz, serum kreatin fosfokinaz (CPK) düzeyinde yükselme sık saptanan bulgulardır. Ağır vakalarda ise rabdomiyoliz ve buna bağlı olarak akut böbrek yetmezliği gelişebilir (3). Parenteral uygulamalar, çoklu ilaç kullanımı, hızlı doz artırım ve yüksek doz kullanımı gibi uygulamalar riski arttıran faktörlerdir (5).

Tanı ölçütleri konusunda henüz tam bir uzlaşma sağlanmamış olmakla birlikte çeşitli tanı ölçütleri önerilmekte ve kullanılmaktadır. Bunlar arasında en sık kullanılanları ise Levenson, Nierenberg ve Amerikan Psikiyatri Birliği tanı ölçütleridir (2,6). Ayırıcı tanıda malign hipertermi, ölümcül katatoni santral antikolinerjik sendrom, santral sinir sistemi infeksiyonları, ilaçlara bağlı hipertermi ve toksik serotonin sendromu gibi tanılar göz önünde bulundurulmalıdır (6).

Tedavide temel ilke kullanılan antipsikotik tedavinin kesilmesi ve yoğun bakım şartlarında destek tedavisidir. Yine bromokriptin gibi dopamin agonistleri, dantrolen, biperiden, benzodiyazepinler, amantadin, kalsiyum kanal blokerleri ve beta blokörler gibi ajanlar da tedavide önerilen diğer yöntemlerdir (6,7).

Sonuç olarak NMS, antipsikotik kullanımına bağlı gelişen gecikmiş müdahalelerde mortalite ile sonuçlanabilen, ciddi bir komplikasyondur. Özellikle çoklu ilaç kullanımı olan ve parenteral tedavi alan, hastalarda dikkatli olunmalıdır (1).

Kaynaklar

- 1) Demirci S, Kutluhan K, Demirci K, Demirdaş A. Primidon ve Nöroleptik Malign Sendrom; Olgu Sunumu. New/Yeni Symposium Journal 2014;52(1):32-34.
- 2) Kadiroğlu AK, Ebik B, Kaya O, Yıldırım S, Bez Y. Noroleptik malign sendrom tanılı uc olgu: Ayırıcı tanı ve predispozan nedenler. Yoğun Bakım Derg. 2011;3:67-70.
- 3) Saka MC, Can S, Özgüven Devrimci H, Atbaşoğlu EC. Antipsikotik İlaçların Yan Etkileri. Türkiye Klinikleri J Int Med Sci 2005;1(12):58-66.
- 4) Sarkar P, Natarajan C, Gode N. Prevalence of neuroleptic malignant syndrome in 672 consecutive male in-patients. Indian J Psychiatry 2009;51:202-205.
- 5) Strawn JR, Keck PE, Caroff SN. Neuroleptic malignant syndrome. Am J Psychiatry 2007; 164:870-876.
- 6) Alunyazar V. Psikiyatride Sık Karşılaşılan Toksik Sendromlar. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar Current Approaches in Psychiatry 2010; 2(4):532-571.
- 7) Rosebush P, Stewart T, Mazurek MF. Treatment of neuroleptic malignant syndrome: Are dantrolene and bromocriptine useful adjuncts to supportive care? Br J Psychiatry 1991; 159:709-712.

Tardif Diskinezi

Yrd. Doç. Dr. Ece YAZLA ASAFOV

Çorum Hitit Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Çorum

Tardif diskinezi (TD) özellikle ağız, dil ve yüz bölgesini tutan, ekstremitelerde meydana gelebilen, stereotipik, koreiform ya da atetoid istemsiz hareketlerle kendini gösteren iyatrojenik bir hareket bozukluğudur. Tanısında sıklıkla Schooler-Kane araştırma ölçütleri kullanılmaktadır. Bu ölçütlere göre, mevcut hareket bozukluğunun TD olarak değerlendirilmesi için dopamin blokajı yapan ajanın, en az üç ay kullanılmış olması, bir vücut parçasında Anormal İsteyemeyen Hareket Ölçeği (AIMS) skorlarının en az orta düzey, birden fazla vücut parçasında skorların en az hafif düzeyde olması ve bu bozukluğun başka bir bozukluk ile açıklanamıyor olması gerekmektedir.

Meydana gelmesinde pek çok genetik faktör araştırılmakla birlikte kesin ilişkili olduğu saptanmış bir gen bulunmamaktadır. TD riskini arttırdığı kanıtlanmış en önemli risk faktörü yaştır. Cinsiyet, uzun süre antipsikotik kullanımı sonucu ekstrapiramidal belirtilerin görülmesi, antikolinergik, antiparkinson ajanlarının kullanımı, organik beyin hasarı, zekâ geriliği, şizofreninin negatif belirtilerinin olması, duygudurum bozuklukları, sigara, alkol ve madde kullanımı, diyabetes mellitus, HIV pozitifliği, malnütrisyon ve vitamin eksiklikleri diğer önemli risk faktörlerindendir. Oluşum mekanizmasında nigrositriatal yolaktaki dopamin reseptör sisteminde aşırı duyarlılık, dopaminerjik ve kolinerjik sistemler arasındaki denge bozulması, striatonigral GABA'erjik nöronlarda işlev bozuklukları ve eksitotoksisite üzerinde durulmaktadır.

Kesin bir tedavisi bulunmadığından koruyucu önlemler olarak ve başlangıç belirtilerini tespit ederek TD gelişmesini önlemek önemlidir. TD geliştikten sonra öncelikle kullanılıyor ise antikolinergik ajan kesilmelidir. Kullanılan antipsikotikler etkinlik, dozaj ve yan etki profili açısından değerlendirilmeli, mümkünse belirtileri alevlendirebilecek ilaçlar kesilmeli, atipik bir antipsikotik ajana tercihen ketiapin veya klozapine geçilmelidir. İlaç düzenlemesine rağmen belirtileri devam eden olgularda antidiskinetik ajanlar tedaviye eklenebilir. Gingko biloba, krosin, vitamin E, melatonin, selejilin, vitamin B6 gibi serbest oksijen radikallerini azaltan antioksidanlar, levetirastem, pirasetam, klonazepam gibi GABA'erjik ajanlar, propranolol, amantadin ve dallı zincirli aminoasitler kullanılabilir. Dirençli olgularda, artmış dopaminerjik aktiviteyi azaltan tetraabenazin, valbenazin, deutetraabenazin tedaviye eklenebilir. Oromandibular ve blefarospazm gibi fokal olgularda BOTOX alternatif bir tedavi yöntemi-dir. Oral tedaviler dışında EKT, DBS gibi tedavi protokolleri de uygulanabilmektedir.

Opiooid Toksik Sendromu Nedir? Tanı ve Tedavi Yaklaşımları Nelerdir?

Dr. Ayşe KÖROĞLU

Sivas Numune Hastanesi, Amatem Kliniği, Sivas

Özgül zehirlenme örüntülerini oluşturan klinik tablolar, toksik sendromlar (toksidromes) olarak isimlendirilir. Bir toksik sendrom belirli bulgu ve belirtiler kümesinden oluşur ve özgül bir zehirlenmeyi düşündürür. Sık karşılaşılan toksik sendromlar; serotonin sendromu, nöroleptik malign sendrom, antikolinergik, semptomimetik, opiooid, sedatif hipnotik ve kolinerjik toksik sendromlardır. Tümüne psikiyatrik bulgu ve belirtiler eşlik etmektedir. Toksik sendromların iyi bilinmesi tanı ve ayırıcı tanı açısından son derece önemlidir. Opiooid intoksikasyonu bilinç düzeyinin depresyonu ile karakterizedir. Merkezi sinir sistemi depresyonu, solunum depresyonu ve pupiller miyozis klinik triadı bulunduğu opiooid toksisitesinden süphelenilmelidir. Opioide maruz kalma her zaman miyozisle sonuçlanmayabilmesi nedeniyle solunum depresyonu en özgül bulgudur. Opiooid agonistlerle oluşan aşırı doz solunum depresyonuna neden olması nedeniyle tıbbi bir acil durumdur. Yapılması gereken ilk iş uygun havayolunu açmaktır. Bir opiooid antagonisti verilene kadar hasta mekanik solunum cihazına bağlanmalıdır. Opiooid aşırı dozunu geri döndürmek için halen iki tane parenteral uygulanabilen opiooid antagonisti (naloxon, nalmefen) bulunmaktadır.

Kaynaklar

1. White JM, Irvine RJ. Mechanisms of fatal opiooid overdose. *Addiction* 1999; 94:961-972.
2. Hutchins KD, Pierre-Louis PJ, Zaretski L, Williams AW, Lin RL, Natarajan GA. Heroin body packing: three fatal cases of intestinal perforation. *J Forensic Sci* 2000; 45:42-47
3. Henry JA. Management of drug abuse emergencies. *J Accid Emerg Med* 1996; 13:370-372.

Travma Sonrası Stres Bozukluğu ve Travmatik Beyin Hasarı

Ass. Dr. Arif ÇİPİL

Haydarpasha Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, İstanbul

Travmatik beyin hasarının (TBH) duygudurum ve anksiyete bozuklukları, madde kötüye kullanımı, uyku bozuklukları ve psikoz dahil olmak üzere psikiyatrik hastalık için artmış bir risk ile sonuçlandığı iyi bilinmektedir. Bu durum, psikiyatrik geçmişi olmayan mevcut kişilerde bile geçerlidir. Son yıllarda, TSSB, özellikle MTBH hastaları arasında çok çalışılan konulardan birisi olmuştur.

Post-travmatik stres bozukluğu (PTSB) ve travmatik beyin hasarı (TBH) sıklıkla bir arada var olur çünkü beyin hasarları genellikle travmatik deneyimlerle birliktedir. Örtüşen semptomların ve ayırıcı tanı problemlerinin olması nedeni ile TSSB ve TBH arasında belirgin çakışmalar gözlenmektedir. MTBH'nın TSSB riskini artırabileceğini gösteren kanıtlar arttıkça TBH'nın TSSB üzerindeki etkisi açıklanmaktadır. Yakın zamanda elde edilen kanıtlar MTBH'na sekonder işlevsel gerilemenin büyük ölçüde TBH nı takip eden stres reaksiyonuna bağlı olduğunu düşündürmekte ve beyin sarsıntısı sonrası belirtilerin nörolojik hasarın sonucu olduğuna dair eski inanın konumunu sarsmaktadır. Bu son kanıtlar, TBH' nı takiben stres faktörlerinin tedavi edilmesinin, birçok TBH'nın etkilerini yönetmek için en uygun araç olabileceğini kabul edilen postkonkuzyonel semptomların tedavisine yönelik yeni talimatlara işaret etmektedir.

Daha önceleri bazı yorumcular travmatik yaşantıların kodlanmasını engelleyen travma esnasındaki bilinç bozukluğunu takiben TSSB gelişemeyeceğini savunmuşlardır ve bu gelişim gerekli olan travmatik hatıraların engellenmesine bağlıydı. Buna karşılık MTBH' nı takiben TSSB 'nun gelişebileceğine dair kanıtlar günümüzde birikmiştir. İlginç olarak hem vaka incelemeleri hem de kohort çalışmaları ciddi TBH sonrasında da gelişen TSSB varlığını belirtmişlerdir.

Son yıllarda ilginç bulgulardan biri de MTBH nın TSSB riskini artırdığının görülmektedir. Örneğin Fann ve arkadaşları 939 sağlık üyesine ilişkin geniş çaplı bir çalışmadan MTBH öyküsü olan hastaların TBH öyküsü olmayan hastalardan 2.8 kat daha fazla bir psikiyatrik bozukluk geliştirdiğini bildirdiler.

TBH ve TSSB'nin bir arada bulunması sıkıdır. Bireysel olarak travmatik beyin hasarı ve travma sonrası stres bozukluğu karmaşık koşullardır ve ikisi birlikte görüldüğünde belirtilerin anlaşılması daha zor olabilir.

Çalışmaların Yorumlanmasında P Değerinin Ötesi

Uzm. Dr. Erkal ERZİNCAN

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

Tıpta istatistiksel ve klinik anlamlılık birbirinden farklılık gösterir. Araştırma bulgularının sunulmasında ağırlıklı halen istatistiksel anlamlılık üzerinedir. Bununla beraber istatistiksel olarak anlamlı her bulgu klinik olarak anlamlı olmayabilir.

p değeri istatistiksel anlamlılığın varlığının belirlenmesi amacı ile kullanılan bir değerdir. Genel olarak yapılan araştırmalarda önce uygun istatistiksel analizler yapılarak kullanılan test istatistiğine ait p değeri; önceden belirlenen kabul edilebilir tip 1 hata düzeyine göre istatistiksel anlamlılık sınanır. Sonuçlar sunum ve yorumlanması da genel olarak p değeri eksenindedir. Bu bakış açısı sonuç olarak “anlamlı olmayan bir sonucun bilimsel bir değeri olmayacağı” algısına da yol açmaktadır.

İstatistiksel anlamlılık testlerinin kullanımı ile ilgili tartışmalar yaşanmaktadır. İstatistiksel anlamlılık testi ortaya çıkan sonucun şans eseri elde edilip edilemeyeceğini gösterir ama farkın (etki boyutunun) pratikteki önemi, araştırma deseninin kalitesi, ölççeklerin geçerliliği ve güvenilirliği, uygulamanın aslına bağlı kalma ya da sonuçların tekrarlanabilirliği konusunda bilgi vermez. Ayrıca bir örneklem yeterince büyük olduğunda yokluk hipotezinin red edilmesi hemen hemen kesindir.

İstatistiksel anlamlılık her zaman klinik anlamlılığı göstermemektedir. Klinik anlamlılığa karar verebilmek için çalışma sonuçlarının yorumlanmasında p değeri ile bulgularının ötesinde etki büyüklüğü, güven aralığı, istatistiksel test değerinin büyüklüğü gibi değerlerin de incelenmesi önerilmektedir.

Amerikan Psikoloji Derneği yayın kılavuzu bu tartışmalar sonucunda çalışma bulguları sunulurken p değeri (Yokluk hipotezi test değeri) yanında etki büyüklüğünün de verilmesi gerekliliğine vurgu yapmıştır. Etki büyüklüğü, örneklemde elde edilen sonuçların yokluk hipotezinde tanımlanan beklentilerden sapma düzeyini gösteren istatistiksel değerdir. P değerinin ötesinde araştırma sonuçlarının pratikteki anlamlılığının bir göstergesi olarak düşünülebilir.

Ayrıca istatistiklerin sunumunda etki büyüklüğü tahminleri ile ilgili güven aralıklarının sunumunun da gereği vurgulanmaktadır. Diğer bir yaklaşım olarak da gözle istatistiksel çıkarsama yapılabilmesi amacıyla hata çubuğu içeren ortalama grafiklerinin kullanımı da önerilmektedir.

Psikiyatri ve Sinirbilim Kavşağında Temel Nöroanatomi Güncellemeleri

Dr. Şakir GICA

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

Beyin fonksiyonlarını anlamaya dair çalışmalar ve hipotezler insanlık tarihinin erken dönemlerine dayanmaktadır. Travmatik hastalar incelenerek bilişsel işlevlerden sorumlu beynin kritik bölgeleri tespit edilmiş, işlevsel nörogörüntüleme tetkiklerinin kullanılmaya başlanması ve gelişmesi bilişsel işlevlere katkıda bulunan diğer beyin bölgelerinin ve yolakların tespit edilmesine olanak sağlamıştır. Bu bilgiler ışığında spesifik bilişsel işlevlerin sergilenmesinde spesifik beyin bölgelerinin sorumlu olduğu geleneksel topolojik kuramdan uzaklaşmış, daha çok beyin ağlarından ve yolaklardan bahsedilmeye başlanmıştır. Son dönemdeki gelişmeler psikiyatrik rahatsızlıkların nörobiyolojisini anlama ve tedavi etme aşamasında yol göstericidir. Bu sunumda amaç, genel anlamda beyin anatomisiyle ilgili temel bilgileri hatırlatmak ve güncel bilgiler ışığında yapısal ve bilişsel beyin ağları ile ilgili bilgi vermektir.

Temel Nöroradyoloji Hatırlatmaları

Dr. Derya TÜRELİ

Koç Üniversitesi Hastanesi, Girişimsel Radyoloji Bilim Dalı, İstanbul

Nörogörüntüleme şizofrenide bilgisayarlı tomografi ile mümkün hale gelmiş ve teknolojinin gelişimiyle yeni görüntüleme yöntemleri de kullanıma girmiştir. Bunlar arasında magnetik rezonans görüntüleme, magnetik rezonans spektroskopisi, diffüzyon tensör görüntüleme, fonksiyonel magnetik rezonans görüntüleme ve radyonüklid görüntüleme sayılabilir. Bilgisayarlı tomografi ve magnetik rezonans gibi yapısal nörogörüntüleme teknikleri bize şizofreninin negatif semptomları ile prefrontal lobda hacim kaybının, işitsel halusinasyonlar ile de superior temporal girus hacim kaybının ilişkili olduğunu göstermiştir. Şizofren olgularda fonksiyonel nörogörüntüleme çalışmaları ile beyin birçok alan ve ağlardan meydana gelen *olağan durum şebekesinde* yaygın fonksiyonel bozukluklar tespit edilmiştir. Uzun süreli farmakoterapinin nöronal fonksiyonu genomik ekspresyon ya da nöral altyapıdaki değişimler yoluyla etkilediği yine nörogörüntüleme yöntemleri ile ortaya konmuştur. Nörogörüntüleme psikiyatri araştırmalarının vazgeçilmez unsuru olmakla birlikte klinik olgularda bireysel bazda kullanımı, en azından gelecekte daha hassas ve özgül teknikler geliştirilene kadar, belirgin derecede kısıtlıdır. Bu sunumun amacı klinisyene şizofrenide kullanılagelen nörogörüntüleme yöntemlerinin temel fizik prensiplerinin, ayırıcı tanıya ve bu olgulardaki patofizyolojinin anlaşılmasına katkılarının, ve güncel literatürü incelerken mutlaka akılda bulundurulması gereken tekniğin kendine has kısıtlılıklarının kısa bir özeti şeklinde nörogörüntülemeye giriş seviyesinde bilgiler sunmaktır.

Psikoterapide Sanal Gerçeklik Kullanımı

Psk. Ahmet YILMAZ

İstanbul NP Beyin Hastanesi, Klinik Psikolog, İstanbul

Sanal Gerçeklik, katılımcılarına gerçekmiş hissi veren, bilgisayarlar tarafından yaratılan dinamik bir ortamla karşılıklı iletişim olanağı tanıyan, üç boyutlu bir benzetim modelidir. Sanal gerçeklik çalışmalarının son yıllarda klinik psikoloji alanında da yaygınlaştığı; sanal gerçekliğe dayalı terapilerin başta anksiyete bozuklukları olmak üzere geniş bir yelpazede uygulama alanına sahip olduğu görülmektedir. Sanal gerçekliğin zihinsel imgelemeye kıyasla daha gerçekçi olduğu ve daha güçlü bir “orada olma” hissi yarattığı; yaşantısal maruz bırakmaya kıyasla ise daha güvenli bir başlangıç noktası olduğu, daha kullanışlı ve kontrollü bir şekilde uygulanabildiği belirtilmektedir.

Sanal gerçeklik güçlü bir psikolojik müdahale biçimidir. Avrupa ve ABD’de 15 yılı aşkın süredir kullanılmakta olup, saygın birçok üniversitede araştırma enstitüleri kurulmakta ve üzerine bilimsel yayınlar yapılmaktadır. Bir çok hastanın kaygı bozukluğu tedavisinde, destekleyici bir yöntem olarak, yüksek oranda başarılı sonuçlar vermektedir. İlk uygulamalar ABD’de savaş gazisi askerlerin travma tedavisinde kullanılmış, alınan başarılı sonuçlar diğer kaygı bozukluklarında da, tedavi ortamlarının gelişmesine sebep olmuştur.

Sanal gerçeklik çalışmaları 1990’lardan sonra geliştirilmeye başlanmış ve halen de geliştirilme çalışmaları devam etmektedir. Bu yeni teknoloji bir çok alanda ve çeşitli amaçlar için kullanılabilecek bir teknolojidir. Özellikle birey için, yapay olarak oluşturulmuş ortamlarda, öğrenmeyi sağlamada oldukça etkili bir teknolojidir. Birey bu teknolojiye yapay olarak oluşturulmuş ortamlarda yaparak ve yaşayarak öğrenmektedir. Bu teknolojinin kullanılması ancak ileri düzeyde bilgisayar (benzetişim) yazılımları ve özel olarak geliştirilmiş bir ekipman ile mümkündür. Geleceğin eğitim ortamlarını oluşturacak teknolojik bir yeniliktir.

Geleneksel yöntemlere kıyasla, terapide sanal gerçeklik kullanımının, maliyet, süre ve “bulunma hissi” açılarından daha etkili olduğu tespit edilmiştir. Terapide sanal gerçekliğin kullanılması tedavinin gerçekliği ve etkisinden hiçbir şey kaybettirmez çünkü, fobisi olan kişilerin tepkilerinin şiddeti ve endişe seviyeleri, fobinin kaynağının ne kadar gerçek olduğuyla ilgili değil. Alıştırma süresi istenildiği kadar uzatılabilir veya kısaltılabilir. Anksiyete kaynağı olan durum, terapi ortamında sanal olarak yaratılır. Gerçek hayatta alıştırma farklı olarak sanal gerçeklikte uyaran terapist tarafından ayarlanabilir.

Anahtar kelimeler: Sanal Gerçeklik, Psikoterapi, Kaygı Bozuklukları

Farmakolojisi, Nörobiyolojik Etkileri

Ass. Dr. İkbâl İNANLI

Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Konya

Doğada en hafif metal olan lityum, artı değerlikli bir elementtir ve mineral yapılardan elde edilir. Cade; 1949'da lityumun antimanik etkinliğini keşfetmiş ve bu tarih modern psikofarmakolojinin başlangıcı olarak kabul edilmiştir.

Lityum; duygudurum düzenleyici ilaç prototipidir, bipolar bozukluk manik dönem, depresif dönem ve uzunlamasına koruyucu tedavide etkindir. En basit elementlerden biri olan lityumun, psikotrop olarak güçlü etkisi halen merakla araştırılmaktadır.

Lityumun terapötik etkileri, nöron ve glial hücrelerde gerçekleşen moleküler ve hücre içi değişikliklerden, nöronal ağlara ve klinik belirtilerin sunumunu sağlayan nörobilişsel işlevlere uzanan farklı beyin fonksiyonları içinde değerlendirilmelidir. Lityum karmaşık birçok işlevler sonucunda nöroprotektif ve nöroproliferatif bir ajandır ve duygudurum düzenleyici özelliği bu etkilere bağlıdır.

Nöronal düzeyde dopamin ve glutamat etkinliğini azaltan lityum, GABA etkinliğini artırarak eksitotoksiteyi engeller, ayrıca seratonerjik bir etkinlik sağlar. Lityum ikincil haberciler üzerinden CREB yanıtının güçlenmesiyle BDNF and B-cell lymphoma-2 üzerinden nöronal plastisitede anahtar bir rol oynar. Lityum hücre-içi kalsiyumun düzenlenmesi ve mitokondriyal işlevlerin korunması sonucunda oksidatif stresin yönetiminde etkindir.

Son dönemde lityumun nöroprotektif özelliğinin en önemli nedeni glikojen sentaz kinaz-3 (GSK3) enzim aktivitesini inhibe etmesi olarak kabul edilmektedir. GSK3, beyinde protein sentezi, proliferasyonu, plastisite, apoptozis ve programlı hücre ölümü gibi önemli işlevlerde yer alır. Stres ve farklı toksik ajanların etkilediği nöronlarda GSK3 aktivitesi artışıyla oksidatif stres artışı, mitokondriyal işlevlerde bozulma, DNA hasarı ve eksitotoksite gerçekleşir. Lityum, magnezyum iyonu ile yarışmalı olarak doğrudan ve dolaylı olarak GSK-3 enzimini inhibe eder ve nöronu korur. Ayrıca sirkadyen ritim ve HPA sistemine olan etkileri, lityumun duygudurum düzenleyici özelliğini güçlendirmektedir.

Lityum; oral alım sonrası barsaklardan tama yakın emilir, 2-4 saat içinde plazmada zirve düzeyine ulaşır, yarılanma ömrü 18-24 saattir, kararlı plazma konsantrasyonuna 5 günde ulaşır. Plazma proteinlerine bağlanmayan lityum, böbreklerden metabolize edilmeden atılır. Lityum, terapötik aralığı dar, sık izlem gerektiren ve ciddi yan etkileri bulunan bir ilaç olmasına rağmen halen eşsiz özellikleri nedeniyle bipolar bozukluk tedavisinde birinci seçenektir.

Endikasyonları, Kullanımı, Üstünlükleri

Dr. Bilge ÇETİN İLHAN

Konya Eğitim Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Konya

Birçok ruhsal hastalık için 200 yıldır kullanılmaya devam edilmekte olan lityum, 1817’de keşfedilmiş, 1886’da depresyonun akut ve koruyucu tedavisinde etkili olduğu belirlenmiş ve her türlü hastalıkta kullanabilen bir ilaç olarak pazarlanmıştır. 1949’da ise manik epizodlarda etkili olduğu gösterilmiş daha sonra yapılan çalışmalarda etki mekanizması tam açıklanamamakla birlikte hem mani hem de depresyonda etkili olduğu belirlenmiştir.

Lityumun akut mani ve depresyonu önlediği bilinmektedir ve koruyucu tedavide en çok tercih edilen tedavilerden biridir. Bipolar bozukluk(BB) hastalarında lityumun etkinliğini doğrulamak için diğer duygudurum düzenleyiciler (valproat, karbamazepin, lamotrijin) ve antipsikotikler ile karşılaştırmaları da içeren birçok çalışma, lityumun uzun dönem koruyucu tedavide en iyi ve etkili ajan olduğu konusunda ortak karara varmıştır.

Unipolar depresyonun akut ve profilaktik tedavisinde, plaseboya kıyasla antidepresanların etkilerini artırdığı görülmektedir. Daha az veri olmakla birlikte tekrarlayıcı unipolar depresyonların profilaksisinde de yerini almıştır. Beş yıl içinde 2 unipolar depresyon görülmesi durumunda, şiddetli depresyon, psikotik özelliklerin eşlik etmesi ve suisidalite riski olması halinde lityum profilaksisi önerilmektedir. Buna ek olarak, unipolar depresyon nedeniyle hastaneye yatırılan ve takip sonrası lityum ile tedavi edilenlerdeki hastaneye yatışların,antidepresanlarla ya da atipik antipsikotikler ile tedavi edilenlere göre daha az olduğu gösterilmiştir.

Lityumun BB tedavisindeki önemi yanında birçok klinik ve hayvan çalışmaları agresyonu azalttığını göstermiştir ve bu durum en önemli etki olarak görülmektedir.Lityum agresif ve kendine zarar verici davranışların tedavisinde, steroid ile tetiklenen psikotik ya da affektif tabloların tedavisi ve profilaksisinde de kullanılmaktadır.

Lityumu destekleyen en önemli veri ise terapötik dozlarda kullanıldığında anti-suisidal etkileri üzerinedir. Antidepresan tedavilere dirençli unipolar depresyonda lityum ile güçlendirme önerilmektedir. Bipolar hastaların %15’inde suisidalite bilgisi ile birlikte yapılan klinik çalışmalar, lityumun hem girişim hem de tamamlanmış suisid vakalarını %80 oranında azalttığı görülmüştür. Daha düşük suç oranı ve ergenlerde uyuşturucu kullanımı üzerine etkisinden de bahsedilmektedir. Ayrıca BB olan hastalarda suisid dışındaki tüm nedenlere bağlı ölümleri de azaltmaktadır.

BB'un akut ve uzun vadeli tedavisinde lityum, yapıldığı kombinasyon tedavilerinin etkisini arttırmaktadır. Bu ilaçlar daha önce de üzerinde çalışılmış olan valproat, karbamazepin, lamotrijin, nimodipin ve atipikantipsikotiklerdir.

Lityum BB'un koruyucu tedavisinde birçok alternatif tedaviler olmasına rağmen halen ilk akla gelen ilaç olmakla birlikte, psikotik belirtilerin ve ek tanıların eşlik etmediği bipolar bozukluk hastalarında ilk tercihtir ve bipolar bozukluk tedavisinde "altın standard" olmaya devam etmektedir.

Lityumun Yan Etkileri ve Yan Etkilerle Baş Etme Stratejileri

Ass. Dr. Ali Metehan ÇALIŞKAN

Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Konya

Lityum bipolar bozukluğun tedavisinde altın standart olarak kabul edilmesine rağmen, reçete edilme oranları yan etkiler nedeniyle son zamanlarda azalmaktadır. Lityum kullanımı ile mide barsak, kalp-damar, dermatolojik, endokrinolojik ve sinir sistemlerini ilgilendiren birçok yan etki gelişebilmektedir. Terapötik aralığının dar olması nedeniyle zehirlenme belirtilerine de dikkat etmek gerekir. Gerek zehirlenmede gerekse normal serum düzeylerinde yan etkilere sıklıkla rastlanmaktadır. Lityuma bağlı gelişen böbrek işlevlerindeki bozulmanın çok önemli bir kısmı poliüri ve polidipsi ile karakterize nefrojen diyabetes insipidus şeklinde karşımıza çıkmaktadır. Lityum kullanırken gelişebilecek böbrek hasarının önlenmesi için böbrek işlevlerinin yakın takibi önemlidir. Lityum kaynaklı hipotiroidizm nispeten yaygın olmakla birlikte kolayca teşhis ve tedavi edilmektedir. Lityumdan kaynaklanan hiperparatiroidizm nispeten daha yakın zamanda tanınan bir durumdur. Kilo alımı ve lityumdan kaynaklanan kognitif bozukluklar hastalar için daha sıkıntılı olmakta, yönetilmesi daha zor ve lityum ilaç uyumsuzluğu ile ilişkili olma olasılığı daha yüksektir. Yan etkiler hastaların lityumu bırakmasında önemli bir rol oynamaktadır. Bu nedenle lityum yan etkilerinin bilinmesi ve hastalara ilgili eğitimin verilmesi klinik uygulamada önemli bir rol oynamaktadır. Lityum düzeyini terapötik aralığın en alt düzeyinde tutmak, bazı durumlarda yan etki için ilaç reçetelenmek ve yavaş salınımlı forma geçmek gibi basit sağaltım stratejileri hastalar için yan etki yükünü en aza indirecektir.

Bedensel Hastalığı Olanlarda Kullanımı, İlaç Etkileşimleri

Uzm. Dr. Seda KIRCI ERCAN

Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Konya

Lityumun farmakokinetik ve farmakodinamik özellikleri, diğer ilaçlarla etkileşimleri ve oldukça dar bir terapötik aralığa sahip olması sebebiyle bedensel hastalık durumlarında kullanımı ve takibi birtakım özellikler göstermektedir.

Lityum nefrotoksiktir ve ağır böbrek yetmezliğinde kontrendikedir; kullanılması gerekir- se doz azaltımı ve plazma düzeyinin yakın takibi gerekir.

Karaciğer yetmezliğinde kullanımında doz azaltmaya gerek yoktur ancak plazma düzey- leri daha sık aralıklarla izlenmelidir.

Lityumun Diabetes Mellitus(DM) hastalarında güvenli kullanımını sağlayan hipoglise- mik etkisinin yanında, Bipolar Bozukluğu(BB) olan hastalarda uzun süreli kullanımında DM oluşturmadığı yönünde sonuç veren bir çalışma da bulunmaktadır.

Hipotiroidisi olan hastalarda lityum kullanımının; lityuma bağlı oluşan hipotiroidi du- rumlarındaki yaklaşıma uygun olarak yönetilebileceği şeklinde görüşler mevcuttur. Yine hi- pertiroidisi olan hastalarda da lityumun güvenle kullanılabileceği, fakat hipertiroidinin de alta yatan sebebine göre tedavi edilmesi gerektiği bildirilmiştir.

Multiple Skleroz hastalarında kullanımıyla ilgili bilgiler sınırlıdır. Epilepsiye eşlik eden BB hastalarında lityum daha az sıklıkla bir tedavi seçeneği olarak düşünölebilmektedir.

Başka ilaçlarla etkileşimlerinin büyük çoğunluğu lityum klirensindeki değişme ve buna bağılı etkilerle veya potensiyalizasyonla ortaya çıkmaktadır.

Lityum ve antipsikotiklerin birlikte verilmesi uzun yıllardır oldukça sık uygulanmakta- dır. Ensefalopati ve EPS yan etki görölme riskinde artış olabileceği bildirilmiştir.

Lityum diğer duygudurum dengeleyiciler ile genellikle güvenli şekilde kombine edilmek- te olup nörolojik yan etkilerde artış açısından izlenmelidir.

Antidepressanlardan güçlü serotonin geri-alım önleyicileriyle birlikte kullanıldığında na- dir olarak serotonin sendromuna benzer bir durum göröldüğü bildirilmiştir.

Lityum ve diüretikler arasındaki etkileşimin doğası söz konusu diüretik sınıfına göre değişir. Tiyazid diüretiklerinin (klorotiazid, hidroklorotiyazid, klortalidon) lityum klirensini azalttığı ve dolayısıyla plazma lityum konsantrasyonlarını artırdığı tespit edilmiştir. Loop diü- retikleri (furosemid gibi) tiyazid diüretiklerine kıyasla lityum klirensinde daha az azalmaya

neden olmaktadır. Osmotik diüretikler ve tüm metilksantinler lityum klirensini artırarak plazma lityum konsantrasyonlarını düşürmektedir. Anjiyotensin-converting enzyme (ACE) inhibitörleri, azaltılmış aldosteron, glomerüler filtrasyon hızındaki azalma (GFR) ve azalmış sodyum gerialımı ile lityumun gerialımını artırır ve plazma lityum seviyesini yükseltir. Anjiyotensin II reseptör antagonistleri (ARB'ler) de lityum geri emilimini arttırmaktadırlar. Verapamil ve diltiazem gibi kalsiyum kanal blokerlerinin plazma lityum seviyesinde önemli değişikliğe neden olmamaktadır. Non-steroidal anti-inflamatuar ilaçlar (NSAID'ler) ile etkileşiminin altında yatan mekanizma belirsiz olsa da, çoğu NSAID lityum klirensini azaltır ve plazma lityum seviyesinin yükselmesine ve toksisiteye neden olabilmektedir.

SÖZLÜ BİLDİRİLER

YAYGIN ANKSİYETE BOZUKLUĞU VE MAJOR DEPRESYONDA METAKOGNİTİF İŞLEVLERİN KARŞILAŞTIRILMASI

Güliz Şenormancı¹, Ramazan Konkan², Oya Güçlü³, Ömer Şenormancı¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi

³Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi

Amaç: Bu çalışmada etiyolojik açıdan birbirlerine benzerliği tartışılan YAB (yaygın anksiyete bozukluğu) ve MD (major depresyon) hastalarının, SK (sağlıklı kontrol) grubuyla metakognitif işlevlerinin karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmaya DSM-IV-TR'ye göre YAB tanılı 64, MD tanılı 62 hasta ile demografik özellikleri benzer, öyküsünde psikiyatrik ve nörolojik hastalığı olmayan 62 SK çalışmaya alındı. Katılımcılara çalışmanın amacına yönelik araştırmacılar tarafından hazırlanmış sosyodemografik veri formu, Üstbiliş Ölçeği-30 (ÜBÖ-30) ve Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) uygulandı.

Bulgular: ÜBÖ-30 Endişeyle ilgili olumlu inançlar (OI) puanı MD'de YAB'den anlamlı yüksekti. Her iki grup ile SK arasında fark yoktu. ÜBÖ-30 Kontrol edilemezlik ve tehlike (KT) puanı MD'de YAB ve SK'dan, YAB'de SK'dan anlamlı yüksekti. ÜBÖ-30 Bilişsel güven (BG) puanında YAB ve MD arasında anlamlı fark yoktu, her ikisi de SK'dan anlamlı yüksekti. ÜBÖ-30 Düşünceleri kontrol ihtiyacı (DK) puanı MD'de YAB ve SK'dan, YAB'de SK'dan anlamlı yüksekti. ÜBÖ-30 Bilişsel farkındalık (BF) puanında YAB ve MD arasında anlamlı fark yoktu, her ikisi de SK'dan anlamlı yüksekti. ÜBÖ-30 Toplam puanında YAB ve MD arasında anlamlı fark yoktu, her ikisi de SK'dan anlamlı yüksekti.

Tartışma: Endişenin olumsuz bir durum olduğuna dair inançlar kişinin tedaviye başvurusuna yol açar. Çalışmamızın tedavi başvurusu için kendi istekleriyle gelen kişiler üzerinde yapılması ÜBÖ-30 OI puanının düşüklüğünü açıklayabilir. ÜBÖ-30 KT'nin MD'de YAB'den yüksek olması, depresyonun kognitif üclüsünün dış dünyanın tehlikelerle dolu olmasını içermesi ve YAB'de tehdit algısının yüksekliğinden çok anksiyete ile başa çıkma becerilerindeki sınırlılığın olması modelleriyle açıklanabilir. ÜBÖ-30 BG'nin MD ve YAB'de yüksekliği depresyon hastalarındaki amnestik hastalara benzer şekilde hafızalarına olan güvensizlikleri ve YAB'deki belleklerine olan güvensizlik ile ortaya çıkan kuşku ve kontrol gereksinimi gibi yansızlaştırma çabalarının olmasıyla açıklanabilir. ÜBÖ-30 DK'nin MD'de yüksekliği depresyon düzeyi arttıkça intrüzif düşünceleri bastırma eğiliminin artması; ÜBÖ-30 DK'nin YAB'de SK'dan yüksekliği YAB'deki endişeyi yansızlaştırma çabalarıyla ilişkili belleklerine güvensizlikler ve düşünce kontrol çabalarıyla ilgili olabilir.

Anahtar kelimeler: yaygın anksiyete bozukluğu, major depresyon, metakognisyon, metakognitif işlevler

CİNSEL İŞLEV BOZUKLUĞU TANISI ALMAYAN FİBROMİYALJİ SENDROMLU HASTALARDA CİNSEL PROBLEMLER VE KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ

Tonguç Demir Berkol¹, Merve Gümüşay¹, Ömer Can Erişen¹, Yusuf Ezel Yıldırım¹, Neşe Üstün¹, Güliz Özgen¹, Meltem Vural²

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

²Bakırköy Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Amaç: Fibromiyalji sendromu (FMS) kronik yaygın ağrı ile karakterize, duyarlı anatomik bölgelerde aşırı hassasiyetin eşlik ettiği eklem dışı bir romatizmal hastalıktır. Yaygın kronik ağrının sık görülen nedenleri arasında yer alan FMS'ye çeşitli psikiyatrik bozuklukların eşlik ettiği bilinmektedir. Çalışmamızda FMS'li hastaların kişilik özellikleri, FMS semptomları ile cinsel problem bulguları arasındaki ilişkilerin karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon polikliniğine başvuran yaşları 20–45 arasında FMS tanılı, DSM-IV TR tanı kriterlerine göre cinsel işlev bozukluğu olmayan 24 kadın hasta çalışmaya alınmıştır. Demografik ve antropometrik özellikler, FMS'ye eşlik eden semptomlar ve hassas nokta sayıları belirlenmiştir. Ağrı ve uyku kalitesini değerlendiren Vizüel Analog Skala, sağlıkla ilgili fiziksel fonksiyonları değerlendirmek için Fibromiyalji Sendromu Etki Sorgulaması Formu (FSESF), anksiyete ve depresyon düzeylerini saptamak amacıyla Beck Depresyon Ölçütü (BDÖ) ve Beck Anksiyete Ölçütü (BAÖ), kişilik profillerini belirlemek için Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri (MMPI), cinsel problemlerini değerlendirmek için Golombok-Rust testi uygulanmıştır.

İstatistiksel Değerlendirme: Bu çalışmada istatistiksel analizler NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2007 Statistical Software (Utah, USA) paket programı ile yapılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel metotların (ortalama, standart sapma) yanı sıra değişkenlerin birbirleri ile ilişkilerini belirlemede Pearson korelasyon testi kullanılmıştır. Sonuçlar, anlamlılık $p < 0,05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

Bulgular: Beden kitle indeksi ile Rust puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif ilişki gözlenmiştir. FSESF ile Golombok-Rust ölçeği alt itemleri arasında; İyi hissetmek ile Vajinismus puanları arasında ve İş yapamama ile Dokunma, Anorgazmi ve Rust; Anksiyete ile Dokunma ve Vajinismus, Histeri ile Vajinismus puanları arasında anlamlı negatif ilişki gözlenmiştir. BAÖ ile Dokunma puanları arasında anlamlı negatif korelasyon mevcuttur. MMPI'da 70 puan üstü ortalamasını sadece Histeri alt itemi almıştır.

Tartışma ve Sonuç: Fibromiyaljinin yol açtığı fiziksel yakınmalar stres işlemeyi ve günlük stresle başa çıkmayı etkileyebilir ve sonuçta kişilerarası ilişki ve cinsel fonksiyonları bozabilir. Çalışmamıza katılan FMS'li hastaların MMPI'da histerinin ön plana çıkması bastırma ve inkârı çok kullanan, anksiyete ile bağlantılı somatik yakınmaları olan bireyler olabileceklerini göstermektedir. Bu durum BAÖ puanlarının yüksekliği ile desteklenmektedir. Bu kişilerde cinsel problem olarak özellikle vajinismus alt itemi ön plana çıkmaktadır. Özellikle iyi hissetmeme ve iş yapamama alt özellikleri baskın olanlarda cinsel problemler fazla izlenmektedir.

Anahat kelimeler: Fibromiyalji, cinsel problemler, kişilik

Tablo 1.

		<i>Sıklık</i>	<i>İletişim</i>	<i>Doyum</i>	<i>Kaçınma</i>	<i>Dokunma</i>	<i>Vajinismus</i>	<i>Anorgazmi</i>	<i>RUST</i>
Yaşı	r	-0,006	-0,139	0,012	0,292	0,088	-0,136	0,103	0,131
Yaşı	p	0,978	0,518	0,954	0,167	0,683	0,525	0,631	0,543
BMI	r	0,171	0,147	0,156	0,291	0,14	0,219	0,402	0,459
BMI	p	0,425	0,492	0,465	0,168	0,513	0,303	0,052	0,024
VAS Ağrı	r	-0,217	-0,246	-0,037	-0,017	-0,228	-0,22	-0,117	-0,122
VAS Ağrı	p	0,309	0,247	0,865	0,936	0,283	0,301	0,586	0,569
VAS Uyku	r	-0,196	-0,192	-0,237	0,361	-0,066	0,087	-0,155	-0,028
VAS Uyku	p	0,359	0,368	0,265	0,083	0,761	0,686	0,469	0,896

Tablo 2.

		<i>Sıklık</i>	<i>İletişim</i>	<i>Doyum</i>	<i>Kaçınma</i>	<i>Dokunma</i>	<i>Vajinismus</i>	<i>Anorgazmi</i>	<i>RUST</i>
MMPI LiE	r	-0,156	-0,331	-0,437	0,26	-0,183	-0,37	-0,362	-0,381
MMPI LiE	p	0,466	0,115	0,033	0,220	0,391	0,075	0,082	0,067
Frekans	r	0,191	-0,338	0,095	0,196	0,06	-0,03	-0,182	0,08
Frekans	p	0,371	0,106	0,659	0,358	0,781	0,890	0,395	0,709
Düzeltilme	r	-0,125	-0,054	-0,338	0,116	0,041	-0,198	-0,12	-0,141
Düzeltilme	p	0,561	0,801	0,106	0,590	0,850	0,355	0,576	0,512
Hipokondriasis	r	0,349	-0,047	-0,261	0,391	-0,197	-0,034	-0,151	-0,007
Hipokondriasis	p	0,094	0,828	0,218	0,059	0,356	0,876	0,481	0,974
Depresyon	r	-0,145	-0,431	0,059	0,28	-0,477	-0,486	-0,352	-0,186
Depresyon	p	0,499	0,035	0,786	0,186	0,019	0,016	0,092	0,384
Histeri	r	0,128	-0,272	-0,251	0,314	-0,363	-0,478	-0,327	-0,28
Histeri	p	0,552	0,198	0,237	0,135	0,082	0,018	0,119	0,185
Psikotik Sapma	r	0,103	-0,489	0,083	0,194	-0,395	-0,416	-0,363	-0,206
Psikotik Sapma	p	0,632	0,015	0,699	0,364	0,056	0,043	0,081	0,334
Erkek-Kadın	r	0,396	0,122	-0,036	0,017	-0,243	0,163	0,007	-0,092
Erkek-Kadın	p	0,056	0,570	0,868	0,937	0,253	0,446	0,975	0,669
Paranoya	r	0,192	-0,405	0,096	0,033	-0,455	-0,18	-0,151	-0,203
Paranoya	p	0,369	0,049	0,654	0,878	0,025	0,399	0,481	0,343
Psikasteni	r	-0,009	-0,411	0,076	0,152	-0,444	-0,444	-0,349	-0,176
Psikasteni	p	0,966	0,046	0,724	0,479	0,03	0,03	0,094	0,409
Şizofreni	r	0,132	-0,469	-0,021	0,273	-0,494	-0,444	-0,448	-0,249
Şizofreni	p	0,537	0,021	0,924	0,198	0,014	0,03	0,028	0,241
Mani	r	0,09	-0,417	-0,061	0,189	-0,349	-0,372	-0,305	-0,301
Mani	p	0,677	0,043	0,779	0,375	0,095	0,074	0,147	0,153
Sosyal İçer Dönük	r	-0,27	-0,496	0,165	0,141	-0,244	-0,13	-0,138	-0,066
Sosyal İçer Dönük	p	0,201	0,014	0,442	0,512	0,251	0,546	0,519	0,758

Tablo 2 Devamı.

		<i>Sıklık</i>	<i>İletişim</i>	<i>Doyum</i>	<i>Kaçınma</i>	<i>Dokunma</i>	<i>Vajinismus</i>	<i>Anorgazmi</i>	<i>RUST</i>
Fiziksel Bozulma	r	0,291	0,099	-0,196	-0,001	-0,044	0,017	-0,14	-0,021
Fiziksel Bozulma	p	0,168	0,644	0,359	0,995	0,837	0,939	0,514	0,921
İyi Hissetme	r	-0,333	-0,256	-0,083	-0,339	-0,17	-0,494	-0,344	-0,311
İyi Hissetme	p	0,112	0,227	0,700	0,106	0,427	0,014	0,101	0,139
İş Yapamama	r	-0,04	-0,54	-0,505	0,377	-0,932	-0,582	-0,704	-0,805
İş Yapamama	p	0,925	0,167	0,202	0,358	0,001	0,130	0,049	0,016
İş Yapabilme	r	0,241	0,134	-0,148	-0,04	-0,503	0,306	0,101	0,029
İş Yapabilme	p	0,565	0,751	0,726	0,924	0,204	0,460	0,813	0,945
Ağrı	r	-0,164	-0,136	0,172	-0,043	-0,15	-0,095	-0,024	0,046
Ağrı	p	0,445	0,526	0,422	0,841	0,483	0,660	0,911	0,830
Yorgunluk	r	0,219	-0,04	-0,147	0,16	-0,297	0,013	0,037	-0,035
Yorgunluk	p	0,303	0,851	0,493	0,456	0,158	0,952	0,865	0,871
Dinlenme	r	0,338	0,069	0,134	-0,229	-0,109	-0,098	-0,04	-0,015
Dinlenme	p	0,107	0,747	0,532	0,282	0,612	0,648	0,851	0,943
Katılık	r	0,292	0,093	-0,115	0,101	-0,091	-0,088	0,014	0,065
Katılık	p	0,166	0,664	0,591	0,638	0,673	0,683	0,949	0,764
Anksiyete	r	-0,273	-0,254	0,011	-0,153	-0,409	-0,405	-0,188	-0,178
Anksiyete	p	0,196	0,231	0,960	0,475	0,047	0,049	0,378	0,407
Depresyon	r	-0,132	-0,288	0,054	-0,008	-0,29	-0,19	-0,102	-0,039
Depresyon	p	0,537	0,173	0,802	0,972	0,170	0,374	0,636	0,856
FSESF Total	r	0,041	-0,13	-0,134	-0,025	-0,341	-0,28	-0,126	-0,093
FSESF Total	p	0,850	0,546	0,532	0,908	0,103	0,186	0,556	0,665
BDÖ	r	0,076	-0,496	0,063	0,291	-0,365	-0,178	-0,297	-0,149
BDÖ	p	0,726	0,014	0,768	0,167	0,08	0,404	0,159	0,486
BAÖ	r	0,195	-0,204	-0,007	0,357	-0,405	-0,227	-0,273	-0,061
BAÖ	p	0,362	0,339	0,973	0,086	0,049	0,286	0,197	0,776

ŞİZOFREN HASTALARDA ARTERİYEL SERTLİĞİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Sema Baykara¹, Pınar Gündoğan Bozdağ², Murat Baykara³

¹Elazığ Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi

²Elazığ Eğitim ve Araştırma Hastanesi

³Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi

Amaç: Bu çalışmada metabolik sendrom (MS), diyabetes mellitus (DM) ve kardiyovasküler hastalık (KVH) gibi hastalıklar nedeniyle ölüm risk oranı yüksek görülen Şizofreni tanılı hastalarda tek başına mortalite ve morbidite habercisi olduğu da gösterilmiş olan arteriyel sertliği değerlendirme amacıyla.

Gereç ve Yöntem: Etik kurul onayı alındıktan sonra, tüm olgulara yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim seviyesi gibi bilgilerini içeren Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu uygulandı. Çalışma grubu Elazığ Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi Psikiyatri Polikliniği'ne başvuran yatarak ya da ayaktan tedavi gören şizofreni tanılı 28 erkek hastadan oluşturuldu. Çalışma grubuyla yaş ve cinsiyet açısından eşleştirilmiş 28 sağlıklı bireyden kontrol grubu oluşturuldu. Çalışma grubu ve kontrol grubunun kilo ve boy değerleri ölçülerek vücut kitle indeksleri hesaplandı. Her iki grubun damar intima-media kalınlıkları (IMT) yüksek çözünürlüklü doppler ultrasonografi kullanılarak ölçüldü.

Bulgular: Hastaların tamamı yalnızca Şizofreni tanısı nedeniyle AP tedavi görmekte olup, herhangi bir nedenle başka bir tedavi görmüyorlardı. Hasta grubunun yaş ortalaması 34,3±9,9 yıl kontrol grubunkine ise 35,3±5,2 yıl idi. Gruplar arasında ortalama yaş ($p=0,647$) ve VKİ ($p=0,915$) açısından anlamlı farklılık yoktu. Hasta grubunda ortalama sistolik TA (113,10±15,38 mm Hg) kontrol grubuna (124,35±15,11 mm Hg) göre daha düşük bulundu ($p=0,011$). Diyastolik TA için anlamlı bir farklılık saptanamadı ($p=0,467$). Hastalardaki ortalama karotid (0,48 mm) ve femoral (0,44 mm) IMT kontrol grubuna (sırasıyla 0,33 ve 0,31 mm) göre anlamlı daha yüksek değerlerde idi (sırasıyla, $p=0,000$ ve $p=0,000$). Ortalama diyastolik duvar stresi hastalarda karotid (627,59) ve femoral (759,78) olarak kontrol grubuna (sırasıyla 906,08 ve 1046,63) göre daha düşük saptandı (sırasıyla, $p=0,001$ ve $p=0,002$). Karotid ve Femoral kompliyans (sırasıyla, $p=0,073$ ve $p=0,532$), distensibilite (sırasıyla, $p=0,918$ ve $p=0,301$), ve elastik modül (sırasıyla, $p=0,159$ ve $p=0,490$), değerlerinde ise anlamlı farklılık gözlenmedi. Ancak hastalık süresi uzadıkça karotid IMT ($r=0,586$; $p=0,000$), karotid elastik modül ($r=0,333$; $p=0,017$) ve femoral IMT ($r=0,589$; $p=0,000$) artıyordu. Karotid ve femoral diyastolik duvar stresi ise azalıyordu (sırasıyla, $r=-0,299$; $p=0,033$ ve $r=-0,322$; $p=0,021$). Hastalık süresi 5 yıldan az olanlarla fazla olanlar arasında karotid ($p<0,05$) ve femoral ($p<0,05$) IMT açısından anlamlı farklılık izlendi.

Sonuç: Tedavi gören Şizofreni tanılı hastalarda arteriyel sertliğin karotid ve femoral kompliyans, distensibilite, ve elastik modül değerlerinde gruplar arasında anlamlı farklılık gözlenmezken, hastalık süresi uzadıkça karotid IMT, karotid elastik modül ve femoral IMT değerleri istatistiksel olarak anlamlı derecede artıyordu. Bu sonuç, AP tedavinin yol açtığı dislipidemi ve hipotansiyon yan etkileriyle açıklanabilir.

Anahtar kelimeler: Arteriyel sertleşme, şizofreni, antipsikotik

MAS HASTALARINDA D VİTAMİNİ DÜZEYLERİNİN SAĞLIKLI KONTROLLERLE KARŞILAŞTIRILMASI VE PSİKOMETRİK PARAMETRELERLE İLİŞKİSİ

İlknur Can¹, Ayşe Banu Sarıfakioğlu², Taha Can Tuman³

¹Şemdinli Devlet Hastanesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Polikliniği, Şemdinli, Hakkari

²Namık Kemal Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Tekirdağ

³Birecik Devlet Hastanesi, Psikiyatri Polikliniği, Birecik, Şanlıurfa

Giriş: Miyofasyal ağrı sendromu (MAS) kas iskelet sistemi ağrılarının en sık sebeplerinden birisidir. Etiyolojisi için pek çok neden olmasına rağmen, patofizyolojisi henüz tam olarak aydınlatılamamıştır. D vitamini eksikliği non spesifik kas-iskelet ağrısının nedenlerinden biri olarak bilinir. Bu çalışmada, MAS hastalarında D vitamini düzeyleri ve yaşam kalitesinin sağlıklı kontroller ile karşılaştırılması ve MAS grubunda D vitamini düzeyleri ile ağrı, özürllülük, yaşam kalitesi, uyku kalitesi, anksiyete ve depresyon skorları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Materyal metod: Çalışmaya 18–65 yaşları arasında 2 yıl içinde polikliniğimize başvuran 120 hasta ve 60 sağlıklı kontrol dahil edildi. Hastaların demografik verileri, tıbbi öykü, lokomotor sistemin fizik muayenesi tıbbi kayıtlardan elde edildi. Hastaların ağrı seviyeleri Visüel Analog Skala ve Boyun ağrısı engellilik ölçeği ile değerlendirildi. Yaşam kalitesi SF-36 formu ile değerlendirildi. Anksiyete ve depresyon düzeyleri Beck Anksiyete ölçeği ve Beck Depresyon ölçeği ile değerlendirildi. Uyku kalitesi Pittsburgh uyku kalitesi indeksi ile değerlendirildi. Hasta ve kontrol grubu 25 (OH) D düzeyleri ve yaşam kalitesi açısından karşılaştırıldı. Hastalar düşük ve yüksek D vitamini düzeylerine göre gruplandırıldı ve D vitamini düzeyleri düşük ve yüksek olan iki grup ağrı düzeyi, engellilik, yaşam kalitesi, uyku kalitesi ve depresyon, anksiyete skorları açısından karşılaştırıldı.

Sonuç: Çalışmaya 120 hasta (95 kadın, 25 erkek) ve 60 kontrol (47 kadın, 13 erkek) dahil edildi. Hasta grubunda ortalama yaş $36,4 \pm 11,0$, kontrol grubunda $35,9 \pm 11,3$ idi ($p > 0,05$). Hasta grubunda ortalama 25 (OH) D vitamini düzeyi $12,8 \pm 7,3$ ng/ml, kontrol grubunda $22,8 \pm 14,3$ ng/ml idi ($p < 0,001$). Hasta grubunda SF-36 yaşam kalitesi alt parametrelerinden fiziksel rol ve vücut ağrısı skorları hasta grubuna göre anlamlı ölçüde düşüktü, diğer alt parametreler açısından ise fark saptanmadı. Hasta grubunun 25 OH vitamin D düzeyleri açısından 20ng/ml altındakiler ve 20 ng/ml ve üstündekiler olarak ikiye ayrılarak karşılaştırılmasında 25 OH vitamin D düzeyi 20ng/ml'nin altındaki grupta anksiyete ve depresyon skorları anlamlı olarak yüksek, SF-36 alt parametrelerinden genel sağlık, sosyal fonksiyon ve mental sağlık puanları anlamlı olarak düşük saptandı. Uyku kalitesi açısından gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmadı.

Tartışma: Çalışmamızda MAS hastalarında sağlıklı kontrollere göre 25 OH vitamin D düzeyleri anlamlı derecede düşük saptandı. MAS hastalarında D vitamini eksikliği hastaların yaşam kalitesinde bozulma, anksiyete ve depresyon düzeylerinde artışa neden oluyor olabilir.

Anahtar kelimeler: MAS, 25 OH Vitamin D, Yaşam kalitesi, Uyku kalitesi, Anksiyete, Depresyon

VAJİNİZMUS VE KONTROL GRUBUNDA SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER, CİNSEL ÖYKÜ, CİNSEL FONKSİYON VE DOYUMUN KARŞILAŞTIRILMASI

Sema Nur Türkoğlu Dikmen¹, Yasir Şafak², İlker Özdemir³, Sevilay Kılınç⁴

¹Aksaray Üniversitesi Aksaray Eğitim ve Araştırma Hastanesi

²Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi

³Kütahya Doç. Dr. Mustafa Kalemli Tavşanlı Devlet Hastanesi

⁴Bakırköy Mazhar Osman Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi

Giriş: DSM-IV-TR'de cinsel ağrı bozuklukları içinde sınıflandırılan vajinismus, Vajinismus, DSM 5 ile birlikte dispareni ile birleştirilerek perino-pelvik ağrı (cinsel organlarda pelviste ağrı/ içe girme) bozukluğu olarak sınıflandırılmıştır (1,2). Vajinismus olan kadınların diğer cinsel işlev bozukluğu olan kadınlara kıyasla farklı özellikler göstermesi nedeni ile önemlidir. Diğer cinsel işlev bozukluklarından farklı olarak vajinismusa neden olabilecek birçok ruhsal, sosyal ve kültürel etken öne sürülmüş olsa da, halen bu konuda şüpheler sürmektedir (3,4). Bizim bu çalışmamızda amacımız da vajinismus grubunun sosyodemografik özellikleri, cinsel öykü, cinsel fonksiyon ve cinsel doyumun kontrol grubu ile karşılaştırılmasıdır.

Materyal-metod: Çalışmamıza Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Polikliniklerine 2013 Ocak-2014 Şubat ayları arasında başvuran ve primer vajinismus tanısı alan, bilgilendirme metni okutulmuş, bilgilendirilmiş onayı alınmış ve çalışmaya katılmayı kabul eden 43 kadın alındı. Kontrol grubu cinsel olarak sağlıklı, evli ve aktif cinsel yaşantısı olup sosyodemografik özellikler bakımından ilk gruba benzer, bilgilendirme metni okutulmuş, bilgilendirilmiş onayı alınmış ve çalışmaya katılmayı kabul eden 30 gönüllü kadın alındı. Katılımcılar sosyodemografik özellikler, cinsel öykü formu, Glombuck Rust cinsel doyum ölçeği ve Arizona cinsel yaşantılar ölçeği kullanılarak istatistiksel olarak değerlendirilmiştir.

Bulgular: Eğitim yılı ortalaması, meslek, evlenme yaşı, çocukluklarını geçirdikleri yer (kırsal/kentsel), yaşadıkları yer ve aylık gelir gibi sosyodemografik özellikler bakımından iki grup arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Erotik ya da pornografik malzemelere tepki, cinsel ilişki yoluyla boşalma sıklığı, partnerin cinsel organı okşamasıyla boşalma sıklığı, partnerle ilişki sırasında uyarılma hissetme kontrol grubunda anlamlı olarak yüksek saptanmıştır ($p<0,05$). Cinsel istek duyma sıklığı, partnerle ilişki sırasında korku, iğrenme, utanma ya da suçluluk gibi olumsuz duygular oluşma sıklığı, cinsel birleşme öncesi cinsel organın gevşemesinde, cinsel birleşme sırasında cinsel organın gevşemesini sürdürmede güçlük olması, cinsel birleşmeyi engelleyecek kadar kuruluk ya da darlık olması, cinsel birleşme sırasında cinsel organda ağrı oluşması sıklığı vajinismus sorunu yaşayan kadınlar grubunda anlamlı olarak yüksek saptanmıştır ($p<0,05$). Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği (ACYÖ) toplam puanı; vajinismus sorunu yaşayan kadınlarda $16,60\pm6,11$ olarak, kontrol grubunda ise $11,83\pm4,18$ olarak hesaplandı. İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). Glombuck Rust Cinsel Doyum Ölçeği (GRCDÖ) toplam puanı, sıklık, vajinismus, anorgazmi alt ölçeği puanı açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p<0,05$).

Tartışma ve sonuç: Cinsel öykü formu verilerine göre cinsel istek duyma sıklığı vajinismus grubunda kontrol grubundan yüksek bulunmuştur. Daha önce yapılan çalışmalarda da vajinismus grubunda cinsel birleşmeye kadar olan fonksiyonların normal olduğu ile ilgili sonuçlar vardır (3). Çalışmamızda vajinismus grubu ve kontrol grubu arasında cinsel fonksiyon ve cinsel doyum açısından bazı farklar saptanmıştır. Literatürde de bazı farklar tespit edilmiş ancak her çalışmada teyit edilememiştir. Bu da vajinismus oluşumunda ve gelişiminde çok fazla etkenin varlığı ve bu faktörlerin objektif olarak sorgulanamaması ile açıklanabilir. Çalışmamızın kısıtlılıkları olarak tek merkezli olması ve örneklem büyüklüğünün mütevazı oluşu sayılabilir. Bu konuda çok merkezli ve katılımcı sayısı fazla olan çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar kelimeler: vajinismus, cinsel doyum, cinsel fonksiyon

OBEZ OLMAYAN ŞİZOFRENİ HASTALARINDA ADİPONEKTİN, LEPTİN VE İRİSİN DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Gamze Erzin¹, Canan Topçuoğlu², Vahap Ozan Kotan³, Şenol Bayram⁴, Konstantinos Fountoulakis⁵

¹Ankara Dışkapı Eğitim ve Araştırma Hastanesi; Psikiyatri

²Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Biyokimya

³Başkent Üniversitesi, Psikiyatri

⁴Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Biyokimya

⁵Aristotle University Thessaloniki, Psikiyatri

Giriş: Adiponektin ve leptin düzeyleri şizofreni hastalarında daha önce incelenmiştir. Leptin ve adiponektin adipoz dokudan salgılanır. Obezite ve metabolik sendrom gelişiminde önemli rol oynarlar. İrisin de leptin ve adiponektin gibi bir adipokindir. İrisin ayrıca miyokin olup, egzersiz sonrası peroksizom proliferatörü aktivatör reseptör γ (PPAR γ) koaktivatör 1 α (PGC1- α) tarafından aktive olan fibronektin tip III (FNDC5)'ün bir ürünü olarak salgılanır. İrisin termogenezi uyarıp, beyaz yağ dokusunu kahverengi yağ dokusuna çevirirken bir yanıyla da nöral dokuda yeteri kadar farklılaşmayı sağlar ve proliferasyonu artırır bu nedenle metabolik parametrelerde bozulma olmayan şizofreni ve sağlıklı kontrol grubunda düzeyinin değerlendirilmesi önemlidir.

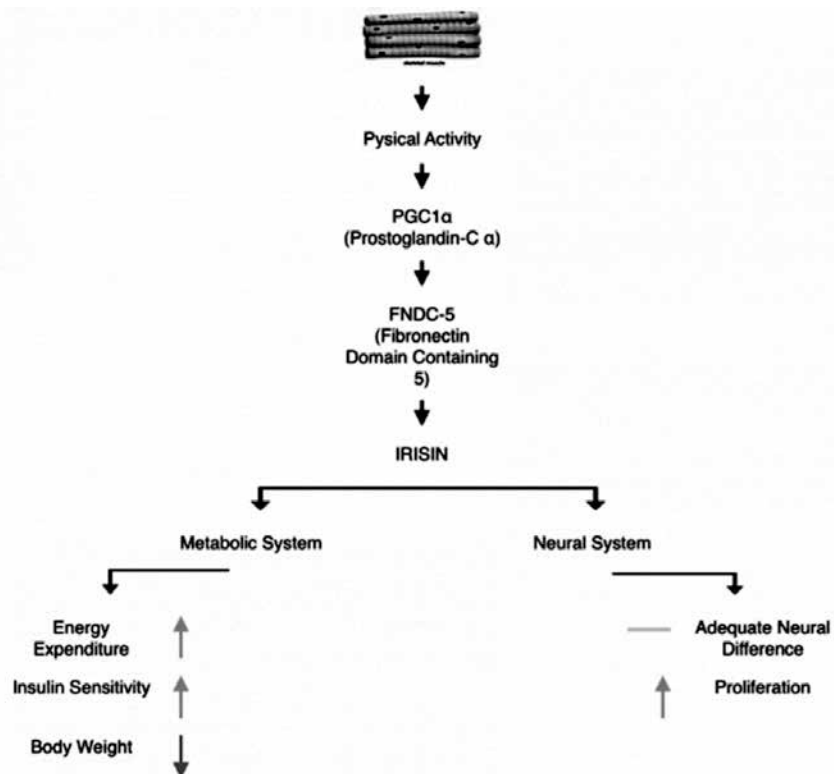
Amaç: Şizofreni hastalarında artmış metabolik sendrom (MS) riski, antipsikotik tedavinin bir sonucu olarak bilinse de ilk atak tedavisiz psikoz hastalarında da adiponektin ve leptin düzeyleri değişken olarak saptanmış ve metabolik parametrelerde bozulma ile ilişkisi olduğu düşünülmüştür. Bu nedenle diyabetik olmayan, obez olmayan ve antipsikotik tedavi altındaki şizofreni hastalarında adiponektin, leptin ve irisin düzeylerini araştırmayı amaçladık.

Metod: En az altı aydır birinci ya da ikinci jenerasyon antipsikotik kullanan, DSM-5'e göre şizofreni tanısı konan, obez olmayan, diabetes mellitus olmayan, metabolik parametrelerinde bozulma olmayan ve 18-65 yaşları arasında olan şizofreni hastaları çalışmaya alınmıştır. Hastalardan venöz kan alınarak serum adiponektin, leptin ve irisin düzeyi incelenmiştir.

Bulgular: 44 şizofreni, 44 sağlıklı kontrol çalışmaya kabul edilmiştir. PANSS skorları ile adiponektin düzeyleri ($p = 0,474$, $r = 0,077$), leptin ($p = 0,779$, $r = -0,044$) ve irisin seviyesi ($p = 0,757$, $r = -0,048$) arasında korelasyon yoktu. Adiponektin düzeyleri ($p = 0,127$), leptin ($p = 0,809$) ve irisin düzeyleri ($p = 0,191$) şizofreni ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark göstermedi.

Sonuç: HDL dışında metabolik parametrelerde ve bu üç marker düzeyinde şizofreni ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktu. Bu, üç marker düzeyinde farklılık olmaması bu hastaları kullandıkları antipsikotik tedaviye rağmen metabolik sendromdan korumuş olabilir. Çalışmamıza katılan şizofreni grubu, metabolik parametreleri düzenli olarak izlenen bir grup hastaydı. Bu nedenle, antipsikotik tedavisi gören hastaların metabolik parametrelerinin düzenli olarak takip edilmesi önemlidir.

Anahtar kelimeler: metabolik sendrom, şizofreni, adipokinler



Resim 1.

ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE İLİŞKİLİ BAZI KLİNİK VE SOSYODEMOGRAFİK DEĞİŞKENLER

Bahar Yeşil Örnek¹

¹*Elazığ Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi*

Amaç: Bu çalışma müzik ve fen bilgisi alanlarında eğitim alan yetişkinlerde DEHB ile ilişkili olabilecek sosyodemografik ve klinik değişkenleri incelemeyi amaçladı.

Gereç ve Yöntem: Araştırma Ocak-Haziran 2014 tarihleri arasında İnönü Üniversitesi Eğitim Fakültesinde yapıldı. Çalışmaya 18–25 yaşları arasında, psikiyatrik ve nörolojik hastalığı bulunmayan, müzik bölümünden 52 ve fen bilgisi öğretmenliği bölümünden 52 öğrenci alındı. Öğrenciler yaş, eğitim süresi, cinsiyet ve el tercihi açısından birebir eşleştirildi. Öğrencilere Turgay Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) Özbildirim Ölçeği uygulandı.

Bulgular: Çalışmamıza alınan 44 kadın 58 erkek katılımcının yaş ortalaması $20,39 \pm 1,99$ 'du. Müzik ve fen bilgisi alanları arasında sınıf derecesi, ailede ruhsal hastalık öyküsü, çocukluk travması maruziyeti, bağımlılık yapıcı madde deneyimi değişkenleri açısından anlamlı fark saptanmadı. Bölüm tipi, sınıf derecesi ve ailede ruhsal hastalık öyküsü değişkenleriyle DEHB ölçeği puanları arasında anlamlı fark saptanmadı. Çocukluk çağı fiziksel travması olan öğrencilerin hiperaktivite ($p=0,02$) ve sorun ($p=0,001$) alt ölçeği ile toplam puanları ($p=0,001$) travması olmayanlara göre anlamlı yüksek saptandı. Madde kullanma deneyimi olan öğrencilerin sorun alt ölçeği puanları olmayanlardan anlamlı yüksekti ($p=0,04$).

Sonuç: Bu çalışmada çocukluk çağı fiziksel travması ve madde kullanma deneyimi DEHB belirtileri ile ilişkili bulunmuştur, ancak müzik ve fen bilgisi alanları arasında DEHB belirtileri açısından fark saptanmamıştır. Erişkinde DEHB ile ilişkili faktörlerin bilinmesi bu bozukluğa farkındalığı arttırarak tedavisine yardımcı olacaktır.

Anahar kelimeler: Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite, Eğitim, Müzik, Fen

Tablo 1. DEHB Ölçeği Puan Ortalamalarının Bölüm Grupları Arasında Karşılaştırılması

<i>Turgay DEHB Ölçeği</i>	<i>Müzik Alanı (Ort. $\pm$ SS) (n=52)</i>	<i>Fen Alanı (Ort. $\pm$ SS) (n=52)</i>	<i>P</i>
Dikkat Eksikliği	8,11 $\pm$ 4,05	7,35 $\pm$ 3,17	0,29
Hiperaktivite/Dürtüsellik	7,54 $\pm$ 4,96	6,90 $\pm$ 4,63	0,49
Sorun	27,68 $\pm$ 13,51	24,66 $\pm$ 11,35	0,22
Toplam	43,37 $\pm$ 18,89	43,37 $\pm$ 18,89	0,17

Tablo 2. Çocukluk Çağı Fiziksel Travmasına göre DEHB Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=102)

<i>Turgay DEHB Ölçeği</i>	<i>Çocukluk Çağı Fiziksel Travması Var (Ort. ±SS) (n=10)</i>	<i>Çocukluk Çağı Fiziksel Travması Yok (Ort. ±SS) (n=92)</i>	<i>p</i>
Dikkat Eksikliği	9,60±4,19	7,53±3,54	0,89
Hiperaktivite/Dürtüsellik	10,40±3,71	6,88±4,77	0,02
Sorun	39,10±9,60	24,77±12,01	<0,001
Toplam	59,10±9,37	39,05±17,13	<0,001

Tablo 3. Bağımlılık Yapıcı Madde Deneyimine göre DEHB Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=102)

<i>Turgay DEHB Ölçeği</i>	<i>Bağımlılık Yapıcı Madde Deneyimi Var (Ort. ±SS) (n=14)</i>	<i>Bağımlılık Yapıcı Madde Deneyimi Yok (Ort. ±SS) (n=88)</i>	<i>p</i>
Dikkat Eksikliği	8,21±4,40	7,65±3,52	0,59
Hiperaktivite/Dürtüsellik	7,92±4,87	7,11±4,79	0,55
Sorun	32,28±3,06	25,20±1,32	0,04
Toplam	47,71±17,23	39,95±17,47	0,12

İNTERNET BAĞIMLILIĞI OLAN BİREYLERDE STROOP VE İZ SÜRME TESTİ PERFORMANSLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Atilla Tekin¹, Ayşegül Yetkin¹, Serkan Adıgüzel¹, Hakan Akman¹

¹Haliç Üniversitesi, Psikoloji Bölümü

Giriş: İnternet bağımlılığı, her ne kadar madde bağımlılığının klinik özelliklerine göre tanımlanmış olsa da, daha sonra bir dürtü kontrol bozukluğu olarak değerlendirilmiştir. Yakın zamanda yayımlanmış birçok araştırma internet bağımlılığının dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu gibi ruhsal bozukluklarla ilişkili olduğunu göstermiştir (1,2). Bu çalışmanın amacı, üniversite öğrencilerinde internet bağımlılığı ve dikkatle ilişkili bozukluklar arasındaki ilişkiyi araştırmaktır.

Method ve Materyal: Çalışmaya bir vakıf üniversitesinin psikoloji bölümünde eğitime devam eden 221 öğrenci dahil edilmiştir. YBÖ skoru 81'in üzerinde olan katılımcılar internet bağımlısı grup olarak tanımlanmıştır. Çalışmanın ikinci aşamasında, bağımlı gruba ve sayı olarak eşleştirilmiş bağımlı olmayan gruba Beck Depresyon Ölçeği, Stroop Testi ile İzme Sürme Testi A ve B formları uygulandı. Çalışmaya ciddi nörolojik veya psikiyatrik bozukluk tanısı almış, alkol veya madde kötüye kullanım öyküsü olan, halen psikotrop ilaç kullanan veya son 3 ay içerisinde psikotrop ilaç kullanım öyküsü olan öğrenciler dahil edilmedi.

Bulgular: Katılımcılarda internet bağımlılığı oranı %15,3 (n=34) olarak saptandı. Bağımlı grubun Stroop Renk İsimlendirme ve Enterferans ortalama süresi, bağımlı olmayan gruba göre istatistiksel olarak yüksek saptandı ($p<0,01$ ve $p<0,01$). İz Sürme Testi B formu ortalama süresi ve ortalama hata sayısı bağımlı grupta istatistiksel olarak yüksek bulundu ($p<0,005$ ve $p<0,01$). İBÖ skorları ile Stroop Fonemik, Renk İsimlendirme, Enterferans ve İz Sürme Testi B formu süreleri arasında pozitif yönde korelasyon saptandı ($r=.307$, $r=.503$, $r=.461$, $r=.385$). İBÖ ölçek skorları ile İz Sürme Testi B formu hata sayısı arasında pozitif yönde korelasyon saptandı ($r=.659$).

Sonuç: Çalışmamızın bulguları, üniversite öğrencilerinin önemli bir kısmında internet bağımlılığı olduğunu göstermiştir (n=34, %15,3). Ko ve arkadaşları, ergenlerde internet bağımlılığı yaygınlığını %18,8 olarak saptamıştır. Yen ve arkadaşları, üniversite öğrencilerinde internet bağımlılığı yaygınlığının %12,3 olduğunu bildirmiştir. Çalışmamızda elde edilen internet bağımlılığı yaygınlığı literatürdeki diğer çalışmaların bulguları ile benzerlik göstermiştir (3,4).

Çalışmamızın bulgularına göre, internet bağımlılarında odaklanma ve dikkati sürdürmenin bozulduğu görülmektedir. Dalbudak ve arkadaşları, DEHB semptom şiddeti ile internet bağımlılığı arasında ilişki olduğunu bildirmiştir. Weinstein ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışma, DEHB tanısı olan çocuklarda internet bağımlılığı şiddetinin daha fazla olduğunu göstermiştir (2,5).

Sonuç olarak; internet bağımlılığının özellikle odaklanma ve dikkati sürdürme ile ilişkili bilişsel fonksiyonları olumsuz etkilediği söylenebilir.

Kaynaklar

1. Ko, C. H., Yen, J. Y., Yen, C. F., Chen, C. S., & Chen, C. C. (2012). The association between Internet addiction and psychiatric disorder: a review of the literature. *European Psychiatry*, 27 (1), 1–8.
2. Weinstein, A., & Lejoyeux, M. (2010). Internet addiction or excessive internet use. *The American journal of drug and alcohol abuse*, 36 (5), 277–283.
3. Ko, C. H., Yen, J. Y., Chen, C. S., Yeh, Y. C., & Yen, C. F. (2009). Predictive values of psychiatric symptoms for internet addiction in adolescents: a 2-year prospective study. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 163 (10), 937–943.
4. Yen, J. Y., Ko, C. H., Yen, C. F., Wu, H. Y., & Yang, M. J. (2007). The comorbid psychiatric symptoms of Internet addiction: attention deficit and hyperactivity disorder (ADHD), depression, social phobia, and hostility. *Journal of adolescent health*, 41 (1), 93–98.
5. Dalbudak, E., Evren, C., Aldemir, S., Taymur, I., Evren, B., & Topcu, M. (2015). The impact of sensation seeking on the relationship between attention deficit/hyperactivity symptoms and severity of Internet addiction risk. *Psychiatry research*, 228 (1), 156–161.

Anahtar kelimeler: internet bağımlılığı, dikkat, dikkat eksikliği

Tablo 1. İB olan ve olmayanların Beck Depresyon Ölçeği, Stroop ve İz Sürme Testleri puanlarının karşılaştırılması

Ölçek/Test	İB (+)	İB (-)	P
Beck Depresyon Ölçeği	8,90±2,56	8,66±3,38	0,455
Stroop Fonemik (sn)	26,16±3,64	24,63±3,54	0,131
Stroop Renk İsimlendirme (sn)	65,11±10,79	52,97±7,71	<0,01
Stroop Enterferans (sn)	38,95±10,07	28,34±6,31	<0,01
İz Sürme Testi A Formu (sn)	30,49±10,14	29,77±10,56	0,693
İz Sürme Testi A Formu Hata Sayısı	0,70±0,84	0,41±0,63	0,142
İz Sürme Testi B Formu (sn)	77,06±24,53	59,42±17,88	0,005
İz Sürme Testi B Formu Hata Sayısı	3,50±1,53	0,93±0,96	<0,01

Tablo 2. İBÖ skorları ile Beck Depresyon Ölçeği, Stroop ve İz Sürme Testleri puanları arasındaki korelasyon

Ölçek	BDÖ	Stroop-Fon.	Stroop-Renk	Stroop-Enterferans	İz Sürme A Formu	İz Sürme A Formu Hata Sayısı	İz Sürme B Formu	İz Sürme B Formu Hata Sayısı
İBÖ	.196	.307*	.503**	.461**	.154	.204	.385**	.659**

BORDERLINE KİŞİLİK BOZUKLUĞU OLAN HASTALARDA TALAMUS HACİMLERİ VE KLİNİK DEĞİŞKENLERLE İLİŞKİSİ

Tevfik Karakoç¹, Mehmet Gürkan Gürok², Faruk Kılıç³, Hanefi Yıldırım⁴, Murad Atmaca²

¹Ağrı Patnos Devlet Hastanesi

²Fırat Üniversitesi Hastanesi Psikiyatri Kliniği

³Süleyman Demirel Üniversitesi Hastanesi Psikiyatri Kliniği

⁴Fırat Üniversitesi Hastanesi Radyoloji Bölümü

Giriş: Borderline Kişilik Bozukluğu (BKB) genç erişkinlik döneminde başlayan ve değişik koşullar altında ortaya çıkan, kişilerarası ilişkilerde, benlik algısında ve duygulanımda tutarsızlık ve belirgin dürtüsellik olduğu sürekli bir örüntüdür. Borderline kişilik bozukluklarının etyolojisinde aydınlatılamamış birçok nokta bulunmaktadır. Günümüzde genel olarak etyolojide gen ve çevre etkileşimi ile psikososyal zorlantılar üzerinde durulmuştur. Çoklu genetik faktörlerinin ve sıkıntılı çocukluk çağı deneyimlerinin etkileşimi BKB ana semptomları olan emosyonel düzensizlik ve dürtüsellğe sebep olduğu belirtilmiştir. Bununla birlikte son yıllarda beyin görüntüleme yöntemlerinin hızla gelişmesi ile psikiyatrik hastalıkların etyolojilerinin araştırılmasında bu yöntemlerden daha fazla yararlanılmaya başlanmıştır. BKB için şu ana kadar yapılan kısıtlı sayıdaki beyin görüntüleme çalışmasında hastalığın olası etyopatolojisi ile ilişkili olabilecek değişiklikler saptanmıştır. Bizim bu çalışmadaki amacımız BKB olan hastaların talamus volümünün beyin görüntüleme yöntemleri ile değerlendirilmesi, böylece borderline kişilik bozukluğunun olası nöropatolojik nedenlerinin açığa çıkmasına katkıda bulunarak, hastalığın etyolojisinin aydınlatılmasına katkıda bulunmaktır.

