



4. PSİKİYATRİ ZİRVESİ 11. ANKSİYETE KONGRESİ

**Beyin ve Ötesi: Psikiyatri ve Nöropsikiyatride
Son Gelişmeler**

**14 – 17 Mart 2019
Maxx Royal Otel, Antalya**



**Konuşma Metinleri ve
Bildiri Özetleri Kitabı**



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	137
Poster Bildirileri	215
Yazar Dizini	321

ÖNSÖZ

Değerli Katılımcılarımız,

4. Psikiyatri Zirvesi ve 11. Anksiyete Kongresi'nde sizlerle birlikte olmaktan memnunuz. Beyin ve Ötesi: Psikiyatri ve Nöropsikiyatride Son Gelişmeler temalı kongremizde, alanında öncü ve yetkin isimlerle bilgilerinizi güncellemek ve klinik deneyimlerinizi dinamik oturma- rumlarda paylaşmak üzere hoşgeldiniz.

Kongre programı, ruhsal hastalıkların erken tanınması ve yönetiminin optimize edilmesine yönelik kanıta dayalı bilimsel gelişmelerin ve yaklaşımların konferanslar, paneller ve çalışma grupları ile paylaşılmasına olanak sağlayacak şekilde düzenlenmiştir. Kongremiz, alanında yetkin uluslararası önemli isimleri ülkemiz ruh sağlığı profesyonelleri ile buluşturmak ve ruhsal hastalıklarının yönetimindeki deneyimlerin paylaşımını hedeflemiştir. Ülkemizde alanında öncü isimlerden ruhsal hastalıklara yönelik tanısal ve klinik yönetimlere yaklaşımlarını dinlerken aynı zamanda ülkemizin her köşesinde görev yapan ruh sağlığı profesyonellerinin klinik uygulamalardaki bilgi ve deneyimlerini paylaşmak adına çoklu salonlarda, genç panelistlerle yoğun bir bilimsel program ilginize sunulmuştur.

Kongremiz kapsamındaki çalışma gruplarında ruhsal hastalıkların yönetiminde psikofarmakolojik, psikoterapötik ve diğer nöromodulasyon yaklaşımları ele alınacaktır.

Bu yıl kongremizde çeşitli alanlarda bildiri yarışmaları düzenlenmiştir. Ayrıca tamamı ruh sağlığı profesyonellerinden oluşan takımların bilim, kültür ve performans alanında yarışacağı yarışmamız da kongre sosyal programında yer almaktadır. Kongremizde hem bilimsel hem de sosyal açıdan keyif alacağınızı umar, göstermiş olduğunuz ilgi için teşekkür ederiz.

Saygılarımızla.

KONGRE DÜZENLEME KURULU

KONGRE BAŞKANLARI

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

KONGRE GENEL SEKRETERLERİ

Doç. Dr. Cemal Onur NOYAN, Doç. Dr. Aslı ENEZ DARÇIN

KONGRE DÜZENLEME KURULU

Alessandro Serretti (İtalya)	Çiçek Hocaoğlu (Türkiye)	Hüsni 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)	Gül Eryılmaz (Türkiye)	Işıl Göğcegöz (Türkiye)	Mark Zimmerman (Almanya)
Pierre Blier (Canada)			

KONGRE BİLİMSEL KURULU

Abdullah Akpınar	Baybars Veznedaroğlu	Ejder Akgün Yıldırım	Gülcan Güleç
Abdullah Atlı	Bedriye Öncü	Elif Oral	Hakan Atalay
Abdurrahman Altındağ	Bekir Aydın Levent	Elvan Özalp	Hakan Kumbasar
Abdülkadir Çevik	Bilge Burçak Annagür	Ender Taner	Hakan Türkcapar
Ahmet Rifat Şahin	Bilgen Taneli	Engin Eker	Haldun Soygür
Ahmet Tiryaki	Bilgin Saydam	Ercan Abay	Halise Devrimci Özgülen
Ahmet Ünal	Bülent Bahçeci	Ercan Dalbudak	Haluk Özbay
Akfer Karaoğlu	Bülent Çoşkun	Erdal Işık	Hamdullah Aydın
Kahiloğullar	Bülent Kadri Gültekin	Erdal Vardar	Hasan Kaya
Alaaddin Duran	Cahide Aydın	Erhan Bayraktar	Hatice Güz
Alessandro Serretti	Cem Atbaşıoğlu	Erol Göka	Hayriye Elbi
(İtalya)	Cem İncesu	Ertuğrul Eşel	Hüseyin Güleç
Alp Üçok	Cemal Onur Noyan	Eylem Özten	Hüseyin Yazıcı
Alptekin Çetin	Cengiz Tuğlu	Fagan Zakirov	Işıl Göğcegöz Gül
Aslı Kuruoğlu Cengiz	Cüneyt Evren	Fatih Öncü	Işın Baral Kulaksızoğlu
Aslı Enez Darçın	Çınar Yenilmez	Figen Karadağ	İbrahim Eren
Aslıhan Dönmez	Çiğdem Aydemir	Filiz Karadağ	İlkin İçelli
Atila Erol	Duran Çakmak	Fulya Maner	İsmail Ak
Aylin Yazıcı	Ebru Damla Bostancı	Füsün Akdeniz	İsmail Hakkı Aydın
Ayşegül Yıldız	Eduard Vieta (İspanya)	Gökay Aksaray	İsmet Kırpınar
Aytekin Özşahin	E. Erdal Erşan	Gül Eryılmaz	İsmet Melek

KONGRE BİLİMSEL KURULU

Joseph Zohar (İsrail)	Mine Şahingöz	Orhan Doğan	Siegfried Kasper
Kazım Yazıcı	Murat Atmaca	Ömer Akil Özer	(Avusturya)
Kemal Arıkan	Murat Beyazyüz	Ömer Aydemir	Simavi Vahip
Kemal Kuşçu	Murat Demet	Ömer Böke	Stephen M. Stahl (ABD)
Köksal Alptekin	Murat Kuloğlu	Ömer Şenormancı	Sultan Doğan
Kültegin Ögel	Musa Tosun	Özcan Uzun	Sunar Birsöz
Kürşat Altınbaş	Mustafa Baştürk	Özlem Bolat Kaya	Süheyla Ünal
Levent Atik	Mustafa Bilici	Özlem Erden Aki	Şükrü Kartalçı
Levent Küey	Mustafa Güleç	Özlem Orhan	Şükrü Uğuz
Levent Mete	Mustafa Solmaz	R.Hülya Bingöl Çağlayan	Tamer Aker
Levent Sevinçok	Mustafa Yıldız	Ramazan Konkan	Tayfun Turan
Levent Sütçügil	Muzaffer Çetingüç	Raşit Tükel	Tijen Şengezer
Lut Tamam	Müfit Uğur	Reha Bayar	Timuçin Oral
Mecit Çalışkan	Nahit Özmenler	Rüstem Aşkın	Tunay Karlıdere
Medine Yazıcı Güleç	Neslihan Akkişi Kumsar	Salih Battal	Tunç Alkın
Mehmet Emin Ceylan	Nesrin Karamustafalıoğlu	Sedat Özkan	Vedat Şar
Mehmet Yumru	Neşe Kocabaşoğlu	Sefa Saygılı	Vesile Altınyazar
Mehmet Yücel Ağargün	Nevzat Yüksel	Selçuk Aslan	Yakup Albayrak
Mehmet Zihni Sungur	Nihat Alpay	Selçuk Kırılı	Yankı Yazgan
Meral Berkem	Nuray Atasoy	Serhat Çitak	Yavuz Selvi
Meram Can Saka	Nurper Erberk	Sermin Kesebir	Yusuf Sivrioğlu
Mesut Çetin	Oğuz Tanrıdağ	Servet Erbinç	Zehra Arıkan
Mesut Yıldız	Olga Güriz	Sibel Çakır	
Mine Özmen	Onat Yılmaz	Sibel Örsel	

BİLİMSEL PROGRAM

14 MART 2019, PERŞEMBE

SAAT	SALON A	SALON B	SALON C
12:00-13:15	ÖĞLE YEMEĞİ		
13:15-13:30	AÇILIŞ		
13:30-15:00	13:30-14:15 UZMANLAR TARTIŞIYOR TEDAVİYE DİRENÇ VAR MIDIR? DİRENÇ KAVRAMI TEDAVİYE YANITSIZLIĞI AÇIKLIYOR MU? Oturum Başkanı: Nesrin Dilbaz Konuşmacılar: Atilla Erol, Ali Saffet Gönül 14:15-15:00 KONFERANS TÜRKİYE'DE RUH HASTALIKLARI EPIDEMİYOLOJİSİ Oturum Başkanı: Sunar Birsöz Konuşmacı: Orhan Doğan	PANEL-1 GEBELİK İKİ KİŞİLİK TEDAVİ: İYİ İLAÇ BAZEN BEBEK İÇİN ZARARLI OLABİLİR Oturum Başkanı: Latif Alpkan – Gebelikte Şizofreni Tedavisi; Tedavi Edilmemiş Hastalık ile İlaça Bağlı Yan Etki Riskinin Dengelenmesi Emrem Beştepe – Gebelikte Somatik Tedaviler: TMU ve EKT Uygulamalarının İncelikleri? Onur Noyan – Gebelikte SSRI Kullanımı ve Teratojenite Özlem Bolat Kaya – Gebelikte Opioid Bağımlılığı ve Tedavisi Rabia Bilici	PANEL-2 PSİKO-ONKOLOJİK YAKLAŞIMLAR Oturum Başkanı: Ali Çayköylü – Onkolojide Psikiyatrik Komorbiditeler Gülşen Teksin Unal – Psiko-onkolojik Tedavi Yaklaşımları Meryem Gül Teksin Bakır – Kanser Hastasının Beden İmajı Derya Adalı Aker – Çocuk Onkolojik Hastaların Değerlendirilmesi ve Bakımverenin Ruhsal Sorunları Duygu Kınay
15:00-15:15	KAHVE ARASI		
15:15-16:00	UYDU SEMPOZYUM BİPOLAR DEPRESYONUN TEDAVİSİ Oturum Başkanı: Oğuz Karamustafaloğlu – BİPOLAR BOZUKLUKTA PREDOMİNANT POLARİTE Nesrin Dilbaz 		
16:00-16:15	KAHVE ARASI		
16:15-17:00	UYDU SEMPOZYUM BAGIMLILARDA KRONİK HEPATİT C YÖNETİMİ Oturum Başkanı: Nesrin Dilbaz Konuşmacı: Enver Üçbilek 		
17:00-17:15	KAHVE ARASI		
17:15-18:45	KONFERANS WHAT DIFFERS IN TREATING ANXIOUS SUBTYPE OF DEPRESSION IN PRACTICE? Oturum Başkanı: Nesrin Dilbaz Konuşmacı: Mark Zimmerman KONFERANS REMISSION AND RESIDUAL SYMPTOMS IN TREATING DEPRESSION; PROBLEMS IN CURRENT CLINICAL PRACTICE Oturum Başkanı: Oğuz Karamustafaloğlu Konuşmacı: Mark Zimmerman	PANEL-5 ŞİZOFRENİ TEDAVİSİNDE ATLADIKLARIMIZ Oturum Başkanı: Salih Battal – Kardiyoprotektif Tedaviler Servet Ebrinç – Sigara Bırakma Tedavileri Aslı Enez Darçın – Parkinsonizm Dışı Yan Etkilerin Yönetimi Armağan Özdemir – Şizofreni ve Cinsel Yan Etki Yönetimi Elif Tatlıdil Yaylacı	PANEL-6 TRSM İLE KARANLIKTAN AYDINLIĞA Oturum Başkanı: Nihat Alpay – Bir Adım Bir Dokunuş Canan Kılıç – Şizofrenide Fiziksel Hareketin Gücü Yasemin Şimşek – Damgalama: TRSM'de Çalışmak Biz Hekimleri Değiştiriyor Mu? Seda Kırca Erçan – Şizofreni için ilaçlardan Fazlası Ne Olabilir? Bilge Çetin İlhan
19:00-20:40			SÖZLÜ BİLDİRİ SUNUMU-1 Oturum Başkanları: Ali Çayköylü, Aslı Enez Darçın

BİLİMSEL PROGRAM

14 MART 2019, PERŞEMBE

SAAT	SALON D	SALON E
12:00-13:15	ÖĞLE YEMEĞİ	
13:15-13:30	AÇILIŞ	
13:30-15:00	PANEL-3 PSIKİYATRİDE KRONİK AĞRI Oturum Başkanı: Çiçek Hocaoğlu – Fibromiyalji: Tanı ve Tedavi Yaklaşımları <i>Ali Görkem Gençer</i> – İhmal Edilen Bir Konu 'Kronik Yorgunluk Sendromu' <i>Meltem Puşuroğlu</i> – Temporomandibular Bozukluk ve Bruksizm: Tanı ve Tedavi Yaklaşımları <i>Bahadır Geniş</i> – Kalple İlişkili Olmayan Göğüs Ağrısı: Tanı ve Tedavi Yaklaşımları <i>Çiçek Hocaoğlu</i> – Kadında Kronik Pelvik Ağrı <i>Fatma Gül Helvacı Çelik</i>	PANEL-4 MODERN ÇAĞIN SALGINI METABOLİK SENDROM VE RUH SAĞLIĞI Oturum Başkanı: E. Erdal Erşan – Metabolik Sendrom Nedir? Ruhsal Hastalıklarda Metabolik Sendrom <i>Ayşe Koroğlu</i> – Ruhsal Hastalıklarda Kullanılan İlaçlara Bağlı Metabolik Sendrom <i>Aydın Kurt</i> – Metabolik Sendrom'da Metabolik Değişiklikler <i>İsmail Sarı</i> – Metabolik Sendrom'un Laboratuvar Bulguları <i>Serpil Erşan</i> – Metabolik Sendrom'dan Korunma ve Tedavi Yolları <i>E. Erdal Erşan</i>
15:00-15:15	KAHVE ARASI	
15:15-16:00		
16:00-16:15	KAHVE ARASI	
16:15-17:00		
17:00-17:15	KAHVE ARASI	
17:15-18:45	PANEL-7 DERİ YOLMA BOZUKLUĞU VE TRIKOTİLOMANİDE TEDAVİ YAKLAŞIMLARI Oturum Başkanı: Hatice Güz – Dürtü ve Kontrol Bozukluklarında Tanı ve Sınıflama <i>Hatice Güz</i> – Deri Yolma Bozukluğu ve Trikotillomanide Farmakoterapi <i>Efruz Pirdoğan Aydın</i> – Deri Yolma Bozukluğu ve Trikotillomanide Psikanalitik Yaklaşım <i>Jülide Güler Kenar</i> – Trikotillomanide Bilişsel Davranışçı Psikoterapi <i>Hasan Demirci</i>	PANEL-8 ALKOL/MADDE KULLANIM BOZUKLARI Oturum Başkanı: Zehra Arıkan – Metamfetamin Kullanım Bozukluğu <i>Ömer Şenormancı</i> – Çoğul Madde Kullanım Bozukluğu <i>Çetin Turan</i> – Alkol Kullanım Bozukluğu <i>Zehra Arıkan</i> – Yeme Bozuklukları ve Bağımlılık <i>Fulya Maner</i> – Esrar Kullanım Bozukluğu <i>Birgül Cumurcu</i>
19:00-20:40	SÖZLÜ BİLDİRİ SUNUMU-2 Oturum Başkanları: Çiçek Hocaoğlu, Onur Noyan	

BİLİMSEL PROGRAM

15 MART 2019, CUMA

SAAT	SALON A	SALON B	SALON C
07:30-08:45		BİLİMSEL YAYIN HAZIRLAMA KURSU Konuşmacı: Orhan Doğan	ADLI PSİKİYATRİ KURSU Konuşmacılar: Latif Alpkan, Sefa Saygılı
08:45-09:00	KAHVE ARASI		
09:00-10:30	KONFERANS TERAPİ KİMİN İÇİNDİR; HASTA İÇİN Mİ TERAPİST İÇİN Mİ? Oturma Başkanı: Hüsnü Erkmən Konuşmacılar: Murat Beyazyüz, Kadir Özdel	PANEL-9 BİPOLAR BOZUKLUKTA YENİ TEDAVİLERİN ROLÜ Oturma Başkanı: Ömer Akil Özer – Bipolar Depresyonda Yeni Tedavilerin Rolü Çınar Yenilmez – Bipolar 2 Bozukluğu Yönetmek, Fenomonoloji, Tedaviler ve Gelecek Yaklaşımlar Bahadır Bakım – Bipolar Bozuklukta Sirkadian Ritm ve Tedavideki Rolü Kürşat Altınbaş – Üreme Döngüsündeki Kadınlarda Bipolar Bozukluk Yönetimi Elvan Özalp	PANEL-10 İLK EPİZOD PSİKOZDA GÜNCELLEMELER Oturma Başkanı: Alp Üçok – İlk Epizod Şizofrenide Yapısal Düşünce Bozukluğu Alp Üçok – İlk Epizod Psikozda Anksiyete ve Depresif Belirtiler Abdulkadir Tabo – Anksiyete ve Depresyonun Eşlik Ettiği İlk Epizod Psikozda Tedavi Erkan Aydın – İlk Epizod Psikozda Psikoimmünoloji Emine Aydın
10:30-11:00	KAHVE ARASI		
11:00-11:45	KONFERANS TREATMENT RESISTANT DEPRESSION Oturma Başkanı: Nesrin Dilbaz Konuşmacı: Pierre Blier		
11:45-13:00	ÖĞLE YEMEĞİ		
13:00-14:30	13:00-13:45 KONFERANS GLUTAMATE IN PSYCHIATRIC DISORDERS Oturma Başkanı: Ögüz Karamustafalıoğlu Konuşmacı: Pierre Blier 13:45-14:30 KONFERANS TEK Mİ? ÇİFT Mİ? DEPRESYONUN UCUNU ANLAMININ ÖNEMİ Oturma Başkanı: Sefa Saygılı Konuşmacı: Kürşat Altınbaş	PANEL-13 NE SENİNLE NE SENSİZ; BİRİLERİNİN REÇETE ETMESİ LAZIM Oturma Başkanı: Hüsnü Erkmən – Psikiyatride Bireye Özgü Tedaviler Serdar Nurmedov – Lamotrijin Reçete Etmek Onat Yılmaz – Lityum Reçete Etmek Erdal Işık – TCA Reçete Etmek Hasan Kaya	PANEL-14 DEHB'NA GÜNCEL YAKLAŞIM Oturma Başkanı: Umut Mert Aksoy – DEHB Farmakolojik Tedaviler ve Klinisyene İpuçları Umut Mert Aksoy – DEHB ve Çocukluk Çağı Travmaları Özgecan Tuna – DEHB'da Farklı Tedaviler: Bizde Neler Yok? Mustafa Tunçtürk – DEHB Tanısına Yeni Bir Bakış: Sluggish Cognitive Tempo Remzi Oğulcan Çıray
14:30-14:45	KAHVE ARASI		
14:45-15:30	UYDU SEMPOZYUM ŞİZOFRENİ HASTALIĞINDA KESİNTİSİZ TEDAVİ Oturma Başkanı: Alp Üçok Konuşmacı: İria Grande		
15:30-15:45	KAHVE ARASI		
15:45-16:30	UYDU SEMPOZYUM YENİ KILAVUZLAR IŞIĞINDA ANKSİYETE BOZUKLUKLARI VE TEDAVİSİ – En Yeni Güncel Kılavuzlar Ne Öneriyor? Tunç Alkın – Maudsley Kılavuzu Ne Öneriyor? Nesrin Dilbaz		
16:30-16:45	KAHVE ARASI		

BİLİMSEL PROGRAM

15 MART 2019, CUMA

SAAT	SALON D	SALON E
07:30-08:45	EDMR KURSU Konuşmacı: Alişan Burak Yaşar	ŞİZOFRENİDE BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI TERAPİ KURSU Konuşmacı: Nurhan Fıstıkçı
08:45-09:00	KAHVE ARASI	
09:00-10:30	PANEL-11 BİPOLAR BOZUKLUKTA UZUN SÜRELİ İZLEMDE SOMATİK TEDAVİLER VE KLOZAPİN Oturum Başkanı: Sermin Kesebir – Elektrokonvülsif Terapi <i>Dilek Meltem Taşdemir Erinç</i> – Transkranyal Manyetik Uyarım Tedavisi <i>Ahmet Yasmaoğlu</i> – Klozapin <i>Sinem Zeynep Metin</i> – QEEG'nin Tedavi Yanıtını Öngörücülüğü <i>Sermin Kesebir</i>	PANEL-12 ANKSİYETE BOZUKLUKLARINDA DAVRANIŞSAL DENEYLER Oturum Başkanları: Murad Atmaca, Murat Kuloğlu – Obsesif Kompulsif Bozuklukta Davranışsal Deneyler <i>Murad Atmaca</i> – Özgül Fobilerde Davranışsal Deneyler <i>Sema Baykara</i> – Panik Bozuklukta Davranışsal Deneyler <i>Faruk Kılıç</i> – Sosyal Anksiyete Bozukluğunda Davranışsal Deneyler <i>M. Gürkan Gürok</i>
10:30-11:00	KAHVE ARASI	
11:00-11:45		
11:45-13:00	ÖĞLE YEMEĞİ	
13:00-14:30	PANEL-15 BİPOLAR BOZUKLUKTA AZ KONUŞULAN KONULAR Oturum Başkanı: Elvan Özalp – Bipolar Bozuklukta Yeni Biyokimyasal Belirteçler <i>Gamze Erzin</i> – Bipolar Bozuklukta Psikoterapiler Tedavinin Neresinde? <i>Nese Yorgunçer</i> – Geriatrik Hastada Bipolar Bozukluğa ve Geç Başlangıçlı Bipolar Bozukluğa Yaklaşım <i>Ezma Akpınar Aslan</i> – Hızlı Döngülü Bipolar Bozukluk Aynı Bir Hastalık mı? Hızlı Döngülü Bipolar Bozukluğa Yaklaşım <i>Öğuzhan Kılınçel</i>	PANEL-16 PSİKOTERAPİ SÜRECİNDE TEDAVİ İŞBİRLİĞİ,BAĞLANMA,DİSSOSİYASYON VE TRAVMA SONRASI BÜYÜME Oturum Başkanı: Erdinç Öztürk – Psikoterapi Sürecinde Travma ve Dissosiyasyon <i>Erdinç Öztürk</i> – Psikoterapi Sürecinde Terapötik Alyans <i>Deniz Sarlak</i> – Psikoterapi Sürecinde Travma Sonrası Büyüme <i>Gizem Akcan</i> – Psikoterapi Sürecinde Transferans ve Kontr-Transferans <i>Çağla Pınar Sevinç Yalçın</i> – Psikoterapi Sürecinde Bağlanma <i>Görkem Derin</i>
14:30-14:45	KAHVE ARASI	
14:45-15:30		
15:30-15:45	KAHVE ARASI	
15:45-16:30		
16:30-16:45	KAHVE ARASI	