Gereç ve yöntem: Çalışmaya Fırat Üniversitesi Hastanesi Psikiyatri Kliniği'ne başvuran yatarak ya da ayaktan tedavi gören DSM-IV-TR Eksen-I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme Ölçeği (SCID-II) kullanılarak BKB tanısı almış 20 hasta ile yaş ve cinsiyet olarak eşleştirilmiş sağlıklı bireylerden oluşan 20 kişi kontrol grubu olarak çalışmaya alındı. Her iki gruba depresyon şiddetini ölçmek için Hamilton depresyon ölçeği (HDÖ) uygulandı.

MRG işlem ve volümetrik ölçüm: Görüntüleme üç boyutlu (3 D) T1 ağırlıklı MRI görüntüleri elde eden 1,5 Tesla GE SİGNA Scanner (GE Medical System) kullanılarak gerçekleştirildi. Volümetrik ölçümler: Kontrol grubu ve hasta grubundan herbirinin MRG ile total beyin, gri madde, beyaz madde ve talamus bölgelerinin volümetrik incelemeleri gerçekleştirilmiştir.

Bulgular: Hasta ve sağlıklı kontrol grupları arasında total beyin volümü, gri madde ve beyaz madde volümlerinde anlamlı farklılık yoktu ($p>0,05$). Talamus volümleri karşılaştırıldığında hasta grubunun hem sağ hem de sol talamus volümü anlamlı olarak daha küçüktü ($p<0,05$).

Tartışma: BKB ile ilgili literatürde sınırlı sayıda nöro görüntüleme çalışması bulunmaktadır. Çalışmaların çoğunda BKB ile ilgili ön plana çıkan beyin bölgeleri limbik sistemin bir parçası olan hipokampus ve amigdala üzerinde yoğunlaşmıştır ve bunları kortikal yapılarla arasındaki ilişki üzerine yoğunlaşmıştır. Çalışmamızda incelediğimiz talamus ise bu bahsedilen yapıların tamamı ile ilişki içerisinde. Bu bağlantı ve etkileşimler talamusun BKB patofizyolojisinde etkili olabileceğine işaret etmektedir. Talamus BKB kliniğinde çok önemli bir yer teşkil eden impulsivite ile ilgili en çok üzerinde durulan nörotransmitter olan serotonin innervasyonunun da çok belirgin olduğu bir

nöroanatomik alandır. Çalışmamızda BKB hastalarında kontrollere kıyasla talamus volümlerinde anlamlı bir azalma olduğunu tespit ettik. Çalışmamız bir dizi tartışılabilir kısıtlılıklar içermektedir. Bunlardan birincisi çalışmamızda kullanılan örneklem sayısının küçüklüğü çalışmamızdaki bulguların anlamlılığını kısıtlamaktadır. Yine çalışmamızda kullandığımız ölçüm tekniğinin uygulanmasındaki farklılıklardan kaynaklanan değişimler sonuçlarımızı etkilemiş olabilir. Sonuç olarak BKB'nin etyopatogeneziyle de ilişkili olabilecek sol talamusda volüm azalması saptadık. Bununla birlikte bu bulgularımızın önem arz edebilmesi için daha büyük örneklem gruplarında daha ileri araştırmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Anahtar kelimeler: Borderline kişilik bozukluğu, Volüm, Talamus, MRG

OBEZİTE TANISI ALMIŞ BİREYLERDE YEME BAĞIMLILIĞI İLE DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU ARASINDAKİ İLİŞKİ

Atilla Tekin¹, Ayşegül Yetkin¹, Gizem Akcan¹, Seda Diker Uğraş², Hatice Koçak³

¹Haliç Üniversitesi, Psikoloji Bölümü

²İstanbul Üniversitesi, Adli Tıp Enstitüsü

³Özel Balıklı Rum Hastanesi, Beslenme ve Diyetetik Bölümü

Giriş: Son yıllarda önemli bir araştırma konusu haline gelen yeme bağımlılığı, madde bağımlılığı tanı ölçütleri dikkate alınarak tanımlanmıştır. Özellikle obez bireylerde yüksek kalorili, glukoza zengin beslenme alışkanlığı ile yeme bağımlılığı ilişkisi vurgulanmıştır. Birçok bağımlılık türünün DEHB ile ilişkisi farklı çalışmalarda gösterilmiştir. Bu çalışmanın amacı, obez bireylerde yeme bağımlılığı yaygınlığının araştırılması ve yeme bağımlılığı ile DEHB arasındaki ilişkinin araştırılmasıdır.

Method/Materyal: Çalışmaya obezite tanısı almış 100 birey ve 100 sağlıklı kontrol dahil edilmiştir. Her bir katılımcı sosyodemografik form ile beraber Yale Yeme Bağımlılığı Ölçeği, DEHB ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeği'ni doldurmuştur. Her bir katılımcı için vücut kitle indeksi (kg/m²) hesaplanmıştır.

Bulgular: Tüm katılımcıların %20'sinde (n=40), obezite tanısı almış katılımcıların %31'inde (n=31) yeme bağımlılığı saptandı. Yeme bağımlılığı olan katılımcıların ortalama beden kitle indeksi (32,57±6,74), yeme bağımlısı olmayanlara göre (28,94±7,29) istatistiksel olarak yüksek saptandı (p=0,001). Yeme bağımlılığı olan katılımcıların oranı (%77,5), olmayanlara göre (%43,1) yüksekti (p<0,001). DEHB-Dikkat alt ölçek ortalaması, yeme bağımlılığı olanlarda (7,15±4,19) olmayanlara göre (4,96±3,91) yüksekti (p=0,002). DEHB-Karma alt ölçek ortalaması, yeme bağımlılığı olanlarda (24,45±8,99) olmayanlara göre (17,34±10,66) yüksekti (p<0,001). Lojistik regresyon analizi sonucuna göre, obezite yeme bağımlılığı için bir prediktör olarak saptandı (B=4,312; 95 %C. I. : 1,86-10,05; p=0,001).

Tartışma: Çalışmamızın bulguları, özellikle obezite tanısı almış bireylerin önemli bir kısmında yeme bağımlılığı olduğunu göstermiştir. Eichen ve arkadaşları, aşırı kilolu ve obez bireylerde yeme bağımlılığı yaygınlığını %15,2 olarak saptamıştır. Davis ve arkadaşlarının yaptığı bir araştırmanın sonucuna göre, obez bireylerin %25'inde yeme bağımlılığı mevcuttur. Meule ve arkadaşları ise, obezlerde yeme bağımlılığı yaygınlığını %47,4 olarak bildirmiştir. Çalışmalarda elde edilen farklı oranlar, çalışmaların kesitsel nitelikte olması veya örneklem grubunun farklılıklar göstermesi ile açıklanabilir. Çalışmamızın önemli bulgularından diğerleri ise, yeme bağımlılığı olan bireylerde DEHB ölçek skorlarının daha yüksek saptanmasıdır. Çalışmamızın bulguları, yeme bağımlılığı olan bireylerin dikkat eksikliği ve karma özellikli DEHB belirtilerinin yüksek olduğunu göstermiştir. Literatürde yeme bağımlılığı ile DEHB arasındaki ilişkiyi araştırılan çalışma sayısı oldukça azdır. Davis ve arkadaşları, yeme bağımlısı bireylerde çocukluk çağı DEHB yaygınlığının daha fazla olduğunu göstermiştir. Sonuç olarak; yeme bağımlılığı ile obezite arasında bir ilişki olduğu, ayrıca yeme bağımlısı bireylerde DEHB semptomlarının daha fazla gözlenebileceği söylenebilir.

Kaynaklar

1. World Health Organization (WHO). (2017). Obesity and Overweight factsheet from the WHO. Health.
2. Fortuna JL (2012) The obesity epidemic and food addiction: Clinical similarities to drug dependence. Journal of Psychoactive Drugs 44:56–63.
3. Eichen, D. M., Lent, M. R., Goldbacher, E., & Foster, G. D. (2013). Exploration of “food addiction” in overweight and obese treatment-seeking adults. Appetite, 67, 22–24.
4. Davis, C., Curtis, C., Levitan, R. D., Carter, J. C., Kaplan, A. S., & Kennedy, J. L. (2011). Evidence that ‘food addiction’ is a valid phenotype of obesity. Appetite, 57 (3), 711–717.
5. Meule, A., de Zwaan, M., & Müller, A. (2017). Attentional and motor impulsivity interactively predict ‘food addiction’ in obese individuals. Comprehensive psychiatry, 72, 83–87.

Anahtar kelimeler: obezite, yeme bağımlılığı, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu

Tablo 1. Yeme Bağımlılığı Olan ve Olmayan Bireylerin Ölçek Skorlarının Karşılaştırılması

Ölçekler	Yeme Bağımlılığı (+) (n=40)	Yeme Bağımlılığı (-) (n=160)	p
Vücut Kitle İndeksi (kg/m ²)	32,57±6,74	28,94±7,29	0,001
DEHB-Dikkat Eksikliği	7,15±4,19	4,96±3,91	0,002
DEHB-Dürtüsellik/Hiperaktivite	6,45±3,80	5,51±4,34	0,114
DEHB-Karma	24,45±8,99	17,34±10,66	<0,001
Beck Depresyon Ölçeği	10,68±6,51	6,83±6,30	<0,001
Beck Anksiyete Ölçeği	12,30±9,86	8,52±7,99	0,024

Tablo 2. Yeme Bağımlılığını Yordayan Değişkenler

Prediktör	OR	p	95 %CI
DEHB-Dikkat Eksikliği	0,930	0,178	0,87–1,03
DEHB-Karma	0,966	0,150	0,92–1,01
Beck Depresyon Ölçek Skoru	0,967	0,334	0,9–1,04
Beck Anksiyete Ölçek Skoru	1,01	0,744	0,96–1,06
Obezite	4,312	0,001	1,86–10,05

MAJOR DEPRESYON TANILI BİREYLERDE DÜRTÜSELLİK VE İNTİHAR DÜŞÜNCEİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Mehmet Öztürk¹, Ali Çayköylü²

¹*Bitlis Tatvan Devlet Hastanesi, Psikiyatri Kliniği*

²*Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Psikiyatri Kliniği*

Giriş: Depresyon, derin üzüntülü ve bununla birlikte düşünce, konuşma, devinim ve fizyolojik işlevlerde yavaşlama ayrıca değersizlik, güçsüzlük, isteksizlik, karamsarlık duygu ve düşünceleri ile yeti yitimine yol açan halk sağlığı sorunudur (1). Bunun yanında depresyon intihar düşüncesinin ve davranışının en sık görüldüğü psikiyatrik bozukluktur (2). İntihar düşüncesinin multifaktöryel olabileceği ve bu faktörlerden birinin dürtüsellik olabileceğini belirten yayınlar bulunmaktadır (3). Çalışmamızın amacı depresyon tanılı bireylerde dürtüsellik ve intihar düşüncesi arasındaki ilişkiyi incelemektir.

Yöntem: Hastanemiz psikiyatri polikliniklerine ayaktan ve psikiyatri servisinde yatarak tedavi için başvuran, 18–65 yaş arasında, ilk kez majör depresyon tanısı konan (DSM V) 120 hasta çalışmaya alınmıştır. Ek psikiyatrik tanısı olanlar dışlanmıştır. Hastalara yapılandırılmış sosyodemografik veri formu, depresyon şiddetini ölçmek için beck depresyon ölçeği (BDÖ), dürtüsellik ve dürtüsellüğün alt boyutlarını değerlendirmek için (dikkat, motor, plan yapmama) barrat dürtüsellik ölçeği (BaDÖ), intihar düşüncesini ölçmek için intihar düşünce ölçeği (İDÖ) uygulanmıştır.

Bulgular: Hastaların sosyodemografik durumu tablo 1 de sunulmuştur. Hastaların BDÖ skoru ortalama $31,91 \pm 6,48$ iken %60'ı ($n=72$) şiddetli düzeyde, %40'ı ($n=48$) ise orta düzeyde depresyondaydı. BaDÖ toplam skoru ortalaması ise $67,36 \pm 11,35$ 'ti. Ayrıca "Dikkat" alt boyutu skoru ortalaması $17,41 \pm 3,68$, "Motor" alt boyutu ortalaması $21,03 \pm 5,01$ ve "Plan Yapmama" alt boyutu ortalaması $29,22 \pm 5,18$ 'di. Hastalara uygulanan İDÖ skor ortalaması $9,48 \pm 2,98$ olarak değerlendirildi. Yapılan korelasyon analizine göre BaDÖ toplam ve dikkat alt ölçeği ile İDÖ hafif şiddette pozitif yönde koreleydi. BDÖ ise hem İDÖ hem de BaDÖ toplam ve tüm alt ölçekleri ile hafif şiddette pozitif yönde koreleydi. (Tablo 2)

Tartışma: Duygudurum bozukluklarında dürtüsellik ilişkisini inceleyen çalışmalar daha çok bipolar duygudurum bozukluğu hastaları ile yapılmıştır. Çalışmamızda depresyon ile birlikte dürtüsellüğün arttığını saptadık. Bu sonuç daha önce yapılmış az sayıdaki çalışmalar ile uyumluydu (4). Depresyon hastalarında dürtüsellüğün intihar düşüncesi ile ilişkili olduğunu sonucuna ulaşıldı. Depresyonda intihar ölümlerin en önemli önlenbilir sebeplerindendir (5). Depresif bireylerde artmış olan dürtüsellüğün intihar düşüncesi ile ilişkili saptanması bu bakımdan önemlidir. Bu alanda yapılan çalışmalar kısıtlı olmakla birlikte bulduğumuz sonuçlar uluslararası literatür ile uyumluydu (5–6). Özellikle çalışmamızda dürtüsellüğün düşünce alt boyutu ile korelasyonunun çıkması da bizlere depresyonda intihar düşüncesinde sadece motor dürtüsellüğün ele alınmasının yeterli olmayacağını, genel yürütücü işlevler kapsamında ele alınmasının daha uygun olacağını göstermesi açısından önemlidir.

Kaynaklar

1. Öztürk M. O., Uluşahin A. (2015) Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, 13. baskı, Ankara
2. Henriksson MM, Aro HM, Marttunen MJ, Heikkinen ME, Isometsä ET, Kuoppasalmi KI, ve ark. (1993) Mental disorders and comorbidity in suicide. Am J Psychiatry; 150 (6): 935–40
3. Swann, A. C., Dougherty, D. M., Pazzaglia, P. J., Pham, M., Steinberg, J. L., Moeller, F. G. (2005) Increased impulsivity associated with severity of suicide attempt history in patients with bipolar disorder. American Journal of Psychiatry 162 (9) 1680–1687
4. Ekinci, O., Albayrak, Y., Caykoylu, A. (2011) Impulsivity in euthymic patients with major depressive disorder: the relation to socio-demographic and clinical properties. Journal of Nervous Mental Disorders 199 (7) 454–458
5. Perroud, N., Baud, P., Mouthon, D., Courtet, P., Malafosse, A. (2011) Impulsivity, aggression and suicidal behavior in unipolar and bipolar disorders. Journal of Affective Disorders 134 (1–3) 112–118
6. Wang YY, Jiang NZ, Cheung EF, Sun HW, Chan RC, Role of depression severity and impulsivity in the relationship between hopeless and suicidal ideation in patients with depressive disorder. J Affect Disord 2015 Sep 1; 183:83–9

Anahtar kelimeler: major depresyon, dürtüsellik, intihar düşüncesi

Tablo 1. Çalışmaya katılan hastaların sosyodemografik özellikleri

	Sayı (n)	%
Cinsiyet		
Erkek	45	37,5
Kadın	75	62,5
Öğrenim Durumu		
Okuryazar	2	1,7
İlkokul mezunu	34	28,3
Ortaokul-Lise mezunu	55	45,8
Yüksekokul/Üniversite mezunu	29	24,2
Çalışma Durumu		
Çalışmıyor	73	60,9
Çalışıyor	47	39,1
Medeni Durum		
Evlil	66	55,0
Bekar	29	24,2
Boşanmış/Ayrı yaşıyor	18	15,0
Eşini kaybetmiş	7	5,8

Tablo 2. BDÖ, BaDÖ ve İDÖ korelasyonu

(n=120)		BDÖ	BaDÖ	BaDÖ-DD	BaDÖ-MD	BaDÖ-PY	İDÖ
BDÖ	r*	1,000	0,352	0,379	0,255	0,254	0,471
	p	.	<0,001	<0,001	0,005	0,005	<0,001
BaDÖ-	r*	0,352	1,000	0,724	0,822	0,813	0,333
Toplam	p	<0,001	.	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
BaDÖ-DD	r*	0,379	0,724	1,000	0,466	0,419	0,343
	p	<0,001	<0,001	.	<0,001	<0,001	<0,001
BaDÖ-MD	r*	0,255	0,822	0,466	1,000	0,569	0,216
	p	0,005	<0,001	<0,001	.	<0,001	0,018
BaDÖ-PY	r*	0,254	0,813	0,419	0,569	1,000	0,246
	p	0,005	<0,001	<0,001	<0,001	.	0,007
İDÖ	r*	0,471	0,333	0,343	0,216	0,246	1,000
	p	<0,001	<0,001	<0,001	0,018	0,007	.
*Spearman korelasyon katsayısı							

EVİSSERASYON OPERASYONU GEÇİREN HASTALARININ YAŞAM KALİTESİ, ANKSİYETE, DEPRESYON VE BENLİK SAYGISININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Aslı Beşirli¹, Ayşe Burcu Dirim², Selime Çelik Erden¹, Ömer Akil Özer¹

¹*Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Departmanı*

²*Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göz Hastalıkları Departmanı*

Amaç: Travma veya hastalığa bağlı görme kaybı hastaların yaşam kalitesinde büyük değişikliklere neden olmaktadır. Yaşam kalitesindeki değişiklikler aynı zamanda ruh sağlığında da bozulmalara yol açabilmektedir. Bu çalışmanın amacı bir gözüne evisserasyon (göz protezi) operasyonu yapılan hastaların yaşam kalitesi, anksiyete, depresyon ve benlik saygısının değerlendirilmesidir.

Metod: Çalışmaya 18–65 yaşları arası, bir gözüne evisserasyon operasyonu uygulanan 30 hasta ve kontrol grubunu oluşturmak üzere 30 sağlıklı gönüllü dahil edilmiştir. Hastalara ve kontrollere Kısa Form (SF-36), Beck Anksiyete, Beck Depresyon ve Rosenberg Benlik Saygısı ölçeği uygulanmıştır.

Bulgular: Hasta grubunun Beck Depresyon ve benlik saygısı (toplam) skoru kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı yüksekte (sırasıyla $p=0,004$, $p=0,002$), SF-36 Fiziksel Fonksiyon, Fiziksel Rol Güçlüğü, Emosyonel Rol Güçlüğü, Ağrı, Genel Sağlık Algısı alt ölçek puanları kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düşüktü (sırasıyla $p=0,004$, $p=0,001$, $p=0,037$, $p=0,004$, $p=0,023$). Hasta grubunda benlik saygısı alt testinde yüksek benlik saygısı olanların (0–1 puan alanlar) sayısı kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düşüktü ($p=0,011$).

Sonuç: Çalışmamızda hastaların Beck depresyon skorları kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksekti. Benzer şekilde yapılan diğer çalışmalarda cerrahi sonrası depresyon skorunda yükselme ve yaşam kalitesi alt skorlarında düşme olduğu bulunmuştur (1,2,3). Başka bir çalışmada cerrahi sonrası 3. ayda hastaların depresyon skorunun yüksek olduğu ve bunun yaşam kalitesi alt skorlarını da etkilediği tespit edilmiştir (4). Hasta grubunda benlik saygısı yüksek olanların sayısının kontrol grubuna göre düşük olması yaşam kalitesinin olumsuz etkilenmesi ve depresyon skorlarının yüksek olmasından kaynaklanıyor olabilir. Sonuç olarak bu çalışmada evisserasyon cerrahisinin yaşam kalitesi, depresyon ve anksiyete ve benlik saygısı ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Buradan hareketle hastaların yaşam kalitesinin iyileştirilmesi ve ruh sağlığı açısından takibi uzun dönemde iyileşmeyi olumlu etkileyebilir.

Kaynaklar

1. TM El Shafie, AE Shelil, IK Ahmed. Psychological and quality-of-life changes after removal of the eye in a sample of adult patients. Middle East Current Psychiatry. 2014; 21:152–159.
2. Rasmussen ML, Ekholm O, Prause JU, Toft PB. Quality of life of eye amputated patients. Acta Ophthalmol. 2012 Aug; 90 (5): 435–40.
3. Kondo T, Tillman WT, Schwartz TL, Linberg JV, Odom JV. Health-related quality of life after surgical removal of an eye. Ophthal Plast Reconstr Surg. 2013 Jan-Feb; 29 (1): 51–6.
4. Amaro TA, Yazigi L, Erwenne C. Depression and quality of life during treatment of ocular bulb removal in individuals with uveal melanoma. Eur J Cancer Care (Engl). 2010 Jul; 19 (4): 476–81.

Anahtar kelimeler: Anksiyete, depresyon, benlik saygısı, yaşam kalitesi, evisserasyon.

Tablo 1. Hasta ve kontrol grubunun anksiyete, depresyon, benlik saygısı ve yaşam kalitesi skorlarının karşılaştırılması

		<i>Hasta Grubu</i>			<i>Kontrol</i>		
	<i>Ort. ±SD</i>	<i>Min-Maks</i>	<i>Median</i>	<i>Ort. ±SD</i>	<i>Min-Maks</i>	<i>Median</i>	<i>p</i>
Beck Anksiyete skoru	10,8±12,6	0–39	5	5,9±7,1	0–33	3,5	0,229
Beck Depresyon skoru	11,8±10,7	0–35	9	3,8±4,4	0–18	2	0,004
Benlik saygısı (Toplam)	1,00±0,63	0–2,17	1,08	0,52±0,33	0–1,25	0,50	0,002
SF-36 Fiziksel Fonksiyon	79,0±25,5	22–100	90	92,5±17,4	25–100	100	0,004
SF-36 Fiziksel Rol Güçlüğü	62,1±33,8	0–100	50	86,7±30,6	0–100	100	0,001
SF-36 Emosyonel Rol Güçlüğü	63,1±43,1	0–100	100	85,6±32,4	0–100	100	0,037
SF-36 Enerji/Canlılık/Vitalite	68,2±20,8	25–100	68	68,4±18,3	15–95	73	0,903
Ruhsal Sağlık	68,5±21,3	24–100	70	71,4±13,4	40–92	76	0,784
SF-36 Sosyal İşlevsellik	78,0±19,8	37,5–100	75	85,0±15,7	50–100	88	0,171
SF-36 Ağrı	72,2±22,7	10–100	80	87,8±15,0	58–100	90	0,004
SF-36 Genel Sağlık Algısı	58,5±19,2	12–84	58	69,9±14,0	37,5–100	71	0,023

Tablo 2. Hasta ve kontrol grubunun benlik saygısı alt skorlarının karşılaştırılması

		<i>Hasta Grubu</i>		<i>Kontrol</i>		
		<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>P</i>
Benlik saygısı	Düşük (5–6 puan)	0	0,0	0	0,0	
	Orta (2–4 puan)	6	20,7	0	0,0	
	Yüksek (0–1 puan)	23	79,3	30	100	0,011

ALKOL VE OPIAT BAĞIMLISI ERKEK HASTALARDA SOMATİZASYON, ALEKSİTİMİ, DEPRESYON VE ANKSİYETENİN KARŞILAŞTIRILMASI

Muhammed Hakan Aksu¹, İsmail Volkan Şahiner³, Şafak Yaşçın Şahiner³, Zehra Ankan²

¹*Ybü Yenimahalle Eğitim Araştırma Hastanesi*

²*Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi*

³*Ankara Numune Eğitim Araştırma Hastanesi*

Alkol ve madde kullanımı önemli bir halk sağlığı sorunu olup, tüm boyutları ve risk etmenleri ile birlikte ortaya konması gereken bir konudur. Alkol/madde kullanım bozukluğu ve somatizasyon birlikteliğini inceleyen çalışmalarda çelişkili sonuçlar mevcuttur. Aleksitimi madde kötüye kullanımına yatkınlık yaratan bir özellik olarak düşünülmektedir. Eşik altı somatizasyon belirtilerinin depresyon ve anksiyete ile madde kullanım bozukluklarına kıyasla daha güçlü bir ilişki gösterdiği bulunmuştur.

Bu çalışmada alkol ve opiyat bağımlılığı olan hastaların somatizasyon ve aleksitimi özelliklerinin karşılaştırılması ayrıca karıştırıcı faktörler olarak anksiyete ve depresyon özelliklerini incelenmesi amaçlanmıştır.

Bu araştırmaya ayaktan tedavi gören, ICD-10 tanı ölçütlerine göre alkol ve opiat bağımlılığı tanısı alan, detoksifikasyonunu tamamlamış sırasıyla ardışık 79 ve 91 erkek hasta hasta alınmıştır. Hastalara Sosyodemografik Veri Formu (SVF), Bağımlılık Profil İndeksi Uygulayıcı Formu, Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği, Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği uygulanmıştır. Aynı görüşmede, hastalara, Psikolojik Belirti Tarama Listesi (SCL 90-R) ve Toronto Aleksitimi Ölçeği-20 özbildirim ölçekleri verilmiştir.

Opiyat bağımlılığı olan hastalar alkol bağımlılığı olan hastalara göre, daha fazla somatizasyon belirtilerine sahipken, daha az depresyon, anksiyeteye sahip bulunmuştur. Bu bulgu iki grup arasındaki farklı özelliklere dikkati çekmektedir.

Alkol ve opiyat bağımlılığı ile çalışan klinisyenler tedavi kalitesini arttırmak için hastalardaki somatizasyon ve aleksitimi özelliklerini göz önünde bulundurmalıdır. Ayrıca depresyon ve anksiyetenin bu durumlarla yakın ilişki içinde olduğu unutulmamalıdır. Çalışmamızla ilgili toplumsal temsil değeri olan bulgulara ulaşmak için daha fazla kişiyle prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar kelimeler: opiyat bağımlılığı, alkol bağımlılığı, somatizasyon, aleksitimi

BİPOLAR BOZUKLUK NEDENİYLE YATARAK TEDAVİ GÖREN HASTALARIN PSİKİYATRİK VE DİĞER TIBBİ İLAÇLARA TEDAVİ UYUMU: ÖN RAPOR

İkbal İnanlı¹, Ali Metehan Çalışkan¹, Sehure Azra Yaşar¹, Çağrı Yıldız¹, Ebru Çiftçi¹, Ali Baran Tanrıku¹, İbrahim Eren¹

¹Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi

²Bipolar Bozukluk Tanısıyla Yatarak Tedavi Gören Hastaların Psikiyatrik ve Diğer Tıbbi İlaç Tedavilerine Uyumunu Değerlendiren Tanımlayıcı Bir Çalışma: Ön Rapor

Bipolar Bozukluk (BPB) yineleyici ve sürekli tedavi gerektiren bir bozukluktur. Diğer tüm tıbbi hastalıklar gibi psikiyatrik hastalıklarda da yüksek tedavi uyumu önemlidir. Tedaviye uyumsuzluğun hastalık şiddetini, yatış sayısını ve sağlık maliyetlerini arttırması gibi sonuçları vardır. Çalışmalarda BPB'nda tedavi uyumsuzluğu %12 ile %64 arasında bildirmektedir.

Tedaviye uyumu değerlendirme zorluklar içermektedir. Hastaneye düzenli gelen bireylerde uyumu değerlendirmek yanı sıra olurken, tedaviye uyumu bozulmuş olan bireyleri çalışmaya dahil etmek zordur. Bu nedenle hastaneye yatırılarak tedavi görenlerde tedaviye uyumu değerlendirdik. Ayrıca hastalarımızın diğer tıbbi hastalıkları için önerilen tedavileri daha düzenli devam ettiklerini gözlemledik. Amaç: BPB tanılı ve hastanede yatarak tedavi gören hastaların psikiyatrik ve diğer tıbbi tedavilerine olan uyumlarını değerlendirmektir.

Yöntem: Çalışmaya 18–65 yaş aralığında, DSM-V tanı kriterlerine göre BPB tanılı, klinik görüşmeyi engelleyecek fiziksel ve mental hastalığı bulunmayan, yatarak tedavi gören ve katılmayı kabul eden 55 hasta alındı. Hastaların sosyodemografik ve klinik verileri toplandı, Morisky Tedaviye Uyum Ölçeği (MTUÖ) ve Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı Ölçeği (TTUÖÖ) kullanıldı. BPB dışında diğer bir tıbbi hastalığı olan bireylerde ise bu iki ölçek psikiyatrik ve diğer tıbbi ilaçlar için ayrı ayrı dolduruldu.

Sonuçlar: Çalışmaya 24 (%45,3) kadın ve 29 (%54,7) erkek olmak üzere 55 hasta alındı (Tablo 1). Hastaların 51'i (%92,5) BPB I ve 4'ü (%7,5) BPB II tanısı ile yatırılmıştı. 55 hastanın 20 (%37,7) sinde diğer bir tıbbi hastalığı mevcuttu (Tablo 2)

Çalışmaya katılan tüm hastaların psikiyatrik ilaçlarına olan uyumlarını değerlendiren TTUÖÖ puanı 5,37 (%2,36) saptanmış olup, MTUÖ'ye göre ise tedaviye uyumu yüksek olan hasta sayısı sadece 13 (%24,5) olarak saptanmıştır. Diğer tıbbi hastalıkları olan 20 hastanın diğer tıbbi ilaçlarına olan tedavi uyumu değerlendirmek için yapılan TTUÖÖ puanı 7,31 (%2,74), MTUÖ'ye göre ise tedaviye uyumu yüksek olan hasta sayısı 12 (%60) olarak saptanmıştır (Tablo 3).

Tartışma: Yaptığımız değerlendirme sonucunda hastalarımızın diğer tıbbi hastalıkları için kullandıkları ilaçlara olan tedavi uyumlarının daha yüksek olduğunu düşünmekteyiz. TTUÖÖ yüksek sonuçlar tedaviye uyumun arttığını göstermekte olup hastaların diğer tıbbi ilaçlarla ilişkin ölçek puanı psikiyatrik ilaçlarla ilişkili puandan daha yüksek bulunmuş olup, ayrıca MTUÖ'ye göre yüksek tedavi uyumu diğer tıbbi ilaçlara %60, psikiyatrik ilaçlara %24,5 olarak saptanmıştır.

Çalışmamızda MTUÖ'ye göre tedavi uyumu yüksek olanların oranı dörtte bir olup, diğer çalışmalarla uyumludur. Ayrıca hastalar psikiyatrik ilaçlara bağlı yan etki olup olmadığı sorulduğunda yaklaşık yarısı evet olarak yanıtlamıştır. Psikiyatrik hastalıklarla ilişkili içgörüyü yetersizliği ve damgalanma önemlidir ve tedavi uyumunu olumsuz etkileyen faktörlerdir. Çalışmamız sonuçları hastaların

diğer tıbbi tedavilerini daha düzenli takip ettiği, tedavi uyumlarının daha iyi olduğunu düşündürmektedir. Biz hastaların diğer tıbbi hastalıklarını daha kolay kabullendiklerini, damgalanmanın daha az olduğunu ve tedavi uyumlarının daha iyi olduğu kanaatindeyiz. Bu konuda kısıtlı çalışma olduğu için sonuçlar dikkate değerdir.

Sonuçlarımız bir ön bildiri olup, kısıtlılıklarımız mevcuttur. Hasta sayısı yeterli olmayıp, örneklem büyüklüğü arttığında daha ileri analiz yapılabilir. Çalışmada kontrol grubunun olmayışı nedeniyle, psikiyatrik hastalığı olmayan ama diğer tıbbi hastalığı olan bireylerin tedaviye uyumuyla karşılaştırma yapamadık.

Sonuç: Tedaviye uyum, tedavi gerektiren tüm kronik tıbbi hastalıklar için önemli bir sorundur. Biz BPB tanılı hastaların, diğer tıbbi durumla ilişkili tedaviye uyumlarının, psikiyatrik tedavilerine göre daha yüksek olduğunu düşünmekteyiz. Yapılan psikiyatrik tedavilerin yalın ama etkin olmasının, gerekli psikoeğitim verilmesinin tedaviye uyumu olumlu etkileyebileceği gözden kaçırılmamalıdır.

Anahtar kelimeler: Bipolar Bozukluk, tedaviye uyum, ilaç tedavisi

Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri

Sosyodemografik Özellikler	n=53 Ortalama, n (%)
Yaş	39,11±13,33
Cinsiyet	Kadın: 24 (%45,3) Erkek: 29 (%54,7)
Eğitim süresi (yıl)	8,77±4,52
Medeni Durum	Evli 16 (%30,2) Bekar 28 (%52,8) Boşanmış 4 (%7,5) Dul 5 (%9,4)
Çalışma Durumu	Çalışıyor 16 (%30,2) Çalışmıyor 16 (%30,2) Ev hanımı 16 (%30,2) Emekli 1 (%1,9) Öğrenci 2 (3,8) İşsiz 2 (3,8)

Tablo 2. Katılımcıların klinik özellikleri

Klinik Özellikleri	n=53 Ortalama, n (%)
BPB Alt Tipi	BPB Alt Tipi BPB I 51 (%92,5) BPB II 4 (%7,5)
Hastalık başlangıç yaşı	24,49±8,77
Depresif epizod	2,77±3,39
Manik epizod	6,58±5,58
Hipomanik epizod	3,33±3,19
Hastaneye yatış sayısı	5,71±4,59
Hastaneye yatışı gerektiren epizod	Mani 43 (%89,1) Depresyon 10 (%18,9)
Özkıym girişimi	14 (%26,4)
Başka psikiyatrik hastalık öyküsü	4 (%7,5)
Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü	25 (%47,2)
Düzenli psikiyatrik ilaç kullanımı	Var 26 (%49,1) Yok 10 (%18,9) Yetersiz 17 (%32,1)
Düzenli psikiyatri poliklinik kontrolü	Var 32 (%60,4) Yok 11 (%20,8) Yetersiz 10 (%18,9)
Psikiyatrik ilaca bağlı yan etki tanımlama	25 (%47,2)
Başka diğer tıbbi hastalık öyküsü	20 (%37,7)
Düzenli diğer tıbbi ilaç kullanımı	Var 16 (%80) Yok 4 (%20)
Düzenli diğer tıbbi hastalık poliklinik kontrolü	Var 10 (%50) Yok 6 (%30) Yetersiz 4 (%20)
Diğer tıbbi ilaca bağlı yan etki tanımlama	6 (%30)

Tablo 3. Katılımcıların ölçek sonuçları

Ölçekler	Ortalama, n (%)
TTUÖ-Psikiyatrik ilaçlar için (n=53)	5,37 (%2,36)
TTUÖ-Tıbbi ilaçlar için (n=20)	7,31 (%2,74)
MUÖ-Psikiyatrik ilaçlar için (n=53) Düşük Orta Yüksek	Düşük 21 (%39,6) Orta 19 (%35,8) Yüksek 13 (%24,5)
MUÖ-Tıbbi ilaçlar için (n=20) Düşük Orta Yüksek	Düşük 3 (%15) Orta 5 (%25) Yüksek 12 (%60)

BİR EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİNİN KONSULTASYON LİYEZON PSİKİYATRİ POLİKLİNİĞİ VERİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Suat Yalçın¹, Sevda Bağ¹

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

Giriş: Her hasta biyopsikososyal yönden bir bütünlük içinde değerlendirilmelidir. Hastalanmak sadece biyolojik bir olgu olmayıp içinde psikolojik ve sosyal unsurları da barındıran bir olgudur. Sağlıklı kişilerle karşılaştırıldıklarında fiziksel rahatsızlığı bulunanlarda ruhsal bozukluk görülme sıklığı daha fazladır.

Amaç: Bu çalışmada, bir eğitim hastanesinin KLP (konsültasyon liyezon psikiyatrisi) polikliniğine başvuran hastaların tanıların, sosyodemografik özelliklerinin, hastaların psikiyatrik tanı dağılımlarının ve tedavilerinin geriye dönük olarak incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: 2017 yılı boyunca Bakırköy ruh ve sinir hastalıkları eğitim ve araştırma hastanesi KLP polikliniğine başvuran 53 erkek, 123 bayan hastanın dosyası, başvurudan 1 yıl sonra geriye dönük olarak incelenmiştir. Dosyaların standart bölümlerine kaydedilmiş olan belirtiler ve tanıları değerlendirilmiştir. Hastanın sosyodemografik özellikleri, tıbbi hastalık ve tedavi öyküsü, psikiyatrik muayene bulguları bir forma kaydedilmiştir. Ayrıca hastalara HAM-D, HAM-A uygulanmıştır. Tanısal değerlendirme, DSM-5 tanı ölçütlerine göre klinik görüşme ile yapılmıştır. Toplanan formlar istatistiksel değerlendirmeye tabi tutulmuştur. Sonuçlar yüzdelik değerler şeklinde verilmiştir.

Bulgular: Çalışma grubunu hastanemiz KLP polikliniğine başvurmış toplam 176 hasta oluşturmuştur. hastaların 123 (%71) ü kadın 53 (%29) ü erkektir. Ortalama yaş kadınlarda $38 \pm 4,4$ erkeklerde 43 ± 1 idi. Hastaların %71 i evli, %14 ü bekardı. %49 u ilköğretim mezunu, %58 i çalışmamaktaydı. hastaların sosyodemografik özellikleri tablo 1 de gösterilmiştir. KLP polikliniğine başvuran hastaların tanıları değerlendirildiğinde bayan hastaların 51 inde meme ca iken (%29) erkek hastaların 20 (%11) sinde MS tanısı mevcuttu. başvuran hastaların tanıları tablo 2 de gösterilmiştir. Yapılan psikiyatrik değerlendirme sonrasında olguların %99una bir psikiyatrik bozukluk tanısı konmuştur. Psikiyatrik tanı dağılımı depresif bozukluklar (%41,8), anksiyete bozuklukları (%15,0), uyum bozuklukları (%14,3), somatoform bozukluklar (%38), şeklinde sıralanmıştır. Olguların psikiyatrik tanı dağılımları Tablo 3'de verilmiştir. Hastaların %80 i antidepresanlarla, %20 si antidepresan ve antipsikotik ile takip edilmektedir. hastaların HAM-D ölçeği ortalaması HAM-D puan ortalaması $27,5 \pm 4,7$ bulunurken HAM-A ortalaması $15,15 \pm 8,41$ bulundu.

Tartışma: Fiziksel hastalıklara eşlik eden psikiyatrik hastalıklar hastanın tedaviye uyumunu, hastalığın prognozunu, morbidite ve mortalitesini olumsuz yönde etkiler (2). Ülkemizde yapılan bir çalışmada istenen konsültasyonların değerlendirmesinde öne çıkan ilk üç tanı anksiyete bozuklukları (%29,5), depresif bozukluklar (%18) ve uyum bozukluklarıdır (%14) (3). bizim çalışmamızda depresif bozuklukların oranı daha yüksek bulunmakla beraber genel olarak bu çalışmayı desteklemektedir.

Sonuç: Liyezon Polikliniğinde daha uzun süreli ve sıkı bir takibinin yapılmasına ve hastanın tedaviye uyumunun daha kolay hale gelmesine yardımcı olduğunu düşünmekteyiz.

Kaynaklar

1. Hocaoglu, Çiçek, et al. "Bir eğitim hastanesinde yatarak tedavi gören bir grup hastada depresyon ve anksiyete düzeyleri." *Medeniyet Medical Journal* 20,2 (2005): 91–94.
2. Boztaş MH, Arısoy Ö (2010) Tıbbi Hastalıklarda Depresyon: Tanısal Sorunlar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2:318–332
3. Kuloğlu M, Çayköylü A, Akyol ES ve ark. (2008) Bir eğitim hastanesinde istenen psikiyatri konsültasyonlarının değerlendirilmesi. *Kriz Dergisi*, 16:19–23

Anahtar kelimeler: Konsültasyon Liyezon Psikiyatri, KLP, Poliklinik Verileri,

GÖRME ENGELLİ BİREYLER İLE İŞİTME ENGELLİ BİREYLERİN KAYGI VE BENLİK SAYGISI DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ

Elif Güşta Uzun¹, Alper Evrensel²

¹Küçükçekmece Belediyesi, İstanbul.

²Üsküdar Üniversitesi, İtfb Psikoloji Bölümü. Np Beyin Hastanesi, Np Etiler Tıp Merkezi, İstanbul.

Giriş: Bedensel engel, kaygı ve depresyon gibi ikincil psikiyatrik bozukluklara neden olabilir. Bu psikiyatrik bozukluklar, engelin türüne göre çeşit ve şiddet açısından farklılıklar gösterebilir. Literatürde engelin yarattığı ruhsal bozukluklar ve yeti yitimi üzerine araştırmalar mevcuttur. Ancak farklı iki engel türünün kaygı düzeyi üzerine etkisinin araştırıldığı bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu nedenle araştırmamızda görme engelli bireyler ile işitme engelli bireylerin durumluk ve sürekli kaygı düzeylerini karşılaştırmak, benlik saygısının kaygı üzerindeki etkisini incelemek amaçlanmıştır.

Yöntem: Katılımcılar, İstanbul Büyükşehir Belediyesi Engelliler Müdürlüğü, Bakırköy İşitme Engelliler Derneği, Beyoğlu İşitme Engelliler Derneği ile görme engellilerin üye olduğu bir e-posta grubundan (gormeengelli-ogrenciler@googlegroups. com) edinilmiştir. Çalışmamıza davetimizi kabul eden 65 görme engelli birey ile 79 işitme engelli birey katılmıştır. Dışlama ölçütlerini (ek olarak başka engelle sahip olma, zekâ geriliği, 18 yaşından küçük-24 yaşından büyük olma, bilinen veya tedavi alınan nörolojik veya psikiyatrik bozukluk olması) karşılamasından dolayı 50 görme engelli birey ile 62 işitme engelli birey çalışma dışı bırakılmıştır. Çalışmamız 17 işitme engelli birey ile 15 görme engelli birey üzerinde gerçekleştirilmiştir. Her iki grupta da yaş aralığı 18–24'tür. Katılımcılara ait sosyodemografik veriler sorgulanmış, ek olarak Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği (STAI) ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği uygulanmıştır. İki grup arasındaki test puanları Mann-Whitney-U testi ile değerlendirilmiştir. Görme engeli grubu ile işitme engeli grubuna ait durumluk-sürekli kaygı ve benlik saygısı ölçek puanları arasındaki doğrusal ilişki Spearman korelasyon testi ile değerlendirilmiştir. İstatistiksel önemlilik için $p < 0,05$ değeri kabul edilmiştir.

Bulgular: Görme engeli grubunun durumluk kaygı puan 38,4 (SD: 9,3), sürekli kaygı puanı 42,7 (SD: 6,0) olarak ölçülmüştür. İşitme engeli grubunun durumluk kaygı puan 39,7 (SD: 10,8), sürekli kaygı puanı 43,6 (SD: 9,1) olarak belirlenmiştir. Görme engeli grubu ile işitme engeli grubuna ait durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (sırasıyla $p=0,776$ ve $p=0,704$). Her iki grupta da durumluk-sürekli kaygı puanı ile benlik saygısı puanı arasında negatif yönlü, orta düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı doğrusal ilişki bulunmuştur ($r=-0,406$; $p=0,021$). Benlik saygısı alt ölçek puanları ayrı ayrı incelendiğinde sadece hayalperestlik alt ölçek puanının görme engellilerde işitme engellilere oranla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük olduğu ($p=0,027$) saptanmıştır.

Sonuç: Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği'nin kesme puanları durumluk kaygı için 40, sürekli kaygı için 37'dir. Görme engeli ve işitme engeli gruplarının ortalama durumluk kaygı puanları kesme değerinin hafifçe altında, ortalama sürekli kaygı puanları ise kesme değerinin hafifçe üzerindedir. Her iki grubun ortalama puanları birbirine çok yakındır. Her ne kadar araştırmamız küçük bir örneklem üzerinde gerçekleştirilmiş olsa da bu sonuçlar, her iki grupta engellilik durumunun durumluk ve sürekli kaygı düzeylerine hafif düzeyde yükseltici etki gösterdiğini ancak her iki grubun kaygı düzeyleri ve benlik saygıları açısından birbirinden ayrılmadığını göstermektedir.

Anahtar kelimeler: Görme engeli, işitme engeli, kaygı, benlik saygısı

SOSYAL MEDYA BAĞIMLILIĞININ DEPRESYON VE KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ İLE İLİŞKİSİ

Erman Şentürk¹, Bahadır Geniş², Behcet Coşar¹

¹Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı

²Zonguldak Çaycuma Devlet Hastanesi

İnsanların birbirleriyle olan iletişim şekillerini ve etkileşimlerini değiştirerek farklı bir boyuta taşıyan sosyal medya, bilgiye, çevremizde olup bitenlere ve dünyaya erişimi inanılmaz bir şekilde hızlandırmıştır. Sosyal medyanın yaygınlaşmasıyla insanların birbirlerine bakış açıları, ilişkileri, yaklaşımları, fikirleri, dünyayı algılama biçimleri ciddi bir dönüşümden geçerken, bu dönüşümün bireylerin ruhsal dünyalarını nasıl ve ne şekilde etkilediğiyle ilgili araştırmalar hız kazanmıştır. Gündelik hayatımıza böylesine hızlı giren, milyarlarca kullanıcısı olan, hayatımızın dinamiklerini ve ritmini kökünden değiştiren sosyal medya ile ilgili bağımlılık kavramı ortaya atılırken son dönemde bu kavramın psikiyatrik hastalıklarla ilişkisine dair çalışmalar yapılmaya başlanmıştır.

Bu çalışmada sosyal medya bağımlılığının depresyon, anksiyete bozukluğu ve karışık anksiyete ve depresyon hastaları ile sağlıklı grup arasında karşılaştırılması yapılırken öte yandan katılımcıların kişilik özellikleriyle ilişkisi de ortaya konmaya çalışıldı. 56 depresyon, 51 anksiyete bozukluğu ve 61 karışık anksiyete ve depresyon hastası ile 138 sağlıklı birey sosyal medya bağımlılığı açısından karşılaştırıldı. Bu gruplar arasında, sosyal medya bağımlılık ölçeği toplam puanı ($F=12,979$, $p<.001$) ile meşguliyet ($F=5,578$, $p<.001$), duygudurum düzenleme ($F=8,813$, $p<.01$), tekrarlama ($F=11,852$, $p<.001$) ve çatışma ($F=14,672$, $p<.001$) alt faktörleri açısından anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır. Buna göre depresyon, anksiyete bozukluğu, karışık anksiyete ve depresyon hasta gruplarının sağlıklı gruba kıyasla sosyal medyayı daha fazla kullandıkları söylenebilir.

Sosyal medya bağımlılığı ve ruhsal duruma göre sınıflandırılmış gruplar arasında, kişilik inanç ölçeği alt faktörleri olan çekingen kişilik özellikleri ($F=13,146$, $p<.001$), bağımlı kişilik özellikleri ($F=14,759$, $p<.001$), pasif agresif kişilik özellikleri ($F=11,196$, $p<.001$), obsesif kompulsif kişilik özellikleri ($F=9,380$, $p<.001$), antisosyal kişilik özellikleri ($F=7,841$, $p<.001$), narsisistik kişilik özellikleri ($F=8,112$, $p<.001$), histriyonik kişilik özellikleri ($F=11,062$, $p<.001$), şizoid kişilik özellikleri ($F=6,022$, $p<.01$), paranoid kişilik özellikleri ($F=13,262$, $p<.001$), borderline kişilik özellikleri ($F=20,807$, $p<.001$) anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır. Ortaya çıkan farkın kaynağını belirlemek için yapılan Post Hoc analizine göre, sosyal medya kullanımının şizoid kişilik özellikleri hariç, çekingen, bağımlı, pasif agresif, obsesif kompulsif, antisosyal, narsisistik, histriyonik, paranoid ve borderline kişilik özelliklerini taşıyan bireylerde daha fazla olduğu söylenebilir.

Sosyal medya bağımlılık ölçek puanının bağımlı değişken olarak kullanıldığı hiyerarşik regresyon analizindeki t-testi sonuçları incelendiğinde ise KİÖ-Bağımlı ($t=2,611$, $p<.01$), HADÖ-Anksiyete ($t=3,107$, $p<.01$), KİÖ-Histriyonik ($t=2,155$, $p<.05$), eğitim durumu ($t=3,453$, $p<.01$) ve HADÖ-Depresyon ($t=2,535$, $p<.05$) sosyal medya bağımlılık ölçek puanı üzerinde anlamlı bir yordayıcı olduğu görülmektedir. Buna göre sosyal medya bağımlılığı oluşumunda önem sırasına göre bağımlı kişilik özellikleri, anksiyete bozukluğu, histriyonik kişilik özellikleri, yüksek eğitim düzeyi ve depresyon varlığı etkisinin olduğu söylenebilir.

Sosyal medya kullanımının son derece yoğun olduğu günümüzde sosyal medya bağımlılığı ile bu bağımlılığın bireylerin ruhsal dünyasına olan etkilerinin daha iyi açıklanabilmesi için daha fazla araştırmaya ihtiyaç olduğu bir gerçektir.

Anahtar kelimeler: sosyal medya bağımlılığı, depresyon, kişilik özellikleri

ALZHEİMER TİPİ HAFİF DEMANS TANILI HASTALARDA KOGNİTİF YETİLERLE ÖLÜM ANKSİYETESİ İLİŞKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Elif Topbaş¹, Meliha Zengin Eroğlu¹, Asuman Gülbün Yüksel²

¹Sağlık Bilimleri Üni. Haydarpaşa Numune Eğitim Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği

²Sağlık Bilimleri Üni. Haydarpaşa Numune Eğitim Araştırma Hastanesi Nöroloji Kliniği

Amaç: Bu çalışmanın amacı 60 yaş ve üzeri Alzheimer Tipi Hafif Demans (ATHD) hastalarda ve demansı olmayan yaşlılarda ölüm anksiyetesi düzeyinin belirlenerek, bilişsel yetiler ile ilişkisinin değerlendirilmesidir. Ayrıca ölüm kaygısının genel depresyon ve anksiyete düzeyi gibi klinik değişkenler ve bazı sosyodemografik verilerle ilişkisinin ortaya konmasıdır.

Genel Bilgiler: Ölüm kaygısı, kişinin varlığına karşı gerçek veya hayali bir tehdit algısı tarafından üretilen rahatsız edici duygu ya da korku olarak tanımlanır (1). Fortner ve Neimeyer, (2000) yaşlılarda ölüm kaygısı ile ilgili yayınladıkları kapsamlı bir gözden geçirmede bu konuda yayınlanmış ve yayınlanmamış çalışma sayısının oldukça az olduğuna dikkat çekmişlerdir (2). Tüm toplumlarda demansın en sık nedeni Alzheimer Hastalığı (AH) dır ve demans olgularının %50–80’ini oluşturmaktadır (3). Demansın hafif evresinde yakın bellekte bozulma ön plandadır. Dikkat ve planlama azalmış, akıl yürütme bozulmuştur (4). Kişilik değişiklikleri, anksiyete ve depresyon gibi psikiyatrik problemler yakınmalarının farkında olan hastalarda özellikle eşlik edebilir (5). Demans hastalarında anksiyete sıklıkla bulunur. Araştırmalar, prevalansın, farklı tarama araçlarıyla ölçülen anksiyete belirtileri için %8’den %71’e, anksiyete bozukluğu için %5’den %21’e değiştiğini bildirmektedir. (6)

Yöntem ve Gereçler: Çalışmanın örneklemini, 26 Kasım 2016–26 Mayıs 2017 tarihleri arasında Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nöroloji Polikliniğine başvuran Alzheimer Tipi Demans (ATD) hafif evre tanılı 70 olgu ile Psikiyatri Polikliniğine başvuran demans tanısı olmayan, 70 olgudan oluşmaktadır. Tüm katılımcılara Standardize Mini Mental Test (SMMT) uygulanmıştır. Kontrol grubuna, SMMT ≥ 24 olan hastalar dahil edilmiştir. Ardından Olgu Rapor Formu Geriatrik Depresyon Ölçeği (GDÖ), Beck Anksiyete Envanteri (BAE) Templer Ölüm Kaygısı Ölçeği (ÖKÖ) ve Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği (ÖDÖ) katılımcılar tarafından doldurulmuştur. Olgu Rapor Formunda, katılan yaşlıların sosyodemografik verileri ve ek hastalık ile ilaç kullanımı sorgulanmıştır.

Bulgular: Demans grubunun ÖKÖ ve ÖDÖ ortalama puanları, kontrol grubunun ÖKÖ ve ÖDÖ puanlarından anlamlı olarak yüksekti (sırasıyla $p=0,002$ $p=0,001$). Tüm grupta ÖKÖ ve ÖDÖ, SMMT ile negatif korele idi. SMMT puanları arttıkça ÖKÖ ve ÖDÖ puanları azalıyordu. Demanslı olgularda, yüksek anksiyete ve ölüm depresyonu varlığı şiddetli ölüm kaygısı varlığı ile ilişkili bulunmuştur. Tüm örneklemin regresyon analizinde demans tanısının kendisinin ve yüksek anksiyetenin yaşlılarda, ölüm kaygısı için prediktif olduğu saptanmıştır. Ayrıca demans grubunda, eğitim düzeyi yüksek olanların ve huzurevinde yaşayanların ÖDÖ ortalama puanları daha yüksek saptanmıştır ($p=0,025$ $p=0,004$).

Sonuç: Bu çalışmada bilişsel yetileri azalan ATHD hastalarda ölüm anksitesi ve ölüm depresyonunun, demansı olmayan yaşlılara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Demanslılarda, genel anksiyete belirtileri ile depresyon düzeyleride yüksektir. Özellikle anksiyetenin eşlik ettiği ATD olgularında, klinisyenler tarafından, ölüm kaygısının da sorgulanmasının, gerekli müdahalelerin geliştirilmesi için önemli olduğu kanaatindeyiz.

Kaynaklar

1. Lehto, R. H. and K. F. Stein, Death anxiety: an analysis of an evolving concept. Research and theory for nursing practice, 2009. 23 (1): p. 23–41.
2. Fortner, B. V., R. A. Neimeyer, and B. Rybarczyk, Correlates of death anxiety in older adults: A comprehensive review. 2000.
3. Selekler, K., Alois alzheimer ve alzheimer hastalığı. Türk Geriatri Dergisi, 2010. 13: p. 9–14.
4. Eker E, Alzheimer hastalığı ve diğer demanslar. Türkiye Klinikleri Journal of Internal Medical Sciences, 2005. 1 (29): p. 3–16.
5. Scinto, L. F. and K. R. Daffner, Early diagnosis of Alzheimer's disease. 2000: Springer Science & Business Media.
6. Seignourel, P. J., et al., Anxiety in dementia: a critical review. Clinical psychology review, 2008. 28 (7): p. 1071–1082

Anahtar kelimeler: ölüm anksiyetesi, Alzheimer Tipi Hafif Demans, bilişsel yetiler

Tablo 13. Demans grubunda demografik özelliklere göre ölçek ortalama puanları					
		GDO	BAI	ODO	OKO
		Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss
Yaş	60-69 (n=25)	11,36 ± 4,405	9,4 ± 7,649	7,4 ± 2,693	7,92 ± 2,613
	70-79 (n=31)	13,58 ± 6,536	11,03 ± 8,511	9,13 ± 3,888	8,55 ± 3,548
	80 ve üstü (n=14)	11 ± 5,616	10,07 ± 9,219	9 ± 3,762	8,86 ± 3,009
	p	0,231	0,766	0,158	0,624
Cinsiyet	Erkek (n=38)	12,13 ± 5,619	10,63 ± 8,052	8,21 ± 3,378	8,5 ± 3,029
	Kadın (n=32)	12,44 ± 5,913	9,81 ± 8,630	8,81 ± 3,719	8,25 ± 3,253
	p	0,825	0,683	0,481	0,740
Medeni durum	Bekar (n=5)	10,6 ± 4,827	4,4 ± 4,037	7,6 ± 3,715	7,6 ± 1,949
	Evli (n=32)	12,44 ± 5,570	10,88 ± 8,245	7,94 ± 3,301	8,5 ± 2,874
	Boşanmış (n=12)	13,5 ± 7,972	11,17 ± 10,718	9,17 ± 3,298	7,58 ± 3,753
	Dul (n=21)	11,71 ± 4,797	10,19 ± 7,380	9,14 ± 3,979	8,86 ± 3,366
	p	0,759	0,426	0,528	0,659
Eğitim düzeyi	İlköğretim (n=44)	12,41 ± 5,384	9,02 ± 7,672	7,68 ± 2,793	7,82 ± 2,572
	Lise (n=14)	11,93 ± 7,259	14,07 ± 8,062	10,5 ± 4,165	9,93 ± 3,668
	Univ ve üstü (n=12)	12,17 ± 5,391	10,33 ± 9,875	9,08 ± 4,337	8,67 ± 3,822
	p	0,962	0,138	0,025	0,080
Çalışma durumu	Çalışmamış (n=23)	13,26 ± 4,741	10,48 ± 7,698	8 ± 2,316	8,22 ± 2,938
	Emekli (n=40)	11,45 ± 6,292	9,57 ± 8,764	8,82 ± 4,088	8,53 ± 3,313
	Çalışmış, emekli değil (n=7)	13,71 ± 5,024	13,43 ± 7,413	8,14 ± 3,579	8,14 ± 2,854
	p	0,381	0,524	0,653	0,912
Kiminle yaşadığı	Yalnız (n=11)	12,55 ± 5,145	8,36 ± 6,281	8,09 ± 2,625	7,45 ± 1,916
	Aile (n=49)	11,76 ± 5,158	10,04 ± 8,044	7,9 ± 3,299	8,29 ± 3,062
	Huzur/bakımevi (n=10)	14,5 ± 8,489	13,4 ± 10,946	11,8 ± 3,910	9,9 ± 4,067
	p	0,384	0,363	0,004	0,184
Kronik hastalık	Yok (n=18)	8,67 ± 4,393	7,5 ± 7,115	7,78 ± 4,44	8,5 ± 3,519
	Var (n=52)	13,52 ± 5,62	11,21 ± 8,488	8,73 ± 3,163	8,35 ± 2,996
	p	0,001	0,101	0,410	0,858
Antidepresan kullanımı	Yok (n=37)	13,73 ± 6,104	12 ± 8,894	9,24 ± 3,647	8,97 ± 2,949
	Var (n=33)	10,64 ± 4,827	8,3 ± 7,144	7,64 ± 3,229	7,73 ± 3,204
	p	0,023	0,061	0,056	0,095
Son 1 yıl içinde yakın kaybı	Yok (n=59)	12,2 ± 5,665	9,810 ± 7,637	8,360 ± 3,443	8,360 ± 2,981
	Var (n=11)	12,64 ± 6,249	12,640 ± 11,236	9,180 ± 4,045	8,550 ± 3,908
	p	0,819	0,440	0,480	0,854

Tablo 16. Tüm Örneklemde Regresyon Analizi ile Ölüm Kaygısı ve Ölüme İlişkin Depresyon Öngörücüleri

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	B	t	p	F	Model (p)	R ²
Ölüme İlişkin Depresyon	Sabit	4,188	6,753	0,000	13,608	0,000	0,214
	Geriatrik Depresyon	0,117	2,305	0,023			
	Anksiyete	0,127	3,228	0,002			
	Hafif demans/Kontrol	1,560	2,834	0,005			
Ölüm Kaygısı	Sabit	5,092	9,075	0,000	10,570	0,000	0,171
	Geriatrik Depresyon	0,055	1,190	0,236			
	Anksiyete	0,120	3,356	0,001			
	Hafif demans/Kontrol	1,399	2,808	0,006			

B: Regresyon katsayısı; SE: Standart hata; Exp(B): Dönüştürülmüş B; %95 GA: Exp(B) için %95 güven aralığı

Tablo 3. Demans ve kontrol gruplarının GDÖ, BAI, ÖDÖ ve ÖKÖ puanlarının karşılaştırması

	Demans grubu (n=70)		Kontrol grubu (n=70)		t	p
	Ort	Ss	Ort	Ss		
GDÖ	12,27	5,715	10,44	6,372	1,787	0,076
BAI	10,26	8,27	8,93	7,28	1,009	0,315
ÖDÖ	8,49	3,525	6,54	3,496	3,274	0,001
ÖKÖ	8,39	3,113	6,73	3,088	3,162	0,002
SMMT	20,87	1,736	27,54	1,783	-22,432	0,000

DEPRESYONU OLAN HASTALARIN HASTALIK ŞİDDETİ İLE YEME TUTUMU VE VÜCUT KOMPOZİSYONUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ

Hülya Ertekin¹, Çiler Açar Yıldızoğlu¹

¹Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi

Giriş: Metabolik hastalıklar, obezite, metabolik sendrom (MetS), kardiyovasküler hastalıklar son yıllarda toplumda oldukça sık rastlanmaktadır. Depresyon ve anksiyete bozuklukları dünyada önemli hastalıklar arasında ikinci sırada yer almaktadır. Depresyon ve obezite, dünya çapında büyük ekonomik maliyetlere sebep olmakta ve her ikisinin de yüksek prevalansı, aralarında bir ilişki göstergesi olabileceğini düşündürmektedir. Yapılan çalışmalarda genellikle obezitesi olan bireylerde depresyon belirtilerinin yüksek olduğu yönünde bulgular elde edilmiştir. Yeme tutumu hem psiko-motor gelişim hem de çevresel etmenlerin karşılıklı etkileşimi ile oluşmaktadır. Yeme davranışındaki aşırı kilo obeziteden tek başına sorumlu olmamakla birlikte obezitesi olan bireylerin yeme davranış ve tutumlarında sorunlar yaşadıkları, kilo vermede yeme tutumlarındaki değişikliklerin etkili olduğu bilinmektedir. Depresyon tedavisinde kullanılan antidepresan ilaçların kilo artışına sebep olduğu bilinmektedir. Bu yan etkinin mekanizması tam olarak gösterilememiştir.

Vücut yağ kitlesi obeziteden bağımsız olarak kardiyovasküler riskle korelasyon göstermektedir. Vücut yağ kitlesini değerlendirmek için bioelektriksel empedans analizi (BIA) yapılmaktadır.

Depresyonu olan hastaların yeme tutumu, hastalık şiddeti ve vücut kompozisyonu ile ilişkisini araştıran çalışma bulunmamaktadır. Bu çalışmanın hipotezi; yeme tutumu bozuk olan hastaların hastalık şiddetinin daha yüksek olacağı ve vücut yağ oranlarının diğer hastalardan ve kontrol grubu sağlıklı gönüllülerden daha fazla olacağıdır.

Yöntem: Bu çalışmada; Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi için psikiyatri polikliniğine başvuran DSM V tanı ölçütlerine göre depresyon tanısı almış hastalara demografik veri formu, beck depresyon ölçeği (BDÖ), beck anksiyete ölçeği (BAÖ) ve yeme tutumu testi (YTT) uygulanacaktır. Katılımcıların araştırmaya girişlerinde boy, kilo ölçümleri alınarak vücut kitle indeksleri (VKİ) hesaplaması, bel, kalça ölçümleri ile bel/kalça oranları hesaplaması ve (Bioimpedans analizi) BIA ile vücut kompozisyonu ölçümü yapılacaktır. Kronik hastalığı olan, vücut yağ oranlarını etkileyecek herhangi bir ilaç kullanan, ölçekleri doldurmayı engelleyecek düzeyde mental retardasyonu olanlar, gebe olan hastalar çalışmadan dışlandı. Kontrol grubuolarak; 18 yaşından büyük, hastalarla yaş, cinsiyet ve vücut kitle indeksi eşleştirilmiş psikiyatrik hastalığı olmayan sağlıklı gönüllülerle oluşturuldu.

İstatistiksel analiz; Elde edilen veriler SPSS 19,0 for windows programı ile analiz edilecektir. Demografik verilerin kategorik olanlarının karşılaştırılmasında ki kare testi, kategorik olmayan verilerin karşılaştırılmasında student t testi kullanılacaktır.

Bulgular: Verilerin analizi halen devam etmektedir.

Tartışma: Kardiyovasküler hastalıklar en sık ölüm nedenleri arasında yer almaktadır. Vücut yağ kitlesindeki artış kardiyovasküler hastalıklar için önemli bir risk faktörüdür. Depresyon gibi toplumda oldukça sık rastlanan bir hastalıkta vücut yağ oranının artması hem hastalık şiddeti hemde gelecekte ortaya çıkabilecek kardiyovasküler hastalıkların belirlenmesinde önemli bir belirteç olabilir. Bu çalışma depresyon hastalarının yeme tutumu ve hastalık şiddeti ile vücut yağ oranı arasındaki ilişkiyi belirlemeye ve bu konuda gelecekte yapılacak daha kapsamlı çalışmalara öncülük edecektir.

Anahtar kelimeler: depresyon, yeme tutumu, vücut kompozisyonu

ERKEN VE GEÇ BAŞLANGIÇLI OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUKTA METİLENETETRAHİDROFOLAT REDÜKTAZ (MTHFR) POLİMORFİZMLERİNİN ROLÜ

Metin Çalışkan², Ayşe Döndü¹, Seda Boyacıoğlu²

¹Aydın Devlet Hastanesi Psikiyatri, Aydın

²Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Genetik Ana Bilim Dalı, Aydın,

Giriş: 5,10-metilenetetrahidrofolat redüktaz (MTHFR) geni folat metabolizmasında merkezi bir rol oynamaktadır. Birçok çalışma depresyon, şizofreni ve bipolar bozukluk ile MTHFR C677T ve A1298C varyantları arasında bir ilişki olduğunu göstermiştir. Bu, başta depresyon olmak üzere psikiyatrik bozukluklarda folat takviyesinin kullanımını haklı çıkarmıştır. Ancak halen psikiyatrik bozukluklarda net bir ilişki saptanmazken, Obsesif Kompulsif Bozuklukta (OKB) bu gen polimorfizmleri ile ilgili çalışma bulunmamaktadır. Bu araştırmanın amacı, erken ve geç OKB hastalarında MTHFR gen polimorfizmleri ve bu hastalığın klinik özellikleriyle olan ilişkilerini araştırmaktır. Bu ve benzeri çalışmalarla OKB gelişim riski yüksek bir hastayı tanımlamak için yeni bir markır keşfedilebilir. Bu markır, daha iyi tedavi yönetimi ve hastalığın kurulumunu önlemek için kullanılabilir.

Materyal ve Metod: Yüksek oranda karakterize edilen semptomatik vakaların 65'inden ve 29 kontrol grubundan alınan kan örnekleri MTHFR C677T ve A1298C gen polimorfizmleri için analiz edildi. Olguların periferik kanlarından DNA izole edildi ve MTHFR gen polimorfizminin saptanması için Real-Time PCR yöntemi uygulandı. Sonuçlar varyans analizi (ANOVA) testi ile analiz edildi. P değerinin 0,05'ten düşük olduğu farklılıklar anlamlı kabul edildi.

Sonuçlar: Sosyodemografik bulgulara tüm gruplar arasında yaş ve eğitim seviyesinde ($p=0,03$), erken geç başlangıçlı OKB karşılaştırmasında medeni durumda istatistiksel olarak farklılık saptandı ($p=0,009$). OKB hastaları saldırganlık, kirlenme, simetri, biriktirme, cinsel, dini, somatik obsesyonları açısından karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($P > 0,05$). Genotip analizine göre MTHFR gen polimorfizmlerinin genotip dağılımı MTHFR C677T için OKB grubunda %49,5 CC, %43 CT ve %7,5 TT iken kontrol grubunda %48 CC, %37 CT ve %4 TT idi. A1298C için, OKB grubunda %30 AA, %54 AC ve %16 CC ve kontrol grubunda %30 AA, %55 AC ve %15 CC idi. Allel frekansları şu şekilde tespit edildi: OKB grubunda C677T için %51,9 C ve %48,1 T; A1298C için %81,7 A ve %18,3 C'dir. Ve kontrol grubunda, allel frekansları C677T için %51,2 C ve %48,8 T idi; A1298C için %83,3 A ve %16,7 C. OKB grubu ile kontrol grubu arasında, erken ve geç OKB arasında genotip ve allel dağılımları bakımından anlamlı bir fark bulunamadı ($P > 0,05$). Geç ve erken OKB hastalarında obsesyonlar ve tik öyküsü ile genotip ve allel dağılımı arasında anlamlı bir fark tespit edilmedi ($P > 0,05$).

Sonuç: OKB patofizyolojisinde MTHFR C677T ve A1298C polimorfizmlerinin etkisinin açıklığa kavuşturulması için folat metabolizması ile ilgili biyokimyasal verilerle yapılacak daha ileri çalışmalara gereksinim vardır.

Anahtar kelimeler: Erken başlangıçlı OKB, geç başlangıçlı OKB, MTHFR polimorfizmleri, folat metabolizması

MEME KANSERİ TANILI HASTALARIN PSİKİYATRİK TANILARININ İNCELENMESİ: GERİYE DÖNÜK ARAŞTIRMA

Gülşen Teksin Ünal¹, Sevda Bağ¹

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

Giriş: Kanser hastalarının yaşadığı psikososyal sorunların ve ortaya çıkan psikiyatrik bozuklukların ele alınmasının kanser tedavisinde ve hastaların tedaviye uyumlarında etkili olduğu, aksi takdirde bu kişilerin genel bir kanı olarak cerrahi servislerinde karşılaşılan sorunlu hastalar olarak değerlendirildiği belirtilmektedir (1).

Amaç: Bu çalışmanın amacı meme kanseri tanısı alan ve Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı Ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Konsültasyon Liyezon Polikliniği'nde 2017 ocak ve 2017 aralık tarihleri arasında takip edilen 51 kadın hastanın sosyodemografik ve psikiyatrik semptomlarını ve psikiyatrik tanılarını incelemektir.

Yöntem: Poliklinikte muayeneleri yapılan hastalar çalışma hakkında bilgilendirildiler. Psikiyatrist tarafından psikiyatrik DSM-5 kriterlerine göre görüşme yapılarak hastalara araştırmacı tarafından oluşturulan sosyodemografik veri formu, Beck Anksiyete ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği uygulandı (2). İstatistik değerlendirmede bütün veriler SPSS 10,0 programı kullanılarak analiz edilmiştir.

Bulgular: Araştırma meme kanseri nedeni ile onkoloji bölümünce tedavileri sürdürülen 51 kadın hasta ile tamamlanmıştır. Deneklerin ortalama yaşı $45,7 \pm 11,4$ (25–65 yaş) dır. Çalışmaya katılan hastaların 40'ı evliyken 11'i bekaardır. 25'i ilköğretim mezunu iken 15'i lise, 11'i üniversite mezunudur. Ayrıca 40'ı çalışmamakta ve 11'i çalışmaktadır. Hastaların sosyodemografik özellikleri Tablo 1'de yer almaktadır.

Psikiyatrik görüşme sonrası 51 hastanın 20'sinde Depresyon, 19'unda Anksiyete Bozukluğu ve 12'sinde Uyum Bozukluğu tespit edilmiştir. Beck Anksiyete Ölçeği ortalaması $13,01 \pm 10,47$ bulunurken, Beck Depresyon Ölçeği ortalaması $11,34 \pm 7,92$ bulunmuştur. Bu sonuçlar hastalıkları ile ilgili kaygı yaşadıklarını göstermektedir.

Tartışma: Kanser, hasta açısından ağrı veren, acı içinde ölümü hatırlatan, suçluluk ve kaygı yaratan kronik bir hastalıktır (3). Kanser ve depresyon birlikteliği literatürde sık bildirilmiştir. Kanser hastalarında depresyonun tanısının ve izlenmesinin gerektiği gibi yapılamaması hastaların yaşam kalitesini düşürmekte, yatış süresini uzatmakta ve tedavi planına uyumlarını azaltmaktadır.

Kaynaklar

- Şenol S, Bitlis V, Ünal E ve ark. Kanser teşhis ve tedavisi amacı ile bir cerrahi kliniğinde yatan hastalarda psikiyatrik tanılar. Türk Psikiyatri Dergisi. 1994; 5 (2): 103–108.
- Beck AT, Ward CH, Mendelson M ve ark. An inventory for measuring depression. Arch Gen Psychiatry. 1961; 4:561–571
- Özkan S. Kanser hastasında psikiyatrik ve psikososyal destek. Onat H, Mandel NM. Kanser hastasına yaklaşım. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri. 2002; 345–54.

Anahtar kelimeler: Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi, Meme Kanseri, Anksiyete Bozukluğu, Depresyon, Uyum Bozukluğu

Tablo 1.

medeni durum		n	%
evli		40	78
bekar		11	22
eğitim			
ilköğretim		25	49
lise		15	29
üniversite		11	22
meslek			
çalışıyor		11	22
çalışmıyor		40	78

ALZHEİMER HASTALIĞINDA BAKIM VERENLERDE DEPRESYON, ANKSİYETE BOZUKLUĞU VE UYKU BOZUKLUKLARI GÖRÜLME ORANLARI

Nilüfer Büyükkoyuncu Pekel¹

¹*Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi*

Giriş: Alzheimer hastasına bakmakla yükümlü kişilerde depresyon, anksiyete bozukluğu, fiziksel hastalıkların daha sık görüldüğü; sosyal hayata katılmada, diğer insanlarla ilişki kurmada zorluklar, ekonomik sıkıntılar ve iş hayatında güçlükler yaşadığı bilinmektedir. Bu çalışmada Alzheimer hastasına bakmakla yükümlü kişilerde depresyon, anksiyete bozukluğu ve uyku bozukluklarının görülme oranlarının araştırılması amaçlanmıştır.

Materyel ve metod: Demans polikliniğinde orta ve ağır evre Alzheimer hastalığı tanısıyla takipli 30 hastanın bakım vereni çalışmaya dahil edildi. Hastaya en az 6 aydır bakan, hasta ile bire bir ilgilenen, soruları anlayabilecek düzeyde, 18 yaş üstü bireyler ile görüşüldü. Hastaların ve bakım verenlerin demografik özellikleri kayıt altına alındı. Uygulanabilen hastalara Standardize Minimental Test (SMMT) uygulandı. Klinik Demans Derecelendirme Ölçeğine (KDDÖ) göre demans derecelendirmesi yapıldı. Bakım verende depresyon varlığını araştırmak amacıyla Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), anksiyete bozukluğu araştırma amacıyla Hamilton Anksiyete Ölçeği (HAM-A), uyku bozukluklarını araştırma amacıyla Uykusuzluk Şiddeti İndeksi (UŞİ), Epworth Uykululuk Ölçeği (EUÖ), Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi (PUKİ) uygulandı. Bu testlerin sonuçları ile hastalık süresi ve bakım verene ait özellikler arasında korelasyon yapıldı.

Sonuçlar: Çalışmaya dahil edilen 30 hastanın yaş ortalaması 77,8'di. Hastaların 16'sı kadın, 14'ü erkekti. Unutkanlık başlangıç zamanı ortalama 60 ay, demans tanı ve tedavi zamanı ortalama 27 aydı. Hastaların 14'ü orta, 16'sı ağır evre demans hastasıydı. Bakım verenlerin yaş ortalaması 50,17'di. Bakım verenlerin %86,7'ni kadınlar oluşturuyordu. %56,6'sı ilköğretim mezunuydu; %16,6'sı eğitimsizdi. Bakım zamanı ortalama 48 aydı. Bakım verenlerin %33,3'nü gelinler, %30'nu kız çocukları, %20'ni eşler, %13,3'nü erkek çocukları, %3,3'nü kardeşler oluşturuyordu. Bakım verenlerin %76,7'si ev hanımı, %13,3'ü emekli, %10,0'ı çalışandı. %93,3'ü hastaya tek başına bakarken, %6,7'si dönüşümlü bakıyordu. Bakım verenlerin %96,7'si hasta ile aynı evde yaşıyordu. Başvuru sırasında bakım verenlerin %20'si anti-depresan kullanmaktaydı. Bakım verenlerin demografik özellikleri Tablo-1'de özetlenmiştir.

Bakım verenerde BDÖ ortalama puanı 11,50'di. BDÖ'ne göre hastaların %40'da minimal depresif semptomlar, %33,3'de hafif depresyon, %20'de orta düzeyde depresyon, %6,7'de şiddetli depresyon varlığı gözlemlendi. HAM-A ortalama puanı 7'di. HAM-A'ne göre hastaların %40'da anksiyete yoktu, %33,3'de minör anksiyete, %26,7'de majör anksiyete bozukluğu söz konusuydu. UŞİ ortalama puanı 6,5'di. UŞİ'ye göre bakım verenlerin %56,7'de klinik olarak önemsiz uykusuzluk vardı. %23,3'de uykusuzluk alt eşiği, %10'da orta düzeyde uykusuzluk, %10'da şiddetli düzeyde uykusuzluk gözlemlendi. EUÖ ortalama puanı 4'dü. EUÖ'ne bakım verenlerin %16,7'de gündüz uykululuğu vardı. PUKİ ortalama puanı 7'di. PUKİ'ne uykusu kötü olanların oranı %73,3'dü. Bakım verenlerinin test skorları Tablo-2'de özetlenmiştir.

Bakım verenin yaşı, bakım zamanı ve unutkanlık başlangıç zamanı ile uyku etkinliği (PUKİ-K4) puanı arasında anlamlı ilişki bulundu ($p=0,007$). Bakım verenin ek hastalığı olması ile uyku latansı

(PUK1-K2) arasında anlamlı ilişki bulundu ($p=0,044$). Demans tanı ve tedavi süresi ile UŞİ ve EUÖ puanları arasında anlamlı ilişkiler vardı (sırasıyla $p=0,006$, $p=0,019$).

Tartışma: Alzheimer hastalığında çoğu zaman hasta ve hastaya ait problemler ön plana çıktığından bakım verenin yaşadığı sıkıntı göz ardı edilmektedir. Bakım verenlerin ağır bir yük altında olduğu, onların da desteğe ihtiyacı olduğu unutulmamalı, buna yönelik destek ve tedavi programları düzenlenmelidir.