BİLİMSEL PROGRAM

15 MART 2019, CUMA

SAAT	SALON A	SALON B	SALON C
16:45-18:15	16:45-17:30 KONFERANS ŞİZOFRENİ TEDAVİSİNDE İŞLEVSELLİĞİN OPTİMİZASYONU: NEGATİF BELİRTİLER, BİLİŞSEL BELİRTİLER VE YAN ETKİLERİN ELE ALINMASI Oturum Başkanı: Ahmet Rifat Şahin Konuşmacı: Nesrin Dilbaz 17:30-18:15 KONFERANS SORULARLA CİNSEL İŞLEV BOZUKLUKLARI: İNTERAKTİF YAKLAŞIM Oturum Başkanı: Erdal Işık Konuşmacı: Mehmet Zihni Sungur	PANEL-17 DUYGUDURUM BOZUKLUKLARININ ADLİ PSİKİYATRİ AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ Oturum Başkanı: Sefa Saygılı – Bipolar Bozuklukta Ceza Sorumluluğunun Belirlenmesi ve Mağdur Değerlendirilmesi <i>Latif Alpkan</i> – Bipolar Bozuklukta Vesayet, Evlenme Boşanma, Butlan ve Fiili Ehliyet <i>Sefa Saygılı</i> – Bipolar Bozuklukta Koruma, Tedavi ve Tehlikelilik <i>İbrahim Balcıoğlu</i> – Adli Psikiyatri Zemininde Şizoafektif Bozukluk Tanısı Alan Vakanın Sunumu <i>Mustafa Solmaz</i>	PANEL-18 DEPRESYONDA KRANİYAL MANYETİK SİTÜMÜLASYON UYGULAMASINA BÜTÜNCÜL YAKLAŞIM Oturum Başkanı: Ömer Akil Özer – Depresyon Tedavisinde TMS'nin Yeri <i>Oğuz Karamustafaloğlu</i> – TMS'nin Depresif Hastalarda Kognisyon ve Sosyal Bilgi Etkisi <i>Mihriban Dalkıran</i> – TMS'nin Depresyon Tedavisinde Biyolojik Belirteçlere Etkisi <i>Efruz Pirdoğan Aydın</i> – Depresyon Tedavisinde TMS ve Nöro Görüntüleme Çalışmaları <i>Ece Türküylmaz Uyar</i>
20:30-22:00	KONFERANS TRAVMA VE PARÇALANMIŞ ZİHN: MÜSLÜM FİLMİNİN PSİKOANALİTİK DEĞERLENDİRİLMESİ Konuşmacı: Mine Özmen		SÖZLÜ BİLDİRİ SUNUMU-3 Oturum Başkanları: Salih Battal, Selime Çelik

BİLİMSEL PROGRAM

15 MART 2019, CUMA

SAAT	SALON D	SALON E
16:45-18:15	PANEL-19 DİJİTAL ÇAĞ NESLİNİ ANLAMAK VE TEDAVİ ETMEK Oturum Başkanı: Erol Göka – Dijital Çağ Neslini Anlamak <i>Erol Göka</i> – Dijital Çağda Psikiyatrist Olmak <i>Rabia Nazik Yüksel</i> – Dijital Çağda İnternet ve Oyun Bağımlılıklarını Tedavi Etmek <i>Emine Merve Akdağ</i> – Dijital Çağda Madde Bağımlılıklarını Tedavi Etmek <i>Salih Cihat Paltun</i>	PANEL-20 MİTOSTAN LOGOSA KAYGI Oturum Başkanı: Fulya Maner – Özgür Hücreden Kaygılı İnsana <i>Şahabettin Çetin</i> – Gılgamış Destanından Günümüze Ölüm Kaygısına Direnme <i>Önder Küçük</i> – Modern Çağda Sevgi ve Kaygı <i>Berkant Sağır</i> – Kaygıya Felsefeden Bir Bakış: Søren Kierkegaard <i>Ferhat Yaylacı</i>
20:30-22:00	SÖZLÜ BİLDİRİ SUNUMU-4 Oturum Başkanları: Nihat Alpay, Fulya Maner	SÖZLÜ BİLDİRİ SUNUMU-5 Oturum Başkanları: Çınar Yenilmez, Özlem Dervim Balaban

BİLİMSEL PROGRAM

16 MART 2019, CUMARTESİ

SAAT	SALON A	SALON B	SALON C
07:30-08:45		CİNSİYET GEÇİŞ SÜRECİ KURSU Konuşmacı: Şenol Turan	PSİKİYATRİDE NÖROKOGNİTİF TESTLER Konuşmacı: Hasan Demirci
08:45-09:00	KAHVE ARASI		
09:00-09:45	KONFERANS KEEPING UP WITH THE CLINICAL ADVANCES: TREATMENT OF DEPRESSION Oturum Başkanı: Nesrin Dilbaz Konuşmacı: Stephen M. Stahl		
09:45-10:30	KONFERANS KEEPING UP WITH THE CLINICAL ADVANCES: TREATMENT OF SCHIZOPHRENIA Oturum Başkanı: Nesrin Dilbaz Konuşmacı: Stephen M. Stahl		
10:30-11:00	KAHVE ARASI		
11:00-11:45	UYDU SEMPOZYUM CASE CHALLENGES FOR CHRONIC MENTAL DISORDERS Oturum Başkanı: Nesrin Dilbaz Konuşmacı: Stephen M. Stahl		
11:45-13:15	ÖĞLE YEMEĞİ		
13:15-14:45	13:15-14:00 KONFERANS ANTIDEPRESSANTS AND MANAGEMENT OF WEIGHT GAIN Oturum Başkanı: Öğüz Karamustafalıoğlu Konuşmacı: Alessandro Serretti 14:00-14:45 KONFERANS PHARMACOGENETICS OF ANTIDEPRESSANTS Oturum Başkanı: Öğüz Karamustafalıoğlu Konuşmacı: Alessandro Serretti	PANEL-21 ŞİZOFRENİ Oturum Başkanı: Elif Anıl Yağcıoğlu – Şizofreni Tedavisinde Çoklu Antipsikotik Kullanımı: Klinik Uygulama ve Riskler <i>Köksal Alptekin</i> – Şizofrenide Bilişsel Belirtilerin Tedavisinde Farmakoloji Dışı Tedaviler <i>Nurhan Fıstıkçı</i> – Şizofrenide Yapısal Düşünce Bozukluğunun Klinik Özellikler ve Nöropsikolojik İşlevlerle İlişkisi <i>Elif Anıl Yağcıoğlu</i> – Psikotik Bozukluklar ve Kannabis Kullanımı; Klinik Sonuç <i>Onur Noyan</i>	PANEL-22 KANITLAR IŞIĞINDA RUHSAL TRAVMA TERAPİLERİ Oturum Başkanı: Mehmet Zihni Sungur – TSSB'yi Tanımdan Anlamaya: Bir Sorgulama <i>Mehmet Zihni Sungur</i> – TSSB'de Prolonge Exposere <i>Levent Sütcügil</i> – TSSB'de EMDR <i>Alişan Burak Yaşar</i>
14:45-15:00	KAHVE ARASI		
15:00-15:45	UYDU SEMPOZYUM DEPRESYON TANI VE TEDAVİSİNDE BİLDİĞİNİZİ DÜŞÜNDÜĞÜNÜZ ŞEYLER DOĞRU OLMAYABİLİR Oturum Başkanı: Nesrin Dilbaz Konuşmacı: Mark Zimmerman 		
15:45-16:00	KAHVE ARASI		

BİLİMSEL PROGRAM

16 MART 2019, CUMARTESİ

SAAT	SALON D	SALON E
07:30-08:45	TÜTÜN BAĞIMLILIĞINA YAKLAŞIM Konuşmacı: Selime Çelik	MOTİVASYONEL GÖRÜŞME Konuşmacı: Onur Noyan
08:45-09:00	KAHVE ARASI	
09:00-09:45		
09:45-10:30		
10:30-11:00	KAHVE ARASI	
11:00-11:45		
11:45-13:15	ÖĞLE YEMEĞİ	
13:15-14:45	PANEL-23 BARİATRİK CERRAHİNİN PSİKİYATRİK YÖNÜ Oturum Başkanı: Tunç Alkın – Preoperatif Psikiyatrik Değerlendirme <i>Selim Polat</i> – Bariatrik Cerrahi Sonrası Değişen Yeme Davranışı/Yeme Bozuklukları <i>Burak Okumuş</i> – Bariatrik Cerrahi Sonrası Bilişsel Davranışçı Terapi <i>Ziya Berberoğlu</i> – Bariatrik Cerrahinin Cinsel İşlevler Üzerine Olan Etkisi <i>Ezra Yancar Demir</i> – Bariatrik Cerrahi Sonrası İntihar Davranışı <i>Özgür Maden</i>	PANEL-24 INSOMNIA TEDAVİSİNDE TEK SEÇENEK İLAÇLAR MI ? Oturum Başkanı: Hüseyin Güleç – İnsomnia Tedavisinde Farmakoterapi'de neredeyiz? <i>Hüseyin Güleç</i> – İnsomnia Tedavisinde Psikoterapotik Yaklaşımlar <i>Neslihan Akkışi Kumsar</i> – İnsomnia Tedavisinde Grup BDT Erenköy Deneyimleri <i>Onur Durmaz</i>
14:45-15:00	KAHVE ARASI	
15:00-15:45		
15:45-16:00	KAHVE ARASI	

BİLİMSEL PROGRAM

16 MART 2019, CUMARTESİ

SAAT	SALON A	SALON B	SALON C
16:00-16:45	16:00-16:45 KONFERANS UZUN ETKİLİ ANTİPSİKOTİKLERİN GÜNCEL TEDAVİDE YERİ Oturum Başkanı: Alp Üçok Konuşmacı: Oğuz Karamustafalıoğlu	PANEL-25 DİRENÇLİ OKB'DE TEDAVİ SEÇENEKLERİ Oturum Başkanı: Behçet Coşar – Dirençli OKB'de Farmakoterapi <i>Refika Yamanel</i> – Dirençli OKB'de Psikoterapi <i>Aruz Bozkurt</i> – Gazi Üniversitesi Psikiyatri Kliniğinden Gamma Knife Deneyimleri <i>Irem Ekmekçi Ertek</i>	PANEL-26 BİR OLGU IŞIĞINDA NÖROLEPTİK MALİGN SENDROM SPEKTRUMU: ERKEN TANIMAK HAYAT KURTARIR Oturum Başkanı: Nesrin Karamustafalıoğlu – Olgu Sunumu: Atipik Ajan, Atipik Klinik <i>Bilge Çınar</i> – Malign Nöroleptik Sendroma Genel Bir Bakış <i>Şakir Gıca</i> – Atipik Malign Nöroleptik Sendroma Yaklaşım <i>Özlem Devrim Balaban</i>
16:45-17:00	KAHVE ARASI		
17:00-18:30	17:00-17:45 KONFERANS ELİNİ KORKAK ALIŞTIRMA; PSİKİYATRİK HASTALIKLARIN YÖNETİMİNDE BENZODİAZEPİNLER Oturum Başkanı: Orhan Doğan Konuşmacı: Tunç Alkın 17:45-18:30 KONFERANS OLGU ÖRNEKLERİ İLE SINIR KİŞİLİK BOZUKLUĞUNDA PSİKODİNAMİK PSİKOTERAPİ Oturum Başkanı: Ali Çayköylü Konuşmacı: Mine Özmen	PANEL-29 DSM 5'TEN KLİNİĞE ANKSİYETE BOZUKLUKLARI Oturum Başkanı: Fulya Maner – Dirençli Anksiyete Bozukluğunda Tedavi İlkeleri <i>Hüsnü Erkmen</i> – Zor Konulan Bir Tanı: Yaygın Anksiyete Bozukluğu <i>Zarifjon Ashurov</i> – Neden Hayvanlarda Ülser Gözlenmez? Stres ve Anksiyetenin Evrimsel Etkisi <i>Rayna Mandova</i>	PANEL-30 KLOZAPİN NEREDE, NE ZAMAN VE NASIL KULLANMALIYIZ ? 50 YILLIK DENEYİM Oturum Başkanı: İbrahim Eren – Farmakolojisi ve Nörobiyolojik Etkileri <i>İkbal İnanlı</i> – Klozapin Kullanım İlkeleri <i>Bilge Çetin İlhan</i> – Kılavuzlarda Klozapin Nerede? <i>Hatice Yardım Özyayhan</i> – Yan Etkiler ve Baş Etme Stratejileri <i>Ali Metehan Çalışkan</i>
20:30-22:00	PSİKİYATRİ BİLİMLERİ VE ARAŞTIRMALARI DERNEĞİ ZİRVE BENİMDİR ÖDÜLLÜ BİLGİ YARIŞMASI (2020 Kongresi Katılım Ödülü)		

BİLİMSEL PROGRAM

16 MART 2019, CUMARTESİ

SAAT	SALON D	SALON E
16:00-16:45	PANEL-27 ŞİZOFRENİ VE BİPOLAR BOZUKLUKTA İMMÜNOTERAPİ Oturum Başkanı: Servet Ebrinç – İmmünoterapinin Etyopatogenezdeki Rolü <i>Neslihan Akkişi Kumsar</i> – Şizofrenide İmmünoterapi <i>Süheyla Doğan Bulut</i> – Bipolar Bozuklukta İmmünoterapi <i>Serdar Bulut</i>	PANEL-28 NÖROLOJİK VE PSİKİYATRİK YÖNDEN NMDAR Oturum Başkanı: Nevzat Tarhan – Nörolojik Hastalıklarda NMDAR <i>Celal Salçını</i> – Psikiyatrik Hastalıklarda NMDAR <i>Işıl Göğcegöz</i>
16:45-17:00	ÖĞLE YEMEĞİ	
17:00-18:30	PANEL-31 SAĞLIKTA ŞİDDET VE SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA RUH SAĞLIĞI Oturum Başkanı: Behçet Coşar – Sağlık Çalışanlarına Uygulanan Şiddet ve Artan Nefret <i>Behçet Coşar</i> – Sağlık Çalışanlarında Ruh Sağlığı ve Şiddet İlişkisi <i>M. Hakan Aksu</i> – Sağlıkta Şiddetin Nedenleri, Risk Faktörleri ve Psikiyatri Örneklemleri <i>Bahadır Geniş</i> – Sağlıkta Şiddette Medya/Sosyal Medya Etkisi ve Toplum Algısı <i>Erman Şentürk</i>	PANEL-32 SPORDA RUH SAĞLIĞI VE SPORCU GELİŞİMİNDE GÜNCEL YAKLAŞIMLAR Oturum Başkanı: İbrahim Balcıoğlu – Spor Ruh Sağlığı Perspektifinden Sporcu Ruhsal Gelişiminde Akademiden Pratiğe Yeni Yaklaşımlar <i>Ozan Altın</i> – Sporda Agresyonu Tanımlama ve Kavramsallaştırma <i>Yasin Hasan Balcıoğlu</i> – Sporda Yasaklı Maddeler ve Doping: Ruh Sağlığı Penceresinden Güncel Bir Açıklama <i>Fatih Baz</i>

BİLİMSEL PROGRAM

17 MART 2019, PAZAR

SAAT	SALON A	SALON B	SALON C	SALON D
09:00-10:30		BİREYSEL METAKOGNİTİF EĞİTİM KURSU 09:00-09:45 – Vaka Formülasyonu / Karar Verme <i>Nesrin Dilbaz</i> 09:45-10:30 – İnançların Değişimi / Empati Gösterme <i>Haldun Soygür</i>	PANEL- 33 AKILCI İLAÇ KULLANIMI Oturum Başkanı: Oğuz Karamustafalıoğlu Konuşmacı: Işıl Göğcegöz	PANEL-34 TRAVMAYA YAKLAŞIM Oturum Başkanı: Onur Noyan – Travma Sonrası Büyüme <i>Deniz Ergün</i> – Travma Sonrası Akut Dönem Toplum Tabanlı Müdahaleler <i>Melis Demircioğlu</i> – Bağımılığın Travma Ekseninde Çalışılması <i>Ahmet Yılmaz</i>
10:30-10:45	KAHVE ARASI			
10:45-12:15		BİREYSEL METAKOGNİTİF EĞİTİM KURSU 10:45 – 11:30 – Bellek ve Kendine Güven / Özsaygı <i>Nesrin Dilbaz</i> 11:30 – 12:15 – Depresyon ve Düşünce / Psikozla Yaşamak ve Relaps Önleme <i>Haldun Soygür</i>		

KONUŞMA METİNLERİ

Tedaviye Direnç Var mıdır? Direnç Kavramı Tedaviye Yanıtsızlığı Açıklıyor mu?

Prof. Dr. Atila Erol

Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Sakarya

Major Depresyon(MD) un yaşamboyu görülme oranı altı kişide bir olarak tahmin edilmektedir; intihara sebep olan psikiyatrik hastalıklar içinde birinci sırada yer almaktadır. İşgücü kaybı ve ekonomik maliyet açısından kardiyovasküler hastalıklarla yarışmaktadır. Hayatın her döneminde görülebilmektedir; depresyondaki hamile annelerin bebekleri de zarar görmektedir. Yaygınlığı, intihar oranları, malüliyet ve ekonomik maliyeti açısından önemli bir halk sağlığı sorunu olarak karşımızda durmaktadır. Tanım ve tesbiti konusunda tartışmalar mevcuttur; ondan fazla Tedavi Dirençli Depresyon(TDD) tanımı yapılmıştır. En çok kullanılan tanım: ‘en az iki antidepresan (farklı gruptan, yeterli doz ve sürede) ilaç ile tedavi edilmesine rağmen beklenen klinik (sempomatik) düzelmenin görülmemesidir’. Bu tanımın içerdiği ve içermediği her öge ile ilgili tartışmalar devam etmektedir: farklı antidepresan, farklı antidepresan sayısı, doz, süre ve cevap oranları veya iyileşme kriterleri, psikoterapilerin dahil edilmemesi, hastalık şiddetinin derecelendirilmesi, komorbidite... gibi. TDD terimine de itiraz edilmektedir; yerine Çoklu Tedaviye Dirençli Major Depresyon (ÇTDDMD) önerilmektedir (multiple-therapy-resistant major depressive disorder (MTR-MDD)). Tanımlardaki farklılıklara pek çok açıklama getirilmektedir; bunlar depresyonun heterojen doğası, komorbid durumlar (madde kullanımı, kişilik özellikleri, tıbbi hastalıkların varlığı), TDD nin MD nun bir alt tipi olduğu iddiası gibi. Tanım ve teşhis kriterleri konusunda farklı tutum ve yaklaşımlar araştırmalarda üretilen bilgiye yansımakta ve standardizasyon olmadığı için sonuçları karşılaştırma ve çıkarsama yapma imkanı azalmaktadır. Heterojen doğası tedaviyi tahmin etme imkanı vermediği için daha daraltılmış tanımlar ve kriterlerle tedavi cevabını belirleyen çalışmaların yapılması önerilmektedir. Tedavi açısından bakıldığında tedaviye cevap vermeyen önemli bir hasta grubu (üçte biri) söz konusudur; ilk hecmesi iyileşenlerde nüks oranı yüzde ellidir. TDD ve nüks oranlarının yüksek olması monoamin hipotezinin eksikliği olduğu şeklinde yorumlanmakta ve bu patolojiyi izah edecek daha kapsamlı, zengin ve heterojen teorik yaklaşımların geliştirilmesi gerektiği vurgulanmaktadır. TDD ile muzdarip büyük bir hasta grubu tedavi edilmeyi beklemektedir. TRD nin varlığını değil de varoluş şeklini izah etmeye çalışmayı ve mevcut tedavi tercihlerini tartışmayı amaçlıyoruz.

Adli Psikiyatri Uygulamalarında Karşılaşılan Bazı Soru ve Sorunlar

Dr. Latif Ruhşat Alpkan

İstanbul Gelişim Üniversitesi, Psikoloji Bölümü, İstanbul

Adli psikiyatri, psikiyatrik hastalıkların adli açıdan incelenmesidir. Doğru ve faydalı bir Adli Psikiyatri uygulaması için geniş ve mükemmel bir psikiyatri bilgisinin yanında temel hukuk kavramlarının ve yasaların da iyi bilinmesi şarttır.

Psikiyatri uzmanı, günlük mesaisi sırasında kendisine başvuran hastaların muayene ve tedavileri dışında sık sık “bilirkişilik” görevi ile karşı karşıya kalır.

Adli psikiyatride; psikiyatristlerin karşılaşılabileceği bazı soru ya da sorunlar ve çözüm yolları:

- Muhakkik (soruşturmacı) kimdir? Yetkileri nelerdir?
- Adli vakalarda rapor hazırlamanın incelikleri
- Daha önce hakkında herhangi bir rapor düzenlenen olgu ile ilgili aynı mahkeme, aynı konuda rapor isterse nasıl hareket etmeli?
- Hekimin sır saklama yükümlülüğü: Hasta hakkındaki bilgiler mahkemeye istendiğinde nasıl bir yol izlenmeli?
- İlgili mahkeme, hastayla ilgili bilgi ve belgeleri, özel muayenehaneden isterse, nasıl bir yol izlenmeli?
- Hasta, hasta yakını ya da hasta avukatının talebi halinde, hasta ile ilgili tüm bilgi ve belgeleri vermek zorunda mıyız?
- Akıl hastalarının bakım ve gözetimi TCK 175-194
- Evlenmede yaş küçüklüğü
- Bipolar bozuklukta evliliğin sonlandırılması
- Kısıtlı kişilerin (akıl hastalarının) evlenmesi (TMK-133)
- Evlat edinme
- Vesayet altındaki bir hasta, evli değil ve hamile. Yalnız gelmiş, kimseye haber verilmemesini istiyor. Nasıl bir yol izlenmeli?
- Bedensel hastalık nedeniyle vesayet talebinin incelenmesi.
- Kumar bağımlılığında vesayet.
- Alkol ve madde kullanımında kısıtlama ve mecburi tedavi. TMK-406-432 6284 sayılı ailenin korunması kanunu – sağlık tedbiri
- Korunma amacıyla özgürlüğün kısıtlanması

Bipolar Bozuklukta Ceza Sorumluluğunun Belirlenmesi ve Mağdur Değerlendirilmesi

Dr. Latif Ruhşat Alpkan

İstanbul Gelişim Üniversitesi, Psikoloji Bölümü, İstanbul

Bipolar Bozukluk, belli bir düzen olmaksızın tekrarlayan depresif, manik ya da her ikisini de kapsayan mikst epizodlarla giden ve bu epizodlar arasında kişinin tamamen sağlıklı duygu durumuna dönebildiği, kronik seyirli bir hastalıktır.

Ceza Sorumluluğu: Suçun işleniş sırasında kişinin neleri ne için yaptığını ve bu yaptıklarının sonuçlarının farkında olmasını tanımlar.

Türk Ceza Kanununun 32 inci maddesi bu konu ile ilgilidir.

Yetişkin bir kişinin, eylemine karşı sorumlu tutulabilmesi ve bu suçu nedeniyle ceza görmesi için; bir akıl hastalığı veya akıl zayıflığı olmamalıdır.

Ceza sorumluluğu kişinin belli bir tarihte işlemiş olduğu belli bir suçla karşı taylor edilir.

Bipolar bozuklukta ceza sorumluluğunun belirlenmesi:

Episodlar süresince ceza sorumluluğu etkilenir. Herhangi bir epizod döneminde, işlemiş olduğu suçlara karşı ceza sorumluluğu azalmış veya ortadan kalkmış kabul edilir. Aynı kişinin nöbetler dışındaki dönemde ceza sorumluluğu tamdır.

Suç tarihi ve muayene tarihinde hastanın duygu durumunun ne halde olduğunun saptanması çok önemlidir. Psikiyatrik muayene, hastalık öyküsü, suç tarihi, suçun çeşidi ve işleniş şekli, kendisinin ve tanıkların ilk ifadeleri çok iyi incelenmelidir.

Ceza sorumluluğunun tespiti için yapılan incelemeler sonucunda üç değişik yargıya varılabilir.

1- Azaltılmış Ceza Sorumluluğu:

Hipomanik hecmeye veya manik hecmenin başlangıç ya da son dönemindeki kısmi remisyon hallerinde işlenen suçlarda azaltılmış ceza sorumluluğu söz konusudur. T. C. K. nun 32. Maddesinin 2. Fıkrasının uygulanması uygun olur.

2- Ceza Sorumluluğunun Bulunmaması:

Gerçeği değerlendirmenin tamamen bozulduğu bir psikotik özellikli mani ya da psikotik özellikli depresyon vakasında muhakeme bozulmuştur. Hezeyan ve varsanılar ile davranış bozuklukları mevcuttur.

Her iki durumda da hasta, suçu hastalığının etkisi ile işlemiştir. Ceza sorumluluğu yoktur. Bu suçlu hastalara ceza verilemez. Tedavi yaptırımı uygulanır.

3- Ceza Sorumluluğunun Tam Olması

Bipolar bozuklukta epizodlar arasında hiçbir psikopatolojik bulgunun olmadığı dönemlerde suç işlenmesi halinde, ceza sorumluluğu tamdır.

Bipolar bozuklukta Mağdur Değerlendirilmesi:

Ceza yasamızın 102. Maddesinin 3. Fıkrası şöyledir: ***“Suçun beden veya ruh bakımından kendini savunamayacak durumda bulunan kişiye karşı işlenmesi halinde verilen cezalar yarı oranında arttırılır.”***

Burada bahsedilen “kendini savunma” bedensel anlamda olmayıp “mağdurun olaya ruhsal yönden mukavemeti” anlamındadır. Maruz kaldıkları fiilin, hukuki anlam ve sonuçlarını algılama yeteneği gelişmemiş olanlar, çocuklar ve ruhsal hastalığı nedeniyle kendini savunamayacak durumda bulunan yetişkinlerdir.

Gebelikte Şizofreni Tedavisi; Tedavi Edilmemiş Hastalık ile İlaça Bağlı Yan Etki Riskinin Dengelenmesi

Doç. Dr. Engin Emrem Beştepe

Erenköy Ruh Sinir Hastalıkları Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, İstanbul

Gebelik, şizofreni hastalarının %50'sinde görülür - her zaman istenilen/planlanmış gebelik değildir İkinci kuşak antipsikotiklerin (İKA'lar) piyasaya sunulması ve kullanımlarının artmasıyla birlikte, birinci kuşak antipsikotiklerin (BKA'ların) hiperprolaktinemiden kaynaklanan kontraseptif etkisi azalmaktadır. Bu, şizofreni hastaları arasında son 13 yılda genel doğurganlık oranının 1,16 kat artmış olmasını açıklamaktadır. Bu durum gelecekte daha fazla şizofreni hastasının gebe kalacağını bize bildirmektedir.

Hamilelik sırasında şizofreniyi tedavi etmemenin anne ve bebek sonuçları açısından daha büyük bir risk olduğu konusunda yazarlar arasında genel bir fikir birliği vardır. Tedavisiz kalan psikozun fetüs hatta anne ölümünü arttırdığını söyleyen yayınlar bulunmaktadır yüzden risk/fayda oranı göz önüne alındığında şizofreni hastalarında gebelikte ilaç kullanımı gereklidir. Birinci kuşak antipsikotiklerle ilişkilendirilen gastrointestinal malformasyon riskinin arttığını söyleyen yayınlar vardır ancak normal popülasyondan farklı bulmayanlar da vardır. İKA ile fetal malformasyondan daha az söz edilmektedir ancak gestasyonel diabetes ve hipertansiyon açısından dikkatli olunması gerekmektedir.

Özellikle her ikisi de CYP1A2 tarafından metabolize edilen klopazapin ve olanzapin, gebelikte plazma seviyelerinin yükselme olasılığı nedeniyle, anne ve fetusta intoksikasyonu veya ciddi yan etkileri önlemek için terapötik ilaç monitörizasyonu gerektirmektedir. Risperidon, ketiapin ve aripiprazol gibi diğer antipsikotikler, esas olarak hamilelikte etkinliği artan enzimler olan CYP2D6 ve 3A4 ile metabolize edilir ve bu, gebelikte özellikle de 3.trimestrde plazma seviyelerinin düşmesine neden olur. Artan renal kan akımı ve glomerüler filtrasyon hızı da ilaç metabolizmalarını değiştirir. Bu yüzden gebelikte plazma ilaç seviyelerinin monitörizasyonu tavsiye edilmektedir.

Gebelikte SSRI Kullanımı ve Teratojenite

Uzm. Dr. Özlem Bolat Kaya

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

Gebelikte depresyon tedavisi, antidepresanların gelişmekte olan fetüsü olumsuz etkileme olasılığı yüzünden tartışmalı bir konudur. Gebelikte en sık kullanılan antidepresanlar selektif serotonin geri alım inhibitörleridir (SSGI).

SSGI'lerin etkinliğinin, serotonin (5HT) nörotransmitterinin sinaptik biyoyararlanımını artırma yoluyla olduğu düşünülmektedir. Artmış serotoninin plasentayı kolayca geçerek embriyogenezis sırasında bazı hücre ve dokuları etkileyebileceği ve böylece başta kardiyak olmak üzere bazı konjenital malformasyonlara yol açabileceği öngörülmektedir (1,2).

Yapılan bazı araştırmalar paroksetinin kardiyak defekt riskini arttırdığını öne sürmüş, hatta 2005'te Amerikan Gıda Ve İlaç Dairesi (FDA) paroksetinin gebeliğin ilk trimesterinde kullanımının kardiyak malformasyon riskini arttırdığını bildirmiştir (3).

SSGI'lerin teratojenite riskinin incelendiği, geniş örneklemli retrospektif bir kohort çalışmasında SSGI'lere maruz kalmış ve kalmamış yenidoğanlarda majör ve minor malformasyon riski araştırılmış ve anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Ayrıca hiçbir SSGI kendi başına risk artışıyla ilişkili bulunmamıştır. Kardiyak septal defekt riskinin ise SSGI'lere maruz kalmış yenidoğanlarda istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde arttığı, ancak mutlak riskin düşük olduğu belirtilmiştir (4). Bu konuda yapılan birçok araştırmada çelişkili sonuçlar ortaya konmuştur.

Majör depresyon öyküsü olan ötimik kadınlarda; planlı olarak konsepsiyon öncesinde antidepresan kesilmesi, gebelik sırasında ilaca devam edilmesi ile kıyaslandığında, gebelikte relaps riskinde beş kat artışla ilişkili bulunmuştur. Daha uzun hastalık süresi ve daha fazla sayıda depresif epizod geçirmiş olmak, relaps riskini daha da arttırmaktadır (5).

Gebelik sırasında depresyonun tedavi edilmemesi, kendi başına, çok sayıda olumsuz maternal ve fetal sonuçlar ortaya çıkarmaktadır. Maternal mortalite, düşük kilo alımı, alkol ya da yasadışı ilaç kullanımı, toksemi, zayıf anne-çocuk bağlanması, preterm eylem, düşük doğum ağırlığı, operatif doğum ve yenidoğan yoğun bakım ihtiyacı bu sonuçlar arasındadır (6,7,8,9,10).

Tüm bu bilgiler ışığında; hafif şiddette depresyon ve anksiyete bozukluklarının tedavisinin psikoterapi ve psikososyal müdahaleler ile yürütülebileceği, bununla birlikte orta ve ağır şiddette bozukluklarda SSRI kullanımının göz önünde bulundurulabileceği, kararın hasta özelinde değerlendirilerek ve hasta ile hastanın ailesinin de görüşleri alınarak verilebileceği söylenebilir.

Anahtar Kelimeler: Gebelik, depresyon, selektif serotonin geri alım inhibitörleri (SSGI), yenidoğan, teratojenite.

Kaynaklar

1. Sadler TW. Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) and heart defects: potential mechanisms for the observed associations. *Reprod Toxicol*. 2011; 32(4):484–9.
2. Hendrick V, Stowe ZN, Altshuler LL, Hwang S, Lee E, Haynes D. Placental passage of antidepressant medications. *Am J Psychiatry*. 2003;160(5):993–6.
3. U.S Food and Drug Administration (FDA). Public Health Advisory: Paroxetine.2005. <https://wayback.archive-it.org/7993/20170112033310/http://www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/PostmarketDrugSafetyInformationforPatientsandProviders/ucm051731.htm>. Accessed 27 Aug 2018.; 2018.
4. Pedersen LH, Henriksen TB, Vestergaard M, Olsen J, Bech BH. Selective serotonin reuptake inhibitors in pregnancy and congenital malformations: Population based cohort study. *BMJ*. 2009;339:3569.
5. Cohen LS, Altshuler LL, Harlow BL, Nonacs R, Newport DJ, Viguera AC. Relapse of major depression during pregnancy in women who maintain or discontinue antidepressant treatment. *JAMA*. 2006;295:499–507.
6. Brettingham M. Depression and obesity are major causes of maternal death in Britain. *BMJ*. 2004;329:1205.
7. Kurki T, Hiilesmaa V, Raitasalo R, Mattila H, Ylikorkala O. Depression and anxiety in early pregnancy and risk for preeclampsia. *Obstet Gynecol*. 2000;95:487–90.
8. Nonacs R, Cohen LS. Assessment and treatment of depression during pregnancy: An update. *Psychiatr Clin North Am*. 2003;26:547–62.
9. Chung TK, Lau TK, Yip AS, Chiu HF, Lee DT. Antepartum depressive symptomatology is associated with adverse obstetric and neonatal outcomes. *Psychosom Med*. 2001;63:830–4.
10. Oberlander TF, Warburton W, Misri S, Aghajanian J, Hertzman C. Neonatal outcomes after prenatal exposure to selective serotonin reuptake inhibitor antidepressants and maternal depression using population-based linked health data. *Arch Gen Psychiatry*. 2006;63:898–906.

Psiko-Onkolojik Tedavi Yaklaşımları

Uzm. Dr. Meryem Gül Teksin

Dr. A. Y. Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği, Ankara

Kanser hastalarının yaklaşık yarısının bir psikiyatrik bozukluk tanı kriterlerini karşıladığı düşünüldüğünde psikiyatrik tedavinin önemi ortadadır(1). Kanser hastalarının psikiyatrik tedavisinde psikofarmakolojik tedavilerin yanı sıra psikoterapötik girişimlerin etkinliğine dair kanıtlar artmaktadır. Psikoeğitim, bilişsel davranışçı terapiler, destekleyici psikoterapi, kişilerarası terapi, grup psikoterapileri gibi yaklaşımların kanser hastalarında stres düzeylerinde, anksiyete semptomlarında ve yaşam kalitesinde iyileşmelere yol açtığı gösterilmiştir(2). Akut gelişen ve duygudurum stabilizasyonu gerektiren klinik durumlarda sedatize edici psikotrop ajanların kullanımı endikedir. Uzun süren ve ağır seyreden depresyon sıklıkla destekleyici psikoterapi ve psikofarmakolojik tedavileri bir arada yürütülmesini gerektirir. Dirençli depresyon olgularında psikofarmakolojik tedavilere yanıt alınamıyorsa ya da yapılması gereken müdahaleler kanser tedavisine olumsuz etkiliyorsa EKT uygulaması da bir seçenek olabilmektedir. Şiddetli ağrısı olan hastalarda daha fazla psikiyatrik belirti saptanmaktadır. Ağrı kontrolünün sağlanması ile psikiyatrik belirtiler de yatışabilmektedir. Bunun yanı sıra depresyonun tedavisiyle birlikte hastaların, yaşadıkları yoğun kanser ağrılarına katlanamadıklarından dolayı hızlandırılmış ölüm taleplerinde azalma olduğu gösterilmiştir(3). Anksiyete bozukluklarında relaksasyon ve davranışsal önerilerin yetersiz kaldığı bazı durumlarda farmakolojik müdahaleler gereklidir. Kanser tedavisi ile ilişkili kognitif bozuklukların tedavisinde farmakolojik ajanların kullanımı ile ilgili kanıtlar yetersiz olmakla beraber kognitif rehabilitasyon tekniklerinin yararına ilişkin veriler bulunmaktadır. Ek olarak kanser hastalarında psikotropoların kullanımında metastazlar, beyin tutulumu, paraneoplastik hormonlar ve ilaç etkileşimlerinin daha sık olması sebebiyle daha dikkat olunmalıdır.

Kaynaklar

1. Derogatis LR, Morrow GR, Fetting J, et al. The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. JAMA. 1983;249:751-757
2. Falle H, Schuler M, Richard M, Heckl U, Weis J, Kuffner R. Effets of psychooncologic interventions on emotional distress and quality of life in adult patients with cancer: systematic review and meta-analysis. J Clin Oncol. 2013;31:782-793
3. O'Mahony S, Goulet J, Kornblith A, et al. Desire for hastened death, cancer pain and depression: report of a longitudinal observational study. J Pain Symptom Manage. 2005; 29: 446-457

Onkolojide Psikiyatrik Komorbiditeler

Uzm. Dr. Gülşen Teksin Ünal

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

Prevalans çalışmalarına göre, kanser hastalarının psiko-onkolojik tedaviye gereksinimi olanların yüzdesi %30-35 oranında bulunmuştur. Kanser hastalarında en sık ortaya çıkan psikiyatrik tanılar depresyon ve organik beyin sendromudur.

Depresyon kanser hastalarında %25-30 gibi yüksek ve %4-60 gibi değişken oranlarla bildirilen en yaygın psikiyatrik bozukluktur (Smith, Oncol Lett., 2015 Mitcelle ve ark., Lancet Oncol, 2011). Buna rağmen; kanser hastalarında yeterince tanınmamış depresyon oranı %50-60'ları bulabiliyor (Grassi ve ark., J Medicine and the Person, 2010). Kanser hastalarında «Depresif Spektrum Bozuklukları» kavramı klinik depresyonun farklı görünümelerini ifade etmeye daha uygundur (Caruso, Curr Pschiatry Rep, 2017). Demoralizasyon Sendromu; Major Depresyondan ayrı bir klinik sendrom olarak ele alındığında, onkolojinin de dahil olduğu genel medikal kliniklerde yapılan çalışmalarda %30.4'ler civarında görüldüğü bildirilmiş (Casey, Curr Psychiatry Rep, 2014).

%20-25 gibi yaygın bir prevalansa rağmen kanser kliniklerinde Uyum Bozukluğu/Stresle İlişkili Bozukluklar tanısı sorgulanabilir özelliktedir (Caruso ve ark, Curr Psychiatry Rep, 2017 Grassi ve ark., J Aff Disorders, 2009).

Şiddetli ağrı; tanı zamanında %14-100, aktif tedavi sırasında ise %50-70 oranında, ileri evrede ise %60-90 oranında görülebilmektedir (Önal SA, 2007). Tedavi edilmeyen ağrı hastanın bilişsel ve sosyal fonksiyonları bozmakta böylece psikolojik bozukluklara neden olmaktadır (Sarıhan E ve ark., 2012).

Organik beyin sendromları kanser hastalarında sık görülen psikiyatrik tablolardır. Delirium tedavisi aile ve hasta için ekstra sıkıntı olmaktadır. Hastane maliyetini artıracak için çoğunlukla bu psikolojik sorun tanılanmadan ve tedavi edilmeden bırakılır (Güleç G ve Büyükkınacı A, Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 2011). Kemoterapötik ajanların nöropsikiyatrik yan etkileri veya kranial radyoterapiyi takiben ensefalopati görülebilir ve tedavinin ilk saatlerinde başlayıp, haftalar, aylar, yıllarca sürebilir (Bond SM ve ark., Oncol Nurs Forum, 2006).

Kanserle ilişkili yorgunluk, fiziksel nedenlerden kaynaklanabileceği gibi bilişsel, psikolojik ve motivasyonel nedenlerde ortaya çıkmasına yol açabilir (Sperner-Unterwegner B., Nervenarzt ,2010 Tünel M ve ark., Arşiv Kaynak Tarama Dergisi, 2012

Kanser Hastasının Beden İmajı

Öğr. Üyesi Derya Adalı Aker

Demiroğlu Bilim Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, İstanbul

Kanser ve kanser tedavisi tanım anlamıyla yıkıcıdır. Kanser tedavisi bedende amputasyon, proteze uyum, ameliyat skarları veya deri değişiklikleri gibi hayatın işlevselliğini etkileyen büyük değişikliklere sebep olabilir. Bazen bu değişiklikler tümör baş, boyun veya göz bölgesini etkilemişse veya bedende cerrahi tedavinin devamı şeklinde olan stomalar bulunuyorsa veya radyoterapiye bağlı deri değişimleri ve kemoterapiye bağlı saç dökülmesi gibi dışarıdan başkası tarafından fark edilecek boyutta olabilmektedir. Radyoterapi yıllara uzanan şekilde sinsice doku hasarına neden olabilirken; ameliyatın etkileri bedende daha çabuk ve kalıcı olarak gözüktür. Sistemik kemoterapi ise geçici ve geri dönüşümlü şekilde etkilerini bedende gösterir. Özellikle görünümde değişim meydana getiren durumlarda yapılan çalışmalarda anksiyete ve depresyon sıklığı daha fazla gözlenmiştir. Beden imgesi; kişinin bedeni hakkındaki algı, düşünce, duygu ve davranış örüntülerini içeren çok boyutlu kompleks bir yapıdır. Kanser ameliyatlarının büyük çoğunluğunun kozmetik sonuçlarında beden imgesinin negatif yönde değişmesi ve bunu gidermek için kozmetik cerrahi tedavi kabulü anahtar rol oynamaktadır. Kozmetik yapılan girişimler genelde meme kanseri üzerine odaklanmıştır ve meme korkuyucu cerrahi yaşam kalitesinde radikal mastektomiden farklı olarak korunma sağlamıştır. Özellikle cinsel sorunların daha az görülmesi ve dişiliğin sembolü olan memenin kalmasıyla özsaygının korunması cerrahları mastektomi yerine meme koruyucu cerrahi yapmaya itmiştir. Hastalarda koruyucu cerrahi yapılamadığı durumlarda kaybolan organa yönelik yas tepkisi gözlenmektedir. Kubler-Ross'un belirttiği şekilde 5 basamaktan oluşan bu tepki gerçekçi kabulleniş ile son bulur.

Beden imgesinin ergenin gelişim döneminde önemli bir yeri vardır. Beden algısı ergenin özgüveninin gelişiminde en önemli yordayıcılardan biridir. Kanserlin özellikle çocukluk veya ergenlik döneminde gelişmesi durumunda bedende sekel kaldığında oluşan olumsuz beden algısı depresyon, anksiyete ve olumsuz değerlendirilme korkusuyla ilişkili olabilmektedir. Kendine güven sorunları gelişebilmekte ve kişilik özelliklerinin bu yaş aralığında belirlenmesi nedeniyle kişilik bozukluklarının gelişimine olumsuz beden imgesi zemin hazırlayabilmektedir.

Kanser toplum tarafından “en kötü hastalık” olarak bilinen ve kesin ölümlü sonuçlandığına inanılan bir hastalık olarak düşünülür. Toplumda halihazırda yaşayan insana kanser

tanısı konulduğunda; hastalık öncesi hastalığa dair var olan bu düşünce giderek savunma mekanizmalarının yetersizleşmesi ile beraber psikiyatrik bozukluklara yol açabilir. Bu tanıyla baş edebilmek sadece hastanın değil aynı zamanda hasta yakını ile tedavi ekibinin de zorlandığı bir durumdur.

Tedavi ekibinin tekrarlı şekilde bu tür hastalar ile uğraşması hizmet veren kişilerde yorgunluk, usanmışlık, çaresizlik hisleri ile birlikte hastaların ve yakınlarının isteklerini ve tedavilerini yönetmede yetersiz kalma gibi zorluklar yaratabilir. Bazı çalışmalarda özellikle terminal dönem kanser hastalarında iyileştirici rollerinin olmadığını bildikleri için tedavi ekibinde nafiye tedavi uygulamalarını vermek zorunda kaldıkları ve etik açıdan ikilemde kaldıkları gösterilmiştir. Özellikle psikiyatrik durumlarla başa çıkma, tedavi reddi ve cinsel sorunlar gibi konularda yetersiz kalma multidisipliner bir takım çalışmasını zorunlu kılmıştır. Özellikle tanıyı bilmeyen hastalarda tedavi ekibinin çaresiz kaldığı ve bunun etik açıdan söylenmesinin gerekliliği konusunda şüphelerinin olması da ekibin zorlanmasına neden olmaktadır.

Hastaların özellikle narsistik zedelenme yaşamaları ve organ kaybı ile engelli/ yetersiz konumunda hissetmelerine neden olmaktadır. Özellikle meme kanserinde mastektomi geçiren kadınlar, meme kaybını sadece fiziksel olarak görünüşle ilgili kaygı şeklinde yaşamayıp; cinsel açıdan kadınlığın simgesinin kaybını dişiliğin kaybedilişi gibi algılamakta ve ek cinsel sorunlar yaşamaktadır.

Çocuk Onkolojik Hastaların Değerlendirilmesi ve Bakımvereninin Ruhsal Sorunları

Uzm. Dr. Duygu Kınay

Bilecik Devlet Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Bilecik

Kanser hastalığı; kişinin ailesi, sağlık ekipleri, yaşadığı çevre ve topluluklar dahil olmak üzere tüm yaşam sistemlerini etkilemektedir. Kanser tanısı alan çocuklar tanıdık olmayan ve insanları tehdit eden duygusal karışık, fiziksel rahatsızlık ve acı içeren bir dünyaya girmektedir. Çocuk genellikle kendisini, kendisinin ve ailesinin belirsizlik dünyasının ortasında bulur. Birbirini takip eden kısa ya da uzun süreli hastaneye yatışları çocuğu akranlarından ve okul arkadaşlarından, aynı zamanda aile ve mahalle hayatının rutinlerinden sıklıkla ayırır ve izole eder. Ek olarak tedavinin ve hastalığın uzun dönem etkileri çocuğun bilişsel kapasitesini, sosyal ve fiziksel işlevselliğini tehlikeye atabilir. Psikososyal literatürdeki çocukluk çağı kanseri ile ilgili güncel eğilimler; Fiziksel ve psikososyal olgunlaşma bağlamında tedavi edilmiş çeşitli yaş grubundaki çocukların yaşadığı sorunların ele alındığı gelişimsel bir yaklaşım; ailelerde ve aile üyeleri arasında interaktif etki ve cevapları vurgulayan bir aile sistemleri yaklaşımı; travma sonrası etkilere odaklanarak son zamanlarda düzenlenmiş stresle baş etme becerileri çerçevesinde yaklaşım ve bilgisayar tabanlı teknolojideki gelişmeler gibi unsurların tamamını kapsayan multidisipliner bir yaklaşımı kapsamaktadır.

Onkoloji hastalarının ve sağlıklı çocukların ebeveynleri ve kardeşleri karşılaştırıldığında onkolojik vakaların yakınlarında depresyon, anksiyete ve travma sonrası stres bozukluğu artışı görülmektedir. Çocuk yaşı, maternal depresyon ve anksiyete gibi spesifik sosyodemografik faktörler kötü bilişsel sonuçlar, artmış ağrı ve artmış çocukluk çağı depresyonu ve anksiyete bozukluğu için risk faktörü olarak tanımlanmıştır. Çocuklar ve aileleri tedavinin ilk aşamalarında duygusal ve davranışsal problemler sergilerler. Birçok ebeveyn çocukluk çağındaki kanserin zorlukları tarafından uyandırılan güçlü duyguları tanımlama, ifade etme ve ustalık kazanmalarına yardımcı olmak için eğitim ve destek; bazıları ise sadece duygularının onaylanmasına veya şartlar göz önüne alındığında hayatlarını yeterince yönetebilmeye ihtiyaç duyarlar. Ebeveynler hasta çocuğun rekabet ihtiyaçlarını, aile işlerini ve ilişkilerini ve istihdam gereksinimlerini dengelemekle karşı karşıyadır. Kanser hastaları ve aileleri için psikososyal, fizyolojik ve fonksiyonel sonuçları optimize etmek için hasta deneyimlerinin yaşam boyu hayatta kalma bağlamında anlaşılması gerekir.