Anahtar kelimeler: Alzheimer Hastalığı, depresyon, anksiyete bozukluğu, uyku bozuklukları

Tablo 1. Bakım verenlerin demografik özellikleri

	Bakım Verenler (n=30)
Yaş	50,17
Cinsiyet Kadın	26 (%86,7)
Erkek	4 (%13,3)
Eğitim durumu Eğitimsiz	5 (%16,6)
İlkokul	17 (%56,6)
Ortaöğretim	8 (%26,8)
Bakım zamanı (ay)	48 (6–120)
Yakınlık derecesi Eş	6 (%20)
Kız çocuğu	9 (%30)
Gelin	10 (%33,3)
Erkek çocuğu	4 (%13,3)
Diğer	1 (%3,3)
Meslek Ev hanımı	23 (%76,7)
Emekli	4 (%13,3)
Çalışan	3 (%10,0)
Bakım şekli Tek	28 (%93,3)
Dönüşümlü	2 (%6,7)
Hasta ile aynı evde yaşama	29 (%96,7)
Sosyal destek Var	15 (%50)
Yok	15 (%50)
Anti-depresan kullanımı Var	6 (%20)
Yok	24 (%80)

Tablo 2. Bakım verenlerin test skorları

BDÖ-puan	11,50 (2–49)
BDÖ Minimal depresif semptomlar	12 (%40,0)
Hafif düzeyde depresyon	10 (%33,3)
Orta düzeyde depresyon	6 (%20,0)
Şiddetli depresyon	2 (%6,7)
HAM-A puanı	7 (0–32)
HAM-P puanı	3,5 (0–18)
HAM-S puanı	6,0 (0–22)
HAM-A Anksiyete yok	12 (%40)
Minor anksiyete	10 (%33,3)
Mayor anksiyete	8 (%26,7)
UŞİ puanı	6,5 (0–22)
UŞİ Klinik önemsiz uykusuzluk	17 (%56,7)
Uykusuzluk alt eşiği	7 (%23,3)
Klinik uykusuzluk (orta düzeyde)	3 (%10,0)
Klinik uykusuzluk (şiddetli)	3 (%10,0)
EUÖ puanı	4 (0–15)
EUÖ Gündüz uykululuğu var	5 (%16,7)
Gündüz uykululuğu yok	25 (%83,3)
PUKİ puan	7,0 (0–15)
K1 (subjektif uyku kalitesi)	0,0 (0–2)
K2 (uyku latansı)	2,0 (0–3)
K3 (uyku süresi)	1,0 (0–3)
K4 (uyku etkinliği)	0,0 (0–3)
K5 (uyku bozukluğu)	2,0 (1–3)
K6 (ilaç kullanımı)	1,0 (0–3)
K7 (gündüz fonksiyonları)	0,0 (0–3)
PUKİ Uykusu kötü olanlar	22 (%73,3)

Tablo 3. Test skorları ile bakım verenlerin demografik özelliklerinin korelasyonu

	<i>BDÖ</i>	<i>HAM-A</i>	<i>HAM-P</i>	<i>HAM-S</i>	<i>UŞİ</i>	<i>EUÖ</i>	<i>K1</i>	<i>K2</i>	<i>K3</i>	<i>K4</i>	<i>K5</i>	<i>K6</i>	<i>K7</i>	<i>PUKİ</i>
BV Yaş	0,944	0,867	0,518	0,669	0,941	0,222	0,952	0,165	0,190	0,007	0,695	0,358	0,372	0,199
BV Cinsiyet	0,498	0,576	0,883	0,498	0,837	0,298	0,123	0,659	0,617	0,837	0,576	0,883	0,245	0,617
BV Eğitim	0,577	0,512	0,329	0,483	0,489	0,405	0,654	0,993	0,970	0,754	0,366	0,667	0,146	0,812
BV Meslek	0,534	0,527	0,578	0,516	0,874	0,529	0,918	0,867	0,634	0,454	0,799	0,931	0,120	0,854
BV Hastalıkları	0,983	0,502	0,248	0,713	0,948	0,286	0,267	0,044	0,198	0,198	0,588	0,397	0,983	0,307
Sosyal destek	0,137	0,412	0,412	0,838	0,539	0,512	0,285	0,345	0,775	0,389	0,902	0,116	0,202	0,233
Bakım zamanı	0,252	0,284	0,356	0,124	0,294	0,763	0,361	0,232	0,668	0,029	0,404	0,150	0,731	0,337
Unutkanlık başlangıç zamanı	0,659	0,446	0,601	0,418	0,668	0,867	0,806	0,233	0,504	0,035	0,404	0,150	0,731	0,337
Demans tanı ve tedavi zamanı	0,168	0,087	0,066	0,237	0,006	0,019	0,570	0,632	0,284	0,832	0,112	0,243	0,669	0,351

OTİZM SPEKTRUM BOZUKLUĞUNDA ANNE SÜTÜ ALIM SÜRELERİ VE ANNE SÜTÜ ALIM SÜRELERİNİN OTİZM ŞİDDETİYLE İLİŞKİSİ

Nilfer Şahin¹

¹Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi

Amaç: Otizm Spektrum Bozukluğu (OSB), sosyal etkileşim ve iletişimde bozulmalar ve stereotipik davranışlarla karakterize bir grup nörogelişimsel bozukluktur. Otizm etyolojisi henüz tam olarak aydınlatılmamış olmakla birlikte, genetik, nörobiyolojik, psikososyal faktörler, çevresel ya da iyatrojenik nedenler de dahil olmak üzere otizm etyolojisini açıklamak için birçok hipotez öne sürülmüştür. Anne sütü alım süreleri, zamanlamaları, optimumluğu gibi emzirme ile ilgili durumlar, otizm için çevresel risk faktörleri olarak öne sürülmüştür. Bu çalışmada OSB'li çocuklarda anne sütü alım süreleri ve anne sütü alım sürelerinin otizm şiddetiyle ilişkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Metod: Çalışmaya DSM-5 tanı kriterlerine göre OSB tanısı almış 72 otizmlı çocuk ve yaş ve cinsiyet olarak eşleştirilmiş 61 sağlıklı çocuğun verileri dahil edildi. Otizm şiddeti Çocukluk Otizm Dereceleme Ölçeği (CARS) ile değerlendirildi. Olguların anne sütü alma süreleri ve CARS puanları dosya bilgileri taranarak elde edildi.

Bulgular: Her iki grup arasında yaş ve cinsiyet açısından anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$). OSB grubunda ortalama anne sütü alma süresi $12,89\pm 9,25$ iken kontrol grubunda bu süre $15,55\pm 7,81$ idi. Gruplar arasında ortaya çıkan bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0,05$). OSB grubunda CARS puanlarıyla anne sütü alım süreleri arasında negatif korelasyon saptandı ($p=0,000$, $r=-0,444$).

Sonuç: Bu çalışmada OSB'li çocuklarda anne sütü alım süreleri sağlıklı kontrollere benzer bulundu. Bununla birlikte OSB'li çocuklarda anne sütü alım süreleri kısaltıkça OSB şiddetinin arttığı bulundu. Anne sütü alımının OSB ile ilişkisi üzerine yapılan çalışma sayısı çok kısıtlı olup bu çalışmalarda anne sütünün OSB için koruyucu bir faktör olduğu belirtilmektedir. Anne sütünün OSB etiolojisindeki potansiyel patofizyolojik rolünün ve hastalık şiddetiyle ilişkisinin aydınlatılması için daha geniş çaplı çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar kelimeler: anne sütü, otizm, otizm şiddeti

BARİYATRİK CERRAHİ ADAYLARINDA YAŞAM KALİTESİ VE BENLİK SAYGISI

Meliha Zengin Eroğlu¹

¹Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Bölümü

Morbid obezite tüm dünyada ruhsal ve fiziksel sağlığı tehdit eder şekilde hızla artmaktadır (1). Bariyatrik cerrahiye aday olan morbid obezlerde uyku apnesi, dislipidemi, hipertansiyon, osteoartrit, Tip2 DM, gibi pekçok hastalık oldukça sıktır (2). Ek olarak psikiyatrik hastalıkların bariyatrik cerrahi adaylarında oldukça yaygın olduğu bilinmektedir (3,4). Bu çalışmada hastanemize başvuran bir grup bariyatrik cerrahi hastasında yaşam kalitesi, benlik saygısı ve ilişkili faktörlerin değerlendirilmesini amaçladık.

Materyal ve Metod: Bu çalışmaya 1,10,2015–31,12,2015 tarihleri arasında Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastane'sine bariyatrik cerrahi aday olarak başvuran 61 ardışık hasta alındı. Kontrol grubu ise yaş ve cinsiyet açısından eşleştirilmiş VKİ 18,1–24,9 kg/m² olan hastane çalışanlarından oluşturuldu.

Değerlendirme Araçları: Kısa Form-36 (KF-36) Yaşam Kalitesi ölçeği, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ), Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Vücut Kitle İndeksi (VKİ) hesaplandı.

Sonuçlar: Hem bariyatrik cerrahi adayları grubu (BCA) hem de kontrol grubu 50 kadın (%82) ve 11 erkek (%18)'ten oluşmaktaydı. BCA'da VKİ ortalama 44,8±4,2 kg/m², iken kontrol grubunda 22,5±1,1 kg/m² (p<0,001) saptandı. BCA'da KF-36'nın tüm alt ölçek puanları kontrol grubundan anlamlı derecede düşüktü, BDÖ ve benlik saygısı puanları anlamlı ölçüde yüksekti. BCA grubunda benlik saygısı ölçek puanı şimdi psikiyatrik hastalığa sahip olma ve şimdi psikiyatrik tedavi alma ile istatistiksel olarak ilişkiliydi. (p=0,019, p=0,008). Korelasyon testlerinde BCA grubunda benlik saygısı ile genel sağlık, vitalite arasında negatif yönlü zayıf; sosyal fonksiyonellik, emosyonel rol, ruhsal sağlık arasında negatif yönlü orta düzeyde; BDÖ puanı arasında pozitif yönlü orta düzeyde istatistiksel anlamlı korelasyon vardır (Spearman's rho p<0,05).

Herhangi bir komorbid medikal durum oranı BCA'da istatistiksel olarak daha yüksekti. BCA grubunda komorbid medikal durum oranı %75,4 (n=46) iken, kontrol grubunda %19,7 bulundu (p<0,001).

Tartışma: Beklediğimiz şekilde BCA'da sağlıklı ilişkili yaşam kalitesi kontrol grubundan çok daha kötüydü. Bu grup KF-36 alt ölçek puanlarının tamamında kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük puan aldı. Ayrıca BCA'da BDÖ puanı ve benlik saygısı ölçek puanı da anlamlı derecede kontrol grubundan yüksekti. Vitalite, sosyal fonksiyon, emosyonel rol alt ölçek puanlarının kişilerin psikiyatrik yönünü değerlendirdiği düşünülürse özellikle BCA grupta elde ettiğimiz sonuçlar şaşırtıcı değildir. Bu durumda obezlerde düşük benlik saygısı bu alanlardaki kayıplarla daha çok ilişkili görünmektedir. Mental sağlık alt ölçeği ve BDÖ puanı, hem BCA grubunda hem de kontrol grubunda benlik saygısı ölçek puanı ile korelasyon göstermektedir.

Bazı kısıtlılıkları olsa da çalışmamız ülkemizde bariyatrik cerrahiye aday hastaların yaşam kalitelerinin ve benlik saygılarının ne denli düşük olduğunu, eşlik eden komorbid medikal hastalıklarının yüksekliğini vurgulamayı amaçlayan dikkat çekici bir çalışmadır. Ancak daha büyük örneklem gruplarıyla yapılacak olan takip çalışmalarının bu konuya ışık tutacak sonuçlar ortaya koyacağını düşünüyoruz.

Kaynaklar

1. Organization WH. Obesity: preventing and managing the global epidemic: World Health Organization; 2000.
2. Twells LK, Driscoll S, Gregory DM, Lester K, Fardy JM, Pace D. Morbidity and health-related quality of life of patients accessing laparoscopic sleeve gastrectomy: a single-centre cross-sectional study in one province of Canada. *BMC obesity*. 2017; 4 (1): 40.
3. Kalarchian MA, Marcus MD, Levine MD, Courcoulas AP, Pilkonis PA, Ringham RM, et al. Psychiatric disorders among bariatric surgery candidates: relationship to obesity and functional health status. *American journal of Psychiatry*. 2007; 164 (2): 328–34.
4. Dawes AJ, Maggard-Gibbons M, Maher AR, Booth MJ, Miake-Lye I, Beroes JM, et al. Mental health conditions among patients seeking and undergoing bariatric surgery: a meta-analysis. *Jama*. 2016; 315 (2): 150–63.

Anahtar kelimeler: bariyatrik cerrahi adayı, yaşam kalitesi, benlik saygısı

ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE İNTERNET BAĞIMLILIĞI VE YEME TUTUMLARI İLİŞKİSİ

Nermin Gündüz¹, Onur Gökçen¹, Fatma Eren², Erkal Erzincan³, Hatice Turan⁴, Özge Timur⁵

¹*Dumlupınar Üniversitesi Tıp Fakültesi Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği, Kütahya*

²*Araklı Devlet Hastanesi Psikiyatri Kliniği, Trabzon*

³*Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Psikiyatri Kliniği, İstanbul*

⁴*Özel Moodist Psikiyatri ve Nöroloji Hastanesi Psikiyatri Kliniği, İstanbul*

⁵*Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dahiliye Kliniği, Erzurum*

Giriş: Problemlı internet kullanımı veya internet bağımlılığı internetin aşırı kullanılmasına yönelik isteğın önüne geçilememesi, internete bağılı olmadan geçirilen zamanın önemini yitirmesi, yoksun kaldığında 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 bir hayat sürmesine neden olarak yaşam şekillerini olumsuz etkilemektedir. 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 hem internet bağımlılığı ve yeme bozuklukları açısından riskli bir gruptur. Fakat literatürde üniversite öğrencilerinde internet bağımlılığı ile yeme tutumları ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin araştırıldığı çalışma sayısı kısıtlıdır. Biz bu çalışmada Erzurum Atatürk Üniversitesi öğrencilerinde internet bağımlılığı prevalansı, internet bağımlılığı ile yeme tutumları ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin araştırılmasını amaçladık.

Yöntem: Çalışmaya Erzurum Atatürk Üniversitesinden toplam 466 öğrenci dahil edilmiştir. Öğrencilere sosyodemografik form, yeme tutumu testi, Young İnternet Bağımlılığı Ölçeği ve Şişmalıkla İlgili Sorunlar Ölçeği verilmiştir.

Sonuçlar: Öğrencilerin %78,5'inde internet bağımlılığı olduğunu bulduk. %52,6'sında hafif düzeyde, %24,2'sinde orta düzeyde, %1,7'sinde ciddi düzeyde internet bağımlılığı olduğunu bulduk. Yaş ve yeme tutumları arasında negatif korelasyon, yaş ve ŞİSÖ arasında pozitif korelasyon, BMİ ile yeme tutumları arasında negatif korelasyon, BMİ ile ŞİSÖ arasında pozitif korelasyon, İnternet bağımlılığı ile ŞİSÖ arasında pozitif korelasyon olduğunu bulduk.

Tartışma: İnternet bağımlılığı ile ilgili çalışmaların son 10 yılda artışı dikkat çekicidir. Literatürde konu ile ilgili çalışmalar incelendiğinde internet bağımlılığının depresif belirtiler (5), dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (6), anksiyete semptomları (7) gibi ruhsal bozukluklarla ilişkili olduğu dikkat çekmektedir. Bununla birlikte yeme bozukluğu alanında çok az çalışma mevcuttur (8). Çalışmamızın verilerinin bu alanda literatüre önemli katkılarda bulunacağını düşünmekteyiz.

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 PrevMedPublicHealth*2005; 38:53–60.
- 3.. Lam LT, Peng ZW, Mai JC, Jing J. Factors associated with Internet addiction among adolescents. *CyberpsycholBehav*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. *PsychiatryClinNeurosci*2009; 63:455–462.
5. Wu AM, Li J, Lau JT, Mo PK, Lau MM, Potential impact of internet addiction and protective psychosocial factors onto depression among Hong Kong Chinese adolescents-direct, mediation and moderation effects, *Compr Psychiatry*.2016 Oct; 70:41–52.
6. Tateno M, Teo AR, Shirasaka T, Tayama M, Warabe M, Kato TA. Internet addiction and self-evaluated attention-deficit hyperactivity disorder traits among Japanese college students. *Psychiatry Clin Neurosci*.2016 Dec; 70 (12): 567–572
7. Scimeca G, Bruno A, Cava L, Pandolfo G, Muscatello MR, Zoccali R. The relationship between alexithymia, anxiety, depression, and internet addiction severity in a sample of Italian high school students. *ScientificWorld Journal*. 2014; 2014:504376.
8. Tao Z, Wu G, Wang Z. The relationship between high residential density in student dormitories and anxiety, binge eating and Internet addiction: a study of Chinese college students. *Springerplus*.2016 Sep 15; 5 (1): 1579.

Anahtar kelimeler: internet bağımlılığı, yeme tutumları, yaşam kalitesi

Tablo 1. Sosyodemografik veriler

		N
Cinsiyet	Kadın	230
	Erkek	236
İkinci öğretim	Evet	267
	Hayır	199
Yaşadığı yer	Ailesiyle beraber	170
	Öğrenci evi	138
	Öğrenci yurdu	158
Günlük internet kullanımı	30 Dk ve altında	20
	30 Dk-2 saat arası	96
	2–3 Saat arası	73
	3–4 Saat arası	27
	4 Saat ve üzeri	245
Sigara	Evet	229
	Hayır	237
Alkol	Evet	119
	Hayır	347
Madde kullanımı	Evet	28
	Hayır	438

Tablo 2. internet bağımlılığı şiddeti

<i>İnternet bağımlılığı şiddeti</i>	<i>N (%)</i>
Yok	100 (21,5)
Hafif	245 (52,6)
Orta	113 (24,2)
Şiddetli	8 (1,7)

Tablo 3. Ölçekler ve değişkenler arasındaki korelasyon

	<i>İnternet Bağımlılığı</i>	<i>Yeme Tutumu</i>	<i>ŞİSÖ</i>
Yaş	-0,01	-0,098*	0,116*
Sınıf	-0,063	0,042	0,056
Akademik Başarı	0,024	0,000	0,047
BMI	-0,077	-0,103*	0,178**
İnternet Bağımlılığı	1	-0,51	0,297**
Yeme Tutumu	-0,051	1	-0,89
ŞİSÖ	0,297**	-0,89	1

BİR EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ PSİKİYATRİSİ POLİKLİNİĞİNE YÖNLENDİRİLEN ADLİ OLGULAR VE AİLE İÇİ ŞİDDET ORANLARI

Dursun Hakan Delibaş¹, Esin Erdoğan¹

¹Sağlık Bakanlığı, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Amaç: Adli psikiyatrik değerlendirme, kolluk kuvvetlerinin adli olayı araştırma sürecinde destek ve birlikteliği içerdiği gibi, psikiyatrik bozukluğun saptanması ve tedavi edilmesi açısından da önemlidir. Polikliniğimize adli psikiyatri hekimi tarafından kolluk kuvvetlerince rapor düzenlenmesi amacıyla yönlendirilen olguların sosyodemografik özelliklerinin ve bu olgular içinde aile içi şiddet oranlarının incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Adli makamlarca 1 Ocak 2016–31 Aralık 2017 tarihleri arasında haklarında adli hekim tarafından rapor düzenlenmesi sürecinde psikiyatri görüşü için polikliniğimize yönlendirilen 16–81 yaşları arasındaki 131 olgunun (107 kadın, 24 erkek) psikiyatrik konsültasyon bilgileri, bilgi işlem sistemindeki bilgileri geriye dönük olarak incelenmiştir. Sosyodemografik özellikler, psikopatoloji ve aile içi şiddet olup olmadığı her olgu için ayrı bir kayıt formu tutularak değerlendirilmiştir.

Sonuçlar: Olguların 118'i (%90) fiziksel şiddet sonrası değerlendirilmek üzere gönderilmiştir. Olguların adli olayı yaşadıkları süre ile psikiyatri hekimi ile görüştüğü süre ortalama $7,8 \pm 10,3$ gündü. 118 fiziksel şiddet olgusunun büyük bir kısmını kadınlar oluşturmuştur (%83,9). Fiziksel şiddet vakalarının %44,1'i aile içi şiddete maruz kalmıştı. Aile içi şiddete maruz kalanların hepsi kadındı. Kadınlara şiddet uygulayan kişi dağılımı değerlendirildiğinde ilk sırada %84,9 (n=45) ile eşler gelmekteydi. Olguların hepsinde adli hekimin konsültasyon talep nedeni, yaşadığı travmatik olayın ruh sağlığını etkileyip etkilemediği ve kalıcı bir ruhsal hastalığa neden olup olmadığıydı. Olgularda saptanan psikiyatrik tanı dağılımı akut stres bozukluğu (%67,2), uyum bozukluğu (%13), travma sonrası stres bozukluğu (%6,9), depresif bozukluktan (%2,3). Olguların %9,9'unda ise aktif psikiyatrik patoloji saptanmadı.

Tartışma: Hukuki açıdan mağdurun yaşadığı olumsuz olaydan fiziksel ve ruhsal etkilenmesinin basit tıbbi müdahale ile giderilip giderilmediği kanaatine göre cezai müeyyide belirlenmektedir. Araştırmamız örnekleminin büyük kısmı travmatik yaşantının erken döneminde olan olgulardan oluşmaktadır. Bu vakalarda erken dönemde en sık görülen tanı akut stres bozukluğudur. Aile içi şiddet toplumumuz için önemli bir sorun olarak devam etmektedir. Özellikle kadınların şiddetten daha fazla etkilendiği açıktır. Bu alanda yapılacak hukuki ve sosyal düzenlemelere ihtiyaç vardır.

Anahtar kelimeler: kadın, şiddet, aile, adli, psikiyatri

BIYORİTİM VE RÜYA ANKSİYETE DÜZEYLERİ AÇISINDAN TIP ÖĞRENCİLERİ

Vahap Ozan Kotan¹

¹Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı

Giriş ve Amaç: Biyolojik ritim mental ve fiziksel açıdan akademik performansla yakından ilişkilidir. Düzensiz uyku, uzamış, geç kalmış uyku ve uyku kalitesinde azalma depresyon ve anksiyete semptomlarının artmasında anlamlı rol üstlenir. Akademik performansın önemli olduğu tıp eğitiminde derste uyuklama ve dersi dinlemekte zorlanma öğrenciler tarafından sık dile getirilen yakınmalardır. Parasal sıkıntılar, mesleki kaygı, uzamış eğitim hayatı, gelecek kaygısı, öğrenilen bilgilerin insan sağlığıyla doğrudan ilgili olarak kullanılacak olması gibi etkenler de tıp öğrencilerindeki anksiyeteyi artıran sebepler arasındadır. Bu çalışmada Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinin biyolojik ritimleri ve rüya anksiyete düzeylerinin saptanması ve bu verilerin birbirleriyle ve öğrencilerin sosyodemografik özellikleriyle ilişkisinin ortaya konması amaçlanmıştır.

Metod: Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi 1, 2, 3, 4 ve 5. sınıflardan çalışmaya katılmaya gönüllü 193 öğrenciyi Biyolojik Ritim Değerlendirme Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Rüya Bunaltı Ölçeği, uyku ilişkili verileri de değerlendiren sosyodemografik veri formu uygulanmıştır. 6. sınıf öğrencileri nöbet tutmaları nedeniyle çalışma dışı bırakılmıştır. Veriler SPSS. 22 dosyasına girilmiş olup istatistiksel değerlendirme Başkent ÜTF Biyoistatistik bölümünce yapılmıştır.

Bulgular: Öğrencilerin sosyodemografik verileri ve ölçek puanları tablo 1 ve 2'de verilmiştir. Biyolojik ritim değerlendirme ölçeği puanları ile rüya bunaltı ölçeği, Beck anksiyete ve depresyon ölçeklerinin puanları arasında pozitif korelasyon saptandı. Biyolojik ritimdeki bozulma arttıkça rüya bunaltı düzeyi, anksiyete ve depresif belirtiler de artmaktaydı. Kız öğrencilerin erkek öğrencilerle karşılaştırıldığında, biyolojik ritimleri daha düzensiz, anksiyete ve rüya anksiyete düzeyleri daha yüksek saptandı. Sigara kullanan öğrencilerde, sigara kullanmayan öğrencilerle karşılaştırıldığında, baskın ritim örüntüsü puanı ve Beck depresyon ölçeği puanı daha yüksek saptandı. Alkol kullanan öğrencilerde, alkol kullanmayan öğrencilerle karşılaştırıldığında aktivite ve toplumsal ritim puanları daha yüksek saptandı. Evcil hayvanı olan tıp öğrencilerinde evcil hayvanı olmayanlarla karşılaştırıldığında rüya bunaltı ölçeği ve baskın ritim örüntüsü puanları daha yüksek bulundu. Derste uyukladığını belirten öğrencilerde, uyuklamayan öğrencilere göre; uyku, aktivite, toplumsal ve baskın ritim örüntüsü puanları, rüya bunaltı ve Beck depresyon puanları daha yüksek saptandı (Tablo 3).

Sonuçlar: Biyolojik ritim ile rüya bunaltı, anksiyete ve depresif belirtiler ilişkilidir. Tıp öğrencilerinin düzenli biyoritmeye sahip olmaları uyku ve rüya kalitesi artışına, kaygı ve depresyon düzeylerinin azalmasına katkı sağlayabilir. Tıp öğrencilerinin sigara, alkol kullanımı ve evde evcil hayvan beslemeleri biyoritimleri ve rüya bunaltı düzeyleri üzerinde olumsuz etkiye sahip etmenlerdendir. Tıp öğrencilerinde derste uyuklama yakınması yaygın olup, bu durum biyoritimdeki düzensizlik için önemli bir gösterge olabilir. Öğrencilerin daha düzenli biyolojik ritimlere sahip olmaları için teşvik edilmesi, ruhsal açıdan daha sağlıklı ve daha başarılı olmalarını sağlayabilir.

Anahtar kelimeler: Biyoritim, uyku, rüya, anksiyete, depresyon, tıp eğitimi

Tablo 1. Öğrencilerin Sosyodemografik Verileri

Yaş Ortalama $\pm$ SD (Min-Maks)	20,4 $\pm$ 2,0 (17–31)
Cinsiyet Kız	123 (%64,0)
Cinsiyet Erkek	70 (%36,0)
Sigara kullanan	36 (%18,6)
Sigara kullanmayan	157 (%81,4)
Alkol kullanan	30 (%15,5)
Alkol kullanmayan	163 (%84,5)
Sosyal aktivite Spor	16 (%8,3)
Sosyal aktivite Kulüp etkinliği	4 (%2,1)
Sosyal aktivite Dans	12 (%6,3)
Sosyal aktivite Müzik	10 (%5,1)
Sosyal aktivite Tiyatro	20 (%10,3)
Sosyal aktivite yok	131 (%67,9)
Evcil hayvan Var	43 (%22,3)
Evcil hayvan Yok	150 (%77,7)
Yaşayış şekli Yalnız	54 (%28,0)
Yaşayış şekli Aile ile	120 (%62,1)
Yaşayış şekli Yurtta	19 (%9,9)

Tablo 2. Öğrencilerin Ölçek Puanları

Biyoritim toplam puanı	47,4 $\pm$ 7,9 (25–69)
Uyku puanı	13,7 $\pm$ 2,4 (5–19)
Aktivite puanı	10,5 $\pm$ 2,8 (5–19)
Toplumsal puan	8,2 $\pm$ 2,3 (4–15)
Yeme alışkanlıkları puanı	8,5 $\pm$ 2,7 (3–16)
Baskın ritim örüntüsü puanı	6,6 $\pm$ 1,3 (3–10)
Rüya bunalı ölçeği puanı	11,9 $\pm$ 12,4 (0–61)
Beck anksiyete puanı	8,2 $\pm$ 7,2 (0–33)
Beck depresyon puanı	10,4 $\pm$ 8,1 (0–41)

Tablo 3. Derste uyuklama durumuna göre öğrencilerin ölçek puanları

	<i>Derste uyuklayan öğrenciler (N=129)</i>	<i>Derste uyuklamayan öğrenciler (N=64)</i>	<i>p</i>
Biyoritim toplam puanı	49,0 ± 7,9	44,4 ± 7,2	0,000*
Uyku puanı	14,2 ± 2,2	13,0 ± 2,8	0,001*
Aktivite puanı	11,0 ± 3,0	9,8 ± 2,3	0,003*
Toplumsal puan	8,6 ± 2,3	7,4 ± 2,0	0,002*
Yeme alışkanlıkları puanı	8,8 ± 2,9	8,2 ± 2,6	0,250
Baskın ritim örüntüsü puanı	6,9 ± 1,3	6,3 ± 1,3	0,013*
Rüya bunalı puanı	13,8 ± 12,9	8,3 ± 10,7	0,001*
Beck anksiyete puanı	8,8 ± 7,4	7,0 ± 6,7	0,089
Beck depresyon puanı	11,5 ± 8,2	8,1 ± 7,4	0,004*

CİNSEL KİMLİK VE/VEYA YÖNELİM BOZUKLUĞU OLAN 10 ERGEN OLGUNUN BİLİŞSEL, RUHSAL VE AİLESEL ÖZELLİKLERİ

Emel Sarı Gökten¹

¹Üsküdar Üniversitesi Npistanbul Beyin Hastanesi

Cinsel kimlik, bireyin kendi bedenini ve benliğini belirli bir eşeylik (cinsellik) içinde algılayışı, duygu, tutum ve davranışlarında bu eşeyliğe uygun olarak yönelmesidir (Öztürk 1997). Başka bir deyişle, cinsel kimlik bireyin iç dünyasında kendisini hangi cinsiyet içinde algıladığını belirler.

Cinsel yönelim (sexual orientation) ise kişinin cinsel dürtülerinin hangi cinsle yönlendiğini belirler. Belli bir cinsiyetteki bireye karşı süregelen duygusal ve cinsel çekim olarak tanımlanabilir. Heteroseksüellik, eşcinsellik, biseksüellik gibi.

Ergenlik döneminin sonunda ikincil cinsiyet özelliklerinin de belirginleşmesiyle cinsel kimliğin gelişiminin tamamlandığı varsayılmaktadır. Cinsel kimlik gelişimi sürecinde çocuğun biyolojik özellikleri, aile dinamikleri ve çevresel etkenlerin de etkisiyle bazı çocuklarda cinsel kimlik gelişiminde sorunlar ortaya çıkabilmektedir. Bu duruma bağlı olarak ergenlik yıllarında cinsel kimliği konusunda karmaşa yaşayan bu çocukların, kendini karşı cins gibi hissettiği, bazılarında ise eşcinsel yönelimlerin yaşandığı görülmektedir. Ayrıca bu durum sosyal uyumu zorlaştırabilmekte ve buna bağlı olarak ek psikopatolojiler geliştirebilmektedirler.

Sunumumuzda kurumumuza cinsel kimlik ve/veya cinsel yönelim bozukluklarıyla gelen 10 ergen olgunun bilişsel, ruhsal ve ailesel özellikleri incelenecektir. Olgulardan 5'i kız, 5'i erkekti. Kızların yaş ortalaması 14, erkeklerin ise 15'ti.

Kız olgulardan 3 tanesi cinsel kimlikle ilgili, 2'si sadece cinsel yönelimle ilgili zorluklar yaşıyordu. Cinsel kimlik problemleri yaşayan 3 ergen kızın ikisinin akademik başarıları ve okul devamı sorunsuzken, biri okula düzenli devam etmiyordu. Okula düzenli devam etmeyen olgu yoğun suisid düşünceleri nedeniyle yatırıldı. Takiplerine devam eden olgunun depresyonu geriledi, cinsel kimliği kız yönünde gelişti ve erkeklerle ilgi duymaya başladığı izlendi. Bu olgunun aile içi ilişkilerinde yoğun zorluklar mevcuttu. Anne bipolar bozukluk, baba ise alkol bağımlısıydı. Anne ve baba arasındaki gerginlik süreç boyunca devam etti. Olgunun düzenli okula devamı sağlanamadı, anne ve baba arasındaki yaklaşım tutarsızlıkları nedeniyle olgunun davranış kontrolü tam olarak sağlanamadı. Psikoterapi süreci devam etmektedir. Cinsel yönelimle ilgili sorunlar yaşayan kız ergenlerin ikisinin de akademik başarıları ve okul devamları sorunsuzdu. Olguların tümünün eşlik eden psikiyatrik tanıları depresyondur.

Erkek olguların hepsi cinsel yönelimle ilgili sorun yaşıyordu. Cinsel kimliklerinde problem yoktu. Erkek olguların okul başarıları ve okula devamları sorunsuzdu. Olgulardaki cinsel yönelim bozukluğuna eşlik eden psikiyatrik tanıları; birinde bipolar bozukluk, üçünde depresyon ve kaygı bozukluğu, birinde ise kaygı bozukluğu ve dürtü kontrol bozukluğuydu. Olgulardan bipolar bozukluk tanısı alan ergenin ajitasyon ve çevreye zarar verici davranışları nedeniyle hastaneye yatırıldı. Tam remisyona taburcu edilen olgunun psikiyatrik belirtileri yatışmakla birlikte cinsel yöneliminde bir değişiklik olmadı. İki olgu psikoterapi sürecine düzenli devam etti, süreçte psikiyatrik belirtilerinde ciddi oranda düzelmeler oldu. Cinsel yönelimlerinde herhangi bir değişiklik olmadı. Diğer iki olgunun psikoterapi takipleri yeni başladı.

Cinsel kimlik ve/veya yönelim bozukluğu nedeniyle kurumumuza başvuran ergen olguların tümünde eşlik eden en az bir psikiyatrik tanı mevcuttu. Tedavi, eş tanıya yönelik medikasyon ve psikoterapi şeklinde düzenlendi. Olguların her biri psikiyatrik eş tanı açısından tedavi sürecinde önemli gelişmeler gösterdi. Bir erkek ve bir kız olgunun eş tanı nedeniyle yatırılarak tedavi olması gerekti. Olguların her birinde aile içi problem çözme, iletişim, aile içi rol dağılımı ve duygu ifadesi alanlarında güçlükleri vardı.

Anahtar kelimeler: cinsel kimlik, cinsel yönelim, ergen, psikiyatrik eş tanı

ERKEN DÖNEM OTOZOMAL DOMİNANT POLİKİSTİK BÖBREK HASTALIĞINDA ANKSİYETE VE DEPRESYON SIKLIĞI

Demet Yıldız¹

¹Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Bursa, Türkiye

Giriş: Depresyon ve anksiyete insidansı Kronik Böbrek Yetmezliği (KBY) hastalarında belirgin olarak artmış olup en sık görülen psikiyatrik hastalıklardır. KBY hastalarında depresyonun, yaşam kalitesindeki olumsuz etkileri yanında mortaliteyi arttırdığı ve tedavi sonuçlarını olumsuz yönde etkilediği gösterilmiştir. KBY, başta hipertansiyon (HT) ve diyabet olmak üzere birçok nedene bağlı olup en sık nedenlerinden biri genetik geçişli olan ve genellikle 5. veya 6. dekatta son dönem böbrek yetmezliği ile sonuçlanan Otozomal Dominant Polikistik Böbrek Hastalığı (ODPBH) dır. Hastaların ailesinde aynı hastalıktan diyalize giren kişiler olması ve hastalarda tanı yaşı genellikle erken dönemde ortalama ikinci dekatta olması bu hastalıkta psikososyal faktörlerin önemini göstermektedir. Bu çalışmada diyaliz tedavisi görmeyen ve aile öyküsü ile birlikte ultrason kriterleri ile birlikte ODPBH tanısı almış hastalarda ve farklı nedenlerle KBY gelişen hastalarda anksiyete ve depresyon sıklığını araştırmayı planladık

Materyal ve Metot: Çalışmaya Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesinde izlenen 36 ODPBH, 30 KBY hastası ve 28 sağlıklı kontrol alındı. Değerlendirme sırasında mental retardasyon, demans, psikotik bozukluk ve hikâyesinde psikotrop ilaç kullanma hikâyesi olan hastalar çalışmada dışı bırakıldı Tüm katılımcıların demografik bilgileri alındı. Çalışmaya alınan hastaların rutin nefroloji poliklinik kontrollerindeki laboratuvar tetkikleri kayıt edildi. Anksiyete ve Depresyon için Beck depresyon ve Hamilton anksiyete ölçeği kullanıldı. Tüm katılımcılar çalışmaya katılmadan önce yazılı izin verdiler. Çalışma için Bursa Yüksek İhtisas Hastanesi etik komitesinden onay alındı

Bulgular: KBY, ODPBH ve kontrol grubunun klinik ve laboratuvar özellikleri Tablo 1’de gösterilmiştir. Gruplar arasında yaş ve diyabet oranı KBY grubunda belirgin olarak daha yüksekti. KBY hastalarında böbrek fonksiyonları ODPBH’na göre belirgin olarak daha kötüydü. KBY hastalarında depresyon ve anksiyete skalası, kontrol ve ODPBH’na göre belirgin olarak daha kötüydü. Kontrol ve ODPBH arasında anksiyete ve depresyon skalaları benzerdi. (Tablo 2)

Tartışma ve Sonuç: KBY nedenleri arasında olan birçok hastalık ağrısız ve sessiz seyrir varken, ODPBH da yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen ağrı hastalığının temel özelliklerindendir. Hastalarda aynı zamanda otozomal dominant geçiş nedeni ile hastalığı diğer kuşaklara aktarma kaygısına bağlı suçluluk duygusu belirgindir. Çalışmamızda KBY hastalarında belirgin depresyon ve anksiyete sıklığı böbrek fonksiyonlarının belirgin olarak daha bozuk olması ve etyolojide diyabet gibi kronik hastalıkların varlığı ile ilişkili olduğu düşünüldü. Literatürde ODPBH da bildirilen anksiyete ve depresyon sıklığının çalışmamızda kontrol grubu ile benzer sıklıkta olması hasta sayısının az olması, hastalığın erken dönemde olması ile ilişkili olabilir. En sık görülen genetik geçişli hastalık olan ve %100 penetrans ile aynı aile içerisinde birçok bireyi etkileyen ODPBH da morbiditeyi arttıran anksiyete ve depresyon sıklığı hastalığın farklı evrelerinde ve daha geniş hasta serilerinde araştırılması gerektiğini düşünmekteyiz

Anahtar kelimeler: Otozomal Dominant Polikistik Böbrek Hastalığı, Anksiyete, Depresyon, Kronik Böbrek Yetmezliği

Tablo 1.

	Kontrol (n=28)	ODPBH(n=36)	KBY(n=30)	P değeri
Yaş(Yıl)	43±11	44±12	57±13*	p<0,001
Cinsiyet(E/K)	(5/23)	(14/22)	(12/18)	0,091
Diyabeti(var/yok)	(0/36)	(1/35)	(15/15)*	<0,001
Sigara(%)	20	40	22	0,087
HT(%)	2,9	63†	80‡	<0,001
Antihipertansif (%)	0	49†	51‡	<0,001
AKS(mg/dL)	90(76-100)	88(72-164)	104(66-300)*	p<0,001
GFR-EPI (ml/dk)	90(73-132)	87(11-132)	46(22-62)*	P<0,001
Total Prot (mg/dL)		7,3(6,8-8)	7,5(4,5-13,5)	0,414
Albumin (mg/dL)		4,4(3,7-5,5)	4,4(1,8-5,3)	0,772
Kalsiyum(mg/dL)		9,4(8,7-10,3)	9,3(7,2-10,4)	0,278
Fosfor(mg/dL)		3,5±0,4	3,5±0,5	0,932
WBC		7500±1200	8700±2800	0,06
Hgb(g/dL)		13,6(11,4-17,7)	12,6(8,1-15,9)	0,068
Trombosit		277±101	243±67	0,118

*: KBY grubunda kontrol ve ODPBH na göre anlamlı olarak yüksekti

†:ODPBH kontrol grubu ile karşılaştırıldı

‡:KBY hastaları kontrol grubu ile karşılaştırıldı

Tablo 2.

	Kontrol(n=28)	ODPBH(n=36)	KBY(n=30)	P değeri
Hamilton Anksiyete (Total)	10(2-31)	11(1-33)	21(0-42) †	0,018
Hamilton(Somatik)	5(1-19)	7(0-22)	15(0-28)	0,001
Hamilton(Psşik)	4,5(1-18)	4(0-14)	6(4-14)	0,482
Beck Depresyon	7,5(0-29)	8(1-30)	16(0-44)*	0,01

†:KBY ile kontrol ve ODPBH karşılaştırıldı (p=0,008 ve 0,01 sırasıyla)

*: KBY ile kontrol ve ODPBH karşılaştırıldı (p=0,001 ve 0,007 sırasıyla)

VAJİNİSMUSU OLAN KADINLARDA ÇOCUKLUK ÇAĞI İSTİSMAR ORANLARI

Müberra Kulu¹, Ejder Akgün Yıldırım²

¹*Tokat Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi*

²*Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi*

Amaç: Vajinismus Türkiye’de sık rastlanan bir cinsel sorundur (Yıldırım ve ark. 2011, Tugrul ve Kabakçı 1997). Fakat vajinismusun etyoloji ve patofizyolojisi tam olarak anlaşılamamıştır. Biz çalışmamızda vajinismuslu olan Türk kadınlarında çocukluk çağı travmalarının sıklığını belirlemeyi amaçladık.

Metot: Cinsel İşlev Bozukluğu polikliniğinde vajinismus tanısı alan 50 hasta ve cinsel işlevle ilgili herhangi bir şikayeti olmayan 50 gönüllü kontrol grubu çalışmaya alındı. Her iki grupta; cinsel fonksiyonların değerlendirilmesi için Golombok Rust Cinsel Doyum Envanteri-vajinismus alt skalası özbidirim ölçeğini doldurdu ve ayrıntılı klinik görüşme ile doğrulandı. Her iki gruba; Sosyodemografik ve klinik görüşme formu, Çocukluk Çağı Travma Yaşantıları Ölçeği ve Travmatik Yaşantılar Ölçeği uygulandı ve sonuçlar istatistiksel olarak değerlendirildi.

Bulgular: Gruplar arasında sosyodemografik veriler arasında farklılık saptanmadı. Çocukluk Çağı Travma Yaşantılar Ölçeği fiziksel ($p=0,005$) ve cinsel istismar puanları ($p=0,018$) vajinismuslu hasta grubunda kontrol grubundan anlamlı olarak yüksek bulundu. Travmatik yaşantılar ölçeğinin; duygusal ihmal, duygusal istismar, fiziksel istismar, cinsel taciz ve cinsel istismar alt ölçekleri vajinismuslu grupta anlamlı olarak yüksekti ($p = 0,003$, $p = 0,012$, $p = 0,005$, $p < 0,000$, $p < 0,000$).

Sonuç: Vajinismuslu kadınlarda çocukluk çağı istismar oranı daha yüksekti. Çocukluk çağındaki duygusal, fiziksel ve özellikle de cinsel travmatik deneyimler vajinismusta etyolojik bir faktör olabilir ve cinsel terapi sırasında klinisyenler için kritik bilgiler sağlayabilir

Kaynaklar

Yıldırım EA, Akyüz F, Hacıoğlu M ve ark. (2011) Cinsel işlev bozuklukları kliniğine başvuran olgularda başvuru yakınıması ile klinik tanı arasındaki ilişki. Nöropsikiyatri Arşivi, 48 (Özel 1): 24–30.

Tugrul C, Kabakçı E (1997) Vaginismus and its correlates. Sexual and Marital Therapy, 1997; 12 (1), 23–34.

Anahtar kelimeler: Vajinismus, çocukluk çağı cinsel istismarı, travma

TROKANTERİK KIRIK NEDENİYLE OPERE EDİLEN HASTALARDA TABURCULUK ÖNCESİ DÜŞME KORKUSU İLE İLİŞKİLİ PSİKİYATRİK FAKTÖRLER

Mahmut Kalem¹

¹Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi Anabilim Dalı

Amaç: Yaşlı bireylerde, kalça kırığı yüksek mortalite ve morbidite ile ilişkilidir. Hastaların bakımverenlerin yaşam kalitesinde önemli ölçüde azalmaya neden olur. Prognoz açısından etkili olan çok sayıda faktör tanımlanmıştır. Bunlar arasında ileri yaş ve düşük premorbid işlevsellik seviyesi iyi bilinen risk faktörleri arasında yer almaktadır. Ayrıca, özellikle son yıllarda psikiyatrik sorunların da işlevsel iyileşme ve mortaliteyi yordayabileceği çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir. Depresyon, anksiyete, bilişsel sorunlar, ağrı ve düşme korkusu kötü prognozla ilişkilendirilmiştir. Yapılan çok sayıda çalışmada düşme korkusunun kalça kırığı cerrahisi sonrasında kötü sonuçlarla doğrudan ilişkili olduğu bildirilmiştir. Bu çalışmanın amacı; daha önce çeşitli çalışmalarda kalça kırığı cerrahisi sonrası kötü prognozu yordayıcı bağımsız bir faktör olduğu bildirilen düşme korkusu ile psikiyatrik faktörlerin ilişkisini incelemektir.

Yöntem: Çalışmaya Ankara Üniversitesi'nde trokanterik kırık nedeniyle opere edilen en az ilkökul mezunu 20'si kadın 44 hasta dahil edilmiştir. Çalışma için Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan onay alınmıştır. Alkol, madde kullanım bozukluğu, demans, deliryum, mental retardasyon, şizofreni ve bipolar bozukluk tanısı olanlar çalışmaya dahil edilmemiştir. Tüm veriler, hastalardan yazılı onam alınarak operasyon sonrasında taburcu edileceği gün toplanmıştır. Premorbid işlevsellik durumunu da içeren bir sosyodemografik veri formu kullanılmıştır. Hastalara Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmış ağrı için görsel analog ölçeği (GAÖ), yaşlılar için depresyon ölçeği (YDÖ), sürekli ve durumluk anksiyete envanteri (SAE, DAE), uluslararası düşme etkinlik skalası-I (UDES-I) uygulanmıştır. UDES-I ile diğer ölçek skorları arasındaki ilişki Pearson ya da Spearman korelasyon analizleriyle incelenmiştir. Ayrıca, UDES-I skorunun bağımlı değişken olduğu; yaş, YDÖ, SAE ve DAE skorlarının aynı anda dahil edildiği bir çoklu lineer regresyon modeli uygulanmıştır. Yapılan tüm istatistiksel analizler için anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen grubu tanımlayıcı veriler Tablo-1'de sunulmuştur. Premorbid işlevsellik verilerine göre; hastaların %77,3'ü bir yakınıyla yaşadığını, %68,2'si günlük işlerinde hiçbir zaman yardıma ihtiyaç duymadığını ve %84,1'i destekli ya da desteksiz olarak yürüyebildiğini bildirmiştir. Yapılan Pearson ve Spearman korelasyon analizlerinin sonuçları Tablo-2'de sunulmuştur. Buna göre, düşme korkusu ile depresyon ve sürekli anksiyete skorları arasında anlamlı ve pozitif yönde ilişki tespit edilmiştir ($p < 0,01$). Uygulanan çoklu regresyon modelinin sonuçları Tablo-3'te sunulmuştur. Model bir bütün olarak anlamlıdır, varyansın %35,9'unu açıklamaktadır. Yordayıcı faktörler incelendiğinde, sadece depresyon skorlarının anlamlı etkisinin olduğu tespit edilmiştir.

Sonuç: Çalışmamızda trokanterik kırık nedeniyle opere edilen hastalarda, taburculuk öncesi düşme korkusuyla depresyon ve sürekli anksiyete skorları arasında pozitif yönde ve anlamlı bir korelasyon saptanmıştır. Oluşturulan çoklu lineer regresyon modelinde ise sadece depresyon anlamlı bir bağımsız değişken olarak yer almıştır. Depresyon, önceki çalışmalarda da iyi tanımlanmış bir risk faktörüdür. Önceki çalışmalarda bildirilen aksine yaş, ağrı ve durumluk anksiyete skorlarının

herhangi bir anlamlı etkisi saptanmamıştır. Yine çalışmamızın önemli kısıtlılıklarından birisi de örneklem büyüklüğünün yetersiz olmasıdır. Dolayısıyla, düşme korkusuna etki eden faktörlerin daha iyi anlaşılması için geniş örneklemli, çalışmamızda ele alınmamış olan bilişsel durum, kişilik özellikleri ve sosyal destek düzeyi gibi olası karıştırıcı etmenlerin de ele alındığı çalışmalara ihtiyaç vardır. Düşme korkusunu yordayıcı etmenlerin daha iyi anlaşılmasıyla, trokanterik kırık hastalarında önemli bir prognostik faktör etkili bir şekilde ele alınabilir; hastalarda mortalite ve morbidite oranları azalabilir.

Anahtar kelimeler: trokanterik kırık, cerrahi, anksiyete, depresyon, düşme korkusu

Tablo 1. Tanımlayıcı veriler

	<i>Ort±SS (min-max)</i>
Yaş	72,84±15,89 (33–98)
YDÖ	11,72±6,73 (2–26)
DAE	92,25±14,87 (57–126)
SAE	80,66±10,15 (61–107)
UDES-I	34,86±12,20 (16–64)
GAÖ	4,3±2,63 (0–9)

Tablo 2. Pearson korelasyon analizleri

	<i>UDES-I</i>	<i>Yaş</i>	<i>YDÖ</i>	<i>DAE</i>	<i>SAE</i>
UDES-I	-				
Yaş	0,217	-			
YDÖ	0,613*	0,220	-		
DAE	0,246	0,147	0,670*	-	
SAE	0,389*	0,113	0,732*	0,812*	-
GAÖ	0,080	-0,139	0,235	0,289	0,167

*p<0,01, **GAÖ için Spearman, korelasyon analizi

Tablo 3. Çoklu lineer regresyon analizi

	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>β</i>
Sabit	22,81	18,09	
YDÖ	1,12	0,37	,61*
DAE	-0,28	0,22	-, 30
SAE	0,19	0,32	,15
Yaş	0,13	0,11	,16

*p<0,01, R²=, 36

TOPLUM RUH SAĞLIĞI MERKEZİNDEN HİZMET ALAN HASTALARDA UĞRAŞI AKTİVİTELERİNE KATILIMIN SOSYAL KAYGI DÜZEYİNE ETKİSİ

Ece Yazla Asafov¹, Halil İbrahim Ölçüm², Mehmet Emrah Karadere¹

¹Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi

²Hitit Üniversitesi Çorum Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Sosyal kaygı şizofreni hastalarında oldukça sık görülen bir durumdur ve beraberinde daha düşük sosyal uyum ve yaşam kalitesinin eşlik ettiği gösterilmiştir (1). Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde (TRSM) verilen hizmetlerin şizofreni hastalarında yaşam kalitesini, genel ve sosyal işlevselliği belirgin olarak artırdığı saptanmıştır (2). Bu çalışmanın amacı, en az bir yıldır haftalık düzenli uğraşı aktivitesi katılımı gösteren ve bir psikotik bozukluk tanısına sahip hastaların, uğraşı aktivitelerine katılmadığı halde en az 1 yıldır düzenli olarak tedavi takibinin yapıldığı hastalara göre sosyal kaygı düzeylerini karşılaştırmaktır.

Yöntem: Bu çalışma 2017 yılında Çorum TRSM’de psikotik bozukluk tanılı hastalar ile gerçekleştirildi. Uğraşı aktivitelerine katılan 20 hasta (Olgu grubu) ile yalnızca tedavi takibi sağlanan ve herhangi bir düzenli bir sosyal aktivite katılımı (okul, iş, herhangi bir kursa katılım v. b.) olmadığı bilinen 20 hasta (Kontrol grubu) çalışmaya dahil edildi. Çalışmaya katılmayı kabul eden hastalara araştırmacı tarafından hazırlanan Sosyodemografik Bilgi Formunun yanı sıra Klinik Global İzlenim Ölçeği (CGI), Pozitif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği (PBDÖ), Negatif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği (NBDÖ) ve Liebowitz Sosyal Kaygı Ölçeği uygulandı.

Bulgular: Olgu ve kontrol gruplarında yaş, cinsiyet, doğum yeri, eğitim durumu, medeni durum, intihar öyküsü ve kullandığı antipsikotik tipi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p>0,05$). Çalışma kapsamında uygulanan klinik ölçek puanları karşılaştırıldığında PBDÖ alt ölçeklerinin tümü ve NBDÖ alt ölçeklerinden alogia, anhedoni, dikkat ve duygu küntlüğü altölçekleri açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmazken NBDÖ alt ölçeklerinden avölüsyon ile Libowitz alt ölçeklerinden kaygı ve kaçınma açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptandı ($p<0,05$).

Tartışma: Uğraşı aktivitelerine düzenli olarak katılan psikotik bozukluk tanılı hastaların, uğraşı aktivitelerine katılmayan hastalara göre sosyal kaygı düzeylerinin ve kaçınma düzeylerinin daha düşük olduğu bulundu. Uğraşı aktivitelerinin sosyal işlevselliği artırdığı düşünüldüğünde, şizofreni tanılı bireylerde zayıf sosyal işlevselliğin sosyal kaygı ile pozitif korelasyon gösterdiğini (3) ve TRSM hizmetlerinin şizofreni hastalarının sosyal işlevselliklerini artırdığını bildiren çalışmalar bu bulguyu desteklemektedir (2). İleride hasta sayısı artırılarak yapılacak daha kapsamlı çalışmalar ile hastaların sosyal kaygı düzeylerini azaltmaya yönelik girişimlerin yaygınlaştırılacağına inanmaktayız.

Kaynaklar

1. Pallanti S, Quercioli L, Hollander E. Social anxiety in outpatients with schizophrenia: A relevant cause of disability. *Am J Psychiatry* 2004; 161:53–58.
2. Ensari H, Gültekin BK, Karaman D, Koç A, Beşkardeş AF. Bolu Toplum Ruh Sağlığı Merkezi hizmetlerinin şizofreni hastalarındaki yaşam kalitesi, yeti yitimi, genel ve sosyal işlevsellik üzerine etkisi: Bir yıllık izleme sonuçları *Anatolian Journal of Psychiatry*. 2013; 14:108–14.
3. Blanchard JJ, Mueser KT and Bellack AS. Anhedonia, positive and negative affect, and social functioning in schizophrenia. *Schizophr. Bull.* 1998; 24:413–424

Anahtar kelimeler: Toplum Ruh Sağlığı Merkezi, Sosyal kaygı ve psikotik bozukluklar

Tablo 1. Olgu ve kontrol gruplarının sosyodemografik özellikleri

	<i>Olgu grubu</i>		<i>Kontrol grubu</i>			
Yaş	N	%	N	%	χ^2	P
18–25	0	0	2	10	3,926	0,289
26–35	5	25	8	40		
36–45	6	30	5	25		
46 üstü	9	45	5	25		
Cinsiyet						
Erkek	10	50	15	75	2,667	0,191
Kadın	10	50	5	25		
Doğum yeri						
Köy	9	45	12	60	0,902	0,527
Kent	11	55	8	40		
Eğitim durumu						
İlkokul mezunu	10	50	5	20	2,558	0,200
Ortaokul mezunu	4	20	4	25		
Lise mezunu	6	30	9	45		
Üniversite mezunu	0	0	2	10		
Medeni durumu						
Evlü	6	30	8	40	5,0179	0,173
Bekar	8	40	10	50		
Dul/Boşanmış	6	30	2	10		
İntihar öyküsü						
Var	4	20	5	25	0,140	0,708
Yok	16	80	15	75		
Antipsikotik tipi						
Tipik	2	10	0	0	2,473	0,342
Atipik	15	75	18	90		
Kombine	3	15	2	10		

Tablo 2. Olgu ve kontrol gruplarının ölçek puanlarının karşılaştırılması

	<i>Olgu grubu (Ort ± Ss)</i>	<i>Kontrol grubu (Ort ± Ss)</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
CGI	9,15±1,38	9,45±1,43	178,00	0,543
PBDÖ				
Varsanı	1,35±1,30	0,65±0,93	140,50	0,083
Hezeyan	1,40±1,35	0,80±1,05	149,00	0,144
Bizar davranış	0,10±0,30	0,10±0,44	191,00	0,594
Pozitif formal düşünce bozukluğu	0,45±0,99	0,40±0,68	192,00	0,782
NBDÖ				
Alogia	2,00±0,91	1,85±1,08	173,00	0,441
Anhedoni	1,80±0,89	2,25±0,96	149,00	0,150
Dikkat	1,70±1,12	1,45±0,99	173,00	0,448
Avolüsyon	0,55±0,60	1,40±0,88	92,50	0,002*
Duygu küntlüğü	2,50±0,82	2,35±1,13	175,00	0,478
Liebowitz				
Kaygı	46,05±13,49	59,25±16,46	113,50	0,019*
Kaçınma	42,45±11,84	56,45±16,00	99,00	0,006*

RAMAZAN ORUCUNUN HEKİMLERİN DUYGUDURUMUNA OLAN ETKİSİ; RAMAZANIN İNSAN PSİKOLOJİSİ ÜZERİNE KORUYUCU BİR ETKİSİ VAR MI?

Özgür Erdem¹

¹Lice Halis Toprak Vakfı Devlet Hastanesi

Amaç: Bu çalışma Ramazan orucunun insan psikolojisi üzerindeki etkisini araştırmak amacıyla Diyarbakır'da birinci basamakta çalışan aile hekimleri arasında yapılmıştır.

Yöntem: Kesitsel tipteki bu çalışmada, araştırmancının evrenini Diyarbakır'da aile sağlığı merkezlerinde çalışan aile hekimleri oluşturmaktadır. Literatür araştırmasından sonra bir anket formu hazırlandı. Bu anketin birinci bölümünde sosyo-demografik veriler ikinci bölümünde ise Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Bilgel ve Bayram tarafından yapılan depresyon anksiyete ve stress skalası (DASS-42) kullanıldı. DASS skalası 42 sorudan oluşmuş olup 14 soru depresyon, 14 soru anksiyete ve 14 soru stres ile ilişkilidir. Katılımcılar çalışmanın amacı, kişisel bilgilerin gizliliği ve korunması ile ilgili bilgilendirildi ve onamları alındı. İstedikleri anda anketi cevaplamaktan vazgeçebilecekleri belirtildi.

Depresyon, anksiyete ve stress gibi ruhsal hastalıkların etyolojisinde; çevresel faktörler, eğitim, ekonomik şartlar, yaşanan coğrafya, mevsimler ve meslek gibi faktörlerin önemli derecede rol aldığı bilinmektedir. Bu nedenle, aynı meslek ve eğitim düzeyine sahip, benzer ekonomik geliri olan, aynı coğrafyada yaşayan ve benzer hasta grupları ile ilgilenen doktorlar çalışmaya dahil edildi. Anket 293 kişi katıldı. Kırsal kesimde yaşayanlar dışarıda bırakıldı. Ayrıca çalışmamıza katılmayı kabul eden hekimlerden; "Son bir yıl içinde psikolojinizi ciddi düzeyde etkileyebilecek kaza-ölüm vb büyük bir olay yaşadınız mı?", "Son 6 ay içinde herhangi bir psikiyatrik tedavi gördünüz mü?", "Kronik bir hastalığınız var mı?" ve "Sürekli kullandığınız bir ilaç var mı?" sorusuna "evet" yanıtı veren kişiler (n=84) değerlendirme dışında bırakıldı. Böylece karıştırıcı faktörler en aza indirilmeye çalışıldı. Geriye bilinen herhangi bir sağlık problemi olmayan, ruh ve beden sağlığı açısından risk grubunda olmayan 209 sağlıklı birey istatistiksel değerlendirmeye dahil edildi.

Verilerin elde edilmesinde online anket tekniği kullanıldı. Çalışma 2017 yılı Ramazan ayının en son haftasında 21-25 Haziran tarihleri arasında yapıldı. Verilerin analizinde SPSS 21,0 istatistiksel paket programı kullanıldı. Anketin güvenilirlik testi yapıldı ve Cronbach's Alpha değeri =0,963 olarak hesaplandı. Kolmogorov Smirnov testi ile normal dağılım gösterip göstermediği ve homojenlik testi yapıldı. Normal dağılım göstermeyen ölçümlerin karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi uygulandı. Ordinal ve nominal değerlerin karşılaştırılmasında ki kare testi kullanıldı. P<0,05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Değerlendirmeye dahil edilen 209 kişiden 163'ü "bu yıl Ramazanda ayında oruç tuttuğunu" 46'sı ise "bu yıl Ramazan ayında oruç tutmadığını" belirtti. Kişilerin yaş ortalaması 38,0±7,5 (24-64) yıl idi. . Hem oruç tutan hem de oruç tutmayan doktorlara göre; Ramazan ayında başvuran hasta sayısının azaldığı ve hastaların daha fazla agresif olduğu belirlenmiştir (p>0,05). Katılımcıların diğer sosyodemografik verileri Tablo 1'de özetlendi. DASS puanına göre Ramazanda oruç tutanlarda oruç tutmayanlara göre; depresyon (p<0,05), anksiyete (p>0,05) ve stres (p<0,05) puanları daha düşük bulundu (Tablo 2). Ramazan ayında oruç tutanlarda oruç tutmayanlara göre; depresyon, anksiyete ve stres sıklığı daha düşük bulundu (Tablo 3). Oruç tutanlarda depresyon

prevalansı %27,0 iken oruç tutmayanlarda %45,7 ($p<0,05$), oruç tutanlarda anksiyete prevalansı %25,2 iken oruç tutmayanlarda %41,3 ($p<0,05$) ve oruç tutanlarda stres prevalansı %21,9 iken oruç tutmayanlarda %37,0 bulundu ($p<0,05$).

Sonuç: Mevcut çalışma sonuçları, Ramazan ayında oruç tutmanın, stres, kaygı ve depresyon düzeylerini azaltmada etkili olduğunu göstermiştir. Dolayısıyla, Ramazan ayının insan psikolojisi üzerinde koruyucu bir etkisi olduğu sonucuna varılmıştır. Ancak bu konuda daha fazla, büyük ölçekli ve yapılandırılmış çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar kelimeler: Depresyon, Anksiyete, Stres, Ramazan Orucu, Psikoloji, Aile Hekimi

Tablo.1 Katılımcıların sosyodemografik özellikleri

		Bu Yıl Ramazanda Oruç Tuttunuz Mu? *			P **
		Hayır (n=46)	Evet (n=163)	Toplam (n=209)	
		%	%	%	
Cinsiyet	Kadın	32,6	13,5	17,7	p<0,05
	Erkek	67,4	86,5	82,3	
Medeni Durum	Bekar	21,7	17,8	18,7	p>0,05
	Evli	78,3	82,2	81,3	
Sigara İçiyor musunuz?	Hayır	78,3	71,8	73,2	p>0,05
	Evet	21,7	28,2	26,8	
Ramazan (oruç) ayında hastalar daha çok agresif oluyor mu?	Hayır	28,3	42,3	39,2	p>0,05
	Evet	71,7	57,7	60,8	
Bu yıl Ramazan ayında size başvuran hasta sayısı önceki zamanlara göre nasıl bir değişiklik gösterdi?					
	Azaldı	50,0	62,6	59,8	p>0,05
	Değişmedi	43,5	33,1	35,4	
	Arttı	6,5	4,3	4,8	
Yaş Ortalaması±SS		37,0±7,6	38,3±7,6	38,0±7,5	p>0,05
(min- max yıl)		(25-64 yıl)	(24-63 yıl)	(24-64 yıl)	
Sağlık Sektöründe çalışma yılı		11,5±7,1	12,7±6,8	12,4±6,9	p>0,05
Ortalama ±SD (min- max yıl)		(1-34 yıl)	(1-34 yıl)	(1-34 yıl)	

* : Sütun yüzdesi verilmiştir.

** : Ki kare testi ya da Mann whitney U testi uygulanmıştır.

Tablo 2. Ramazan ayında oruç tutma durumuna göre DASS puanı

Bu yıl Ramazan Ayında ORUÇ Tuttunuz mu?		DEPRESYON Toplam Puan	ANKSİYETE Toplam Puan	STRES Toplam Puan
HAYIR (n=46)	Ortalama $\pm$ SS	9,4 $\pm$ 8,4	7,6 $\pm$ 7,1	13,4 $\pm$ 8,8
	Median (min- max)	7,5(0-36)	6(0-34)	12(0-34)
EVET (n=163)	Ortalama $\pm$ SS	6,6 $\pm$ 6,1	5,2 $\pm$ 4,7	10,3 $\pm$ 6,5
	Median (min- max)	4 (0-30)	4 (0-23)	10 (0-34)
P *		0,044	0,060	0,044

*Mann whitney U testi uygulanmıştır.

Tablo 3. Katılımcıların Ramazan ayında oruç tutma durumuna göre DASS sınıflandırması

BU YIL Ramazan Ayında ORUÇ Tuttunuz mu?*								
	Hayır (n=46)	Evet (n=163)		Hayır (n=46)	Evet (n=163)		Hayır (n=46)	Evet (n=163)
DEPRESYON*	%	%	ANKSİYETE*	%	%	STRES*	%	%
Normal	54,3	73,0	Normal	58,7	74,8	Normal	63,0	79,1
Hafif	19,6	11,0	Hafif	10,9	8,0	Hafif	13,0	12,9
Orta	19,6	13,6	Orta	13,0	14,2	Orta	13,0	5,6
İleri	2,2	1,8	İleri	10,9	1,8	İleri	8,8	1,8
Çok ileri	4,3	0,6	Çok ileri	6,5	1,2	Çok ileri	2,2	0,6
	OR=0,440 (0,224-0,865) P=0,016			OR=0,478 (0,241-0,948) P=0,032			OR=0,450 (0,222-0,913) P=0,026	

*: Normal dışındaki diğer gruplar birleştirilerek ki kare testi uygulanmıştır.

** sütun yüzdesi verilmiştir.

EPİLEPSİ HASTALARINDA ANKSİYETE, DEPRESİF BELİRTİLER VE KLİNİK DEĞİŞKENLER ARASINDAKİ İLİŞKİ

Leman İnanç¹, Yasemin Ünal²

¹Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Psikiyatri

²Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Nöroloji

Amaç: Epilepsi hastalarında anksiyete ve depresif belirtiler sıklıkla görülmektedir. Bu hastalarda ruhsal bozukluğun eşlik etmesi hastalığın tedavisini zorlaştırmakta ve hastanın yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. Bu çalışmanın amacı epilepsi hastalarını, depresyon ve anksiyete semptomları açısından sağlıklı kontrollerle karşılaştırmak, aynı zamanda dirençli olan ve olmayan epilepsi hastalarını anksiyete ve depresif belirtiler açısından karşılaştırmaktır.

Yöntem: Çalışmaya epilepsi polikliniğinde takipli 96 epilepsi hastası ve 90 sağlıklı kontrol alındı. Epilepsi grubu dirençli ve dirençli olmayan olarak sınıflandırıldı. Hastalara ve sağlıklı kontrollere Beck Anksiyete ve Beck Depresyon ölçekleri uygulandı.

Bulgular: Epilepsi grubu ve kontrol grubu arasında Beck depresyon ve Beck anksiyete ölçekleri ortalama puanları arasında anlamlı fark saptandı. Epilepsi grubunun depresyon ortalama puanları $14,70 \pm 10,89$ (Hafif depresyon); kontrol grubunun $7,19 \pm 6,27$ ortalama puanı idi ($p < 0,05$). Beck Anksiyete puanları açısından karşılaştırıldığında epilepsi grubu $15,32 \pm 12,90$ (Hafif anksiyete); kontrol grubu $6,33 \pm 5,57$ saptandı ($p < 0,05$). Epilepsi grubu dirençli ve dirençli olmayan olarak ayrıldı, anksiyete ve depresyon skorları açısından karşılaştırıldı. İki grup arasında anlamlı fark saptanmadı. Dirençli olanların BDÖ ortalama puanları hafif depresif belirtiler düzeyinde, BAÖ puanları orta anksiyete düzeyinde saptandı. Dirençli olmayanlarda BDÖ ortalama puanları hafif depresif belirtiler düzeyinde, BAÖ ortalama puanları hafif anksiyete düzeyinde saptandı. Anksiyete ve depresyon skorları ile ilk nöbet yaşı, nöbet sıklığı arasında anlamlı korelasyon yoktu ($p > 0,05$).

Sonuç: Çalışmamızda; Beck depresyon ve Beck anksiyete ölçekleri kullanılarak epilepsi hastalarında anksiyete ve depresif belirtiler değerlendirildiğinde kontrol grubuna göre anlamlı yüksekti. Dirençli olan ve olmayan epilepsi hastalarında depresyon ve anksiyete ortalama skorları yüksek bulundu. Epilepsi hastalarının %25,8 de hafif, %22,7 de orta, %12,4 de şiddetli depresif belirtiler saptandı. Hastaların %19,6'da hafif, %21,6'da orta, %20,6'de şiddetli anksiyete belirtileri saptandı.

Anahtar kelimeler: Epilepsi, anksiyete, depresyon

BİLİNÇLİ FARKINDALIK TEMELLİ KOGNİTİF TERAPİ PROGRAMININ BİREYLERİN STRES DÜZEYLERİNE ETKİSİ

Volkan Demir¹

¹Klinik ve Adli Psikoloji Derneği

Bu çalışma bilinçli farkındalık temelli kognitif terapi programının bireylerin stres düzeyleri üzerine etkisini saptamak amacıyla hazırlanmıştır. Bu etkinin değerlendirilmesi için yarı-deneySEL bir yöneme başvurulmuş, kontrol grupsuz öntest-sontest deneme modeli kullanılmıştır. Araştırmanın çalışma grubunu, 19–21 yaşları arasında değişen 29 kadın katılımcı oluşturmaktadır. Araştırmada “Kişisel Bilgi Formu” ve yaşanan stresin düzeyini ölçmek amacı ile Cohen, Kamarck ve Mermelstein (1983) tarafından geliştirilen “Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ)” uygulanmıştır. Ölçme araçları çalışma grubuna uygulama öncesinde ön test, uygulamanın bitiminde ise son test uygulanmıştır. Araştırmada elde edilen verilerin analizi SPSS programıyla gerçekleştirilmiştir. Verilerin analizinde Wilcoxon işaretli sıra testi kullanılmıştır. Araştırmada deney grubuna sekiz oturumdan oluşan 90 dakika süren bir program uygulanmıştır. Yapılan analizler çalışma grubundaki bireylerin stres puanlarının anlamlı düzeyde azaldığını göstermiştir.

Anahtar kelimeler: Bilinçli Farkındalık, Kognitif Terapi, Stres

YAYGIN ANKSİYETE BOZUKLUĞU OLAN HASTALARDA TİROİD FONKSİYON DEĞİŞİKLİKLERİ

Murad Atmaca¹, Gülay Taşcı², Sema Baykara¹

¹Fırat Üniversitesi

²Sbü Elazığ Eğitim Araştırma Hastanesi

Yaygın Anksiyete Bozukluğu'nun klinik görünümü ile tiroid bezi fonksiyonları arasında yakın bir ilişki beklense de, bu ilişkiyi net bir şekilde ortaya koyacak yeterli çalışma yoktur. Bu nedenle bu çalışmada, YAB hastalarında tiroid hormon düzeylerini sağlıklı kontrollerle karşılaştırmayı planladık. Bu çalışmada sağlıklı kontroller ve YAB hastaları retrospektif olarak incelendi. Serbest triiodotironin (FT3) hormonu, tiroksin (FT4) hormonları ve tiroid uyarıcı hormon (TSH) düzeyleri karşılaştırıldı. Çalışmamızın sonuçları YAB'li hastaların TSH ve FT4 seviyeleri sağlıklı kontrollerinkine benzer iken, FT3 değerlerinin düşük olduğunu ortaya koymuştur. Son olarak, bu çalışmada, YAB'li hastaların, TSH ve FT4 düzeylerinin sağlıklı kontrollerle benzer olması ve FT3 düzeylerinin sağlıklı kontrollere göre düşük olması, etkilenen tiroid işlevlerinin YAB'nin ortaya çıkması veya en azından tedavisiyle ilişkili olabileceğini düşündürmüştür.

Anahtar kelimeler: YAB, FT3, FT4, TSH

Tablo 1. YAB hastalarının ve sağlık kontrollerin sosyodemografik, klinik özellikleri ve tiroid fonksiyon değerleri

	HASTA (N=58)	KONTROL (N=128)
Cinsiyet (Kadın/Erkek)	26/32	58/70
TSH	1,79±1,89	1,78±1,05
FT3	3,03±0,37	3,25±0,49* (p<0,005)
FT4	1,17±0,25	1,19 ±0,16

SUBKRONİK MK-801 UYGULAMASI İLE OLUŞTURULAN DENEYEL ŞİZOFRENİ MODELİNDE AGMATİN'İN ETKİLERİNİN ARAŞTIRILMASI

Alparslan Asil Budaklı¹, Gökhan Ünal², Mehmet Alpay Ateş⁴, Ceren Şahin³, Feyza Arıcıoğlu³

¹Özel Medical Park Göztepe Hastane Kompleksi

²Erciyes Üniversitesi, Eczacılık Fakültesi, Farmakoloji Anabilim Dalı

³Marmara Üniversitesi, Eczacılık Fakültesi, Farmakoloji Anabilim Dalı, Psikofarmakoloji Araştırma Birimi

⁴Gata Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, Emekli Öğretim Üyesi

Giriş: Şizofreni; algı, düşünce yapısı, bilişsel işlevler, duyu ve davranışları etkileyen, etiolojisi tam olarak bilinmeyen nörobiyolojik bir hastalık tablosudur. Şizofrenide kullanılan antipsikotikler pozitif belirtiler üzerine oldukça etkiliyken, negatif semptomlar ve bilişsel bozukluklarda ise yetersiz kalmaktadır. Bu nedenle negatif semptom ve bilişsel kayıplara yönelik güçlendirme tedavileri uygulanmakta, halen preklinik ve klinik çalışmalarda birçok molekül denenmektedir. Agmatin, endojen, amin yapılı bir moleküldür. Yapılan bir çok çalışmada agmatinin psikiyatrik hastalıklar üzerinde modulator etkinliği gösterilmiştir. MK-801 (Dizosilpin) deneysel şizofreni modeli oluşturmada kullanılan N-metil-D-aspartat (NMDA) reseptör antagonistidir. Ön Uyarın Aracılı İnhibisyon (ÖUAİ); ses uyarısıyla sıçanlarda oluşan irkilmenin, ön uyarın ile inhibisyonunun hesaplandığı bir testtir. ÖUAİ'nun bozulması talamus seviyesinde uyarın filtresinin bozulmasına işaret etmektedir. ÖUAİ bozulması şizofreni modellerinde pozitif belirtilerin göstergesi olarak kabul edilmektedir. Sekiz Kollu ışınal labirent testi; uzaysal öğrenme, çalışma belleği (working memory) ve uzun süreli bellek (referans memory) fonksiyonlarının değerlendirilebildiği bir düzendir. Bu çalışmada; MK-801 ile subkronik şizofreni modeli oluşturulmuş sıçanlarda agmatinin ÖUAİ ve öğrenme-bellek fonksiyonları üzerine etkisi araştırılmıştır.

Yöntem: Wistar Hannover cinsi 8–12 haftalık erkek sıçanlara subkronik şizofreni modeli oluşturmak için 14 gün boyunca MK-801 (0,3 mg/kg; sc) uygulandı. 8–14. günler arasında sıçanlara MK-801 den 20 dakika önce, değişken dozlarda agmatin (20, 40 and 80 mg/kg; ip) uygulandı. Testin 14. gününde tüm sıçanlar son MK-801 enjeksiyonundan 20 dakika sonra, ÖUAİ testine alındı. 15–29. günler arasında sıçanlara sekiz kollu ışınal labirent eğitimi verildi. 30. gün tüm sıçanlar öğrenme ve bellek fonksiyonları değerlendirilmek üzere sekiz kollu ışınal labirent testine tabi tutuldu.

Sonuçlar: MK-801 uygulaması ile ÖUAİ, sadece bazal +16 dB ön uyarında bozuldu. Agmatin, uygulanan tüm dozlarında, bu bozulmaya karşı etkisiz kaldı. Sekiz kollu ışınal labirent testinde; agmatinin en düşük doz verildiği grupta (20 mg/kg/gün), MK-801 ile induklenmiş referans ve çalışma belleği bozuklukları önemli ölçüde geri döndü.

Tartışma: Bizim sonuçlarımıza göre agmatinin; MK-801 ile oluşturulmuş şizofreni modelinde, pozitif belirtilerin göstergesi kabul edilen ÖUAİ bozulmasına etkisi bulunmamaktadır. Sekiz kollu ışınal labirent test sonuçlarına göre agmatin; MK-801 ile oluşturulmuş subkronik şizofreni modelinde, bilişsel fonksiyonlar üzerinde düzenleyici bir etkiye sahip olabilir.

Anahtar kelimeler: Agmatin, MK-801, şizofreni, negatif belirtiler, bilişsel bozukluklar

KONVERSİYON BOZUKLUĞU OLAN HASTALARDA DÜŞÜK TİROKSİN SEVİYELERİ

Murad Atmaca¹, Şüheda Kaya²

¹Fırat Üniversitesi Hastanesi; Murad Atmaca

²Elazığ Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi; Şüheda Kaya

Bugüne kadar, tiroid fonksiyonları ile konversiyon bozukluğu arasındaki ilişki değerlendirilmemiştir. Bu nedenle, bu çalışmada konversiyon bozukluğunda tiroid bezi fonksiyonlarını incelemeyi planladık. Çalışmamız konversiyon bozukluğu olan hastalar ve sağlıklı kontrollerden oluşmaktadır. Konversiyon bozukluğu hastaların ve sağlıklı kontrollerin tiroid fonksiyonları (tiroid stimüle edici hormonu (TSH), serbest triiodotironin (FT3) ve tiroksin (FT4)) karşılaştırıldı. Konversiyon bozukluğu olan hastaların TSH ve FT3 düzeyleri sağlıklı kontrollere göre daha düşük, FT4 düzeyleri ise normalin altında olduğu gösterildi. (TSH için sırasıyla konversiyon bozukluğu ve sağlıklı kontroller için $1,95 \pm 1,33$ mg/dl, $1,59 \pm 1,09$ mg/dl, FT3 için sırasıyla $3,09 \pm 0,77$ mg/dl ve $3,45 \pm 0,50$ mg/dl, FT4 için ise sırasıyla $1,33 \pm 0,37$ mg/dl ve $1,18 \pm 0,16$ mg/dl idi.) $p < 0,05$. Sonuç olarak, bu çalışmamız, konversiyon bozukluğu olan hastaların, sağlıklı kontrollere göre daha düşük TSH ve FT3 düzeyleri olduğunu, ancak FT4 değerlerinin ise normalden daha düşük olduğunu göstermiştir. Bu bulgular, stresle ilişkili bir bozuklukta tiroid hormon profilinin kısmen değiştirilebileceğine işaret etmektedir.

Anahtar kelimeler: Konversiyon bozukluğu, Tiroid hormonları, TSH, FT3, FT4

MAJOR DEPRESİF BOZUKLUĞU OLAN HASTALARDA SEPERASYON ANKSİYETESİ BOZUKLUĞU: PREVALANS VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER-ÖN BULGULAR

Aynur Görmez¹, Rümeysa Yeni Elbay¹, Alperen Kılıç²

¹*İstanbul Medeniyet Üniversitesi*

²*Ahi Evran Üniversitesi, Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yerleşkesi*

Giriş: Seperasyon anksiyetesi bozukluğu (SAB), kişinin bağlanma figüründen ayrılmayla ilgili, gelişimsel olarak uygun olmayan ve aşırı bir düzeyde kaygı ya da korku duyması olarak tanımlanmıştır. DSM-5'te yapılan değişiklikle bozukluk "Kaygı Bozuklukları" başlığı altında yeniden sınıflandırılmış ve başlangıç yaşı sınırlaması ortadan kalkarak belirtilerin çocuk ve ergenlerde az 4 hafta, erişkinlerde en az 6 ay sürmesi maddesi eklenmiştir. Çocukluk ve erişkin başlangıçlı seperasyon anksiyetesi bozukluğu olan vakaların %80'inden fazlasında en az bir diğer bir DSM-4 bozukluğu olduğu saptanmıştır (1). SAB ile duygudurum bozukluklarının neredeyse anksiyete bozuklukları kadar güçlü birlikteliğine literatürde dikkat çekilmiştir (2).

Amaç: Araştırmanın amacı polikliniğimizde major depresif bozukluk tanısı ile takip edilen hastalarda SAB komorbiditesini araştırmak ve depresif bozukluğun özellikleri ve seyri ile SAB arasındaki ilişkiyi incelemektir.

Yöntem: Çalışmaya 18 yaş ve üzeri okur-yazar, kognitif ve zihinsel gelişimsel sorunları olmayan remisyonda major depresif tanılı şu ana kadar 51 (HAM-D < 8) hasta dahil edilmiştir. Araştırmacılar tarafından hazırlanmış yarı yapılandırılmış Sosyodemografik ve Hastalık Öyküsü Formu doldurulmuştur. Eksen 1 bozuklukları için DSM-4 için geliştirilmiş yapılandırılmış klinik görüşme (SCID-I) yapılmıştır. SAB için, 'Ayrılma Anksiyetesi Belirtileri İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme' formu üzerinden ayrılma anksiyetesi semptomlarının çocukluk ve/veya yetişkinlik dönemine ait olduğu belirlenmiştir. Çocukluk dönemi için 'Ayrılma Anksiyetesi Belirti Envanteri' ölçeği; yetişkinlik dönemi için 'Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Anketi' ölçeği hastalara doldurtulmuştur.