Kalple İlişkili Olmayan Göğüs Ağrısı: Tanı ve Tedavi Yaklaşımları

Prof. Dr. Çiçek Hocaoglu

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

Tüm dünyada ve farklı kültürel gruplar arasında bedensel belirtiler toplumsal sorunların ve sıkıntının en yaygın bireysel ifadeleridir ve göğüs ağrısı da tıbbi olarak açıklanamayan bedensel belirtilerin en sık görülenlerinden biridir (1). Uzun zamandır tıbbi etiyoloji saptanamayan ve çoğu kez atipik özellikler gösteren göğüs ağrısı olgularının başta panik bozukluğu ve depresyon olmak üzere çeşitli özgül psikiyatrik bozuklukların bir bileşeni ya da eşlik eden bir belirtisi olarak değerlendirildiği görülmektedir (2). Tıbben açıklanamayan bedensel belirtilerden biri olan göğüs ağrısına toplumda ve birinci basamak sağlık kurumlarına başvuran kişilerde çok sık rastlanmaktadır. Göğüs ağrısı olan hastaların %50'den fazlasına kardiyologlar tarafından iskemik kalp hastalığı olmadığına kalple ilişkili olmayan göğüs ağrısı tanısı konmaktadır. Hastaların sadece üçte biri iskemik kalp hastalığı tanısı almaktadır (3). Angina benzeri belirtilerle kalp kateterizasyonu yapılan hastaların %10 ile 30 kadarında koroner arterler normal bulunmaktadır. Bu hastaların çoğunda göğüs ağrısı devam etmekte ve sık sık acil servislere başvurmakta ve hatta kalp kateterizasyonları tekrarlanmaktadır. Hastaların tıbbi prognozları iyi olmasına rağmen, fonksiyonel kayıpları fazladır. Açıklanamayan göğüs ağrısı genellikle inatçıdır, uzun süreli fiziksel kısıtlılığa neden olur ve günlük aktiviteye zarar verir. Hastaların %50-70'inde göğüs ağrısı süreklilik göstermektedir (4). Hastaların %19-51'i mesleki, %46-100'ü fonksiyonel kayıp yaşarlar, hastaneye yatış oranları yüksektir ve uygunsuz kardiyak ilaç alımını da içeren tıbbi değerlendirmeler uygulanır (2). Kalp hastalığından endişe duyma hem yaygın anksiyete bozukluğu hem de panik bozukluğu olan hastalarda bildirilen en yaygın inanıştır. Belirtilerin psikolojik orijinini açıklamak çoğu hasta için temel problemdir. Hekime göğüs ağrısı ya da çarpıntı ile başvuran çoğu hastada gerçekte anksiyetenin fiziksel belirtilerin tanımlanması şaşırtıcı değildir. İnatçı göğüs ağrısı anksiyete bozuklukları, depresyon ya da somatoform bozukluklarla ilişkili olabilir ya da hiç bir psikiyatrik tanı almayabilir. Birinci basamağa ve kardiyolojiye başvuranlar arasında koroner anjiyogramı normal olan grupta sıklıkla panik bozukluğu, depresyon tanıları vardır (5). Başka bir deyişle kalple ilişkili olmayan göğüs ağrısı bir çok psikiyatrik morbiditenin eşlik ettiği, yaşam kalitesini olumsuz etkileyen tanınal güçlüklerle yol açabilen tıbben açıklanamayan fiziksel bir belirtidir. Bu sunumda kardiyolojik olmayan göğüs ağrısının klinik görünümü, tanı ve tedavi yaklaşımları literatür bulguları ışığında ele alınacaktır.

Kaynaklar

1. Campbell KA, Madva EN, Villegas AC, et al. Non-cardiac Chest Pain: A Review for the Consultation-Liaison Psychiatrist. *Psychosomatics*. 2017;58(3):252-265.
2. Mourad G, Jaarsma T, Strömberg A, Svensson E, Johansson P. The associations between psychological distress and healthcare use in patients with non-cardiac chest pain: does a history of cardiac disease matter? *BMC Psychiatry*. 2018;18(1):172.
3. Mourad G, Strömberg A, Johansson P, Jaarsma T. Depressive Symptoms, Cardiac Anxiety, and Fear of Body Sensations in Patients with Non-Cardiac Chest Pain, and Their Relation to Healthcare-Seeking Behavior: A Cross-Sectional Study. *Patient*. 2016 ;9(1):69-77.
4. Tremblay MA, Denis I, Turcotte S, et al. Heart-focused anxiety and health care seeking in patients with non-cardiac chest pain: A prospective study. *Gen Hosp Psychiatry*. 2018;50:83-89.
5. Güleç MY, Hocaoglu Ç, Durmuş İ. Kalple ilişkili olmayan göğüs ağrısı olan hastalarda psikiyatrik eşanı. *Klinik Psikiyatri*. 2007;10:7-13.

Fibromyalji: Tanı ve Tedavi Yaklaşımları

Uzm. Dr. Ali Görkem Gençer

Başakşehir Devlet Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, İstanbul

Fibromyalji, etiyojisi tam bilinmeyen, yaygın vücut ağrıları, halsizlik, çeşitli anatomik bölgelerde hassasiyet, sertlik, yorgunluk ve uyku kalitesinde azalma ile karakterize bir kronik ağrı sendromudur.¹ Genel popülasyonda yaygınlığı %2,7 olarak saptanmıştır. Kadınlarda, eğitim ve sosyoekonomik düzeyi düşük kişilerde ve 40-60 yaşları arasında daha sık görülmektedir. Prevalans yaşla artmaktadır.² Bazı psikiyatrik bozukluklarla benzer patofizyolojik süreçleri paylaşıyor gibi görünmektedir. Etiyoloji multifaktoriyeldir ve genetik – çevresel faktörler, nöroendokrin disfonksiyon, uyku bozuklukları, kas oksijenasyon bozuklukları, biyokimyasal faktörler, vejetatif sinir sistemi disfonksiyonu, periferik ve santral ağrı mekanizmasında anormallikler, immünolojik ve psikolojik faktörlere ait kanıtlar bulunmuştur. Fibromyalji ile birlikte sık görülen komorbid psikiyatrik hastalıklar major depresyon, yaygın anksiyete bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk ve travma sonrası stres bozukluğudur. Hastaların %90'ından fazlası uykusuzluk ve geceleri sık uyanmadan şikayetçidir.³ Bu hastalarda kendine yönelik mükemmeliyetçiliğin, nörotizmin, zarardan kaçınmanın daha yüksek olduğu bulunmuştur. Migren, gerilim tipi baş ağrıları, irritabl kolon ve kronik yorgunluk sendromu fibromyalji hastalarında yüksek oranda görülmektedir. Hastalığın en önemli bulgusu en az 3 aydır süren ve sağ-sol-üst ve alt ekstremitelerde görülen ağrıdır. Hastalığın tanısında American College of Rheumatology tarafından oluşturulan ve 2010 yılında güncellenen tanı kriterleri kullanılmaktadır.⁴ Tedavide pregabalin, duloksetin, venlafaksin, milnasipran ve amitriptilinin etkili olduğu bildirilmektedir. Ayrıca analjezikler, myorelaksanlar, dopamin agonistleri ve kannabinoidler de tedavide kullanılmaktadır. Farmakolojik tedavinin yanında bilişsel davranışçı terapi, hasta eğitimi, hidroterapi, egzersizler ve fiziksel tedavi ajanları uygulanmaktadır.⁵

Kaynaklar

- 1- Nordahl HM, Stiles TC. Personality styles in patients with fibromyalgia, major depression and healthy controls. *Ann Gen Psychiatry* 2007;9:6-9.
- 2- İnanıcı F. Fibromiyalji Sendromu. Beyazova M, Kutsal YG, editörler. *Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Güncellenmiş*. 2. Baskı. Ankara: Güneş Kitabevleri; 2011. s. 2365-77.
- 3- Çetin B, Güleç H, Toktaş HE, Ulutaş Ö, Yılmaz SG, İsbir T. Objective measures of sleep in fibromyalgia syndrome: Relationship to clinical, psychiatric, and immunological variables. *Psychiatry Research* 2018;263:125-129.
- 4- Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles MA, Goldenberg DL, Katz RS, Mease P, Russell AS, Russell IJ, Winfield JB, Yunus MB. The Am College of Rheumatol preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2010;62:600-10.
- 5- Helmann DB, Stone HJ. Fibromyalgia. *Current Consult*. 2006;1:2110-19.

Kronik Yorgunluk Sendromu

Dr. Meltem Puşuroğlu

Rize Devlet Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Rize

Polikliniklere başvuran hastaların çoğunda halsizlik şikayeti bulunmaktadır. Bu durum birçok psikiyatrik rahatsızlığa bağlı olabileceği gibi başlı başına bir sendrom da olabilir.

Kronik yorgunluk sendromu toplumda %2 oranında görülen, günlük hayatı olumsuz yönde etkileyen, yeti yitimine yol açan bir tablodur. Hastada en az altı ay kesintisiz yorgunluk şikayeti olmalı ve bu durum başka bir hastalıkla açıklanamamalıdır. Hastalığa bellekte bozulmalar, boğaz ağrısı, lenf nodlarında ağrı, eklem ağrısı, egzersiz sonrası yorgunluk, uyku kalitesinde düşme şeklinde belirtiler eşlik etmelidir. Hastanın mevcut şikayetlerini açıklayabilecek bir hastalık olmamalıdır.

Kronik yorgunluk sendromu yeni bir tanımlama olmakla birlikte araştırmacıların çok eskiden beri ilgisini çekmiştir. Etiyolojisinde virüsler, serebral hadiseler, otoimmünolojik süreçler gibi bir çok sebep düşünülmüş olsa da sebebi henüz belirlenmemiştir. Geçmişten günümüze birçok farklı isimlendirmeye anılan kronik yorgunluk sendromu günümüzde tek başına psikiyatrik bir hastalık olarak tanımlanmamaktadır. Subjektif belirtilerle seyretmesi ve diğer hastalıklara eşlik etmesi açısından tanı konması zor bir tablodur. Bu sebeple tanı kriterleri geliştirilmiştir. Ancak hastalara tanı koyabilmek için öncelikle yorgunluk yapabilecek diğer hastalıkların dışlanması gerekmektedir.

Klinikte yorgunluk şikayeti ile sıklıkla karşılaşılmaktadır. Ancak hekimlerin tanı koyma ve tedavi konusunda ki güçlükleri sebebiyle çoğu zaman göz ardı edilebilmektedir. Hastalarda sosyal, mesleki, ailesel ve günlük hayatlarında ciddi işlevsellik kaybına yol açan kronik yorgunluk sendromunun iyi bilinmesi tanı ve tedavi sürecinde faydalı olacaktır.

Anahtar sözcükler: kronik yorgunluk, halsizlik, ağrı

Temporomandibular Bozukluk ve Bruksizm: Tanı ve Tedavi Yaklaşımları

Uzm. Dr. Bahadır Geniş

Zonguldak Çaycuma Devlet Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Zonguldak

Temporomandibular bozukluk (TMB) çiğneme kaslarını, temporomandibular eklemi (TME) ve bu eklemi çevreleyen yapıların etkilendiği klinik bir durumdur. Bruksizm ise TMB içerisinde yer alan, diş sıkma ve gıcırdatma ile stomatognatik yapılara aşırı yük binmesi sonucu ortaya çıkan parafonksiyonel bir alışkanlıktır. TMB, popülasyonun yaklaşık olarak %10'unda görülmekte olup bruksizm ise % 8-20 arasında görülmektedir. TMB kadınlarda daha sık görülmekle birlikte bruksizm her iki cinsiyette de benzer sıklıkta görülmektedir. TMB ve bruksizmin etiyolojisinde pek çok faktör etkili olup, bu faktörlerin birbiriyle olan etkileşimleri de söz konusudur. Biyomekanik, nöromüsküler, biyopsikososyal ve nörobiyolojik faktörler hastalığa katkıda bulunmaktadır. TMB ve bruksizm ile ilgili çeşitli sınıflamalar bulunmaktadır. TMB sınıflandırmasının temelleri 1986 yılında Welden Bell tarafından atılmış olup, 1990 yılında Amerikan Diş Hekimleri Birliği (ADA)'nin düzenlemesine dayanmaktadır. En güncel hali ise Amerikan Orofasial Ağrı Akademisi ve Uluslararası Baş Ağrısı Derneği'nin (American Academy of Orofacial Pain and International Headache Society) birlikte düzenlediği ve Okeson'un modifiye ettiği sınıflamadır. Bruksizm için ise birincil / ikincil ve gündüz / gece olmak üzere farklı klinik sınıflandırmalar bulunmakla birlikte Uyku Bozuklukları Uluslararası Sınıflaması'nın (International Classification of Sleep Disorders) 3. baskısında Uyku ile ilişkili hareket bozuklukları alt başlığında yer alır. TMB olan kişilerde psikiyatrik hastalık sıklığı %66-76 oranında bildirilmektedir. Hastalıkların önemli bir kısmı hafif düzeyde depresyon, anksiyete belirtilerinin eşlik ettiği depresyon, atipik depresyon, bedensel belirti bozuklukları ve hastalık kaygısı bozuklukları olduğu görülmektedir (Miyachi ve ark. 2007). Bruksizmi olan kişilerin olmayanlara göre daha sık duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanılarının olduğu bilinmektedir. Ayrıca psikotrop ilaçların önemli bir kısmının da bruksizme yol açtığı bilinmektedir. TMB ve bruksizm, multidisipliner bir ekip gerektirmektedir. Diş hekimi, kulak-burun-boğaz hastalıkları hekimi, psikiyatri hekimi, fizyoterapistler ve bazen de anesteziyologlar bu ekip içinde yer alabilir. Tedavi seçenekleri ise etiyolojik etkenin saptanıp bunun ortadan kaldırılmasına dayanmaktadır. Dental tedavi, farmakolojik tedavi, botoks uygulamaları, fizik tedavi uygulamaları, bilişsel davranışçı tedavi ve hipnoz gibi birçok tedavi türü etkene yönelik olarak düzenlenmelidir. Ancak tedavi ilkesi her hastanın bireysel olarak değerlendirilip tedavi edilmesidir (1-4).

Kaynaklar

- Özen NE. Psychiatric Aspects In Temporomandibular Disorders and Bruxism. Turkish Journal of Clinical Psychiatry. 2007; 10(3): 148-156.
- Kuloğlu M, Ekinci O. Bruxism in Psychiatry. New Symposium Journal. 2009; 47(4): 218-224.
- Okeson JP. Management of Temporomandibular Disorders and Occlusion. 7th ed. 2013, St Louis: Elsevier Health Sciences. 2-86.
- Leeuw RD, Klasser GD. Orofacial Pain : Guidelines For Assessment, Diagnosis, And Management. 5th ed. 2013, Chicago: Quintessence Publishing. 2-222.

Sağlıkta Şiddetin Nedenleri, Risk Faktörleri ve Psikiyatri Örneklemi

Uzm. Dr. Bahadır Geniş

Zonguldak Çaycuma Devlet Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Zonguldak

Sağlık sektöründe çalışanlara yönelik şiddet son yıllarda ciddi bir artış göstermektedir. Şiddet görme riski açısından, sağlık sektöründe çalışmak diğer hizmet sektörlerinde çalışmaktan daha riskli gibi görünmektedir. Genel olarak şiddet algısı altında, sadece fiziksel şiddetin ciddiye alındığı, sözel şiddetin ise görmezden gelindiği görülmektedir. Çoğu sözel şiddet kayıt altında değildir. Bu da çalışmalarda gözlenen şiddet sıklığının daha da fazla olabileceğini düşündürmektedir. Şiddet, acil servis ve psikiyatrik klinikleri başta olmak üzere her serviste görülebilmektedir. Sıklıkla hasta yakınları şiddete başvurmaktadır. Bunu ise hastaların kendisi izlemektedir. Kadınların ve hemşirelerin şiddete uğramada riskli grup olduğu görülmektedir. Şiddet uygulayanların ise genellikle erkek olduğu, yönetsel sorunlardan kaynaklı şiddet uyguladığı ve psikiyatrik bozuklunun olabileceği öne sürülmüştür. Şiddete uğrayan sağlık çalışanlarında anksiyete bozukluğu, depresyon, akut stres bozukluğu ve travma sonrası stres bozukluğu başta olmak üzere birçok psikiyatrik bozukluk bildirilmektedir. Oluşan bu bozukluklar için ise tedavi başvurusu ise oldukça azdır. Sağlık sektöründeki politikalar, yasal uygulama sorunları ve sağlık çalışanlarının şiddet algısı gibi konularda düzenlemeler ve eksiklikler giderilmelidir. Huzurlu ve güvenli bir ortamın sağlanması hem çalışanlar hem de hizmet alan kişiler için temel bir ihtiyaçtır [1-3].

Kaynaklar

1. Phillips, J.P., Workplace Violence against Health Care Workers in the United States. N Engl J Med, 2016. 374(17): p. 1661-9.
2. Annagür, B., Violence Towards Health Care Staff: Risk Factors, Aftereffects, Evaluation and Prevention. Current Approaches In Psychiatry, 2010. 2(2): p. 161.
3. WHO, Global status report on violence prevention. 2014, Geneva: World Health Organization.

Kadında Kronik Pelvik Ağrı

Uzm. Dr. Fatma Gül Helvacı Çelik

Hitit Üniversitesi Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Çorum

Kronik Pelvik Ağrı yaşam kalitesi ve işlevselliği önemli derecede etkileyen, emosyonel ve psikosoyal süreçlerle ilişkili olan, oluşturduğu sağlık yükü, işlevsellik ve sosyal rollerdeki gerileme ile belirgin ekonomik yük oluşturan bir halk sağlığı sorunudur. Kronik Pelvik Ağrı (CPA) karmaşık etyolojik faktörlerin söz konusu olduğu, tanımlanmasında çelişkiler bulunan ve başlıca bir tanıdan ziyade birçok nedenle oluşabilen bir semptomdur. Çalışmalarda %2-%26.6 prevalans aralığı mevcuttur. CPA'nın tanımında tam bir anlaşma olmasa da alt karın bölgesi (göbek altı) ve/veya pelviste sürekli veya aralıklı; en az altı ay süren; menstrüasyon, cinsel ilişki veya neoplastik hastalıkla ilişkili olmayan; engellilik ya da fonksiyonel bozulmaya neden olan ve klinik ve/veya cerrahi tedavi gerektiren ağrı ile karakterizedir. Tanımlamada sıkıntı oluşturan faktörler kronik ağrının başlangıç noktası, kronikliğini düşündüren süre, hissedildiği yer ve ağrının kendine has özellikleridir. "Ağrıyı açıklayabilecek kanıtlanmış bir enfeksiyon veya belirgin yerel patolojinin olmadığı" tablo, Kronik Pelvik Ağrı'nın bir alt grubu olarak Kronik Pelvik Ağrı Sendromu (CPAS) şeklinde tanımlanmaktadır. CPAS genellikle olumsuz bilişsel, davranışsal, cinsel veya duygusal sonuçlarla da ilişkilidir. CPA'yı olumsuz travmatik yaşantılar ve çocukluk çağı travmaları, özellikle de cinsel istismar ile ilişkilendiren çalışmalar mevcuttur. CPA diğer alanlarda ve psikiyatrik açıdan ihmal edilmiş bir konudur ve CPA ve psikiyatrik yönü ile ilgili çok az şey bilinmektedir. Bu sunumun amacı ihmal edilmiş bir konu olan CPA'nın genel özelliklerine değinmek, sıkı literatür bilgileri eşliğinde psikiyatrik yönünü tartışmak ve ileri çalışmalara ışık tutmaktır.

Anahtar kelimeler: kronik pelvik ağrı, kronik pelvik ağrı sendromu

Kaynaklar:

1. Brünahl C, Dybowski C, Albrecht R, Riegel B & Löwe B. (2017). Mental disorders in patients with chronic pelvic pain syndrome (CPPS). *Journal of psychosomatic research*, 98, 19-26.
2. Carvalho A C, Poli Neto O B, Crippa J S & Osorio L. (2015). Associations between chronic pelvic pain and psychiatric disorders and symptoms. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 42(1), 25-30.

Metabolik Sendrom'dan Korunma ve Tedavi Yolları

Doç. Dr. E. Erdal Erşan

Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Niğde

Şizofren ve psikiyatrik hastalığı olan hasta gruplarının yaşam standartları'nın mutlaka takip ve kontrol altında tutulması gerekir. İster antipsikotikler olsun, ister antidepresanlar dikkatle kullanılması gerekir ve kullanımlarında birtakım yan etkiler ortaya çıkar. Bu yan etkilerden bir kısmı metabolik yan etkiler olarak adlandırılır ve yan etkiler arasında en önemlilerindendir.

METs için risk etkenlerinin değerlendirildiği araştırmalarda psikiyatrik bozukluklarda gözlenen metabolik bozukluklar dikkat çekmiş ve özellikle şiddetli ruhsal bozukluklarda METs'nin giderek toplumsal bir sağlık sorunu olarak önem kazanmaya başladığı görülmüştür. Önlem alınmaz ise ciddi bedensel sorunlar ortaya çıkabilir. Tedavi sürerken mutlaka kilo, kan şekeri ve kan yağları kontrolü sağlanmalıdır. Belirli aralıklarla kan testlerinin yapılması, dengeli beslenmeye dikkat edilmesi, düzenli kilo takibi, düzenli tansiyon takibi gerekir. Eğer bazı değerler bozulma eğilimindeyse ilaç tedavilerinde değişiklik düşünülür. Kısacası psikiyatrik tedaviler sürerken ayrıca düzenli dahili muayeneler, tetkikler yaptırılmalıdır.

Metabolik sendromlu kişilerde bulunan sistemik bozuklukların hepsi birbirini tetikleyen rahatsızlıklardır ve birbirlerinin hem sebepleri hem de sonuçlarıdır. Bu bakımdan metabolik sendromun tedavisinde de ilaç kullanımından önce bu sistemik rahatsızlıkların azaltılması yoluna gidilmektedir.

Diyet ve Beslenme: Metabolik Sendromun tedavisinde en önemli ayak, kontrollü olarak kilo verilmesidir.

Fiziksel Aktivite: Obezite'nin temel sebepleri de sağlıklı beslenme ve yetersiz aktivitedir. Metabolik Sendromun tedavisinde diyetle birlikte fiziksel aktivite şarttır. Tüm Metabolik Sendromlu hastaların öncelikli olarak sistemli bir diyet ve egzersiz programı uygulamaları esastır. Zira düzenli bir diyet ve egzersiz sayesinde yaklaşık % 10 oranında kilo veren hastaların Metabolik Sendrom ve onun bileşeni olan hastalıkların semptomlarının neredeyse hepsinde azalma gözlenmektedir.

Hipnobezeite: Hipnoz yöntemiyle sağlıklı ve dengeli beslenmeyi alışkanlık haline getirmek olan Hipnobezeite; uygun hastalarda kilo kontrolü için uygulanabilecek bir yöntemdir.

İlaç kullanımı: İnsülin direnci, yüksek tansiyon ve kolesterol, obezite ve diyabet rahatsızlıklarının da hastada ilerleme boyutuna göre dışarıdan takviyeler gerekebilmektedir.

Cerrahi: Klasik tedavi yöntemleri işe yaramadığında metabolik sendromda en etkili ve kalıcı tedavi metabolik cerrahi'dir.

Psikiyatrik hastaların tedavi sürecinde mutlaka bir beslenme uzmanı tarafından takip ve kontrol altında tutulması kalp hastalıkları ve metabolik sendrom riskini azaltıp, yaşam standartlarını yükseltmesini sağlar.