Bulgular: Örneklemimizin 45 (%88,2)'i kadın, 6 (%11,8)'sı erkekti. Hastaların %41'inde seperasyon anksiyetesi bozukluğu saptandı ve bunların %61,9'u yetişkin dönem başlangıçlıydı. SAB olanlarla olmayanlar karşılaştırıldığında medeni durum, çalışma durumu, büyüdüğü aile yapısı, anne babanın vefatı, anne sütü alma öyküsü, annede ve babada şimdi veya çocuklukta psikiyatrik hastalık, anneden veya babadan çocukluk döneminde ayrı kalma (boşanma/ayrılma hariç), çocuklukta veya erişkinlikte şiddetle maruz kalma, SSRI, SNRI, duygudurum düzenleyici, antipsikotik, benzodiyazepin kullanımı, EKT tedavisi, suisid girişimi, alkol/madde kullanımı, çocukluk veya erişkinlikte ağır fiziksel hastalık öyküsü açısından fark bulunmazken ($p>0,05$), anne-baba birlikteliği SAB olmayanlarda anlamlı derecede düşük ($p=0,034$), SSRI ve SNRI harici bir antidepresan kullanımı SAB olanlarda anlamlı derecede yüksek ($p=0,001$) saptandı. Ayrıca psikotik belirtilerle giden depresyon oranı da SAB grubunda daha yüksek bulundu ($p=0,056$).

Sonuç: Major depresyon için tedavi alan hastalarda SAB komorbiditesi oldukça yaygın görülmekte ve vakaların çoğunun erişkin başlangıçlı olduğu anlaşılmaktadır. Örneklemimiz genişledikçe bu birlikteliğin depresif bozukluğun ağırlığı, prognozu ve tedavisi açısından olası etkileri daha çok ortaya çıkabilir.

Kaynaklar

1. Shear K, Jin R, Ruscio AM, et al. Prevalence and correlates of estimated DSM-IV child and adult Separation anxiety disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Am J Psychiatry* 2006; 163:1074–83.
2. Pini S, Abelli M, Shear KM, et al. Frequency and clinical correlates of adult separation anxiety in a sample of 508 outpatients with mood and anxiety disorders. *Acta Psychiatr Scand* 2010; 122:40–6.

Anahtar kelimeler: seperasyon anksiyetesi, komorbidite, depresyon

PSİKOLOJİK STRESİN DEPRESYON VE ANKSİYETE SEMPTOMLARI İLE İLİŞKİLERİ: MESANE KANSERİ HASTALARINDA KESİTSEL KLİNİK ÇALIŞMA

Ercan Yuvaç¹, Seher Çakmak Yuvaç²

¹Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi

²TC Sağlık Bakanlığı Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Kanserle sahip hastaların hastalığa özgü psikolojik durumlarına olan artan ilgi ve kanserli hastaların anksiyete veya depresyon için uygun şekilde tanımlandığında ancak yarısından azının tedavi edildiği bilinmektedir. Mesane kanseri hastalarında depresyon ve anksiyete belirtilerinin prevalansı ve bunlarla ilişkili faktörler iyi tanımlanamamıştır. Onkoloji alanında psikolojik sorunlara artan ilgi göz önüne alındığında, psikolojik sorunlar üzerine depresyon ve anksiyete belirtilerinin etkilerini araştırmak gereklidir.

Amaç: Bu çalışma, mesane kanseri hastalarında psikolojik stresin depresif ve anksiyete belirtileri ile ilişkisini araştırmayı amaçlamaktadır.

Metodlar: Klinik kesitsel bir çalışma planlandı. Eylül 2016-Eylül 2017 yılları arasında yeni tanı almış 55 mesane kanseri hastası çalışmaya dahil edildi. Eski tanı mesane tümör ve psikiyatrik tanı hastaları çalışmadan çıkarıldılar. Psikolojik durum, anksiyete ve depresyonu değerlendirmek için hastalara Epidemiyolojik Araştırma Merkezi-Depresyon Ölçeği (CES-D), Zung Self-Rating Anksiyete Skalası, Algılanan Stres Ölçeği-10, Beck Depresyon Envanteri, SF-10, Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADÖ) dolduruldu. İstatistiksel analiz olarak Chi-square test, univariate ve multivariate logistik regresyon analizleri kullanıldı.

Sonuçlar: Mesane kanseri hastalarının yaş ortalaması 65,57 (SD = 11,75) ve %76,7'si erkekti. Mesane kanseri olan hastalarda depresyon ve anksiyete belirtilerinin prevalansı %67,0 ve %70,5'tir. Psikolojik stres depresyon ve anksiyete belirtileri ile pozitif yönde ilişkiliyken, direnç bu belirtilerle negatif olarak ilişkiliydi. Depresyon belirtilerin ortalama puanı 25,37, depresyon belirtilerin prevalansı %76,0 idi. Anksiyete belirtilerinin ortalama puanı 52,57, anksiyete belirtilerinin prevalansı %73,1 idi. Pearson korelasyon analizleri, mesane kanseri hastalarında psikolojik stresin depresyon ve anksiyete belirtileri ile pozitif yönde ilişkili olduğunu, esnekliğin mesane kanseri hastalarında depresyon (-0,509, $p < 0,01$) ve anksiyete belirtileriyle (-0,499, $p < 0,01$) negatif olarak ilişkili olduğunu ortaya koymuştur. Psikolojik stres negatif olarak esneklik ile ilişkiliydi (-0,437, $p < 0,01$). İleri evre mesane kanseri hastaları, düşük evre ile karşılaştırıldığında en anksiyetik kişilik endeksine sahipti ($p = 0,04$). Anksiyete ve depresyonun klinik düzeyleri (HADS ≥ 11 puan) %9,8 ve %3,6 vakada saptanmıştır. Ayrıca, örneklemin %24,5'inde HADS kaygısı 8–10 puan, HADS depresyonunda 8–10 puan, %25,7 psikolojik sıkıntı varlığını temsil ediyordu.

Tartışma: Mesane kanseri hastaları arasında depresyon ve anksiyete belirtilerinin yüksek prevalansı dikkat çekicidir. Depresyon ve anksiyete belirtilerini azaltmanın yanı sıra, esneklik-direnç gelişimi depresyon ve anksiyete önleme ve tedavi stratejilerine dahil edilmelidir. Hastaların psikolojik durumları bazı hastalar için tedavi kararlarını hekimlerine bırakmalarını sağlamasına rağmen bazıları daha çok dahil olmayı veya reddetmeyi tercih edebilmektedir.

Anahtar kelimeler: Anksiyete, Depresyon, Psikolojik Durum, Mesane Tümörü

TOPLUM RUH SAĞLIĞI MERKEZLERİNDE UYGULANAN BECERİ EĞİTİMLERİNİN BİLİŞSEL İŞLEV VE GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİNE KATKISI

Gülçin Elboğa¹, Abdurrahman Türk¹

¹Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı

Giriş ve Amaç: Psikiyatrik hastalıklar, tüm dünyada yeti kaybına neden olan hastalıkların başında gelmektedir. Tek başına medikal tedavinin hastalarda istenilen klinik cevabı sağlayamaması ek tedavi seçeneklerine olan ilgiyi arttırmaktadır. Toplum ruh sağlığı merkezleri bu amaçla kurulan ve ülkemizde de hızla yaygınlaşmakta olan tedavi merkezlerindendir. Çalışmamızda toplum ruh sağlığı merkezlerinde uygulanan beceri eğitimlerinin hastaların bilişsel fonksiyonlarına ve günlük yaşam aktivitelerine olan katkısını araştırmak hedeflenmiştir.

Yöntem: Çalışmamıza, Gaziantep Dr. Ersin Arslan Eğitim ve Araştırma Hastanesi Şahinbey Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde uygulanan beceri eğitimlerine düzenli olarak katılan 32 erkek ve 7 kadından oluşan 39 hasta dahil edilmiştir. Bu hastalar şizofreni (%59) ve bipolar bozukluk (%38) tanıları ile takip edilmektedir. Hastalara çalışmanın başında ve 6. ayın sonunda Montreal Bilişsel Değerlendirme Ölçeği, Lawton-Broody Enstrumental Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği, Yardımcı Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği uygulanmıştır. İstatistiksel analizler için SPSS 22,0 paket programı kullanılmıştır.

Bulgular: Hastalara uygulanan Montreal Bilişsel Değerlendirme Ölçeği (başlangıç puanı: $16,90 \pm 5,572$ 6. ay sonunda puanı: $22,03 \pm 4,307$ p: 0,001), Lawton-Broody Enstrumental Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği (başlangıç puanı: $8,31 \pm 3,847$ –6. ay sonunda puanı: $11,18 \pm 2,864$ p: 0,001) ve Yardımcı Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği (başlangıç puanı: $18,67 \pm 6,355$ –6. ay sonunda puanı: $26,21 \pm 9,120$ p: 0,001) olarak hesaplanmıştır. Uygulanan her 3 ölçekte de 6. ayın sonunda ölçülen puanlarda, ilk ölçümlere göre istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde yükselme olduğu görülmüştür. Hastalar, ayrıca cinsiyet (E: 32 K: 7), tanı (Şizofreni: 23 Bipolar Bozukluk: 15), medeni durum (Bekar: 16 Evli: 15 Dul: 8), eğitim düzeyi (İlkokul mezunu: 15 Ortaokul mezunu: 10 Lise mezunu: 10) olarak gruplandırılarak değerlendirilmiş ve gruplar arasında bilişsel fonksiyonlar ve günlük yaşam aktiviteleri ile ilgili ölçek puanlarında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Ayrıca ölçeklerdeki puanların yaş ile korelasyonuna da bakılmış ve yaş ile ölçek puanları arasında korelasyon bulunmamıştır.

Tartışma ve Sonuç: Tanı ve sosyodemografik açıdan gruplara ayrılan hastalarda anlamlı bir fark bulunamaması bu beceri eğitimlerinin etkinliğinin geniş bir dağılım gösterdiğini ortaya koymakla beraber çalışmaya katılan hasta sayısının kısıtlı olması ile de ilişkili olabileceği düşünülmüştür. Uygulanan beceri eğitimlerinin hastaların bilişsel fonksiyonlarını geliştirdiği ve günlük yaşam aktiviteleri üzerinde olumlu katkıda bulunarak hastaların günlük aktivitelerini kendi başlarına yapmalarına imkan sağlayacağı ve sosyal ilişkilerinde daha aktif olmalarına yardımcı olacağı öngörülmektedir.

Anahtar kelimeler: Toplum ruh sağlığı merkezi, bilişsel fonksiyonlar, günlük yaşam aktivitesi

BAĞLANMA BİÇEMİ GÖZLERDEN ZİHİN OKUMA SIRASINDAKİ TEMPOROPARİYETAL BİLEŞKE AKTİVİTESİYLE İLİŞKİLİDİR

Yağmur Kır¹, Bora Baskak¹, Nilay Sedes Baskak², Adnan Kuşman¹, Eylem Gökçe Türk Cengiz³, Zeynel Baran⁴, İpek Gönüllü⁵, Müge Artar³, Damla Sayar¹

¹Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı; Ankara Üniversitesi Beyin Araştırmaları ve Uygulamaları Merkezi

²Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Yenimahalle Eğitim ve Araştırma Hastanesi

³Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Eğitimde Psikolojik Hizmetler Bölümü

⁴Hacettepe Üniversitesi Psikoloji Bölümü

⁵Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi ve Bilişimi Anabilim Dalı

Giriş: Bağlanma kuramı (BK) bireylerde, kendileri ve başkalarına ilişkin duygusal ve bilişsel temsillerin bakımverenle kurulan etkileşime dayanarak şekillendiğini öne sürer (Bowlby, 1973). Zihin kuramı (ZK) ise bireylerin başkalarının kendisinden farklı zihinsel durumları olabileceğini kavrama ve inançlar, arzular, niyetler gibi zihinsel durumları başkalarına atfetme yeteneğidir. Daha önce teorik olarak ZK ve BK arasında bir ilişki olabileceği öne sürülmüştür. Davranışsal çalışmalar, bağlanma biçemlerinin ZK üzerinde kalıcı bir etkiye sahip olabileceğine işaret etmektedir (Dykas ve Cassidy, 2011; Villachan-Lyra ve ark, 2015). Fakat BK ve ZK arasındaki ilişkinin nörobiyolojik korelatları hakkında herhangi bir çalışma mevcut değildir.

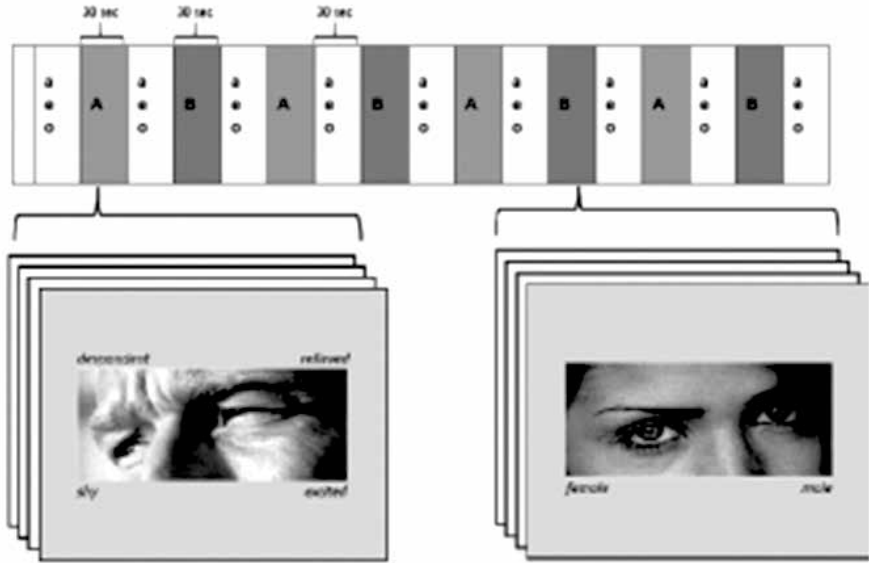
Amaç: Bu çalışmada bağlanma biçemlerinin geçerli bir ZK testi sırasında sosyal bilişten sorumlu olan kortikal alanlardaki aktivite üzerine etkisini araştırmayı hedefledik.

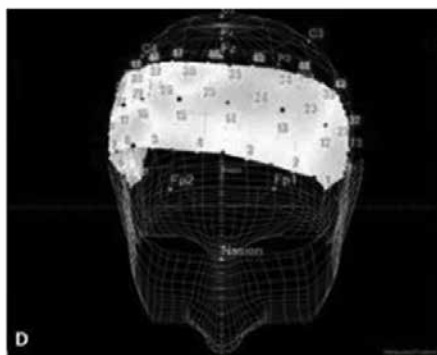
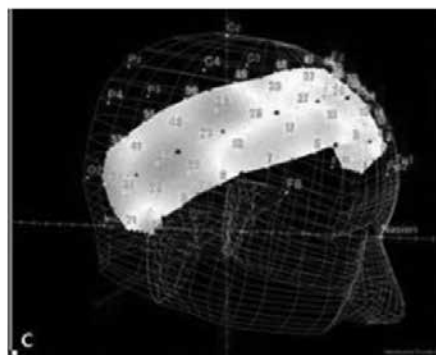
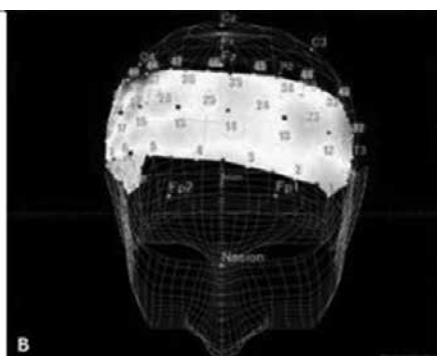
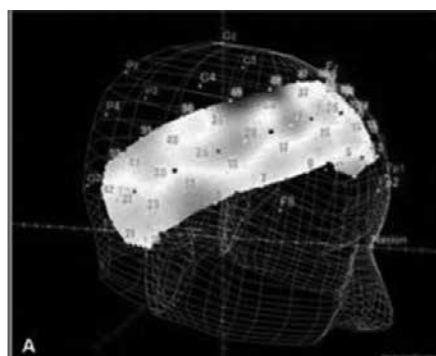
Yöntem: Çalışmaya Mayıs 2016 yılında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi birinci sınıfına devam etmekte olan 494 öğrenci davet edildi. 71'i çalışmaya katılmayı kabul etti. Katılımcıların bağlanma biçemlerinin belirlenmesinde İlişki Ölçekleri Anketi kullanıldı (Sümer ve Güngör, 1999). Baron-Cohen ve ark. tarafından 2001'de oluşturulan Gözlerden Zihin Okuma Testi sırasında 52 kanallı fonksiyonel yakın kızılötesi spektroskopisi (fNIRS) yöntemi ile frontal, temporal ve parietal korteks aktivitesi kaydedildi. Kontrol koşulu olarak katılımcılardan gözlerden cinsiyet tanımları istendi (Şekil-1). Bağlanma biçemlerinin farklı nörogörüntüleme koşullarında ve görüntülenen kortikal alanlardaki aktivite üzerine etkisi karışık desen varyans analiziyle incelendi.

Sonuçlar: Katılımcılardan %68'i güvensiz bağlanırken %36'sı güvenli bağlanmaktaydı. Katılımcılardan %68'i güvensiz bağlanırken %36'sı güvenli bağlanmaktaydı. Bağlanma grubu x Koşul x Kortikal Alan etkileşimi anlamlı bulundu ($F = (15, 823) = 2,07, p = 0,009$ eta kare = 0,037). Güvenli bağlanan grupta görev sırasında kortikal aktivite kontrol koşuluna göre daha yüksek bulunurken (MD: 0,015, SE: 0,005, $p = 0,005$) güvensiz bağlanan grupta görev koşulu ve kontrol koşulu durumlarında kortikal aktivite benzerdi. Zihin okuma sırasında güvenli bağlanan grupta güvensiz bağlanan gruba göre sağ superior temporal korteks ve sağ temporopariyetal bileşke korteks aktivitesinin daha yüksek olduğu izlendi (Şekil 2). Kayıtsız bağlanma skoru ile sağ superior temporal korteks aktivitesi arasında negatif korelasyon saptandı ($r = -0,351, p = 0,008$).

Tartışma: Sonuçlar, bağlanma biçemlerinin sosyal bilişin önemli boyutlarından birisi olan zihin okumaya eşlik eden beyin aktivitesi üzerinde etki ettiği hipotezini desteklemiştir. Fark bulunan alanların özellikle sosyal bilişten sorumlu olan alanlar olması ilginçtir. Bulgularımız bağlanmanın uzun vadede sosyal bilişten sorumlu nörobiyolojik göstergeler üzerine etki edebileceğine işaret eden ilk çalışmadır ve bağlanma biçeminin ZK'ya etki edebileceği yönündeki teorik görüşleri desteklemektedir. Güvensiz ve özellikle de kayıtsız bağlanma, belki de sosyal ilişki kurma hevesinde azalmayla beraber, uzun vadede nöroplastik değişiklikler üzerinden zihin okuma sırasında verimsiz kortikal kaynak kullanımına yol açıyor olabilir.

Anahtar kelimeler: bağlanma, zihin kuramı, fonksiyonel nörogörüntüleme





A: Güvenli Bağlanan Grup- Sağ Yan Görünüm B: Güvenli Bağlanan Grup- Önden Görünüm

C: Güvensiz Bağlanan Grup- Sağ Yan Görünüm D: Güvensiz Bağlanan Grup- Önden Görünüm

ANTALYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ AMATEM'E BAŞVURAN KİŞİLERDE UYUŞTURUCU MADDE KULLANIM SIKLIĞI

Sibel Kulaksızoğlu¹, Burak Kulaksızoğlu²

¹*Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Biyokimya Kliniği*

²*Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği*

Amaç: Bu çalışmanın amacı; 2017'de açılan Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Bölümüne bağlı AMATEM polikliniğine gelen kişilerin madde kullanım özelliklerinin retrospektif olarak değerlendirilmesidir.

Materyal ve Metod: 2017 Ocak-Aralık aylarında AMATEM polikliniğine gelen kişilerin idrarda uyuşturucu madde testleri geriye dönük olarak incelenmiştir.

Bulgular: 2017 Ocak-Aralık aylarında Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi AMATEM polikliniğine 19–61 yaş aralığında 1533 (226 Kadın, 1307 Erkek) kişi başvurmuştur. Opiat değeri 0–300 ng/ml olan kişi sayısı 548 iken, 300–2000 ng/ml arasında olan kişi sayısı 575 (119 Kadın, 456 Erkek) iken, 2000 ng/ml'nin üzerinde olan kişi sayısı 410'dur. Esrar 268 kişide (22 Kadın, 246 Erkek) pozitifdir. Kokain değeri 0–150 ng/ml olan kişi sayısı 1060 iken, 150–300 ng/ml arasında değere sahip kişi sayısı 32 kişi iken, 300 ng/ml'nin üzerinde olan kişi sayısı ise 441'dir. 142 kişide uygunsuz idrar örneği verdiği için test tekrar edilmiştir.

Sonuç: Çalışmamızda elde edilen verilere göre Antalya bölgesinde 2017 yılında açılan AMATEM polikliniğine başvuran kişi sayısı oldukça yüksek olduğu görülmektedir. Özellikle opiat ve kokain kullanım oranlarının oldukça yüksek olduğu görülmektedir. Kadınların madde kullanım sıklığı artmıştır. Madde kullanım yaş ortalaması düşmüştür.

Anahar kelimeler: Amatem, madde kullanımı, idrar toksikolojisi

Tablo 1. İdrarda uyuşturucu madde analiz sonuçları

	<i>Erkek</i>	<i>Kadın</i>
Amfetamin	24	3
Barbitürat	0	0
Benzodiazepin	63	8
Esrar (THC)	246	22
Kokain ≥ 150 ng/ml	372	101
Metamfetamin	32	0
Opiat ≥ 2000 ng/ml	328	82
Sentetik Kanabinoid	31	3
Total	1096	219

RADYOİYOT TEDAVİ ALMIŞ TİROİD KANSER HASTALARINDA HASTALIK ALGISININ YAŞAM KALİTESİ İLE İLİŞKİSİ

Güzide Akyıldız¹, Gülçin Elboğa², Ertan Şahin¹

¹Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Nükleer Tıp Anabilim Dalı

²Gaziantep Üniversitesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Giriş: Hastalık algısının kanser hastalarında yaşam kalitesi üzerinde belirgin bir etkisi olduğu ön görülmektedir. Kesitsel tipteki bu çalışma ile, total tiroidektomi sonrası radyo iyot tedavisi gören tiroid kanser hastalarında bu durumu değerlendirmeyi amaçladık.

Yöntem: Toplam 100 hasta bu kesitsel çalışmaya alındı. Hastaların yaşı, eğitim düzeyi, medeni durumu ile tanı, evre, tedavi ve izlem süresi gibi hastalık özellikleri kaydedildi. Sırasıyla yaşam kalitesi ve hastalık algısını değerlendirmek için Kısa Form 36 Sağlık Anketi, Hastalık Algısı Ölçeği kullanıldı. İstatiksel analizler için, Shapiro-Wilk Testi, Student's t, Mann Whitney u ve ANOVA testleri kullanıldı.

Bulgular: Çalışmaya katılan olguların yaş ortalaması 40,62 yıl idi. 84 (%84,0) kadın, 16 (%16,0) erkek olgu vardı. 72 olgu güç kaybı yaşadığını belirtmiş ve bunun %60'ı bu belirtiyi hastalıkla ilişkilendirmiştir. Çalışmamızda hastalık algısı alt ölçekleri ile yaşam kalitesi boyutları korele edildiğinde en belirgin negatif korelasyon hastalık nedenleri alt ölçeği bağımsızlık boyutu ile yaşam kalitesi alt boyutları arasında oluştu. Ayrıca hastalığı anlayabilme boyutu ile genel sağlık boyutu arasında; duygusal temsiller boyutu ile, yaşam kalitesi vitalite (canlılık) ve genel sağlık boyutu arasında; hastalık nedenleri bağımsızlık boyutu ile yaşam kalitesi tüm alt boyutları arasında negatif yönlü ve anlamlı ($p < 0,05$) ilişki vardı.

Tartışma: Vücut direncinin düşük olduğuna inanan hastaların yaşam kalitesinin diğerlerinden belirgin düşük olması ve hastalarda hastalığı anlayabilme boyutunda dikkat çekici düşüklük bulunması hastalarda hastalığı algılama biçiminin yaşam kalitesine olan etkisini açıkça göstermektedir. Remisyon döneminde izlenen hastaların bu konudaki ihtiyaçları belirlenmeli ve gerektiğinde multidisipliner yaklaşım tercih edilmelidir.

Anahtar kelimeler: Hastalık algısı, Yaşam kalitesi, Tiroid Kanseri, Radyoiyot Tedavi

OKB'DE OTOJEN VE REAKTİF OBSESYONLAR: KLİNİK ÖZELLİKLER VE KONTROL STRATEJİLERİ ARASINDAKİ FARKLILIKLAR

Abdulkadir Tabo¹

¹Adli Tıp Kurumu

Giriş: Lee ve Kwon, bilişsel teori bağlamında obsesyonların otojen ve reaktif obsesyonlar olarak iki farklı gruba ayrılabilirliğini önermiştir. Otojen obsesyonlar daha tekrarlayıcı, kişiyi daha fazla rahatsız edici, hakkında daha az konuşulmak istenen ve zihinde belirmesi için daha az uyarana ihtiyaç duyan obsesyonlardır. Reaktif obsesyonlar ise daha fazla bir dış uyaran tarafından tetiklenme eğiliminde olan, kişinin daha az saçma bulduğu, daha az saklama gereği duyduğu, diğerlerine oranla daha az rahatsızlık uyandıran obsesyonlardır.

Amaç: Bu çalışmada, Lee ve Kwon (2003)'ün yaklaşımı temelinde, OKB 'li hastaları otojen ve reaktif obsesyon gruplarına, ayırarak klinik özellikler ve kontrol stratejileri açısından karşılaştırmayı amaçladık.

Yöntem: DSM-IV-TR'ye göre OKB tanısı alan ve dahil edilme kriterlerine uyan ardışık 92 hasta, çalışmanın örneklemini oluşturdu. Katılımcılara araştırmacı tarafından hazırlanmış sosyodemografik veri formu, Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (YBOKÖ), Hamilton Depresyon Ölçeği (HDÖ), ve Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) ve Düşünce Kontrol Ölçeği (DKÖ) uygulandı. 6 hasta hem otojen hem reaktif obsesyonlara sahip olması nedeniyle, mikst grup olarak kabul edilerek çalışmadan çıkarılmıştır. Çalışmaya toplam 86 hasta dahil edilmiştir.

Bulgular: Hastaların 50'si reaktif, 36'sı ise otojen grupta yer aldı. Otojen gruptaki 23 hastada, (%63,6) en sık saldırganlık obsesyonu belirlendi. Reaktif grupta ise 36 hastada (%76,0) en sık kirlenme obsesyonu saptanmıştır. Kompulsiyon tipleri açısından gruplar karşılaştırıldığında reaktif gruptaki hastaların hiç birinde zihinsel kompulsiyon olmadığı, en yaygın kompulsiyonun ise 38 hastada (%76,0) görülen temizleme/yıkama olduğu görülmüştür. Otojen grupta ise 28 hastada (%77,8) görülen zihinsel kompulsiyon en sık kompulsiyon çeşitidir. YBOKÖ, BEA ve HDÖ toplam ve YBOKÖ obsesyon alt puanları ortalaması otojen grupta anlamlı derecede yüksekti. Düşünce Kontrol Ölçeğinin beş faktöründen, sadece "dikkat dağıtma" ve "sosyal kontrol" faktörleri açısından iki grubun birbirlerinden anlamlı derecede farklılaştığı görülmektedir. Diğer üç faktör açısından otojen ve reaktif grup arasında anlamlı bir farklılık yoktur. "Dikkat dağıtma" faktörü açısından otojen grup ortalaması anlamlı derecede yüksekken, "sosyal kontrol" faktörü açısından reaktif grup ortalaması anlamlı derecede yüksekti.

Tartışma: Çalışmalarda düşünce kontrol stratejilerinin, otojen ve reaktif gruplar arasında farklılık gösterdiği bildirilmiştir. Bizim çalışmamızda ise, Düşünce Kontrol Ölçeğindeki "dikkat dağıtma" faktörü açısından otojen grup ortalaması anlamlı derecede yüksekti. Bu durum otojen obsesyonlara ikincil olarak bireylerin düşünceleri bastırmaya ve zihinden uzaklaştırmaya büyük önem vermeleri, dikkatlerini düşüncelerinden uzaklaştırarak kaçınmayla ilişkili kontrol stratejilerini kullanmaları ile açıklanabilir. Reaktif grupta "sosyal kontrol" faktörünün anlamlı derecede yüksekliği ise, bu gruptaki obsesyonların otojenlere göre sosyal olarak daha kabul edilebilir olarak görülmesi ile ilişkilendirilebilir.

Kaynak

Lee HJ, Kwon SM. Two different types of obsession: autogenous obsessions and reactive obsessions. Behav Res Ther. 2003; 41:11–29

Anahtar kelimeler: otojen ve reaktif obsesyon, düşünce kontrol stratejileri

POSTER BİLDİRİLER

SEFTRİAKSON KULLANIMINA BAĞLI GELİŞEN ANTİBİOMANİ OLGUSU

Cenk Kılıç¹, Özlem Devrim Balaban¹, Barış Sancak¹, Nesrin Karamustafalıoğlu¹

¹Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları E. A. Hastanesi

Giriş: Enfeksiyon hastalıklarının tedavisinde sıklıkla kullanılan antibiyotikler, birçok organ sistemini etkileyen yan etkileri de beraberinde getirmektedir. Literatüre bakıldığında antibiyotik kullanımına bağlı gelişen duygudurum ataklarının bildirildiği ve bazı yazarlarca bu duruma *antibiomanî* adının verildiği görülmektedir.

Bu bildirimizde pnömoni tedavisi için antibiyotik kullanan ve bu süreçte mani atağıyla acile başvuran bir olguyu sunmayı amaçladık.

Olgu: 20 yaşında, erkek, bekar ve esnaflık yapan hasta, psikiyatri acil birimine uykusuzluk, çok konuşma, sinirlilik, çok küfür etme şikayetleriyle başvurdu. Acil serviste yapılan ilk muayenesinde çok hareketli olan hastanın psikiyatrik muayenesinde duygulanımı öfkeli, duygudurumu iritabil, konuşma hızı artmıştı. Perseküsyon ve referans hezeyanları mevcuttu. Ailesinden alınan bilgiye göre ilk psikiyatrik başvurusuydu ve. alkol ya da başka bir psikoaktif madde kullanımı olmadığı bildirildi. Bir hafta önce başlayan öksürük ve ateş şikayetleri nedeniyle 3 gün önce pnömoni tanısıyla 2 gündür seftriakson 1 gr İV kullandığı, ilk ilaç dozundan saatler sonra da hareketlilik ve küfürlü konuşmalarının başladığı, uyku miktarının azalması ve diğer şikayetlerinin giderek artması üzerine acil servise başvurulduğu bildirildi. Hastanın iki yıl önce de sefuroksim 1 g/gün oral tedavi kullanımı sonrasında 3 gün süren benzer şikayetlerinin olduğu öğrenildi. Hastaya haloperidol 5 mg IM tedavi uygulandı. Hastayla tedaviden yarım saat sonra yapılan görüşmede hastanın öfkeli halinin gerilediği, konuşma hızı ve miktarının azaldığı saptandı. Duygulanımı doğaldı ve duygudurumu ile uyumluydu. Göğüs hastalıkları bölümüne tedavi düzenlenmesi açısından danışılıp, takiplerine devam etmesi önerildi. Psikiyatrik tedavisine olanzapin 5 mg/gün başlandı.

Tartışma: Hastamızda ortaya çıkan duygudurum belirtilerinin seftriakson kullanımı ile başlaması, altı saatlik gözlem sonrasında antipsikotik tedavi ile gerilemesi, antibiyotik tedavisinde değişiklik sonrası tekrar başvurusunun olmaması ve bunlarla birlikte daha önce de sefuroksim kullanımı ile benzer şikayetlerinin olması bize hastanın duygudurum atağının antibiyotik kullanımı ile ilişkili olduğunu düşündürmüştür.

Literatürde en çok klaritromisin ve siprofloksasin kullanımı ile ilgili gelişen antibiomanî olguları dikkat çekmektedir. Bu durumu açıklamak için çeşitli yazarlar tarafından bazı hipotezler öne sürülmüştür. İlaçların; MSS’de kortizol seviyelerini arttırarak, GABA agonistlerine yapısal benzerlikten kaynaklı GABA’nın reseptör alanlarına bağlanmasını rekabetçi bir şekilde inhibe ederek, PGE-1 düzeylerinde artışa neden olarak maniye indükleyebileceği bu hipotezler arasındadır. Ancak antibiyotiklerin maniye indükleme mekanizması tam olarak açıklığa kavuşturulamamıştır ve ileri araştırmalara ihtiyaç vardır.

Literatürde antibiyotik kullanımına bağlı gelişen mani olgularının sayısı giderek artmaktadır. Bu konuyla ilgili çalışmaların artması ile bipolar bozukluğun etyopatogenezini anlama konusunda da yol gösterici olabilir. Ülkemizin antibiyotik kullanımı açısından oldukça ön sıralarda olduğu düşünüldüğünde özellikle ilk kez ve akut başlangıçlı mani atağı ile başvuran olgularda bu açıdan da öykü almanın ne kadar önemli olduğunu bu olgu aracılığı ile vurgulamayı amaçladık.

Anahat kelimeler: antibiyotik, bipolar, mani

ESCİTALOPRAM KULLANIMI İLE ORTAYA ÇIKAN YÜZ EL VE AYAK ÖDEMI

Sema Baykara¹

¹Elaziğ Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi

Giriş: Essitalopram (ESC), bir selektif serotonin geri alım inhibitörü (SSGI) olup, citalopramın S-enantiomeridir. Majör depresif bozukluğun tedavisinde etkili bulunmuştur. Serotonin geri alım inhibisyonunda R-enantiomerine göre yaklaşık 100 kat daha potenttir. Yan etkileri arasında en sık baş ağrısı ve halsizlik olmak üzere sindirim sistemi belirtileri, uykusuzluk, bunaltı, tremor, baş dönmesi, deri döküntüsü ve kanama eğilimi görülebilir. Nadir görülen yan etkileri rinit, bronşit, insomniya, anksiyete, miyalji ve farenjitir. İlacın QT mesafesini uzatabileceği ve başlangıç dozunda ya da diğer bazı ilaçlarla birlikte kullanımında serotonin sendromuna yol açabileceği bildirilmiştir. ESC ile tedavi sırasında uygunsuz anti diüretik hormon salınımı sendromu (SIADH) ve hiponatremi bildirilmiştir. Satış öncesi çalışmalarda ödemin ESC'ın sık olmayan yan etkilerinden olduğu belirtilmiş olup, literatür taramamızda antidepresanlara bağlı görülen ödem olguları çok nadir olduğu saptanmıştır. ESC ile tedavi sırasında ortaya çıkan ödem olgusunun da çok fazla olmadığı görülmüştür. Essitalopram tedavisi görülürken önce yüzde ve daha sonra el ve ayaklarında ödem gelişen olguyu sunarak, ESC'in nadiren de olsa ödeme yol açabileceğine dikkat çekmek istedik.

Olgu: 82 yaşında, emekli, dul, erkek hasta sıkıntı, mutsuzluk, içe kapanma, kimseyle görüşmek istememe, iştahsızlık, uykusuzluk, ağlama şikayetleriyle polikliniğimize başvurdu. Hastanın şikayetleri bir yıl önce, eşinin vefatından sonra başlamış olup o dönemde psikiyatri polikliniğine başvurmamıştı. Hastaya yapılan psikiyatrik muayene sonucunda major depresif bozukluk tanısı konularak essitalopram 5 mg/gün, mirtazapin 15 mg/gün başlandı. Essitalopram dozu artırılarak 10 mg/güne çıkıldı. Hastanın yatışının on beşinci gününde göz çevresinde, yüzünde ödem görüldü. Ödem daha sonra ellerinde ve ayaklarında da ortaya çıktı. Hemogram ve biyokimya tetkiklerinde (ALT, AST, üre, kreatinin, Na, K) ve tam idrar tahlilinde (TİT) ödemin nedenini açıklayacak normal dışı bir değere rastlanılmadı. Hastanın ödeminin açıklayabilecek herhangi bir nefrolojik, kardiyolojik, hepatik, immünolojik sistemi ilgilendiren hastalık öyküsü yoktu. Literatürde mirtazapin kullanımına bağlı bildirilmiş ödem vakaları olduğundan, mirtazapin tedaviden çıkartılarak trazodon 50 mg/gün başlandı. Ancak ilerleyen günlerde hastanın ödeminin yerleşiminde ve şiddetinde bir azalma olmadığı görüldü. Ödemin devam etmesi üzerine ESC dozu tedricen azaltıldı ve dozun azaltılmasıyla birlikte hastanın ödeminde de gerileme tespit edildi. İlaç kesilerek sertraline 50 mg/gün başlandı. Birkaç gün içerisinde ödemi tamamen ortadan kaybolan ve klinik şikayetlerinde de azalma görülen hasta takip ve tedavi planıyla taburcu edildi.

Tartışma: Periferik ödem, anti hipertansif ilaçlar, non steroid anti inflamatuvar ilaçlar ve antibiyotiklerin kullanımı sırasında ortaya çıkabilen bir yan etkidir. Olanzapin, ketiyapin, risperidon, mirtazapin, trazodon ve mono amin oksidaz inhibitörleri olan tranilsipromin, fenelzin ve izokarboksazid kullanımının ödeme yol açabileceği bilinmektedir. Serotonin geri alım inhibitörleriyle tedavi sırasında bazı cilt lezyonlarının görüldüğü bildirilmiş olsa da, periferik ödem, ürün monografında belirtilen aksine, ESC tedavisi sırasında çok nadir görülen bir yan etkidir. İlaçlarla ortaya çıkan ödemin hipernatremi, renal disfonksiyon veya vasküler permeabilitenin artışına bağlı olabileceği belirtilmiştir. Olgumuzda ortaya çıkan ödemin, laboratuvar değerlerinin normal sınırlarda olması ve

hastanın vasküler, hepatik, kardiyak, immünolojik, renal hastalık öyküsünün olmaması nedeniyle, vasküler permeabilite artışına bağlı olabileceği düşünüldü. Escitalopramın güçlü serotonerjik etkisi, hastada idiosenkrotik olarak vasküler permeabilite artışına yol açmış olabilir. Olgumuzun ESC'ın nadir görülen bir yan etkisi olan ödeme dikkat çekmesi açısından literatüre katkıda bulunacağını düşünüyoruz.

Anahtar kelimeler: Escitalopram, ödeme, majör depresif bozukluk

MENENGIOMA İLE İLİŞKİLİ GEÇ BAŞLANGIÇLI, İLK ATAK DEPRESYON: TOTAL REZEKSİYON İLE TAM REMİSYON

Ali Dayı¹, Taha Can Tuman²

¹Beykent Üniversitesi, Psikoloji Bölümü, İstanbul, Türkiye

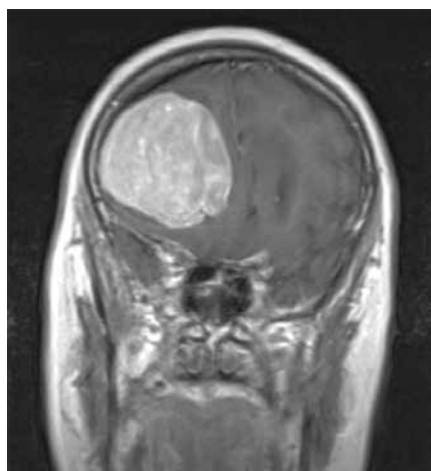
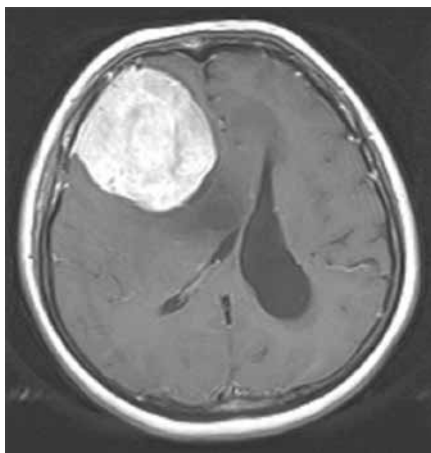
²Birecik Devlet Hastanesi, Şanlıurfa, Türkiye

Menenjiyomlar çoğunlukla benign, intrakraniyal, ekstra-aksiyal yavaş büyüyen, orta yaş ve kadınlarda sık görülen tümörlerdir. Menengioma tanısı semptomatik ya da insidental olarak konulabilir. Klinik belirtiler tümörün yerleşimi ve büyüme hızı ile ilişkilidir. Menengioma da en sık gözlenen semptomlar baş ağrısı, nöbetler ve fokal nörolojik belirtilerdir.

Psikiyatrik hastalık öyküsü olmayan 60 yaşında kadın hasta iki aydır devam eden mutsuzluk, enerji azlığı, yorgunluk, ilgi kaybı, isteksizlik, içe kapanma ve hipersomni belirtileri ile başvurdu. Psikiyatrik muayenesi yapılan hastaya DSM-5 kriterlerine göre Major Depresyon tanısı konuldu. Geç başlangıçlı ve ilk epizot Depresyon olması nedeniyle organik incelemelerin yapılması planlandı. Hastanın nörolojik muayenesinde ellerinde küçük amplitüdümlü istemsiz hareketler gözlemlendi. Hasta daha önce bu istemsiz hareketlerin farkında olmadığını söyledi. Hastanın kraniyal incelemelerinin yapılması planlandı. Hastanın kraniyal BT'sinde sağ frontoparietal lobtan sol frontal loba doğru genişleyen kafa içi kitle lezyonu ve komprese lateral ventrikül tespit edildi. Hasta nöroşirürji kliniğine sevk edildi ve tümör nöroşirürjist tarafından başarıyla çıkarıldı. Tümörün histolojik incelemesi WHO sınıflamasına göre grade 1 menengioma ile uyumlu idi. Tümörün total rezeksiyonundan sonra hastanın depresif belirtileri hızla düzeldi ve hasta post op. 1. Ayda tam remisyonda idi. Hastanın depresyonunun tam remisyona girmesinden sonra 3 ay boyunca ayda bir psikiyatrik görüşme ile değerlendirilen hastada, herhangi bir depresif belirti gözlenmedi.

Menengiomanın neden olduğu mental belirtiler çok çeşitlidir ve tümörün yerleşim yeri, büyüklüğü ve büyüme hızına bağlı olarak değişiklik gösterir. Birçok menengioma yavaş büyür ve sıklıkla asemptomatiktir. Depresyon intrakraniyal kitlelere sıklıkla eşlik eder. Beraberinde herhangi bir nörolojik belirti olmadığında bu hastalar yalnızca psikiyatrik bozukluk tanısı olarak tedavi edilmeye çalışılır. Bu olgu sunumunda menengiomaya bağlı geç başlangıçlı, ilk epizot depresyon tanısı konan ve tümörün total rezeksiyonu ve lateral ventrikülün dekompresyonundan sonra depresif belirtileri hızla ortadan kalkan bir hastadan bahsedilmektedir. Bu olguda nörolojik muayenede ellerde gözlenen küçük amplitüdümlü istemsiz hareketler organik bir mental bozukluk olabileceğini düşündürmüştür. Bu nedenle geç başlangıçlı, ilk epizot ve atipik belirtileri olan, antidepresan tedaviye yanıt vermeyen, beraberinde nörolojik belirtileri olan hastalarda belirtilerin beyin tümörüne bağlı olabileceği akılda tutulmalı ve organik incelemeler yapılmalıdır.

Anahtar kelimeler: menenjiom, depresyon,



PSİKOTİK BELİRTİLERLE PREZENTE OLAN OKSİBUTİNİN KULLANIM BOZUKLUĞU: OLGU SUNUMU

Taha Can Tuman¹

¹Birecik Devlet Hastanesi, Psikiyatri Polikliniği, Birecik, Şanlıurfa

Giriş: Oksibutinin, mesane spazmlarını azaltarak nörojenik mesane, sık idrara çıkma ve urge inkontinans tedavisinde kullanılan antikolinerjik bir ajandır. Oksibutinin yaşlılarda ya da yüksek doz kullanımında bellek bozukluğu, konfüzyon, deliryum, işitsel ve taktıl halüsinasyonlar ve paranoid hezeyanları içeren santral sinir sistemi yan etkilerine neden olabilir. Antikolinerjik ajanların kötüye kullanımı genellikle antipsikotik kullanan olan psikiyatrik hastalarda görülür. Bu sunumda yüksek doz oksibutinin kullanımına bağlı psikoz ile polikliniğimize başvuran genç erkek hastadan bahsedilecektir.

Olgu: 22 yaşında erkek hasta polikliniğimize iki aydır devam eden insanlardan şüphelenme, kendisine zarar verileceği ve kendisi hakkında konuşulduğunu düşünme, zehirleneceğini düşündüğü için dışarıda yemek yememe, uykusuzluk şikayetleri ile başvurdu. Hastanın daha önce psikiyatrik hastalık öyküsü yoktu. Özgeçmişinde bir yıldır dedesinin idrar inkontinansı tedavisi için kullandığı oksibutinin içeren Uropan adlı ilacı kullandığı, son altı aydır kullanım miktarını arttırdığı ve günde 150 mg/gün (30 tablet) kullandığı öğrenildi. Soygeçmişinde psikiyatrik hastalık öyküsü yoktu. İlaç almadığı ya da almayı geciktirdiği dönemlerde huzursuzluk, sinirlilik, konsantrasyon güçlüğü, keyifsizlik gibi yoksunluk belirtileri tarifliyordu. Hastanın kullanmakta olduğu oksibutinin içerikli ilaç kesilerek psikotik belirtilerine yönelik olanzapin 10 mg/gün tedavisi başlandı. Hastanın psikotik belirtileri bir aylık tedavinin sonunda tamamen ortadan kalktı.

Tartışma: Oksibutinin yüksek doz ve uzun süreli kullanımında sinaptik aralıkta dopamin miktarını artırır. Bu nedenle madde kullanımını pekiştirerek bağımlılığa neden olur. Oksibutinin deliryum, halüsinasyon ve paranoid düşüncelerin yanında psikotik bozukluğa da neden olabilmektedir, bu nedenle dikkatle kullanılmalıdır.

Anahtar kelimeler: oksibutinin, psikoz

MIYOFASYAL AĞRI SENDROMLU HASTALARDA D TİPİ KİŞİLİĞİN YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ

İlknur Can¹, Taha Can Tuman², Banu Sarıfakioğlu³

¹Semdinli Devlet Hastanesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Polikliniği, Hakkari

²Birecik Devlet Hastanesi, Psikiyatri Polikliniği, Şanlıurfa

³Namık Kemal Üniversitesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Tekirdağ

Amaç: D tipi kişilik özelliklerinin bulunması birçok hastalıkta olumsuz klinik sonlanım ve düşük yaşam kalitesinin önemli bir göstergesi olarak bildirilmektedir. Miyofasyal ağrı sendromu (MAS) kas iskelet sistemi ağrılarının en sık sebeplerinden birisidir. Kronik bir hastalık olması ve kişinin günlük işlevselliğini bozması nedeniyle yaşam kalitesini etkiler. Bu çalışmada MAS hastalarında D tipi kişilik sıklığının sağlıklı kontroller ile karşılaştırılması ve D tipi kişilik varlığının klinik parametreler ile ilişkisi ve kişinin yaşam kalitesi üzerine etkisinin incelenmesi planlanmıştır.

Gereç-Yöntem: Çalışmaya son iki yılda polikliniğimize başvuran 160 MAS hastası ve 80 sağlıklı kontrol dahil edildi. Hastaların demografik verileri ve tıbbi bilgileri kaydedildi. Hastaların ağrı düzeyi Vizüel Analog Skala, yeti yitimi boyun ağrısı ve dizabilite skalası ile değerlendirildi. Hastaların yaşam kalitesi SF-36 yaşam kalitesi ölçeği, uyku kalitesi Pittsburg Uyku Kalitesi Indexi (PUKİ) ile değerlendirildi. Hastaların anksiyete ve depresyon düzeyleri Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) ve Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ile değerlendirildi. Son olarak D tipi kişilik özelliklerinin değerlendirilmesi için D tipi kişilik ölçeği (DS-14) uygulandı.

Bulgular: Olguların yaş ortalaması hasta grubunda $36,6 \pm 11,6$ ve kontrol grubunda $33,7 \pm 10,9$ idi ($p > 0,05$). MAS hastalarında D tipi kişilik sıklığı %31,9 (n: 51) iken kontrol grubunda %23,8 (n: 19) idi ve D tipi kişilik açısından hasta ve kontrol grubunda istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p > 0,05$). D tipi kişiliği olan MAS hastalarında BDÖ, BAÖ, PUKİ skorları D tipi kişiliği olmayan MAS hastalarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı ($p < 0,001$, $p < 0,001$, $p < 0,001$). D tipi kişiliği olan MAS hastalarında SF-36 fiziksel fonksiyon, vücut ağrısı, vitalite, genel sağlık, sosyal fonksiyon, mental sağlık ve emosyonel rol boyutları, fiziksel bölüm skoru ve mental bölüm skoru D tipi kişiliği olmayan MAS hastalarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptandı ($p < 0,01$, $p < 0,05$, $p < 0,001$, $p < 0,001$, $p < 0,001$, $p < 0,001$, $p < 0,001$, $p < 0,001$, $p < 0,001$). Toplam DS-14 puanı ile BDÖ, BAÖ, PUKİ puanları arasında anlamlı pozitif korelasyon, SF-36 fiziksel fonksiyon, vücut ağrısı, vitalite, genel sağlık, sosyal fonksiyon, mental sağlık ve emosyonel rol boyutları, fiziksel bölüm skoru ve mental bölüm skoru arasında anlamlı negatif korelasyon saptandı.

Sonuç: Bildiğimiz kadarı ile çalışmamız MAS hastalarında D tipi kişilik sıklığının ve D tipi kişiliğin yaşam kalitesi, uyku kalitesi, anksiyete ve depresyon skorları ile ilişkisinin değerlendirildiği ilk çalışmadır. Çalışmamızda D tipi kişiliği olan MAS hastalarında, D tipi kişiliği olmayan MAS hastalarına göre BAÖ, BDÖ ve PUKİ skorları yüksek, fiziksel rol haricindeki bütün SF-36 yaşam kalitesi boyutları düşük saptandı. MAS hastalarında D tipi kişilik özelliklerinin varlığı yaşam kalitesi ve uyku kalitesini olumsuz etkileyebilir, anksiyete ve depresyon düzeylerini arttırabilir. Bu nedenle riskli grubun tespit edilebilmesi için MAS hastalarında D tipi kişilik özelliklerinin değerlendirilmesi önemlidir.

Anahtar kelimeler: MAS, D tipi kişilik, Yaşam kalitesi

ESSİTALOPRAMA BAĞLI NADİR GÖRÜLEN BİR YAN ETKİ: BİLATERAL PERİFERAL ÖDEM

Taha Can Tuman¹, Bengü Altunay Tuman²

¹Birecik Devlet Hastanesi, Psikiyatri Polikliniği, Birecik, Şanlıurfa

²Birecik Devlet Hastanesi, Dermatoloji Polikliniği, Birecik, Şanlıurfa

Sitalopramın s-izomeri olan essitalopram, iyi tolere edilen, hızlı etki başlangıcı olan ve yaşlılarda depresyon ve diğer psikiyatrik bozuklukların tedavisinde kullanılan bir ilaçtır. Essitalopram, yüksek oranda serotonin spesifik olup diğer nörotransmitterler üzerinde minimal etkinliği vardır. Essitalopram tedavisi sırasında uykusuzluk, baş ağrısı, titreme, bulantı, kızarıklık, terleme, diyare, cinsel işlev bozukluğu gibi ilaç yan etkileri bildirilmiştir. Yaşlı hastalarda ödem, önemli bir sağlık problemi. Kalp yetmezliği, böbrek yetmezliği, malabsorpsiyon, karaciğer yetmezliği, alerjik reaksiyonlar, lokal inflamasyon ve enfeksiyonlar, yanıklar, lenfatik tıkanıklık artmış kılcal geçirgenlik, venöz tıkanıklık ve ilaçlar periferik ödem oluşturabilir. Antihipertansif ilaçlar, nonsteroidal antiinflamatuvar ajanlar, kalsiyum kanal blokerleri, kortikosteroidler, hormonlar, antibiyotikler, beta blokerleri ve direkt vazodilatörler genellikle periferik ödem oluşturan ilaçlardır. Ödem psikiyatrik ilaçlar ile nadiren bildirilmiştir. Burada, essitalopram 10 mg/gün tedavisi başlandıktan sonra 7. günde bilateral bacak ödemi gelişen ve tedavinin kesilmesinden sonraki 12 gün içinde periferik ödemin çözüldüğü bir olgu sunmaktayız. 71 yaşında kadın hasta, üç aydır devam eden enerji azlığı, ilgi kaybı, aşırı uykusu, halsizlik ve kaygı şikayetleri ile polikliniğimize başvurdu. Hastaya DSM-IV kriterlerine göre "major depresyon" tanısı kondu ve essitalopram 10 mg/gün tedavisi başlandı. Essitalopram tedavisi başlandıktan 7 gün sonra hasta bacaklarında ödem şikayeti ile dermatoloji polikliniğine başvurdu. Dermatolojik muayenede her iki bacakta parlak şişlik mevcuttu. Selülit gözlenmedi. Ciltte kızarıklık, ülserasyon ve renk değişikliği yoktu. BFT, TFT ve KCFT normal sınırlardaydı. Kan elektrolit seviyeleri normaldi. Ekokardiyografi ve EKG bulguları normaldi. Ödeme neden olabilecek bir bozukluk saptanmadı. Essitalopram azaltılarak kesildi. Essitalopram kesildikten sonra ödem azaldı. 12 gün sonra hastanın bacakları normale döndü. Naranjo Advers İlaç Reaksiyon Olasılığı Ölçeği, essitalopram ile ilişkili muhtemel bir yan etki olarak 7 puan olarak değerlendirildi. Ödem, mirtazapin, trazodon, tranilsipromin, fenelzin ve izokarboksazid gibi çeşitli antidepresanların tedavisi sırasında bildirilmiştir. Literatürde essitalopram ile ilişkili ödem gelişen iki olgu bildirilmiştir. İlk olguda, bilateral ayak bileği ödemi, yüksek dozda essitalopram (günde 30 mg) ile ilişkili olabilir. Bizim olgumuzda ise bilateral bacak ödemi terapötik dozlarda gelişti. Bilateral pedal ödem gelişen ikinci olguda ise 71 yaşındaki hastada atrial fibrilasyon ve paroksizmal supraventriküler taşikardi mevcuttu ve hasta essitalopram ile eşzamanlı olarak, varfarin, bisoprolol ve klonazepam kullanıyordu. Aksine, hastamızda komorbid hastalık yoktu ve essitalopram ile eşzamanlı kullanılan herhangi bir ilaç yoktu. Bu nedenle olgumuzda bilateral bacak ödemi doğrudan essitalopram ile ilişkili olabilir. Essitalopram ile gelişen ödemin muhtemel etiyolojisi, vasküler geçirgenliğin artmasına bağlı olabilir. Essitalopramın güçlü serotonerjik etkileri nedeniyle idiosenkrazik bir ilaç reaksiyonu olabilir. Essitaloprama bağlı periferik ödem geri dönüşümlü nadir bir yan etkidir. Klinisyenler bu yan etki konusunda dikkatli olmalılar çünkü bu yan etki terapötik dozlarda ortaya çıkabilmekte ve hastada herhangi bir ilaç kullanımı veya komorbid hastalık olmadan da gelişebilmektedir.

PSİKİYATRİK BELİRTİLERLE GİDEN HIZLI SEYİRLİ BİR ANTI NMDAR ENSEFALİTİ VAKASI

Saba Çiçek¹, Buket Koparal Sevinç²

¹Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi

²Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi

Giriş: antiNMDAR ensefaliti, emosyonel ve davranışsal değişiklikler, kısa süreli bellek sorunları, bilişsel bozulma, nöbet aktivitesi ile ortaya çıkan akut veya subakut bir başlangıçlı bir hastalıktır. Her ne kadar son yıllarda tanıya olan ilginin artmasıyla birlikte konulan tanı sıklığında da artış gözlenirse de psikiyatristlerin bu konuda bilgisinin sınırlı olduğu düşünülmektedir. Bu yazıda, over teratomu saptanan bir antiNMDAR ensefaliti olgusu sunulmuştur.

Vaka: 33 yaş kadın hasta 2 hafta önce başlayan garip bakış ve davranışlar, ağlama atakları Allah'la konuşma, günahkârlık düşünceleri ile başvurdu. Klinikte değerlendirildiğinde kooperasyon kurulamadı, enkoheran konuşma mevcuttu. İlaçsız izlenmesine karar verildi. Rutin laboratuvar tetkikleri normal idi. EEG'de yaygın delta, teta, trifazik dalga paterni izlendi. Beyin görüntülemesinde sağ temporal bölgede asimetrik sinyal değişiklikleri gözlemlendi. Birkaç gün içinde orofasyal emme tarzı hareketler, miyoklonik nöbetler, otonomik instabilite gelişen hasta yoğun bakıma devredildi. Rijidite, yüksek ateş, hafif lökositoz gelişen hasta NMS ön tanısı ile bromokriptin başlandı. İlerleyen günlerde bilinci kapandı ve entübe olarak takip edildi. LP yapılarak viral ve limbik ensefalit paneleri çalışıldı. AntiNMDAR antikoru pozitif bulundu. Abdominal BT'de over teratomu ile uyumlu kitle izlendi. Cerrahi rezeksiyon planlandı. Bromokriptin tedavisi kesilerek 7 gün metilprednizolon tedavisi uygulandı. IVIG planlanan hastada kardiyak arrest gelişmesi sonucu yoğun bakım takibinin 12. gününde exitus oldu.

Tartışma: Vakamızda semptom başlangıcından kesin tanı konulana kadar geçen süre 33 gün olmasına rağmen hızlı seyirli olması sebebiyle mortal seyretmiştir. Tanı koymada esas olan klinik şüphedir. Psikotropiklere yanıtın zayıf olması, akut başlangıç, atipik psikiyatrik semptomlar, nörolojik belirtilerin eşlik etmesi, viral prodrom benzeri belirtilerin olması durumunda ayırıcı tanılar arasında düşünülmeli gerekmektedir.

Anahtar kelimeler: antiNMDA reseptör ensefaliti, psikiyatrik belirtiler

NADİR GÖRÜLEN BİR YAN ETKİ: FLUOKSETİN KULLANIMI İLE İLİŞKİLİ VAJİNAL KANAMA; OLGU SUNUMU

Derya Kaya¹, Gülçin Elboğa¹

¹Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı

Giriş ve amaç: Seçici Serotonin Geri alım İnhibitörleri (SSGİ) psikiyatrik bozuklukların farmakolojik tedavisinde yaygın olarak kullanılan ilaç grubudur. SSGİ'nin antidepresan etkinlikleri trisiklik antidepresanlardan fazla değildir ancak onlardan daha güvenli oldukları bilinmektedir. Ayrıca bu ilaçların trisiklik antidepresanlar gibi antikolinerjik yan etkileri yoktur ve yüksek dozda da daha güvenlidir. SSGİ'ler, güvenli kabul edilmelerine karşın bazen ciddi boyutta hematolojik yan etkilere yol açabilmektedir. Bu çalışmada, SSGİ kullanımı sırasında ortaya çıkan hematolojik yan etkileri olgumuz ışığında değerlendirmek, bu konudaki klinik deneyimimizi aktarmak ve advers etkilerin ilgili birimlere bildirilmesi hususunda hekimlerin farkındalığını arttırmak amaçlanmıştır.

Olgu: 20 yaşında kadın hasta, son 6 aydan beri olan mutsuzluk, enerji düşüklüğü, hayattan zevk alamama gibi yakınmalarla polikliniğimize başvurdu. Yapılan psikiyatrik değerlendirme ve muayene sonucunda DSM 5 tanı ölçütlerine göre depresyon tanısı konulup, 20 mg/gün fluoksetin tedavisi başlandı. Tedavinin 2. günü vajinal kanama başlaması üzerine fluoksetin kesildi, escitalopram 10 mg/gün başlandı. Fluoksetin kesildikten sonra kanama sona erdi. Hastada herhangi bir ilaç kullanımı, özgeçmişinde ve soygeçmişinde kanama diatezi veya hematolojik hastalık yoktu. Tam kan sayımı, PT, aPTT, INR, üre, kreatinin, karaciğer fonksiyonlarını gösteren kan incelemeleri yapıldı ve sonuçları normal olarak değerlendirildi. Hematoloji ve Kadın hastalıkları ve doğum klinikleri ile konsülte edildiğinde hastanın klinik bulgusunun hematolojik ya da jinekolojik bir hastalık ile ilişkili olmadığı sonucuna varıldı.

Tartışma: Fluoksetinin hematolojik yan etkileri ile ilgili bildirilen olgulara bakıldığında daha çok ekimoz olduğu görülmektedir. SSGİ'lerin hematolojik yan etkilere, plateletlerde serotonin miktarında ve depolanmasında azalmaya neden olarak platelet disfonksiyonu yaparak advers kanama olaylarına yol açtığı düşünülmektedir. Ayrıca ilaçla indüklenen immün trombositopeni, kalsiyum mobilizasyon blokajı ve nitrik oksit sentaz inhibisyonu da diğer suçlanan mekanizmalardır. Tüm mekanizmaların açıklığa kavuşması için ileri çalışmalar yapılması gerekmektedir. Böylece tedaviye başlamadan önce yapılması, sorgulanması ve taranması gerekenler de netlik kazanacaktır.

Sonuç: SSGİ'ler birçok psikiyatrik hastalıkta, yan etkilerinin tolere edilebilir olması nedeniyle ilk sırada tercih edilen ilaçlardır. SSGİ kullanmadan önce hastada kanama diatezine neden olabilecek hastalıklar, aile öyküsü ve ilaç kullanımı mutlaka sorgulanmalıdır. Fluoksetin kullanımı ile hematolojik yan etkiler arasında ilişki kurulmuş olmasına rağmen, mekanizması hala aydınlatılamamıştır. Hematolojik yan etkilerin ortaya çıkmasında hastaya ait faktörlerin etkili olup olmadığı, genetik mutasyonların rol oynayıp oynamadığı, yatkınlık oluşturan nedenlerin ve mekanizmanın aydınlatılması için ileri çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır. Fluoksetin gibi SSGİ'lerin neden olduğu nadir advers etkilerin TÜFAM'a bildirilmesi ile oluşturulan veri tabanları sayesinde ilaç advers etkileri hakkında daha fazla bilgi sahibi olmamıza ciddi ve önemli katkılar sağlanacaktır.

Anahtar kelimeler: fluoksetin, vajinal kanama, advers etki

KONVERSİYON BOZUKLUĞUNDA B12 VİTAMİNİ, FOLİK ASİT SEVİYELERİ VE SOMATOFORM DİSSOSİYASYON DÜZEYİ

Pınar Güzel Özdemir¹, Erdem Çokluk¹, Mesut Işık³, Şuheda Tapan¹, Tugba Gür⁴

¹Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı

²Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyokimya Anabilim Dalı

³Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Bölümü

⁴Yüzüncü Yıl Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu

Amaç: Konversiyon bozukluğu, organik bir patoloji olmadan semptom veya defisitlerin istemli motor ve duyuşal işlevleri etkilediği, başka bir tıbbi durumu düşündüren ancak hastalığın öncesinde çatışma veya diğer stresörlerin bulunmasıyla psikolojik faktörlerle ilişkili olduğu düşünülen bir hastalıktır. Böyle bir savunma bireyin hem bunaltısının yatışmasını (birincil kazanç), hem de sorumluluklarından kurtulmasını (ikincil kazanç) sağlayabilir (1). Konversiyonun etiolojisinde çeşitli psikodinamik görüşler, nörobiyolojik ve genetik etmenler, sosyo-kültürel görüşler üzerinde durulmuştur (2). Vitamin B12 ve folik asit eksikliğinin anemiye ve nöropsikiyatrik belirtilere neden olduğu yıllardır bilinmektedir ve psikiyatrik hastalıklarda da bu vitamin düzeyleri birçok kez araştırılmıştır (3). Bu çalışmada, konversiyon bozukluğunun etiolojisini aydınlatacak bulguları elde etmek için konversiyon bozukluğu olan hastalarda vitamin B12 ve folik asit düzeylerinin ilişkisini değerlendirmek ve depresyon ve somatoform dissosiyasyonunu incelemek amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmaya Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri polikliniğine başvuran ve DSM-5 tanı ölçütlerine göre konversiyon bozukluğu tanısı konan 55 hasta ve 45 sağlıklı gönüllü alınmıştır. B12 vitamini ve folik asit seviyeleri için her iki gruptan kan örnekleri alınıp görüşme yapılarak Beck Depresyon Envanteri, Somatoform Dissosiyasyon Ölçeği ve sosyodemografik veri formu doldurulmuştur.

Bulgular: Konversiyon bozukluğu olan hastaların yaş ortalaması $26,96 \pm 9,14$ iken, kontrol grubunun yaş ortalaması $26,55 \pm 5,96$ 'dır. Konversiyon bozukluğu grubunda 55 hastanın 13'ünde düşük serum vitamin B12 düzeyi varken kontrol grubunda sadece 4 hastada düşük serum vitamin B12 seviyeleri saptandı (Şekil 1). İki grup arasında folik asit düzeyleri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmedi. Konversiyon bozukluğu hastaları somatoform dissosiyasyon puanları açısından 35'in üstünde ve altında olanlar olmak üzere iki gruba ayrıldı (4). Yüksek somatoform dissosiyasyon puanlarına sahip olan grupta Beck Depresyon Envanteri puanları daha yüksek olup, daha fazla düşük vitamin B12 düzeyleri saptanmıştır. Bulgular tabloda gösterilmiştir.

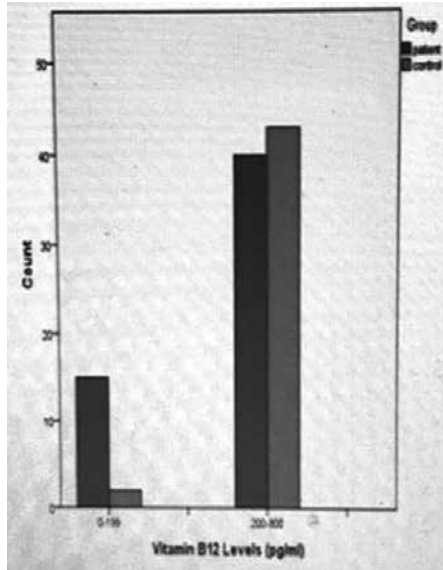
Tartışma: B12 vitamini ve folik asit eksikliği ile psikiyatrik bozukluklar arasındaki ilişkiye olan ilgi giderek artmaktadır. Paralizi, körlük, psikojenik hareketler ve nöbetler gibi çok çeşitli semptomlar, bu bozukluğun en azından kısmen farklı biyolojik nedenlerle kontrol edildiğini düşündürmektedir. Vitamin B12 ve folik asit eksikliği, nörotransmitter düzeylerinde bir düşüşe neden olan metilasyon reaksiyonlarını azaltır; sonuç olarak, hücre içi biyokimyasal yollar olumsuz etkilenir ve nöropsikiyatrik belirtiler ortaya çıkabilir (5). Bu çalışmanın bulguları konversiyon bozukluğu olan grupta daha fazla vitamin B12 düşüklüğüne sahip kişilerin bulunduğunu göstermektedir.

Sonuç: Bildiğimiz kadarıyla, bu çalışma, konversiyon bozukluğunda B12 vitamini ve folik asit düzeylerini değerlendiren ilk çalışmadır. Klinisyenlerin konversiyon semptomları olan hastalarda vitamin B12 düzeyleri konusunda dikkatli olmaları önerilir.

Kaynaklar

1. Ay S, Gök H, Kurtaiş Y, Küçükdeveci A, Kumbasar H. Fibromiyalji Sendromu ve Konversiyon Bozukluğu Birlikteliği: Olgu Sunumu. *Romatizma* 2007; 22:144–6.
2. Uğuz S, Toros F. Konversiyon Bozukluğunda Sosyodemografik ve Klinik Özellikler. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2003; 14 (1): 51–58.
3. Lerner V, Kanevsky M, Dwolatzky T, Rouach T, KaminR, Miodownik C. Vitamin B12 and folate serum levels in newly admitted psychiatric patients. *Clin Nutr* 2006; 25:60–67.
4. Sar V, Kundakci T, Kiziltan E, Bakim B, Bozkurt O. Differentiating dissociative disorders from other diagnostic groups through somatoform dissociation in Turkey. *J Trauma Dissociation*. 2001; 1 (4): 67–80.
5. Bottiglieri T. Homocysteine and folate metabolism in depression. *Progress. Neuro-Psychopharmacol. Biol Psychiatry*, 2005;29 (7): 1103–1112.

Anahtar kelimeler: Konversiyon, vitamin B12, folik asit, psikopatoloji



Resim 1. Konversiyon bozukluğu grubunda somatoform dissosiyasyon puanlarına göre Beck

Tablo 1. Depresyon Envanteri (BDE), vitamin B12 ve folik asit düzeylerinin karşılaştırılması

		<i>SDQ ≥ 35 (n=35)</i>	<i>SDQ <35 (n=20)</i>		
		<i>N %</i>	<i>N %</i>	<i>χ²</i>	<i>p</i>
B12 (pg/ml)	Low (0–199,99)	9 (69,2 %)	4 (30,8 %)		
	Normal (200–883)	26 (61,9 %)	16 (38,1 %)	0,23	0,44
Folik asit (ng/ml)	Low (0–3)	1 (33,3 %)	2 (66,7 %)		
	Normal (200–883)	34 (65,4 %)	18 (34,6 %)	1,259	0,262
		Mean ± SD	Mean± SD	Z	p
BDE		26,88±12,01	16,65±11,72	-3,266	0,001
B12 (pg/ml)	Low (0–199,99)	158,11±22,87	183,25±14,29		
	Normal (200–883)	320,96±136,36	319,6±84,6	4,01	0,07
Folik asit (ng/ml)	Low (0–3)	2,9	2,5±0,42		
	Normal (200–883)	5,59±1,42	5,70±2,30	1,259	0,262
HB		13,88±1,13	14,65±1,70	T = 1,994	0,05
MCV		84,52±11,11	94,39±34,71	T = 1,050	0,294

BİPOLAR AFFEKTİF BOZUKLUĞU OLAN YAŞLI OLGUDA FRONTOTEMPORAL DEMANSIN ÖNEMİ

Yasin Duman¹, Burak Erman Menkü¹, Erman Şentürk¹, Bahadır Geniş², Muhammed Hakan Aksu³, Behcet Coşar¹

¹Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı

²Zonguldak Çaycuma Devlet Hastanesi

³Yenimahalle Devlet Hastanesi

75 yaşında erkek hasta. 40 yıldır bipolaraffektif bozukluk tanısı ile izlemde. Hastanın bu 40 yıl içinde atakları hep manik atak şeklinde olmuş. Son 1 yıldır yerden pislik toplama şeklinde obsesyonları başlayan hastanın ilk kez depresif belirtileri başlamış. Bu süreçte hastaya antidepresan tedavi başlanmış. Birkaç aydır başlayan kıyafetlerini kebdni kenidne giyememe yakınlarına nasıl giyebilirim diye sormaları oluyormuş. Hasta muayenede depresif yaşamdan zevk almıyor, günlük işlevlerini yerine getirmekte zorlanıyor iştah bozuk. Hastanın MMD puanı 28/30 olarak saptandı. 2017 oackat cranial MR da kronik aiskemik değişiklikler, serebral ve serebellaratrofi saptanmış. 40 yıl içinde atakların hep manik olması son bir yıl içinde depresif belirtilerin başlaması antidepresan tedaviye yanıt vermemesi ve son birkaç ayda günlük aktiviteleri veyaşam kalitesinde bozulmaları nedeni ile hastadan nöroloji konsültasyonu sonucu MOCAtesti uygulanmış testten 22 puan alan hastaya PET önerilmiştir. Bu süreçte yapılan nörobilişsel testlerinde frontal ve yürütücü işlevlerinin bnormal altında olduğu vetüm alanlardabozulma olduğu bildirilmiştir. PET sonucuna göre frontal ve temporal alanlarda “belirgin” kortikal metabolizma azlığı bildirilmiştir. Hasta bu sonuçlarla BipolarAffektif Bozukluğa eşlik eden Frontotemporal demans olarak değerlendirilmiştir. Bu olgu yaşlı bipolar hastalarda ortaya çıkan depresif belirtilere dikkati çekmektedir. Bu tür hastalarda altta-yatan bir frontotemporal demansın akılda tutulması gerekliliğini göstermektedir.

Anahtar kelimeler: Bipolar Affektif Bozukluk, frontotemporal demans, yaşlı hasta

PALİPERİDONA YANIT VEREN DELÜZYONEL PARAZİTOZ OLGUSU

Burak Erman Menkü¹, Yasin Duman¹, Erman Şentürk¹, Bahadır Geniş², Muhammed Hakan Aksu³, İrem Ekmekci Ertek¹, Behcet Coşar¹

¹Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi

²Zonguldak Çaycuma Devlet Hastanesi

³Yenimahalle Devlet Hastanesi

69 yaşında erkek hasta 2 yıldır derisinin altında böceklerin olduğuna inanma ve buna bağlı kaşıntılarla başvurdu. Birçok dermatoloji konsültasyonu sonucunda hastada herhangi bir dermatolojik etiyoloji saptanamadı gözlemlendi. Hastanın bedeninde yoğun kaşıntı izleri ve ve kesikler olduğu izlendi. Kaşıntı nedeni ile geceleri yoğun uyku sorunları olan hasta kliniğimize dermatoloji kliniğine yönlendirildi. Hastanın önceden psikiyatri başvurusu, alkol madde kötüye kullanım öyküsü yok. Ailede herhangi bir psikiyatrik ya da dermatolojik hastalık öyküsü yok. Eşlik eden herhangi bir fiziksel hastalık ya da ilaç kullanımı olmayan hastanın ruhsal durum muayenesinde derisinin altında gezen ve koşan böceklerin olduğuna inandığı gözlemlendi. Kaşındıkça bu böceklerin yer değiştirdiğini söylüyor ve böcekler onun uyumasına engel oluyorlarmış. Bu nedenle hasta böcekleri çıkarabilmek amacı ile bedenine çakı ile kesikler atıyormuş. İçgörüsü olmayan hastanın bu böcekleri diğer kişilere bulaştırma ile ilgili düşünceleri ya da kaygıları yoktu. Matchbox sign ya da major depresif bozukluğu belirtileri gözlenmedi. Kaşınmaya yol açan taktıl halüsinasyonları var olan hasta MMSE den 29/30 puan almış. Hamilton Depresyon Ölçeği puanı 9. Laboratuvar testleri normal. MRI da yaşla uyumlu minimal atrofik değişiklikler dışında patoloji yoktu.

Organik etiyoloji ve psikiyatrik bozukluklar ekarte edildikten sonra hastaya Delüzyonel Parazitöz (Ekbom Sendromu) tanısı konuldu. Paliperidon 3 mg başlandı. 15 gün sonra 6 mg/gün şeklinde düzenlenen tedavi sonucunda uykusunun düzeldiği ve belirtilerinin genel olarak ortadan kalktığı izlendi. Bu süreçte ilaç tedavisi 9 mg/gün şeklinde ayarlandı. Tedavinin 45. gününden itibaren hastanın tüm belirtilerinin düzeldiği izlendi. Delüzyonel Parazitöz tedavisinde klinisyenlerin göz önünde bulundurması açısından Paliperidonun da bir seçenek olabileceği düşünülmüştür.

Anahtar kelimeler: delüzyonel parazitöz, paliperidon

SERTRALİN KULLANIMI SONUCU GELİŞEN STEVENS JOHNSON SENDROMU

Elif Subaşı¹, Erman Şentürk², Behcet Coşar²

¹Konya Meram Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı

²Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı

78 yaşında erkek hasta mukozal ve kutanöz erüpsiyon şikayeti ile Dermatoloji bölümüne başvuruda bulunuyor. Bilinen hipertansiyon, benign prostat hipertrofisi, hiperlipidemi ve diabeti bulunan hasta valsartan ve hidroklorotiyazid kompleksi, repaglinid, metformin, felodipin, fenofibrat ve tam-solisin tedavilerini uzun yıllardır kullanmakta iken hastada ölüm korkusu şikayetinin bulunması bu şikayete terleme, titreme, uykusuzluk eklenmesi sebebi ile sertraline 50 mg başlanmış. İlaç sadece 3 kez kullanıp bırakmış. İlaçın ilk dozundan 12 gün sonra hastanın gözünde sabahları olan çapaklanma, çapaklanma sebebi ile gözlerini açamama, boğazında ağrı ve yiyeceklerin takılması hissi başlamış. Bu şikayetlerle göz hastalıkları ve kbb bölümlerine başvuran hastada konjonktivit ve boğaz enfeksiyonu (mukozal erüpsiyon mevcutmuş) düşünülerek amoksisilin klavulonat, parasetamol, kristal oksitetrasiklin hidroklorür ve polimiksin B sülfat, ofloksasin damla başlanmış. Tedavilerini düzenli kullanan hastanın şikayetlerinin daha da artması, tükürüğünü dahi yutamayacak hale gelen yutma güçlüğü, yüzde erode alanlar, saçlı deride ve ciltte abrazyonlu eritemli büllöz plaklar ve oral mukoza da yaygın erozyon, hemorajik krutlar olması üzerine acil servise başvurmuş. Acil serviste hastaya 48 mg kortizol, betametazon ve desloratidin ampul uygulanmış. 2 gün verilen 16 mg/gün oral kortizolü düzenli olarak kullanmış. Yutma güçlüğünün azalması fakat lezyonların vücuda yayılması sebebi ile Stevens Johnson sendromu düşünülerek dermatoloji servisine yatışı yapılmış. Hastanın hemogram, karaciğer fonksiyon testleri, böbrek fonksiyon testleri, hepatit markerları, c reaktif protein değeri, sedimentasyon, idrar tetkiki istenmiş, normal olarak raporlanmış. Hastada büllöz ilaç reaksiyonu düşünülerek hastanın gövde lezyonundan biyopsi alınmış, hastaya ağız lezyonları için fusidik asit 20 mg/g ve betametazon valerat 1 mg/g kompleksi krem formunda dudak lezyonları için 3*1; vücut lezyonları için lezyon üzerine 1 mg metilprednisolon aseponat krem 2*1 ve ağız lezyonları için benzydarnin hidroklorür gargara 3*1, nistatin gargara 3*1, sodyum bikarbonat gargara 3*1 başlanmış. Göz hastalıkları tarafından keratit olarak değerlendirilen hastaya moksifloksasin damla 4*1, tobramisin pomad 4*1, loteprednol damla 2*1 ve yapay gözyaşı 15*1 şeklinde başlanmış. Yeni lezyon çıkışı devam eden hastaya 50 mg kortizol im yapılmasının ardından 64 mg/gün oral olarak başlanmış. Hastanın yeni lezyon çıkışı kortizol kullanımının 4. gününde durmuş. Alınan biyopsi “ subepidermal ayrışma ve epidermiste nekrotik değişiklikler “ şeklinde stevens Johnson sendromu ile uyumlu olarak raporlanmış. Tedavinin 11. gününde sodyum değeri 129 olarak raporlanan hasta dahiliyeye danışılmış. Dahiliye tarafından tuzlu diyet önerilmiş. Hastada yeni lezyon çıkışı olmaması ve varolan lezyonlarda belirgin gerileme olması sebebi ile hastanın kortizol alımı 48 mg/gün olarak düşürülmüş. Tedavinin 19. gününde sodyum değeri daha da düşerek 121 olan hastanın dahiliye önerisi ile valsartan ve hidroklorotiyazid kompleksi kesilerek nifedipin 60 mg/gün tedavisine geçilmiş, hastanın günlük tuz alımı 4-6 gr/gün olarak düzenlenmiş. Bir gün sonraki sodyum değerinin 117 olarak raporlanması üzerine hastaya %3 lük NaCl den 150 cc 3 saat süresince infüze edilmiş. Günlük sıvı alımı 1500 cc ile sınırlandırılmış. Bu şekilde 3 gün sodyum infüzyonu alan hastanın sodyum değeri 138 olarak raporlanmış. Hastanın tedavisinin 19. Gününde kortizol alımı 32 mg/gün ve 25.

gününde 16 mg/gün olarak düzenlenmiş. Hasta lezyonlarında belirgin gerileme, oral lezyonlarının azalması sebebi ile 27 gün sonra kortizol 16 mg/gün; d vitamini efervesan tablet 1*1; loteprednol göz damlası 2*1; tobramisin pomad göz içine 4*1; yapay gözyaşı damla 8*1 ve fusidik asit 20 mg/g ve betametazon valerat 1 mg/g 2*1 ile taburcu edilmiş. Hastaya sıvı alımını 1500 cc ile sınırlandırılması, 2 hafta sonra dermatoloji poliklinik ve 1 hafta sonra geriatri poliklinik kontrolü önerilmiş.