Ruhsal Hastalıklarda Kullanılan İlaçlara Bağlı Metabolik Sendrom

Uzm. Dr. Aydın Kurt

Niğde Devlet Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Niğde

Metabolik Sendrom (MetS) ilk olarak 1920 yılında tarif edildiğinden beri Sendrom X, Ölümcül Dörtlü ve İnsülin Direnci Sendromu gibi farklı isimlerle adlandırılmış; insülin direnci temelinde, kan basıncında artış (>130/85), açlık kan şekeri yükselme (>100), TG seviyesinde artış (>150), HDL seviyesinde azalma (kadınlarda <50, erkeklerde <40) ve bel çevresinde artış (avrupalı kadınlarda >80, erkeklerde >94) belirtilerinden üçünün varlığıyla kendini gösteren bir tablodur.

Klorpromazinin keşfiyle şizofreni ve diğer psikotik bozuklukların tedavisinde başrolü alan birinci jenerasyon antipsikotikler (FGA), klozapinin keşfiyle piyasaya sürülen ikinci jenerasyon antipsikotiklerle (SGA) farklı bir noktaya ulaşmıştır. Her ne kadar SGA'ların düşük EPS, düşük hiperprolaktinemi riski ve şizofreninin negatif, bilişsel ve duygusal belirtilerini azaltmada daha etkili olma gibi avantajları varsa da, başta klozapin ve olanzapin olmak üzere SGA'ların kilo alımı, DM2 ve MetS gibi yan etkilere yol açma ihtimali FGA'lara göre daha yüksektir. Antipsikotik ilaç kullanan şizofreni hastalarında yapılan çalışmalarda, MetS'un %32-%68 arasında değişen oranlarda görüldüğü, MetS riskinin kadın, genç ve Hispantik hastalarda daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Singh ve ark, 2018). Aksine, yine bir SGA olan ve dopamin parsiyel agonisti olan aripiprazolün klozapin ve olanzapin gibi diğer antipsikotiklerle kombinasyonunun, MetS riskini azalttığı gösterilmiştir. Antipsikotiklerin metabolik yan etkileri, dopaminden ziyade 5-HT_{2C} ve 5-HT_{2A} gibi serotonerjik ve H₁ histamin reseptörleri üzerine olan etkilerinden kaynaklanmaktadır.

Her ne kadar antipsikotiklerin metabolik etkileri merkezi sinir sistemi üzerinden gerçekleşse de, dopamin ve serotonin gibi nörotransmitterlerin periferik dokularda da reseptörlerinin olduğu ve antipsikotiklerin metabolik etkilerine bunun da katkısı olabileceği bilinmektedir. Antipsikotiklerin özellikle yağ dokusundaki reseptörler üzerinden leptin ve adiponektin seviyelerini azalttığı, yağ dokusu oluşumu ve yağ birikimini arttırdığı, inflamatuvar sitokinler ve serbest yağ asidi oranlarını arttırdığı ve böylece kilo alımına katkıda bulunup antipsikotiklerin metabolik etkilerine aracılık ettiği iddia edilmektedir (Hugo ve ark, 2017).

SGA'larla birlikte bipolar bozukluk (BB) tedavisinde kullanılan diğer ajanlar lityum, valproik asit (VPA), lamotrijin ve karbamazepin gibi duyudurum düzenleyicilerdir (DD). Yapılan çalışmalar bipolar bozukluk hastalarının tedavisinde kullanılan DD'lerin SGA'lara

göre daha az oranda MetS ile ilişkili olduğunu göstermiştir. 2018 yılında bipolar bozukluk tedavisinde antiepileptik DD'leri kullanan hastaların dahil edildiği 18 meta-analizi gözden geçiren yayında, VPA kullanan hastaların yarısına yakınında kilo alımı gerçekleşirken, karbamazepin kullanan hastalarda kilo alımı riskinin düşük olduğu, aksine lamotrijin ve topirammat kullanan hastalarda ise kilo kaybının görüldüğü bildirilmiştir (Grootens ve ark, 2018). VPA kullanan 114 epileptik çocuğun iki yıl boyunca takip edildiği çalışmada hastaların %40.4'ünün kilo aldığı, kilo alan hastaların %43.5'inde MetS geliştiği, kilo almayan hastalarda MetS gelişmediği ve MetS gelişiminin VKI ile ilişkili olmadığı gösterilmiştir (Verotti ve ark, 2010).

Farklı gruplarda çok sayıda antidepresan ilaç depresif bozukluk ve anksiyete bozukluğu spektrumundaki birçok hastalığın tedavisinde tüm dünyada yaygın olarak kullanılmaktadır. 2018 yılında antidepresan kullanımı ve MetS ile ilgili 8 çalışmanın gözden geçirildiği yayında, depresyonu olan hastalarda MetS arasında bağlantı olduğu ancak, yüksek düzeyde H1 reseptör affinitesi olanlar hariç, antidepresan kullanımıyla MetS arasında net bir bağlantı olmadığı bildirilmiştir (Gramaglia ve ark, 2018). Fındıklı ve arkadaşlarının çalışmasında (2017), depresif bozukluk ve anksiyete bozukluğu tanısı ile antidepresan kullanan hastalarda MetS sıklığının %32.8 olduğu ve bu oranının klomipramin, paroksetin ve venlafaksinle daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

SSRI'ların kronik inflamasyon sürecini düzenleyerek kardiyometabolik fizyolojiyi etkiledikleri, her bir SSRI'nın kendine özgü bir metabolik profili olduğu, paroksetinin kilo alımında, fluoksetin ve sitalopramın TG yüksekliğinde, fluvoksamin ve paroksetinin disglisemide daha belirgin etki ettiği, buna karşın SSRI'ların HDL ve kan basıncı üzerine olumsuz etkileri olmadığı hatta yararlı olabilecekleri yapılan çalışmalarda gösterilmiştir.

Metabolik Sendrom'da Metabolik Değişiklikler

Dr. Öğr. Üyesi İsmail Sarı

Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı, Niğde

Metabolik sendrom bel çevresinde yağlanma, hipertansiyon, hiperglisemi, anormal kolesterol ve trigliserit düzeylerinin bir arada bulunması ile karakterize kardiyometabolik risk faktörleri demetidir. Popülasyonlardaki yaygınlığı giderek artan metabolik sendrom, kardiyak ve metabolik komplikasyonlara katkı sağlamasından dolayı yüksek morbidite ve mortalite oranına sahiptir. Ayrıca, metabolik sendrom ile antipiskotik ilaç kullanımı ve birçok piskopatlojik hastalık arasında ilişki olduğunu gösteren birçok çalışma bulunmaktadır.

Metabolik sendromun patogenezi ve altta yatan ayrıntılı mekanizmaları günümüzde belirsizliğini korumaktadır. Genetik ve çevresel faktörlerin etkileşimi ile birlikte bu sendromda insülin direnci, glukoz intoleransı, dislipidemi, abdominal obezite, karaciğer yağlanmasına yol açan metabolik değişimler söz konusudur. Bu Metabolik değişimlerin daha yakından incelenmesi, değerlendirilmesi ve bu alanda yeni çalışmaların yapılmasına öncülük edilmesi bu sendromun etiyolojisinin ortaya çıkarılmasına katkı sağlayacağını düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Metabolik sendrom, metabolizma, dislipidemi, hiperglisemi, insülin direnci, obezite

Metabolik Sendromun Laboratuvar Bulguları

Dr. Öğr. Üyesi Serpil Erşan

Ömer Halisdemir Üniversitesi Tıp Fakültesi Temel Tıp Bilimleri, Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı, Niğde

Metabolik Sendrom, insülin direnciyle başlayan abdominal obezite, glukoz intoleransı veya diyabetes mellitus, dislipidemi, hipertansiyon ve koroner arter hastalığı gibi sistemik bozuklukların birbirine eklendiği ölümcül bir endokrinopatidir.

Metabolik Sendrom için güncel ve değişik birçok çalışma grubunun tanı kriterleri bulunmaktadır. 2005 yılında Türkiye Endokrinoloji Metabolizma Derneği, MS çalışma grubunun önerdiği MS tanı kriterlerinde; Diyabetes Mellitus veya bozulmuş glukoz toleransı veya insülin direncinden en az birinin varlığı ve hipertansiyon, dislipidemi, abdominal obezite faktörlerinden en az ikisinin varlığı yer almaktadır. Bununla birlikte MS'da kardiyovasküler hastalık risk faktörleri olarak proinflamasyon, protrombik durum, CRP, IL-6, PAI-1 artışı belirtilmiştir. Bununla birlikte insülin direnci bu sendromun temel patolojisidir.

Metabolik Sendromun, yüksek morbidite ve mortalite artışına neden olması, giderek büyüyen bir toplumsal sağlık sorunu haline getirmiştir. Bu nedenle Metabolik Sendromun teşhisi ve tedavi prosedürünün düzenlenmesinde laboratuvar bulguları önemlidir.

Uzun Etkili Antipsikotiklerin Güncel Tedavide Yeri

Prof. Dr. K. Oğuz Karamustafaloğlu

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Adli Tıp Enstitüsü, Psikiyatri Anabilim Dalı, İstanbul

Şizofrenik bozukluk tedavisinde tedavi uyumsuzluğu sık sık relapslarla sonuçlanır. Tedavini uyumunu geliştirmek için tüm çabalara rağmen tedavi uyumsuzluğunun ve relapsların önüne geçmek sorun olmuştur. Uzun etkili antipsikotikler tedavi uyumsuzluğu olan hastalarda tedavide kullanılabilirler.(1)

İlk nesil uzun etkili antipsikotiklerin şizofrenide yeri bilhassa ekstrapiramidal sistemle ilgili çok ciddi yan etkilerden dolayı genellikle tedavinin ilerleyene aşamalarında kullanmak şeklinde idi. Yeni nesil uzun etkili antipsikotikler hem güçlü bir etkinlik hem de güvenilir bir yan etki profili çizmektedirler. Yeni nesil uzun etkili antipsikotikler tedavinin ilk beş yılında kullanıldığında hem relapsları sık olduğu bu dönemde relapslar engellenmekte ve ilk nesil ilaçların gideremediği beyin dokusunda hacim azalmasının önüne geçmektedir.

Yeni nesil antipsikotiklerin kullanımı tedavinin erken evresinde maksimum yararları relapsları engelleyerek , yatış günlerini azaltarak , beyin doku hacmini koruyarak ve hastaların hayat kalitesini olumlu yönde etkileyerek gösterebilmektedir.

Kaynaklar

1. Sajatovic M,Ross N,Legacy SG et al. Identifying patients and clinical scenarios for use of long acting injectable antipsychotics- expert consensus survey part I. Neuropsychiatric Disease and Treatment . 2018;14 :1463–1474.
2. Taylor DM,Sitaram V,Werneke U. Reducing the stigma of long acting injectable antipsychotics – current concepts and future developments. 2018;72;536-539.
3. Correll CU,Sliva JK ,Najarian DM et al. Practical considerations for managing breakthrough psychosis and symptomatic worsening in patients with schizophrenia on long-acting injectable antipsychotics. CNS Spectrums 2018; 1;1-17

Sigara Bırakma Tedavileri

Uzm. Dr. Aslı Enez Darçın

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

Şizofreni hastalarında görülen yaygın ve ağır sigara kullanımı nikotinin prokognitif ve hastalığın patofizyolojisi üzerine olan iyileştirici etkileri ile açıklanmaktadır. Nikotinin, dopamin, glutamat ve GABA nöronlarındaki asetilkolin reseptörleri üzerinden nörokimyasal bozuklukları düzenleyici etkisi olabileceği bildirilmektedir. Ayrıca bu hastalarda sigara kullanımını başlatıcı ve bırakmayı zorlaştıran bazı özel riskler de tanımlanmıştır (Tidey et al., 2015).

Şizofrenide, kısalmış yaşam süresi ile ilişkilendirilen etkenlerden birisi de sigara kullanımıdır. Nikotin bağımlılığı üzerine yapılan çalışmaların çoğunda şizofreni gibi ağır ruhsal hastalığın olması bir dışlama kriteri olarak yer almaktadır. Ayrıca klinik uygulamada şizofreni hastalarına sigarayı bırakma konusunda motivasyonel görüşmeler dahil, tüm diğer sigara bırakmaya yardımcı hizmetlerin genel popülasyona göre daha düşük oranda sunulduğu bilinmektedir. Oysa ki literatür sigara bırakma tedavisinde kullanılan mevcut ajanların şizofreni hastalarının iyi tolere edildiğini ve davranışsal yöntemlerle birlikte etkili olduğunu göstermektedir. Yine de şizofreni hastalarının sigara bırakma konusunda verilen farmakolojik ve bilişsel-davranışçı desteklere yanıtı bazı noktalarda genel popülasyondan ayrılmaktadır (Wing et al., 2012).

Bu sunumda şizofreni ve nikotin kullanımı arasındaki sık birlikteliğin etyolojik nedenleri ele alınırken bu eşanlılık durumuna farmakolojik ve bilişsel-davranışçı yaklaşım modellerinin etkinlik ve güvenilirliği ile sonuçlarına ilişkin veriler tartışılacaktır.

Kaynaklar

1. Tidey JW, Miller ME. Smoking cessation and reduction in people with chronic mental illness. *BMJ* (2015) 351:h4065. doi: 10.1136/bmj.h4065
2. Wing VC, Wass CE, Soh DW, George T. A review of neurobiological vulnerability factors and treatment implications for comorbid tobacco dependence in schizophrenia. *Ann N Y Acad Sci.* (2012) 1248:89–106. doi: 10.1111/j.1749-6632.2011.06261.x

Şizofreni ve Cinsel Yan Etki Yönetimi

Doç. Dr. Elif Tatlıdil Yaylacı

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Ankara

Şizofreni hastalarında cinsel işlev bozuklukları(CİB) gerek apati, motivasyonda azalma gibi negatif belirtiler, gerek varsanı ve sanrılar gibi pozitif belirtilere bağlı, gerek bu hastalarda hem ilaçlara bağlı hem de ilaçlar olmaksızın genel popülasyondan daha yüksek oranlarda görülen diabet ve dislipidemiye bağlı, gerekse antipsikotik ilaçların yan etkilerine bağlı olabilmektedir. Salivasyon artışı, ekstrapiramidal sistem yan etkileri, galaktore gibi durumlar da bedenle ilgili olumsuz düşünceleri arttırıp CİBna katkıda bulunmaktadır. Antipsikotik ilaç tedavisi kullanan hastalarda cinsel işlev bozuklukları erkeklerde %45-80, kadınlarda %30-80 oranlarında bildirilmiştir. Sertleşme, lubrikasyon, orgazm, istek, ejekülasyon, cinsel uyarılda bozukluk ve genel olarak cinsellikten alınan tatminden azalma gelişebilir. Antipsikotiklerin CİB yapma mekanizmaları şunlar olabilmekte:

- Histamin reseptör antagonizması
- Dopamin reseptör antagonizması
- Dopamin D2 reseptör antagonizması ve buna bağlı hiperprolaktinemi
- Kolinerjik reseptör antag
- Alfa adrenerejik alfa reseptör antag

Antipsikotik ilaç tedavisine başlarken cinsel yan etki gelişimi ile ilgili bilgilendirme yapmak ve kontrollerde bu açıdan hastayı değerlendirmek gereklidir. Özellikle cinsel işlev bozukluğuna yol açabilecek diğer etiyolojilerin (diabet, koroner arter hastalığı, anksiyete bozukluğu, depresyon, alkol-madde kullanımı, diğer ilaçların etkileri) araştırılması önemlidir. Risk faktörleri (hipertansiyon, hiperlipidemi vb) göz önünde bulundurularak daha az cinsel yan etki potansiyeli bulunan ilaçlar seçilebilir.. Bunları ele almada ek ilaç tedavileri, kısa ilaç tatilleri, ilaç dozu azaltma ve antipsikotik ilacı değiştirme gibi yöntemler denenmektedir. Antipsikotik ilaçlardan Aripiprazol, Ketiaipin ve Ziprasidonun cinsel yan etki profilleri daha iyi olarak bildirilmiştir. Ayrıca mevcut antipsikotik tedaviye Aripiprazol eklenmesi hem hiperprolaktinemiye düzeltme hem de cinsel işlev bozukluklarını azaltma açısından etkili olarak saptanmıştır. Sertleşme bozukluğu bulunan erkek hastalarda da Sildenafil eklenmesi göz önünde bulundurulabilecek bir seçenektir. Selejilin eklenmesi etkili bulunmamıştır. Prolaktin düzeylerinin de izlenmesi ve gerektiğinde bunun düzeyinin azaltılmasına yönelik tedbirler alınması uygundur. Randomize, kontrollü çalışmaları bulunmamakla beraber bu yönde Amantadin, Siproheptadin, Kabergolinle ilgili olumlu sonuç veren araştırmalar bulunmaktadır.

Bir Adım Bir Dokunuş

Uzm. Dr. Canan Kılıç

Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Kayseri

Psikotik özellikli kronik, ağır ruhsal hastalığı olan bireylerde hastalık tekrarlama oranlarının ve tedaviyi bırakma oranlarının yüksek olduğu, her alanda işlevselliklerinin zamanla azaldığı bilinen bir gerçektir. Son yıllarda ağır ruhsal bozukluğu olan hastalarda tam iyileşme yerine, hastaların işlevselliklerinin artırılması, toplum içinde yer almaları, bağımsız yaşam becerilerinin geliştirilmesi ve çalışarak üretime katılmaları konularına vurgu yapılmaktadır. Hastane temelli modelde hastane ortamında yeterli tedavi verilmesine rağmen hastanın taburculuğu ile birlikte düzensiz ilaç kullanımı, hastalık ile ilgili yeterli eğitimin olmaması nedeniyle *öncü belirtilerin fark edilememesi ile hızlı bir alevlenme ve hastaneye geri dönüş yaşanmaktadır. Tekrarlayan yatışlarla birlikte yeti yitiminde artış*, işlevsellikte azalma, toplumdan kopuş daha da belirginleşmekte, tedaviye cevap daha da azalmaktadır.

Bütün bu problemler nedeniyle toplum temelli ruh sağlığı modeline geçiş planlanmış ve ilk kez İtalya'da ardından Avrupa ülkelerinin hemen hepsinde uygulamaya geçilmiştir.

Türkiye'de Sağlık Bakanlığı tarafından 2006 yılında ruh sağlığı politikasında hastane temelli modelden toplum temelli modele geçme kararı alınmıştır. Bu kapsamda hayata geçirilen Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde (TRSM) ağır ruhsal bozukluğu olan hastalara psikososyal destek hizmetlerinin verilmesi, takip edilmesi ve tedavilerinin gereğinde evde sağlık hizmetleri uygulamasına entegre bir şekilde yaşadıkları ortamda sunulabilmesi ve sosyal iyileştirimin sağlanması amaçlanmıştır. Asıl hedef bireylerin hastalık damgası ile değil insan kimliği ile toplum içinde var olmalarını sağlamaktır.

Kayseri'de ise 2014 yılından itibaren TRSM hizmete geçmiştir.

Bu süreçte çözülebilen sorunlar olduğu gibi çözilemeyen de pek çok sorununuz bulunmaktadır. TRSM'lere hasta yönlendirilmesindeki problemler, üretilen ürünlerin nasıl değerlendirileceği ile ilgili belirsizlikler, usta eğiticilerin hastane personeli olmamasından kaynaklanan düzensizlikler hala ilk günkü gibi devam etmektedir. Yakın takip, tedavi ve iyileştirim faaliyetleri sonrası çalışabilecek duruma gelen bireylerin iş bulamaması kişilerin eve kapanmak yerine TRSM faaliyetlerine sürekli katılmasına neden olmaktadır. Geline bu noktada tam bir sosyalleşme yerine TRSM'nin çizdiği sınırlarda, yetersiz bir sosyalleşme olmaktadır. Damgalanma problemi ile mücadele ve aktif iş hayatına dönüşü sağlamak için TRSM'lerin bireysel gayreti çok çok yetersiz kalmakta, ulusal düzeyde politikalar geliştirilmesi gerekmektedir.

Şizofrenide Fiziksel Hareketin Gücü

Uzm. Dr. Yasemin Şimşek

Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Kayseri

Şizofreni hastalarında; sosyal yaşamdan geri çekilme, isteksizlik, fazla uyuma, uygunsuz beslenme, aşırı karbonhidrat tüketimi nedeniyle obezite ve metabolik sendrom oranı oldukça yüksektir.

Bu açıdan değiştirilebilir, koruyucu faktör olarak fiziksel egzersiz oldukça önemlidir.

Ancak bu hastalarda hem halüsinasyon ve hezeyanların etkisiyle, hem de duygusal küntleşme, damgalanma korkusu, isteksizlik, bilişsel işlevlerin gerilemesi nedeniyle oldukça kısıtlı fiziksel hareket gözlenmektedir. Evden çıkmama, sosyal hayattan geri çekilme, kısıtlı fiziksel egzersiz kısır döngü olarak depresif semptomları, isteksizliği beraberinde getirmektedir.

TRSM takipleri sırasında yaptığımız ev ziyaretleri ve aile görüşmelerinde; bazı hastaların aynı kanepede gece uyuduğu, gündüz ise TV izlediği ve yemek yediği, tek hareketinin tuvalete gidip gelmek olduğu gözlenmiştir.

TRSM’de egzersiz yapmanın etkisini takip etmek amacıyla yaptığımız çalışmada; 6 ay düzenli spor yapan hastaların açlık kan şekeri ve LDL kolesterol değerlerinin düştüğü ;ancak diğer çalışmalara benzer olarak kilo kaybı olmadığı gözlenmiştir. Hastaların egzersiz öncesi ve sonrası PANNS değerlerinde toplam puanlarda düşüş olmazken negatif PANNS puanlarında düşüş gözlenmiştir.

Her ne kadar metabolik durum takibi yapılsa ve hasta evden çıkması, aktif olması, konusunun desteklense de ancak hareketin olumlu sonuçlarını farkettiğinde daha istekli olabilmektedir.

Bu nedenle en az ilaç tedavisi kadar önemsedığımız hareket(spor, yürüyüş, öz bakım için yapılacaklar vs) konusunda hastaların desteklenmesi gerekmektedir.

Kayseri TRSM olarak hareketin önemine inandığımız için bu konuda izlediğimiz yol ve planlamalar;

- 1) Hasta TRSM’ye ilk geldiği andan itibaren spor öğretmeni ile birebir tanışmasını sağlamak, böylelikle değerli olduğunu hissettirerek olumlu bir his uyandırmak,
- 2) Hemşire takiplerinin dışında spor öğretmenlerinin kilo ve bel çevresi takibi yapması
- 3) Her hastanın yaşı, hastalık semptomları, genel tıbbi durumu göz önüne alınarak bireye özel planlama yaparak hedefler koymak
- 4) Hedeflerine ulaştığında bunu kendisiyle paylaşarak tebrik etmek daha fazlasını yapabileceği konusunda desteklemek
- 5) Dış ortam koşulları elverdiği ölçüde dışarıda yürüyüş yapmalarını, toprağa temas etmelerini sağlamak

Bu anlamda hastaların düzenli takip ve tedavilerinin yapılması günlük işlevselliklerinin takibi, fiziksel egzersiz takibi ve artırılması konusunda motivasyonun sağlanması amacıyla toplum ruh sağlığı merkezlerinin önemi giderek artmaktadır.

Damgalama: TRSM’de Çalışmak Biz Hekimleri Değiştiriyor mu?

Uzm. Dr. Seda Kırcı Ercan

Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Konya

“Damga” (stigma) ırksal, etnik, cinsel veya dinsel bir azınlığa olduğu gibi, akıl hastası olan insanlara da takılan yaftanın olumsuz etkilerini anlatan bir terimdir. Damgalama (stigmatization) ise, kişinin içinde yaşadığı toplumun “normal” saydığı ölçülerin dışında sayılması nedeniyle, toplumu oluşturan diğer bireyler tarafından, kişiye saygınlığını azaltıcı bir atıfta bulunulmasıdır. Ruhsal hastalığa sahip bireylerin, damgalamadan en fazla etkilenen gruplardan birini oluşturduğu ve fiziksel bir hastalığa sahip olanlara göre, toplum tarafından daha fazla önyargıyla karşılandığı ve damgalandığı aktarılmıştır. Bu bireylerin, toplum tarafından tehlikeli, korkutucu, dengesiz, sorumsuz, hareketleri önceden kestirilemeyen ve iletişim sorunu olan kişiler olarak görüldüğü bildirilmiştir. Yaş, cinsiyet, eğitim, meslek, medeni durum, sosyal sınıf, kültür, dini inançlar, hastalık konusunda bilgi, ruhsal hastalıkla temas, ruhsal hastalık etiketi, psikopatoloji tipi, hastaların özellikleri, kitle iletişim araçları ruhsal hastalığa yönelik damgalamayı etkileyen etmenlerdendir. Özellikle şizofreniye yönelik damgalama ile medyada sıkça karşılaşmaktadır. Şizofreniye yönelik damga, sadece hastaları değil, hastaların ailelerini, yakınlarını ve sağlık görevlilerini de etkilemektedir. Toplumdaki şizofreniye yönelik damgalama eğilimi, toplumun şizofreni konusunda yetersiz bilgi sahibi olması ve yanlış inançlarla doğrudan ilişkilidir. Ruhsal hastalıklara yönelik damgalayıcı tutumlar psikiyatrlar ve diğer ruh sağlığı çalışanlarında da görülebilmektedir. Bazı profesyonellerin akıl hastalığı olan kişilere ve ailelerine karşı tutumlarının ve davranışlarının kötü olması, mesleğin halkın gözündeki imajının kötü olmasına ve akıl hastalığı ile ilgili damgalamaya katkıda bulunabilir. Bu olumsuz tutumlar psikosozyal tedavilerin etkililiğini küçümsemekten, hastaları/aileleri tanı konusunda bilgilendirmeyi ihmal etmeye değin uzanır ve ironik bir şekilde, onların kişisel sorunları için yardım arama davranışlarını engeller. Öncelikle sağlık çalışanları, bu konudaki kendi bakış açılarını gözden geçirmeli ve geliştirmelidir. Damgalamayla mücadelede, hastaların, hasta yakınlarının, hatta toplumun farkındalığının artırılması, ruhsal hastalıklara yönelik inançların ele alınması ve damgalama karşıtı tutumların geliştirilmesi hedeflenmektedir. Bu noktada Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri(TRSM) de damgalamayla mücadelede önemli bir rol oynayabilmektedir. Peki acaba TRSM’de çalışmak biz hekimlerin tutumlarında da bir değişikliğe neden olabilmekte midir?

Şizofreni İçin İlaçlardan Fazlası Ne Olabilir?

Dr. Bilge Çetin İlhan

Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Konya

Şizofreni gibi kronik ve yineleyen ruhsal bozukluklarda tamamen iyileşme nadiren gözlenir. Tedavi için kullanılmakta olan antipsikotikler hastalık belirtilerini büyük oranda azaltmakta ve uzun vadede alevlenmeleri engellemektedir. Ancak ilaçlara iyi yanıt alınmasına rağmen bilişsel belirtilerde, işlevsellikte, toplumsal ilişkilerde ve yaşam kalitesinde azalma önemli bir sorun olarak devam etmektedir. Hastalığın şiddetine göre hastaların özbakımları, çalışma hayatları, kişiler arası ilişkileri, topluma uyum sağlamaları bozulabilmektedir. Bu bozulma hastaların toplum içindeki ilişkilerini, rollerini, toplumsal gereksinimlerini olumsuz etkilemekte, bireysel ve toplumsal yetkinlik düzeylerini azaltmaktadır. İlaç tedavisi mutlaka yapılması gereken bir uygulama olmakla birlikte, düzenli kullanıma rağmen depresyonlar, inatçı belirtiler, tedaviye uyumsuzluk, madde kötüye kullanımı, toplumsal becerilerdeki yetersizlikler, işlevsellikte bozulma ve çalışamama gibi önemli sorunlarla karşılaşmaktadır. Şizofreniye bağlı çok sayıda belirtiyi iyileştirecek tek bir tedavi yöntemi yoktur ve birden fazla tedavi yönteminin bir arada uygulanması gerekmektedir. Farmakoterapiler belli bir yerden sonra yetersiz kalmakta, psikososyal tedavi desteğine ihtiyaç duyulmaktadır.

Şizofrenide psikososyal tedaviler hastaya, tedavi kurumuna ve topluma bağlı olarak değişebilmekte, psiko-eğitim, bireysel-grup terapiler, bilişsel rehabilitasyon, sosyal beceri eğitimi, bilişsel-davranışçı terapiler, aile eğitimi, bütüncül yaklaşımlı grup tedavileri, bakımevi programları ve mesleki rehabilitasyon biçimleri şeklinde olabilmektedir. Tedavi ilişkisinin kurulması, hasta yakınlarının tedaviye katılımının sağlanması, hastalık hakkında bilgilendirme, içgörünün, iletişim ve sorun çözme becerilerinin geliştirilmesi, dikkat ve bellek sorunları ile baş edilmesi, ilaç tedavisi ve yan etkiler hakkında bilgilendirme, inatçı belirtilerle yaşamayı öğretmek, alevlenme ve yinelemelere karşı dikkatin sağlanması, alkol, uyuşturucu kullanımı ve diğer faydasız tedavi arayışlarını engellemek, depresyon, bunalım ve diğer eklenen sorunları çözmek, aile içindeki olumsuz tutumların giderilmesi için eğitim verilmesi, kısa ve uzun vadeli hedefler üzerinde çalışma, damgalamaya karşı eğitim verilmesi, faydasız tedavi arayışlarından uzak durma, stresle başa çıkmayı öğrenme, yaşamın anlamı ve ölüm düşüncelerinin çalışılması, toplumsal uyum çabalarının desteklenmesi, düzenli takiplerde bulunulması, hastanın korunma ve barınmasının takibi eğitim kapsamında ele alınan ana konulardır.

Şizofreni hastalarına bireysel ya da grup olarak uygulanan bilişsel davranışçı-destekleyici tedaviler, aile tedavisi, aile eğitimi, toplumsal beceri eğitimleri hastalığın gidişatını olumlu etkilemekte ve hastaların topluma uyumunu arttırmaktadır. Şizofreni hastalarında eğitim ile psikotik alevlenmelerin azalması ve zamanında müdahale ile kısa sürede atlatılması, hastalıkla baş etme becerilerinin gelişmesi, kişiler arası ilişkilerin kuvvetlendirilmesi ve toplumsal işlevselliğin artması hedeflenmektedir.

Klozapin Kullanım İlkeleri

Dr. Bilge Çetin İlhan

Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Konya

Klozapinin ilk kez 1959’da antipsikotik etkisinin keşfedilmesi, ikinci kuşak antipsikotik ilaçların bulunmasına destek olmuştur. Şizofreni tedavisinde kullanılan antipsikotiklerin plastisiteye katkıları bulunmakta, klozapinin sinaptogenez, sinaps olgunlaşması ve sabitlenmesi üzerine olumlu etkisi bilişsel işlevleri iyileştirmesini açıklamaktadır. Türkiye’de sağlık bakanlığı tarafından, diğer antipsikotik ilaçları tolere edemeyen veya bu ilaçlarla tedaviye yanıt alınamayan şizofreni hastalarında, FDA tarafından ise tedaviye dirençli şizofreni hastalarında, tekrarlayan intihar girişimleri olan şizofreni ve şizoaffectif bozukluk hastalarında riskin azaltılması amacı ile kullanılmak üzere onaylanmıştır.

Dirençli şizofrenide ilk tercih edilecek ilaç klozapindir. Klozapinin istenmeyen etkilerinin büyük bir kısmı doz bağımlıdır ve titrasyon hızı ile ilişkilidir. İstenmeyen etkiler çoğunlukla tedavi başlangıç döneminde daha yaygın ve ciddi olma eğilimindedir. Tedaviye gece 12.5mg ile başlanır ikinci gün doz günde iki kez 12.5mg’a çıkarılabilir. Eğer hasta klozapini tolere ediyorsa, 300mg’a kadar günde 25-50 mg doz arttırımı yapılabilir. Bu doza genellikle 2-3 haftada ulaşılır. Tedavi dozu cinsiyet ve sigara içme durumuna göre değişiklik gösterir. Bu aralık 250-500 mg/g arasındadır. Yanıt genellikle 150mg/g ile başlar ve maksimum doz 900mg/g kabul edilmektedir.

Klozapin “güçlendirmesi” klinik uygulamada yaygın hale gelmiştir. Tek başına klozapine yetersiz yanıt alınması sık gerçekleşen bir klinik durumdur. Klozapini tedaviye dirençli şizofreni hastalarında güçlendirmek için kullanılan ek tedaviler antipsikotikler, antidepresanlar, duygudurum düzenleyicileri, diğer farmakolojik ajanlar (örneğin omega 3 yağ asitleri ve glutamaterjik tedaviler) ve elektrokonvulziv tedavi (EKT) olarak gruplanmıştır. Klozapinin tedaviye dirençli şizofreni hastalarında güçlendirilmesi ile ilgili en çok kontrollü çalışmanın lamotrijin ve risperidon ile yapılmış olduğu görülmektedir. Ancak, meta analizler iki ajanın da klozapine eklenmesinin yararını desteklememektedir. Klozapinin amisülprid, aripiprazol, mirtazapin, omega 3 yağ asitleri ve EKT ile güçlendirilmesinin olumlu sonuç verdiğini destekleyen çalışmalar olsa da, delil / kanıt yeterli değildir ve ek araştırmalara gereksinim vardır.

Ağır böbrek hastalıklarında kontrendikedir. GFR 10-50 mL/dk iken dikkatle kullanılmalı GFR<10 ise daha yavaş dozda titre edilir. Bulantı, anoreksi veya sarılığın eşlik ettiği aktif karaciğer hastalığında ya da karaciğer yetmezliğinde kontrendikedir. Klozapin ile oluşan hepatit, sarılık kolestaz ve karaciğer yetmezliği bildirimleri mevcuttur. Sarılık gelişmesi halinde klozapin kesilmelidir.

Klozapin aynı zamanda intihar riskini, düşmanca tutum ve saldırgan davranışları, madde kötüye kullanımını azaltmakta diğer antipsikotik ilaçlardan daha etkili bulunmuştur. Klozapinin antipsikotik etkisinden bağımsız olarak şiddet davranışını azalttığı, şizoaffectif bozukluk, bipolar bozukluk ve dirençli mani hastalarının klozapin tedavisine iyi yanıt verdiği ve etkin olduğu gösterilmiştir.

Klozapin şizofrenide olası yan etkileri nedeniyle daha çok diğer ilaçlara yanıt vermeyen olgularda kullanılmakta ise de, ilk epizodda da kullanılabilir. Dirençli şizofreni olgularının 1/3'ü klozapine yanıt vermektedir. Ayrıca şizoaffectif bozukluk, tedaviye dirençli ya da psikotik özellikli depresyon, şizofreni, bipolar bozukluğun mani ya da depresyon epizodunda, intihar riskinin yüksek olduğu, düşmanca tutum ve saldırganlığın-şiddet davranışının olduğu durumlarda kullanılabilir.

Dürtü ve Kontrol Bozukluklarında Tanı ve Sınıflama

Prof. Dr. Hatice Özyıldız Güz

Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Samsun

Trikotilomani (TTM) ve Deri Yolma Bozukluğu (DYB) daha önce dürtü kontrol bozuklukları içerisinde sınıflandırılıyor iken, DSM 5 tanı sistemi her iki hastalığı da Obsesif Kompulsif ve İlişkili Bozukluklar (OKİB) başlığı altında sınıflandırmıştır(1). Kişinin tekrarlayıcı olarak, belirgin saçsız alanlar oluşturacak şekilde saçlarını yolması olarak kısaca tanımlanacak olan TTM, aslında Hipokrat döneminden beri bilinmektedir. DSM-IV te “yolma dürtülerine karşı koymada yineleyici başarısızlık” kaldırılarak , “Direnmeye çalışıldığında gerginlik yaşama” olarak değerlendirilmiştir. Houghtona ve arkadaşları (2015) yaptıkları çalışmada en geçersiz tanı faktörlerinin, çıkarılan b ve c maddeleri olduğunu ve bu maddelerin çıkması ile de tanının değişmediğini göstermişlerdir. Tanı sistemlerindeki karmaşıklıkta hastalığın yaygınlığında yıllara göre değişik rakamları beraberinde getirmiştir. Genelde oranlar % 0.06-4 arasında değişmektedir (2).En sık saçlı deri%73, kaş %56, kirpik %52 olarak bulunmuştur. Ruh sağlığı çalışanlarının da ancak %61’inin hastalığı tanıyabildiği saptanmıştır.

DYB,Dermatolojik bir hastalık olmaksızın deri dokusunda hasara neden olan, cildin aşırı ve yineleyici *şeklide bozulması* olarak tanımlanabilir.1875 Wilson “nevrotik ekskoriasyon” adıyla anılmış DSM sistemine yeni girmiş bir tanıdır. Aslında deri yolma tüm memelilerde *görülen* evrensel bir davranıştır, bu nedenle patolojik olup olmadığının değerlendirilmesi gerekir.Yüzbeş üniversite öğrencisinin %78’inde deri yolma var iken, patolojik düzeyde %3.8 olarak bulunmuştur.Dermatoloji kliniğinde ise başvuru %2 ‘dir(3).

Her iki hastalıkta “beden odaklı yineleyici davranışlar” başlığı altında toplanmak istenmiş fakat,saç ve deri yolmanın kompulsif doğası, yolma dürtüsüne gösterilen direnç,dürtüyü kontrol etmenin zorluğu,aşırı, istemsiz ritüeller, huzursuzluk sıkıntı gibi olumsuz duyguların yolma davranışı ile azalması, Okb ile nörobiyolojik temellerin aynı olması, aile öyküsünde OKB varlığı ve tedavinin OKB ile aynı olması gibi nedenler ile OKİB başlığı altına alınmıştır.

Bu anlatımda yeni olan her iki hastalık tanısı, epidemiyolojisi, klinik görünümleri, nedenleri, eş tanı ve ayırıcı tanı açısından gözden geçirilecektir.

Kaynaklar

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed.. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.
2. Houghtona et al. Examining DSM Criteria for Trichotillomania in a Dimensional Framework: Implications for DSM-5 and Diagnostic Practice. Compr Psychiatry. 2015; 60: 9–16
3. Holander &Stein.Dürtü Kontrol Bozuklukları .Klinink El Kitabı.2005

Deri Yolma Bozukluğu ve Trikotillomanide Farmakoterapi

Dr. Efruz Pirdoğan Aydın

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

Trikotillomani ve deri yolma bozukluğu, sırasıyla sağ/kıl ve derinin kompulsif bir şekilde yolunmasıyla karakterizedir. Geğmişten bugüne kadar, dürtü kontrol bozukluğu obsesif-kompulsif bozukluğun bir çeşidi, tımarlama bozukluğu, stereotipik hareket bozukluğu ya da davranışsal bağımlılık olarak kavramsallaştırılmışlardır. DSM-5’de ise ‘Obsesif kompulsif bozukluk ve ilişkili bozukluklar’ kategorisinde yer almaktadırlar. Toplumda yaygınlıkları %1-5 oranında görölmektedir. Bu hastalıklar utanę ve benlik saygısında düşme sonucunda sosyal izolasyona, buda iş, akademik ve sosyal hayatta kimi zorluklara neden olmaktadır. Trikotillomani ve deri yolma bozukluğu tedavisinde davranışçı terapiler ve farmakoterapi tedavileri mevcuttur. Davranışçı terapiler, tarih boyunca farmakoterapi yaklaşımlarına göre üştün olarak kabul edilmekte trikotillomani ve deri yolma bozukluğunda ilk sıra tedaviler arasında yer almaktadırlar. Halihazırda yapılmış çift-kör randomize ęalıřmalarda, trikotillomani için olanzapin ve NAC; deri yolma bozukluğu için ise NAC ve fluoksetin umut vaat etmektedir. Ayrıca klomipraminin trikotillomanide çift-kör plasebo kontrollü bir ęalıřma yürütölmemiş olmasına rağmen, tedavi etkinliğinin olabileceği belirtilmektedir. Tedavi önceliklerinin belirlenmesinde hastalığın klinik özellikleri (otomatik/odaklanmış tip vs.) ve şiddeti ve eştanıları önem kazanmaktadır. Örneğin, NAC odaklanmış tipte; SSRI, antipsikotikler ve diğer ajanların tedaviye dirençli olgularda ve eştanı durumlarına göre kullanılabilieceği bildirilmektedir. Henüz FDA tarafından onaylanmış bir tedavi bulunmamakla birlikte, randomize-çift kör ęalıřmalarda kısıtlılık, kopya ęalıřmaların azlığı, ęalıřmalardaki örneklem sayılarının küçüklüğü nedeniyle güç analizlerinin yeterli olmaması ilaç tedaviler konusunda yaşanan güçlüklerle işaret etmektedir. Sonuç olarak trikotillomani ve deri yolma bozukluğunda tedavi etkinliği konusunda güçlü kanıtlar gösteren ilaçlar bulunmamaktadır, yeni tedavilere ihtiyaç duyulmaktadır.

TMS'nin Depresyon Tedavisinde Biyolojik Belirteçlere Etkisi

Dr. Efruz Pirdoğan Aydın

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

Tekrarlayıcı Transkranial Manyetik Uyarım (tTMU) tedavisi, saçlı deri yüzeyindeki hedef bölgeyi elektrik akımıyla kısa değişken manyetik alan oluşturmak vasıtasıyla uygulama bölgesinin hemen altındaki nöronal membranlarda transmembran potansiyeli meydana getiren, non-inzaviv bir beyin uyarım metodudur. Bu uyarım düşük/yüksek frekans veya uygulama protokollerine göre uyarıcı sinaptik iletimde uzun dönem potansiyalizasyon/depresyon yol açarak sinaptik plastisitede değişimlere yol açabilmektedir. tTMU uyarımının lokalize olduğu bölgedeki nöronlar arası iletimi düzenlerken, beyindeki bağlantılar sayesinde uzak beyin bölgelerini de etkilediği düşünülmektedir. tTMU FDA tarafından 2008 yılında dirençli depresyonda onaylanmış bir tedavidir. Depresyon tedavisinde yüksek frekanslı (YF) sol dorsolateral prefrontal kortkes (DLPFK)'a, düşük frekanslı (DF) DLPFK ve DF sağ DLPFK'a üzerine tTMU uygulamalarının klinik etkinliği bildirilmiştir. tTMU'nun beyin dokusunu ne düzeyde etkilediğini ve gözlemlenen klinik etkilerin altında yatan nörobiyolojik değişiklikleri araştırmak için birçok hayvan modeli preklinik çalışma yapılmıştır. tTMU'nin bu klinik etkiyi ortaya çıkardığı biyolojik mekanizmalar hala net olmasa da, preklinik çalışmalar tTMU'nun hipotalamik-pituitier-adrenal (HPA) eksenini ve nörotransmisyonu modüle edebileceğini, dopamin salınımını ve 5-HT1A ve NMDA reseptör ekspresyonunu indükleyebileceğini bildirilmişlerdir. Ayrıca, bazı çalışmalarda tTMU'nun sıçan hipokampusunda BDNF ifadesini artırarak antidepresan, bazı çalışmalarda ise oksidatif stresi azaltarak nöroprotektif özellik gösterdiği ileri sürülmüştür. İnsanda tTMU'nun nörobiyolojik mekanizmaları araştıran nörogörüntüleme, elektrofizyolojik, nöroimmünendokrin konuları üzerine az çalışma bulunmaktadır. Çalışmalar küçük örneklemli ve açık etiketli olduğu için bazı pozitif sonuçlar dikkatli yorumlamayı gerektirmektedir. Var olan çalışmaların tTMU protokolleri ve parametreleri heterojen olduğu için meta-analiz için yeterli sayıda çalışma bulunmamaktadır. Sonuç olarak, tTMU etkinliğini anlamak için birçok nörobiyolojik parametreyi inceleyen daha büyük örneklemli plasebo çalışmalara gereksinim duyulmaktadır.

Deri Yolma Bozukluğu ve Trikotillomani’de Psikanalitik Yaklaşım

Uzm. Dr. Jülide Güler 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 dünyayla ilişkimiz üzerinde belirleyici olan ilk ilişkimiz, anne bebek ilişkisine aracılık eder. Bu ilişkide yaşanan ilk deneyimler güvenli bağlanma aracılığıyla sembolizasyon kapasitesinin ve uyarın engelinin gelişmesini sağlar.

Ego ve İd (1923)’de Freud egonun önce beden egosu olduğunu ifade ederek şöyle demiştir: “.... Ego nihayi olarak beden duyularından türemiştir, bilhassa bedenin yüzeyinden kaynaklananlardan. Bu nedenle ego beden yüzeyinin zihinsel projeksiyonudur” (1).

Bu sunumda Didier Anzieu’nun “deri ben” ve Esther Bick’in “ikinci deri” kavramlarından (2,3,4) başlayarak psikanalitik literatürde deri ve deri hastalıkları hakkında yazılanlar gözden geçirip deri yolma bozukluğu ve trikotillomani hastalarıyla bu bağlamdaki klinik deneyimimizi paylaşmaya çalışacağım.

Anahtar kelimeler: deri, psikodermatoloji, psikanaliz, deri yolma bozukluğu, trikotillomani

Kaynaklar

- 1.Freud S. Haz İlkesinin Ötesinde Ben ve İd. Metis Yayınları, Ötekini Dinlemek 10, beşinci basım, 2016
- 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.
- 4.Ulrich J. Skin in Psychoanalysis. Karnac Books , 2008.

Trikotillomani’de Bilişsel Davranışçı Psikoterapi

Psk. Hasan Demirci

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

Trikotillomani tedavisinde medikal tedavi dışında önemli bir seçenek de davranış terapisi ağırlıklı bilişsel ve davranışçı terapidir. Trikotillomani için davranışçı terapi, Azrin ve arkadaşları tarafından tikler için geliştirmiş oldukları alışkanlığı tersine çevirme tekniğinin trikotillomaniye uyarlanmasıyla başlamıştır (1-2). Alışkanlığı tersine çevirme tekniğinin ana bileşenleri; kendini izleme, farkındalık eğitimi ve karşıt yanıt oluşturmaktır. Kendini izleme ve farkındalık eğitimi için öncelikle saç yolmanın nasıl olduğu ile ilgili hastalardan detaylı bilgi toplanır. Bunun için de hastalara günlük tutması önerilir. Günlük tutma, kişiyi hastalık hakkında farkındalık sahibi yapmak için önemli bir adımdır. Hastalardan günlük tutarken olay-düşünce-duygu çerçevesinde saç yolma davranışını detaylı yazması istenir. Böylelikle saç yolmanın ani gelişen bir davranış olmadığı, öncesinde bir davranış zincirinin olduğu, belli durumlardan sonra saçın çekildiği farkındalığı sağlanmaya çalışılır. Yine bu davranışın kognitif, duygusal boyutlarının da olduğu hastaya aktarılır. Böylelikle olay, düşünce, duygu ve saç yolma arasındaki ilişki hastalara gösterilmiş olur. Farkındalık ve kendini izlemede kopardığı saçları her hafta zarf içinde seansa getirme ödevi de verilir. Karşıt yanıt oluşturmada ise saç yolma davranışı yerine konulabilecek davranış belirlenir. Örneğin saç taramak, saçına bakım yapmak vs gibi. Bunun dışında hastaların gerginlikle baş edebilmeleri ve gerilimi düşürmek için relaksasyon ve nefes egzersizleri öğretilir.