Anahtar kelimeler: Sertralin, Stevens Johnson Sendromu

ARİPİPRAZOLE BAĞLI GELİŞEN BİR HIÇKIRIK OLGUSU

Cansu Karagöz¹, İlker Özben¹, Gülüz Şenormancı¹, İbrahim Taymur¹, Ömer Şenormancı¹

¹T. C. S. B. Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi-Psikiyatri Bölümü

Giriş: Hiçkırık, diyafram ve eksternal interkostal kasların ani, istemsiz olarak kasılması ve bu esnada ani bir inspirasyon ve glottisin kapanması sonucu oluşan bir reflekstir (1). Hiçkırık refleksi kompleks bir mekanizmaya sahiptir ve pek çok patoloji hiçkırığa neden olabilir (2).

Olgu: Elli dört yaşında erkek hasta, psikososyal stresör sonrası 1,5 yıl önce başlayan içe kapanma, odasından ve yatağından çıkmama, enerjisizlik, isteksizlik, ilgisizlik, karamsarlık, mutsuzluk nedeniyle düzensiz psikiyatri takibi ve düzensiz ilaç kullanımı vardı. Son 1 aydır depresif şikayetlerinin artması, özkıyım düşünce ve planları nedeniyle servisimize yatırıldı. Tedavisi essitalopram 10 mg/gün, diazepam 10 mg/gün, trazodon 100 mg/gün olarak düzenlendi. Yatışının 15. gününde essitalopram dozu 20 mg/gün'e yükseltildi. Yatışının 20. gününde tedavisine aripiprazol 2,5 mg/gün eklendi. Aripiprazol 2,5 mg tek doz aldıktan 24 saat sonra hastanın hiçkırığı başladı ve aralıksız sürdü. Hastanın fizik muayenesi normal bulundu; hemogram, karaciğer, böbrek ve tiroid fonksiyon testlerinde ve elektrolit düzeylerinde patoloji saptanmadı. Hiçkırığı açıklayabilecek olası nedenler dışlandıktan sonra aripiprazole bağlı olabileceği düşünüldükten sonra aripiprazol kesildi. Aripiprazol tedavisinin kesilmesinden 2 gün sonra ek tedaviye ihtiyaç duyulmadan hiçkırık düzeldi.

Tartışma: Aripiprazol, şu anda kullanılmakta olan tipik ve atipik antipsikotiklerden çok farklı bir farmakolojik profile sahiptir. Pre ve post sinaptik D2 reseptörünün parsiyel agonistidir (3), D3 reseptörüne güçlü, D4 reseptörüne orta düzeyde afinitesi vardır (4). 5-HT1A ve 5-HT2C parsiyel agonisti, 5-HT2A reseptör antagonistidir (5).

Aripiprazolün D2 reseptörlerine olan parsiyel agonist etkisi ile hem hipodopaminerjik hem hiperdopaminerjik duruma yol açarak hiçkırığa sebep olabileceği öne sürülmüştür (6). Hiçkırık oluşumunda önemli rolü olduğu düşünülen bir diğer nörotransmitter ise serotoninidir. Aripiprazolün 5-HT1A reseptörleri üzerine olan parsiyel agonistik etkisi ve 5-HT2A reseptörleri üzerine olan antagonistik etkisi, frenik sinirin aktivitesini etkileyerek hiçkırığa neden olabilir (7).

Kaynaklar

1. Marinella MA. Diagnosis and management of hiccups in the patient with advanced cancer. J Support Oncol 2009; 7:122–127.
2. Samuels L. Hiccup; Aten year review of anatomy, etiology, and treatment. Can Med Assoc J 1952; 67:315–322.
3. Burris KD, Molski TF, Xu C, Ryan E, Tottori K, Kikuchi T, Yocca FD, Molinoff PB. Aripiprazole, a novel antipsychotic, is a high-affinity partial agonist at human D2 dopamine receptors. J Pharmacol Exp Ther 2002; 302:381–389.
4. DeLeon A, Patel NC, Crismon ML. Aripiprazole: a comprehensive review of its pharmacology, clinical efficacy, and tolerability. Clin Ther 2004; 26:649–666.
5. Jordan S, Koprivica V, Chen R, Tottori K, Kikuchi T, Altar CA. The antipsychotic aripiprazole is a potent, partial agonist at the human 5-HT1A receptor. Eur J Pharmacol 2002; 441:137–140.
6. Ray P, Zia Ul Haq, Nizame SH. Aripiprazole-induced hiccups a case report. Gen Hosp Psychiatry 2009; 31:382–384.
7. Yeh YW. Persistent hiccups associated with switching from risperidone to aripiprazole in schizophrenic patient with cerebral palsy. Clin Neuropharmacol 2011; 34:135–136.

Anahtar kelimeler: hiçkırık, aripiprazol

WERNİCKE ENSEFALOPATİSİ'NDE TANI VE AYIRICI TANI ZORLUKLARI: BİR OLGU SUNUMU

Ayşe Nur Bürcü¹, Çetin Turan¹, Gülüz Şenormancı¹, İbrahim Taymur¹, Ömer Şenormancı¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Yüksek İhtisas E. a. h.

Giriş: Wernicke ensefalopatisi (WE), tiamin eksikliğine bağlı akut nöropsikiyatrik bir acildir. Klasik triad olan yürüme ataksisi, göz belirtileri (nistagmus, oftalmopleji) ve bilinç değişikliklerinin WE hastalarının sadece %16–20'sinde beraber görüldüğü öne sürülmüştür (1,2). Alkol bağımlı hastaların %68'inde ve diğer hastaların %94'ünde tanının gözden kaçtığı bulunmuştur (3).

Olgu: Altmış iki yaşında erkek hasta, evli, 3 çocuğu var, ilkokul mezunu, alkollü lokanta işletiyor. Otuz beş yıldır alkol kullanıyor. Acil servise 3 gündür etrafını tanımama, hayaller görme, yalpalayarak yürüme şikayetleri üzerine yakınları tarafından getirildi. Bilinen bir hastalık öyküsü yok.

Hastanın tetkikleri: TA: 173/123 EKG sinüs taşikardisi K: 3 (↓) Mg: 1,2 (↓) GGT: 1311 (↑) T. Protein: 5,2 (↓) Albümin: 2,8 (↓) Sed: 34 (↑) CRP: 36 (↑) Hb: 10,9 (↓) MCV: 99,4 (↑) dışındaki değerleri normal.

Difüzyon MR: Sol mezensefalonda tek kesitte ADC de hipointens, difüzyonda hiperintens görülen akut infarkt ile uyumlu olabilecek milimetrik alan. T2 de serebral atrofi ve periventriküler iskemik gliozis alanları

Kranial BT: N

Psikiyatrik muayene bulguları: Yaşıyla uyumlu görünümde, yatar bir halde, öz bakımı biraz azalmış, cildi terli, ellerinde tremoru var. Sorulan sorulara geç cevap veriyor. Konuşma bittiğinde uykuya geçiyor. Sözel uyaranla uyandırılabilir. Yakınlarını tanıyor ancak hastanede olduğunu ve ne zaman geldiğini bilmiyor. Yılı, ayı, günü bilmiyor. Doğrusu söylendikten bir süre sonra tekrar sorulduğunda yine yanlış söylüyor. Yakınları arada havadan bir şeyler yakalamaya çalıştığını, üzerindeki battaniyenin üstünde civcivler, kediler gördüğünü söylüyor.

Pupiller izokorik IR: ++ Ense sertliği ve patolojik refleks saptanmadı. Sol alt ekstremitede fröst parezi mevcut.

35 yıldır 6–7 ay kullanıp 6–7 ay bırakma şeklinde alkol kullanımı olan hastanın son 3 yılda her gün gündüzleri de olmak üzere 15–20 birim alkol kullanımı mevcut. Önceki bırakma girişimlerinde tremor ve terleme dışında yoksunluk belirtisi yaşamamış. Üç gündür alkol kesilme öyküsü ve yoksunluk bulguları olan hastaya yoksunluk tedavisi olarak KC enzimleri yüksekliğinden dolayı bölünmüş dozlarda oral lorazepam 5,5 mg, folik asit 10 mg ve parenteral 300 mg tiamin (3 gün) tedavisi başlandı. Dahiliye konsültasyonu sonucu K düşüklüğü nedeniyle KCl replasmanı yapıldı. Bilinç bozukluğu ve akut infarkt nedeniyle nöroloji kliniğine yatırıldı. Günlük konsültasyonlarda hastanın lorazepam dozu kademeli olarak azaltıldı ve 3 gün sonra tiamin 750 mg olarak oral forma geçildi. Hastanın yoksunluk belirtileri geriledi. Kendi ihtiyaçlarını görmeye ve yürümeye başladı. Genel durumu düzelmesine rağmen oryantasyon bozukluğunun devam etmesi ve yürüyüşünün ataksik olması üzerine WE olduğu düşünüldü. Nöroloji servisinde asetsalisilik asit 300 mg/gün tedavisiyle taburcu edilen hasta AMATEM polikliniğinden 250 mg tiamin içeren B vitamini kompleks (apikobal) 3x1, folik asit 5 m mg tb 2x1 ve akamprosat 3x2 tedavisiyle izlenmektedir.

Tartışma: Klasik triad hastaların sadece %16–20'sinde görülür. Bu olguda da göz bulguları bulunmamaktadır. Olgumuzda saptanan infarktlar tanının gecikmesine yol açsa da verilen tiamin tedavisi ile hastanın semptomları tamamen düzelmiştir.

Kaynaklar

1. Harper CG, Giles M, Finlay-Jones R. Clinical signs in Wernicke Korsakoff complex: a retrospective analysis of 131 cases diagnosed at autopsy. J Neurol Neurosurg Psychiatry 1986; 49:341–345.
2. Harper CG, Sheedy DL, Lara AI, Garrick TM, Hilton JM, Raisanen J. Prevalence of Wernicke-Korsakoff Syndrome in Australia: has thiamine fortification made a difference? Med J Aust 1998; 168:542–545.
3. Galvin R, Brathen G, Ivashynka A ve ark. EFNS guidelines for diagnosis, therapy and prevention of Wernicke encephalopathy. Eur J Neurol 2010; 17:1408–1418.

Anahtar kelimeler: wernicke ensefalopatisi, alkol yoksunluğu, bilinç değişikliği

GÜNDE 40 LİTRE SU İÇEN ŞİZOFRENİ HASTASI

Fikret Poyraz Çökmüş¹, Didem Sücüllüoğlu Dikici²

¹Nazilli Devlet Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Aydın, Türkiye

²Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Manisa, Türkiye

Giriş: Kompulsif su içme veya psikojenik polidipsi, susama duymaksızın sürekli veya alışkanlık haline gelen normalden fazla su içme ile karakterize psikiyatrik bir tablodur. Psikojenik polidipsi, özellikle şizofreni hastalarında yaygın olarak görülebilen, ama sıklıkla gözden kaçan, hayati tehlikeye hatta ölüme yol açabilen bir durumdur (1). Biz bu olgu sunumumuzda ilk olarak yoğun bakımda değerlendirilen günde 40 litreye varan su içmesi olan 51 yaşında bekâr erkek bir şizofreni hastasını değerlendireceğiz.

Olgu Sunumu: E. Ö 51 yaşında erkek hasta. Hasta ilk kez yoğun bakımda değerlendirildi. Son bir haftadır günde 40 litreye varan su içmesi olan hasta yoğun bakıma bilinci konfü biçimde getirilmiş. Getirildiği zaman elektrolit imbalansı mevcuttmuş. Sodyum değeri 96 imiş. Tarafımıza 3 gün sonra danışılmıştı. Ruhsal durum muayenesinde referans ve perseküsyon sanrıları mevcuttu. Kompulsif tarzda su içmesi mevcuttu. Affekti künttü, sosyal izolasyonu mevcuttu. Hasta yoğun bakım sonrasında servisimize devir alındı. Kendisinden ve yakınlarından alınan öyküde ilk belirtilerinin 14 yaşında başladığı ve 17 yaşından bu yana tedavi gördüğü öğrenildi. Primer polidipsi nedeniyle rutin tetkikleri yapıldı, beyin görüntülemesi istendi. Endokrinoloji konsültasyonu istendi. Hastanın mevcut durumunun şizofreni hastalığına bağlı psikojenik polidipsi olduğuna karar verildi.

Tartışma: Olgu sunumuzda günde 40 litre su tüketen ve düşük sodyum düzeyi ile polidipsik hiponatremi teşhisi alan bir şizofreni hastası sunulmuştur. Polidipsiye yol açabilecek diyabet veya tümör gibi başka bir bedensel hastalık ya da ilaç da olmadığından E. Ö'ye psikojenik polidipsi tanısı konulmuştur. Polidipsi aşırı derecede su tüketimidir ve bu tüketim oranı genelde günde 3 litre ve üzeri olarak kabul edilir (1). Polidipsik hiponatreminin değerlendirilmesi ve tedavisi zordur, kronik hastalar genelde sıvı kısıtlamasına uyum sağlamazlar ve sıvı alımlarını saklayabilirler. Hiponatremi hastalarda nörolojik ve psikiyatrik belirtilere yol açar ve bu durum su intoksikasyonu olarak bilinmektedir. İstemsiz sıvı kısıtlaması etkin bir yöntemdir ama şizofreni tanılı hastalarda bunu sağlamak güçtür. Bu durumun tedavisi için çeşitli farmakolojik maddeler (örneğin, demeklosiklin, propranolol, kaptopril ve nalokson gibi) kullanılmaktadır (2). Polidipsi tedavisinde antipsikotikler de kullanılmıştır ama antipsikotiklerin polidipsiyi hem iyileştirici hem de polidipsiye neden olan etkileri olduğundan polidipsi tedavisinde antipsikotik kullanımının etkinliği kesinleşmemiştir (3).

Kaynaklar

1. De Leon J, Verghese C, Tracy JI ve ark. (1994) Polydipsia and water intoxication in psychiatric patients: a review of the epidemiological literature. *Biol Psychiatry*, 35:408–19.
2. Verghese C, De Leon J, Josiassen RC (1996) Problems and progress in the diagnosis and treatment of polydipsia and hyponatremia. *Schizophr Bull*, 22:455–64.
3. Bersani G, Pesaresi L, Orlandi V ve ark. (2007) Atypical antipsychotics and polydipsia: a cause or a treatment? *Hum Psychopharmacol*, 22:103–7.

Anahat kelimeler: hiponatremi, polidipsi, psikotik bozukluklar, şizofreni

OTOVAMPRİZMİ OLAN BİR OLGU SUNUMU

Sevda Korkmaz¹, Aslı Kazgan¹, Murad Atmaca¹

¹Fırat Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı

Kendine zarar verme davranışı (self-mutilation), tekrarlayıcı, kişinin bilinçli ölüm isteği olmadan, isteyerek ve amaçlı olarak yapılan, doku hasarı ile sonuçlanan, kendi bedenine yönelik girişim olarak tanımlanmıştır (1). Zarar verici davranışlar basit tıbbi müdahale gerektirmeyen türden olabileceği gibi, ağır ve tehlikeli yaralanmalar şeklinde de görülebilir. Bu davranış şekillerinden biri olan otovampirizm, kişinin kendini kasıtlı olarak yaralaması sonrasında kan emmesi ya da yutmasının tatmin olması olarak tanımlanmaktadır (2). Literatürde, anemi nedeni olarak otovampirizmin suçlandığı bir olgu bulunmaktadır (3). Yine paranoid şizofreni hastalarında ve borderline kişilik özellikleri olan hastalarda da otovampirizmin olduğu bildirilmiştir (4). Yazımızda literatürde nadir görülen, otovampirismi olan bir hastadan bahsedilmesi amaçlanmıştır.

Olgu: 20 yaşında, bekar, üniversite öğrencisi, kadın hasta. Daha önce psikiyatrik tedavi öyküsü olmayan hasta depresif duygu durum, zevk alamama, çabuk sinirlenme, kendine zarar verme isteği gibi şikayetler ile polikliniğimize başvurdu. Hasta, yaklaşık 3 yıldır yaşadığı her duygusal acıdan sonra (haftada en az 1 kez) kol, ön kol, el, el parmakları gibi bölgelerinde bıçakla yüzeysel kesiler oluşturmaktaydı. Kesiler sonrası fiziksel acıyla birlikte rahatlama hissettiğini, akan kanı izlemekten mutluluk duyduğunu ifade ediyordu. Sonrasında hastanın kendi kanını doygunluk hissi oluşana kadar içtiği, aldığı hazı devam ettirmek için aynı bölgelerde yeni kesiler oluşturduğu öğrenildi. Başkasının kanını, hayvan kanı veya mens kanını içmeyen hastanın başkalarının kollarına ilgisi ve kan emmeyle ilgili fantezileri mevcuttu. Özgeçmişinde, çocukluk döneminde cinsel istismar, fiziksel şiddet, baba ihmali ve tekrarlayan suicid girişimlerinin olduğu öğrenildi. Alkol ve madde kullanımı, kafa travması öyküsü yoktu. Hastanın nörolojik ve sistemik muayenesi normaldi. Tam kan, biyokimya ve hormon tetkikleri ve çekilen beyin MR görüntülemesi normal olarak belirlendi. Uygulanan Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri, borderline kişilik özellikleri ile uyumlu olarak değerlendirildi. SCL-90 testinin tüm alt ölçekleri yüksek çıkan hastanın, cümle tamamlama testinde karamsarlık, intikam, mutsuzluk, yalnızlık, şüphencilik, düşmanlık tavırlar dikkat çekiyordu. Hastaya DSM-IV Yapılandırılmış Klinik Görüşme Ölçeği'ne göre borderline kişilik bozukluğu tanısı konuldu. Uygulanan Beck Depresyon ve Beck Anksiyete Ölçekleri yüksek geldi. Hastaya başlanılan Sertralin 100 mg/gün, Risperidon 1 mg/gün tedavisi sonrasında depresif duygudurum, kendine zarar verme ve kan içme davranışlarında azalma gözlemlendi.

Sonuç: Self mutilasyon psikiyatrik vakalarda sık görüle de otovampirizm nadir rastlanan bir durumdur. Nadir görülen böyle vakaların tartışılmasının literatüre katkı sağlayabileceğini düşünüyoruz.

Kaynaklar

1. Aksoy A, Ögel K, Anadolu Psikiyatri Dergisi 2003; 4:226–36.
2. McCully R. Vampirism: historical perspective and underlying process in relation to a case of auto-vampirism. J Nerv Ment Dis 1964; 139:440–52.
3. Halevey A, Levi Y, Shnaker A, et al. Auto vampirism a an unusual cause of anaemia. J R Soc Med 1989; 82:630–1.
4. Benezech M, Bourgeois M, Boukhabza C. Cannibalism and vampirism in paranoid schizophrenia. J Clin Psychiatry 1981; 42:290.

Anahat kelimeler: Vampirizm, self mutilasyon, otovampirizm

BİR OLGU NEDENİ İLE ALICE HARİKALAR DİYARINDA (TODD SENDROMU)

Yasin Duman¹, Burak Erman Menkü¹, Erman Şentürk¹, İrem Ekmekci Ertek¹, Bahadır Geniş², Muhammed Hakan Aksu³, Behcet Coşar¹

¹Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı

²Zonguldak Çaycuma Devlet Hastanesi

³Yenimahalle Devlet Hastanesi

29 yaşında erkek hasta 1 gün önce başlayan özellikle kol ve bacaklarında büyüme ve şekilde değiştirme korkusu ile getirildi. Hasta panic halde idi yoğun anksiyetesi vardı. Yapılan görüşmede Lilliputian halüsinasyonlar ve micropsi şeklinde algı bozuklukları tanımlıyordu. Herşeyin değiştiğini bu nedenle hiçbirşey yapamadığını özellikle el ve kollarındaki değişiklikliklerin onu çok korkuttuğunu ifade ediyordu. Uykusu bozulmuş ve çaresizdi. Dönem dönem ağlıyordu. Bu belirtilerin arada birkaç saat düzeldiğini ama tekrar başladığını ifade ediyordu. Hastanın psikiyatrik muayernesinde özellikle bilişsel işlevlerinde başka herhangi bir bozulma olmadığı izlendi. Fizik ve nörolojik muayenesi normal olan hastanın organik tetkikleri EEG ve beyin MRI normaldi. Öykü derinleştirildiğinde hastanın bu belirtiler başlamadan önceki gece bir arkadaş toplantısında olduğu, çok eğlendiği ve arkadaşlarının baskısı ile hayatında ilk kez marihuana kullanmış olduğu öğrenildi. Klinik belirtiler tekrar gözden geçirildiğinde hastaya "Alice Harikalar Diyarında-Todd Sendromu" tanısı konularak amisülpirid 100 mg başlandı. Antipsikotik tedavi başladıktan sonraki iki gün içinde belirtiler tamamen ortadan kalktı.

Anahtar kelimeler: psikoz, madde kullanımı

OTHELLO VE CAPGRAS SENDROMU BİRLİKTELİĞİ OLAN BİR OLGU

Burak Erman Menkü¹, Yasin Duman¹, Erman Şentürk¹, İrem Ekmekci Ertek¹, Bahadır Geniş², Muhammed Hakan Aksu³, Behcet Coşar¹

¹Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı

²Zonguldak Çaycuma Devlet Hastanesi

³Yenimahalle Devlet Hastanesi

49 yaşına erkek hasta 2 yıldır gittikçe artan eşinin kendisini aldattığına dair sanrılarla başvurdu. Eşinin iki yıl içinde kendisini aldattığı ile ilgili şüpheleri olan hastanın bu nedenle eşine karşı şiddet uyguladığı sürekli telefonla evi aradığı, evden çıkarken kapıyı kilitleyip eşini evden çıkmasına izin vermediği öğrenildi. Bu süreç içerisinde özellikle son zamanlarda sürekli evde bu konu ile ilgili kanıtlar aradığı eşinin telefonunu kontrol ettiği, işten sürekli evi arayıp eşinin kamera açmasını ve evi ona göstermesini istediği, eşinin iç çamaşırlarını ve evdeki kirli çamaşırları kontrol ettiği eşi tarafından bildirildi. Hasta ile görüşüldüğünde bunların gerçek olduğuna inandığı izlendi. Hasta eşini kendisini amcasının oğlu ile aldattığı yönünde şüphelerinin olduğunu hatta bunun gerçek olduğunu ifade etmekteydi. Ancak kafasının biraz karışık olduğundan bahsetti. Amca oğlunun böyle bir şey yapmayacağını düşündüğünü, eşinin aldattığı kişinin amca oğlu değil onun yerine geçmiş bir kişi olduğundan bahsetti. Bu işe ortaklık eden amcası ve yengesinin de gerçek amca ve yenge olmadıkları, onların yerine geçen kişiler oldukları konusunda ısrarcıydı. Hastanın yapılan psikiyatrik muayenesinde düşünce içeriğindeki bu bozulma dışında herhangi bir belirgin patolojisinin olmadığı izlendi. Fizik ya da nörolojik muayenesinde herhangi bir patolojisi olmayan hastanın organik testleri, EEG'si ve beyin MR'ı normaldi. Hastaya Othello Sendromu + Capgras Sendromu Birlikteliği tanısı ile paliperidon 3 mg başlandı süreç içinde 6–9–12 mg a çıkıldı. Bu süreçte hastanın belirtilerinde belirgin düzelme olduğu izlendi. Hasta halen 12 mg/gün paliperidon tedavisi ile remisyonunda olup tedavisi devam etmektedir

Anahtar kelimeler: Capgras Sendromu, Othello Sendromu, psikoz

AGOMELATİNLE ORTAYA ÇIKAN AKUT ÜRTİKER

Sevda Korkmaz¹, Sema Baykara¹, Mehmet Gürkan Gürok¹, Murad Atmaca¹

¹Fırat Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı

Agomelatin MT1/MT2 reseptör agonisti ve 5-HT2C reseptör antagonistik etki mekanizmasına sahip, yeni bir antidepresan ilaçtır. Hem sirkadiyen ritm üzerinde olan olumlu etkileri hemde cinsel ve diğer yan etkilerinin mevcut antidepresanlardan daha az olması nedeniyle günümüzde tercih edilmeye başlanmıştır. Agomelatinle görülen en sık yan etkiler, baş dönmesi, uyku hali, baş ağrısı, ishal ve kabızlık olarak bildirilmiş, ancak dermatolojik yan etkilerinin çok seyrek görülebileceği belirtilmiştir. Yazımızda agomelatin kullanımı sonrasında akur ürtiker gelişen bir kadın olgudan bahsedilmesi amaçlanmıştır.

H. G, 63 yaşında, ev hanımı, ilkökul mezunu, kadın hasta. Polikliniğimize yaklaşık 15 yıldır devam eden uykusuzluk şikayeti nedeniyle başvurdu. Yaklaşık 2 yıl önce bu şikayeti nedeniyle başvurduğu psikiyatri doktoru tarafından kendisine mirtazapin başlandığı, ancak ilaç sonrası ortaya çıkan başdönmesi nedeniyle hastanın ilacı bıraktığı bilgisine ulaşıldı. Hastanın bu tarihten itibaren dönem dönem, ketiapi, mianserin, trazodon, alprazolam ve hidroksizin etken maddeli ilaçları kullandığı ancak ilaçlardan fayda görmediği öğrenildi. Hasta, bir gece boyunca en fazla 2 saat uyku uyuduğunu, hem uykuya dalmakta hemde uykuyu sürdürmekte zorluk çektiğini belirtti. Uykusuzluk yakınması haftanın 6 veya 7 günü devam etmekteydi. Uyku hijyeni hakkında daha önce bilgilendirildiğini, bu konuda gereken tüm önemi gösterdiğini, ancak şikayetlerinin düzelmediğini ifade etti. Alkol ve madde kullanımı, kafa travması öyküsü yoktu. Hastanın ek bir hastalığı veya kullandığı herhangi bir ilaç bulunmamaktaydı. Yapılan nörolojik ve sistemik muayenesi normaldi. Tam kan, biyokimya ve hormon tetkikleri normal olarak belirlendi. Yapılan psikiyatrik muayenesinde uykusuzluk ve buna bağlı ortaya çıkan halsizlik ve yorgunluk dışında aktif bir psikopatolojiye rastlanılmadı. Uygulanan Beck Depresyon ve Beck Anksiyete Ölçekleri ve SCL-90 testinin tüm alt ölçekleri düşük çıktı. Hastaya DSM-IV-TR Yapılandırılmış Klinik Görüşme Ölçeği'ne göre primer insomnia tanısı konularak agomelatin 25 mg/gün tedavisi başlandı. Tedavinin ikinci gününde, gövdenin üst bölümünde, boyunda ve saçlı deride gelişen yaygın deri döküntüleri, kızarıklık ve kaşıntı yakınmasıyla dermatoloji uzmanı tarafından muayene edilen hastaya akut ürtiker tanısı kondu. Döküntülerin hastanın bir gün önce kullandığı agomelatin ilacına bağlı olabileceği düşünüldüğünden ilaç kesildi ve oral hidroksizin tedavisi başlandı. Agomelatin ilacının kesiminden bir gün sonra hastanın şikayetlerinde gerileme olduğu gözlemlendi. Uykusuzluk şikayetine yönelik olarak lorazepam 1 mg/gün tedavisi başlandı. Ürtikere neden olabilecek çok çeşitli tetikleyici etkenler bulunmaktadır. Bunlar içerisinde en sık; sorumlu tutulanlar yiyecekler, infeksiyonlar ve ilaçlardır. Psikotrop ilaçların da dermatolojik yan etkileri olarak ürtiker görülebilmektedir. Ancak agomelatinle ürtiker görülme sıklığı çok nadir olarak bildirilmiştir. Nadir görülen böyle olguların sunulmasının literatüre katkıda bulunacağını düşünüyoruz.

Anahtar kelimeler: agomelatin, akut ürtiker, insomnia

DSM-5 KİŞİLİK ENVANTERİ TÜRKÇE ERİŞKİN FORMUNUN GEÇERLİLİĞİ VE GÜVENİLİRLİĞİ

Emine Özge Çöldür¹, Fikret Poyraz Çökmüş², Didem Sücüllüoğlu Dikiç³, Serra Yüzeren¹, Orkun Aydın⁴, Pınar Ünal Aydın⁴, Fatma Akdeniz², Şiğnem Öztekin⁶, Kuzeymen Balıkcı⁷, Ertuğrul Köroğlu⁸, Ömer Aydemir¹

¹Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Psikiyatri Departmanı, Manisa, Türkiye

²Nazilli Devlet Hastanesi, Psikiyatri Servisi, Aydın, Türkiye

³Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Manisa, Türkiye

⁴International University Of Sarajevo, Department Of Psychology, Sarajevo, Bosnia And Herzegovina

⁵Bolvadin Halil İbrahim Özsoy Devlet Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Afyon, Türkiye

⁶Viranşehir Devlet Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Şanlıurfa, Türkiye

⁷Yakın Doğu Üniversitesi, Psikiyatri Departmanı, Lefkoşa, Kuzey Kıbrıs

⁸Boylam Psikiyatri Enstitüsü, Psikiyatri Kliniği, Ankara, Türkiye

Amaç: DSM-5'in üçüncü bölümü; kişilik işlevinde bozulma ve uygunsuz kişilik özelliklerinin değerlendirilmesini içeren hiyerarşik boyutsal kategorik bir modeli önermektedir. DSM-5 Kişilik Envanteri Erişkin Formu 220 maddeden oluşan öz bildirim ölçeğidir, 18 yaş ve üzerindeki erişkinler için tasarlanmıştır. DSM-5 Kişilik Envanteri Erişkin Formunun dünya genelinde birçok dilde geçerlilik güvenilirliği yapılmıştır. Bu çalışmadaki amacımız DSM-5 Kişilik Envanteri Türkçe Erişkin Formunun geçerlilik ve güvenilirliğini göstermektir.

Metod ve Materyaller: Bu çalışmanın örneklem grubunu; DSM-5 tanı ölçütlerine göre herhangi bir psikiyatri hastalığına sahip 618 hasta ile herhangi bir psikiyatrik veya nörolojik hastalığı bulunmayan 1382 hasta oluşturmuştur. Hem hasta grubu hem de sağlıklı kontrol grubu çalışmaya gönüllü olarak katılmıştır ve yazılı onamları alınmıştır. Her iki grupta DSM-5 Kişilik Envanteri ile sosyodemografik veri formunu tamamlamıştır. Sadece hasta grubuna ek olarak SCID-2 Kişilik Ölçeği uygulanmıştır. Hasta ve sağlıklı grubundaki gönüllüler, ölçeklerin %5'inden fazlasını cevapsız bıraktığı takdirde ölçekleri geçersiz sayıldı ve değerlendirilmeye alınmadı. DSM-5 Kişilik Envanteri kişilik özelliklerini değerlendiren ve 220 sorudan oluşan bir öz bildirim ölçeğidir. Ölçek 25 kişilik özelliğini değerlendirmektedir. Belirli bazı üçlü gruplar beş büyük alanı (olumsuz duygulanım, ayrılma, düşmanlık, disinhibisyon, psikotizm) oluşturmak üzere birleştirilebilmektedir. Maddelerin cevapları 0=çok yanlış veya çoğunlukla yanlış; 1=bazen veya kısmen yanlış; 2=bazen veya kısmen doğru; 3=çok doğru veya çoğunlukla doğru şeklinde şekilde kategorize edilmiştir. SCID-II Kişilik Ölçeği ise 121 maddeden oluşan iki cevaplı öz bildirim ölçeğidir. DSM-IV kişilik bozukluğu ölçütlerine göre düzenlenmiştir ve SCID-II görüşmesini kısaltmak için uygulanabilmektedir.

Bulgular: Sağlıklı kontrol grubunun yaş ortalaması 27,36 idi. Sağlıklı kontrol grubunun %53,9'u kadın iken (s: 745), %59,9'u ise üniversite mezunuydu (s: 828). Hasta grubunun yaş ortalaması 31,75 idi. Hasta grubunun %53,4'ü kadın iken (s: 330), %28,5'i ise üniversite mezunuydu (n: 176). Hasta grubunun %48,5'inin tanısı depresif bozukluk iken (s: 300) %19,4'ünün ise anksiyete bozukluğu (s: 120). İstatistik analiz sonucunda PID-5 Kişilik Envanterindeki kişilik özellikleri ile SCID-II Kişilik Ölçeğindeki kişilik bozuklukları arasında pozitif korelasyon saptandı. 25 kişilik özelliğinin hepsinin cronbach alfa değerleri > .50 idi.

Sonuç: Bu bulgularla DSM-5 Kişilik Envanterinin Türkçe için geçerli ve güvenilir olduğu gösterilmiştir.

Anahtar kelimeler: DSM-5, geçerlilik, güvenilirlik, kişilik, kişilik bozukluğu

MAJOR DEPRESİF BOZUKLUKTA YAŞAM BOYU PANİK AGORAFOBİ SPEKTRUMU

Merve Setenay İris Koç¹, Erkal Erzincan², Engin Emrem Beştepe²

¹Gop Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi

²Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi

Giriş ve amaç: Major depresif bozukluğun şiddetinin en önemli öngörütçülerinden biri komorbid anksiyete bozukluğunun varlığıdır. Yaşam boyu anksiyete bozukluğu öyküsü olan depresyon hastalarının yaşam boyu anksiyete bozukluğu öyküsü olmayan depresyon hastalarına oranla, tedavi şekllinden bağımsız olarak tedaviye yanıt verme sürelerinin daha yavaş ve semptomatik düzelme oranlarının daha az olduğu bulunmuştur. Bu amaçla biz de Yaşam Boyu Panik-Agorafobik Spektrum ve sosyodemografik özelliklerini major depresif bozukluğu olan hastalar ve ruhsal açıdan bilinen bir tanısı ya da yakınması olmayan, yaş, cinsiyet ve eğitim olarak eşleştirilmiş kontrol grubunda karşılaştırmayı ve depresif bozukluk şiddeti ve kaygı düzeyleri ile ilişkisini araştırmayı amaçladık.

Yöntem: Bu tez çalışmasına Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi polikliniklerine başvuran araştırma hakkında bilgilendirilmiş olan ve araştırmaya katılmayı kabul eden DSM 5'e göre majör depresif bozukluk tanısı konulan hastalar ile yaş, cinsiyet ve eğitim durumları eşleştirilmiş herhangi psikiyatrik tanısı olmayan, sağlıklı kontroller alınmıştır. Verilerin toplanması Eylül 2015 ile Ağustos 2016 tarihleri arasında tamamlanmıştır. Tüm katılımcılara Beck Anksiyete Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Yaşam Boyu Panik Agorafobik Spektrum Ölçeği, Sosyodemografik veri formu, Geçmiş hastalık ve aile öyküsü formu uygulanmıştır.

Bulgular: Çalışmaya 80'i Major Depresif Bozukluk, 55'i sağlıklı kontrol olmak üzere toplam 135 kişi katılmıştır. Tüm Yaşam Boyu Panik Agorafobik Spektrum Ölçeği Öz Bildirim alt ölçek puanları, Yaşam Boyu Panik Agorafobik Spektrum Ölçeği Öz Bildirim ölçeği toplam puanı, Beck Depresyon Ölçeği ve Beck Anksiyete Ölçeği puanları, major depresif bozukluk grubunda kontrol grubuna göre anlamlı şekilde yüksek tespit edilmiştir.

Depresif epizodu melankolik özellikler gösteren hastaların Yaşam Boyu Panik Agorafobik Spektrum Ölçeği Öz Bildirim ölçek puanlarının ve Beck Depresyon Ölçeği puanlarının atipik özellikli olanlara göre anlamlı olarak yüksek olduğu tespit edilmiştir (sırasıyla $p=0,034$, $p=0,005$).

Sonuç: Major depresif bozukluk hastalarının yaşam boyu panik agorafobik spektrum düzeyleri sağlıklı kontrollerden yüksektir. Eş zamanlı anksiyete bozukluğu olmasa da bu hastalarda yaşam boyu anksiyete belirtilerinin değerlendirilmesi önemlidir. Anksiyete belirtileri arttıkça hastalık şiddetinin arttığı gözlemlenmiştir. Melankolik özellik gösteren hastaların anksiyete semptomlarını daha çok gösterdiği ve depresif epizodlarının daha şiddetli olduğu tespit edilmiştir

Anahtar kelimeler: Anksiyete ve depresif bozukluk, Major depresif bozukluk, Yaşam boyu panik agorafobi spektrumu

PSİKOTİK BELİRTİLERLE BAŞVURAN ARAKNOİD KİST OLGUSU

Mehmet Öztürk¹, Hülya Çeçen¹, Pınar Öztürk²

¹Bitlis Tatvan Devlet Hastanesi Psikiyatri Kliniği

²Bitlis Tatvan Devlet Hastanesi Nöroloji Kliniği

Giriş: Araknoid kistler genellikle gelişimsel kökenlidir (1,2). Erken fetal hayatta araknoid membranın iki tabakasının birleşiminin olmaması sonucu gelişir ve bunu beyin omurilik sıvısı birikimi, kist oluşumu izler (3). Araknoid kistler kafa içinde yer kaplayan lezyonların ortalama %1'ini oluşturmaktadır (4). İntrakraniyal araknoid kistler en sık orta fossada (%49), ikinci sıklıkta posterior fossada (%11) yerleşirler (5). Literatürde araknoid kistlerle psikiyatrik belirtilerin birlikteliği ile ilgili bilgiler genellikle olgu bildirimleri ile sınırlıdır (6,7). Bu yazımızda da psikotik belirtilerle başvuran sol frontotemporal bölge yerleşimli araknoid kisti olan olgumuz bulunmaktadır.

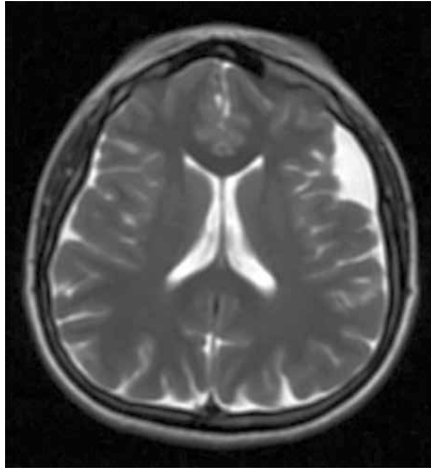
Olgu: 24 yaşında, bekar, ortaokul mezunu, kadın hastaydı. Kız kardeşinden alınan bilgiye göre ilk şikayetleri 3 yıl önce baş ağrısı, durgunluk, dalma nöbetleri, kendi kendine konuşma, gülme şeklinde başlamış. Bu süreçte bu şikayetlerle birkaç kez psikiyatriye gitmiş ancak fayda görmemiş. Şikayetleri devam edince tarafımıza başvuran hastanın yapılan ruhsal durum muayenesinde; öz bakımı iyi, duygulanımı kısıtlıydı. Konuşma miktarı olağan, çağrışımları düzgündü. Düşünce içeriğinde, dalgınlığının nedenini anlamak ve tedavi görmek istediği yönünde düşünceleri mevcuttu, aktif bir hezeyan saptanmadı, içgörüsü tamdı, algı muayenesinde ara ara olan işitsel halüsinasyonlar mevcuttu, zeka normal izlenimi veriyordu. İşlevselliğinde belirgin bir bozulma vardı. Hastanın iç görüşünün olması ve duygulanımındaki kısıtlılık ve alınan öyküye göre dalma gibi belirtilerinin olmasından dolayı organisite ekartasyonu için nörolojiye yönlendirildi. Nöroloji tarafından EEG ve beyin MR istenen hastanın EEG'si normal olarak raporlandı. Ancak çekilen beyin MR'ı sol frontotemporal bölgede yaklaşık 32x19 mm büyüklüğünde araknoid kistle uyumlu kistik bir lezyonun olduğu şeklinde raporlandı. Beyin cerrahisine danışılan hastaya kistin takibi önerildi. Hastaya başvurusunda risperidon 3 mg/gün tedavisi başlandı, aylık poliklinik takiplerinde belirtilerinde belirgin azalma olduğu gözlemlendi (Resim)

Tartışma: Araknoid kiste nadiren psikiyatrik belirtiler eşlik eder, çoğu araknoid kist olgusu raslantısal olarak da bulunabilir. Literatürde bu konuyla ilgili veriler daha çok olgu sunumu şeklindedir (2,6,7). Bu olguda MR 'da tespit edilen lezyonun klinik tablo üzerine etkisini belirlemek zor olsa da, kistin yaptığı basının frontotemporal üzerindeki etkisinin psikotik belirtiler üzerine etkisi olabileceğini akla getirmektedir. Özgeçmişinde ve soygeçmişinde belirgin bir özellik bulunmayan, atipik psikotik özellikler de denebilecek belirtilerin olmasının, bu olguda araknoid kist ile ilişkili olabilecek psikotik belirtiler olabileceği düşünülmektedir. Sonuç olarak beyindeki yapısal lezyonların psikiyatrik bozukluklardan sorumlu olabileceği düşünülmektedir. Son yıllarda görüntüleme yöntemlerinin kullanımının artmasıyla bu konuda daha fazla bilgi elde edebileceğimizi ümit ediyoruz.

Kaynaklar

1. Bahk WM, Pae CU, Chae JH, Jun TY, Kwang SK. A case of brief psychosis associated with an arachnoid cyst. *Psychiatry and Clin. Neurosciences* 2002; 56:203–205.
2. Blackshaw S, Bowen RC. A Case of Atypical Psychosis Associated with Alexithymia and a Left Fronto-Temporal Lesion: Possible Correlations. *Can. J. Psychiatry* 1987; 32:688–692.
3. Gilroy J. Temel nöroloji. Rana Karabudak (çeviren). 3. Baskı, Güneş Kitabevi, 2002:418.
4. Gosalakal JA. Intracranial arachnoid cysts in children: a review of pathogenesis, clinical features, and management. *Pediatr Neurol* 2002; 26:93–98.
5. Weber R, Voit T, Lumenta C, Lenard HG. Spontaneous regression of a temporal arachnoid cyst. *Child's Nerv Syst* 1991; 7:414–5.
6. Kjos BO, Brant-Zawadzki M, Kucharczyk W. Cystic intracranial lesions: magnetic resonance imaging. *Radiology* 1985; 155:363–9.
7. Schroeder HWS, Gaab MR, Niendorf WR. Neuroendoscopic approach to arachnoid cysts. *J Neurosurg* 1996; 85:293–8

Anahtar kelimeler: psikotik bozukluk, araknoid kist, frontotemporal bölge



Resim 1.

RİSPERDAL KULLANIMI İLE GELİŞEN SUBSEGMENTAL AKCİĞER EMBOLİSİ OLGUSU

Özgen Özçelik¹, Hüseyin Kara¹, Talya Tomar²

¹Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilimdalı

²Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi

Bağımlılık yapan maddeler, Santral Sinir Sistemi (SSS)'nde önemli derecede uyarma veya depresyon oluşturan, algılama, duyu durum, mental durum, davranış ve motor fonksiyonlarda bozukluk yapan psikoaktif maddelerdir. (1). Madde kullanımı çeşitli psikiyatrik hastalıklara yol açabilmekte, hastaların yaşam kalitesini daha da olumsuz etkileyebilmektedir. Meyer'in 1986'da madde kullanımı ve psikopatoloji arasında tanımladığı klinik durumlardan birisi de "Madde kötüye kullanımı veya bağımlılığı sonucu gelişen psikiyatrik semptom veya bozukluklar" dır. Bunlardan birisi de madde kullanımına bağlı psikotik bozukluktur. Son yıllarda madde kullanımına bağlı psikotik bozuklukta atipik antipsikotikler tipik antipsikotiklere göre daha sık kullanılmaktadır (2). Bu olguda, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi alan madde kullanımı sonucu gelişen psikotik atak tablosu nedeniyle yatırılarak tedavi başlanan hastanın risperidon depo preparat verisiperidon oral tablet kullanımı sonrasında gelişen pulmoner embolizm olgusunun tartışılması amaçlanmıştır.

Olgusu: 20 yaşında erkek hasta, bekar, lise eğitimi tamamlamamış, ailesiyle birlikte yaşıyor. 15 gündür kendi kendine sayıklama, aile bireylerine karşı alınganlık, hiç uyumama, boşluğa bakma benzeri yakınmalarla acil servise getirilmiş. Özgeçmişinde 2-3 yıl önce esrar ve ecstasy kullanımı öyküsü olan hasta daha önce kullandığı ilaçların olanzapin, aripiprazol, ketiapin olduğunu söyledi. Soygeçmişinde dayısında şizofreni nedeniyle ölüm öyküsü mevcut. Ruhsal durum muayenesinde giyimi ve hijyeni sosyoekonomik düzey ile uyumlu, bilinci açık, koopere, oryante, konuşma hızı, ritmi, miktarı azalmış, duygudurumu depresif, affektü künt, düşünce içeriğinde şüphelilik sanrıları olan muayene anı itibarıyla suicidal homisidal düşünce olmayan, çağrışımlarda kopukluk işitsel varsanı tarifleyen psikomotor aktivitesi azalmış olduğu gözlemlendi. Hastaya acil EKG çekildi. Sinüs aritmisi olduğu görülen kalp ritmi 45 civarında seyreden hastadan kardiyak enzim ve D-dimer istendi. Hastaya tedavi olarak depakin 500 mg 2x1, risperdal tablet 4 mg 2x1, ve depo risperdal preparatı 50 mg 15 günde yapılacak şekilde başlandı. Hastaya 2. kere risperdal depo yapılması sonrasında ani başlayan göğüs ağrısı ve halsizlik yakınmaları olduğunu belirtti. D dimer yüksek ölçülen hastaya BT anjiyografi çekildi. BT anjiyografi sonucunda sağ alt akciğerlobunda subsegmenter embolisi olduğu gözlemlendi. Hastaya heparin 0,6 cc dozda sabah akşam yapılacak şekilde tedavi başlandı. Tedavisi sonrasında hastanın sinüs aritmisinin düzeldiği gözlemlendi. Nabız sayısının 80 civarında seyrettiği görüldü.

Tartışma: Risperidon, akut ve kronik şizofrenik psikozlarda ve pozitif negatif semptomları içeren psikotik durumlarda tercih edilen tedavi seçeneğidir. Risperidon alan hastalarda yan etkiler bazen ölümcül bile olabilmektedir. Birçok yan etki diğer sistemik hastalıklara bağlı görünse de antipsikotik ajanların kullanımı ile ilişkili olduğu düşünülen pulmoner emboli fenotipizasyonlarının 1950 lerde ilk kez kullanmaya başlamasıyla fark edilmiştir. Atipik antipsikotiklerin kullanmaya başlamasıyla venöz tromboemboli ilişkisi ilk olarak klozapinle gözlemlenmiştir. (4) Genellikle, alışılmış

antipsikotik ajanlar plateletlerin artmış agregasyonu ile ilişkilidir. Bunun tersine in vitro çalışmalarda risperidonun fibrolizis, plazma koagülasyonu ve platelet fonksiyonları üzerine direkt etkisi gösterilememiştir. (6) Ancak atipik ajanların serotonin reseptörü tip 2 ye yüksek affinite göstermesinden dolayı serotonin ilişkili platelet agregasyonu etkilenmiş olabilir. Ayrıca antipsikotik ilaçlarla indüklenen sedasyon venöz staza neden olabilir (7)

Bu olguyla birlikte atipik antipsikotiklerle tedavi sırasında gözlenen yan etkilerden biri olarak venöz tromboemboliyi gözden geçirme ve özellikle risperidon kullanımı sonrasında meydana gelen venöz tromboemboli oluşum mekanizmalarını değerlendirmeyi amaçlamaktayız.

Anahtar kelimeler: pulmoner, embolizm, madde psikozu, antipsikotikler, yan etki

PSÖRIAZİS HASTALARINDA D TİPİ KİŞİLİK YAPISI İLE YAŞAM KALİTESİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

Atilla Tekin¹, Güldehan Atış², Şirin Yaşar², Fatih Göktay², Sema Aytekin²

¹Haliç Üniversitesi, Psikoloji Bölümü

²Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Kliniği

Giriş: D tipi kişilik, yüksek düzeyde sosyal inhibisyon ve olumsuz duygulanımın yaygın olduğu bireyleri tanımlamaktadır. D tipi kişilik yapısına sahip bireylerin depresyon, anksiyete bozuklukları gibi ruhsal sorunlarla beraber kardiyovasküler ve dermatolojik hastalıklar gibi psikosomatik bozukluklara daha yatkın olduğu bir çok çalışmada gösterilmiştir. Bu çalışmanın amacı, psöriazis hastalarında D tipi kişilik yapısının yaygınlığını ve yaşam kalitesi ile ilişkisini araştırmaktır.

Method: Çalışmaya dermatoloji polikliniğinden psöriazis tanısı ile takip edilen 71 hasta ile 60 sağlıklı kontrol dahil edilmiştir. Her bir katılımcı sosyodemografik very formu ile beraber, Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği (HAD), D Tipi Kişilik Ölçeği (DS-14) ve Dermatolojik Yaşam Kalitesi İndeksinin (DLQI) doldurmuştur. Hasta grubunda, hastalığın klinik şiddeti (PASI) dermatoloji uzmanı tarafından puanlanmıştır.

Bulgular: D tipi kişilik yaygınlığı psöriazis hastalarında (%33,8) sağlıklı kontrollere göre (%15) yüksek saptandı ($p=0,014$). Psöriazis hastalarının HAD-A ve HAD-D skorları sağlıklı kontrollere göre yüksek bulundu (sırasıyla $p=0,002$ ve $p=0,011$). Psöriazis hastalarında DS-14 sosyal inhibisyon, DS-14 olumsuz duygulanım, DS-14 Total skorları ile PASI skorları arasında pozitif yönde korelasyon saptandı (sırasıyla $r=, 347$; $r=, 275$; $r=, 335$). Psöriazis hastalarında DS-14 sosyal inhibisyon, DS-14 olumsuz duygulanım, DS-14 Total skorları ile DLQI skorları arasında pozitif yönde korelasyon saptandı (sırasıyla $r=, 510$; $r=, 412$; $r=, 494$).

Sonuç: Çalışmamızın bulgularına göre psöriazis hastalarının önemli bir kısmında D tipi kişilik yapısı mevcuttur. Molina-Leyva ve arkadaşları, psöriazis hastalarında D tipi kişilik yaygınlığının %38,7 olduğunu bildirmiştir. Bu oran, bizim çalışmamızda elde edilen yaygınlık oranı ile benzerlik göstermektedir. Çalışmamız, psöriazis hastalarında D tipi kişilik yapısının yaşam kalitesini olumsuz etkilediğini ve hastalık şiddetini arttırdığını göstermiştir. Molina-Leyva ve arkadaşları, psöriazis hastalarında D tipi kişilik yapısının azalmış yaşam kalitesi seviyeleri ile ilişkili olduğunu göstermiştir. Sonuç olarak, D tipi kişilik yapısı psöriazis hastalarında daha şiddetli hastalık seyrine ve yaşam kalitesinin azalmasına sebep olabilir.

Kaynaklar

- Altunay IK, Atis G, Esen K, et al. Impact of functional pruritus compared with mild psoriasis on quality of life: A cross-sectional questionnaire study in Turkey. *Am J Clin Dermatol* 2014; 15 (4): 365–70
- Atakan N, Yazıcı AC, Özarmağan G, et al. TUR-PSO: A cross-sectional, study investigating quality of life and treatment status of psoriasis patients in Turkey. *J. Dermatol* 2016; 43 (3): 298–304
- Basinska MA, Wozniwicz A. The reation between type D personality and the clinical condition of patients suffering from psoriasis. *Postepy Dermatol Alergol* 2013; 30 (6): 381–7
- Molina-Leyva A, Caparros-del Moral I, Ruiz-Carrascosa JC, et al. Elevated prevalence of Type D (distressed) personality in moderateto severe psoriasis is associated with mood status and quality of life impairment: a comparative pilot study. *J Eur Acad Dermatol Venerol* 2015; 29 (9): 1710–7.

Anahtar kelimeler: psöriazis, yaşam kalitesi, D tipi kişilik

Tablo 1. Hasta ve kontrol gruplarının ölçek skorlarının karşılaştırılması

HAD-A	7,11±3,97	5,21±2,78	0,002
HAD-D	7,24±4,16	5,58±2,94	0,011
Sosyal İnhibisyon	8,47±4,99	6,21±3,41	0,004
Olumsuz Duygulanım	10,24±6,74	10,24±6,74	0,001
D Tipi Kişilik Toplam	18,71±10,77	13,25±6,83	0,001

Tablo 2. Psöriazis hastalarında hastalık şiddeti, yaşam kalitesi ve DS-14 ölçek skorları arasındaki ilişki

	PASI	DLQI
HAD-A	,323**	,512**
HAD-D	,200	,472**
Sosyal İnhibisyon	,347**	,510**
Olumsuz Duygulanım	,275*	,412**
DS-14 Toplam	,335**	,494**
DLQI	,360**	1
PASI	1	,360**

ORGANİK HASTALIKLARA EŞLİK EDEN EPİLEPTİK KİŞİLİK DEĞİŞİKLİĞİ

Berkay Vahapoğlu¹, Sevda Bağ¹, Evrim Erten¹

¹Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Amaç: Multipl Skleroz (MS) kronik nörolojik bir hastalıktır ve sıklıkla psikiyatrik bozukluklar eşlik etmektedir. Multipl sklerozda, epileptik nöbetler çok sık görülmemekle birlikte genel popülasyondan fazladır[1]. Epilepsiye bağlı hiposeksüalite, bazen de hiperseksüalite ve cinsel sapmalar (fetişizm, transseksüalizm gibi cinsel davranış değişiklikleri ve hem dinsel aktivitelere katılım hem de kavramsal, ahlaki ve felsefi konulara aşırı uğraş şeklinde dinsel uğraşlarda artış gibi kişilik değişikliği eşlik edebilmektedir (2). Bu olguda MS tanısı ile takip edilen ve epileptik atakların eklenmesi sonrası kişilik değişiklikleri başlayan hastayı anlatmayı amaçladık.

Olgu: 40 yaşında, kadın hasta polikliniğimize riskli cinsel ilişkiler, dini uğraşlarda artış, duygudurumunda dalgalanmalar ile başvurdu ve servise yatırılı yapıldı. Son 5 yıldır dış merkezde düzensiz olarak Bipolar bozukluk ve karma kişilik bozukluğu tanıları ile takipli olan hastanın risperidon 3 mg/gün kullanımı mevcut idi. 2010 da görme kaybı, his kaybı, ellerinde uyuşmalar, yürüme güçlüğü gibi şikayetlerle tetkikler yapılarak Multiple Skleroz tanısı koyulmuş. 7 yıldır dış merkezde MS tanısı ile takipli olan hastanın 2 yıl önce 2 kez JTK epileptik nöbet geçirmesi ile yapılan tetkiklerle aynı zamanda epilepsi tanısıyla da takipli olmaya başlamış. MS için Teriflunamid 14 mg/gün ve fingolimod 0,5 mg/gün kullanan hasta son 2 yıldır Valproat 1 gr/gün ve levitiracetam 1 gr/gün kullanmakta. Epileptik nöbetleri kontrol altında olan hasta yılda ortalama 1 kez MS atağı geçiriyormuş ve akut dönemde streoid tedavisi ekleniyormuş. Son MS atağı bize başvurusundan 2 hafta önce gerçekleşmiş ve 7 gün boyunca 1 gr/gün metilprednizolon tedavisi uygulanmış. 35 yaşına kadar psikiyatri poliklinik başvurusu olmayan hasta 2012 de ilk olarak yakınlarının isteğiyle psikiyatri polikliniğine başvurmuş. Daha önce dini uğraşları olmayan hasta o dönemde kapanarak dini tarikatlere katılmaya başlamış ve sonrasında uygunsuz ve çok partnerli cinsel ilişkiler kurmaya başlamış. İşinden iş arkadaşlarıyla ilişki bozuklukları nedeniyle ayrılmış. Tanıya yönelik tetkikler ve testler yapılan hastada Kranial MR’ında BOS mesafeleri belirgin ve periventriküler ak maddede büyüğü 10 mm olmak üzere çok sayıda gliotik odak saptandı. EEG normal saptandı. Psikometrik incelemesinde histrionik kişilik özellikleri zemininde affektif ögeler ve emosyonel reaktivite saptandı. hastanın psikiyatrik muayenesinde bilinç açık ve koopere idi. düşünce içeriğinde hezeyan saptanmadı. Yapılan incelemelerle hastaya DSM V e göre Genel Tıbbi Duruma Bağlı Kişilik Değişikliği (Labil tip) tanısı koyuldu. Tedaviye risperidon 4 mg/gün biperiden 2 mg/gün ile başlandı. Belirtilerinde kısmi düzelme olan hasta taburcu edildi.

Tartışma: Organik bozukluklara eşlik eden epilepsilerde ani başlayan kişilik değişiklikleri klinisyenlerin aklında yer almalı ve hem tedavide hem de hasta yakınlarının aydınlatılmasında önemli olmalıdır.

Kaynaklar

1. Poser CM, Brinar VV. Epilepsy and multiple sclerosis. *Epilepsy Behav* 2003; 4 (1): 6–12
2. Seden Demirci, Personality in epilepsy SDÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi Cilt 5/Sayı 1/2014.
3. Yapıcı A, Güvenç C, Ceylan ME, Kılınç E, Oğuz N. Epilepsili hastalarda psikiyatrik bozukluklar. *Düşünen Adam* 2003; 16:240–248.

Anahtar kelimeler: MS, Epilepsi, Kişilik

SLEEVE GASTREKTOMİ SONRASI GELİŞEN LİTYUM İNTOKSİKASYONU

Rabia Meltem Yılmaz¹, Oğuz Karamustafaloğlu¹, Ömer Akil Özer¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul

Bariatrik cerrahi operasyonu sonrası lityum kullanan hastalarda intoksikasyon riski artmaktadır. Emilim yüzeyindeki azalma, pH değişiklikleri, çözülme oranı gibi faktörlerin değişimi, operasyon öncesi yapılan diyet değişiklikleri, operasyon sonrası gelişen diare ve kusma gibi etkenler lityum kan düzeyini kolayca etkileyebilmektedir. Bu nedenle lityum kullanan bariatrik cerrahi adaylarının operasyon öncesi ve sonrası lityum kan düzeyleri sık aralıklarla takip edilmeli, hasta ve hasta yakınları olası toksikasyon bulguları hakkında mutlaka bilgilendirilmelidir. Literatürde bariatrik cerrahi operasyonu sonrası gelişen 3 tane lityum intoksikasyonu olgusu bulunmaktadır. Biz de bu olgu sunumunda sleeve gastrektomi sonrası 2. ayda lityum intoksikasyonu gelişen bir vakayı tartışmak istedik.

Anahtar kelimeler: bariatrik cerrahi, lityum, intoksikasyon, sleeve gastrektomi, bipolar

BUSPİRON KULLANIMI İLE GELİŞEN REM UYKUSU DÖNEMİ DAVRANIŞ BOZUKLUĞU

Derya Adalı Aker¹, Mustafa Solmaz²

¹Eyüpsultan Devlet Hastanesi

²S. b. ü. Bağcılar Eğitim Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği

Giriş: Parasomniler uykusu sırasında meydana gelen, kompleks ve anlamlı gibi gözükse de hastanın bilincinde olmadan yaptığı uygun olmayan devinimlerdir. Uykunun dönemleri olan REM ve Non-REM uykusu dönemleri parasomniler için de farklılaşır. Burada belirteceğimiz vakada buspiron tedavisi ile indüklenen uykuyla bağlantılı hareket bozukluğu bulunmaktadır. Bu bozukluk huzursuz bacak sendromu, uykuda dönemsel kol bacak hareketleri, REM uykusu davranış bozuklukları (RDB), bruksizm gibi uykuda görülen hareket bozukluklarını içerir. Non-REM uykusu döneminde ortaya çıkan parasomnilerde hastanın uyandırılması güçtür ve rüya hatırlanmaz. RDB 'de hastanın uyanması daha kolay olabilmekle birlikte rüyasını hatırlar. Yatak arkadaşına yumruk atma, koşma, el kol hareketleri gibi rüyasını yaşarcasına hareket ederler (1). RBD, REM döneminde kas paralizisinin olmayıp ile zarar verici rüyaların gerçek gibi yaşanması ile karakterizedir. RBD' de atoni kaybı genellikle Parkinson hastalığının ve diğer nörodejeneratif hastalıkların gelişiminden önce olur (2).

Olgu: Yaklaşık 3 ay önce tedirginlik, daralma, kötü bir şey olacak korkusu, endişe, huzursuzluk, felaketleştirme şikayetleri ile başvuran 29 yaş erkek hastamız bu yakınmalara 6 aydır sahipmiş. Muayenesinde anksiyöz olan hastanın BAI skoru 33 ve BDI ise 15 olarak saptanmıştır. Tedavi için venlafaksin başlanılıp tedricen doz artırılarak; günde 150 mg'a kadar çıkarılmıştır. 150 mg/gün venlafaksin alırken son 1 aydır anksiyete belirtilerinin hafif artması nedeniyle anksiyolitik olarak buspiron tedaviye 10 mg/gün eklenmiştir. 1 ay sonra hasta tekrar kontrole geldiğinde yaklaşık 2 hafta kadar buspironu kullandığını ancak ilaç alımının başlanması ile birlikte 3-4 gün içinde uykusu halindeyken sayıklama, el ve kol hareketleri ile başlayan ve giderek artan şekilde eşine yumruk atma, itme, tekmeleme hatta yatarken koşmaya varan belirtileri tabloya eklenmiş. Hasta buspiron tedavisini kestikten sonra eşinin belirttiği üzere bu şikayetleri birden kesilmiş. İlaç kesilmesini takiben 1 hafta sonrasında kontrole gelen hastanın organisine dışlanması amacıyla rutin biyokimya, tam kan ve vitamin değerleri istendi. Tetkik sonuçları normal değerler aralığındaydı. Nörolojik olarak muayenesinde herhangi bir patoloji saptanmadı ve beyin MRI normal saptandı. Epilepsi geçmişi olmayan hastanın rutin EEG sinde patoloji saptanmadı. Alkol ve madde kullanmayan hastanın ilaç tedavisine devam etmesi önerildi. Buspiron kesilmesi ile semptomlar gerilediği için REM uykusu dönemi davranış bozukluğunun Buspiron ile tetiklendiği düşünüldü.

Tartışma: Buspiron 5HT1A parsiyel agonisti olup; bunalıtı gideren ilaçlar arasında yer almaktadır. Diğer anksiyolitiklerden farklı olarak kısmi agonist etki gösterdiği 5-HT1A reseptörlerine yüksek, antagonist olarak etkilediği D2 otoreseptörlerine düşük bağlandığı bilinmektedir. Sinapsın her iki tarafında etkileri amigdalaya, prefrontal kortekse, striatuma ve talamusa olan projeksiyonlarında serotonerjik etkinliğin artmasıyla sonuçlanır. Buspironun aktif metaboliti olan ve plazmaya kıyasla beyinde yaklaşık 5 kat daha fazla biriken 1-pirimidinilpiperazin; alfa adrenerjik reseptör agonistidir. Bilinen REM uykusu dönemi hareket bozukluğu yapma etkisi yoktur ancak bu vakada buspiron ile bu durum oluşmuştur (3,4). SSRI kullanımı ile fazla miktarda serotonerjik aktivite

sebebi ile görülen bazı vakalar olsa da; SNRI alan hastamızın minimal buspiron dozunda bu durum meydana gelmiştir. Buspiron ile yapılan birkaç çalışmada buspironun REM latansını artırdığı ve REM dönemini suprese ettiği ve uyku bölünmelerinin arttığı gösterilmiştir (5,6). Yapılan başka bir çalışmada buspironun hem yetişkinlerde hem de ergenler placeboya göre belirgin şekilde REM latansını uzattığı gözlenmiştir. Yetişkinlerde düşük doz buspironun REM latansına etkisi yokken; yüksek dozlarda REM latansında uzama eğilimi gözlenmiştir (7). Fakat tüm bu çalışmalarda herhangi bir REM dönemi davranış bozukluğundan bahsedilmemiştir.

Anahtar kelimeler: buspiron, parasomni, REM uykusu



MOKSİFLOKSASİN KULLANIMIYLA TETİKLENEN AKUT ANKSİYETE VE İNSOMNİA

Merve Çukurova¹, Sevdâ Bağ¹, Evrim Erten¹

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

Giriş: Moksifloksasin, DNA giraz enzim inhibitörü fluorokinolon grubu antibiyotiklerden olup sıklıkla üst ve alt solunum yolu enfeksiyonları tedavisinde kullanılmaktadır. Moksifloksasin kullanımına bağlı en sık görülen yan etkiler sindirim sistemi yan etkileri olup, santral sinir sisteminde en sık görülen yan etkisi baş ağrısı ve baş dönmesi olarak bildirilmiştir. Siprofloksasin, levofloksasin ve moksifloksasinin ratlarda anksiyeteye yol açıcı etkisi olduğu gösterilmiştir (1). Kinolonlara bağlı santral sinir sistemi yan etkileri daha çok yaşlı hastalarda görülmekle birlikte; literatürde moksifloksasinin tetiklediği akut psikoz ve görsel halüsinasyon olguları bulunmaktadır (2). Literatürde florokinolon grubundan levofloksasine bağlı akut anksiyete ve insomnia görülen, ek hastalığı olmayan, üç vakalık bir seri bildirilmiştir (3).

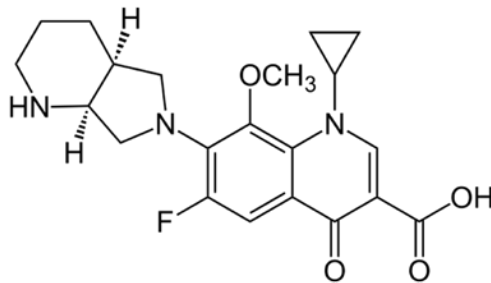
Olgu: 32 yaşında, kadın akut alt solunum yolu enfeksiyonu tanısıyla göğüs hastalıkları tarafından moksifloksasin 400 mg/gün tedavisi başlanan hasta moksifloksasin 2. dozunda uykusuzluk, iç sıkıntısı, her an kötü bir şey olacmış hissi, günlük işlerini yaparken bir sebep olmamasına rağmen ciddi bunaltı duyma şikayetleriyle ilaç başlangıcının 4. gününde psikiyatri acil servise başvurmıştır. Hastanın geçmiş psikiyatrik hastalık öyküsü, o güne kadar herhangi bir uyku bozukluğu olmadığı öğrenildi; komorbid hastalık öyküsü, sosyal stresörü bulunmamaktaydı. Aile öyküsünde annesinin anksiyete bozukluğu tanısıyla, essitalopram 10 mg/gün tedavisiyle takip edildiği öğrenildi. Hastanın ani başlayan uykusuzluk ve anksiyetesinin moksifloksasin kullanımıyla tetiklenmiş olduğu düşünüldü; moksifloksasin tedavisi stoplandı. Göğüs hastalıkları tarafından PAAC grafi, hemogram, sedim, CRP ve biyokimya normal değerlerde olması ve kliniğinin düzelmesi üzerine farklı bir antibiyoterepi önerilmedi. Hastanın moksifloksasin tedavisinin stoplanması sonrası uykusuzluk şikayetinin gerilediği, anksiyetesinin ise 15 günlük izlemde gerileyerek kaybolduğu ve eski günlük yaşamına devam ettiği saptandı. Hastaya herhangi bir tedavi başlanmadı. Bir aylık izlemde uyku bozukluğu ve anksiyetesinin tekrarlamadığı gözlemlendi.

Tartışma: Moksifloksasinin anksiyete ve uykusuzluğa neden olan bu etkisi kinolonların; gamaaminobutirik asid (GABA) reseptörlerine bağlanarak GABA bağlanmasını inhibe etmesi nedeniyle beyinde inhibitör uyarıların ortadan kalkmasına; bunun yanında kinolonların N-metil D-aspartat reseptörlerini aktive ederek, aktivatör uyarıların artmasına bağlanmaktadır (4). Son zamanlarda yapılan beyin bağırsak eksenі çalışmalarında bağırsak bakterilerinin organ sistemleri için aktif metabolitler ürettikleri gösterilmiştir (5). Lactobacillus ve bifidobacteriales, monosodyum glutamattan gamaamino butirik asit (GABA) sentezleyebilmektedir (6). Bu olguda 4. kuşak geniş spektrumlu bir antibiyotik olan moksifloksasinin bağırsaktaki lactobacillus ve bifidobacteriales gibi GABA sentezleyebilen bakteriler üzerinde bakterisid yolla etki ederek bu bakterilerin yok olmasına, GABA üretimin azalmasına; uykusuzluk ve anksiyete semptomlarının doğmasına yol açtığı düşünülmektedir.

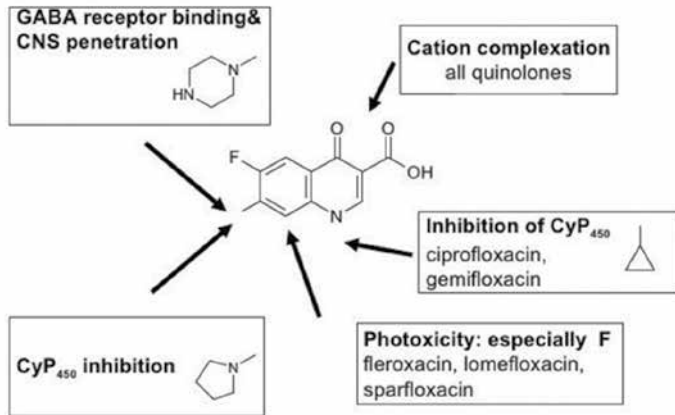
Kaynaklar

1. Shenoy S, Chakravarty S, et al. Anxiogenic effect of moxifloxacin in wistar rats. International Journal of Applied Biology and Pharmaceutical Technology. 2011; 2 (4): 158–162.
2. Mazhar F, Akram S, et al. Moxifloxacin-induced acute psychosis: A case report with literature review. J Res Pharm Pract. 2016 Oct-Dec; 5 (4): 294–296.
3. Kandasamy A, Srinath D. Levofloxacin-induced acute anxiety and insomnia. J Neurosci Rural Pract. 2012; 3:212–4.
4. Tome AM, Filipe A. Quinolones Review of Psychiatric and Neurological Adverse Reactions. Drug Saf. 2011; 34 (6): 465–488.
5. Evrensel A, Ceylan ME. Bağırsak beyin eksenii: Psikiyatrik bozukluklarda bağırsak mikrobiyotasının rolü. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. doi: 10.5455/cap.20150128123852
6. Barrett E, Ross RP, et al. (2012) γ -Aminobutyric acid production by culturable bacteria from the human intestine. J Appl Microbiol, 113:411–417.

Anahar kelimeler: Anksiyete, insomnia, moksifloksasin, kinolonlar, GABA



Frequent Side Effects of Quinolones



ŞİZOFRENİ VE CADASIL BİRLİKTELİĞİ: BİR OLGU SUNUMU

Şükrü Alperen Korkmaz¹, Serdar Süleyman Can²

¹Muş Devlet Hastanesi, Psikiyatri Kliniği

²Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Ankara Eğitim Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Anabilim Dalı

Giriş: CADASIL (Serebral otozomal dominant arteriopati ile subkortikal enfarktlar ve lökoensefalopati), 19. kromozomda bulunan Notch3 genindeki mutasyonlar sonucu ortaya çıkan subkortikal enfarktlar ve derin beyaz cevher sinitelleri ile karakterize kalıtsal bir küçük damar hastalığıdır. Bu hastalık genellikle migren, tekrarlayan iskemik ataklar, epileptik nöbetler ve bilişsel bozulma gibi nörolojik bulgularla ortaya çıkarken psikiyatrik bulgular da tabloya eşlik edebilmektedir. Bu yazıda, şizofreni bulgularının eşlik ettiği bir CADASIL olgusunun sunulması amaçlanmıştır.

Olgu sunumu: 44 yaşında ilköğretim mezunu, çalışmayan, hiç evlenmemiş kadın hastanın ilk ruhsal belirtileri 37 yaşında iken başlamış. O dönemde rahatsızlığı sinirlilik, özbakımında azalma, çevreye ilgisizlik, kendi kendine konuşma, suyla aşırı uğraşı, yakınlarına küfür etme, ölmüş dedesinin sesini duyma, insanlardan şüphelenme şeklinde başlamış. İki ay sonra yakınlarının isteğiyle psikiyatri polikliniğine başvurmuş ve hastaya akut psikotik atak ön tanısıyla risperidon 2 mg/gün tedavisi başlanmış. Üç aylık tedavi sonrası belirtilerinde yatışma görülmemesi sonucunda öncelikle risperidon tedavisi 4 mg/güne çıkılmış; anemore saptanması nedeniyle risperidon tedavisi aripiprazol 10 mg/gün tedavisi ile değiştirilmiş. Kırsal kesimde yaşayan hastanın poliklinik kontrollerine ortalama altı ayda bir gelmesi nedeniyle aripiprazol tedavisi 30 mg/güne iki yıl içinde çıkabilmiştir.

Hastalığının başlangıcından yaklaşık beş yıl sonra unutkanlık belirtilerinde kötüleşme olduğu anlaşılmış. Özellikle yakın bellek, dikkat ve yürütücü işlev alanlarında belirgin bozulma saptanması sonrası aile öyküsü incelendiğinde dedesinde de benzer bilişsel sorunların kırklı yaşların ortalarında başladığı anlaşılmış. Hastaya yapılan mini-mental test sonucu 16/30 olarak değerlendirilmesi sonucu erken başlangıçlı demans bulgularının etyolojisinin belirlenmesi için rutin kan tetkikleri ve beyin manyetik rezonans görüntüleme (MRG) istenilmiş. Rutin tetkiklerinde D-vitami düzeyi düşüklüğü dışında anormal bulguya rastlanmamış. Beyin MRG'de supratentoriyal serebral sulkuslarda atrofik dilatasyon, periventriküler alanlarda çok sayıda T2-FLAIR hiperintensiteler olduğu ve kallozo-septal yüzey tutulumu gösterdiği, bunun yanı sıra sağ lateral ventriküle komşu lokalizasyonda, sağ lentiform nükleuslar lokalizasyonunda ve her iki lateral ventrikül arka boynuzlara komşu alanlarda FLAIR kesitlerde BOS'a yakın intensitede fokal odaklar saptanmış. Ayrıca sağ lateral ventriküle komşu 2 odakta ve sol lentiform nükleuslar lokalizasyonunda ilımlı hiperintensiteler izlenmiş.

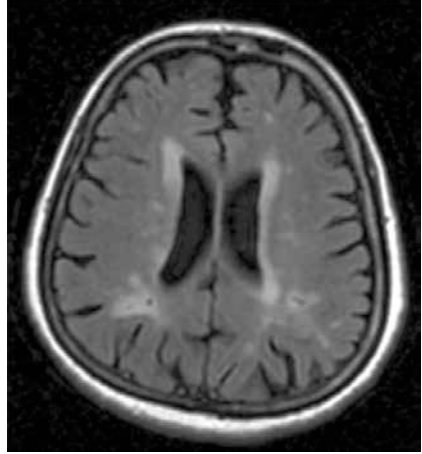
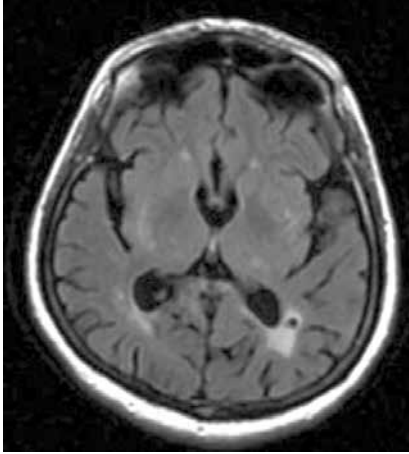
Ayrıntılı tanı için üçüncü basamak bir hastaneye sevk edilen hastanın öyküsünde ayrıca yaklaşık on yıldır tanı almadığı migren ataklarının da saptanması üzerine CADASIL sendromu olabileceği düşünülerek Notch3 gen analizi yapılmış. Analiz sonucu Notch3 geninde ekzon 4 üzerinde heterozigot Arg133Cys mutasyonu saptanmış.

Hastanın Kasım 2017'deki psikiyatrik muayenesinde işitme varsanısı, körü görme sanrısı, avolüsyon, anhedoni, asosyalite belirtilerinin devam ettiği ve bilişsel yıkımının belirgin olduğu anlaşılmıştır. Prognozunun kötü olduğu düşünülmektedir.

Tartışma: Genetik bağlantı çalışmalarıyla şizofrenide etkilenen birçok lokus saptanabilmiştir, kromozom 19 ile ilgili çalışmalarda da buna dahildir. Etkisi büyük olan bir gen henüz keşfedilmiştir.

olmasa da Notch genlerinin psikozla ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Olgumuzda görülen şizofreni ve CADASIL birlikteliği belki de rastlantısaldır; ancak şizofreninin farklı klinik görünümlere neden olabilen beyaz cevherle ilişkili bir bozukluk olabileceğini dışlayamaz. Bu nedenle, özellikle geç başlangıçlı şizofreni ve lökoensefalopati veya vasküler patoloji arasındaki ilişkiyi inceleyen daha fazla araştırma ve moleküler çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Anahtar kelimeler: şizofreni, CADASIL, Notch3 geni, demans



PSİKİYATRİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN HASTALARDA ERİŞKİN DEHB SIKLIĞI VE İLİŞKİLİ KLİNİK ÖZELLİKLER

Pınar Kızılay Çankaya¹

¹Fatih Devlet Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Trabzon

Amaç: Bu çalışmanın amacı ikinci basamak bir sağlık kuruluşunun psikiyatri polikliniğine başvuran hastalar arasında erişkin dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) tanısı sıklığını ve bu tanıyı alan hastaların sosyodemografik, klinik özelliklerini ve DEHB ile birlikte görülen psikiyatrik eş tanıları saptamaktır. **Yöntem:** Bu çalışmada öncelikle DEHB sıklığı belirlenmiştir. Trabzon Fatih Devlet Hastanesi psikiyatri polikliniğine 01,09,2015–31,12,2017 tarihleri arasında 8565 başvuru olmuştur. Bu başvurulardan mükerrer başvurular çıkarıldığında, 18–44 yaş aralığındaki kişilerin sayısı 3426 olarak belirlenmiştir. Daha yaşlı hastalarda geriye dönük bilgileri hatırlamakla ilgili sorun yaşanabileceğinden yaş aralığı 18–44 olarak belirlenmiştir. Zeka geriliği, psikotik bozukluk, bunama ve tıbbi nedenlere bağlı psikiyatrik hastalığı olanlar dışlandıktan sonra geriye kalan 3159 hasta arasından 59 hastada erişkin DEHB tanısı saptanmıştır. DEHB tanılı bu 59 hastanın 22'sine DEHB tanısı ilk kez polikliniğimizde konulmuştur. Kalan 37 hasta ise daha önce dış merkezlerde DEHB tanısı almış hastalardır. Dış merkezlerde tanı konulmuş bu hastalara tanıyı doğrulamak amaçlı DSM-5 uyumlu erişkin DEHB için yarı yapılandırılmış tanısal görüşme olan ACE+ uygulanmış, hastaların aileleriyle görüşülmüş ve erişkin DEHB tanıları doğrulanmıştır. İlk kez polikliniğimizde tanı alan 22 hasta vardır. Bu hastaları belirlerken başvuru yakınmaları ve mevcut belirtileriyle DEHB öntanısı düşünülen hastalara Wender-Utah derecelendirme ölçeği ve Erişkin DEHB kendi bildirim ölçeği olan ASRS verilmiştir. Ölçek puanlarına göre olası DEHB düşünülen hastaların kendileriyle ve aileleriyle görüşme yapılmış ve yarı yapılandırılmış tanısal görüşme olan ACE+ uygulanmış ve 22 hastada erişkin DEHB tanısı doğrulanmıştır. Ölçek puanları ile olası DEHB düşünülen ancak aile görüşmesi ve tanısal görüşme sonrası tanısı kesinleştirilemeyen hastalar çalışmaya dahil edilmemiştir. Tüm hastaların eş tanıları DSM-5'e göre konulmuştur.