Kaynaklar

1. Konkan, R., Şenormancı, Ö., & Sungur, M. Z. Trikotillomani: Tanı, farmakoterapi ve kognitif davranışçı terapisi. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni-Bulletin of Clinical Psyc 2011;21(3), 265-274.
3. Azrin NH, Nunn RG, Frantz SE. Habit reversal vs. negative practice treatment of nervous tics. Behav Ther 1980;11(2):169-78.
2. Pelissier M, O'Connor K. Cognitive-behavioral treatment of trichotillomania, targeting perfectionism. Clinical Case Studies 2004;3(1):57-69.

Psikiyatride Nörokognitif Testler

Psk. Hasan Demirci

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

Nörokognitif testler, beyin davranış ilişkisi temeline dayanarak beynin test sırasındaki işleyişini işlevsel olarak değerlendiren bir ölçüm metodudur. Nörokognitif değerlendirimin amacı; dikkat, bellek, dil, görsel-mekânsal işlevler ve soyutlama, kavramsal irdeleme, plânlama, problem çözme, mental esneklik, karar verme gibi yürütücü işlev becerilerini testler aracılığıyla değerlendirmek ve böylece beynin fonksiyonel incelenmesine katkıda bulunmaktır. Nörokognitif testler, katılımcı ile karşılıklı olarak uygulanan kağıt-kalem testleri ve bilgisayarlı testlerden oluşmaktadır. Değerlendirme tek bir kognitif işlev için yapılabileceği gibi, bütün kognitif işlevler için de yapılabilir. Geniş kapsamlı nörokognitif değerlendirmede bütün kognitif işlev alanları tek tek gözden geçirilir. Nörokognitif testlerin yapılma amaçları arasında; ayırt edici tanı, hastalığın izlenmesi ve tedavi etkinliğinin gözden geçirilmesi, bilimsel araştırma vb. sayılabilir.

Alkol Kullanım Bozukluğu

Prof. Dr. Zehra Arıkan

Gazi Üniversitesi Tıp Fakóltesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Ankara

Dünya Sağlık Örgütü'nün sınıflaması alkol kullanım bozukluklarını şöyle sıralar:

- Akut zehirlenme
- Zararlı kullanım
- Bağımlılık sendromu
- Yoksunluk durumu
- Yoksunluk durumu deliryumla birlikte
- Psikotik bozukluk
- Amnezik sendrom
- Kalıntı ve geç başlayan psikotik bozukluk
- Başka ruhsal ve davranışsal bozukluk
- Belirlenmemiş ruhsal ve davranışsal bozukluk.

Tarih boyunca Hipokrat tan başlayarak pek çok hekim alkollü içkilerin insan sağlığına zararından söz etmişlerdir. Ancak alkol kullanımı sonucu oluşan bağımlılığın bir hastalık olarak ele alınması son 150 yıla dayanmaktadır.

DSM-IV verilerine göre ABD'de alkol kötü kullanımının yaşam boyu riski kadınlarda %10, erkeklerde %20; alkol bağımlılığının yaşam boyu riski ise kadınlarda %3-5, erkeklerde %10'dur. Alkol bağımlılığı ve alkol kötü kullanımının birlikte yaşam boyu yaygınlığı %13,8 olarak bildirilmektedir.

Ülkemiz de büyük kentlerde küçük ölçekli yapılan epidemiyolojik çalışmalar alkole başlama yaşının 12'lere kadar indiğini göstermektedir. En çok başlama 15-22 yaş arasında olmakta ve daha çok erkekler alkole başlamaktadır. Alkol bağımlılığı için elde edilen veriler % 0.8-1.6-2 gibi rakamlar vermektedir.

Alkol kullanımı tüm organ sistemlerini etkilemekte ve önceleri geçici iken sonraları kalıcı sonuçlar doğurmaktadır. Hem bedensel hem psikiyatrik problemleri fazladır. Özellikle yoksunluk dönemi ağır olduğunda ya da deliryum izlendiğinde çok ciddi bir tablo yarattığı unutulmamalı ve tedavisi mutlaka yakın takip ile yapılmalıdır.

Tedavi

Alkol bağımlılığında tedavinin aşamaları şunlardır.

1. İlk bölüm bir süredir alınan alkolü kesme tedavisidir.

Alkolün kesilmesi sonucu oluşan yoksunluk belirtilerinin ortadan kalmasına yardımcı olan ilaç kullanımı ve diğer tıbbi müdahaleleri içerir.

2. Rehabilitasyon dönemi:

Bu dönemde kişi artık alkol yoksunluğundan kurtulmuştur. Yaşamdaki normal işlevlere dönebilme ve alkolsüz yaşama uyum sağlama bakımından hastaya bilgi ve beceriler kazandırılmaya çalışılır. Bunun için terapötik girişimler den yararlanılır.

3. Nüksü (Relapsı) önleme: Tedavi modellerine göre değişmekle birlikte AA (Adsız Alkolikler) nın 12 basamak temeli üzerinde kurulu önleme programlarıdır. Bu aşamada aynı zamanda ilaç tedavilerinin yeri vardır.(34)

Kullanılan ilaçları şöyle özetleyebiliriz

Alkol bağımlılığında etkili olan nöromodilatör ve antiepileptikler

- Lityum carbonate
- Karbamazepine
- Valproate
- Gabapentine
- Topiramet

diğer ilaçlar

- SSRI
- Bupropion
- Disulfiram
- Naltroxen
- Nalmafen
- Acamprosate
- Ondansetrone
- Baklofen
- Trazodone
- Tiapirid
- Buspiron

Alkol kullanım bozukluğu olan kişinin başka bir madde kullanımı ya da bağımlılığı olmaması, ciddi yasal problemlerinin olmaması, bir meslek sahibi olması, yakın aile ilişkilerinin varlığı ve ilk rehabilitasyon sürecinde tedaviye devam etmesi iyi prognostik faktörlerdir. Bu durumda alkol bırakmanın en az bir yıl boyunca devam etme olasılığı % 30-60 oranında tahmin edilmektedir. Uzun dönemli sonuçlar konusunda çok az araştırma vardır ama araştırmacılar bir yıllık başarılı bir alkol bırakmanın uzun süreli iyileşme ile bağlantılı olduğunu bildirmişlerdir.

Kaynaklar

1. Dünya Sağlık Örgütü : ICD-10 Ruhsal ve Davranışsal Bozuklukların sınıflandırması. Çev. ed.: Öztürk M O, Uluğ B Çev: Çuhadaroğlu F, Kaplan Y, Özgen G, Öztürk MO, Rezaki M, Uluğ B). Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği Yayın Ankara, 1993.s
2. Muhtar N: Alkol Bağımlılarında Bağlanma, doktora tezi. İstanbul üniversitesi. Sağlık bilimleri enstitüsü, psikiyatri anabilim dalı, İstanbul, 2003; 22-43
3. Greenfield, TK, Midanik L T, Rogers JD: A 10-year national trend study of alcohol consumption: is the period of declining drinking over? American Journal of Public Health, 2000; 90: 47-52.
4. Gronbaek M, Deis A, Becker Y, Hein HO, Schnohr P, Jensen G, Borch-Johnsen K, Sorensen TI: Alcohol and mortality: is there a U-shaped relation in elderly people? Age and Ageing, (1998) 27, 739-744.
5. Akvardar Y, Demiral Y, Ergör G, Bilici M, Özer Ö .: Substance use in a sample of Turkish medical students. Drug and alcohol dependence 2003; 72:117-121.
6. Arıkan Z, Coşar B, Işık E. Yarı kentsel bir bölgede alkolizm prevalansı. Kriz dergisi. 1996; 4:2:93-100
7. Ulusal Uyuşturucu raporu. 2013;70-78
8. Jorgensen CH, Pedersen B, Tonnesen H. The efficacy of disulfiram for the treatment of alcohol use disorder. Alcoholism: Clinical and Experimental Research 2011; 35(10): 1749-1758
9. Feinn R, Kranzler H R. Does effect size in naltrexone trials for alcohol dependence differ for single-site vs. multi-center studies? Alcoholism: Clinical and Experimental Research 2005; 29(6): 983-988.
10. Arbaizar B, Dierssen-Sotos T, Gomez-Acebo I, Llorca J. Topiramate in the treatment of alcohol dependence: a meta-analysis. Actas Espanolas de Psiquiatria 2010; 38(1): 8-12. : 20931405
11. Chamorro AJ, Marcos M, Miron-Canelo JA, Pastor I, Gonzalez-Sarmiento R, Laso FJ. Association of mu-opioid receptor (OPRM1) gene polymorphism with response to naltrexone in alcohol dependence: a systematic review and meta-analysis. Addiction Biology 2012; 17(3): 505-512.

Metamfetamin Kullanım Bozukluğu

Doç. Dr. Ömer Şenormancı

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

Metamfetamin koka bitkisi yapraklarından elde edilen kokaine benzer bir uyarıcı olmasına rağmen tamamen laboratuvar koşullarında oluşturulmuş sentetik bir maddedir. Metamfetamin düşük maliyeti, ulaşılabilirliği, algılanan etkileri (öfori, kilo kaybı, cinselliğe olumlu etkileri) nedeniyle tüm dünyada gece kulüplerinde, partilerde gençler arasında popüler olmuştur (1). Amfetamin grubu bir uyarıcı olan metamfetamin dünyada cannabisten sonra en sık kötüye kullanılan maddedir (2). Amfetaminlerin dünya genelindeki prevalansının %0.8 olduğu tahmin edilmektedir. Dünyadaki amfetamin pazarının yaklaşık %70'inde metamfetamin hakimiyeti bulunmaktadır (3,4). Metamfetamin kullanımı ülkemizde de giderek artmakta ve en sık kötüye kullanılan maddeler arasında yer almaktadır.

Metamfetamin hidroklorür beyaz veya şeffaf kristaller olarak bulunur ve yaygın olarak 'buz' veya 'kristalin meth' olarak piyasaya sunulur (5). Metamfetaminin nörolojik, kardiyak, dermatolojik ve diğer birçok sistemi içeren olumsuz etkileri bulunmaktadır. Metamfetamine bağlı geçici ya da süregelen psikoz yüksek oranda görülür. Metamfetamin yoksunluğu tipik olarak akut etkilerinin zıttı olarak ortaya çıkar. İlk 3 hafta boyunca depresyon, yorgunluk, artmış uyku, artmış iştah, ajitasyon, anksiyete, gerginlik, aşerme, hareketsizlik, irritabilite, anksiyete, paranoid fikirler ve intihar fikirleri ortaya çıkar (6).

Kaynaklar

1. Mehling R, Triggler DJ. Drugs The Straight Facts: Methamphetamine. Infobase Publishing, Inc. 2008.
2. United Nations Office on Drugs and Crime, 2017. World drug report 2017. Global overview of drug demand and supply: Latest trends, cross-cutting issues. https://www.unodc.org/wdr2017/field/Booklet_2_HEALTH.pdf.
3. Salamanca SA, Sorrentino EE, Nosanchuk JD, Martinez LR. Impact of methamphetamine on infection and immunity. Front Neurosci 2015;8: 445.
4. United Nations Office on Drugs and Crime, 2017. World drug report 2017. Market analysis of synthetic drugs: Amphetamine-type stimulants, new psychoactive substances. https://www.unodc.org/wdr2017/field/Booklet_4_ATSNPS.pdf.
5. Cho AK. Ice: a new dosage form of an old drug. Science 1990;249: 631-634.
6. Evren C, Bozkurt M. Update on methamphetamine: an old problem that we have recently encountered. Dusunen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences 2018;31: 1-10.

Çoklu Madde Kullanım Bozukluğu

Dr. Çetin Turan

Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Amatem Kliniği, Bursa

Çoklu Madde Kullanım Bozukluğu tanısı; 12 aylık bir dönem içinde en az üç gruptan maddenin yineleyici bir biçimde kullanılması, bunlardan hiçbirinin daha önde gelmemesi durumunda konur. Hastalar Kullandıkları maddenin etkisini artırmak, olumsuz etkilerini gidermek ve yoksunluk belirtilerini azaltmak amacıyla birden fazla madde kullanırlar. Alkol ve depresan etkili maddelerin bir arada ya da uyarıcı etkili maddelerle birlikte kullanımı görülür. Ülkemizde metamfetamin, alkol, esrar, sentetik kannabinoidlerin birlikte kullanımı sıklıkla.

Çoklu Madde intoksikasyonlarında kullanılan maddeler arası etkileşim ciddi sorunlara yol açabilir. Solunum depresyonu, kardiyak sorunlar ve epileptik nöbet önemli mortalite nedenleridir. Klinisyenin bu etkileşimleri çok iyi gözlemlemesi gereklidir. Çoklu madde kullanımının da yoksunluk belirtileri sıklıkla. Yoksunluk döneminin tedavisinde birtakım güçlükler yaşanır. Depresanların yoksunluk bulgularının tedavisi öncelikli olarak yapılmalıdır. Tedavide kullanılan farmakolojik ajanların bu maddelerle etkileşimi göz önünde bulundurulmalıdır.

Yeme Bozuklukları ve Bağımlılık

Prof. Dr. Ayşe Fulya Maner

Kırklareli Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Çocuk Gelişimi Bölümü, Kırklareli

Yeme bozuklukları ve bağımlılık sıklıkla birlikte gündeme gelmektedir. Dürtüsellik gibi kişilik özellikleri hem yeme bozuklukları hem de alkol/madde kullanım bozuklukları ile ilişkilidir. Yaşam boyu alkol ve madde kullanımı görülme oranları en sıklıkla bulimiya nervozadadır. Obezite epidemiyolojisindeki artışla birlikte obez kişilerde sıklıkla gözlenen aşırı yeme ve tıknırcasına yeme davranışlardan yola çıkarak bir tür yeme bağımlılığı tanımlanmasına ilişkin sorular gündeme gelmiştir. Yeme bağımlılığı kavramının obezitedeki yeme davranışlarının tümünü açıklamaya yeterli olmadığı ancak bağımlılıkta ortaya çıkan birçok nörobiyolojik değişikliğin obez kişilerde de saptanmasının önemli bir bulgu olduğu belirtilmiştir.

Hayatta kalmak için herkesin beslenmek zorunda olduğu ve besin maddelerini bağımlılık yapıcı etkileri olan maddeler olarak tanımlamanın pek uygun olmadığı belirtilmiştir. Yiyecek, cinsellik, bakım verme gibi işlevlerin doğal ödülleri olarak bilindiği ve patolojik olan kumar, alkol ve madde bağımlılıklarından farklı bir yerde değerlendirilmesinin uygun olduğu ileri sürülmüştür. Her yiyecek maddesinin bağımlılık benzeri davranışlara neden olmadığı, özellikle tuzlu, yağlı, şekerli ve katkı maddeleri içeren besinlerin bu etkilerinin daha belirgin olduğuna vurgu yapılmıştır.

Tıknırcasına yeme bozukluğu olan kişilerde bu davranışın bağımlılık davranışı ile olan benzerliğine odaklanılmış ve obez hastaların bir bölümünde saptanan tıknırcasına yeme davranışından yola çıkarak obezitenin bir tür yeme bağımlılığı olduğunu ileri sürmüşlerdir. Ancak obez hastaların tamamında tıknırcasına yeme bozukluğu bulunmadığı gibi obezitenin etiopatogeneze sanıldığından daha karmaşık bir fenomendir.

Tıknırcasına yeme bozukluğu ve bulimiya nervozada sık görülen şekerli ve yağlı yiyeceklerin aşırı tüketimi ve yemek yerken kontrollerini kaybetme bağımlılık davranışı ile benzerlik göstermektedir. Tıknırcasına yeme bozukluğunda ortaya çıkan aşırı ve kontrolsüz yeme ve eşlik eden duygudurum değişikliklerin yeme bağımlılığı olarak tanımlanmasının uygun olabileceği, ancak obezitede ortaya çıkan lezzete olan düşkünlüğü bu kavram içinde değerlendirmenin sınırlayıcı olduğunu bildirmiştir. Çevresel değişikliklerin, fast-food zincirlerinin artışının hem obezite sıklığında artışa hem de bazı kişilerin bu besin maddelerine aşırı düşkün olmasına katkıda bulunduğu, yiyecek bağımlılığı kavramının bireysel kapsamda değerlendirmenin önemli olduğu belirtilmektedir.

EMDR

Uzm. Dr. Alişan Burak Yaşar

Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, İstanbul

EMDR terapisi davranışçı, bilişsel, psikodinamik, gestalt gibi bir çok psikoterapi yönteminin çeşitli özelliklerini birleştiren, ancak bunların ötesinde teorik ve uygulama yaklaşımı olan farklı ve özgün bir psikoterapi yaklaşımıdır (Shapiro 2018). Teorik yaklaşımı, psikopatolojinin gelişmesinin temel nedeni olarak yeterince işlenmemiş ve işlevsel olarak bellek ağlarına katılamamış olumsuz yaşantıların, “travmaların” varlığını görür. Bu olumsuz yaşantılara ait anılar yeniden işlenirse hem duygusal hem de bedensel bir rahatlama olacak, bireyde travmatik yaşantısı ile ilgili duyarsızlaşma gelişecek, benzer durumlar, hatırlatıcılar karşısında kolayca tetiklenmeyecek, yoğun duygulanım ve bedensel uyarım ile dolmayacaktır. Bunun sonucunda da ruhsal ve bedensel olarak daha iyi işlevsellik gösterebileceklerdir (Shapiro 2018, Kavakcı 2018).

TSSB’de EMDR

Uzm. Dr. Alişan Burak Yaşar

Haydarpasa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, İstanbul

Dünya Sağlık Örgütü’nün 2013 yılında yayınladığı Stresle İlişkili Durumların Yönetimi Klavuzu’nda Travma odaklı BDT ve EMDR, çocuklar, ergenler ve TSSB’si olan yetişkinler için ilk önerilmesi gereken tedavi yöntemleri olarak belirtilmiştir. Bu klavuzda EMDR terapisi aşağıdaki şekilde değerlendirilmiştir:

“Bu terapi, olumsuz düşüncelerin, duyguların ve davranışların işlenmemiş anıların sonucu olduğu fikrine dayanmaktadır. Tedavi, eş zamanlı olarak (a) travmatik görüntülerin, düşüncelerin, duyguların ve bedensel duyuların kendiliğinden ilişkilerini ve (b) en sık tekrarlanan göz hareketleri şeklinde olan iki taraflı uyarım üzerinde odaklanmayı içeren standartlaştırılmış prosedürleri içerir. Travma odaklı BDT gibi, EMDR terapisi travmatik olay ile ilgili öznel sıkıntı ve adaptif bilişleri azaltmayı amaçlamaktadır. Travma odaklı BDT’den farklı olarak, EMDR (a) olayın detaylı açıklanmasını (b) doğrudan inançların değiştirilmesini, (c) uzun maruz kalınmasını (d) ve ev ödevlerini içermemektedir.”(WHO 2013) Klavuzdaki, ev ödevleri içermemesine olan vurgu danışan uyumu için önemli gözükmektedir. Amerikan Psikiyatri Birliği(APA)’nın 2004 yılındaki Akut Stres Bozukluğu ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu Olan Hastaların Tedavisinde Uygulama Rehberi isimli klavuzunda, EMDR için hem akut hem de kronik TSSB’nin semptomlarını iyileştirmek için etkili bir tedavi olarak BDT ile benzer etkinlikte olduğuna dair vurgu bulunmaktadır(Ursano ve ark 2004). 2008 yılında Uluslararası Travmatik Stres

Bipolar II Bozukluğu Yönetmek, Fenomenoloji, Tedaviler ve Gelecek Yaklaşımları

Doç. Dr. Bahadır Bakım

Pendik Medikalpark Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, İstanbul

Bipolar Bozukluk (BB) II hastaları sık depresif ataklar ve daha kısa remisyon dönemleri ile daha süregelen bir gidiş sergilemektedir. Depresif ataklar ve eştanı daha fazla olup, daha sık özkıyım davranışları görülmektedir. Hızlı döngü BB I'e kıyasla daha yüksek oranda gözlenmektedir. BB II'nin başlangıç yaşı BB I'den geç, sıklıkla 30 yaş civarındadır. Cinsiyet farklılığı BB I'de eşit, BB II kadınlarda fazladır. BB II'de psikomotor gerileme daha ağır, suçluluk sanrıları, intihar düşünceleri daha fazladır. Kişilerarası çatışma ve aile parçalanmasının en fazla olduğu duygudurum bozukluğudur. %5-15 olgu manik epizod geliştirerek BB-I'e dönebilmektedir. Atipik özellikler BB II'de, BB I'den daha sık; mevsimsel özellik BB II'de daha sık; BB-II'de tanı alana dek geçen süre, BB-I'e göre daha uzundur. Hipomani BB-II'de hastalık dönemlerinin %1'ini kapsamaktadır. Çoğu BB-II hastası ataklar arasında tam işlevsellik düzeylerine ulaşabilse de, en az %15 hastada ataklar arası işlevsel bozulma sergilemekte, olguların %20'sinde ataklar arası iyileşme olmadan başka bir atağa geçiş olabilmektedir. Olguların yarısı 2 yıl içinde; ¾'ü 5 yıl içinde tedaviye rağmen tekrar duygudurum atağı yaşayabilmektedir.

FDA'ce onaylanmış üç farmakoterapi bulunmaktadır. Olanzapin/fluoksetin, yanıt için NNT: 4; NNH: 6 (kilo alımı); Ketiyapin, 5-HT_{1A} res. parsiyel agonisti ve noradrenalin taşıyıcısı inhibitörü olarak noradrenerjik işlevi arttırmaktadır. Ketiyapinle ilgili 5 plasebo kontrollü çalışma. NNT: 6; NNH: 5 (sedasyon); Lurasidon 5-HT_{1A} res agonisti ve 5-HT₇ res antagonisti olup, monoterapi ya da ekleme tedavisi, NNT: 5-7; NNH: 15-16 (akatizi, bulantı); Olanzapin (5-20 mg/g) NNT:11 şeklindedir. En iyi sonuçlar lurasidon ve ketiyapinde belirlenmiş olup, aripiprazol kayıt çalışmalarında etkisiz bulunmuştur. Lamotrijin ile 5 plasebo kontrollü çalışmanın metaanalizi NNT:13 (plasebonun üzerinde), lamotrijin (NNT = 12; NNH = 37) lityum (NNT = 15; NNH = 38) orta düzeyde etkili, Lamotrijin+Lityum ve Lamotrijin+Ketiyapin kombinasyonları etkili bulunmuştur. BD-II'de BD-I'e göre antidepresan (AD) ile kayma riskinin %50 daha az olduğu gözlenmiştir. AD'ların BD'da etkinliği kanıtlanmamıştır. Duygudurum düzenleyicilerine eklendiklerinde hipomanik kayma riski artmamakta ve kısa süreli olarak AD kullanılabileceği düşünülmektedir.

Gelecekteki tedaviler arasında ketamin, minosiklin, antienflamatuvar ajanlar, mitokondriyel düzenleyiciler (N-asetil-sistein, asetil-L-karnitin, S-adenozilmetyonin, koenzim Q, alfa-lipoik asid, kreatin monohidrat, melatonin), bezafibrat, lumateperon ve kariprazin ümit verici gözükmektedir.