Bulgular: Sonuç olarak Fatih Devlet Hastanesi genel psikiyatri polikliniğine başvuran hastalarda erişkin DEHB sıklığı %1,86 olarak belirlenmiştir. Hastalarda DEHB görünümüne baktığımızda %55,9 unda (n=23) bileşik görünüm, %32,2' sinde (n=19) dikkatsizliğin baskın olduğu görünüm, %11,9'unda (n=7) aşırı hareketlilik/dürtüsellüğün ön planda olduğu görünüm saptanmıştır. Erişkin DEHB tanısı alan bu hastalar daha çok genç ve bekar erkeklerdir. DEHB tanısı alan bu 59 hastanın sadece %32,2'si (n=19) çocuklukta DEHB tanısı almıştır. Yine DEHB tanısı konulmuş bu hastaların %49,2 'sinde (n=29) öğrenim hayatları süresince akademik başarı düşüklüğü, okula devamsızlık ya da kurallara uymama nedeniyle alınan disiplin cezalarına bağlı öğrenim yılı kayıplarının olduğunun saptanması dikkat çekicidir. Hastaların %42,4 ü (n=25) sigara kullanırken, %42,4 ü (n=25) şimdi veya hayatlarının bir döneminde alkol, %11,9 'u (n=7) şimdi veya hayatlarının bir döneminde madde kullanımı olduğunu bildirmiştir. Hastaların sosyodemografik ve klinik özellikleri Tablo 1' de sunulmuştur. Bu hastaların %55,9'unda (n=33) en az bir eş tanı saptanmıştır. Eş tanıların dağılımı Tablo 2'de gösterilmiştir.

Sonuç: Ayrıntılı bir anamnez ve hastanın kendisinden ve ailesinden alınan ayrıntılı bir çocukluk öyküsü olmadığı sürece, işlevsellikte belirgin bozulmalar yapan ve çalışmamamızda da görüldüğü

gibi eş tanı oranları oldukça yüksek olan bu tanı gözden kaçabilmektedir. Böylelikle hastalar fayda görebilecekleri ve işlevselliklerini arttıracak tedavilerden mahrum kalmakta ve hastalığa ve hastalığın sonuçlarına bağlı olarak duygusal, sosyal ve akademik alanlarda belirgin kayıplar yaşamaktadırlar. Dikkatsizlik, unutkanlık, dalgınlık, sinirlilik gibi özgül olmayan belirtilerle başvuran ya da başka tanımlarla tedavi edilen ancak tedaviye rağmen bu belirtileri düzelmeyen hastalarda erişkin DEHB tanısı akla gelmelidir.

Anahtar kelimeler: Erişkin, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, sıklık, eş tanı

Tablo-1. Erişkin DEHB Tanılı hastaların sosyodemografik ve klinik özellikleri

	n	%
Cinsiyet		
Kadın	24	40.7
Erkek	35	59.3
Çalışma durumu		
Öğrenci	39	66.1
Çalışan	9	15.3
İşsiz	11	18.6
Medeni Durum		
Evli	3	5.1
Bekar	56	94.9
Eğitim durumu		
Ortaokul mezunu	14	23.7
Lise mezunu	42	71.2
Üniversite mezunu	3	5.1
Çocuklukta tanı alan	19	32.2
DEHB alt tipi		
Bileşik tip	23	55.9
Dikkatsizlik baskın	19	32.2
Hiperaktivite/dürtüsel baskın	7	11.9
Kullanılan tedaviler		
Metilfenidat	24	40.6
Metilfenidat+ SSRI/SNRI ± AP	27	45.8
Metilfenidat dışı (SSRI/SNRI ± AP*± DDO**)	6	10.2
Atomoksetin	2	3.4
Ek tıbbi hastalık	5	8.5
Ailede psikiyatrik hastalık	11	18.6
	Ortanca	Min-Max
Yaş	20	17-38
Tanı yaşı	18	10-38
Ölçek puanları	Ortalama	±SD
Wender-Utah	51.15	±13.43
ASRS-A	15.65	±3.04
ASRS-B	30.5	±5.0
ASRS toplam puan	46.65	±6.14

*AP: Antipsikotik, **DDO: Duygudurum düzenleyici

Tablo-2. Erişkin DEHB tanılı hastalardaki eştanıların dağılımı

Değişkenler	n	%
Eştanısı olmayanlar	26	44.1
Yaygın anksiyete bozukluğu	11	18.6
Obsesif-kompulsif bozukluk	4	6.8
Duygudurum bozuklukları	8	13.6
Distimi	2	3.4
Major depresif bozukluk-tek nöbet	4	6.8
Major depresif bozukluk-yineleyici	2	3.4
Davranım bozukluğu	3	5.1
Madde ile ilişkili bozukluklar	4	6.8
Madde bağımlılığı	2	3.4
Madde yoksunluğu	1	1.7
Madde ile ilişkili psikotik bozukluk	1	1.7
Uyum bozukluğu	2	3.4
Tik bozukluğu	1	1.7

ARİPİPRAZOL KAYNAKLI ALERJİ; OLGU SUNUMU

Hüseyin Kara¹, Özgen Özçelik¹

¹Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Giriş: Psikiyatrik hastalıkların tedavisinde kullanılan antipsikotiklere karşı bir çok istenmeyen yan etki oluşmaktadır. En sık görülen yan etki ise dermatolojik yan etkilere dir. Antipsikotik ajanlarla en sık bildirilen dermatolojik yan etkiler ürtiker, ekzantematöz döküntü, pruritus, fotosensitivite, deri pigmentasyonu, sabit ilaç erüpsiyonu ve alopesidir. Çoğu benign olup kolayca tedavi edilebilmektedir.

Bu yazıda, Akdeniz Üniversitesi psikiyatri polikliniğine ayaktan başvuran major depresyon ve okb tanılarıyla takip edilmekte olan bir hastanın tedavisine aripiprazol eklenmesi sonucu oluşan dermatolojik yan etkinin tartışılması amaçlanmıştır.

Olgu: 46 yaşında, kadın, evli, 1 çocuğu var, emekli olmuş. 16 yıldır major depresyon ve obsesif kompulsif bozukluk tanılarıyla tedavi alıyormuş. 10 yıl boyunca fluoksetin kullanımı olduğunu ve hiçbir şikayetin olmadığını sonrasinda ilacı bıraktığını söyledi. 2 yıl tedavi almadığını sonrasında enerji düşüklüğü, halsizlik, yorgunluk, uykusuzluk, evden çıkarken ocağı, fişleri, suları, lambaları tekrar tekrar kontrol etmelerinin başladığını, söylediklerini yanlış mı söyledim, niye böyle söyledim diye suçluluk duyguları hissetmeye başladığını söyledi. Tekrar doktora başvurduğunda fluoksetin 20 mg/gün başlanmış. Son 1 yıldır hiçbir şikayetin olmadığını ama son 1 aydır istemsiz olarak saçlarını çekmeye başladığını bu nedenle polikliniğimize başvurduğunu belirtti. Hastanın tedavisi fluoksetin 40 mg/gün ve aripiprazol 5 mg/gün şeklinde düzenlendi. Aripiprazol başlandıktan 10 gün sonra dudaklarında şişlik, hareket etme isteği ve adet düzensizliği nedeniyle poliklinik başvurusu oldu ve muayenesi yapılarak aripiprazol kesildi. Hasta sonraki kontrolünde şikayetlerinin geçtiğini dudaklarındaki şişliğin 3 gün içinde kendiliğinden indiğini belirtti.

Tartışma: Ürtiker, herhangi bir antipsikotik ajanla ortaya çıkabilir ve bir tip 1 aşırı duyarlılık reaksiyonu olduğuna inanılmaktadır; burada bir antipsikotik veya onun metaboliti, kutanöz mast hücrelerinin yüzeyine bağlanmış IgE ile birleşmektedir. Bu, histamin, lökotrien ve prostaglandin D2 gibi hücre vasoaktif maddelerini serbest bırakır ve vasküler geçirgenliği hızlandırır. Lezyonlar genellikle ilacın kesilmesi ile ortadan kalkar. Tedavi histamin-1 ve histamin-2 bloker kullanımını gerektirebilir.

Aripiprazole maruz kalan kişilerde anafilaktik reaksiyon, anjiyoödem, laringospazm, kaşıntı veya ürtiker gibi nadir görülen aşırı duyarlılık reaksiyonları bildirilmiştir. Aripiprazolün başlamasından 10 gün sonra alın ve burun köprüsü üzerinde papülopüstüler akneiform döküntü gelişen bir hastada aripiprazol kesilmiş ve topikal retinoik asit uygulanmış. Aripiprazolün kesildikten 10 gün sonra akneiform döküntüler hafif derecede skarlaşmasıyla iyileşmiş.

Psikotrop ilaç tedavisine başlamadan önce hastanın geçmişte kullandığı ilaçlar ve bunlara karşı gelişmiş olan dermatolojik yan etkiler sorgulanmalıdır. Ayrıca, hasta gelişebilecek dermatolojik yan etkiler konusunda bilgilendirilmelidir. Tedaviye başladıktan sonra gelişebilecek dermatolojik reaksiyonlar açısından hasta izlenmelidir.

Anahat kelimeler: aripiprazol, alerji, anjiyoödem, antipsikotik

ERKEN ERİŞKİNLİKTE TANI KONAN BİR DEHB OLGUSU

Pınar Kızılay Çankaya¹, Hatice Bayraktar²

¹Fatih Devlet Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Trabzon

²Giresun Üniversitesi Prof. Dr. A. İlhan Özdemir Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) yaşam boyu süren, bireylerin sosyal, akademik ve iş yaşamlarındaki işlevselliklerini ciddi şekilde bozan nöropsikiyatrik bir bozukluktur. DEHB yaygınlığı yaşla birlikte azalır ve erişkinlikte %1–6 oranında görülmektedir. İyi tanımlanmış bir bozukluk olmasına rağmen, erişkin dönemde tanı ve tedavisiyle ilgili bazı güçlükler yaşanmaktadır. Bu nedenle hala birçok genç yetişkin hayata tanı konmamış DEHB ile başlamakta-
dır. Bu olgu sunumunda sınav anksiyetesi ile başvuran ve DEHB tanısı konup tedavi başlanmasıyla işlevselliği ve akademik başarısı belirgin derecede artan bir olgudan söz edilecektir.

Olgu: 21 yaşında erkek, 2 yıllık yüksekokul okuyor, bekar. Polikliniğimize annesiyle gelen hasta, sınavlarda aşırı heyecanlanma ve bu nedenle çalışmasına rağmen başarılı olamama yakınmasıyla başvurdu. Kendisi ve annesinden alınan anamnezde ilkökul döneminde çok hareketli bir çocuk olduğu ve öğretmenlerinden şikayet aldığı öğrenildi. İlkokul döneminden beri matematikle arasının pek iyi olmayan ve özellikle uzun metinleri okumakta çok zorlanan hastanın özellikle lise dönemlerinde sınavlardaki performansı daha da düşmüş. Ders dinlerken çok çabuk sıkılıyor, ders çalışırken yerinde duramıyor ve sürekli geziniyormuş. Annesi evde de söylenenleri dinliyormuş gibi görünmesine rağmen algılamıyormuş gibi davrandığını ve unutkanlığının olduğunu belirtti. Ev içinde sakarlıkları nedeniyle sık sık küçük kazalar yaptığı ve ilkökul döneminden beri sürekli eşyalarını bir yerlerde unuttuğu öğrenildi. Lise 2. sınıfta 1 yıl sınıf tekrarı yaptığı ve lise bittikten sonra girdiği üniversite sınavında da 4 yıllık bir üniversite kazanamaması nedeniyle kendisine olan güveni iyice azaldığı için psikiyatrik yardım almaya karar verdiği öğrenildi. Hasta arkadaşlık ilişkilerinde de sorun yaşıyor, insanlarla iletişim kurmakta zorlanıyor, çabuk sıkılıyor ve bazen aşırı tepkiler vermesi nedeniyle ilişkileri bozuluyormuş. Uyku sorunları da yaşayan hasta, gece geç saatlere kadar uyuyamıyor, gündüz ise sürekli uykulu ve yorgun hissediyormuş. 5 paket/yıl sigara öyküsü olan hastanın alkol ya da madde kullanımı olmadığı öğrenildi. Ruhsal muayenesinde distraktibilitesi olduğu dikkat çeken hasta, konuştuklarının anlaşılmasını zorlaştıracak şekilde hızlı konuşuyordu. Huzursuz görünümündeki hastanın motor aktivitesi artmıştı. Yapılan ayrıntılı biyokimyasal tetkikler ve EKG sonucunda patoloji saptanmadı. Uygulanan MMPI normal profil olarak yorumlandı. Uygulanan 25 maddelik Wender Utah erişkin DEHB ölçeğinden 49, ASRS (Erişkin DEHB Kendi Bildirim Ölçeği) A bölümünden 18, B bölümünden 34 puan alan hastada, alınan anamnez ve yapılan görüşme sonucunda DSM-5 e göre erişkin DEHB ötanısı düşünülmüş ve hastaya Prof. Dr. Susan Young tarafından uyarlanan DSM-5 uyumlu erişkin DEHB için yarı yapılandırılmış tanısız görüşme olan ACE+ uygulanmıştır. Sonuç olarak hastada ‘DEHB, hem dikkat eksikliği hem de hiperkativite/dürtüsellik ölçütlerinin karşılandığı birleşik tip tanısı kondu. Hastaya metilfenidat başlandı ve takiplerde doz ayarlaması yapıldı. Halen takibimizde olan hastanın tedaviyle dikkat konsantrasyon sorunlarında belirgin gerileme, ders dinlemesinde ve anlamasında artış ve buna bağlı olarak da sınav anksiyetesinde belirgin gerileme gözlemlendi ve uykusu tedaviyle daha düzenli hale geldi.

Tartışma: Çocukluk döneminde tanı alamamış hastalar, erişkin dönemde psikiyatristlere hastamızda da olduğu gibi özgül olmayan bazı yakınmalarla başvurabilirler. Bu hastalar çocukluk döneminde tanı almamış ve tedavi görmemişlerse, çocukluk dönemindeki belirtiler de sorgulanmadığında DEHB tanısı gözden kaçabilmektedir. Olgumuzda olmasa da erişkin DEHB' de eş tanı oranları da hayli yüksektir ve bu da tanıyı daha da güçleştirmektedir. Erişkin psikiyatristleri olarak sık görülen, belirgin işlev kaybına yol açan ancak az tanınan bu tanıyı günlük pratiğimizde akılda tutmak oldukça önemlidir.

Anahtar kelimeler: erişkin, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu

MAJOR DEPRESYON HASTALARINDA HASTALIK ŞİDDETİ, ANKSİYETE DÜZEYİ, UYKU KALİTESİ VE KRONOBİYOLOJİ İLİŞKİSİ

Melike Dönmez¹, Burcu Sarıcı¹, Ömer Yanartaş¹

¹Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Kronobiyoloji; canlılardaki sıklık (periyodik) biyolojik olayları, bunları düzenleyici sistemlerin temel bileşenlerini ve biyolojik-nöro-davranışsal işlevlerin modüle edilmesini içeren bilim dalıdır (1). Kronobiyolojideki en önemli ritim, sirkadiyen ritimdir; bu hemen hemen tüm organizmalar içerisinde fizyolojik süreçlerle gösterilen kabaca 24 saatlik bir döngüdür (2). İnsanlardaki sirkadiyen ritimlerde görülen en önemli farklardan biri, kronotiptir. İnsanlarda kronotip sabahçıl ve akşamcıl olmak üzere iki farklı ucu bulunan bir skalada gösterilmektedir. Yapılan çalışmalar, depresyon ile kronotipler arasında olası bir ilişki olduğunu, depresyon hastalarındaki uyku bozukluğunun, kronotip ile ilişkili olabileceğini ve depresyon tedavisine yanıtlarını etkilediğini göstermektedir (3-6).

Amaç: Bu çalışmada depresif hastaların kronotiplerine göre uyku bozukluğu özelliklerini tanımlamayı ve depresyonda görülen belirtiler ile kronotip ilişkisini göstermeyi amaçladık.

Yöntem: Bu çalışmaya Temmuz 2017-Aralık 2017 tarihleri arasında Marmara Üniversitesi psikiyatri kliniğine başvuran, ilk kez majör depresyon tanısı alan ve o sırada çalışmaya katılmayı kabul eden, tedavi görmeyen 47 kişi dahil edilmiştir. Ek psikiyatrik tanısı olanlar, vardiyalı çalışanlar dahil edilmemiştir. Kişilere Beck depresyon envanteri (BDE), Beck anksiyete envanteri (BAE), Pittsburg uyku kalitesi ölçeği (PUKİ), Epworth uykululuk ölçeği (EUÖ) ve Sabahçıl-Akşamcıl *Anketi* (S-AA) uygulanmıştır.

Bulgular: Çalışmaya alınan 47 kişinin %54,2'si (n=26) kadın hastalardan oluşmaktadır. Bu kişilerden %57'si evli, %52'si çalışmamakta (kadınların %72'si, erkeklerin %18'i), %42'si ilköğretim mezunudur. Sabahçıl-akşamcıl anketine göre katılımcıların %14'ü akşamcıla yakın, %50'si ara tip, 33'ü sabahçıl ve sabahçıla yakın olarak görülmüştür. Kronotip grupları ve yaş, cinsiyet, evlilik, eğitim durumu, gelir düzeyi, düzenli egzersiz yapma, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü varlığı arasında anlamlı farklılık görülmemiştir. BDÖ ve S-AA ilişkisine bakıldığında aralarında anlamlı olmamakla birlikte negatif korelasyon olduğu görülmektedir ($p>0,5$). BDÖ ve EUÖ arasında pozitif anlamlı korelasyon görülmektedir ($p=0,048$). MEQ ile depresyonun vejetatif belirtileri (BDI 16-17-18-19-21) arasında pozitif anlamlı ilişki olduğu görülmektedir ($p=0,036$ $r=.307$). Uyku kalitesinde bozulma (PUKİ 5b-j) ile S-AA arasında pozitif anlamlı ilişki olduğu görülmüştür ($p=0,005$ $r=.406$). Eşlik eden anksiyete derecesi ve sabahçıl-akşamcılık, uyku kalitesi arasında anlamlı bir ilişki gösterilememiştir ($p>0,05$).

Tartışma: Yapılan tanımlayıcı çalışma sonucunda ilk atak depresyon hastalarında depresyon ile akşamcıl ve akşamcıla yakın olmak arasında korelasyon olduğu görülmektedir. Bu kişilerin akşamcıl olmaları sabah çalışmaları düzene ayak uydurmalarını zorlaştırabilmektedir. Depresyon tedavisinde bunun göz önünde bulundurularak düzenleme yapılması kolaylaştırıcı olacaktır. Uykululuk ve depresyon arasındaki anlamlı ilişki, gece uyku düzeni bozulan hastaların gündüz uykuluğunun artması şeklinde yorumlanabilir. Depresyonun vejetatif belirtileri ve akşamcıl olma arasındaki anlamlı ilişki mevcut literatür verilerini desteklemektedir (7). Uyku kalitesindeki değişim ve kronotip arasında

anlamlı ilişkinin görülmemesi verilerin depresif atak döneminde değerlendirilmesi veya örneklem sayısı ile ilgili olabileceğini düşündürmüştür. Çalışmanın başlıca kısıtlılığı örneklemin büyüklüğünün yeterli olmaması ve kronotip ve uyku bozukluklarını atak sırasında ele alıyor olmasıdır.

Sonuç: Sonuç olarak, verilerimiz, kronotiplerin özellikle akşam tipinin depresif episod şiddeti ile ilişkili olduğu yönündedir. Bu bulgu, akşamlılık tipini inceleyen diğer çalışmalar ve bu tipin kendine özgü nöro-biyolojik özelliğini gösteren çalışmalar ile aynı doğrultudadır (8). Depresyon tedavi yönetimini iyileştirmek için uyku bozukluğu-depresyon-kronotip ilişkisini inceleyen çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar kelimeler: kronotip, depresyon, sirkadiyen ritim, sabahçıl, akşamcıl, uyku kalitesi

İŞİTME KAYBINDA MÜZİKAL HALÜSİNASYONLAR

Ebru Şahan¹, İsmet Kırpınar¹

¹Bezmialem Vakıf Üniversitesi, Psikiyatri Anabilim Dalı

Giriş: İşitsel halüsinasyonlar çınlama, vızıltı, uğultu sesi gibi elementer veya insan sesi, cümleleri gibi kompleks şekillerde görülebilmektedir. Elementer işitsel halüsinasyonlar daha çok organik durumlarda görülmektedir. Bu seslere işitme kaybının da sebep olabileceği az sayıda klinisyenin aklına gelmektedir.

Olgu: Seksen yaşında kadın hasta engelli maaşı sağlık kurulu raporu için getirilmişti. Hastanın kilolu olmasına bağlı son 25 yıldır diabetes mellitus, esansiyel hipertansiyon ve gonartroz tanıları vardı. İki ay önce gittiği kulak burun boğaz hekimi tarafından iki taraflı ağır sensörinöral işitme kaybı tanısı konulmuş ve işitme cihazı kullanması önerilmişti. Hasta cihaza uyum sağlayamamıştı ve takmak istemiyordu. Çocuklarından son zamanlarda daha aksi ve inatçı davrandığı, yakınlarıyla daha az konuştuğu ve zaman zaman ağlamalarının olduğu, geceleri uyumakta zorlandığı öğrenildi. Ruhsal durum muayenesinde işitme kaybı nedeniyle hastayla iletişim kurmak güçtü. Sorulan soruları duyabilip anladığında biraz isteksizce de olsa yanıt veriyordu. Kişi, yer ve zaman yönelimleri tamdı. Düşünce içeriğinde herhangi bir sanrıya rastlanmadı. Halüsinasyonlar sorgulandığında kulaklarına gelen sesler olduğunu onayladı. İlk dönemlerde çınlama, uğultu şeklinde olan seslerin sonrasında helikopter, uçak sesine döndüğü ve işitme kaybı ilerledikçe yörelerindeki düğünlerde çalınan halay müziğini işittiği öğrenildi.

Odyometrik incelemesinde Bekesy ve Sisi skorları da dahil olmak üzere çift taraflı ağır sensörinöral işitme kaybı mevcuttu. Halay sesinin işitme cihazı takınca biraz geçtiğini ama cihazın çok rahatsız ettiğini açıkladı. Hastanın seslerin kafasının içinden gelen sesler olduğuna, dışardan gelen ses olmadığını dair içgörüsü tamdı.

Depresif belirtileri ve uykusuzluğu için essitalopram 5 mg/gün ve trazodon 50 mg/gün reçete edildi. Günde bir saatten başlayarak işitme cihazını takmaya başlaması ve tedricen artırması konusunda yakınlarınca desteklendi. Üçüncü ay kontrolünde uyku problemi ortadan kalktığı için trazodon kesildi. İşitme cihazını kullandıkça çevresel sesler de arttı ve müzikal halüsinasyonlar geriledi, yakınlarıyla iletişimi arttı. Altıncı ay kontrolünde essitalopram kesildi.

Tartışma: Hastada işitsel halüsinasyonun duyma güçlüğü ile eş zamanlı başlaması ve işitme kaybı ilerledikçe müzikal halüsinasyonların artması nedeniyle işitme kaybına bağlı müzikal halüsinasyonunun olduğu düşünüldü.

West'in 1955 yılında öne sürdüğü 'Algısal Salınım Teorisi', serebral korteksin işitmeden sorumlu alanına sağrılık, izolasyon gibi nedenlerden dolayı belirli miktarda duyuşal dış uyaran gitmediğinde daha önceden kaydedilmiş anıların sesli uyarılarının salındığını, yeniden algılandığını öne sürer.

Görme kaybına bağlı görsel halüsinasyonların olduğu Charles Bonnet Sendromu, işitme kaybı olanlardaki işitsel halüsinasyonlara oluşum şekli açısından benzerlik göstermektedir.

Hastalar işitsel halüsinasyonlarından bahsederlerse deli olduklarından şüphelenileceği korkusuyla bu belirtilerini açıklamaktan, anlatmaktan kaçınabilmektedir. Hastaların bir kısmı seslerden tamamen kurtulurken bir kısmı da bunlarla yaşamaya alışabilmektedir, kulak burun boğaz polikliniklerinde işitme kaybı olan her hastaya işitsel halüsinasyonlar hakkında sorgulama yapılırsa müzikal halüsinasyonların sıklığının daha yüksek bulunabileceği öngörülebilir.

Kaynaklar

- Ross ED, Jossman PB, Bell B, Sabin T, Geschwind N. (1975). Musical Hallucinations in Deafness. *JAMA*, 231 (6), 620–622. doi: 10.1001/jama.1975.03240180056018
- Fenton G, & McRae D. (1989). Musical Hallucinations in a Deaf Elderly Woman. *British Journal of Psychiatry*, 155 (3), 401–403. doi: 10.1192/bjp.155.3.401
- West LJ. (1955). A clinical and theoretical overview of hallucinatory phenomena. In RK Siegel, LJ West (Eds), *Hallucinations: Behavior, experience and theory* (pp 301–302). New York: John Wiley.

Anahtar kelimeler: müzikal halüsinasyonlar, işitme kaybı, sağırılık, duyuusal yoksunluk, algısal salınım teorisi

SEREBELLAR ATROFİNİN EŞLİK ETTİĞİ BİPOLAR AFEKTİF BOZUKLUK TANISI ALMIŞ TEK YUMURTA İKİZİ OLAN 2 OLGU

Elvin Guliyev¹, Sinem Zeynep Metin¹, Dilek Meltem Taşdemir¹, Dilara Aloglu¹, Ece Gökpnar¹, Sermin Kesebir¹

¹Np İstanbul Beyin Hastanesi

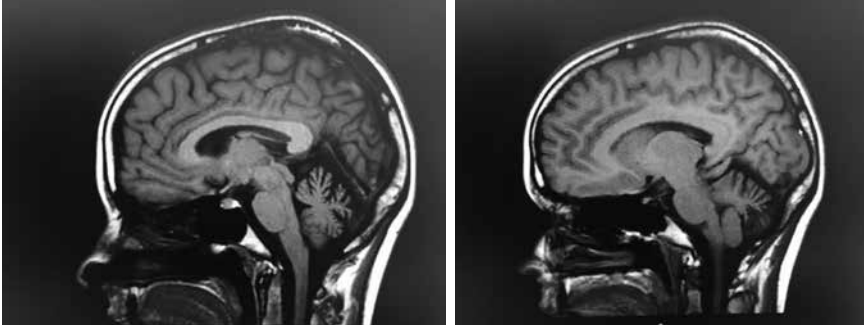
Giriş: Serebellumun fonksiyonunu denge ve motor aktivitenin koordinasyonu ile sınırlayan geleneksel görüş olsa da son yıllarda serebellumun, özellikle talamus üzerinden, dorsolateral prefrontal korteks, medial frontal korteks, anterior singulat ve posterior hipotalamus gibi biliş ve davranışla ilgili birçok beyin alanıyla bağlantılı olduğu, beyinsapındaki nukleuslardan noradrenerjik, serotonerjik ve dopaminerjik inputlar aldığı, limbik ve kortikal alan bağlantılarıyla duyuşal, prosedürel, lingüistik ve emosyonel aktivitelerin düzenlenmesinde rol oynayabileceği düşünülmektedir. yapılan çalışmalar, serebellumun duygudurum düzenlenmesine önemli rolü olduğu ve serebellum anomalilerinin duygudurum bozukluklarının patofizyolojisinde yer alabileceğini düşündürüyor. İlk olarak Schmahmann serebellar hasarı olan hastalarda “Serebellar Kognitif Affektif Sendrom”u tanımlamıştır (2). Bu sendromun özellikle serebellumun posterior lob (lobül VI ve lobül VII’nin krus I ve krus II kısmı) ve vermis hasarını takiben kognitif ve affektif bozukluk belirtileri ile ortaya çıktığı gösterilmiştir.

Vaka: 25 y. k. h. üniversite mezunu çalışmıyor, bekar, 3 kardeşin 2. si (ikiz kardeşi var). Aşırı hareketlilik, uykusuzluk, özgüven artışı, çok konuşma, uygunsuz gülme şikayetleriyle baş vurdu, Bipolar Duygulanım Bozukluğu Manik Epizot ön tanısıyla yatarak tedavisi uygun görüldü. Son dönem şikayetleri 3-4 ay önce başlamış, hasta daha önce depresyon tanısıyla ayaktan tedavi görmüş-3 ay öncesinde kadar paroxetin fluoksetin kullanımı olmuş. 2 hafta önce tanısı konarak, valproik asit, lityum, olanzapin tedavisi başlanmış. . 2. olgu 1. olgunun ikizi, aynı dönemde başlayan hareketlilik, konuşma miktarında artış uykusuzluk şikayetleri gözlemlendi, hipomani ön tanısıyla tedavisinin ayaktan devam edilmesi uygun görüldü. Her iki hastanın hikayesine bakıldığında depresif epizotların daha yoğun olduğu ve özellikle ilk bahar, son bahar dönemlerinde epizot belirtilerinin arttığı görüldü. Aileden alınan bilgiye göre her iki hastada çocukluk döneminden beri yürürken denge kaybı, nokturnal enurezis şikayetleri mevcut, yanı sıra her iki hasta da mevsimsel olarak impulsivite artışı, kleptomani belirtilerinin olduğu tespit edildi. Hastalara yapılan MR incelemesinde her iki hastada cerebellar folialarda belirgin atrofi görüldü. Daha önce SCA tanısıyla genetik tarama yapılmış, sonuç negatif gelmiş. Yatırılarak tedavisi yapılan ilk olgunun tedavisi Lityum 900 mg/gün, olanzapin 10 mg/gün şeklinde düzenlenildi, hastanın klinik belirtilerinde gerileme gözlemlenildi, (YMRS-36—dan 8 e geriledi). Hipomani belirtiler seyr edilen ikinci hastanın tedavisi ayaktan devam ettirildi. valproik asit, lityum olanzapin tedavisi düzenlendi, 2 haftalık takip sonrası hipomani belirtileri geriledi.

Tartışma: Serebellar hasarın afektif ve kognitif değişikliklere yol açtığı gösterilmesinin yanı sıra bazı beyin görüntüleme çalışmalarında bipolar hastalarda azalmış serebellum hacimleri bildirilmiştir (4). Yine bazı çalışmalarda bipolar hastalarda üçüncü ve lateral ventriküllerde hacim artışı bildirilmekle beraber, bipolar hastalarla sağlıklı kontroller arasında beyin ventrikülleri ve posterior

fossa yapılarının boyutları açısından anlamlı farklılık saptanmayan çalışmalar da bulunmaktadır. Bazı çalışmalarda ise bipolar hastalarda toplam serebellum hacmi sağlıklı kontrollere göre küçük bulunmamış, fakat çok sayıda duygudurum epizodu geçirmiş hastalarda serebellar vermis boyutunun küçüldüğü saptanmıştır. Bu durum geç bir nörodejeneratif olay ya da bipolar bozukluğun nöroanatomik bir sekeli olarak açıklanmaya çalışılmıştır. Yazında özellikle serebellum vermis lezyonlarında duygudurum ve davranış değişiklikleri bildirilmiş, serebellar vermal nöronların duygudurum düzenlenmesinde etkili olabileceği vurgulanmıştır

Anahtar kelimeler: Serebellar afektif bozukluk, Duygudurum Bozukluğu, Mani



Resim 1. Serebellar atrofinin eşlik ettiği bipolar afektif bozukluk tanısı almış tek yumurta ikizi olan 2 olgu serebellar kognitif afektif sendrom.

MAYER-ROKITANSKY-KÜSTER-HAUSER SENDROMU İLE BİPOLAR BOZUKLUK VE MADDE KULLANIM BOZUKLUĞU KOMORBİDİTESİ

Çenk Kılıç¹, Özlem Devrim Balaban¹, Şakir Gıca¹, Nesrin Karamustafaloğlu¹

¹Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları E. A. Hastanesi

Giriş: Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser (MRKH) sendromu, mülleriyen kanalın embriyotik gelişiminde duraksama sonucunda ortaya çıkan, uterus ve üst vajinanın konjenital aplazisidir. Çalışmalarda MRKH sendromu tanısı alan kadınlarda depresyon ve kaygı bozukluklarının sıklığının arttığı belirtilmiştir. Ancak madde kullanım bozukluğu ve bipolar affektif bozukluk tanıları birlikteliği ile ilgili yeterli bilgi yoktur.

Bu bildirimizde nadir görülen bir durum olan MRKH sendromunda madde kullanım bozukluğu ve bipolar affektif bozukluk birlikteliği olan bir olguyu sunmayı amaçladık.

Olgu: 25 yaşında, kadın hastanın, uykusuzluk, çok konuşma, hareketlilik ve sinirlilik şikayetleri ile yatışı yapıldı. Hastanın bilinen MRKH sendromu tanısı vardı. Hastanın 7 yıl önce alkol ve madde ve kullanımı başlamış, 6 yıl önce de bipolar affektif bozukluk tanısı ile ilk hastane yatışı olmuştu. Kısa süreli ilaç kullanımları sonrasında ilaç kullanımını bıraktığı, metamfetamin ve alkol kullanımlarının olduğu öğrenildi. Hasta cinsel ilişkilerinden zevk alamadığını bu nedenle uyarıcı maddeler kullandığını belirtiyordu. Ruhsal durum muayenesinde affetti canlı, duygudurumu eleve, grandiyöz tutumda, konuşma hız ve miktarı artmış, grandiyöz ve perseküsyon hezeyanları mevcuttu. Hastanın tedavisi risperidon 4 mg/gün, biperiden 4 mg/gün, ketiapin 300 mg/gün olarak düzenlendi. Komorbid madde kullanım bozukluğu olduğu için duygudurum dengeleyici olarak valproik asit eklendi. Düzenli psikiyatri takiplerine devam etmek üzere bağımlılık tedavi ünitesine başvurusu sağlanarak taburcu edildi.

Tartışma: MRKH cinsel gelişim bozukluklarından biridir. Genç kadınların yaşam kalitesini fazlasıyla etkiler. Tedavi edilmediğinde cinsel ilişkiyi zorlaştırır, adet göremez ve gebe kalamazlar. Cinsel ilişkinin tıbbi müdahale olmaksızın gerçekleşmemesi ve doğurganlığın olmaması genç bir kadın için yıkıcı olabilir.

MRKH sendromu tanısına uyum sağlamak; bir kadın olarak kimliklerini, cinsiyetlerini, bedenlerini, bunların toplumsal ve cinsel rollerini sorguladıkları zor ve travmatik bir süreçtir. Bu tehdit, kendilerini aşağı ya da sevilmez gören pek çok kadında olumsuz kendilik gelişimine neden olur. Cerrahi veya dilatör tedavileri çoğu kez utanç verici olarak görülür ve bu inançların devam ettirilmesi veya güçlendirilmesine hizmet edebilir. Yeni bir vajinanın başarılı bir şekilde oluşturulması bu zorlukların bir kısmını iyileştirir de, MRKH sendromunun bu kadınların kendileri hakkındaki olumsuz görüşlerini sürdürecek şekilde kalıcı bir etkisi olduğu konusunda genel bir görüş birliği vardır.

MRKH sendromunu tedavi etmek için tıbbi yaklaşımlar gerekli ve önemlidir. Ancak, yeterli değildir. MRKH sendromu olan kadınlar için en iyi tedavi yaşam boyu tıbbi ve psikolojik desteği içerir.

Bu olguda madde kullanım bozukluğu ve psikiyatrik hastalıkların gelişmesini önlemek açısından MRKH sendromu olan bir bireyin bu durumla başetmesi konusunda psikiyatrik ve psikolojik desteğin önemini vurgulamak istedik.

Anahtar kelimeler: vajinal aplazi, bipolar, substance abuse

KONVERSİYON BELİRTİLERİ İLE ACİL BAŞVURUSU OLAN MANİ OLGUSU

Cenk Kılıç¹, Özlem Devrim Balaban¹, Aysu İstif¹, Nesrin Karamustafaloğlu¹

¹Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları E. A. Hastanesi

Giriş: Konversiyon bozukluğu olan hastalarda diğer psikiyatrik bozuklukların eş tanı sıklığı yüksektir. Ülkemizde yapılan bir çalışmada konversiyon bozukluğu belirtileri nedeniyle acil servis başvurusu olan hastaların %28’inde bipolar affektif bozukluk eş tanısı saptanmıştır.

Bu bildirimizde konversiyon bozukluğu belirtileri nedeni ile ilk psikiyatrik başvurusu sonrasında bipolar affektif bozukluk tanısı da alan bir olguyu sunmayı amaçladık.

Olgu: 20 yaşında, bekar, üniversite öğrencisi, kadın hasta. Kollarını hareket ettirememesi, konuşamama şikayetleri ile acil psikiyatri birimine başvurdu. Görüşmede kollarıyla anlamsız hareketler yapıyor ve konuşamadığını anlatmaya çalışıyordu. Affekti labildi ve umursamaz tutumdaydı. Bacak ağrıları nedeniyle altı aydır duloksetin 60 mg/gün kullandığı öğrenildi. Tetkiklerinde ve kranial MRG de patoloji saptanmadı. Hastaya 2,5 mg lorezapam tedavisi verildi. Tedavi sonrası kısık sesle konuşmaya başlayan hasta halen umursamaz tutumdaydı. Çağrışımlarındaki hızlanma dikkat çekiciydi. Dört saatlik gözlem sonrası klinik bulgularında değişiklik olmayan hastaya haloperidol 5 mg İM ek tedavi uygulandı. Tedavi sonrası görüşmelerde muhafazakar bir ailede büyüdüğü, bir gün önce arkadaşlarıyla alkol kullandığı, babasıyla son zamanlarda siyasi konularda tartıştığı öğrenildi. Tartışmalardan birinin hemen ardından baygınlık geçirdiği ve tartışmanın konusunun iki gündür baş örtüsünü çıkarması olduğu öğrenildi. Affekti kaygılı, çağrışımları hızı artmış, konuşması hızlıydı. Hasta konversiyon bozukluğu ve bipolar affektif bozukluk ön tanıları ile servise yatırıldı.

Tartışma: Konversiyon bozukluğu ve bipolar affektif bozukluk arasında karmaşık bir ilişki vardır. Her ikisinin biyolojik ve psikolojik etyopatogenezinde ortak noktaların da olduğu bildirilmektedir. Konversiyon bozukluğun esas olarak stirato-talamo-kortikal döngüde bozukluktan kaynaklanabileceği düşünülmüş ayrıca görüntüleme çalışmalarında frontal ve subkortikal alanlarda aktivasyon azalması gözlenmiştir. Frontal ve subkortikal bölgelerin anormal fonksiyonu bipolar bozuklukta da gözlenmektedir. Görüntüleme çalışmalarının artmasıyla iki hastalığın etyopatogenezinde de ortak noktalar artmaktadır. Ayrıca içsel çatışmalar her iki hastalık için de tetikleyici olabilmektedir.

Uzun süreli gözlem ve ayrıntılandırılan öykü sonucunda bipolar affektif bozukluk tanısı düşünülen bu olgu, konversiyon bozukluğu belirtileri ile başvuran hastalarda eşlik eden psikiyatrik hastalıklar açısından daha dikkatli olmamız gerektiği konusunda örnek oluşturmaktadır.

Anahtar kelimeler: konversiyon, bipolar bozukluk, komorbidite

AGOMELATİN: DEPRESYON, UYKU BOZUKLUĞU VE FİBROMİYALJİ BİRLİKTELİĞİ TEDAVİSİNDE YERİ

Halil Özcan¹

¹Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilimdalı

Depresyon, fibromiyalji ve uyku bozuklukları sıklıkla birlikte görülebilen hastalıklardır (1).

Kırküş yaşında, lise mezunu, ev hanımı, üç çocuklu kadın hasta yaklaşık 12 yıldır ara ara olup aylarca süren daha önceden tanı aldığı depresif bozukluk tanısı ile başvurdu. Son 5 yıldır hastalık atakları essitalopram 10–20 mg, mirtazapin 30 mg, paroksetin 30 mg ve laroxyl 25 mg/gün tedavilerini yeterli süre kullanan ancak kısmi fayda gören hasta polikliniğimize keyifsizlik, hayattan zevk alamama, uykuya dalmada güçlük, gün içinde uyku hali ve yorgunluk, gün boyu gece de dahil olmak üzere yaygın vücut ağrıları, uyuşma hisleri, midede gaz şikayeti, ev işlerini yapmada zorlanma, dikkatini toplayamama ve unutkanlık gibi şikâyetler ile başvurdu. Uygulanan Hamilton Depresyon Derecelendirme skoru 21 (orta derecede depresyon) ile uyumlu olup Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi puanı 11 (ciddi düzeyde uyku kalitesinde bozulma) olarak bulundu. Aynı zamanda fibromiyalji sendromu teşhisi de konulan hastada fibromiyalji etki skalası puanı yaklaşık olarak 63,3 (ölçek değerlendirmesi 0–100 puan arası olup hastanın aldığı puan orta-şiddetli fibromiyalji ile uyumlu) idi. Hastanın aldığı ilaçlar kesilerek yerine duloksetin 30 mg tedavisi başlandı, kontrolde şikâyetlerinde çok az azalma olan hastanın duloksetin dozu 60 mg'a çıkıldı. Aylar içinde ilerleyen kontrollerde şikâyetlerinde kısmi düzelme olan Hamilton skoru 11 (hafif depresyon) ve fibromiyalji etki skalası puanı yaklaşık olarak 55,2 idi. Özellikle hayattan zevk alamama, uykuya dalmada güçlük ve vücut ağrılarında belirgin azalma olmayan sersemlik hissi olan hastanın duloksetini kesilerek agomelatin 25 mg/gün başlandı. Tedavinin 15. gününde hasta evde sanki hiç hastalanmadığı zamanlardaki gibi iyi hissettiğini, uykusuzluk ve vücut ağrılarının belirgin azaldığını, çalıştığını, çocuklarıyla ilgilenebildiğini, onların küçük yaramazlıklarını bile hoşnutlukla karşıladığını ifade etti. İlerleyen kontrollerde hastanın iyilik halinin sürdüğü gözlemlendi. Tedavinin 1. ayı sonunda uygulanan Hamilton Depresyon Derecelendirme skoru puanı 3 (depresyon yok), Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi puanı 4 (hafif düzeyde uyku kalitesinde bozulma) ve fibromiyalji etki skalası puanı 11,2 (çok hafif şiddette fibromiyalji) idi. Mevcut haliyle depresyon, uyku bozukluğu ve fibromiyalji belirtileri büyük oranda düzelen hasta agomelatin 25 mg/gün tedavisini kullanmakta olup; takipleri devam etmektedir.

Agomelatin, melatonin 1 ve 2 reseptörleri üzerine agonist etkileri ve 5HT_{2C} reseptörü üzerine antagonist etkileri sayesinde fibromiyalji, uyku bozuklukları, duygudurum ve anksiyete bozuklukları, migren gibi birçok nöropsikiyatrik hastalıkta faydalı olabilecek bir ajan olup (2); bu hastalıkları tek başına ya da komorbid olarak taşıyan kişilerde tedavide akla gelmesi gereken bir ajandır.

Kaynaklar

1. Psychiatric aspects of chronic fatigue syndrome and fibromyalgia. Van Houdenhove B, Kempke S, Luyten P. Curr Psychiatry Rep. 2010; 12 (3): 208–14.
2. Agomelatine beyond borders: current evidences of its efficacy in disorders other than major depression. De Berardis D, Fornaro M, Serroni N, Campanella D, Rapini G, Olivieri L, Srinivasan V, Iasevoli F, Tomasetti C, De Bartolomeis A, Valchera A, Perna G, Mazza M, Di Nicola M, Martinotti G, Di Giannantonio M. Int J Mol Sci. 2015; 16 (1): 1111–30.

Anahtar kelimeler: agomelatin, fibromiyalji, depresyon, uyku bozukluğu

ATATÜRK HAVAALANI DIŞ HATLAR TERMİNALİNDE GEÇEN 3 YIL: “TÜRK TERMİNAL” VAKASI

Aysu Kara¹, Özlem Devrim Balaban¹, Nesrin Karamustafaloğlu¹, Cenk Kılıç¹

¹Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları E. A. Hastanesi

Amaç: Şizofreni yaşam kalitesini etkileyen kronik bir hastalıktır. Yapılan bir çok çalışma ciddi psikiyatrik hastalıkları olanlarda yüksek mortalite ve morbidite riskini göstermiştir. Sağlık ihtiyaçlarını karşılamak için gerekli olan muhakeme yetisinin azlığı, düşük sosyo-ekonomik seviye, hasta yakınlarının yetersiz ilgisi de fiziksel hastalık riskini artıran faktörlerdendir. Biz bu olgu ile uzun yıllar tedavisiz kalmış bir şizofreni hastasının havaalanı terminalini bir yaşam alanı olarak kullanmasını ve hezeyanları doğrultusunda hastalıklarını bir sağlık problemi olarak görmemesi sonucu yaşadığı ek fiziksel problemleri ele alacağız.

Olgu: 64 yaşında, bekar, kadın hasta, havaalanı görevlisi tarafından anlamsız konuşmaları nedeniyle hastanemiz psikiyatri acil servisine getirildi. Yaklaşık 3 yıldır Atatürk Havaalanı'nın dış hatlar terminalinde yaşadığını öğrendiğimiz hastanın yapılan ruhsal durum muayenesinde bilinci açık, oryantasyonu tam ve kooperasyonu iyiydi. Özbakımı azalmış, orta boyda hafif kiloluydu, her iki bacağına ödem ve ülsere kanamalı lezyonlar mevcuttu. Affekti kısıtlı, duygudurumu irritabl olan hasta amaca yönelmekte zorlanıyordu. Düşünce içeriğine grandiyöz ve perseküsyon hezeyanları hakim olup, muhakemesi bozulmuş ve iç görüşü yoktu. Hastadan ağabeyinin adı öğrenilerek sosyal medya üzerinden ağabeyi ile iletişime geçildi. Hastanın 2006 yılından beri şüphecililiğinin olduğunu belirtti, 2014 yılında şizofreni tanısı aldığı ve bir psikiyatristin yazmış olduğu ilacı hastanın yemeğine damlatarak gizlice verdiklerini anlattı. Hastanın bu durumu fark ettikten sonra ise hiç ilaç kullanmadığı, 2014 yılında evi terk ettiği, ara sıra e-mail ile haberleştiği öğrenildi. Havaalanı görevlileriyle iletişime geçildiğinde, çalışanların hastayı tanımaları ve “F abla” şeklinde bahsetmeleri, buna rağmen hastanın 3 yıl gibi uzun bir süre havaalanında yaşıyor olması ilginçti. Hastanın tedavisi Haloperidol 20 mg/g İM ve Biperiden 10 mg/g İM şeklinde başlandı. Bacaklarındaki lezyonlar için kardiyovasküler cerrahi birimine danışıldı. Venöz yetmezliğe bağlı ödem ve enfekte lezyonları için antibiyotik tedavisi başlandı. Tedavisi takiplerinde Risperidon 6 mg/g ve Biperiden 4 mg/g olarak düzenlenen hastanın servis içerisinde takiplerinde idrar, gaita inkontinansı ile bacaklarında güçsüzlük tariflemesi üzerine beyin cerrahisi birimine danışıldı. Spinal yer kaplayıcı lezyon saptanan hastanın opere edilmek üzere taburculuğu yapıldı. Takiplerinde hezeyanlarının devam ettiği ancak tedaviye uyum sağladığı öğrenildi.

Tartışma: Vakamızın yeti yitimine sebep olan ciddi bir psikiyatrik hastalığı olmasına rağmen havaalanında yaşaması ve 3 yıl sonrasında akıl hastalığı olabileceği düşünülp psikiyatrye yönlendirilmesi dikkatimizi çekmiş, ancak hastanın muhtemel yüksek zeka seviyesi ve bilinen yüksek öğrenim durumunun bu duruma katkı sağladığı düşünülmüştür. Havaalanından polis eşliğinde en yakın ruh ve sinir hastalıkları hastanesine getirilen hastaların incelendiği bir çalışmada hastaların %46,8 'ine şizofreni tanısı konulmuştur. Bu olguda ilginç olan ise hastanın terminalde kısa sürede fark edilmemiş olmasıdır. Yapılan çalışmalarda evsiz şizofreni hastalarında mortalitenin genel popülasyondaki şizofreni hastalarıyla karşılaştırıldığında 4 kat daha fazla olduğu görülmüştür. Ağır ruhsal hastalıklarda medikal tedavinin yanı sıra psikososyal destek de çok önemli bir yer tutmaktadır.

Özellikle evsiz, yalnız yaşayan, sosyal desteği olmayan hastalara yaklaşımda tedavinin devamlılığını sağlamak için vakayı bir çok yönlü olarak ele almak gerekir. Bu vaka bir şizofreni hastasının 1 km ötede Türkiye nin en büyük psikiyatri hastanesi varken farkedilmeden havalimanında 3 yıl boyunca yaşamını sürdürmesi açısından oldukça ilginç ve çarpıcıdır. Sosyal medyanın vakamızın ailesine ulaşmaktaki katkısı son derece önemli ve umut vericidir. Kısmi remisyon halinde abisinin eşliğinde hastanemizin beyin cerrahi birimine sevk edilen hasta bildiğimiz kadarıyla hasta halen abisi ile yaşamaktadır.

Anahtar kelimeler: şizofreni, yaşam alanı, havaalanı, sosyal destek, yeti yitimi



Resim 1.

OLANZAPİN VE ARIPIPRAZOL'E BAĞLI OKÜLOJİRİK KRİZİ OLAN BİPOLAR BOZUKLUK HASTASINDA LİTYUMLA TEDAVİ

Halil Özcan¹

¹Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilimdalı

Olanzapin bir D2 ve 5HT2A antagonisti ajan olup; metabolik yan etkileri önplanda olmakla beraber nadiren okülojirik krize neden olabilir (1). Aripiprazol D2 parsiyel agonist, 5HT1A ve 5HT2A antagonist özellikleri olup; metabolik ve ekstrapiramidal sistem yan etkileri az olan bir üçüncü kuşak atipik antagonisttir (2). Bu yazıda olanzapin ve aripiprazol kullanımına bağlı okülojirik kriz şikâyeti olup; lityuma geçilen ve tam düzelen bir bipolar affektif bozukluk hastası sunulacaktır.

26 yaşında kadın hasta lise mezunu, bir tatil beldesinde kamp işletmesi olan aile içinde çalışıyor. İlk olarak 1 yıl önce uyku ihtiyacında azalma, sinirlilik, evden çıkıp gitme, çok konuşma gibi şikâyetleri olmuş. Gittiği doktor tarafından bipolar affektif bozukluk mani teşhisi konulan hastaya olanzapin 10 mg kullanması önerilmiş. Tedaviyle 2 hafta içinde büyük oranda şikâyetleri düzelen hasta sonrasında sedasyon, fazlaca uyuma, durgunluk, iştah artışı, kilo alma ve gözlerde zorunlu yukarıya bakma (okülojirik kriz) şeklinde şikâyetleri nedeniyle ilacı kesmiş. Tarafımıza 1 yıl önce olana benzer şekilde uyku ihtiyacında azalma, sinirlilik, evden çıkıp gitme, çok konuşma, herşeyin en doğrusunu kendisinin bildiğini düşünme gibi yakınmalarla ailesi tarafından getirilen hastada bipolar affektif bozukluk manik nöbet düşünüldü. Hasta ve yakınlarının ilettiği hastanın bekâr olması, önceki tedaviden kilo alınca çok rahatsız olması, normalde gün içinde aktif çalışması gerektiği gibi nedenlerden ötürü hastaya aripiprazol 10 mg ve lorazepam 2 mg/gün tedavileri önerildi. Birkaç hafta sonra şikâyetlerinde kısmen azalma olan hastanın aripiprazol dozu 15 mg/güne çıkarıldı. İlk başvurusundan yaklaşık 1 ay sonra tekrar kontrole gelen hastadaki mani belirtilerinin büyük oranda düzeldiği ancak birkaç kez gün içinde olan 5 dakika ile 1 saat arasında süren istemsiz olarak gözlerde yukarıya bakma zorunda kalma şikâyetinin olduğu öğrenildi. Hasta ve ailesi lorazepam tedavisinin uyku hali yaptığı gerekçesiyle azaltmak istediklerini belirttiler. Sıkı kontrol şartıyla lorazepamın 2 haftada kesilmesi planlandı. Sonrasında kontrole gelen hastada mani belirtileri tam yatışmakla birlikte hastanın gözündeki istemsiz yukarıya bakma davranışının devam ettiği belirtildi. Hastaya bu durumla ilgili bilgi verilerek bu yan etkinin kullandığı aripiprazol ile ilişkili olabileceği belirtildi ve tedavi seçenekleri konuşuldu. Aynı tedaviye devam etmek isteyen hastaya biperiden tedavisini günde 3 kez 0,5 mg reçete edildi. Yan etkiyi takip etmesi ve kontrole gelmesi önerilen hastaya biperiden tedavisini ilk etapta birkaç ay süreyle kullanması sonra azaltılarak kesilmesinin planlanması bu sırada okülojirik kriz açısından takip edilmesi önerildi. İzleminde okülojirik krizlerin sürmesi, kullanılan 2 atipik antipsikotikğin de okülojirik krize yol açması ve hastanın bu durumdan çok rahatsız olması üzerine tedavisine tedaviye bir duygudurum dengeleyici olan lityumla devam edilmesine karar verildi. Lityum başlandı ve dozu 3x300 mg'a çıkıldı. Bu dozda Lityum kan düzeyi 0,8 mEq/litre olarak bulundu. Sonrasında lityumu da kesen hastada depresif nöbetin olması üzerine lityum tekrar başlandı. Hastanın bu tedaviyi düzenli aldığı dönemde mani/depresyon belirtisi olmayıp duygudurumu ötimiktir. Okülojirik krizleri de antipsikotikler kesildikten sonra tekrarlamadı.

Kaynaklar

1. Bhachech JT. Aripiprazole-induced oculogyric crisis (acute dystonia). J Pharmacol Pharmacother. 2012; 3 (3): 279–81.
2. Chakraborty R, Chatterjee A, Chaudhury S. Olanzapine-induced oculogyric crisis in a patient with schizophrenia. Indian J Med Sci. 2008; 62:238–239.

Anahtar kelimeler: olanzapin, aripiprazol, lityum, okülojirik kriz

HUNTER SENDROMUNDA DAVRANIŞ BOZUKLUKLARINDA ATOMOKSETİN TEDAVİSİ

Pınar Aydoğan Avcı¹, Evrim Aktepe¹

¹Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları

Hunter sendromu (mukopolisakaridoz (MPS) tip II); iduronat-2-sülfataz enzimi eksikliğinden kaynaklanan X kromozomuna bağlı resesif geçişli nadir görülen bir lizozomal depo hastalığıdır. Hunter sendromu geniş bir klinik spektruma sahip olmasına rağmen, şiddetli ve hafif formlar olmak üzere iki ana fenotipte görülebilir. Hunter sendromunun belirtileri genellikle doğumda belirgin değildir. Şiddetli fenotipe sahip çocuklarda yaklaşık olarak 18 ay ila 4 yaşları arasında başlayan, gelişimsel gecikme ve davranış biçimlerinde değişiklikler ortaya çıkar. Hunter sendromu ciddi zihinsel gerilemeye neden olur ve nörodejenerasyon veya hastalığın fiziksel komplikasyonları nedeniyle yaşam beklentisi 15 yıl veya daha azdır. Şiddetli fenotipe sahip olan hastalarda nöbetler sık görülür. Şiddetli fenotipte değişen derecelerde, hiperaktivite, agresyon, dürtüsellik, anksiyete ve uyku bozuklukları gibi davranış bozukluklarını ortaya çıkabilir. Literatür incelendiğinde antipsikotikler, benzodiazepinler ve antikonvülanlar gibi ilaçlar tedavide denenmiş ve farklı seviyelerde yanıtlar alınmıştır.

Bu olgu sunumunda, 7 yaş 8 aylık, şiddetli Hunter sendromu tanılı, kliniğimize saldırganlık ve hiperaktivite şikayetleri ile başvuran bir vaka sunulmuştur. Aileden alınan anamneze göre hasta doğumdan 3 yaşına kadar normal gelişim basamaklarına sahip olduğu öğrenilmiştir. Bu yaştan sonra merkezi sinir sistemi ve eklemler gibi bir çok odakta glikozaminoglikanların depolanması nedeniyle dil, motor ve sosyal becerilerini giderek kaybetmeye başlamıştır. Ailenin, hastada başlayan mental-motor gerileme sonrasında yapmış olduğu çocuk nörolojisi poliklinik baş vurusu ve yapılan metabolik ve genetik araştırmalar sonrasında hastaya Hunter Sendromu şiddetli form tanısı konulmuştur. Epileptik nöbetler nedeniyle çocuk nörolojisi bölümünce antiepileptik tedavi başlanılmıştır. Hasta kliniğimize agresyon, dürtüsellik, hiperaktivite ve stereotipler nedeniyle başvurdu. Hasta, koenzim Q10 100 mg/gün ve yatmadan önce melatonin 3 mg/gün ayrıca tonik klonik nöbetler için okskarbamazepin 2*360 mg/gün ile klonezapam 1 mg/gün tedavilerini alıyordu. Fizik ve klinik muayenesinde; bilateral spastisite ve ağır mental-motor retardasyon saptandı. Sözlü iletişim kurulamadı. Hastanın 2 ay öncesine kadar var olduğu belirtilen yürüme beceresini tamamen kaybettiği görüldü.

Hastanın mevcut tedavisine, hiperaktivite, agresyon ve dürtüsellik gibi davranış bozuklukları nedeni ile atomoksetin eklendi. Epilepsi ek hastalığı nedeni ile düşük dozda (10 mg/gün) tedavi başlandı. Atomoksetin, öncelikle dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun tedavisinde kullanılan seçici bir noradrenalin geri alım inhibitörüdür. Nöbet eşliğini düşürebileceğinden epilepsi hastalarında başlangıç olarak daha düşük dozlarda tercih edilmelidir. Hastanın bir ay sonraki kontrol muayenesinde, ebeveynleri; hiperaktivite ve agresyon bulgularında belirgin bir azalma olduğunu belirttiler.

Sonuç olarak, Hunter Sendromlu hastalar, gelişimsel gecikme ve gerilemenin yanı sıra hiperaktivite, dürtüsellik, saldırganlık, anksiyete, stereotipler ve uyku bozuklukları gibi davranış bozukluklarına sahip olabilir ve bu durum bakım verenler için baş etmesi güç bir hale gelebilir. Atomoksetin; benzodiazepin ve antikonvülan tedavi almakta olup komorbid hastalıklar nedeniyle antipsikotiklerin kontrendike olduğu hastalarda agresyon, hiperaktivite ve dürtüsellik için bir tedavi seçeneği olabilir.

Anahtar kelimeler: Hunter Sendromu, Hiperaktivite, Agresyon, Atomoksetin

ŞİZOFRENİ TANILI HASTALARIN TEMEL GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİNE KATILIMI: BİR OLGU SUNUMU

Halil İbrahim İvelik¹, Çiçek Hocaoglu²

¹Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Rize.

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

Şizofreni, toplumun yaklaşık %1'ini etkileyen, genellikle 25 yaşından önce başlayan, bütün sosyal sınıflarda görülen, kişilerarası ve mesleki işlevselliği bozan, yaşam boyu devam eden ve yeti yitimine yol açan çok yönlü ruhsal bir hastalıktır. Başlıca belirtileri; sanrılar ve varsanılar, düşünce, konuşma ve davranış bozuklukları, duygularda ve duygulanımda bozulmalar, bilişsel kayıplar ve irade kaybıdır. Şizofrenili bireylerde bozukluğun başlangıcından itibaren geçen zaman içerisinde iş, kişilerarası ilişkiler ve kendine bakım gibi, bir ya da birden çok ana alanda işlevsellik düzeyi önemli ölçüde etkilenmektedir. Günlük yaşam aktiviteleri (GYA) bireyin gün içerisinde yaptığı, kendine bakım, giyinme, yemek yeme, banyo yapma, tuvalet hijyeni, uyku, ev temizliği gibi aktivitelerin tümüdür. Bireyin yaşı, cinsiyeti, alışkanlıkları ve kültürü GYA'ni etkileyen etmenlerdendir. GYA; temel günlük yaşam aktiviteleri (TGYA) ve yardımcı günlük yaşam aktiviteleri (YGYA) olmak üzere iki kategoriye ayrılarak incelenmektedir. Beslenme, banyo yapma, giyinme, tuvalet gibi kendine bakım aktiviteleri TGYA'ni, alışveriş yapma, ulaşım, para idaresi, seyahat, yemek yapma, ev işleri ise YGYA'larını oluşturmaktadır. GYA ve YGYA'larındaki bağımsızlık düzeyi kişinin toplumsal katılımında rol oynamaktadır. Şizofrenili bireylerde aktivite katılımını kolaylaştırıp, aktivite performansını artırabilmek için aktiviteyi merkeze alan birey merkezli ergoterapi (uğraş terapisi) yaklaşımlarına ihtiyaç vardır. Literatür incelendiğinde şizofrenili bireylerin tedavilerinin daha çok psikofarmakolojik ve psikoeğitim boyutunda olduğu, aktivite katılımını amaçlayan müdahale programlarının azınlıkta kaldığı dikkati çekmektedir. Bu çalışmada 15 yıldır şizofreni tanısı ile izlenen ve 5 yıldır hiç banyo yapmayan, bekar, annesi ile yaşayan üniversite mezunu 46 yaşındaki kadın hasta sunulmuştur. En son 5 yıl önce hastanede yattığı sırada banyo yaptığı öğrenilen hastanın özellikle uzun dağınık ve hijyeni bozulmuş saçları dikkat çekiciydi. Birey merkezli aktivite temelli ergoterapi programları ile şizofrenili bireylerin günlük yaşam aktivitelerindeki bağımsızlığının artırılması ve toplumsal katılımının gerçekleştirilmesi tedavi sürecinin önemli bir parçasıdır.

Kaynaklar

1. Akı E, Tanrıverdi N, Şafak Y. Şizofrenili Bireylerde Birey Merkezli Ergoterapi Programının Günlük Yaşam Aktiviteleri Katılımına Etkisi. Ergoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi, 2 (2) 2014, 83–90.
2. Shimada T, Nishi A, Yoshida T, Tanaka S, Kobayashi M. Development of an Individualized Occupational Therapy Programme and its effects on the neurocognition, symptoms and social functioning of patients with schizophrenia. Occup Ther Int.2016 Dec; 23 (4): 425–435.
3. Tan BL. Profile of cognitive problems in schizophrenia and implications for vocational functioning. Aust Occup Ther J.2009 Aug; 56 (4): 220–8.

Anahtar kelimeler: Şizofreni, temel günlük yaşam aktiviteleri, ergoterapi



Resim 1.

AZ BİLİLEN BİR KONU ‘PİKA’ : BİR OLGU SUNUMU

Erdem Memiş¹, Kader Semra Karataş², Ahmet Nurhak Çakır³, Çiçek Hocaoglu²

¹Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Rize.

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

³Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, Tıp Fakültesi

Pika besleyici değeri olmayan bir maddenin ya da bir gıdanın düzenli ve aşırı miktarda yenmesi ile karakterize bir davranış bozukluğudur. DSM-5’de beslenme ve yeme bozuklukları bölümünde yer alan pika çocukluk yaş grubunda daha fazla olmak üzere tüm toplumlarda ve yaş gruplarında görülebilir. Antik çağlardan beri gözlemlenmesine rağmen, pika gizemli ve ilgi çekici bir durumdur. Bu güne kadar çalışmalarda demir eksikliği anemisi ile ilişkili olduğu düşünülen pikadaki olağandışı yeme ve içme davranışları demir takviyesi sonrası kaybolduğu bildirilmiştir. Pikanın etiolojisini açıklayan fizyolojik mekanizmalara ait bazı hipotezler olmasına karşın, üzerinde görüş birliği sağlanmış değildir. Güncel bilgiler, pikanın çok nedenli olduğunu düşündürmektedir. En yaygın kabul gören açıklama, pikayı, demir, çinko gibi mineral eksikliklerine bağlayan besinsel teoridir. Diğer teoriler arasında ise, aile içi sorunlar, anksiyete, depresif belirtiler, obsesif kompulsif bozukluk gibi psikososyal nedenler yer almaktadır. Yaşanılan toplum, yaş, cinsiyet, din, kültürel yapı, genetik ve psikososyal etkenler, beslenme pikayı etkiler. Çünkü pika yaş, cinsiyet, din, kültür, stres ve zihinsel gelişimden etkilenmektedir. Ayrıca pikanın alt tiplerinde klasik pika belirtilerinden farklı özellikler de izlenebilmektedir. Şimdiye kadar çok çeşitli pika türleri (gazete kağıdı, buz, toprak, kömür, kağıt mendil, boya vs) tanımlanmıştır. Uzun yıllardır bilinen, özellikle demir eksikliği ve gastrointestinal sistem hastalıkları ile pika ilişkisini araştıran çalışmalar olmasına karşın, pikanın ruhsal belirtiler ve diğer ruhsal bozukluklar arasındaki ilişkisi incelenmemiştir. Bu çalışmada polikliniğimize obsesif kompulsif bozukluk yakınmaları ile başvuran ve uzun yıllardır pikası olan 39 yaşındaki kadın hasta literatür bilgileri ışığında sunulmuştur. Kliniğimizde yatarak tedavi gören hastanın ergenlik yaşlarından bu yana ağaç, odun kabuğu yediği, son bir yıldır evlilik/aile içi sorunlar yaşadığı, pika davranışında son aylarda artış olduğu öğrenildi. Yataklı birimimize kabul sırasında giysilerinde çok sayıda ağaç kabuğu saptanan hastanın servisteki tedavisi sırasında oda duvarlarındaki sıvaları kopartıp yediği izlendi. Yaşam kalitesini önemli derecede olumsuz yönde etkileyen pikanın oluş nedenleri, klinik görünümü, diğer ruhsal bozukluklarla olan birlikteliği ve tedavi yaklaşımlarının araştırılması gereklidir. Pikanın ruhsal belirtiler ve diğer ruhsal bozukluklar ile ilişkisinin irdelenmesi olguyu ilginç kılan bir özelliktir.

Kaynaklar

1. Parry-Jones B, Parry-Jones WL. Pica: symptom or eating disorder? A historical assessment. Br J Psychiatry 1992; 160 (1): 341–54.
2. Hocaoglu C. A Different Pica Type “Pagophagia” in Adult: A Case Report. Türkiye Klinikleri Journal of Case Reports. DOI: 10.5336/caserep. 2017–56683.
3. Bhatia MS, Gupta R. Pica responding to SSRI: an OCD spectrum disorder?. World J Biol Psychiatry. 2009; 10 (4 Pt 3): 936–8.

Anahtar kelimeler: Pika, etioloji, ruhsal belirtiler



Resim 1.

HERPES ENSEFALİTİ SONRASI GELİŞEN BİPOLAR AFFEKTİF BOZUKLUK OLGUSU

Aysu Kara¹, Özlem Devrim Balaban¹, Nesrin Karamustafaloğlu¹, Cenk Kılıç¹

¹Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları E. A. Hastanesi

Amaç: Sinir sistemini tutan bir çok enfeksiyon ajanı arasında nadir olarak rastlanılan herpes simpleks virüsü (HSV) de bulunmaktadır. Aynı zamanda HSV, batı dünyasında sporadik ölümcül viral ensefalitin en sık nedeni olarak bildirilmektedir. Mortalite ve morbiditesi asiklovir tedavisinin kullanılması ile birlikte oldukça azalmış olsa da, hala tam iyileşme hastaların yarısından azında görülmektedir. Psikiyatrik bozukluklar da bu morbiditelerden biri olarak karşımıza çıkabilir. Ensefalit sonrası görülen bipolar affektif bozukluk olgularına ender de olsa rastlanılmaktadır. Bu bildirimizde nadir görülen bir olgu olan herpes ensefaliti sonrası gelişen bipolar affektif bozukluğun tanı ve tedavi sürecini gözden geçirmeyi amaçladık.

Olgusu: 53 yaşında, boşanmış, çalışmayan, lise mezunu, kadın hasta ani başlayan hayattan zevk alamama, değersizlik düşüncesi, uykusuzluk, iştahsızlık ve pasif ölüm düşüncesi gibi şikayetler ile yakınları tarafından psikiyatri polikliniğine getirildi. Suisid riski nedeniyle hastanın yatırılarak tedavi görmesi uygun görüldü. Yapılan görüşmelerde hastanın 1,5 ay önce baş ağrısı, halsizlik yakınmalarının olduğu, birkaç gün sonra da kız kardeşi ile telefonda konuşurken aniden saçma konuşmaya başlaması üzerine acil nöroloji polikliniğine başvurduğu öğrenildi. Hastaya uygulanan lomber ponksiyon sonrası BOS HSV-DNA tip 1: pozitif BOS protein: 64 mg/dl ve BOS lökosit: 5/mm³ saptanması, EEG'sinde keskin-yavaş dalga paroksizimleri görülmesi üzerine herpes ensefaliti tanısıyla 2 hafta yatırılarak asiklovir tedavisi gördüğü öğrenildi. Hastanın nöroloji servisinden taburcu olduktan 1 hafta sonra uyku miktarında azalma, dini uğraşlarında artış olması, çok ve hızlı konuşmaya başlaması ve kendine güven artışı olması üzerine kız kardeşi eşliğinde acil psikiyatri polikliniğine başvurduğu öğrenildi. Tedavisi düzenlenen ve kontrollere çağırılan hasta ötimik seyreden periyodun ardından ani başlayan depresif şikayetlerin tedavisi ve suisid riski nedeniyle servise yatırıldı. Özgeçmişinde alkol veya psikoaktif madde kullanımı olmayan hastanın bilinen ailede psikiyatrik bozukluk ya da geçmiş psikiyatrik tedavi öyküsü yoktu. Bipolar affektif bozukluk-depresif dönem tanısı konulan tedavi olarak uzun salınımlı Ketiapin 200 mg/gün ve Valproat 500 mg/gün başlandı. Tedavi başlangıcında hastanın HAM-D ölçeği puanı 17 olarak değerlendirildi. Tedavi sürecinde ketiapin 300 mg/gün ve valproat 750 mg/gün olarak tedavisi düzenlendi. HAM-D skoru 1 e gerileyen hasta klinik iyileşme halinde tedavisinin 14. gününde taburcu edildi.

Tartışma: Herpes ensefaliti (HE) beyin özellikle temporal bölgesini tutan ve önemli morbiditelere yol açabilen bir hastalıktır. HE'ne bağlı nöropsikiyatrik sekeller oldukça yüksek orandadır. HSV ensefaliti sonrası etkilenen beyin bölgelerinin bipolar affektif bozuklukta etkilenen bölgeleri ile benzer olduğu dikkati çekmektedir. Bu olgumuzda önceki psikiyatrik tedavi ya da belirti öyküsünün olmaması, ailede herhangi bir psikiyatrik bozukluk olmaması, bipolar affektif bozukluğa ait belirtilerin başlaması ile HSV ensefaliti arasında zamansal ilişki olması, belirti başlangıç yaşının 53 olması ve hastalık belirtilerinin ani başlangıçlı olması tanımımızı diğer tıbbi duruma bağlı gelişen bipolar affektif bozukluk yönünde şekillendirdi. Valproatın lityumla kıyaslandığında yan etki olarak bilişsel bozukluklara daha az sebep olması, lityumun dar terapötik aralığı olması ve ileri yaş

popülasyonunda toksisite riskinin daha fazla olması nedeniyle; valproatın ileri yaşı hastalarda ve santral sinir sisteminin diğer hastalıklarına bağlı gelişen duygudurum bozukluklarında duygudurum düzenleyicisi olarak lityumun yerini alabileceği düşünülmektedir. Herpes esefaliti olgularının tedavi sonrasında, özellikle ilk aylarda, ani gelişebilecek ve suisid gibi ölümcül ve riskli durumlar ile sonuçlanabilecek psikiyatrik bozukluklar açısından da dikkatle izlenmesi gerektiğine ve bu olguların tedavi sürecine ve seçeneklerine dikkat çekmeyi amaçladık.

Anahtar kelimeler: HSV, Bipolar Affektif Bozukluk, Ensefalit

DERİ YOLMA BOZUKLUĞU TANILI HASTALARIN PSİKİYATRİK EK TANILARI

Azra Gökova¹ Beğenen¹, Efruz Pirdoğan Aydın², Jülide Güler Kenar¹, İlknur Kıvanç Altunay³, Fatma Deniz³, Ömer Akil Özer¹, Kayhan Oğuz Karamustafalıoğlu¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği, İstanbul

²Şanlıurfa Mehmet Akif İnan Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği, Şanlıurfa

³Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Cildiye Kliniği, İstanbul

Amaç: Deri yolma bozukluğu, dermatolojik bir problem olmaksızın, normal veya hafif düzensizliklere sahip olan cildin yineleyici ve kompulsif bir şekilde yolunması ile karakterize psikiyatrik bir hastalıktır. DSM-5’de ise ‘Obsesif kompulsif bozukluk ve ilişkili bozukluklar’ kategorisinde biriktiricilik bozukluğu, vücut dismorfik bozukluğu, trikotillomani ve deri yolma bozukluğu yer almaktadır. Bu çalışmanın amacı deri yolma bozukluğu tanısı almış hastaların psikiyatrik ek tanı oranlarını belirlemektir.

Yöntem: Şişli Hamidiye Etfal Eğitim Araştırma Hastanesi Psikodermatoloji polikliniğine başvuran, DSM-5 tanı kriterlerine göre deri yolma bozukluğu tanısı almış 98 hasta dahil edildi. Hastalar sosyodemografik veri formu, DSM-IV TR eksen I bozukluklar için yapılandırılmış görüşme formu (SCID-I) ve DSM5’te yer alan obsesif kompulsif ve ilişkili bozukluklar bölümü ile değerlendirildi. İstatistiksel analiz için SPSS 20,0 for Windows programı kullanıldı. Tanımlayıcı istatistikler; sayısal değişkenler için ortalama, standart sapma, minimum, maksimum, kategorik değişkenler sayı ve yüzde olarak verildi.

Bulgular: Hastaların yaş ortalaması 34,6±15’idi. 24’ü (%24,5) erkek, 74’ü (%75,5) kadındı. Hastaların ortalama eğitim süresi 9,5±4,5 yıl idi. Hastaların %84,7’sinin yaşam boyu en az bir DSM-IV Eksen I tanısı vardı. Hastaların %40,8’inin yaşam boyu major depresyon ek tanısı vardı. 77 (%78) hastanın ise en az bir psikiyatrik ek tanısı vardı. Ek tanı oranları ise şu şekildedeydi: 17 (%17,2) hastada obsesif kompulsif bozukluk (OKB), 16 (%16,3) hastada yaygın anksiyete bozukluğu, 16 (%16,3) hastada major depresyon, 15 (%15,3) hastada uyum bozukluğu, 12 (%12,2) hastada somatoform bozukluğu, 12 (%12,2) hastada BTA anksiyete bozukluğu, 10 (%10,2) hastada trikotillomani, 9 (%9,2) hastada bipolar bozukluk, 8 (%8,2) hastada özgül fobi, 6 (%6,3) hastada panik bozukluğu, 5 (%5,1) hastada BTA duygudurum bozukluğu, 4 (%4,1) hastada alkol kötüye kullanım/bağımlılığı, 4 (%4,1) hastada vücut dismorfik bozukluğu, 3 (%3,1) hastada sosyal fobi, 3 hastada (%3,1) biriktiricilik bozukluğu, 3 (%3,1) hastada ptsb, 2 (%2) hastada hipokondriazis, 2 (%2) hastada yeme bozukluğu ve 1 (%1) hastada madde bağımlılığı vardı.

Tartışma: Çalışmamıza paralel olarak literatürde, hastaların %54,5–100’ünde yaşam boyu en az bir DSM-IV Eksen I bozukluğu olduğu bildirilmiştir. Çalışmalarda ek tanımlar arasında major depresyon bozukluğu (%12,5–48), anksiyete bozukluğu (%8–23), OKB (%6–68), bipolar bozukluğu (%12–37,5), yeme bozukluğu (%10–21), alkol kullanım bozukluğu (%14–36) ve dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunun (DEHB) (%9,1) yer almaktadır. Çalışma ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada %58,1 oranında major depresif bozukluk ek tanısı olduğu saptanmıştır. Yazarlar depresyon oranlarının yüksek gelmesini, deri yolma bozukluğunda depresyonun primer rol oynayabileceği şeklinde yorumlamıştır. Bir çalışmada ise, hastaların deri yolmayla ilişkili duyuları azaltmak amacıyla %17,4’ünün madde, %22,8’inin tütün türevlerini, %25’inin alkol kullandığını

bildirmiştir. Aksine bizim çalışmamızda alkol/madde kötüye kullanım/bağımlılığı düşük oranda gözlenmektedir. Çalışmalar, VDB tanılı hastaların önemli bir bölümünde psikojenik deri yolma ek tanısı olduğuna işaret etmişlerdir. Bizim çalışmamızda ise VDB sıklığı az olmakla birlikte major depresyon, anksiyete bozuklukları ve OKB ek tanıları ön plandadır.

Sonuç: Çalışmamızın bulgularına göre deri yolma bozukluğu tanılı hastaların yaşam boyu psikiyatrik ek tanı oranları yüksektir. Örneklemimiz için birinci sıklıkta anksiyete bozuklukları olmak üzere, OKB ve major depresyon ek tanıları eşlik etmektedir. Deri yolma bozukluğunun tanısız sistemlerde yeni yer alıyor olması, üzerine yeterince bilgi olmaması nedeniyle bu çalışmayla klinik pratik açısından dikkat çekilmek istenmiştir.

Anahtar kelimeler: deri yolma, komorbid, OKB, anksiyete, depresyon

ANNESİNİN KASTRE ETTİĞİ OĞLU

Gülin Özdamar Ünal¹

¹Palandöken Devlet Hastanesi

Giriş: Cinsel işlev bozuklukları etyolojisinde cinsel bilgi eksikliği, cinsel deneyimsizlik, yetiştirilme tarzı, ilişki ile ilgili sorunlar, fiziksel ve ruhsal hastalıklar, kendisinde ya da partnerinde başka bir cinsel işlev bozukluğunun bulunması, performans anksiyetesi, ruhsal ve fiziksel travma gibi pek çok faktör rol oynamaktadır. Bu olgu sunumunda “başarısız” koit denemeleri nedeniyle ailelerinin fiziksel ve sözel şiddetine maruz kalarak cinsel işlev bozukluklarında artış gözlenen çiftte uygulanan cinsel terapi sunulmuştur.

Olgu: 20 yaşında, ortaokul mezunu, inşaat işçisi, erkek danışan ve 18 yaşında, ilköğretim mezunu, ev hanımı, kadın danışan polikliniğe anne ve babalarının eşliğinde cinsel ilişkiye girememe şikayeti ile başvurudular. İlk gece koit denemeleri esnasında kadının vajinasında ve bacaklarında kasılma, ağrı, terleme, titreme, çarpıntı, korku şeklinde yakınmaları olması nedeniyle penil penetrasyon sağlanamamış. Ertesi gün erkeğin ailesi “kanlı çarşafı” görmek isteyince “başaramadıklarını, gerdeğe giremediklerini” belirtmişler. Aile bu durumu öfke ile karşılamış ve sorunun bir an çözülmesi için çiftte psikolojik baskı yapmış. Tekrarlayan koit denemelerinin “başarısızlığa” uğraması nedeniyle “Sen adam mısın? Gücün şu kıza mı yetmiyor?” şeklinde annenin sözel şiddeti artarak devam etmiş. Kanlı çarşafı müjdelanmeyi beklemekten usanan anne, çiftin sevişmeleri esnasında yatak odalarına girmiş. Parmaklarını gelininin vajinasına sokmuş. Korkulacak bir durum olmadığını, penis girişinin de tıpkı parmak girişi kadar rahat olacağını, bu konuda onlara yardım edeceğini, gelininin bacaklarından tutacağını, bu esnada oğlunun rahatlıkla vajinaya girebileceğini ifade etmiş. Bu durum karşısında ne yapacaklarını bilemeyen çift annenin dediklerini uygulamaya çalışmış. Ancak bu kez peniste sertleşmenin olmaması sebebiyle koit sağlanamamış. Kadın oğlunun penisini eline alıp eşini aramış. “Senin oğlunun penisini çaput gibi? Bu işi asla beceremez? Kızda sorun yok. Sorun senin oğlunda.” diyerek oğlunu yumruklamaya başlamış. O günden sonra ereksiyon sağlanamamış. Tedavi arayışı içinde başvurdıkları üroloji ve kadın doğum uzmanları tarafından psikiyatriye yönlendirilen çiftin yakınmalarının ve psikoseksüel gelişimlerinin öyküsü alındı. Cinsel bilgilendirme oturumu yapıldı. Vajinismusun ve erektil disfonksiyonun tanımı, oluşumuna ve devam etmesine katkı sağlayan faktörler, fiziksel ve sözel şiddetin evliliklerine ve cinsel yaşamlarına etkileri ve cinsel terapinin cinsel işlev bozuklukları tedavisindeki yeri ile ilgili ayrıntılı bilgilendirme yapıldı. Verilen bilgiler sonrasında cinsel terapi almaya karar veren çiftte bilişsel davranışçı psikoterapi temelli 7 seans cinsel terapi uygulandı. Libido kaybı, uyarılma güçlüğü ortadan kalktı. Penil penetrasyon gerçekleşti.

Tartışma: Kişilerin yetiştirilme tarzları, aile ve toplumsal yapıları, ahlaki değer yargıları cinsel tutum ve davranışlarını etkiler. Cinsel yaşamla ilişkili travmatik, utandırıcı ve küçük düşürücü olaylar ve durumlar cinsel işlev bozukluklarının ortaya çıkmasına yol açar. Cinsel yaşamlarında sorun yaşayan çiftlerin ailelerinin durumu öğrenmesi ve sınır ihlali yapmaları çoğu zaman sorunun daha komplike bir hal almasına ve çözümün zorlaşmasına yol açar. Cinsellik ve cinsel işlev bozukluklarını etkileyen faktörler, tedavi yöntemleri ile ilgili toplum bilgilendirilmelidir.

Anahat kelimeler: cinsellik, ereksiyon kaybı, cinsel terapi

BİR EDEBİYAT ÖĞRETMENİNİN KATATONİ SEYRİNİN İZDÜŞÜMÜNDE EL YAZISI

Esma Uğurlu¹, Özlem Devrim Balaban¹, Şakir Gıca¹, Nesrin Karamustafaloğlu¹

¹Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 16. Psikiyatri Kliniği, İstanbul

Katatoni; stupor, katelepsi, mannerizm, ekopraksi, negativizm, mutizm gibi belirtilerle seyreden ve nadir görülen bir durumdur.

Yatarak tedavi gören psikiyatri hastaları arasında katatoni prevelansı %6 ile %38 arasında bildirilmekte ve olguların önemli bir bölümü (yaklaşık %30) duygudurum bozuklukları ile ilişkilendirilmektedir. Katatonik hastalar pnömoni, dehidratasyon, malnütrisyon, dekübit ülserleri, kontraktür ve tromboz gibi komplikasyonların gelişmesi açısından risk altındadır. Eğer tanı doğru koyulabilirse katatoni tedavi edilebilir bir sendromdur. 1980'lerin başından beri benzodiazepinler katatoni tedavisinde altın standart olarak görülmektedir. 24–48 saat içinde benzodiazepinler ile anlamlı yanıt alınamayan ya da malign katatoni semptomları olan hastalarda EKT gündeme gelmelidir.

Bu yazıda kliniğimize katatoni tablosuyla başvuran ve ailesinden alınan bilgiye göre klinik belirtilerinin başlamasından hastanemize başvurduğu güne kadar şaşırtıcı bir biçimde dershaneye gittiği ifade edilen bir olgunun sunumu amaçlanmıştır.

Olgumuzun daha önceye ait psikiyatrik tedavi ya da belirti öyküsü yoktu ve ilk kez katatonik bir tablo ile başlayan ruhsal bir hastalık ile başvurmuştu. Katatonik tablo içinde dershaneye devam etmek, ders dinlemek ve notlar almak gibi işlevleri yerine getirdiğinin ifade edilmesi klinik tablo ile uyumsuzdu. Bu nedenle aileden tüm dersane defter ve notlarını incelemeleri ve tarafımıza bilgi vermeleri istendi. Aile defterleri inceledi ve anormal bir durum farketmediklerini bildirdi. Öykü ve klinik tablodaki uyumsuzluk nedeniyle defterleri getirmeleri istendi. Defterler tarafımızca incelendiğinde 23 Kasım 2017 tarihinden itibaren alınan notlarda yazıların giderek bozulduğu, cümlelerin tamamlanamadığı ve nihayet anlaşılmaz bir hal aldığı dikkat çekiciydi.

Anahtar kelimeler: katatoni, el yazısı, klinik özellikler

Güçlü sisteminde askerler için mülkiyet
olması. Geneliler denet gelir

Süleyman → Ordu kurucuları

Türk - İslam Devletleri

Ordu (Merkez ordusu)

Gökmen (Sarı)
Sarı (Kaleci)

+ Gökmen'e adı
verilen öze
kızılardı
yetistirdi
esir geçirden
olmaz

+ Hükümdar ve
Sarıyı korur
* Yıldız 4 keçe
maas alır

(kıştegeni)
* Karahanalardan
ittiren Türk-
İslam devletlerindeki
görülür

* İlk kez
gençliklerde felsefi
milletlerin
savaşlarından
ölürmüşler

Halk-Beyler

- Hükümdarın
İhmalı
koruyun
birliklerdir
- Genellikle
Türklerden
olmaz

İkinci Akkeler

Hümayn kapılığı
devlet görevlerini
verilen topraklarda
yetistirdi
askerlerdir

Feydeler

- ① Hükümdarın para gücünden
devlet görevlerini maaşla
ödenmiştir
- ② Hükümdarın para gücünden
nadir bir ordu
kurulduğunu müstakim
- ③ Üretim sürekli
saglanmıştır
- ④ Vergilerin düzenli
toplanması sağlanmıştır
- ⑤ Bayındırlık hizmetleri
geliştirilmiştir
- ⑥ Devlet ordusu taşıma
güçtür
- ⑦ Konaklıklar Türkmenler
yeterlik maaşla görev
saglanmıştır

m

Herpizi

il

Uygur Dönemi

- Uygur metinlerinde uygur kagı bade
- Fırz ya uy keltir bo i 2. dönem devletler
- Yukarı 7 y. ma Orman - Uygur kag. 2. baskı. 12 k. Devletin ile karaman kurtulub Keldibi
- Dokuz Oğ karmın idareci oldu. 12. dönem
- 10. yü. 0. ad.
- 840'da kagı ek ve ku "yaz" 12. 1
- 12. yü. 12. kag. 1. m.
- Yıkılır
- Güneybatı - 12000
- 12. yü. 12.
- Nispetiye, Prokmen, 12. yü. 12.

Uyg. Tarkesim Dili

Kolonie:
DCA

7.

7. Öteliik duma u ke k. 7. bit. ke d. a.
r k. T. ider man sar. r. ag. 4
y dgt. k y

2-ken kinderen in kinder

kaka	ung-
co-	en
sub	low
tebe	the
+koleg	teu
+bus	war

Sikatan 2 ke 3. haur de ar (naga' aban
a-e'ye daban

menyusun dengan cara
desain - presentasi yg dua

eu - WTR (in 1999)

Kayın	Kayın
Arıcağı	Arıcağı
Buğra	Buğra

SHEEHAN SENDROMUNA BAĞLI PSİKOZ GELİŞEN BİR OLGU

Bilge Çınar¹, Özlem Devrim Balaban¹, Şakir Gıca¹, Nesrin Karamustafaloğlu¹

¹*Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları E. A. Hastanesi*

Sheehan Sendromu (postpartum gelişen hipopituitarizm), doğum esnasında veya doğum sonrası fazla miktarda kanama nedeniyle hipofiz bezinin nekroze olması ile karakterize bir sendromdur. Agalaktore, amenore, hipotiroidi veya hipoglisemi belirti ve bulguları ile tanınabildiği gibi bazen ilk başvuru nadir de olsa psikoz gibi psikiyatrik klinik tablolar ile olabilir. Bu yazıda, 14 yıl önce Sheehan Sendromu tanısı konulmuş, başvuru esnasında halen tedavi almayan ve psikotik tablo ile başvuran bir olgunun sunulması amaçlanmıştır.

45 yaşında, kadın hasta bir yıldır var olan sosyal içe çekilme, özbakımda azalma, 6 aydır var olan sinirlilik, eşyaları kırma, karşısında biri varmış gibi konuşma, bağırma, küfretme, kulağına gelen seslerle kendisine işkence yapıldığını söyleme, iştahsızlık, 4 ayda 10 kilo verme gibi şikayetlerle hastanemize başvurdu. Etrafındaki herkesin robot olduğu ile ilgili bizar hezeyan, dünyanın kendisi için kurulduğuna dair grandiyöz hezeyan, kendisiyle konuşan sesler duyduğuna dair işitsel varsanı tarifliyordu. Halsizlik, hareket etme ve yürümede zorlanma olmasına rağmen yaklaşık 2 gündür hareketlilik anneye karşı saldırgan davranışlar olmasının ardından hastanemiz aciline başvurduğu öğrenildi. Bahsedilen şikayet ve bulgular nedeniyle yatışı yapılan hastaya olanzapin 10 mg/gün ve ketiypin 25 mg/gün tedavisi başlandı. Ayrıca aile ile yapılan hastanın geçmişine yönelik ayrıntılı görüşme sonucunda; 14 yıl önce, doğum sonrası hastaya Sheehan Sendromu tanısı konulduğu, tedavi olarak prednizolon ve tiroksin tedavisi önerildiği ancak hastanın 1 yıldır önerilen tüm ilaçları kestigi öğrenildi.

Yapılan çalışmalarda psikotik belirtilerin etiyojisinde endokrin sistem ve bağışıklık sistemi bozukluklarının da olabileceği bildirilmektedir. Bu bildiride, tedavi uyumsuzluğu sonrası psikotik bulgular sergileyen ve ani ilaç kesilmesi sonrası son 1 yıldır psikotik bozukluğu olan 14 yıl önce tanı konmuş Sheehan Sendromu olgusu tartışılmaktadır.

Anahtar kelimeler: sheehan sendromu, psikoz, hipopituitarizm

ÇOK DÜŞÜK DOZ KLOZAPİN İLE GELİŞEN ŞİDDETLİ ATİPİK NÖROLEPTİK MALİGN SENDROM

Bilge Çınar¹, Özlem Devrim Balaban¹, Elif Köle¹, Şakir Gıca¹, Nesrin Karamustafaloğlu¹

¹Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları E. A. Hastanesi

Giriş: Nöroleptik malign sendrom (NMS) yaygın olarak dopaminerjik blokaj yapıcı etkiye sahip ilaçların, özellikle tipik antipsikotiklerin uygulanmasına ve daha nadiren de klozapin gibi atipik antipsikotiklere atfedilen ve ölümcül olabilen nörolojik bir bozukluktur (1). NMS, nöromusküler, otonomik ve termoregüler dengenin bozulması sonucu gelişir. Sendromun ana belirtileri; bilinç değişiklikleri, hiperpireksi, konuşma bozukluğu, otonom sinir sistemi (OSS) disfonksiyonu ve hareket bozukluğudur (1,2). Bilinç değişiklikleri, konfüzyon, stupor, koma ve hatta ölüme kadar ilerleyebilir. OSS belirtileri, diaforez, üriner retansiyon ve kardiyovasküler instabilite şeklindedir. Dizartri, mutizm kas rijiditesi, tremor, istemsiz hareketler, disfaji görülebilir. Hastalarda solunum problemleri olarak taşipne ve hipoventilasyon gelişebilir, pulmoner konjesyon görülebilir (1). NMS için tanısal kriterler belirlenmiş ve yaygın olarak kabul görmüş olsa da, atipik seyirli klinik tablolar, hipertermi ve kas rijiditesi bulunmadığı veya yavaş gelişebileceği için tanı açısından bir ikilem oluşturarak tanı ve tedavi için anlamlı gecikmeye neden olabilmektedir (3).

Olgu: 30 yaşında kadın hasta dış merkezde sinirlilik, hareketlilik, perseküsyon ve mistik hezeyanlar, işitsel varsanılar, suicidal düşünceler ve homisidal davranışları nedeniyle yaklaşık 2 ay yatırılarak yapılan tedavisinin ardından 5 gün önce kısmi remisyon halinde Valproat 500 mg/gün, Klozapin 800 mg/gün, Klorpromazin 300 mg/gün, Amisülpirid 800 mg/gün, Biperiden 2 mg/gün, Zुकlupentiksol depo 200 mg/2 hafta reçetesiyle taburcu edilmiştir. Şikayetleri devam ettiği için hastanemize başvurmuş ve yatışı yapılmıştır. Tedavi sürecinde hipertermi, CK ve lökosit düzeylerinde yükselme gözlenmeden rijidite, tremor, distoni, bilinç değişiklikleri, konuşma bozukluğu, otonom instabilite bulguları gözlenen ve antipsikotik kullanımının kesilmesi, bromokriptin tedavisi verilmesi ile klinik tabloda düzelmeye gösteren, 16 gün antipsikotiksiz izlem ardından 12,5 mg/gün klozapin tedavisi başlanması ve 3. günde 25 mg/gün dozuna çıkılması ile atipik NMS tablosunun şiddetli bir şekilde tekrarladığı ve yoğun bakım ünitesine sevk edilen bir olgu sunulacaktır.

Tartışma: NMS olguların yaklaşık yarısında CK yüksekliği ve lökositoz erken dönemde vardır. Ancak olgumuzda olduğu gibi atipik seyirli olgularda bu bulgular gözlenmeyebilir (3). NMS tedavisindeki ilk adım neden olan ajanı kesmektir. Atipik seyirli NMS vakalarında tanı dolayısıyla da tedavi ve müdahale de gecikebilir (1,3).

Kaynaklar

1. Ananth J, Aduri K, Parameswaran S, Gunatilake S. Neuroleptic malignant syndrome: risk factors, pathophysiology and treatment. Acta Neuropsychiatrica 2004; 16:219–228.
2. Öncü F, Hariri A, Ceylan E. Nöroleptik Malign Sendrom. Düşünen Adam 1998; 11 (4): 30–35.
3. Schreiner NM, Windham S, Barker A. Atypical Neuroleptic Malignant Syndrome: Diagnosis and Proposal for an Expanded Treatment Algorithm A Case Report. A&A Case Reports 2017; 9 (12), 339–343.

Anahtar kelimeler: nöroleptik malign sendrom, atipik, klozapin, nöroleptik

ANTİPARKİNSONİYEN TEDAVİNİN ANİ KESİLMESİ SONUCU GELİŞEN NÖROLEPTİK MALİGN SENDROM OLGUSU

Emine Bilgen Doğan¹, Özlem Devrim Balaban¹, Şakir Gıca¹, Cihad Çıtak¹, Nesrin Karamustafaloğlu¹

¹Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi

Nöroleptik malign sendrom (NMS); bilinç değişiklikleri, hipertermi, ekstrapiramidal semptomlar ve otonomik belirtiler ile karakterize hayatı tehdit eden nöropsikiyatrik acil bir durumdur. Sebebi net olarak bilinmemekle birlikte, patogenezinin ilişkili olduğu görüşü dopaminerjik reseptör blokajına bağlı olduğu yönündedir. Genellikle antipsikotik ilaç kullanımı ile ortaya çıkmakla beraber, literatürde antiemetik, antikonvülzan, antidepresan ilaçların kullanılması ve antiparkinson ilaç dozunun azaltılması veya değiştirilmesi ile gelişen NMS vakaları da bildirilmiştir. Nadir görülmesine rağmen sistemik komplikasyonlara ve otonomik belirtilere bağlı mortalitesinin yüksek olması nedeniyle erken tanı ve müdahale hayat kurtarıcı olabilmektedir. Sunduğumuz bu olguda oldukça ender görülen, antiparkinson ilaçların ani kesilmesinden kaynaklanan bir NMS vakasını ve müdahale sürecimizi aktarmayı amaçladık.

Anahtar kelimeler: Nöroleptik Malign Sendrom, Parkinson hastalığı, dopaminerjik ajan

MASSACHUSETT GENEL HASTANE SAÇ/KIL YOLMA ÖLÇEĞİ (MHG-HS): TÜRKÇE GEÇERLİK VE GÜVENİLİRLİK ÇALIŞMASI

**Efruz Pirdoğan Aydın¹, Jülide Güler Kenar², İlknur Kıvanç Altunay³, Fatma Deniz³, Ömer Akil Özer²,
Kayıhan Oğuz Karamustafaloğlu²**

¹Şanlıurfa Mehmet Akif İnan Eğitim Araştırma Hastanesi, Psikiyatri

²Sbüşşli Hamidiye Etfal Suam, Psikiyatri

³Sbü Şişli Hamidiye Etfal Suam, Cildiye

Amaç: Trikotillomani, kişinin kendi saçını/kılını yolmayla karakterize, saç kaybı ve işlevsellikte bozulmayla sonuçlana bir psikiyatrik rahatsızlıktır. Trikotillomani DSM-III-R'ye kadar tanı kategorilerinde yer almamaktadır. DSM-IV'te Trikotillomani Dürtü Kontrol Bozukluğu'nun içinde yer almaktadır (1). DSM-5 'te "Obsesif kompulsif bozukluk ve ilişkili bozukluklar" kategorisinde yer almaktadır (2). Massachusetts Genel Hastane Saç/Kıl Yolma Ölçeği (MGH-HS), tanının desteklenmesi, semptom şiddetinin ölçülmesi, tedavi sonuçlarını izlemek amacıyla kişinin öz bildirimine dayalı bir ölçektir. MGH-HS ölçeğinin Keuthen ve arkadaşları tarafından 1995 yılında geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (3). Bu çalışmanın amacı, MGH-HS Ölçeği' nin geçerlilik ve güvenilirliğini incelemektir.

Yöntem: Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikodermatoloji polikliniği tarafından DSM-V tanı kriterlerine göre Trikotillomani tanısı almış 16–70 yaş aralığında, okuma-yazma bilen 35 hasta ve yaş ve cinsiyet durumu eşleştirilmiş 35 sağlıklı gönüllü dahil edilmiştir. Katılımcılara sosyodemografik veri formu, Beck Depresyon Ölçeği (Beck-D), Beck Anksiyete Ölçeği (Beck-A), MGH-HS, Barratt Dürtüsellik Ölçeği (BDÖ-11), Eysenck Kişilik Envanteri Kısa Form ve Yaşam kalitesi formu (SF-36) uygulanmıştır. Ölçek için Karger yayıncılığı telif hakları ücreti ödendi. Güvenirlik Cronbach's Alpha katsayısı ile incelendi. Geçerlilik için ölçekler arası ilişkiler parametrik test koşulu sağlandığında Pearson Korelasyon Analizi ile parametrik test koşulu sağlanmadığında Spearman korelasyon analizi ile incelendi. İstatistiksel alfa anlamlılık seviyesi $p < 0,05$ olarak kabul edildi.

Bulgular: Hasta ve sağlıklı gönüllüler arasında yaş ve cinsiyet farklılığı yoktu ($p > 0,005$). Hasta ve sağlıklı gönüllü gruplar arasında eğitim düzeyleri istatistiki anlamda farklıydı ($p < 0,05$). Hastaların Beck-D, Beck-A, BDÖ-dikkatsizlik, BDÖ-motor dürtüsellik ve BDÖ-plan yapamama alt ölçekleri, Eysenck-nörotisizm alt boyut puanları sağlıklı gönüllülere göre istatistiki anlamda yüksek bulunmuştur ($p < 0,05$). Hastaların sosyal fonksiyon, genel sağlık, emosyonel rol güçlüğü, akıl sağlığı ve canlılık SF-36 alt maddeleri, sağlıklı gönüllülere göre istatistiki anlamda düşük saptanmıştır ($p < 0,001$). Ölçeğin toplam puanıyla sosyodemografik veri formunda yer alan "Deri yolduğu bölge sayısı", "Günde yelmaya ayırdığı süre", "Günde kaç defa deri yolduğu" soruları arasında sırasıyla-0,011, 0,542, 0,313 idi. MGH-HS'nin Eysenck-nörotisizm ve psikotizm ölçek alt puanlarında istatistiki anlamlılıkta bir korelasyon bulunmuştur (sırasıyla $p = 0,009$, 0,031). MGH-HS ölçeğinin maddelerinin tümü için bulunan Cronbach alfa katsayısı 0,872, tüm soruların madde toplam korelasyonu ise $> 0,30$ du.

Sonuç: Analizler, MGH-HS'nin Türk örneklemini üzerinde yeterli düzeyde geçerlik ve güvenilirlik değerlerine sahip olduğunu göstermiştir.

Kaynaklar

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition text revision (DSM-IV-TR). Washington DC, American Psychiatric Association 2000.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition (DSM-5). Washington DC, American Psychiatric Association, 2013.
3. Keuthen NJ, O'Sullivan RL, Ricciardi JN, et al. Massachusetts General Hospital (MGH) hairpulling scale: 1. development and factor analyses. *Psychotherapy and Psychosomatics* 1995; 64 (3-4), 141-145.

Anahtar kelimeler: Trikotillomani, saç yolma, geçerlik, güvenilirlik

DERİ YOLMA BOZUKLUĞU VE TRİKOTİLLOMANİDE TRAVMA, ALEKSİTİMİ VE BAĞLANMA BİÇİMLERİ-ÖN ÇALIŞMA

Efruz Pirdoğan Aydın¹, Jülide Güler Kenar², İlnur Kıvanç Altunay³, Azra Gökovalı Beğenen², Ömer Akil Özer², Oğuz Karamustafaloğlu²

¹Şanlıurfa Mehmet Akif İnan Eğitim Araştırma Hastanesi, Psikiyatri

²Sbü Şişli Hamidiye Etfal Suam, Psikiyatri

³Sbü Şişli Hamidiye Etfal Suam, Cildiye

Giriş: İnfantil dönemde anneden alınan yeterli taktıl uyarımın, psikolojik ve davranışsal düzenlemelere yol açtığı bilinmektedir. Uzun süren veya tekrarlayıcı travmatik deneyimler ise, yüksek sempatik aktiviteyle, kişinin aşırı uyarılmışlık durumunda kalmasına neden olmaktadır. Bu aşırı uyarılmışlık durumu, psikojenik deri yolmada ve trikotillomanide olduğu gibi gerginlik-rahatlama davranışlarına (patolojik deri yolmada artan gerginlik ve deri yolmayla rahatlama gibi) yol açabilmektedir (1). Bu çalışmanın amacı, deri yolma bozukluğu ve trikotillomanie tanılı hastaları sağlıklı gönüllülerle aleksitimi, çocukluk çağı travmaları ve bağlanma biçimleri açısından karşılaştırmaktır.

Yöntem: Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikodermatoloji polikliniği tarafından DSM-V tanı kriterlerine göre trikotillomanie ve deri yolma bozukluğu tanısı almış 16-70 yaş aralığında, okuma-yazma bilen 82 hasta ve yaş ve cinsiyet durumu eşleştirilmiş 46 sağlıklı gönüllü dahil edilmiştir. Okuma-yazmayı bilmemek, demans, psikotik bozukluk ve mental retardasyon tanılarının olması çalışmadan dışlama kriterleriydi. Katılımcılara sosyodemografik veri formu, Çocukluk Çağı Travmalar Ölçeği (ÇÇTÖ), Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAS-20), Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri-II (YİYE-II) uygulanmıştır.

Bulgular: Hastaların yaş ortalaması $29,4 \pm 12,6$, sağlıklı gönüllülerin ise $32,3 \pm 11,5$ idi. Hastalardan 65'i kadın, 17'si erkekti; sağlıklı gönüllülerin ise 32'si kadın, 14'ü erkekti. Hasta ve sağlıklı gönüllüler arasında yaş ve cinsiyet açısından istatistiksel düzeyde anlamlı farklılık yoktu (sırayla $p=0,198$, $0,219$). Hastalar sağlıklı gönüllülere göre duyguları tanıma güçlüğü, duyguları ifade etmede güçlüğü, dışa dönük düşünce, aleksitimi toplam puanları istatistiksel anlamda yüksekti. Hastalar arasında sağlıklılara göre aleksitimi oranı istatistiksel anlamda yüksekti ($p=0,002$). Hastalar arasında sağlıklı gönüllülere göre fiziksel ve duygusal ihmal, fiziksel, cinsel, duygusal istismar oranları istatistiksel anlamda yüksekti ($p<0,0001$). Hastaların sağlıklı gönüllülere göre kaygılı ve kaçınmacı bağlanma puanları istatistiksel anlamda yüksekti ($p<0,003$).

Tartışma: Yapılan bir çalışmada trikotillomanie ve deri yolma bozukluğu tanılı hastaların çocukluk çağı travmatik yaşantılarının yüksek olduğunu, travmanın bu bozuklukların gelişiminde önemli bir payının olduğunu bildirilmiştir (2). 42 trikotillomanie tanılı hastada yapılan bir çalışmada ise %76'sının en az bir travmatik olay bildirdiklerini, %19'unun ise PTBS tanısını karşıladığını bildirmişlerdir (3). 38 nörotik ekskoriasyon ile yapılmış bir çalışmada, major depresif ve anksiyete bozuklukları ek tanısı sık olmakla birlikte, duygusal ihmal, kötüye kullanım ve fiziksel kötüye kullanım oranları sağlıklı bireylere göre daha yüksek çıkmıştır (4). Bizim çalışmamızda benzer olarak, deri yolma bozukluğu ve trikotillomanie hastalarında çocukluk çağı travma yaşantılarının yüksek

olduğu bulunmuştur. Örneklemimizde, sağlıklı gönüllülere göre aleksitmi oranları daha yüksek ve daha güvensiz bağlandıkları bulunmuştur.

Sonuç: Bulgulara göre, deri yolma bozukluğu ve trikotillomani hastalarında çocukluk çağı travmaları, aleksitimi ve güvensiz bağlanma yüksek olarak saptanmıştır.

Kaynaklar

1. Gupta MA, Jarosz P, Gupta, A. K. Posttraumatic stress disorder (PTSD) and the dermatology patient. *Clinics in dermatology* 2017; 35 (3), 260–266.
2. Özten E, Sayar GH, Gül Eryılmaz GK, Işık S, Karamustafaloğlu O. The relationship of psychological trauma with trichotillomania and skin picking. *Neuropsychiatric disease and treatment* 2015; 11:1203–1210.
3. Gershuny BS, Keuthen NJ, Gentes EL, et al. Current posttraumatic stress disorder and history of trauma in trichotillomania. *J Clin Psychol.* 2006; 62:1521–1529.
4. Yalcin M, TELLİOĞLU E, Yildirim DU, Savrun BM, ÖZMEN M, AYDEMİR EH. Psychiatric features in neurotic excoriation patients: the role of childhood trauma. *Nöro Psikiyatri Arşivi* 2015; 52:336–341.

Anahtar kelimeler: travma, deri yolma, saç yolma, bağlanma, aleksitimi

İLK BAŞVURUSU PSİKİYATRİK BELİRTİLERLE OLAN BİR HUNTINGTON HASTALIĞI OLGUSU

Serdar Salman¹, Özlem Devrim Balaban¹, Evrim Erten¹, Nesrin Karamustafaloğlu¹

¹Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları E. A. Hastanesi

Huntington hastalığı OD. kalıtılan, sıklıkla 30–50 yaşlar arasında başlayan ilerleyici bir nörode-jeneratif hastalıktır. Hastalık, motor rahatsızlık, bilişsel işlev bozukluğu, subkortikal demans, davranışsal problemler ve psikiyatrik semptomlarla karakterizedir. Huntington hastalığının tanısı, ailede Huntington hastalığı öyküsü, motor belirtiler ve genetik testler ile konulmaktadır[1,2].

Hastaların %80'inde, hastalığın ilk 10–15 yılı içerisinde bilişsel belirtilerden ziyade psikiyatrik belirtileri ortaya çıkmaktadır. Öz kıyım riskinin genel nüfustan daha yüksek olduğu bildirilmiştir [3,4]. Huntington hastalarında daha az sıklıkla OKB, şizofreni ve sanrılar bozukluklar gözlenebilmektedir[3]. Bu bildirimizde Huntington Hastalığı tanısı psikiyatri servisinde konulan bir vakayı sunmayı amaçladık.

Elli bir yaşında, bir çocuğu var, yedi yıl önce ikinci eşi vefat etmiş, eğitimsiz kadın hasta hastanemize 3 haftadır giderek artan saldırganlık dizartrik ve perseveratif konuşma, dezorganize davranışlar, uykusuzluk, yeme içme reddi, zehirleneceğini düşünme şikayetleri ile başvurdu. Üç ay önce sık sık el yıkama, uykusuzluk, idrar kaçırma şikayetleri ile ilk psikiyatrik başvurusu olan hastaya Aripiprazol 5 mg/gün ve Diazepam 5 mg/gün tedavisi başlandığı, tedaviden fayda görmediği ve düzenli kullanmadığı öğrenildi. Üç haftadır yeme içme reddi, kızına karşı saldırganlık, uyumama, kendi kendine konuşma, giysilerini giyip çıkarmada zorlanma, ortalığa dışkısını yapma ve konuştuklarının anlaşılabilmesi nedeniyle hastanemizin acil servisine yakınlarının talebi üzerine başvuran hastanın yatışı yapıldı. Psikiyatrik muayenesinde; oryantasyonu değerlendiremeyen hastanın, manyeristik, stereotipik, diskinetik el kol ve yüz hareketleri dikkati çekiyordu. Dizartrik konuşan, çağrışımları günlük amaca yönelemeyen hasta yandan cevaplar veriyordu. Yakınlarından alınan bilgilere göre zehirleneceğine dair perseküsyon hezeyanları vardı.

Tetkiklerinde Hb düşüklüğü ve HbA1c değeri yüksekliği dışında anormal bulgu saptanmadı. Nöroloji konsültasyonunda; Huntington Hastalığı ve Wilson Hastalığı öntanımları ile Kontrastlı Kraniyal MR, EEG, Serum Bakır, Seruloplazmin, Gözde Kayser Flasher halkası tetkiklerinin yapılması ve Huntington Gen analizi ile rekonsültasyonu önerildi. Kraniyal MR tetkiki Huntington Hastalığı ile uyumlu olan hastanın PCR yöntemi ile yapılan gen analizi sonucu: HD geni CAG tekrar sayısı 17/44 olarak saptandı.

Olguya Huntington hastalığına bağlı psikotik bozukluk tanısı konuldu ve Olanzapin 20 mg/gün başlandı. Servisteki takibinde koreatetoid hareketlerinde azalma olup, yeme içme reddi sonlandı.

Huntington Hastalığı olan vakaların ilk başvurusu psikiyatri servislerine olabilmektedir. Olgu bu çerçevede tartışılacaktır.

Kaynaklar

1. Paulsen JS. Understanding Behavior in Huntington's Disease. New York: Huntington's Disease Society of America 1999.

2. Van Duijn E, Kingma EM, van der Mast RC. Psychopathology in verified Huntington's disease gene carriers. J Neuropsychiatry Clin Neurosci 2007; 19:441-8.
3. Sadock BJ. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. I. cilt. Çeviri: Aydın H, Bozkurt A. Ankara: Güneş Kitapevi, 2007:414-18.
4. Fiedorowicz JG, Mills JA, Ruggle A, Langbehn D, Paulsen JS. Suicidal behavior in prodromal Huntington Disease. Neurodegener Dis 2011; 8:483-90.

Anahtar kelimeler: Huntington, psikoz, psikiyatri

KLOZAPİN KULLANIMINA BAĞLI PARKİNSONİZM

İbrahim Taş¹, İsmet Esra Çiçek¹, Mustafa Çağrı Yıldız¹, İbrahim Eren¹, Azra Sehure Yaşar¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Beyhekim Psikiyatri Kliniği

Giriş: İlaça bağlı parkinsonizm, idiyopatik Parkinson hastalığından sonra, parkinsonizm nedenleri arasında ikinci sırada yer almaktadır. Kliniği idiyopatik Parkinson hastalığına benzemekle birlikte, genellikle belirtiler bilateraldir. Ayrıca yaşlı hastalarda subklinik idiyopatik Parkinson hastalığının antipsikotikler tarafından ortaya çıkarılabileceği öne sürülmekte ve bunun, ilaçlar tarafından oluşturulan sitotoksik serbest radikallerin, nigrostriatal nöronların dejenerasyonunu hızlandırılmasıyla oluşabileceği varsayılmaktadır.

Olgu: 65 yaşında erkek hasta yaklaşık 30 yıldır bipolar bozukluk nedeniyle takipli. Daha önce paliperidon depo uygulanması sonrasında hareket kısıtlılığı geliştiği için hastanın tedavisi yaklaşık 2 hafta önce klozapin 25 mg/g, ketiapin 50 mg/g ve valproik asit 250 mg/g olarak düzenlenmişti. Hastanın yerinde duramama, çok konuşma, hareketlilik şikayetleri olduğu için yatırırlarak takip edilme kararı alındı. Ruhsal durum muayenesinde konuşma miktarı, hızı ve tonu artmıştı, teğetsel konuşuyordu. Bilinç açık, dikkat dağınıktı. Görsel halisünasyonları mevcuttu, düşünce akışı hızlanmış, çağrışımlar dağınıktı. Düşünce içeriğinde perseküsyon, grandiyöz, mistik hezeyanlar mevcuttu. Hastaya daha önce kullandığı Valproik asit 250 mg/gün, klozapin 25 mg/gün ve biperiden 4 mg/gün tablet şeklinde başlandı. Daha sonra klozapin dozu 100 mg/güne tedricen çıkarıldı. Takiplerinde hastanın düşme, küçük adımlarla yürüme ve tremor şeklinde parkinsonizm bulguları gelişti. Organik patolojilerin ekarte edilmesi amaçlı hasta nörolojiye konsülte edildi, noroloji tarafından ilacın azaltılması ve kesilmesi tavsiye edildi ayrıca norolojinin önerileri doğrultusunda pramipeksol 0,250 mg başlandı. Sonraki takiplerinde parkinsonizm bulguları devam eden hastanın klozapin dozu 50 mg a düşüldü. Hastanın klozapin dozu azaltılması sonrası parkinsonizm bulguları geriledi ve hasta taburcu edildi.

Tartışma: Klozapinin antipsikotik etki mekanizması kesin olarak bilinmemekle birlikte, santral dopamin D1 veya D1-D2 reseptör antagonizminin kombinasyonu ile ilgili olabileceği üzerinde durulmaktadır. Klozapinin bu etkisinde 5-HT2 ve dopamin D4 antagonizminin de rolü bulunduğu bildirilmektedir. Klozapinin nigrostriatal ve tuberoinfundibuler dopamin D2 reseptörleri üzerinde zayıf etkisi vardır. Buna bağlı olarak düşük oranda ekstrapiramidal yan etki oluşturmaktadır.

Pet tarama verilerine göre klozapin tipik bir antipsikotiklere göre yaklaşık %50 oranında daha az striatal d2 reseptörlerini işgal eder, bu fark muhtemelen klozapinin EPS yapmamasının da nedeni. Aynı zamanda klozapin ve diğer selektif dopamin antagonistlerinin d2 reseptörlerine daha gevşek bağlandığı ve bu hızlı ayrılma özelliği nedeniyle daha normal bir dopamin iletilisinin mümkün olduğu düşünülmektedir.

Klozapin EPS yan etkileri az olduğu için Parkinson hastalarında kullanılır. Parkinsonizmin kötüleşmesine neden olmadığı için öncelikle tercih edilmektedir, ve Parkinson hastalarının psikozunda "altın standart" tedavi olarak kabul edilmektedir. 50 mg/gün'den daha düşük bir ortalama dozda klozapin, motor fonksiyonlarda belirgin kötüleşme olmaksızın PD'de ilaç kaynaklı psikozu iyileştirmiştir.

Sonuç: İlacı bağı parkinsonizm bir çok ilaıla görülebilmektedir ve olgular klinik olarak idiyo-patik parkinson hastalığına (İPH) çok benzediğinden, yanlışlıkla İPH tanısı alıp, tedavi başlanabilmektedir. Hastalarda tespit edilen parkinsonizm bulgularında klinisyenin dikkatli bir öykü alması ve ilaı etkisini göz önünde bulundurması gerekir. Eğer ekstrapiramidal semptomlar ortaya çıkarsa ilk yapılması gereken kullanılan ilacın dozunun azaltılması veya ilacı tamamen bırakmaktır.

Anahtar kelimeler: ilacı bağı, klozapin, parkinsonizm, yaşı hasta

AMİTRİPTİLİN İLE DÜZELEN BRUKSİZM OLGUSU

Didem Sücüllüoğlu Dikici¹, Fikret Poyraz Çökmüş²

¹Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Manisa, Türkiye

²Nazilli Devlet Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Aydın, Türkiye

Giriş: Bruksizm, diş gıcırdatma ve/veya diş sıkma ile belirli güçlü çene hareketlerinin neden olduğu olağan dışı artmış aktivite olarak tanımlanan ve sık görülen bir bozukluktur (1). Bruksizmin etyolojisi kesin olarak bilinmemekle birlikte dental, sistemik ve psikolojik faktörlerin rol oynadığı bilinmektedir. Son yıllarda bruksizmin anksiyete ve strese bir yanıt olarak geliştiği daha fazla kabul gören bir görüştür. Biz bu olgu sunumumuzda amitriptilin ile iyileşen bruksizm tanılı 53 yaşındaki kadın hastayı değerlendireceğiz.

Olgu Sunumu: A. M 53 yaşında kadın hasta diş gıcırdatma şikayetiyle polikliniğe başvurdu. Son 1 yıldır giderek artan, özellikle geceleri uykuda olan diş sıkma ve sabahları çene ağrısı olması üzerine 1 hafta önce diş hekimine ve nöroloji hekimine muayene olmuş. Hasta daha sonrasında psikiyatri polikliniğine yönlendirilmiş. Hastanın öyküsünden yaklaşık 4 yıl önce anksiyete bozukluğu nedeniyle essitalopram 10 mg/g kullandığı ancak tedavinin ikinci ayında anksiyete belirtilerinde yatışma olmasına rağmen bruksizm yan etkisi nedeniyle tedaviyi yarıda bıraktığı öğrenilmiştir. O zamandan itibaren herhangi bir psikiyatrik yakınması olmayan hasta aynı zamanda tip 2 DM nedeniyle metformin 850 mg 2x1 tedavisi kullanmaktadır. Hastanın yapılan ruhsal durum muayenesinde anksiyeteli duygudurumu, günlük olaylarla ilgili ruminatif düşünceleri mevcuttu. Zaman zaman erken insomniası oluyormuş. Aynı zamanda gerginliği, huzursuzluğu diş sıkma ve çene ağrıları mevcuttu. Hastanın rutin kan tahlilleri istendi, EKG si çekildi, herhangi bir dahili patoloji saptanmadı. Alınan öykü ve yapılan ruhsal durum muayenesi sonucunda hastada anksiyete bozukluğu ve buna ikincil olarak gelişen bruksizm düşünüldü ve amitriptilin 25 mg/g tedavisi başlandı. Tedavi başlanmasından sonra hasta düzenli aralıklarla kontrollere çağırıldı. Kontrollerinde hastanın anksiyete belirtilerinde yatışma ve bruksizm şikayetinde düzelmeye gözlemlendi, birinci ayın sonunda bruksizm şikayeti tamamen düzelmişti.

Tartışma: Hastanın yapılan kan tahlillerinin, dahili ve nörolojik muayenelerinin normal olması ve psikiyatrik muayene sonucu anksiyete bozukluğu tanısı olması nedeniyle olgumuzda anksiyete bozukluğuna ikincil bruksizm tanısı düşünülmüştür. Hastanın daha önceden diş gıcırdatma şikayeti olmaması ve anksiyete bozukluğu nedeniyle kullandığı ssri sonrası bruksizm gelişmesi hastada ilaca bağlı ikincil bruksizm düşündürmüştür. Hastaya tekrar SSRI tedavisi başlamak yerine bir trisiklin antidepressan olan amitriptilin tedavisi başlamanıza neden olmuştur. Uykuda bruksizm primer (uyku bozuklukları sınıflamasında başka türlü adlandırılmayan parasomniler) ve ikincil (tıbbi-psikiyatrik hastalık sırasında veya ilaç kullanımı ile oluşan) olarak ikiye ayrılır (2). Diğer yandan, bruksizimli bireylerde subklinik anksiyete semptomlarının normal popülasyona oranla anlamlı olarak yüksek olduğu da gözlenmiştir. Aynı zamanda literatürde, SSRI kullanımı ile ortaya çıkan bruksizm vakası bildirimi giderek artmaktadır (3). Trisiklik antidepressanlar (TSA) ise bruksizm tedavisinde en sık kullanılan antidepressanlardır. Bruksizimli hastalarda en belirgin tedavi edici etkileri fizyolojik REM evresini kısaltması ve NREM evresinin 4. basamağını uzatmasıdır. TSA bruksizmin tedavisinde tavsiye edilmekle birlikte, literatürde bu konuda sınırlı sayıda çalışma vardır. Bizim olgumuzda da amitriptilin 25 mg/g başlanmasıyla hastanın anksiyete belirtilerinde yatışma olmuş, bruksizmi düzelmiş ve çene ağrıları azalmıştır.

Kaynaklar

1. Clark, G. T., & Ram, S. (2007). Four oral motor disorders: bruxism, dystonia, dyskinesia and drug-induced dystonic extrapyramidal reactions. *Dental Clinics*, 51 (1), 225–243.
2. Winocur, E., Gavish, A., Voikovitch, M., Emodi-Perlman, A., & Eli, I. (2003). Drugs and bruxism: a critical review. *Journal of orofacial pain*, 17 (2).
3. Kishi, Y. (2007). Paroxetine-induced bruxism effectively treated with tandospirone. *The Journal of neuropsychiatry and clinical neurosciences*, 19 (1), 90–91.

Anahtar kelimeler: amitriptilin, bruksizm, rem, nrem

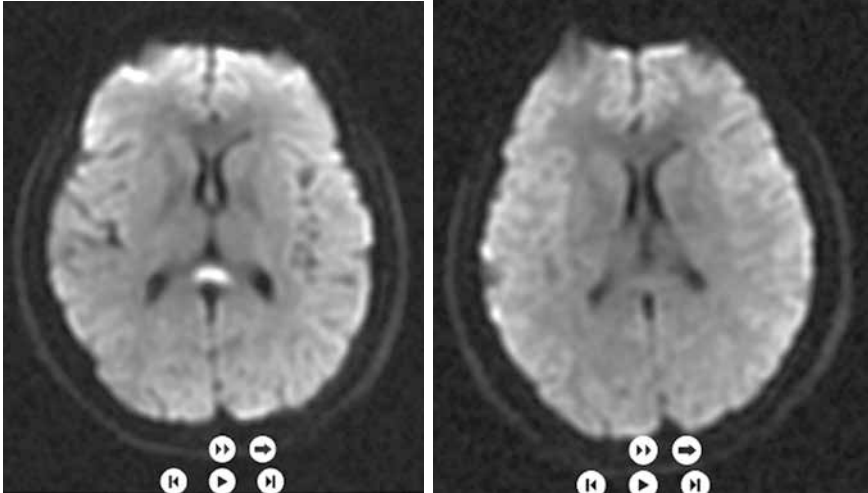
KORPUS KALLOSUM SPLENIUMUNDA GEÇİCİ DİFÜZYON KISITLILIĞI İLE SEYREDEN BİR KONFÜZYONEL MANİ OLGUSU

Pınar Çelikkıran¹, Özlem Devrim Balaban¹, Şakir Gıca¹, Nesrin Karamustafaloğlu¹

¹Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi 16. Psikiyatri Kliniği

Korpus kallosum, beynin orta hattında bulunan, sağ ve sol serebral hemisferlerin bağlantısını sağlayan bir beyin bölgesidir. Nadir olarak karşımıza çıkan korpus kallosumun izole lezyonlarının nedenleri arasında demiyelinizan hastalıklar, çeşitli enfeksiyonlar, inflamasyon, travma, iskemi ve toksik durumlar sayılabilir. Korpus kallosum spleniumunun geçici lezyonu olarak tanımlanan patolojinin özelliği birkaç gün ile birkaç ay arasında değişen süreler sonrası sekelsiz kaybolmasıdır ve sebepleri arasında enfeksiyon, antiepileptik ilaç çekilmesi, post-iktal dönem, eklampsi, toksik sebepler, hipoglisemi ve B12 eksikliği sayılabilir. Bu durumla ilişkili olarak konfüzyon ve hafif ensefalit benzeri bulgularla seyreden “Geri Dönüşümlü splenial lezyonlarla seyreden hafif ensefalopati-Mild Encephalopathy with Reversible Splenial lesions (MERS)” tanımlanmış olup ayrıca postpartum psikozda da geçici splenium lezyonu gözlenen olgular bildirilmiştir. Bu bildirimizde konfüzyonel mani tablosuyla kliniğimizde yatarak tedavi gören ve takip sürecinde kraniyal MRG’de “Boomerang lezyon” olarak adlandırılan geçici korpus kallosum splenial bölge difüzyon kısıtlılığı görülen bir olgu sunulacak ve tartışılacaktır.

Anahtar kelimeler: Konfüzyonel mani, korpus kallosum, splenium, boomerang lezyon



UZUN SÜRELİ HASTANEYE ZORUNLU YATIŞLARI BULUNAN BİR UÇUCU MADDE KULLANIM BOZUKLUĞU OLGUSU

Pınar Çelikkıran¹, Özlem Devrim Balaban¹, Ahmet Türkcan², Nesrin Karamustafalıoğlu¹

¹Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi 16. Psikiyatri Kliniği

²Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Adli Psikiyatri Kliniği

Zorunlu hastaneye yatış, psikiyatri alanında tıbbi, etik ve hukuki tartışmaların konusu olmaya devam etmektedir. Ülkemizde halen özel bir Ruh Sağlığı Yasası bulunmadığından zorunlu hastaneye yatışlar medeni kanun ile düzenlenmiştir. Koruma amacıyla özgürlüğün kısıtlanması kurumu altında sınıflanan TMK 432. madde gereğince akıl hastalığı, akıl zayıflığı, alkol veya uyuşturucu madde bağımlılığı, ağır tehlike arz eden bulaşıcı hastalık veya serserilik sebeplerinden biriyle toplum için tehlike oluşturan her ergin kişi, kişisel korunmasının başka şekilde sağlanamaması halinde, tedavisi, eğitimi veya ıslahı için elverişli bir kuruma yerleştirilir veya alıkonulabilir.

Koruma amacıyla özgürlüğün kısıtlanması kurumunun usulünü açıklayan TMK 436. madde- sinin 5. bendinde vesayet makamının daha önceden bilirkişiye başvurmuş olması halinde denetim makamının bundan vazgeçebileceği belirtilmektedir.

6284 sayılı ailenin korunması ve kadına karşı şiddetin önlenmesine dair kanunun öncelikli amacı ev içi şiddet ve özellikle kadına yönelik şiddeti engellemek için gerekli yasal düzenlemeleri yapmak, önceki yasanın eksikliklerini tamamlamaktır. 6284 sayılı kanunun 5. maddesinde belirlenen şiddet uygulayanlarla ilgili önleyici tedbirlerin bir ya da birkaçına veya benzer tedbirlere hakim tarafından karar verilebileceği belirtilmiştir. 5. Maddenin h ve ı bendlerinde korunan kişilerin bulundukları yerlerde alkol, uyuşturucu veya uyarıcı madde kullanmaması, bu maddelerin etkisi ile korunan kişilere ve bulundukları yerlere yaklaşmaması, bağımlılığın muayene ve tedavisinin sağlanması; muayene veya tedavi için sağlık kuruluşuna başvurması ve tedavisinin sağlanması ibareleri bulunmaktadır.

Bu bildirimizde tüm bu yasalar kullanılarak, yatışları arasında kısa süreli taburculuklar olmakla birlikte toplam 24 ay hastanemizde zorunlu yatışta kalması sağlanan bir olguyu sunmayı ve tartışmayı amaçladık.

Anahar kelimeler: Adli Psikiyatri, hastaneye zorunlu yatış, uçucu madde kullanım bozukluğu

ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI VE ROMANTİK İLİŞKİ DOYUMU ARASINDAKİ İLİŞKİDE; OTOMATİK DÜŞÜNCELERİN ARACILIK ROLÜ

Burcu Yıldırım¹

¹Psikiyatri ve Psikoloji Bilimleri Enstitüsü

Bu araştırmada, 18–22 yaş aralığındaki bireylerin çocukluk çağı travmaları (ÇÇT) ile ilişki doyumu (İD) arasındaki ilişkide; otomatik düşüncelerin (OD) aracılık rolü incelenmek istenmiştir.

Araştırma, online anketler düzenlenerek Türkiye genelindeki devlet ve vakıf üniversitelerinde öğrenim gören 18–22 yaş arasındaki 354 ön lisans ve lisans öğrencisi ile gerçekleştirilmiştir. Araştırmada öğrencilerin ÇÇT ve İD arasındaki ilişkide OD'in aracılık rolünü ölçmek amacıyla; 'Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği' (Şar, Öztürk ve İkikardes, 2012), 'İlişki Doyumu Ölçeği' (Curun, 2001), 'Otomatik Düşünceler Ölçeği' (Aydın G. & Aydın O., 1990), kullanılmıştır. Öğrencilerin demografik bilgileri ise araştırmacı tarafından oluşturulan "Demografik Bilgi Formu" ile toplanmıştır.

Araştırmanın sonucunda ÇÇT'nin İD'ü ve OD'i, OD'in İD'ü ve İD'nun OD'i istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde yordadığı, ÇÇT ile İD arasındaki ilişkide OD'in aracılık etkisinin olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Anahtar kelimeler: Anahtar kelimeler: Çocukluk Çağı Travmaları, Otomatik Düşünceler, Romantik İlişki Doyumu.

PSİKİYATRİK SEMPTOMLARLA BİRLİKTE OLAN BİR HİDROSEFALİ OLGUSU

Merve Şahin¹, Hamza Şahin²

¹Kahramanmaraş Necip Fazıl Şehir Hastanesi, Ruh Sağlığı Kliniği

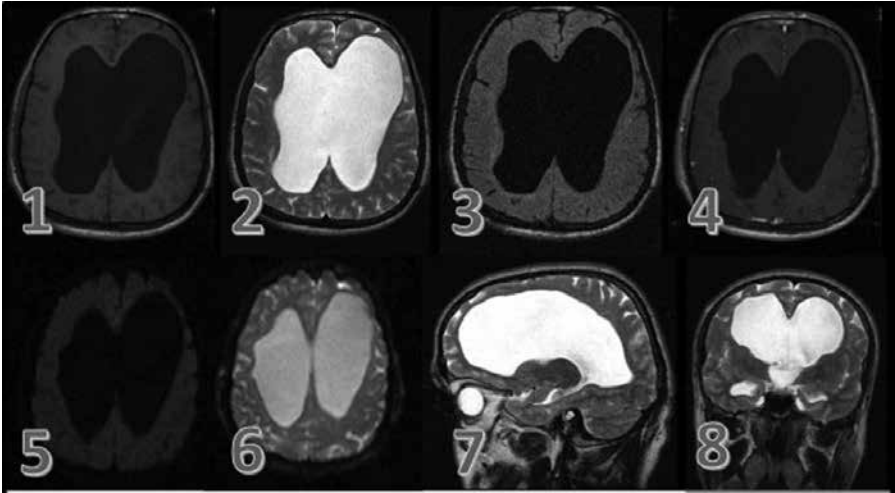
²Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı

Giriş: Hidrosefali ve psikiyatrik semptomların arasında giderek artan bir ilişki olmakla birlikte, hala net olarak ortaya konulamamıştır. Bununla birlikte, davranışsal semptomlarla başvuran kişilerin ayırıcı tanısında hidrosefalinin de akılda tutulması önerilmektedir. Bu davranışsal değişiklikler kişilik değişiklikleri, depressif ruh hali, ve delüzyonlar gibi psikotik semptomları içerir. Biz bu olguda erişkin başlangıçlı psikiyatrik semptomlarla birlikte olan bir konjenital hidrosefali olgusunu sunduk.

Olgu: 30 yaşında erkek hasta, baş ağrısı şikayeti nedeniyle nöroloji polikliniğine başvurmuş. Baş ağrısı frontal bölgede, hafif şiddette ve sıkıştırıcı tarzdaymış. Yakınlarından alınan bilgiye göre, hastanın son birkaç yıldır psikiyatrik semptomları varmış, fakat daha önce tedavi almamış. Kendisinin iyi olduğunu söylüyormuş. Ancak yakınlarının söylediğine göre moral bozukluğu, keyifsizlik, çabuk sinirlenme gibi belirtileri varmış. Evde herhangi bir şeyle uğraşmıyormuş, çalışmıyormuş ve öz bakımı kötüymüş. Komşunun kendisine şantaj yaptığı şeklinde paranoid düşünceleri varmış. Yolda giderken başkalarının kendisine kötü bir şey yapacağını düşündüğünden tek başına dışarı çıkamıyormuş. Hastanın non-spesifik baş ağrısı nedeniyle kraniyal MR görüntüleme yapıldı. Aynı zamanda, hasta psikiyatrik değerlendirme için psikiyatri polikliniğine yönlendirildi. Hastanın nöropsikiyatrik değerlendirmesinde bilnç açık, oryante, koopereydi. Öz bakımı kötü, göz teması kuruyordu. Duygudurumu depresif, düşünce içeriğinde persekütif düşünceler vardı. Algılama, soyutlama, yargılama doğaldı. Dikkati dağınık, yakın ve uzak bellek korunmuştu. Yapılan kraniyal MR görüntülerinde triventriküler hidrosefali tespit edildi. Hasta hidrosefali tedavisi için beyin cerrahisine yönlendirildi. Psikiyatrik semptomları için risperidone 1 mg başlandı ve hasta takibe alındı.

Sonuç: Hidrosefali ve psikiyatrik semptomlar arasındaki giderek artan ilişkiden dolayı kliniksen davranışsal semptomları olan hastalarda ayırıcı tanıda hidrosefalili de değerlendirmelidir.

Anahtar kelimeler: Hidrosefali, Psikiyatrik semptomlar, Kraniyal MR



Şekil:

1,2,3 ve 4: Sırası ile T1, T2, FLAIR ve kontrastlı T1 aksiyal görüntüler;

5 ve 6: Sırası ile Diffüzyon ve ADC görüntüleri;

7: Sagittal ve 8: Coronal T2 görüntülerinde triventriküler hidrosefali izlenmektedir.

KIRILGAN NARSİZM, ÖFKE VE DEPRESYON DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİLERİN İNCELENMESİ

Burcu Yıldırım¹

¹Psikiyatri ve Psikoloji Bilimleri Enstitüsü

Bu araştırmada bireylerin kırılğan narsizm, öfke düzeyi ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişkiler incelenmiştir. Araştırma Türkiye’de yaşamakta olan 18–65 yaş aralığındaki 160 birey ile gerçekleştirilmiştir. Ölçekler internet anketi yolu ile gönüllü katılımcılara iletilmiştir. Kullanılan ölçekler; ‘Aşırı Duyarlı Narsisizm Ölçeği’ , ‘Sürekli Öfke Öfke Tarz Ölçeği’ , ‘Beck Depresyon Envanteri’ ve araştırmacı tarafından hazırlanan ‘Demografik Bilgi Formu’ dur.

Pearson Korelasyon Analizi sonuçlarına göre en yüksek ilişkinin kırılğan narsizm ve öfke düzeyi arasında olduğu ($r=.348, p<.01$) görülmektedir. Bu ilişkiyi bireylerin öfke düzeyi ile depresyon düzeyleri arasındaki ilişki ($r=.259, p=.01$) takip etmiş ve değişkenler arasındaki en düşük ilişkinin kırılğan narsizm ve depresyon puanları arasında ($r=.157, p<.05$) olduğu görülmüştür. Regresyon analizi bulgularına göre öfke düzeyinin depresyonu anlamlı bir düzeyde yordadığı ($P<0,05$), kırılğan narsizmin ise depresyon düzeyini anlamlı bir şekilde yordamadığı tespit edilmiştir ($P>0,05$).

Anahtar kelimeler: Kırılğan Narsizm, Öfke, Depresyon

SANATLA TERAPİ PROGRAMI VE ETKİLEŞİM GRUBU UYGULAMASININ RUHSAL BELİRTİ DÜZEYLERİ ÜZERİNDEKİ ETKİSİ

Volkan Demir¹, Ahmet Demir¹

¹Klinik ve Adli Psikoloji Derneği

Bu araştırma, sanatla terapi programının bireylerin ruhsal belirti düzeyleri üzerindeki etkisini araştırmak amacıyla yapılmıştır. Araştırma, ön test ve son test modele dayalı deneysel bir çalışmadır. Kısa Semptom Envanterinden yüksek puan alan ve gönüllü olan bireyler birinci deney (11) ve ikinci deney grubuna (11) yansız olarak atanmıştır. Ölçme araçları uygulama öncesinde ön test, uygulamanın bitiminde ise son test olarak uygulanmıştır. Araştırmada birinci deney grubuna sekiz oturum sanatla terapi programı uygulanırken, ikinci deney grubu olan etkileşim grubuna da sekiz oturum grup üyeleri tarafından seçilen konuların işlendiği bir program yürütülmüştür. Grupların kendi içlerinde karşılaştırılmasında Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi kullanılmıştır. Farkın hangi gruptan kaynaklandığı ise Mann Whitney U Testi ile analiz edilmiştir. Sonuç olarak, birinci deney grubu ve ikinci deney grubu karşılaştırıldığında, sanatla terapi grubundaki bireylerin Kısa Semptom Envanteri alt ölçeklerinden somatizasyon, obsesif kompulsif bozukluk, kişiler arası duyarlılık, depresyon, kaygı, öfke, fobik anksiyete düzeylerini azaltmada olumlu bir etkiye sahip olduğunu ancak paranoid düşünce ve psikotizm düzeylerini azaltmada etkili olmadığını göstermektedir. Buna karşılık etkileşim grubunun ön test ve son test puanlarının ortalamaları arasındaki fark, 05 düzeyinde anlamlı bulunmamıştır. Sanatla terapi grubundan ve etkileşim grubundan elde edilen puanlar karşılaştırıldığında ise iki grup arasında alt ölçeklerden sadece depresyon ve öfke arasında anlamlı bir farklılık bulunmuş, diğer alt ölçeklerde anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Anahtar kelimeler: Sanat terapisi, Ruhsal belirti, Grup terapisi.

ANKSİYETE SEMPTOMLARI İLE BAŞVURAN TRİPOFOBİ OLGUSU

Özlem Akkaya¹

¹Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilimdalı

Amaç: Literatürde şimdiye kadar az bildirilmiş olan tripofobi hakkında bilgi vermektir.

Giriş: Tripofobi, küçük deliklerin kümelenmesine ya da delik kümelerini andıran nesnelere karşı iğrenmedir. Terim, 2005 yılında, “delik” ve “korku” anlamına gelen trýpa ve phóbos’dan kaynaklanan çevrimiçi bir forumda ortaya atılmıştır. O zamandan beri, İnternet tabanlı destek gruplarında çokça bildirilmiştir. Tripofobiye yatkınlıkta cinsiyet farklılığı yoktur. Tripofobinin DSM-5’de bir tanımı yoktur. Bir öz bildirimdir, kişi kendi kendisine teşhis koyar. Bir araştırmada 286 kişiye üzerinde delikler olan bir görüntü gösterilmiş, katılımcıların %16’sı görüntünün “rahatsız edici yada iğrenç” olduğunu belirtmiştir. Kronik ve kalıcı olan belirtiler 3 kategoriye ayrılabilir: Bilişle ilgili (örn., huzursuzluk duygusu ve iğrenme), ciltle ilgili (örn., ciltte ürperme ve kaşınma) ve fizyolojik semptomlar (örn., bulantı, nefes darlığı). Eşlik eden psikiyatrik tanılar arasında en çok majör depresif bozukluk ve yaygın anksiyete bozukluğu bulunur.

Olgu: 24 y, erkek hasta, tıp fakültesi öğrencisi, 2 kardeşin 1. cisi, anne-baba çiftçi. Acil serviste staja başladığından beri, yaklaşık 2 haftadır, özellikle sabahları artan sıkıntı hissi, mide bulantısı ve öğürmeleri oluyormuş. Derse odaklanamıyor, geceleri uykuya dalmakta zorlanıyor, acil servise tekrar gideceği düşünceleri olunca sıcak basmaları, kalbinde çarpıntı ve sıkışma hissi artıyormuş. Stresör sorgulandığında acil serviste çalışanların hepsinin delikli terlikler giydiği, onlara bakmadığı ve bakmamak için sürekli yüzünü çevirdiği, üzeri delikli nesnelere baktığında rahatsızlık hissi, çarpıntı, nefes alamama, vücudunda ürperti ve kaşınma hissettiğini ve yüzünü çevirme şeklinde kaçınmaları olduğunu ifade etti. Bu şikayetleri 4. Sınıftayken, arkadaşının kendisine telefonda delikli bir el resmi göstermesi ile başlamış. Bu resmi gördüğünde rahatsızlık hissi, kaşıntı hissetmiş, telefonu elinden düşürecek gibi olmuş. Daha sonra internette tripofobi ile ilgili videolar izlemiş ve bu resimlere bakmadığını, baktığında şikayetlerinin arttığını farketmiş. Son 1 aydır girdiği her yerde bu cisimlerin olup olmadığını kontrol etmeye başlamış. 4 yıl önce depresif semptomlar ile psikiyatriye başvurmuş. Fluoksetin 20 mg kap 1x1 başlanmış. 2 ay ilacı kullanmış ve bırakmış. Bilinen hastalığı yok. Aile öyküsünde teyze majör depresyon geçirmiş. Ruhsal durum muayenesinde; yaşında görünümde, öz bakımı iyi, psikomotor aktivitesi huzursuzluk yönünde artmış, duygulanımı tedirgin, duygudurumu anksiyöz, konuşması ve algılama doğal, düşünce içeriğinde delikli nesnelerle karşılaşma korkusu mevcut, bellek ve dikkat doğal, zeka normal, muhakeme ve içgörü yerindeydi. Hastanın Beck anksiyete ölçeği puanı: 42 idi. Hasta Anksiyete Bozukluğu ve tripofobi olarak değerlendirildi. Anksiyete semptomlarına yönelik tedavi başlanmıştır. 1x1 başlandı.

Tartışma: Birçok tripofobik üyesi olan internet destek grupları olmasına rağmen tripofobi hakkındaki araştırmalar sınırlıdır. Türkiye’de tripofobi ile ilgili araştırmaya ve literatürde tripofobi ile ilgili olgu sunumuna rastlanmamıştır. Hastanın semptomları, araştırmalarda bildirilen semptomlar ile uyumlu olduğundan hastanın öz bildirimine göre tripofobi düşünülmüştür. Bir araştırmada tripofobi tedavisinde özel bir yöntem olmadığı, komorbid durumlar olan majör depresif bozukluk ve yaygın anksiyete bozukluğuna yönelik tedavinin düzenlenmesi gerektiği bildirilmiştir. Olguda anksiyete bozukluğuna yönelik tedavi başlanmıştır. Sonuç olarak, tripofobik vakalar ile klinikte

karşılaşılabilir ve bu kişiler sıklıkla komorbid psikiyatrik bozukluklar ile doktora başvurabilirler. Bu vakada da olduğu gibi bu semptomlar işlevsellikte bozulmaya neden olabilir. Altta yatan stresör ayrıntılı sorgulanmalıdır. Az sayıda da olsa profesyonel yardım isteyen kişilerin olması, karşılaşılan vakaların bildirilmesi, tanı ve sınıflandırmasının yapılması ve etkili tedavinin belirlenmesi ihtiyacını doğurmaktadır.

Anahtar kelimeler: Tripofobi, anksiyete, delik korkusu

OKBLİ ÇOCUKLARIN VE EBEVEYNLERİNİN BİLİŞSEL DEĞERLENDİRMELERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

Esengül Ekici¹, Hesna Gül², Mustafa Dinçer², Yasemin Taş Torun², Ayhan Cöngöloğlu², Kadir Özdel¹

¹Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Ankara

²Gülhane Eğitim Araştırma Hastanesi, Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Kliniği, Ankara

Giriş: Obsesif Kompulsif Bozukluk istenmeden, sıkıntıya neden olan, yineleyici dürtü, düşüncenin, görüntülerin ve bunları yüksüzleştirme davranışının gözlemlendiği psikiyatrik bozukluktur (1). OKByı açıklamak için ileri sürülen bilişsel kavramlardan biri çıkarımsal karmaşadır. Bu kavram bireyin, duyuları aksine işaret etse de istemediği deneyimle ortaya çıkan olasılığı gerçek olarak kabul edip ona göre davranması şeklinde tanımlanmaktadır (2). Yetiştirilme tutumları, aileiçi dinamikler ve ebeveyn özellikleri bu kavramda etkili olduğu düşünülebilen faktörlerdir. Biz bu çalışmada ebeveyndeki obsesif inançlar ve çıkarımsal karmaşa ile çocuktaki belirtiler arasındaki ilişkiyi araştırmayı hedefledik.

Metod: Gülhane Eğitim Araştırma Hastanesi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Polikliniğine ayak-tan başvuran ve DSM-V kriterlerine göre tanı alan 18 OKB tanılı çocuk (yaş aralığı 12–18) ile anne-babaları değerlendirilip, OİÖ-44 (3) ve ÇKÖ (4) verilmiştir. Verilerin SPSS 16 programında istatistiksel analizi yapılmıştır.

Sonuçlar ve tartışma: Sonuçlarımız çıkarımsal karmaşa açısından çocuk ile baba puanlarının çocuk ile anne puanlarından daha güçlü bir ilişkiye sahip olduğunu göstermektedir. Aile bireyleri tek tek ele alındığında ise çocuktaki çıkarımsal karmaşa ile obsesif inançlar arasında, annedeki çıkarımsal karmaşa ile obsesif inançlar arasında ve babadaki çıkarımsal karmaşa ile obsesif inançlar arasında ilişki bulunmuştur. Alan yazın tarandığında sorumluluk inançlarının belirgin bilişsel değerlendirme-lerinin klinik olarak gözlenen obsesyonların gelişiminde etkili olduğunu gösteren çalışmalar ulaşılmıştır. (5,6) OKBli gençlerin ve birinci derece akrabalarının sorumluluk ve tehlikeyi yüksek görme inançları yüksektir. (7,8) Bizim çalışmamızda olduğu gibi Rector ve ark (7), Pietrefesa ve ark (8) ile Kadak ve ark (2) sorumluluk ve tehlikeyi büyük görme açısından OKB’li çocuklar ve ebeveynleri arasında belirgin pozitif korelasyon saptamıştır. Sonuçlarımıza benzer şekilde çocuğun mükemmel-liyetçilik/belirsizliğe tahammülsüzlük bilişleri ile anne-babanın bilişleri ile ilişkili bulunmamıştır. Çocuğun düşünceye önem verme/düşüncenin kontrol edilebilirliği bilişleri ile anne-babanın bilişleri arasındaki ilişkiyi değerlendiren sonuçlar ise birbiri ile çelişmektedir. Rector ve ark (8), Pietrefesa ve ark (9) ilişkili olduğunu vurgularken ile Kadak ve ark (2) ilişki olmadığını bildirmiştir. Literatürde ebeveyn ve çocuk bilişleri arasındaki ilişkinin çıkarımsal karmaşa açısından araştırıldığı bir yazıya ise rastlanmamıştır. Çalışmamızın güçlü yanı ülkemizde ilk defa, OKB tanısı konmuş çocuklarda her iki ebeveynin düşünce ve inanç tarzı ile çocuğunu karşılaştırma fırsatı bulmuş olmamızdır. Bu sonuç-lar, genetik ve çevresel etkenlerle yakından ilişkili olan OKB’nin tedavisinde ebeveyn müdahaleleri için yol gösterici olacaktır.

Kaynaklar

1. Amerikan Psikiyatri Birliği (2013) Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Beşinci Baskı, Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabından, çev Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara
2. Kadak M ve ark (2014) Relationship between cognitive appraisals of adolescent with ocd and their mothers, Comprehensive Psychiatry, 55:598–603

3. Boysan M ve ark (2010) Obsesif inanışlar Ölçeği44ün Türkçe Formunun Geçerlik ve Güvenirliği, Nöropsikiyatri Arşivi, 47:216–22
4. Yorulmaz O ve ark (2010) Obsesif kompulsif bozukluk hastalarında çıkarımsal karmaşa ölçeğininpsikometrik özellikleri, Türk Psikiyatri Dergisi, 21 (2): 135–42
5. Salkovskis PM (1985) Obsessional-compulsive problems: a cognitive-behavioral analysis, Behavior Research and Therapy, 23:571–583
6. Salkovskis P ve ark (1999) Multiple pathways to inflated responsibility beliefs in obsessional problems: possible origins and implications for therapy and research, Behavior Research and Therapy, 37:1055–1072
7. Rector NA ve ark (2009) Obsessive beliefs in first-degree relatives of patients with OCD: A test of the cognitive vulnerability model, Jof Anxiety Disorders, 23:145–149
8. Pietrefesa AS ve ark (2010) Obsessive beliefs in youth with OCD and their mothers, J Cogn Psychother, 24:187–97

Anahtar kelimeler: okb, çocuk biliş, obsesif inanç, çıkarımsal karmaşa, ebeveyn

Tablo 1.

		ÇKÖ-çocuk	OlÖ44-çocuk
ÇKÖ-çocuk	Pearson Correlation	1	.672**
	Sig. (2-tailed)		.002
	N	18	18
OlÖ44-çocuk	Pearson Correlation	.672**	1
	Sig. (2-tailed)	.002	
	N	18	18

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Tablo 2.

	Anne	Baba
Sorumluluk/tehlikeyi büyük görme-çocuk	-.497	.174
Mükemmeliyetçilik/ Belirsizliğe tahammülsüzlük-çocuk	-.268	.197
Düşünceye önem verme/ düşüncenin kontrol edilebilirliği-çocuk	.153	.233
Toplam	-.364	.270

Tablo 3.

		ÇKÖ-çocuk	ÇKÖ-anne	ÇKÖ-baba
ÇKÖ-çocuk	Pearson Correlation	1	.043	.390
	Sig. (2-tailed)		.883	.210
	N	18	14	12
ÇKÖ-anne	Pearson Correlation	.043	1	-.303
	Sig. (2-tailed)	.883		.428
	N	14	14	9
ÇKÖ-baba	Pearson Correlation	.390	-.303	1
	Sig. (2-tailed)	.210	.428	
	N	12	9	12

TEK VAKA: İKİ AYRI ANTİPSİKOTİK KULLANIMI, İKİ NADİR YAN ETKİ (HALOPERİDOL-LARENGEAL DİSTONİ VE KLOZAPİN-LÖKOPENİ)

Mehmet Murat Balcı¹, Khuraman Namazova¹, Mehmet Murat Kuloğlu¹

¹Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı

Giriş: Psikiyatrik hastalıkların tedavisinde kullanılan antipsikotiklere karşı bir çok istenmeyen yan etki oluşmaktadır. Larengal distoni (LD), tipik veya atipik antipsikotik kullanımına bağlı gelişen, hayatı tehdit edici, çok nadir görülen bir tıbbi durumdur. LD, şiddetli solunum yetmezliği oluşturarak hipoksemiye ve ölüme neden olabilir.

Bu yazıda, Akdeniz Üniversitesi psikiyatri servisinde yatarak tedavi gören şizofreni hastasında Haloperidola bağlı gelişen LD ve Klopazine bağlı gelişen lökopeni yan etkilerinin tartışılması amaçlanmaktadır.

Olgu: 34 yaşında, erkek, bekar, çalışmıyor, lise mezunu, ailesiyle birlikte yaşıyor. 16 yıldır Şizofreni hastalığı nedeniyle takipli olan hasta, yaklaşık 6–7 aydır tedavisini bırakmış. Sonrasında kendi kendine konuşma, zaman zaman sinirlenip bir şeyleri kırıp dökme, ilaçlarını kullanmayı reddetme başlamış. Yatışından 2 gün önce mahallede caminin ve muhtarlığın camlarını kırmış. Polis eşliğinde dış merkez acil servise götürülen hastaya yapılan enjeksiyon sonrası kasılmaları olmuş. Hasta acil servisten Akut distoni ve Psikotik atak tanısıyla yatırıldı. Haloperidol 20 mg/gün, Biperiden 10 mg/gün intamuskuler enjeksiyonu sonrası hastada 6. Gün Akut LD gelişti. Solunum güçlüğü, siyanoz gelişen hasta acil monitörize edildi, intravenöz Biperiden 5 mg enjeksiyonu sonrası dramatik iyileşme görüldü. Haloperidol stoplandı. Ateş yüksekliği, nabız ve tansiyon düşüklüğü, total kreatin kinaz değerlerinde yükseklik gözlemlendi. Takiplerinde vital bulguları stabil seyreden hastaya Klopazin başlandı. Lökosit sayısında düşme gözlemlendi, günlük hemogram kontrolünde lökopeni gözlemlenen hastanın kullandığı klozapin stoplandı. Ketiyapin başlandı, dozu kademeli artırıldı, 800 mg/gün doza çıktı, aripiprazol 10 mg eklendi. yan etki görülmedi, hasta kısmi remisyonla taburcu edildi.

Tartışma: Tipik antipsikotiklerin ortak ve temel etkileri beyinde mezolimbik bölgede dopamin (D2) reseptörlerine yüksek afinite ve antogonizma göstermeleridir. Ekstrapiramidal hareket bozuklukları, prolaktin yüksekliği, libido azalması veb. yan etkiler D2 reseptör blokajına bağlı gelişmektedir. Ani dopaminerjik bloğun ve ya kolinerjik-dopaminerjik dengenin bozulmasının neden olduğu düşünülmektedir. Özellikle genç erkeklerde görülen akut distoniler ilaç kullanımına başladıktan 2–3 gün içerisinde ortaya çıkar, geçici ya da uzun süreli olabilirler. Dispne ile giden LD’de, yaşamı tehdit eden solunum güçlüğü gelişebilir. Buna ateş, solukluk, terleme, korku ve anksiyete eşlik edebilir. Tedavisinde antiparkinson ilaçlar (biperiden, difenhidramin, benztropin), benzodiazepinler (diazepam PO veya İV), prokiklidin uygun seçeneklerdendir.

Klopazin tedavisinin en korkulan yan etkisi olan ve %0,1 oranında görülen agranülositoz olup hekim denetimi altında sık lökosit sayımı gerektirmektedir. Lökosit sayısı giderek düşme gösteriyorsa, kısa sürede 3000/mm³ ya da altında bulunmuşsa klozapin kesilmesi, hastanın enfeksiyonlardan korunması, hematologla işbirliği gerekmektedir. Nötropeni gelişen hastalarda nötrofil ve lökosit sayısını arttırıcı özelliği olan Lityum eklenmesi yapılabilir.

Anahar kelimeler: larengal distoni, haloperidol, lökopeni, klozapin

OLGU SUNUMU: DİSOSİYATİF KİMLİK BOZUKLUĞU BELİRTİLERİ OLAN YAPAY BOZUKLUK OLGUSU

Gamze Yüksel¹, Aslıhan Polat¹

¹Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Ana Bilim Dalı

Amaç: Yapay bozukluk sık hastaneye yatış ve iş gücü kaybına yol açan bir hastalık olduğundan, iyi gözlem ve iyi takiple bu hastaların gereksiz tanınal yaklaşımlardan uzak tutulmaları önlenebilir. Disosiyatif kimlik bozukluğu da, zor tanı konan, tartışmalı bir konudur. Bu olgu sunumunda, disosiyatif kimlik bozukluğu ile yapay bozukluğun ayırıcı tanısının yapılması amaçlanmıştır.

Olgu: 23 yaşında, Iğdır doğumlu, Kocaeli Üniversitesi Arkeoloji Bölümü 2. sınıf öğrencisi, bekar, erkek hasta.25,04,16 tarihinde uykusuzluk, keyifsizlik şikayetleriyle Kocaeli Üniversitesi psikiyatri polikliniğine başvuran hasta polikliniğine başvurduğundan itibaren lityum 300 mg 2x2, ketiadin 300 mg 1x1 kullanmaktaymış. 9 yıl önce hastaya dış merkezde önce şizofreni tanısı, daha sonra bipolar bozukluk tanısı konmuş. Yaklaşık 1 yıl önce ev arkadaşının karakterin değişiyor gibi geri bildirimde bulunması üzerine kişiliğinin değiştiğini fark etmiş. Disosiyatif bozukluk ön tanısıyla yatışı yapılan hastanın sekizden daha fazla sayıda kişiliği varmış. Yorgunken, kendisini kötü hissedince kişilikler arasında geçişleri olduğunu, geçişler olunca başına ağrılar girdiğini, bu kişiliklerin birbirinden haberi olduğunu belirten hasta kişilik değişimlerinin başka kişilerin yanında olmadığını belirtmiş. Çocukken sık sık hasta olurmuş ve iki ağabeyinden duygusal ve fiziksel şiddet görmüş. Servisimize yatışı sırasında hasta ilaçları azaltılarak kesilerek takip edilmiş. Hastada bipolar bozukluğa dair bir belirti ve servis içinde kişilik geçişleri gözlenmemiş.

Tartışma: Hastanın belirtileri saklama yerine anlatma eğilimi olması, ailesinin kişilik değişimi tariflememesi, servis içerisinde kişilik değişimi gözlenmemesi, yineleyici amnezilerinin olmaması, alter egoların birbirinin farkında olup birbiriyle konuşması, verdiği öykünün çelişkili olması, başka görüşmelerde farklı kişiliklerden bahsetmesi ve yeni belirtiler eklemesi, bu belirtileri kitabi şekilde ve güzel aldırmaizlikle anlatması sebebiyle disosiyatif kimlik bozukluğu tanısı dışlanmıştır. Olgumuzda belirtilerin atipik ve çeşitli olması, sürekli yeni belirtiler üretmesi, herhangi bir tanıya uymaması, dış merkezlerde farklı tanıları alması, hasta olma motivasyonunun yüksek olması, çocukluğunda ağabeylerinden fiziksel şiddet görmesi ve çocukken çok sık hasta olması sebebiyle yapay bozukluk tanısı düşünülmüştür.

Kaynaklar

1. E. Köroğlu, 2007, Temel Psikiyatri sf 393–410
2. M. O. Öztürk, 2015, 13. Baskı, sf 396
3. Erciyes Tıp Dergisi (Erciyes Medical Journal) 27 84 (2) 84–87, 2005: YAPAY BOZUKLUK: BİR OLGU SUNUMU
4. New/Yeni Symposium Journal Mayıs 2012, Cilt 50, Sayı 2 Daha Çok Psikolojik Semptom ve Bulguları Olan Yapay Bozukluk: Bir Vaka Sunumu

Anahtar kelimeler: yapay bozukluk, disosiyatif kimlik bozukluğu

PERİMENAPOZAL DÖNEMDE BAŞLAYAN BİR ŞİZOFRENİ OLGUSU

Ava Şirin Tav¹, Hatice Gönül¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Erenköy Ruh Sinir Hast. e. a. hastanesi

Giriş ve Amaç: Şizofrenisi olan kadınların %37 si 45–54 yaş aralığında tanı almaktadır (1,2). Menopozal dönemde ortaya çıkan şizofreninin mekanizması kesin olmamakla birlikte, Östrojen seviyesinin azalmasının etkili olduğu düşünülmektedir. Bu olguda daha öncesinde psikiyatrik şikayeti ve öyküsü olmayan hastada, premeopozal dönemle birlikte gelişmeye başlayan psikotik bozukluk irdelenmiştir.

Olgu: S. Ö. 45 yaşında, ilkokul mezunu, boşanmış, 2 çocuk sahibi, geçmişte 10 yıllık çalışan öyküsü olan, çocuklarıyla yaşayan kadın hasta. Tedaviye başlamadan yaklaşık 1 yıl önce başlayan şüphecilik, ses duyma, olmayan şeyler görme, vücudunda böceklerin gezindiğini söyleme ve sosyal medyadan takip edildiği düşüncesiyle başvurduğu psikiyatrist tarafından Risperidon 4 mg/gün, Sertralın 50 mg/gün tedavisi önerilmiş. Hasta yaklaşık 6 ay bu tedaviyi kullanmış, tedavi alırken görsel ve taktil halusinasyonları kısmen devam ediyormuş. Tedavi süreci sonrasında hasta kısmi iyilik halindeyken tedaviyi bırakmış. İlaçsız geçen 4 ay sürecinde psikoza şiddetlenen hasta ERSHH Acil Polikliniği'ne başvurdu. Psikotik Atak tanısıyla Haloperidol 10 mg, Biperiden 5 mg parenteral tedavi uygulandı. Alınan ayrıntılı anamnezde; hastanın ilk psikiyatrik şikayetlerinin 2 yıl önce menstrüel düzensizliğin başladığı döneme denk geldiği, 6 aydır menapozda olduğu, gittiği Jinekolog tarafından herhangi bir ilaç önerilmediği, geçmiş öyküsünde Östrojen replasman tedavisi kullanmadığı öğrenildi. Perimenapozal süreçte; sinirlilik, alınganlık, haksızlığa uğradığı şeklinde düşüncelerinin olduğu, ilerleyen dönemde televizyondan kendine mesajlar verildiği, sosyal medyadan kendine göndermeler yapıldığı, sokakta takip edildiği şeklinde düşünce bozuklukları, evde hayvan sesleri duymak şeklinde işitsel varsanılar, ışık çakmaları şeklinde görsel halusinasyonlarının başladığı öğrenildi. Bu dönemde uykularının doğal olduğu, enerji artışı tanımlamadığı, hezeyanları doğrultusunda anksiyetesi olduğu ve sosyal işlevselliğinin bozulduğu öğrenildi.

Özgeçmişinde özellik bulunmayan hastanın soy geçmişinde; annesinde 48 yaşından sonra başlayan psikoz öyküsü olduğu, 1 kere yatarak tedavi gördüğü, tedavi uyumunun iyi olmadığı, tedaviden kısmi fayda gördüğü öğrenildi. Hastanın diğer kız kardeşinin menopoza girdiği, Östrojen güçlendirme tedavisi kullandığı ve psikiyatrik bir hastalığının bulunmadığı öğrenildi.

DSM-V e göre; Şizofreni (Paranoid Tip) olarak değerlendirilen hastaya, Risperidon Consta 37,5 mg/14 gün, Paliperidon 6 mg/gün, Biperiden 2 mg/gün, tedavisi başlandı. Tedavinin 3. ayında hastalık belirtilerinde tam remisyon izlendi.

Tartışma: Şizofreni tanıları perimenopozal hastalarda yapılan çalışmalarda Östrojen seviyelerinin düşük olduğu premenstrüel dönemde psikiyatrik başvuruların daha fazla olduğu gösterilmiştir. (3) Yapılan çalışmalarda geç başlangıçlı kadın şizofreni hastalarında Östrojen güçlendirme tedavilerinin uygun olabileceği belirtilmektedir (4). Bu olguda yakın zamanda menopoza giren ve annelerinde menopoza birlikte geç başlangıçlı şizofreni öyküsü olan iki kızkardeşten, perimenopozal dönemde Östrojen replasman tedavisi kullanan kızkardeşte psikotik sendrom görülmezken, Östrojen replasman tedavisi kullanmayan kızkardeşte, annesine benzer şekilde psikoz gelişmesi açısından dikkat çekicidir. Östrojen güçlendirme tedavilerinin, kadın psikoz hastalarının kliniği üzerine etkisi için geniş kontrollü çalışmalara ihtiyaç vardır.

Kaynaklar

1. Gupta R, Assalman I, Bottlender R. Menopause and Schizophrenia. *Menopause International*. 2012; 18:10–14.
2. Alyosi A, Van Dyk K, Sano, M. Women's Cognitive and Affective Health and Neuropsychiatry. *Mt Sinai J Med*. 2006; 73:967–975.
3. Bergemann N, Parzer P, Nagl I, Sallbach B, Runnebaum B, MundtCh, Resch F. Acute psychiatric admission and menstrual cycle phase in women with schizophrenia. *Arch Womens Ment Health* 2002;5:119–126.
4. Bergemann N, Abu-Tair F, Strowitzki T. Estrogen in the treatment of late-onset schizophrenia. *J Clin Psychopharmacol* 2007;27:718–720.

Anahtar kelimeler: menapoz, şizofreni, psikoz, kadın, östrojen

“KRİZE MÜDAHALE”: BİR ERGEN PSİKİYATRİSİ POLİKLİNİĞİ DENEYİMİ

Talat Sarıkavak¹, Birsen Şentürk², Fatoş Apak², Meryem Dalkılıç², Gizem Özkan², Tezan Bildik²

¹Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilimdalı

²Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilimdalı

Giriş: Değişen yaşam koşullarıyla beraber ruh sağlığı alanında kriz yönetiminin önemi giderek artmaktadır. Ergenliğin gelişimsel özellikleri ile birlikte yaşam olaylarına verilen tepkiler ve ortaya çıkan belirtiler farklı olmaktadır. Bu nedenle her hastanın kendi özel koşulları içinde değerlendirilmesi, tedavinin düzenlenmesi ve krizin aşılmasında büyük önem arz etmektedir. Bu değerlendirmede de hastaların çok yönlü değerlendirilmesi ve multidisipliner yaklaşım tedavi yanıtı ve takibin sürdürülmesinde önem kazanmaktadır. Bu çalışmada, daha öncelikli ve acil olguların değerlendirilmesi amacıyla oluşturulmuş “Kriz Müdahale Polikliniği”nde değerlendirilen ergen hastaların sosyodemografik ve klinik özelliklerinin belirlenmesi, yapılan psikoterapötik ve farmakolojik girişimlerin gözden geçirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmaya 01 Eylül 2017–31 Ocak 2018 tarihleri arasında ilk kez Ege Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Polikliniği’ne başvuran ve Triyaj Polikliniği’nde öngörüşme sonrası Krize Müdahale Polikliniği’ne yönlendirilen hastalar dahil edilmiştir. Toplam 61 hasta belirlenmiş, dosya üzerinden sosyodemografik ve klinik özellikleri, yapılan müdahaleler, öntanılar, ölçek puanları, kesin tanıları, psikometrik değerlendirmeler, izleme devam durumları incelenmiştir.

Sonuçlar: Alınan 61 hastanın %64’ü kadın (n=39), %36’sı erkektir. Yaş ortalaması 15’tir. En sık başvuru nedeni özkıym girişimi, özkıym düşünceleri ve okul reddidir. Hastaların %52’si (n=32) Major Depresyon tanısı almıştır. İkinci sıklıktaki tanı %13 (n=8) Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğudur. En sık ektanı Madde Kullanım Bozukluğudur. Üç hastanın tedavisi kapalı servise yatışı sağlanarak yapılmış, bir hasta da tetkik amaçlı danışılan ‘Genel Pediatri’ tarafından yatırılmıştır.

Tartışma: Polikliniğe başvuru sonrası yapılan triyajla öncelikli hastaların değerlendirilmesi ve erken müdahale, özellikle ergen yaş grubunda büyük önem taşımaktadır. Çalışmada değerlendirilen grup, hem hayati hem psikososyal anlamda riskli olmakla beraber, çok yönlü ve multidisipliner yaklaşım hastaneye yatış oranının düşük kalmasını sağlamıştır. Yalnız ergenin değil, ailelerin de müdahalelere dahil edilmesi, değişimin çok taraflı ve hızlı olmasını sağlamış, krizin yerinde aşılmasını kolaylaştırmıştır.

Anahtar kelimeler: Ergen Psikiyatrisi, Kriz Yönetimi, Özkıym, Okul Reddi,

DÜŞÜK DOZ ESSİTALOPRAM KULLANIMI İLE İNDÜKLENEN AKATİZİ

Gülşah Meral Özgür¹, Onat Yılmaz¹

¹Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kasımpaşa Ek Hizmet Binası

Selektif Serotonin Geri Alım İnhibitörleri (SSGI) ile indüklenen akatizi vakaları literatürde sıkça raporlanmasına rağmen, bu yan etkiden farmakoloji textbooklarında yeterince bahsedilmemektedir. Sonuç olarak, SSGI kullanımı sonrasında ortaya çıkan akatizi tanısı sıklıkla atlanmaktadır. Literatür gözden geçirildiğinde; Fluvoksamin, Fluoksetin, Sertralin, Sitalopram gibi sık kullanılan selektif serotonin geri alım inhibitörlerinin akatiziye yol açtığı sıklıkla bildirilmiştir. SSGI'ların huzursuz bacak sendromu ve hareket bozukluklarına da yol açtığıyla ilgili yayınlar da bulunmaktadır. Oysa, essitalopram kullanımına bağlı akatizi çok nadir görülmektedir. Ve bu spesifik SSGI huzursuz bacak sendromu ve distoni gibi ekstrapiramidal sistem yan etkilerinden de çok nadir sorumludur.

Bu olguda, DSM-V kriterlerine göre “Depresif Bozukluk” tanısı almış 60 yaşında bir kadın hastada düşük doz essitalopramla indüklenen ciddi akatiziden bahsetmek istedik. Düzenli ilaç tedavisi almasını gerektirecek herhangi bir kronik hastalığı bulunmayan (nadir olarak hipertansiyon sebebiyle ACE inhibitörü alıyormuş) hastaya, ruhsal muayene ve psikometrik test sonrasında “depresif bozukluk” tanısı konulmuş olup, 5 mg/gün essitalopram başlandı ve 3 hafta düzenli kullanım sonrası akatizi sebebiyle kontrol muayenesi amacıyla tarafımıza başvurdu. Hasta; yerinde duramadığını, iki dakikadan fazla oturup örgü öremediğini, günlük işlerini devam ettirmekte zorlandığını ifade etmiş, yapılan fizik muayenede de distoni tespit edilmiştir. Barnes Akatizi Değerlendirme Ölçeği (The Barnes Akathisia Rating Scale (BARS))’ne göre 5 puan almış, test sonucu “ciddi akatizi” olarak yorumlanmıştır. İlaç yan etkileri Naranjo’nun ilaç yan etki olasılığı ölçeği (Adverse drug reaction (ADR) probability scale) ile değerlendirilmiştir. Bu ölçeğe göre 9 ve üzeri puan kesin (definite), 5–8 puan arası kuvvetle muhtemel (probable), 1–4 puan arası olası (possible), 0 puan şüpheli olarak değerlendirilmektedir. Olgumuz bu ölçeğe göre değerlendirildiğinde; 7 puan almış olup muhtemel olarak yorumlanmıştır. Hastanın semptomları ilaç derhal kesilmesine rağmen devam etmiştir. Medazepam tedavisi başlandıktan sonra hızla iyileşme göstermiştir. Takipleri sonrası yapılan son görüşmede bütün semptomlar ortadan kalkmıştı. Yeni jenerasyon antidepressanlar ekstrapiramidal semptomlarla nadir olarak ilişkilendirilse de, bu gibi olumsuz etkilerin tanınlanması yüksek bir şüphe endeksi gerektirir.

Semptomların erken tanınması ve sebep olan ilacın kesilmesi ile kısa süreli benzodiazepinler, beta blokörler veya antikolinerjikler ile desteklenmesi hastayı bu sıkıntı verici semptomdan hızla kurtarabilir. Akatizinin tanınlanması rahatsız edici bir semptom olması ve suicidal düşüncelere yol açabilmesi sebebiyle oldukça önemlidir. Akatiziyi atlamamak için hastanın semptomları mutlaka sorgulanmalı, predispozan faktörler gözden geçirilmeli ve şüphelenilen hastalara Barnes Akatizi Değerlendirme Ölçeği verilmelidir.

Anahtar kelimeler: İlaçla indüklenen akatizi, Essitalopramla indüklenen EPS, SSGI ile indüklenen akatizi, SSGI ile indüklenen EPS

GLOBUS HİSTERİKUS TANISI ALAN 12 YAŞ ERKEK ÇOCUKTA FLUOKSETİN TEDAVİSİ: NADİR BİR OLGU SUNUMU

Yakup Erdoğan¹, Evrim Aktepe¹

¹Süleyman Demirel Üniversitesi

Giriş: Globus histerikus, yutkunmayla ilişkili olarak boğazda yumru yada yabancı cisime ait bir takılma hissi varlığı ile karakterize bir konversiyon bozukluğudur. Globus histerikus ilk olarak John Purcell tarafından 1707'de tanımlanmıştır. Etiyolojisinde birçok faktörün rol oynayabileceği öne sürülmüştür. Globus histerikus insidansı tam bilinmemekle birlikte, toplumda %3–10 oranında görülebildiği belirtilmektedir. Yetişkinlerde daha sık olmakla birlikte çocuklarda nadiren görülmektedir. Bu yazıda boğazda yumru ve takılma hissi şikayetleri ile başvuran 12 yaşında bir erkek olgu sunulmuştur.

Olgu: 12 yaş erkek olgu çocuk gastroenteroloji tarafından globus histerikus ön tanısı ile tarafımıza yönlendirildi. Olgu ile yapılan görüşmede yaklaşık 3 aydır boğazında yumru ve takılma hissettiği, bu nedenle çocuk gastroenteroloji polikliniğine başvurusunun olduğu ve yapılan klinik muayene ve tetkiklerde (servikal direkt grafi ve endoskopi) herhangi bir organik patoloji saptanmadığı öğrenildi. Olgunun daha önce psikiyatrik başvurusu ve kronik bir hastalığının olmadığı belirlendi. Ebeveynlerinin özeğçisinde herhangi bir psikiyatrik hastalık, kronik hastalık, geçirilmiş ciddi bir hastalık ve kaza öyküsü yoktu. A lınan anamneze göre olgunun özellikle katı besinleri yemeden önce yoğun anksiyete yaşadığı ve yutmakta zorlandığı öğrenildi. Katı besinleri yemekten kaçındığı için 3 ay içerisinde yaklaşık 3–4 kilo verdiği saptandı. Yapılan psikiyatrik muayenede hastanın kaygı düzeyinin yüksek olduğu gözlemlendi. Düşünce içeriğinde besinleri yutma ile ilgili yoğun kaygılı düşünceleri mevcuttu. Yapılan psikiyatrik görüşme ve değerlendirmeler sonucu, DSM-5 tanı kriterlerine göre globus histerikus tanısı düşünülerek fluoksetin 10 mg/gün başlandı. Fluoksetin dozu takiplerde kademeli olarak 20 mg/gün'e çıkıldı. Hasta ile 2 ay sonra yapılan görüşmede takılma hissinin %80 oranında azaldığı, anksiyete belirtilerinde belirgin gerileme olduğu saptandı. Takipler sırasında olguda ilaca bağlı herhangi bir yan etki gözlemlenmedi.

Tartışma: Globus hissi, yetişkinlerde yaygın olmakla birlikte çocuklarda nadirdir ve gerçek bir yabancı cisim varlığını veya diğer özofagus patolojisini dışlamak için uygun tanı değerlendirmesini gerektirir. DSM-5 tanı kriterleri arasında yutma belirtileri olması, klinik açıdan belirgin sıkıntıya yol açması ve başka bir sağlık durumu ile daha iyi açıklanamaması maddeleri yer almaktadır. Organik etyolojinin bulunmaması, globus histerikus tanısı için önemli bir dışlama kriteridir. Sunduğumuz olguda boğazda takılma ve yumru hissi mevcuttu. Yapılan organik tetkikler normal olarak saptanmış ve olgumuz psikiyatrik tedaviye yanıt vermiştir. Literatür bilgilerimize göre vakamız çocuk yaş grubunda globus histerikus tanısı alıp fluoksetin tedavisinden belirgin olarak fayda gören ilk vakadır.

Anahtar kelimeler: Globus histerikus, çocuk, fluoksetin

ŞİZOFRENİ HASTALARINDA İNTİHAR GİRİŞİMİ VE SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERLE İLİŞKİSİ

Vefa Erbasan¹, Memduha Aydın¹, Bilge Çetin İlhan², Rukiye Tekdemir¹, Yusuf Çokünlü², Kürşat Altınbaş¹

¹Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı

²Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği

Amaç: Şizofreni hastalarında intihar riskinin toplumdan 20–50 kat daha fazla bulunduğu bildirilmiştir (1). İntihar oranları ile sosyodemografik ve klinik özellikler arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırmalarda (2,3,4); beyaz ırk, erkek cinsiyet, 30 yaşından küçük olma, işsizlik, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü, eş zamanlı alkol ve madde kötüye kullanımı, klinikte yatış süresinin uzun ve yatış sayısının fazla olması, yakın zamanda yakın kaybının olması, sosyal destekten yoksun olma, iç görünümün yüksek olması, yüksek eğitim düzeyi, daha önce intihar girişiminde bulunma, eşlik eden hallüsinasyon ve sanırlarının bulunması, depresyon ve umutsuzluk arasında anlamlı ilişki olduğu öne sürülmüştür. Bunun yanı sıra, şizofreni hastalarının beden bütünlüğüne daha çok zarar veren ciddi yöntemler kullandığı gösterilmiştir (5). Biz de bu çalışmada şizofreni hastalarında; sosyodemografik veriler, yaşam nitelikleri, toplumsal işlevsellikleri ve klinik özelliklerinin intihar girişimi ve yöntemi ile ilişkisini değerlendirmeyi amaçladık.

Yöntem: Çalışmaya Ocak 2014-Ocak 2017 tarihleri arasında Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Beyhekim Psikiyatri Kliniğinde ve Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Kliniğinde yatarak tedavi gören şizofreni tanılı hastalar alınmıştır. Veri toplama aracı olarak araştırmacılar tarafından hazırlanan “Sosyodemografik veri soru formu” kullanılmıştır. Veri soru formu doldurulurken bilgiler çoğunlukla hastanede dosya kayıtları, hastane çıkış özeti incelemelerinden elde edilmiştir.

Bulgular: Örneklemimizin cinsiyet dağılımına baktığımızda; erkek oranının (%61,3, n=206) kadınlardan (n=130 %38,7) daha fazla olduğu saptandı. Örneklemimizin ortalama yaşı 41,5±11,5 idi. Medeni durum değerlendirildiğinde yaklaşık yarısının bekar olduğu (n=173, %51,5), örneklemimizin 1/3'ünün ilk öğretimden sonra eğitime devam etmediği (%35,1 n=118), büyük çoğunluğunun ailesi ile birlikte (%72, n=242) ve il merkezinde (%60,1, n=202) yaşadığı saptandı. Hastaların yaklaşık 3'te 1'i (%33) hastalık süresi boyunca 5 kereden fazla hastaneye yatırılarak tedavi gördüğü saptandı. Örneklemimizin intihar oranına baktığımızda; %34,8'inin (n=117) en az bir kere intihar girişiminde bulunduğu ve intihar girişiminde bulunanların 1/3'ünden fazlasının (%38,8, n=45) tekrarlayan intihar girişiminde bulunduğu görülmüştür. En sık tercih edilen intihar yöntemi; ilaç içme (%31,9 n=37) ve yüksekten atlama %10,3 (n=12) bulunmuştur. Cinsiyete göre intihar girişimi varlığı değerlendirildiğinde; kadınlarda (%43,1) intihar girişiminde bulunma oranları erkeklerden (%29,6) anlamlı derecede yüksek (p=0,01, ki-kare=6,37) bulundu. İntihar girişiminin medeni durum (p=0,16, ki-kare=3,66), öğrenim düzeyi (p=0,24, ki-kare=1,39), yaşadığı yer (p=0,13, ki-kare=5,59) ve kimlerle yaşadığına (p=0,22, ki-kare=4,47) göre karşılaştırıldığında anlamlı fark saptanmamıştır. Yatış sayısına göre intihar girişimi değerlendirildiğinde; hastalık süresi boyunca 5'ten fazla yatışı olanlarda intihar oranı anlamlı derecede daha fazlaydı (p=0,03, ki-kare=4,8). Cinsiyete göre intihar yöntemi değerlendirildiğinde anlamlı fark saptanmadı (p=0,62).

Tartışma ve Sonuç: Önceki çalışmalarla benzer intihar girişim oranına sahip hastalarımızın 1/3'ünden fazlasının tekrarlayan intihar girişimleri olması göz önünde bulundurulduğunda; intihar

girişim öyküsü bulunan hastaların daha dikkatli izlenmesi gerekebilir. Önceki çalışmalardan farklı olarak, hastalarımızdaki intihar girişimi oranları cinsiyete göre değerlendirildiğinde kadınlarda anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Eğitim düzeyi de dahil olmak üzere hastalar arasında sosyo-demografik özellikler ile intihar girişimi arasında anlamlı fark bulunamasa da konuyla ilgili olarak daha geniş örneklemliler izlem çalışmaları bu sonucu değiştirebilir.

Anahtar kelimeler: şizofreni, intihar girişimi, sosyodemografik özellikler

BİPOLAR BOZUKLUKTA İLK HASTALIK DÖNEM TİPİNİN KLİNİK SEYRE ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Barış Şen¹, Kürşat Altınbaş¹

¹Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı

Giriş ve amaç: Bipolar bozukluk tekrarlayıcı duygudurum dönemleri ile seyreden yaygın bir kronik hastalıktır ve hastaların yaklaşık %80'i ilk duygudurum döneminden sonra ilk iki yıl içerisinde yeni bir hastalık dönemi yaşamaktadır.1 Bipolar bozukluğun manik ve depresif dönemlerinin paterni ve dağılımı üzerine yapılan çalışmalar tanısız, prognostik ve terapötik öneme sahiptir.2 Çalışmamızda bipolar hastaların ilk epizod tipi ve polaritelerine göre klinik seyirlerini ve sosyodemografik özelliklerini değerlendirmeyi amaçladık.

Yöntem: Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde 01,06,2017–01,02,2018 tarihleri arasında bipolar duygudurum bozukluğu dal polikliniğine başvuran 64 hastanın ilk epizodları, hastaların sosyodemografik ve klinik özellikleriyle tıbbi kayıtları üzerinden karşılaştırılmıştır. T testi, ki-kare testi ve annova testi kullanılmıştır.

Bulgular: Hastaların ortalama yaşı 36,4 (±13,9) yıl ve %64,5'i (n: 40) kadınlardan oluşmaktadır. Hastaların büyük çoğunluğu (%81,3, n: 52) bipolar duygudurum bozukluk tip-1 tanısıyla takip edilmektedir. Dal polikliniğinde takip edilen hastaların yarısından fazlasının (%54,7 n: 35) medeni durumu evliydi. Eğitim yılları ortalamaları 10,7±4,8 yıl olarak saptanmıştır. Hastaların toplam hastalık süresi minimum 1 yıl, maksimum 48 yıl, ortalama 8 yıl olarak saptanmıştır. Hastaların ilk hastalık dönemlerinin tipine göre gruplandırıldığında %56,3'ü (n: 36) mani-hipomani olarak tespit edilmiştir. Hastaların ilk epizod tipiyle cinsiyetleri karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. (p: 0,44, x²:0,01) İlk epizod türüne göre hastaların yaşları kıyaslandığında gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. (p: 0,39, t: 0,88) Hastaların ilk epizod tipine göre başlangıç yaşı ve hastalık süresi açısından gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. (p: 0,51, t: 0,68; p: 0,77, z: 0,29) İlk epizod türüne göre mani-depresyon sayıları kıyaslandığında, ilk epizodu mani olanların daha çok mani, ilk epizodu depresyon olanların daha çok depresyon yaşadığı anlaşılmıştır. (p<0,001, z: 3,6; p<0,02, z: 2,3) ancak ilk dönemi mani olanların manik polar olma oranı, ilk dönemi depresyon olanların depresif polar olma oranlarından fazla olduğu dikkati çekmektedir. Hastaların ilk epizod türüne göre toplam yatış süreleri karşılaştırıldığında anlamlı farklılık saptanmamıştır. (p: 0,87, z: 0,17) Hastaların polarite dağılımları değerlendirildiğinde yarısından fazlası (%53,1 n: 34) manik polardı. Polariteye göre toplam epizod sayısı, yaş ve hastalık başlangıç yaşları karşılaştırıldığında anlamlı farklılık saptanmamıştır. (p: 0,17, p: 0,24, p: 0,44)

Tartışma ve sonuç: Bipolar hastalığın ilk epizod tipi hastalığın klinik seyri, tedaviye yanıt ve toplam dönem sayısı ile yakından ilişkilidir. Çalışmamızda hastaların ilk epizod tipi yarısından fazlasında mani-hipomani şeklinde olsada literatürde^{3,4} depresif başlangıç oranlarının daha fazla olduğu dikkati çekmektedir. Bu durum küçük bir örneklem olmasıyla ilgili kısıtlılıklardan kaynaklanıyor olabilir. Bulgularımızdan, ilk epizodu mani olanların daha çok mani, ilk epizodu depresyon olanların daha çok depresyon yaşadığı dikkati çekmektedir. Son yıllarda yayınlanan çalışmalarda benzer sonuçlar dikkati çekmektedir.5 Çalışmamızda ilk epizod tipi ve polaritenin hastalık süresi ve epizod sayısını etkilemiyor gibi görünse de literatürde depresif epizodla başlayan hastaların daha

hızlı döngülü olduğu, intihar girişimin daha fazla olduğu, psikotik belirtilerin daha az olduğu saptanmıştır.⁶ Bu durum örneklemin küçük olması ve bir üniversite hastanesinde yapılıyor olmasıyla ilgili olduğu düşünülmüştür. Bu yüzden daha büyük bir örnekleme izlem çalışmaları yapılması gerekmektedir.

Anahtar kelimeler: Bipolar, ilk epizod, klinik seyir

HASHİMOTO TİROİDİTİNE BAĞLI PSİKOTİK ÖZELLİKLİ DEPRESYON VE HASHİMOTO ENSEFALOPATİSİ AYIRICI TANISI: BİR OLGU SUNUMU

Hasan Mervan Aytaç¹, Mustafa Göker¹, Aysun Soysal¹

¹Bakırköy Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Amaç: Hashimoto tiroiditi tiroid bezlerini tutan otoimmün bir hastalık olup major depresyon, anksiyete bozukluğu ve psikotik bozukluk gibi birçok psikiyatrik hastalıkla ilişkilidir. Hashimoto ensefalopatisi de yüksek antitiroid antikor titreleri ile ilişkili, otoimmün etiyojolojiye bağlı olduğu düşünülen ve steroid tedavisi ile düzelen bir tablo oluşturur. Klinik bulgular, inme benzeri epizotlar, nöbet, bilinç bozukluğu gibi akut bir şekilde ya da demans, psikoz gibi tablolarla seyredebilir. Biz bu olgu sunumunda 41 yaşında, psikotik depresif özellikler sergileyen ve sonrasında hashimoto tiroiditi tanısı alıp tedavi edilen bir vakayı hashimoto ensefalopatisi ayırıcı tanısı da yaparak sunacağız.

Olgu: 41 yaşında, kadın hasta, 3 yıllık evliliğin ardından boşanmış, 1 erkek çocuk annesi, yaklaşık 2 senedir az konuşma, içe kapanma, evden çıkamama, insanlardan şüphelenme ve iletişim kurmama şikayetleri ile 2 defa psikiyatri polikliniği başvurusu olmuş. Tedavilere yeterli yanıt vermeyen ve son dönemde depresif semptomları ilerleyip affekti küntleşen hastanın sorulan sorulara verdiği yanıtların reaksiyon süresi uzamıştı. Kendini dış dünyaya tamamen kapatan ve psikiyatri tarafından çekilen EEG'sinde her iki temporoparietal bölgede teta frekansında yavaş dalgalar izlenip nörolojiye yönlendirilen hasta ensefalit ön tanısıyla nöroloji servisine yatırılmıştır. Hastanın yatışında alınan kanda bakılan hemogram ve biyokimya değerlerinde TSH yüksekliği ve T4 düşüklüğü saptanmış olup dahiliye konsultasyonu ile istenen TPO ve anti tg yüksekliği sonucunda hastada hashimoto tiroiditi mevcut olduğu anlaşılmıştır. Ön tanı olarak hashimoto tiroiditine bağlı psikotik özellikli depresyon düşünülen hasta, sertralın 100 mg/gün, amisülpirid 400 mg/gün ve levotiroxin 100 mcg/gün tedavisiyle takip edilmeye başlanmıştır. Ensefalit taraması için LP yapılan hastanın BOS örnekleminde hücreye rastlanılmayıp, örneklemin protein ve glukoz değerleri normal sınırlar içerisinde bulunmuştur. Boriella, brucella ve tüberküloz tetkikleri, otoimmün ensefalit ve atipik hücre taraması da negatif gelen hastanın kanda bakılan trombosit paneli ve vaskülit panelindeki-ANA pozitifliği dışındaki değerleri de negatifti. Kontrastlı kranial MR görüntülemesinde sol posteriora leptomeningeal tutulum saptanmış olup sarkoidozu dışlamak amacıyla sırasıyla ölçülen serum & BOS ACE seviyesi ve 24 saatlik idrar Ca seviyesi normal sınırlar içerisindeydi. Çekilen tüm vücut PET görüntülemesinde de tiroid hiperaktivitesi mevcut olan hastanın klinikteki takiplerinde affektinin düzelmeye başlayıp çevresiyle iletişim kurduğu gözlemlendi. Depresif semptomları gerileyen hastanın konuşma hızı ve miktarı normale dönmüş, şüpheliği ve zarar görme korkusu da ortadan kaybolmuştu.

Tartışma: Tabloda generalize nöbetleri, fokal nörolojik defisitleri ve myklonik kasılmaları olmayan, klinikteki takiplerinde konfüzyon ve somnolansa rastlanılmayan, BOS protein konsantrasyonunu normal sınırlar içerisinde olan ve tedavide steroide gerek kalmadan remisyona ulaşılan hasta için tanıda hashimoto ensefalopatısından uzaklaşmıştır. Hashimoto ensefalopatisi tanısı alan olguların kliniğinin steroid tedavisine dramatik yanıt verdiği iyi bilinmektedir. Bu nedenle ayırıcı tanıyı doğru yapmak semptomatolojisi birbirine çok benzeyen fakat tedavileri oldukça farklı olan bu tabloları doğru yönetmek açısından önem arz etmektedir.

Anahtar kelimeler: hashimoto, tiroidit, ensefalopati, depresyon

TÜRKİYE'DE ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNİN İNTERNET BAĞIMLIĞINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER

İtır Tarı Cömert¹, Seda Uğraş¹, Emel Hülya Yükseloğlu¹

¹*İstanbul Üniversitesi*

²*Fatih Sultan Mehmet Üniversitesi*

İnternet bağımlılığı kişinin interneti aşırı derecede kullanmasını önleyememesi olarak genellikle tanımlanmaktadır. İnternete bağlı olmaksızın geçirilen zamanın kayıp zaman olarak görülmesi, aşırı gerginlik ve saldırganlık hali, işin, sosyal hayatın ve aile hayatının kademeli olarak bozulması olarak tanımlanabilir. İnternetin sorunlu kullanımı 1990'ların başından bu yana akademik literatürde tartışma konusu olmuştur. Türk ergen ve genç yetişkinlerde İnternet kullanımı hızla artmış ve diğer toplumlarda olduğu gibi günlük yaşamın önemli bir parçası olmuştur. Son zamanlarda internet kullanan ergenlerin sayısı hızla artmaktadır.

Bu çalışma Türkiye'de Gaziantep ve İstanbul illerinde ikisi vakıf ikisi devlet olmak üzere dört farklı üniversitede yürütülmüştür. Araştırmaya katılan 1203 üniversite öğrencisinden 677'si (%56,7) kadın ve 518'i (%43,3) erkektir, 8'i (0,7) kayıp veridir. Öğrencilerin ortalama yaşı 20,22'dir (Sd: 2. 17). Katılımcılara Ergen Demografik Veri Formu ve İnternet Bağımlılığı Ölçeği uygulanmıştır. Araştırmanın modeli rastgele küme örnekleme yöntemidir.

Araştırmanın ilk ve ikinci sorularının bulgularına göre; Türkiye'de üniversite öğrencilerinin internet bağımlılığı prevalansı orta derecededir. Buna ek olarak, facebook, twitter gibi sosyal medya hesaplarını kullanan öğrencilerin internet bağımlılığı düzeyi diğerlerinden daha yüksektir. Ayrıca sonuçlara göre, öğrenciler görevlerini yapmak için ve daha sonra sosyal medyaya girmek için interneti kullanmışlardır. Son olarak da web de gezinip e-postalarına bakmaktadırlar. Erkek öğrencilerin internet kullanım oranı kızlardan anlamlı derecede yüksektir. Bu sonuç, yurtiçi ve yurtdışında yürütülen diğer çalışmaları desteklemektedir. Kendi evlerinde veya öğrenci evlerinde kalan öğrencilerin internet bağımlılığı puanları yurtlarda kalanlardan önemli derecede yüksektir. Bulgulara göre, yüksek sosyo-ekonomik düzey ve düşük sosyo-ekonomik düzeydeki öğrenciler internete benzer oranlarda ulaşmaktadır.

Anahtar kelimeler: internet bağımlılığı, üniversite öğrencisi, internet erişimi, sosyal medya.

TEDAVİYE YETERLİ YANIT VEREN VE YETERSİZ YANIT VEREN BİPOLAR MANİK ATAĞA HSCRP, CEA, WBC DÜZEYLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Mahmut Bulut¹, Songül Çatır², Mehmet Güneş¹, Mehmet Cemal Kaya¹, İbrahim Kaplan³, Mustafa Özkan¹

¹Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı

²Vanşehir Devlet Hastanesi

³Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyokimya Anabilim Dalı

Amaç: Bu çalışmamızdaki amacımız poliklinikten veya yatarak takip edilen Bipolar bozukluğu olan hastalarda hastalık patolojisiyle ilgili olabileceğini düşündüğümüz serum hsCRP, CEA, WBC, lenfosit seviyeleri ile tedaviye yeterli yanıt veren ve vermeyen mani arasındaki ilişkiyi araştırmaktır.

Gereç ve Yöntem: Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Psikiyatri Anabilim Dalına 2015 Mayıs ile 2016 Ağustos ayları arasında başvuran 18–65 yaşları arasında DSM-5 ölçütlerine göre Bipolar bozukluk I tanısı almış ve tedavi gören 60 hasta ile 30 sağlıklı kontrol grubu aydınlatılmış onamları alındıktan sonra çalışmaya dahil edildi. Hasta seçerken akut mani atağında olup en az 6–8 hafta tedavi alan hastalar değerlendirildi. Tedavi koşulu olarak da son aldığı ilaçlarının en az birinin duygudurum düzenleyicisi ve en az birinin antipsikotik ilaç olmasına dikkat edildi. 3 grup oluşturuldu.

Grup 1: 30 sağlıklı gönüllü (kontrol grubu), **Grup 2:** manik atak tedaviye yeterli yanıt veren 30 hasta ve **Grup 3:** manik atak tedaviye yetersiz yanıt veren 30 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Hastalara; Onam Formu, Sosyodemografik Veri Formu, Young Mani Değerlendirme Ölçeği, Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği, Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği, Klinik Global İzlem Ölçeği (CGI). Verilerin analizinde SPSS 18.0 istatistik paket programı kullanıldı.

Bulgular: Çalışmamızda hastaların sosyodemografik verileri incelendiğinde yaş, cinsiyet, medeni hal, eğitim, yaşadığı yer, sigara kullanımı, tüm gruplarda birbirine yakın olduğu istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptandı ($p>0,05$). Tedaviye yetersiz yanıt veren hasta gruplarında alkol ve madde kullanım öyküsünün daha fazla olduğu ve istatistiksel olarak ise anlamlı olmadığı saptandı ($p>0,05$). Gruplar arasında çalışma durumu istatistiksel olarak karşılaştırıldığında anlamlı farklılık bulundu ($p<0,05$). Grup 3 hastalarında işlevselliğin bozulduğu saptanmıştır.

Gruplar arasında madde kullanım öyküsü, alkol kullanımı açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p=0,117$). Gruplar arasında sigara kullanımı grup 3 hastalarında anlamlı derecede yüksekti ($p<0,05$).

Grup 1 kontrol grubu ve hasta grupları (Grup 2 ve Grup 3) arasında YMDÖ ortalama toplam puanı, HDDÖ ortalama toplam puanı, HADÖ ortalama toplam puanı, KGI-S ortalama puanı karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p<0,05$). Grup 3'te ölçek puanları daha yüksekti.

Her 3 grubun hastalarının hsCRP, CEA, WBC, LENFOSİT değerlerinin karşılaştırılması sonucu Grup 3'te hsCRP, CEA, LENFOSİT değerlerinin yüksek olduğu gözlenmiştir ancak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Gruplar arası WBC değerleri karşılaştırıldığında Grup 3 WBC değerleri diğer 2 gruptan istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksekti ($p<0,05$). Yapılan karşılaştırmada WBC ile klinik ölçekler arasında anlamlı ilişki saptanmıştır ($p<0,05$).

CEA seviyeleri ile YMDÖ arasında pozitif korelasyon saptandı.

Sonuçlar: Bu çalışmadaki verilere göre, bipolar bozukluk I tanısı olan hastaların tedaviye yetersiz yanıt veren manik atak ve tedaviye yeterli yanıt veren hastaların, sağlıklı kontrollerden daha şiddetli inflamasyonu olabilir. Nitekim çalışmamızdan çıkan sonuç Grup 2 ve Grup 3 hastalarında kontrol grubuna oranla hsCRP, CEA, WBC, Lenfosit değerlerinin yüksek olduğu gözlenmiştir. Ancak, sonuçları etkileyebilecek bir çok faktör olabilir ve bu çalışmadaki bulgular gelecekte yapılacak çalışmalarla desteklenmelidir.

Anahtar kelimeler: Anahtar sözcükler: Bipolar Bozukluk, tedaviye yetersiz yanıt, inflamasyon, hsCRP, CEA, WBC

ESRAR KULLANIMIYLA İLİŞKİLİ GELİŞEN PANİK BOZUKLUK; BİR OLGU SUNUMU

Mahmut Selçuk¹

¹Balıkesir Devlet Hastanesi

Esrar kullanımı ile daha çok agorafobi, depresyon, psikoz, depersonalizasyon, deliryum benzeri durumlar ile ilişki kurulmuştur. Bununla birlikte literatürde esrar kullanımının panik atak meydana getirebileceği ile ilgili yayınlar az da olsa bulunmaktadır. Tek doz esrar kullanımının da panik bozukluk geliştirebileceğine dair olgu sunumları vardır (1,2,3). Biz de daha önceden panik atak öyküsü bulunmayan fakat esrar kullanmaya başlamasıyla beraber panik atak geliştiren ve sonrasında panik bozukluk kriterlerini karşılayan bir olguyu sunmak istedik.

Olgu: 17 yaşında, lise öğrencisi, ailesiyle yaşayan ve daha önceden bilinen herhangi bir psikiyatrik rahatsızlığı bulunmayan erkek hasta kalp çarpıntısı, nefes almada güçlük ve sık nefes alma, baş dönmesi, el ve ayakta uyuşma hissi, kalp krizi geçirme düşüncesiyle acil servise başvurmuş. Kişinin acil servisteki muayenesinde taşikardi ve tansiyon yüksekliği saptanmış. Yapılan kardiyolojik, dahili muayene ve EKG, kan glikoz düzeyi, tam kan sayımı, tam biyokimya, kardiyak enzimler ve tiroid fonksiyon testlerinin normal bulunmasından sonra anksiyete bozukluğu ön tanısıyla psikiyatri polikliniğine sevk edilmiş. Psikiyatrik muayenesinde bilinç açık, yönelimi tam, davranışları huzursuz, duygulanım anksiyözdü ve çağrışımları normaldi. Yargılama ve gerçeği değerlendirmesi normal olup, beklenti kaygısı şeklinde atakların yeniden geleceği korkusunu ifade ediyordu. İç görüşü tamdı. Esrar kullanmaya arkadaş ortamında başladığını, sigara kağıdına sarma şeklindeki ilk 3 esrar kullanımında hafif nazal akıntı dışında şikayeti olmadığını, dördüncü esrar kullanımında mevcut şikayetleri nedeniyle kalp krizi geçirdiği düşüncesiyle acil servise başvurduğunu fakat doktorlara esrar kullanımından bahsetmediğini ifade etti. Hastaya DSM-5 kriterlerine göre Panik Bozukluk tanısıyla essitalopram 5 mg/g başlanıldı. 2 ay ataksız dönemden sonra mevcut ilaç tedavisine devam ederken, iyileştiği düşüncesiyle ve arkadaş ortamının etkisiyle 1 kez daha esrar kullanımı olan hastanın sonrasında panik atağının tekrarladığı öğrenildi. Son 3 aydır esrar kullanımı ve panik atağı bulunmamakta ve halen tedavisine essitalopram 10 mg/g olarak devam edilmektedir.

Tartışma: Olgumuzda ilk panik atağın esrar kullanımı sırasında meydana gelmesi, esrar kullanımını bırakmasıyla atakların durması ve psikiyatrik tedavisine devam ederken tekrar tek doz esrar kullanımıyla panik atağın tekrarlamasından dolayı zamansal bağlantı nedeniyle esrar kullanımıyla panik atak arasında ilişki kurmak mümkündür. Bununla birlikte benzer şikayetlerle gelebilecek anemi, hipotiroidi, hipoglisemi ve ritm bozuklukları kardiyolojik ve dahili muayene ve tetkiklerle dışlanmıştır. Panik atağın daha çok deneyimsiz kullanıcılarda ve esrarın ilk kullanım dönemlerinde ortaya çıktığı ile ilgili çalışmalar bulunmaktadır (2,3,4). Bu sebeple acil servise ya da polikliniklere panik atakla başvuran kişilerde esrar kullanım öyküsünün sorgulanması önem arz etmektedir.

Kaynaklar

1. Margraf J, Schneider S. Panik. Angstanfalle und Ihre Behandlung. Berlin: Springer-Verlag, 1990.
2. Moran C. Depersonalization and agoraphobia associated with marijuana use. Br J Med Psychol 1986; 59:187-196.

3. Ströhle A, Müller M, Rupprecht R. Marijuana precipitation of panic disorder with agoraphobia. *Acta Psychiatr Scand* 1998; 98:254–255.
4. Macfadden W, Woody G E. Cannabis related disorders. In: *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Sadock BJ, Sadock VA, (Eds). 7th Ed, New York: Lippincott Williams & Wilkins Press, 2000; 990–999.
5. Ögel K, Tamar D, Çakmak D. Madde kullanımı sorununda Türkiye'nin yerine bir bakış. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1998; 9:301–307.

Anahtar kelimeler: esrar, panik bozukluk, beklenti kaygısı

DEPRESYON HASTALARINDA YEME BAĞIMLILIĞI, METABOLİK PARAMETRELERLE İLİŞKİSİ, DİĞER PSİKİYATRİK BOZUKLUKLARLA BİRLİKTELİĞİ

Merve Barut¹, Mustafa Solmaz¹, Oğuz Karamustafaloğlu²

¹Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği

²Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği

³Mustafa Solmaz, merve Barut; Oğuz Karamustafaloğlu

Yeme bağımlılığı son yıllarda gündemde olan, kişilerin özellikle yüksek karbonhidrat ve yüksek yağ içeren gıdaları tüketim konusunda kendini kontrol edememesi ile karakterize ciddi bir sağlık sorunudur. Yapılan çalışmalar özellikle obez ve aşırı yemek yiyen bireylerde yemenin bir tür bağımlılığa dönüşebildiğini ileri sürmekte ve bu kişilerde gözlenen davranışların bağımlılıkta sıklıkla gözlenen aşırı istek, yoksunluk, tolerans gibi temel belirtilerle örtüşebildiği belirtilmektedir. Bu çalışmada biz, Bağcılar EAH psikiyatri polikliniğine başvuran major depresyon tanılı hastalar ile sağlıklı bireyler arasında yeme bağımlılığı görülme oranlarını belirlemeyi, yeme bağımlılığının metabolik parametrelerle (açlık kan şekeri, trigliserit, LDL-HDL-VLDL kolesterol) ilişkisini saptamayı ve major depresyona eşlik eden diğer psikiyatrik bozuklukların yeme bağımlılığına etkisini görebilmeyi amaçladık. Bağcılar EAH psikiyatri polikliniğine başvuran major depresyon hastaları ve sağlıklı kontroller için hazırlanan ölçekler; sosyodemografik veri formu, komorbid psikiyatrik bozukluklar açısından DSM IV Eksen I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşme ölçeği (SCID-I), yale yeme bağımlılığı ölçeği ve beck-depresyon ölçeği olmak üzere dört bölümden oluşuyor. Ayrıca Bağcılar EAH psikiyatri polikliniğine başvuran major depresyon hastalarının metabolik parametrelerini (açlık kan şekeri, trigliserit, LDL-HDL-VLDL kolesterol) içeren laboratuvar tetkikleri araştırmaya özel olarak çalışmanın yürütücüsü tarafından istenecektir.

Anahar kelimeler: yeme, bağımlılığı, depresyon, gece yeme sendromu, metabolik parametreler

AIDS FOBİSİ: BİR OLGU SUNUMU

Onur Ünal¹, Gülin Özdamar Ünal²

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği

²Palandöken Devlet Hastanesi Psikiyatri Kliniği

Giriş: Kan, kan ürünleri ve kanlı vücut sıvılarının direkt teması ya da iğne ve sivri uçlu kesici aletler aracılığı ile en az 20 farklı enfeksiyon etkeni bulaşabilmektedir. Bu etkenler arasında ilk sırayı virüsler alırken, güncel olarak sıklıkla hepatit B virüsü (HBV), hepatit C virüsü (HCV) ve Human Immunodeficiency Virus (HIV)'ün bulaş gözlenmektedir. Temas sonrasında, inkübasyon süreleri değişken olup bulaş açısından altı aya varan sürelerde kontrol önerilmektedir. Temas sonrası uyum sorunları, anksiyete belirtileri, depresif yakınmalar ortaya çıkabilmekte ve işlevsellikte bozulma gözlenebilmektedir. Kesici/delici alet yaralanması sonrasında AIDS fobisi gelişen olgu sunulmuştur.

Olgu: 40 yaşında, evli, 2 çocuk annesi, temizlik personeli, kadın danışan enfeksiyon hastalıkları uzmanı tarafından psikiyatri polikliniğine yönlendirildi. Yaklaşık yedi ay önce, çöp toplama sırasında, kaynak olgu bilinmeyen iğne batması ile perkütan yaralanma öyküsü mevcuttu. Altı ay boyunca takiplerinde HBsAg (-), Anti HBs (+), Anti HCV (-), Anti HIV (-), VDRL (-) saptandı. Hastanın özel merkeze başvurarak, kendi talebiyle HIV RNA tetkiki yaptırdığı ve negatif sonuçlandığı gözlemlendi. Tekrarlanan serolojik testlerinde bulaş saptanmamasına rağmen HIV ile enfekte olduğu yönünde kaygı ve korku, farklı sağlık merkezlerine ve farklı doktorlara sık sık başvuru, Anti HIV testinin tekrarlanmasını talep etme, konu ile ilgili internet sitelerini takip etme, yoğun suçluluk duygusu, eşine ve çocuklarına hastalık bulaştırma endişesi ile yemek yapamama, temastan kaçınma, ortak kullanım alanlarını ve araç gereçleri kullanımı sonrasında bulaş obsesyonu, temizlik kompulsiyonu, cinsel ilişkiye girmek istememe yakınmaları zamanla artış göstererek sosyal ve mesleki işlevselliğinde bozulmaya yol açmış. Beck anksiyete ölçeği puanı 48 idi. Enfeksiyon hastalıkları ve psikiyatri işbirliğinde hasta HIV, AIDS, temas, temas sonrası izlem ve tedavilerle ilgili güncel literatür verileri ışığında bilgilendirildi. Sertraline 50 mg/gün tedavisi başlandı. Bilişsel davranışçı psikoterapi haftalık seanslar şeklinde uygulandı. 8 haftalık izlem sonrasında Beck anksiyete ölçeği puanı 5'e geriledi. Sosyal ve mesleki işlevselliğinde düzelmeye gözlemlendi.

Tartışma: Kesici delici alet yaralanmalarının oranlarının ve zararlarının en aza indirilmesi için standart enfeksiyon kontrol önlemlerinin uygulanması ve personelin yaralanmalar karşısında duyarlılığının artırılması gereklidir. Kesici-delici alet yaralanmaları ile karşılaşma durumunda sadece enfeksiyon etkenleri ile bulaşma riskine odaklanılmamalıdır. Bu süreçte ruhsal hastalıklara ait belirtilerin saptanması durumunda hastalar psikiyatriye yönlendirilmelidir.

Anahat kelimeler: AIDS, HIV, fobi, bulaş, yaralanma

ŞÜPHELİ CİNSEL TEMAS SONRASI GELİŞEN EREKTİL DİSFONKSİYON

Onur Ünal¹, Gülin Özdamar Ünal²

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği

²Palandöken Devlet Hastanesi Psikiyatri Kliniği

Giriş: Son yıllarda görülme sıklığında artış gözlenen, genellikle genç erişkinlerin risk altında bulunduğu cinsel yolla bulaşan hastalıklar önemli morbidite ve mortalite nedenleri arasında yer almaktadır. Özellikle cinsel yolla bulaşan enfeksiyonu olan ve/veya olma ihtimali bulunan kişilerle cinsel temas sırasında korunma yöntemlerinin kullanılmaması bulaş riskini artırır. Bu olgu sunumunda korunmasız cinsel temas sonrasında gelişen akut stres belirtileri ve erektil disfonksiyon yakınmaları ile psikiyatriye başvuran hastada saptanan klamidya enfeksiyonu ve tedavisi sunulmaktadır.

Olgu: 25 yaşında, lise mezunu, bekar, erkek danışan yaklaşık 20 gün önce ortaya çıkan, sık idrara çıkma, idrar yaparken yanma ve erektil disfonksiyon yakınması ile üroloji hekimine başvurmuş. Hastaya amprik olarak üriner enfeksiyon ön tanısı ile sefiksım 400 mg 1x1 tedavisi başlanmış. Şikayetlerinde gerileme olmaması sebebiyle ciprofloksasin 500 mg 2x1 tedavisi verilmiş. Yakınmaları devam eden hastada yapılan ürolojik muayene ve tetkikler sonucunda empotansı açıklayacak organik patoloji saptanmaması üzerine psikiyatriye konsülte edilmiş. Hastanın öyküsünde 3 hafta öncesinde, alkol alımı sonrasında, seks işçisi ile korunmasız cinsel temas sonrasında başlayan, cinsel yolla bulaşan hastalığa yakalanma korkusu, evlenmek üzere olduğu partnerine hastalık bulaştırma kaygısı, suçluluk, günahkarlık düşüncesi, cezalandırılma korkusu, insomnia, cinsel ilişkiden kaçınma, libido kaybı, uyarılma güçlüğü, “başarısızlık korkusu” yakınmaları mevcuttu. Alprozolam 0,5 mg 2x1/2 tedavisi başlanarak enfeksiyon hastalıkları uzmanına konsülte edildi. Tam idrar tetkiki, idrar kültüründe patolojik bulgu saptanmadı. HBsAg (-), Anti HBs (+), Anti HCV (-), Anti HIV (-), VDRL (-) saptandı. Multiplex PCR testi ile yapılan idrar analizinde Chlamydia trachomatis saptandı. Chlamydia trachomatisin neden olduğu üretrit tanısı konuldu. Doksisisiklin 2x100 mg tedavisi yedi gün süre ile uygulandı. Cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve cinsel temas esnasında korunmanın önemi ile ilgili ayrıntılı bilgilendirme yapıldı. Hastanın üriner şikayetleri geriledi. Anksiyete semptomları, ereksiyon kaybı yakınmaları ortadan kalktı.

Tartışma: Önemli bir halk sağlığı sorunu olan cinsel yolla bulaşan hastalıklar hem beden hem ruh sağlığında bozulmalara yol açmaktadır. Bu hastalıklardan korunmak için, duyarlı grupların belirlenerek, sağlıklı cinsel davranış biçimlerinin desteklenmesi, cinsellik, cinsel sağlık ve korunma yöntemleri ile ilgili toplumun bilgilendirilmesi, erken tanı ve tedavi olanaklarının sağlanması çok önemlidir.

Anahat kelimeler: empotans, cinsel temas, Chlamydia trachomatis, korunma

HEMŞİRELİK ÖĞRENCİLERİNDE ÖZ-ETKİLİLİK-YETERLİLİK ALGISI VE SINAV KAYGISI

Elife Kevser Sarpkaya¹, Satı Demir¹

¹Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı

Öz Etkililik-Yeterlik (ÖEY) algısı, bireyin yaşantısında belirli bir davranışı gerçekleştirmek için hedeflerine uygun olarak hareket etmesi, bu doğrultuda gerekli tedbirleri alabilmesi bununla birlikte istediği sonuca ulaşma isteği ve gayretine olan inancıdır. ÖEY; bireyin nasıl hissedeceği, düşüneceği ve davranacağını belirleyen önemli bir özelliğidir. ÖEY bireyin kendisi ile ilgili inançlarını, motivasyonunu ve engellerle mücadele etme gücünü etkilemektedir. Bireyin kendi becerilerini, kapasitesini daha tarafsız şekilde değerlendirmesini sağlar. Gelecekte karşılaşılabileceği aşılması zor durumlar ile mücadelede ne derecede başarılı olabileceğine ilişkin kendi hakkında yargıya varmayı sağlar. Sınav kaygısı da bilişsel, duyuşsal, fizyolojik boyutu olan ve kişide sınav esnasında istenmeyen, rahatsız edici duygular yaşatan bir durumdur. Birey, bir sınav ya da benzer değerlendirme durumunda başarısızlığa ve onun olumsuz sonuçlarına odaklandığı için kaygı yaşar. Kaygı, sınav başarısını dolayısıyla eğitimin başarısını olumsuz yönde etkileyebilmektedir. ÖEY algısı yüksek olan bireyler güçlü bir 'yapabilirim' inancı taşıdıklarından sınavlarda daha az kaygı yaşarlar, geleceğe yönelik hedeflerini daha kolay belirlerler ve hedeflerine ulaşma yönünde umutları yüksektir. Bireylerin/hastaların sağlığını geliştirmeye, onlara olumlu davranışlar kazandırmaya çalışan hemşireler, yoğun lisans eğitiminde akademik başarıyı yakalayabilmek adına sınav kaygısı yaşamaktadır. Hemşirelik öğrencilerinin yaşadığı sınav kaygısı yaşamdan alınan doyumunu düşürmekte ve tükenmişliğe yol açmaktadır. Sonuç olarak hemşirelik öğrencilerinde ÖEY algısını, sınav kaygısını etkileyen faktörlerin ve bunların birbiri ile olan ilişkisinin saptanması önemlidir. Bu şekilde hemşirelik eğitimcileri öğrencilerin ÖEY alsını yükseltme ve sınav kaygısını azaltmada etkili stratejiler geliştirebileceği düşünülmektedir.

Anahtar kelimeler: Sınav kaygısı, Hemşirelik öğrencisi, Öz etkililik, Öz yeterlilik

HAYATI CİDDİYE ALMAYI REDDEDEN BİR MOZAİK RESMİ

Ekrem Güner², Serdar Salman¹, Tonguç Demir Berkol¹

¹Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Hastanesi

²Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Ölüm insanoğlunun varoluşu ile başlayan bir gizem, ölümsüz olmak da insanoğlunun en büyük tutkularından olmuştur. Ölümün çaresini bulamayan insan, ölüm ve hastalık baskısından uzak keyifli bir yaşamın da peşinde olmuştur. Bu yazımızda Anadolu'da keşfedilmiş Roma dönemine ait bir mezar resmi ve ifade ettiklerini ortaya koyacağız.

Materyal ve Metod: Mozaikler hakkında yayınlanmış makaleler incelenmiş, web tabanında ve ziyarete dayalı arkeoloji müzelerindeki insan davranışlarına ışık tutan mozaik örnekleri araştırılmıştır.

Bulgular: Dünyada geçmişe dönük insan izleri yüz binlerce yıl geriye giderken, insan eli ev eşyası, av aletleri, yaşam alanı barınak ve mağaraların tarihinin ise ancak 30–50 bin yıl geriye gittiği görülmüştür. Özellikle yerleşik hayata geçişten sonra birbiri ve çevresi ile ilişkileri artan insanlar, kendini ve çevresini çeşitli şekillerde ifade etmeye çalışmıştır. Bu amaçla duvar resimleri, freskler, çeşitli figürler, heykeller, rölyefler ve mozaikler kullandığı araçlar olmuştur. Yazının bulunması ile de bu görsel ifadeler yazı eklenmiştir. İnsanların çizgi ve yazıyı keşfi ile bıraktıkları yazılı eserler de insanın son 6–7 bin yılına ışık tutmuştur.

Tartışma: Bütün yaşayanların içsel nedenlerle öldüğünü, inorganik olana geri döndüğünü hiç istisnası olmayan bir deneyim olarak kabul edersek, sadece şunu söyleyebiliriz: 'Tüm yaşamın hedefi ölümdür.' Bunu tersinden alırsak da şunu söyleyebiliriz 'Cansız varlıklar, canlılardan önce vardı.' Freud dürtülerin gerçek doğasına ilişkin genel bir hipotez ileri sürer: 'Dürtü, canlı varlığın dışsal güçlerin bozucu etkisiyle terk etmek zorunda kaldığı önceki durumun yeniden inşasına doğru canlı organizmaya içkin bir tazyik olacaktır; bir nevi organik esneklikle ya da organik yaşamdaki durgunluğun ifadesi' Neşeli İskelet Mozağini dinamik açıdan değerlendirdiğimizde, bir yönüyle rahat şekilde uzanan elindeki şarabı ile yaşam dürtülerini yücelten, diğer yönü ile iskelet imgesi ile ölmüş olmanın neşesi veya ölüm dürtüsünün içine geçtiği sanki yaşam dürtüsü ile ölüm dürtüsünün birlikteliğine gönderme yapan bir dürtü kolajı gibi.

Anahtar kelimeler: Mozaik, yaşam, ölüm



KÖPEK ISIRIĞI SONRASINDA GELİŞEN HASTALIK KAYGISI BOZUKLUĞU

Onur Ünal¹, Gülin Özdamar Ünal²

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği

²Palandöken Devlet Hastanesi Psikiyatri Kliniği

Giriş: Hastalık kaygısı bozukluğu; bedensel belirtilerin ve sağlıklı ilişkili bilgilerin, potansiyel olarak yıkıcı veya hayatı tehdit edici bir hastalık olarak yanlış yorumlanmasına bağlı endişe, korku ve inançlardır. Yeterli tıbbi değerlendirme yapılmasına ve güvence verilmesine rağmen sağlığına dair endişelerin sürüp gitmesi ile karakterizedir. Köpek ısırığı sonrasında gelişen hastalık kaygısı bozukluğu olgusu sunulmuştur.

Olgu: 41 yaşında, evli, ev hanımı, orta okul mezunu, kadın hasta enfeksiyon hastalıkları uzmanı tarafından psikiyatri polikliniğine yönlendirildi. Hastaya yaklaşık 7 ay öncesinde bir köpek tarafından bacağından ısırılması, köpeğin olay yerinden kaçması, gözlem altında tutulamaması nedeniyle kuduz riskli temas sonrası profilaksi (kuduz immünglobulini, 0, 3, 7, 14. günlerde kuduz aşılması, tetanoz profilaksisi) uygulanmış. Takiplerinde kuduz hastalığına dair belirti ve bulgu saptanmamış. Ancak; her an kuduz hastalığına yakalanacağı yönünde korku, huzursuzluk, tedirginlik, hayatını kaybetme endişesi, beden duyularına aşırı odaklanma, onları kuduzun belirtisi gibi yorumlama, kuduzla ilgili internetten araştırma yapma, inkübasyon süresinin 19 yıla kadar uzayabildiğini öğrenince kaygısında artma, farklı merkezlerdeki doktorlara başvurma, tetkik yaptırma ve tedavi alma konusunda ısrarcı olma yakınmaları işlevselliğinde bozulmaya yol açacak düzeyde zamanla artış göstermiş. Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) 35 puan, Hamilton Depresyon Ölçeği (HDÖ) 18 puan, Bedensel Duyumları Abartma Ölçeği (BDAÖ) 32 puan olarak saptandı. Hastaya hastalık kaygısı bozukluğu tanısıyla essitalopram 10 mg/gün tedavisi başlanarak takiplerinde ilaç dozu 20 mg/güne çıkarıldı. Sık aralıklarla görüşmeye çağrıldı. On haftanın sonunda BAÖ 7, HDÖ 3, BDAÖ 6 puan olarak saptandı.

Tartışma: Hastalık kaygısı bozukluğu olgularının çoğu psikiyatri dışı doktorlara başvurduğu için gerçek yaygınlığına dair veriler kısıtlıdır. Hastalığın tanınmadığı durumlar; hastalara gereksiz girişimler yapılmasına, hastalığın kronikleşmesine ve buna bağlı olarak hastaların yaşam kalitesinin belirgin şekilde bozulmasına yol açmaktadır. Klinisyenlerin hastalık kaygısı bozukluğu ile ilgili bilgili olması ve bu olgularla karşılaştıklarında konsültasyon ve liyezon psikiyatrisi ile işbirliği içinde bulunması çok önemlidir.

Anahtar kelimeler: kuduz, hastalık kaygısı, konsültasyon

LİTYUM İNTOKSİKASYONU İLE GELEN BİPOLAR HASTADA SAPTANAN BEYİN ABSESİ

Onur Ünal¹, Gülin Özdamar Ünal²

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği

²Palandöken Devlet Hastanesi Psikiyatri Kliniği

Giriş: Lityum kullanan olgularda %10–15 oranında gözlenen lityum intoksikasyonunda gastrointestinal sistem belirtileri, nörolojik ve kardiyak belirtiler, böbrek yetmezliği gözlenebilir. Serum lityum konsantrasyonundan çok, klinik semptomların intoksikasyon şiddeti ile korele olduğu kabul edilmektedir. Tanıyı doğrulamak ve ayırıcı tanıyı yapmak için ayrıntılı değerlendirme ve tetkik yapılması gerekmektedir. Lityum düzeyinde yükselme olan hastada saptanan beyin absesi olgusu sunulmuştur.

Öykü: 43 yaşında, bekar, ilkökul mezunu, on beş yıldır bipolar bozukluk tanısı ile takipli erkek hasta yaklaşık beş gün önce başlayan huzursuzluk, yerinde duramama, iştisel halüsinasyon, denge kaybı, dizartri, ataksi, inkontinans yakınmaları nedeniyle yakınları tarafından acil servise getirildi. Valproik asit 1000 mg/gün, lityum 1200 mg/gün, olanzapin 20 mg/gün, propranolol 40 mg/gün kullanım öyküsü mevcuttu. Muayenesinde; ateşi 37°C, tansiyonu 137/97 mmHg, nabız 112/dakika, bilinç konfüze, konuşma dizartrik, ellerde tremor, akciğer bazallerinde solunum seslerinde azalma mevcuttu. Glasgow koma skalası 15 idi. Kan tetkiklerinde WBC 8044, CRP 11,9 mg/dl, kreatinin 1,30 mg/dl, lityum 1,346 mmol/L, valproik asit 87,3 ug/ml idi. Lityum düzeyinin yüksek olması nedeniyle zehir danışma merkezine danışılan hastanın hidrasyonunun sağlanması ve yakın takibi önerildi. Takiplerinde WBC 12890, CRP 20,9 mg/dl, kreatinin 1,08 mg/dl, lityum 0,763 mmol/L idi. Mevcut tedavilerle şikayetlerinde gerileme gözlenmemesi, WBC ve CRP düzeylerinde artış tespit edilmesi üzerine enfeksiyon hastalıkları uzmanına danışıldı. Merkezi sinir sistemi enfeksiyonu ön tanısı ile çekilen kranial magnetik rezonans görüntülmesinde (MRG) frontal lob anteriorunda koleksiyon tespit edildi. Kontrastlı MR görüntülemesi istendi, anterior frontal lob yerleşimli abse gözlemlendi. Seftiriakson 2x2 gr iv. ve metranidazol 4x500 mg iv. tedavisi başlandı. Beyin cerrahisi tarafından opere edilerek abse drene edilen hastanın şikayetleri operasyon sonrası geriledi. Antibiyoterapisi 4 haftaya tamamlandı. Taburculuk sonrası takiplerinde iyilik halinin devam ettiği gözlemlendi.

Tartışma: Etkin ve toksik dozları arasındaki terapötik penceresi dar olan lityumun terapötik doz aralığında kullanımında bile yan etkiler gözlenebilir. Lityum zehirlenmesinin klinik tanısı güçtür; zehirlenmenin klinik görünümleri farklılık gösterebilir. Lityum zehirlenmesinde gözlenen pek çok belirti diğer hastalıklara bağlı da ortaya çıkabilir. Bu nedenle ayırıcı tanı açısından diğer kliniklerle işbirliği içinde olmak gereklidir.

Anahtar kelimeler: bipolar bozukluk, lityum, intoksikasyon, abse

REMISSION IN LONG TERM FOLLOW UP AFTER FIRST EPISODE OF SCHIZOPHRENIA

Alp Üçok

İstanbul Faculty of Medicine, Department of Psychiatry, Istanbul Turkey

Objective: The aim of this study was to identify the rate and predictors of remission after first episode of schizophrenia (FES).

Methods: Hundred and thirty-one FES patients were followed for at least 12 months and up to 12 years (mean=198 months) including monthly assessments with the Brief Psychiatric Rating Scale-Expanded (BPRS), the Scale for the Assessment of Positive Symptoms (SAPS), and Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS). We also administered the Premorbid Adjustment Scale (PAS). We used the remission criteria recently defined by Andreasen et al. (2005).

Results: Fifty-six (59.5%) patients met the remission criteria in the first 24 months of the follow-up period, but 40 (71.5%) of these patients could not maintain their status. However, 23 (57%) of these patients later met the remission criteria again. The remission group patients achieved a higher rate of employment both in the first year and overall. In the logistic regression analysis, lower negative and higher positive symptoms at admission, lower positive symptoms at month 3 of the follow-up, medication compliance in the first 6 months, and occupational status during the last month before admission were found related to remission status.

Discussion: Our findings suggest that the remission group has advantages in terms of occupational status and symptom severity compared with their counterparts who did not achieve or maintain a state of remission.

A

Adıgüzel, Serkan 99
 Akcan, Ayhan 34
 Akcan, Gizem 103
 Akdeniz, Fatma 194
 Aker, Derya Adalı 204
 Akkaya, Özlem 262
 Akman, Hakan 99
 Aksoy, Umut Mert 23
 Aksu, Muhammed Hakan 110, 182, 183, 191, 192
 Aksu, Muhammed Hakan 13
 Aktepe, Evrim 228, 272
 Akyıldız, Güzide 165
 Albayrak, Yakup 51
 Aloğlu, Dilara 220
 Altınbaş, Kürşat 273, 275
 Altınbaş, Kürşat 26, 54
 Altunay, İlknur Kıvanç 235, 245, 247
 Apak, Fatoş 270
 Arıcıoğlu, Feyza 155
 Arıkan, Zehra 110
 Artar, Müge 161
 Asafov, Ece Yazla 71, 146
 Ateş, Mehmet Alpay 155
 Atış, Güldehan 200
 Atmaca, Murad 101, 154, 156, 190, 193
 Avşar, Pınar Aydoğan 228
 Aydemir, Ömer 194
 Aydın, Efruz Pirdoğan 235, 245, 247
 Aydın, Memduha 273
 Aydın, Memduha 55
 Aydın, Orkun 194
 Aydın, Pınar Ünal 194
 Ayhan, Medine Gıynaş 62
 Aytaç, Hasan Mervan 277
 Aytekin, Sema 200

B

Bağ, Sevdâ 114, 123, 202, 206
 Balaban, Özlem Devrim 169, 222, 223, 225, 233, 238, 242, 243, 244, 249, 255, 256
 Balaban, Özlem Devrim 7
 Balcı, Mehmet Murat 266
 Balcıoğlu, İbrahim 32
 Balıkçı, Kuzeymen 194
 Baltacıoğlu, Mehmet 69
 Baran, Zeynel 161
 Barut, Merve 283
 Baskak, Bora 161
 Baskak, Nilay Sedes 161
 Bayar, Ömer 66
 Baykara, Murat 91
 Baykara, Sema 91, 154, 170, 193
 Bayraktar, Hatice 214
 Bayram, Şenol 95
 Beğenen, Azra Gökovalı 235, 247
 Berkol, Tonguç Demir 88, 287
 Beşirli, Aslı 108
 Beşirli, Aslı 40
 Beştepe, Engin Emrem 195
 Bildik, Tezan 270
 Boyacıoğlu, Seda 122
 Bozdağ, Pınar Gündoğan 91
 Bozdoğan, Şenay Yıldız 61
 Budaklı, Alparslan Asil 155
 Bulut, Mahmut 279
 Bürcü, Ayşe Nur 187

C

Can, İlknur 92, 175
 Can, Serdar Süleyman 208
 Cengiz, Eylem Gökçe Türk 161
 Coşar, Behcet 117, 182, 183, 184, 191, 192
 Cömert, İtir Tarı 278
 Cöngöloğlu, Ayhan 264

Ç

Çakır, Ahmet Nurhak 231
 Çalışkan, Ali Metehan 81, 111
 Çalışkan, Metin 122
 Çankaya, Pınar Kızılay 210, 214
 Çatı, Songül 279
 Çayköylü, Ali 105
 Çeçen, Hülya 196
 Çelikkıran, Pınar 255, 256
 Çetin, Alptekin 65
 Çınar, Bilge 242, 243
 Çitak, Cihad 244
 Çiçek, İsmet Esra 63, 251
 Çiçek, Saba 177
 Çiftçi, Ebru 111
 Çipil, Arif 73
 Çokluk, Erdem 179
 Çokünlü, Yusuf 273
 Çökmüş, Fikret Poyraz 189, 194, 253
 Çöldür, Emine Özge 194
 Çukurova, Merve 206

D

Dalkılıç, Meryem 270
 Darçın, Aslı Enez 18
 Dayı, Ali 172
 Dayıoğlu, İsmail Erdem 35
 Delibaş, Dursun Hakan 135
 Demir, Ahmet 261
 Demir, Satı 286
 Demir, Volkan 153, 261
 Deniz, Fatma 235, 245
 Dikici, Didem Süccüllüoğlu 189, 194, 253
 Dikmen, Sema Nur Türkoğlu 93
 Dinçer, Mustafa 264
 Dirim, Ayşe Burcu 108
 Doğan, Emine Bilgen 244
 Döndü, Ayşe 122
 Dönmez, Melike 216
 Duman, Yasin 182, 183, 191, 192

E

Ekici, Esengül 264
 Elbay, Rümeysa Yeni 157
 Elboğa, Gülçin 160, 165, 178
 Erbasan, Vefa 273
 Ercan, Seda Kırıcı 82
 Erdem, Özgür 149
 Erden, Selime Çelik 10, 39, 108
 Erdoğan, Esin 135
 Erdoğan, Yakup 272
 Eren, Fatma 132
 Eren, İbrahim 111, 251
 Erişen, Ömer Can 88
 Eroğlu, Meliha Zengin 118, 130
 Erşan, E. Erdal 58
 Erşan, Serpil 57
 Ertekin, Hülya 121
 Ertek, İrem Ekmekci 183, 191, 192
 Ertek, İrem Ekmekci 15
 Erten, Evrim 202, 206, 249
 Erzincan, Erkal 74, 132, 195
 Erzın, Gamze 95
 Evrensel, Alper 53, 116

F

Fındıklı, Ebru Kanmaz 47
 Fountoulakis, Konstantinos 95

G

Geniş, Bahadır 117, 182, 183, 191, 192
 Geniş, Bahadır 11
 Gıca, Şakir 222, 238, 242, 243, 244, 255
 Gıca, Şakir 75
 Göka, Erol 3
 Gökçen, Onur 132
 Göker, Mustafa 277
 Gök, Fulya 25
 Gökpınar, Ece 220
 Göktay, Fatih 200
 Gökten, Emel Sarı 139

Gönül, Hatice 268
 Gönüllü, İpek 161
 Görmez, Aynur 157
 Guliyev, Elvin 220
 Güçlü, Oya 87
 Gül, Hesna 264
 Gümüşay, Merve 88
 Gündüz, Anıl 29, 50
 Gündüz, Nermin 132
 Güner, Ekrem 287
 Güneş, Mehmet 279
 Gürök, Mehmet Gürkan 101,
 193
 Gürök, Mehmet Gürkan 46
 Gür, Tuğba 179
 Güz, Gürler 20
 Güz, Hatice 16

H

Hocaoglu, Çiçek 68, 229, 231

I

İşık, Mesut 179

İ

İlhan, Bilge Çetin 79, 273
 İnanç, Leman 152
 İnanlı, İkbâl 78, 111
 İstif, Aysu 223
 İvelik, Halil İbrahim 229

K

Kalem, Mahmut 144
 Kaplan, İbrahim 279
 Kara, Aysu 225, 233
 Karadere, Mehmet Emrah 146
 Karagöz, Cansu 186
 Kara, Hüseyin 198, 213
 Karakoç, Tevfik 101
 Karamustafaloğlu, Kayıhan
 Oğuz 235, 245
 Karamustafaloğlu, Nesrin
 169, 222, 223,
 225, 233, 238,
 242, 243, 244,
 249, 255, 256

Karamustafaloğlu, Oğuz
 203, 247, 283
 Karataş, Kader Semra 231
 Kaya, Derya 178
 Kaya, Hasan 19
 Kaya, Mehmet Cemal 279
 Kaya, Özlem Bolat 5
 Kaya, Şüheda 156
 Kazgan, Aslı 190
 Kenar, Jülide Güler 42, 235,
 245, 247
 Kesebir, Sermin 220
 Kılıç, Alperen 157
 Kılıç, Cenk 169, 222, 223,
 225, 233
 Kılıç, Faruk 101
 Kılınç, Sevilay 93
 Kırpınar, İsmet 218
 Kır, Yağmur 161
 Koçak, Hatice 103
 Koç, Merve Setenay Iris 195
 Konkan, Ramazan 87
 Korkmaz, Sevdâ 190, 193
 Korkmaz, Sevdâ 48
 Korkmaz, Şükrü Alperen 208
 Kotan, Vahap Ozan 95, 136
 Kotan, Vahap Ozan 8
 Köle, Elif 243
 Köroğlu, Ayşe 56, 72
 Köroğlu, Ertuğrul 194
 Kulaksızoğlu, Burak 164
 Kulaksızoğlu, Sibel 164
 Kuloğlu, Mehmet Murat 266
 Kulu, Müberra 143
 Kuşman, Adnan 161

M

Maner, Ayşe Fulya 60
 Memiş, Erdem 231
 Menkü, Burak Erman 182,
 183, 191, 192
 Metin, Sinem Zeynep 220

N

Namazova, Khuraman 266

Ö

Ölçüm, Halil İbrahim 146
 Öncü, Bedriye 24
 Örnek, Bahar Yeşil 97
 Özayhan, Hatice Yardım 64
 Özben, İlker 186
 Özcan, Halil 224, 227
 Özçelik, Özgen 198, 213
 Özdel, Kadir 264
 Özdemir, İlker 93
 Özdemir, Pınar Güzel 179
 Özer, Ömer Akil 108, 203,
 235, 245, 247
 Özgen, Güliz 88
 Özgür, Gülşah Meral 271
 Özkan, Gizem 270
 Özkan, Mustafa 279
 Öztekin, Sığnem 194
 Özten, Eylem 30
 Öztürk, Erdinç 37
 Öztürk, Mehmet 105, 196
 Öztürk, Pınar 196

P

Pekel, Nilüfer Büyükkoyuncu
 125
 Polat, Aslıhan 267

S

Salman, Serdar 249, 287
 Sancak, Barış 169
 Sarıcı, Burcu 216
 Sarıfakioğlu, Ayşe Banu 92,
 175
 Sarıkavak, Talat 270
 Sarpkaya, Elife Kevser 286
 Sayar, Damla 161
 Selçuk, Mahmut 281
 Sevinç, Buket Koparal 177
 Solmaz, Mustafa 38, 204,
 283
 Soysal, Aysun 277
 Subaşı, Elif 184
 Sungur, Mehmet Zihni 49

Ş

Şafak, Yasir 93
 Şahan, Ebru 218
 Şahin, Ceren 155
 Şahiner, İsmail Volkan 110
 Şahiner, Şafak Yaşgın 110
 Şahin, Ertan 165
 Şahin, Hamza 258
 Şahin, Merve 258
 Şahin, Nilfer 129
 Şen, Barış 275
 Şenormancı, Güliz 87, 186,
 187
 Şenormancı, Ömer 87, 186,
 187
 Şenormancı, Ömer 9
 Şentürk, Birsan 270
 Şentürk, Erman 117, 182,
 183, 184, 191,
 192

T

Tabo, Abdulkadir 166
 Tanrıkulu, Ali Baran 111
 Tapan, Şüheda 179
 Taşcı, Gülay 154
 Taşdemir, Dilek Meltem 220
 Taş, İbrahim 251
 Tav, Ava Şirin 268
 Taymur, İbrahim 186, 187
 Tekdemir, Rukiye 273
 Tekin, Atilla 99, 103, 200
 Timur, Özge 132
 Tomar, Talya 198
 Topbaş, Elif 118
 Topçuoğlu, Canan 95
 Torun, Yasemin Taş 264
 Tuman, Bengü Altunay 176
 Tuman, Taha Can 92, 172,
 174, 175, 176
 Turan, Çetin 187
 Turan, Hatice 132
 Türel, Derya 76
 Türk, Abdurrahman 160
 Türkcan, Ahmet 256

U

Uğraş, Seda 278
 Uğraş, Seda Diker 103
 Uğurlu, Esmâ 238
 Uzun, Elif Güşta 116

Ü

Üçok Alp 291
 Ünal, Gökhan 155
 Ünal, Gülin Özdamar 237,
 284, 285, 289,
 290
 Ünal, Gülşen Teksin 123
 Ünal, Onur 284, 285, 289,
 290
 Ünal, Süheyla 6
 Ünal, Yasemin 152
 Üstün, Neşe 88

V

Vahapoğlu, Berkay 202
 Vural, Meltem 88

Y

Yalçın, Suat 114
 Yanartaş, Ömer 216
 Yaşar, Alişan Burak 28, 31
 Yaşar, Azra Sehure 251
 Yaşar, Sehure Azra 111
 Yaşar, Şirin 200
 Yetkin, Ayşegül 99, 103
 Yıldırım, Abdullah 59
 Yıldırım, Burcu 257, 260
 Yıldırım, Ejder Akgün 143
 Yıldırım, Feride 44
 Yıldırım, Hanefi 101

Yıldırım, Yusuf Ezel 88
 Yıldız, Çağrı 111
 Yıldız, Demet 141
 Yıldız, Mustafa Çağrı 251
 Yıldızoğlu, Çiler Açar 121
 Yılmaz, Ahmet 77
 Yılmaz, Onat 271
 Yılmaz, Rabia Meltem 203
 Yuvanç, Ercan 159
 Yuvanç, Seher Çakmak 159
 Yüksel, Asuman Gülbün 118
 Yüksel, Gamze 267
 Yükseloğlu, Emel Hülya 278
 Yüzeren, Serra 194

Z

Zakirov, Fagan 4, 22