Üreme Döngüsündeki Kadınlarda Bipolar Bozukluk Yönetimi

Dr. Elvan Özalp

Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Ankara

İki uçlu bozukluk (İUB) cinsiyetler arasında bazı farklılıklar göstermektedir. Kadın hastaların seyri, tedavileri üreme çağının hangi evresinde olduklarına bağlı olarak değişir. Dolayısıyla menstruel siklus, hamilelik, doğum, emzirme, menapoz gibi dönemlerin her birinde hastalığın ele alınışında özel yaklaşımlara ihtiyaç duyulmaktadır. İki uçlu bozukluk tanısı olan kadınların üreme dönemleri boyunca hormonlarındaki değişimlere bağlı olarak hastalığın nasıl etkilendiği tartışılan bir konudur ayrıca hormonal değişimlerin bir takım ek psikiyatrik bozukluklara da yatkınlık oluşturabildiği bilinmektedir (1). İUB tanılı kadın hastalar, gebelik ve doğum sonrası dönemde koruyucu ilaç kullanımını aksatabilmekte ve bu durum hastalığın nüksetmesi için risk oluşturmaktadır (1). İUB tanısı olan kadınlar kullandıkları koruyucu tedavi nedeniyle gebe kalmaktan kaçınmakta, gebeliklerini erteleyebilmektedir. Tam tersi koruyucu tedavi altındayken kontrolsüzce gebe kalan hastalarda kullanılan ilaçların teratojenik etkisi nedeniyle ciddi sorunlar yaşanabilmekte, kimi zaman gebelikleri sonlanabilmektedir.

İUB tanılı hastalarda ilaçlara bağlı eşlik eden menstruel düzensizlik nedeniyle veya hastalığa bağlı olarak infertilite gelişebilmektedir (1). İUB'un kadın hastalarda çok boyutlu sorunlara neden olması, hastalık yönetimini zorlaştırmaktadır. Bu nedenle kadın hastalara yaklaşımda, içinde bulunulan döneme özgü bilgilendirmelerin önemi büyüktür. Tedavilerin riskleri konusunda hastaların ayrıntılı olarak aydınlatılmaları gereklidir. Gebelik öncesi danışmanlık, gebeliğin nasıl planlanacağını belirlerken, gebelikte karşılaşılabilecek riskleri azaltması bakımından önemlidir. Gebelik döneminde tedaviye devam edilip edilmeyeceği değerlendirilmeli, her hastaya özel, yarar zarar dengesinin gözetildiği kararlar alınmalıdır, gebelik sonrası dönemde de benzer şekilde hastaya özgü değerlendirme yapılması gereklidir. Gebelik ve lohusalık dönemi hastalığın yinleme riskinin yüksek olduğu dönemlerdir (1). Bu yüzden ilaç tedavisine devam etme ya da kesme gibi kritik kararların çok dikkatlice yapılması gereklidir. Önemli kararların alınmasında hasta, eşi ya da partneri, psikiyatri uzmanı ve kadın hastalıkları doğum uzmanının beraber adım atmaları sağlanmalıdır.

Kaynak

Berga S, Parry BL, Moses LE. Special areas of interest: Psychiatry and reproductive medicine. Kaplan's and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, Sadock B, Sadock V, Ruiz P ed. Tenth edition Wolters Kluwer press; 2017. p 6422-6442

İlk Atak Psikozda Anksiyete ve Depresif Belirtiler

Dr. Abdulkadir Tabo

Adli Tıp Kurumu, İstanbul

A nksiyete ve depresyon psikotik belirtilerin şiddeti, ortaya çıkardığı sıkıntı ve içeriği ile ilişkilidir.

Depresif belirtiler ilk epizod psikozlarda oldukça yaygındır. Farklı çalışmalarda %17'den %83'e değişen oranlar bildirilmiştir. Yaygınlık oranlarındaki bu geniş farklılığın çalışma örneklemelerinin heterojenitesi, depresyon tanımlamalarının ve değerlendirme araçlarının farklılığı ile ilgili olabileceği belirtilmiştir. Bu belirtiler psikozun prodromal, akut ve post-psikotik fazlarında görülür. Bu yüzden depresif belirtiler psikozun temel bir bileşeni olarak kabul edilmektedir. İlk epizod psikozda depresif belirtilerin gelişimini ve seyrini değerlendiren çok az çalışma mevcuttur. Psikotik bozukluğun erken evrelerinde artmış intihar riski oldukça önemli durumdur. Ayrıca depresif belirtilerin seyri hakkında bilginin, şiddetli bir seyir geliştirme eğilimindeki hastaların daha erken saptanmasını da kolaylaştırabileceği belirtilmiştir.

Yapılan 2 yıllık bir takip çalışmasında, akut psikotik epizodda ortaya çıkan depresif belirtilerin post-psikotik periyotta ortaya çıkan belirtilerden farklı olduğu bulunmuştur. Akut dönemde görülen depresif belirtilerin psikotik belirtilerle ilişkili olduğu, psikotik belirtilerin antipsikotik tedaviyle düzelmesiye bu belirtilerin de düzeldiği bildirilmiştir. Post-psikotik periyotta gözlenen depresif belirtilerin ise "persistant" bir özellik gösterdiği ve antipsikotik tedaviye tek başına yanıt vermediği görülmüştür.

Şizofrenide anksiyete bozuklukları komorbiditesine ilişkin bir çok çalışma yapılmıştır. Ancak ilk epizod psikozlarda anksiyete belirtileri konusunda çok az bilgi mevcuttur. Montreuil ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada, anksiyete belirtilerinin ilk epizod psikozlarda bozukluğun şiddetine ve kısa dönem (6 ay) klinik sonucuna etkisi araştırılmıştır. Çalışmada anksiyetenin şiddetinin kısa dönem kötü klinik sonuç ile ilgili olduğu görülmüştür. Anksiyetenin şiddeti, sosyal işlevselliğin bozulması ve relaps riski ile ilişkili bulunmuştur.

Kaynak

1. Sönmez ve ark: Depressive symptoms in first episode psychosis: in first episode psychosis: a one-year follow-up study. BMC Psychiatry 2013; 13:106
2. Montreuil T ve ark: Anxiety symptoms severity and short-term clinical outcome in first-episode psychosis. Early Intervention in Psychiatry 2013; 7: 5–11

Anksiyete ve Depresyonun Eşlik Ettiği İlk Epizod Psikozda Tedavi

Dr. Erkan Aydın

Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, İstanbul

İlk atak psikozun tedavisi için antipsikotik seçiminde öncelikle yan etki profilinin gözönünde bulundurulması önerilmektedir. Bunun dışında hastanın kliniğinde depresyon, anksiyete ve ajitasyon belirtileri ilaç seçiminde önemli etmenler olarak kabul edilmektedir. (1) Ancak depresif belirtileri olan ilk epizod psikotik hastada tek başına antipsikotik ya da antidepresan ekleme tedavilerinin hiç birinin birbirine üstünlüğünün olmadığını bildiren çalışmaların yanında özellikle olanzapine, ketiapine, ziprasidone ve amisülpride moleküllerinin daha etkili olduğunu bildiren çalışmalar mevcuttur. (2) Ayrıca olanzapine başta olmak üzere ikinci kuşak antipsikotiklerin, anksiyolitik etkinliklerinin birinci kuşak antipsikotiklere göre daha fazla olduğunu bildirilmesine rağmen anksiyete ve depresyonun eşlik ettiği akut ve geçici psikoz tedavisinde ideal tedavinin seçimi ve tedavi süresi gizemini korumaktadır. (3) Öte taraftan EKT katatoni ve intihar fikirleri gibi hızlı tedavi gerektiren durumlarda ilk sıra tedavi olabilirken, bunun dışında ancak son sıra tedavi olarak önerilmektedir. EKT nin anksiyolitik etkinliğinin ilk atak psikoz tedavi seçiminde bir etmen olarak ele alınıp alınmayacağı tartışma konusudur. Son olarak anksiyolitik-antidepresan etkinliği olduğu düşünülen yeni moleküllerin ve uygulamaların ilk atak psikoz tedavi yönetimini ne şekilde etkileyeceği merak konusudur.

Kaynaklar

1. NICE psychotic disorder treatment guideline
2. Treatment of depression in first episode of schizophrenia: Results from EUFEST Janusz K. Rybakowski, Kristof Vansteelandt, Tomasz Szafranski, et al European Neuropsychopharmacology 2012, 22: 875-882
3. Anxiety in Patients with Schizophrenia: Epidemiology and Management Henk Temmingh, Dan J. Stein CNS Drugs (2015) 29:819-832

İlk Atak Psikozda Psikoimmünoloji

Uzm. Dr. Emine Aydın

Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, İstanbul

İnflamasyon ve immunolojik disfonksiyonun psikiyatrik hastalıkların oluşumunda yer aldığı bilinmektedir (1). Major Depresif Bozukluk, Bipolar Bozukluk, Şizofreni ve son dönemlerde de Anksiyete Bozukluklarında inflamasyonun rolüne ilgi giderek artmaktadır.

İlk atak psikozda erken tanı hastalığın progresyonunu ve tedavi sürecini yakından etkilemektedir (2). Bu nedenle şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar açısından risk faktörlerini belirlemek için ilk atak psikoz hastaları her yönüyle araştırılmaktadır.

İnflamasyon ve oksidatif stres açısından bakıldığında şizofreni ve ilk atak psikoz hastaları arasında önemli derecede benzerlikler saptanmıştır (3). Süreğen yaygın anksiyete bozukluğu ve panik bozukluğu bulunan gençlerde ilerleyen dönemlerde normal popülasyona göre daha fazla psikotik belirtilerin ortaya çıkması anksiyete ve psikoz arasında poligenik bir yatkınlığın olabileceğini düşündürmektedir (4). Anksiyeteden psikozla geçişin öngörücüleri tam olarak aydınlatılamamıştır. Her iki durumun oluşumunda ve gidişatında önemli bir etmen olan inflamasyon ve immunolojik disfonksiyonun psikozla geçişte bir belirleyici olup olmadığı merak uyandırmaktadır.

Kaynaklar

1. Drexhage, R.C.; Knijff, E.M.; Padmos, R.C.; van der Heul- Nieuwenhuijzen, L.; Beumer, W.; Versnel, M.A.; Drexhage, H.A. The mononuclear phagocyte system and its cytokine networks in schizophrenia and bipolar disorder. *Expert Rev. Neurother.*, 2010, 10, 59-76.
2. Garcia-Bueno B, Bioque M, Mac-Dowell KS, Barcones MF, Martinez-Cengotitabengoa M, Pina-Camacho L, Rodriguez-Jimenez R, Saiz PA, Castro C, Lafuente A, Santabarbara J, Gonzalez-Pinto A, Parellada M, Rubio G, Garcia-Portilla MP, Mico JA, Bernardo M, Leza JC. Pro-/anti-inflammatory dysregulation in patients with first episode of psychosis: toward an integrative inflammatory hypothesis of schizophrenia. *Schizophr Bull* , 2014, 40:376–387.
3. Fraguas D., Díaz-Caneja C. M., Rodríguez-Quiroga A., Arango C. Oxidative Stress and Inflammation in Early Onset First Episode Psychosis: A Systematic Review and Meta-Analysis. *International Journal of Neuropsychopharmacology* , 2017, 20(6): 435–444.
4. Richards A, Horwood J., Boden J., Kennedy M., Sellers R., Riglin L., Mistry S., Jones H., Smith D. J., Zammit S., Owen M., O'Donovan M.C and Harold G.T. Associations between schizophrenia genetic risk, anxiety disorders and manic/hypomanic episode in a longitudinal population cohort study *The British Journal of Psychiatry* , 2018, Page 1 of 7.

Elektrokonvülviz Terapi

Yrd. Doç. Dr. Dilek Meltem Taşdemir Erinç

NPİstanbul Beyin Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, İstanbul

Elektrokonvülviz terapi (EKT) majör depresif bozuklukta psikotik, katatonik özellikler eşlik ettiğinde, tedaviye direnç söz konusu olduğunda, öz kıyım riski yüksek olduğunda, bipolar bozukluk mani döneminde ise ajitasyon, psikotik özellikler ve yine öz kıyım düşünceleri eşlik ettiğinde, oral beslenmenin azalıp bedensel sağlığın etkilenmesi durumunda ve geçmiş EKT'ye iyi yanıt öyküsü olduğunda uygulanmaktadır. Ayrıca hızlı tedavi yanıtı alınması gereken psikiyatrik durumlarda, ilaç yanıtının kötü olması ya da ilaçları tolere edememe (yaşlılar ve gebeler v.s) durumunda EKT tercih edilir. APA' da (2001) tedavi kılavuzlarında gebelikte EKT'nin her üç trimestırda da güvenli olduğu belirtilmiştir. EKT kontrendikasyonları; kafa içi basınç artışı, intraserebral tümör, miyokard enfektüsü, serebral enfektüs durumlarıdır.

Unipolar depresyonda akut EKT tedavisi veya ilaçla tedavi sonrası bir yıl içinde hastalığın tekrarlama oranı oldukça yüksektir. Sackeim ve arkadaşları koruma tedavisi kullanılmadığında bu oranı 6 ay içinde %84 olarak bildirmişlerdir (1). Prudic ve arkadaşları ise aynı oranı agresif farmakoterapi uygulandığında dahi %50 olarak bildirmiştir (2). Bu nedenle idame farmakoterapi ve idame EKT tedavisi gündeme gelmektedir. 2006 yılında Frederikse ve arkadaşları EKT sonrası koruma tedavisi olarak EKT ve farmakoterapiyi karşılaştırmış ve EKT nin daha güvenli ve etkili bir seçenek olduğunu bildirmişlerdir (3). İdame EKT' den yarar görmesi beklenen hasta grubu unipolar depresyon ve bipolar depresyon hastalarıdır. Özellikle yaşlı hastalarla ilgili çok sayıda olgu ve kontrollü çalışmalar bulunmaktadır. Yaşlılıkta artan fiziksel hastalıklar ve ilaç yan etkisini tolere edememe daha sık karşımıza çıktığından idame EKT yaşlılarda daha sık tercih edilmektedir (4).Mani döneminde ekt' ye yanıt oranı bir çalışmada %80 bildirilmiştir (5).

Sürdürüm EKT (continuance-ECT): Akut dönem EKT'nin ardından depresmeyi (relaps) önlemek için en az 6 ay sürdürülen EKT' ye, idame EKT (İ-EKT -maintenance-ECT) ise sürdürüm EKT sonrası yinelenmeyi (recurrence) önlemek için uygulanan EKT'ye verilen isimdir (6) (7). Genellikle literatürde C-ECT ile M-ECT arasında bir ayırım yapılmadan sadece İ-EKT terimi kullanılır.

2001 yılında APA Task Force Report idame EKT uygulamak için: 1) Söz konusu nöbetin relaps/rekkürensini önlemek için farmakoterapinin yetersiz kalmış olması, 2)

Farmakoterapinin güvenle uygulanamıyor olması ya da 3) Hastanın EKT tercih ediyor olmasını gerekli kılmıştır (8).

Pina ve arkadaşları 2016 yılında 2009-2013 yılları arasında İ-EKT uygulanan hastalarla yaptığı araştırmada bipolar ve şizoaffektif hastaların İ-EKT ile hastaneye müracaat sayılarının düştüğünü, tam gün hastanede yatma sürelerinin 248,4 günden 85,4 güne azaldığını bildirmişlerdir (9).

Özetle idame EKT, bazı hasta gruplarında etkin bir tedavi seçeneğidir. İ-EKT' den özellikle yaşlı unipolar ve bipolar depresyon hastalarının yüksek oranda fayda gördüğü söylenebilir. İ-EKT uygulanacak her hasta için risklerin değerlendirilmesi, bilişsel yan etkilerin takip edilmesi gereklidir. İ-EKT için detaylı klinik tedavi kılavuzları oluşturulmasına ihtiyaç vardır.

Kaynaklar

1. Effect of concomitant pharmacotherapy on electroconvulsive therapy outcomes: short-term efficacy and adverse effects. al., Sackeim HA et. 729-37, basım yeri bilinmiyor : Arch Gen Psychiatry, 2009 Jul, Cilt 66(7).
2. Pharmacological strategies in the prevention of relapse after electroconvulsive therapy. al., Prudic J et. 3-12, basım yeri bilinmiyor : J ECT, 2013 Mar, Cilt 29(1).
3. Continuation and maintenance electroconvulsive therapy for the treatment of depressive illness: a response to the National Institute for Clinical Excellence report. Frederikse M, Petrides G, Kellner C. 13-7, basım yeri bilinmiyor : J ECT, 2006 Mar, Cilt 22(1).
4. Acute Electroconvulsive Therapy Followed by Maintenance Electroconvulsive Therapy Decreases Hospital Re-Admission Rates of Older Patients With Severe Mental Illness . Shelef A, Mazeh D, Berger U, Baruch Y, 125-8, basım yeri bilinmiyor : Journal of ECT , 2015, Cilt 31(2).
5. Electroconvulsive therapy in single manic episodes: a case series. Mohammadbeigi H, Alizadegan S, Barekatain. 56-9, basım yeri bilinmiyor : Afr J Psychiatry, 2011, Cilt 14(1).
6. İdame Elektrokonzulzif Tedavi Maintenance Electroconvulsive Therapy. Bilgi MM, Eker Ç, Gönül AS. 421-42, basım yeri bilinmiyor: Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar Current Approaches in Psychiatry, 2010, Cilt 2(4).
7. Maintenance electroconvulsive therapy (M-ECT) after acute response examining the evidence for who, what, when, and how?. K., Rabheru. 39-47, basım yeri bilinmiyor : J ECT, 2012, Cilt 28.
8. The Practice of Electroconvulsive Therapy: Recommendations for Treatment, Training, and Privileging. Therapy., Task Force on Electroconvulsive. Washington : American Psychiatric Association, 2001.
9. A Retrospective Chart Review; Maintenance Electroconvulsive Therapy in Severe Bipolar Disorder. Pina LS, Bouckaert F, Obbels J, Wampers M, Simons W, Sienaert P. 23-8, basım yeri bilinmiyor : Journal of ECT, 2016, Cilt 32(1).

Transkraniyal Manyetik Uyarım Tedavisi

Uzm. Dr. Ahmet Yosmaoğlu

NP İstanbul Beyin Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, İstanbul

Transkraniyal manyetik uyarım (TMU) beyin ektrakraniyal, non-invazif uyarılmasını sağlıyana ve nörofizyolojik araştırmalarda kullanılan bir uyarım tekniğidir. Psikiyatride 30 yıldır tanı, tedavi ve araştırma amacıyla kullanılan TMU Faraday'ın elektromanyetik indüksiyon ilkesine dayanır. Elektromanyetik indüksiyon prensibine göre elektrik enerjisi manyetik alanlara, manyetik alanlar da elektrik enerjisine dönüştürülür.

Bickford ve arkadaşları 1985 yılında ilk transkraniyal beyin uyarım cihazını yapmışlar, 1995 yılında Kolbinger ve arkadaşları depresyonda ilk çalışmayı yayınlamışlardır. 2007 yılında ilk endüstri destekli randomize klinik çalışma sonuçları yayınlanmış ve TMU 2008 yılında FDA onayı almıştır.

Literatürde TMU'nun Major Depresyon tedavisinde etkinliğini araştıran çok sayıda çalışma mevcuttur. BU çalışmaların çoğunda TMU parametreleri (uygulama yeri, frekans, vuru sayısı, toplam seans sayısı vb.) standart değildir. Depresyon tedavisinde TMU monoterapisi ile sham uygulamasını karşılaştıran çok sayıda araştırmanın meta-analizleri de mevcuttur. Gaynes ve arkadaşları 2014 tarihli meta-analizlerinde, TMU'nun depresif belirtilerin şiddeti, yanıt oranı ve remisyon oranı üzerinde sham uygulamadan daha üstün olduğunu göstermişlerdir. TMU, 2016 yılında Kanada'da yetişkinlerde Major Depresyon tedavi kılavuzunda nöro-uyarım tedavisi olarak yer aldı.

Literatürde yer alan Bipolar Afektif Bozukluk manik, depresif ve karma episodda TMU tedavi araştırma sonuçları ile kurumumuzda sürmekte olan çalışma, TMU tedavisine yanıt ve tedavi yanıtını ön görecektir parametreler açısından tartışılacaktır.

Sonuç olarak; literatürden bulguları, manik dönem tedavisinde TMU kullanımını desteklemeye yetecek düzeyde değildir. Ama manide TMU tedavisinin ciddi yan etkisi olmadığı, güvenli olduğu söylenebilir. Karma dönem tedavisinde TMU'nun etkisini araştıran sham kontrollü, çift kör çalışma bulunamamıştır. Yapılmış çalışmaları, karma episodda TMU'nun klinik yararını kanıtlayacak yeterlilikte değildir. Duygu durum bozukluğu tedavisinde TMU'nun kısa ve uzun dönem etkileri ile ilgili daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır.

Klozapin

Uzm. Dr. Sinem Zeynep Metin

NP İstanbul Beyin Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, İstanbul

Klozapin dibenzodiazepin yapısında ikinci kuşak, atipik antipsikotik ilaçtır. 1970’li yıllarda kullanılmaya başlanmıştır. En yaygın kullanım alanı tedaviye dirençli şizofrenidir. 1990’lı yıllardan beri tedaviye dirençli bipolar bozuklukta ve şizoafektif bozuklukta da kullanılmaktadır. Depresyon, anksiyete ve şizofreninin negatif semptomları üzerinde etkilidir. Bununla birlikte literatürde bipolar bozuklukta klozapin kullanımına dair kanıtlar, olgu bildirimleri ve açık uçlu çalışmalar ile kısıtlıdır. Randomize kontrollü çalışma yok denecek kadar azdır.

Bipolar Bozuklukta, sıklıkla tedavi direnci görülür; ama tedaviye dirençli bipolar bozukluk tanımı büyük çeşitlilik gösterir. Yine de birbirinden farklı iki tedavi deneyiminin uygun doz ve süre ile yapılmasına rağmen başarısız olunması uygun bir tanım olabilir.(1)

Klozapin ve klozapinin kombine edildiği tedavilerin tedaviye dirençli bipolar bozuklukta manik belirtiler, depresyon, hızlı döngü ve psikotik belirtileri iyileştirdiği bildirilmiştir. Bununla birlikte hastaneye yatış sıklığı ve süresi, çoklu ilaç kullanımı, hastaneye bedensel belirtilerle başvuru gibi sağlık hizmetlerini kullanma ile ilişkili azalma bildirilmektedir. Klozapinle ilgili bir diğer önemli klinik fayda anti-suisidal etkinliğidir. İntihar girişimi sıklığı, kendine zarar verme davranışı ve saldırgan tutumu azalttığına dair yaygın klinik tecrübe, literatür ile de desteklenmektedir. Klozapin kullananlarda sosyal işlevsellik artmaktadır. Şizofreni hastalarından çok daha yüksek oranlarda klinik iyileşme görülmektedir. (2,3)

Klozapin D1, D2, D3 ve D5 reseptörlerine dopamin bağlanmasını önler ve fakat D4 reseptörüne yüksek afinite gösterir. 5-HT2A antagonistisi olarak etki eder; GABA-B reseptörü üzerinde direkt agonist etkisi vardır. Astrositlerden glutamat ve D-serin salınımını artırır ve astrositik glutamat transporterinin ekspresyonunu azaltır. NMDA reseptör antagonistlerinin neden olduğu bozulmuş NMDA reseptör ekspresyonunu önler. Alfa-adrenerjik, histaminerjik ve serotonerjik reseptörleri antagonistidir, antikolinerjik etkinliği vardır.

Başlıca bilinen ve sık görülen yan etkiler sedasyon, kabızlık, siyalore, kilo artışı, hiperglisemi, hiperlipidemi, hipertrigliseridemi, taşikardi, ortostatik hipotansiyon, vücut ağrılarıdır. Bu belirtiler ilaç bırakırmayı gerektirmeyen belirtilerdir. En iyi bilinen ve klinik olarak takip edilen lökopeni (%2) ve agranülositoz (%0,5) çok daha nadir görülmektedir, fakat mortalitesi yüksektir. Perikardit, miyokardit, plevral effüzyon, poliserozit, akut böbrek yetmezliği, ileus yine nadir görülen, ancak yaşamsal tehlike oluşturabilecek yan etkilerdir.(4)

Bu sunumda klozapinin dirençli bipolar bozuklukta kullanımı ile ilgili mevcut güncel literatür gözden geçirilecek ve klinik örnekler paylaşılacaktır.

Kaynaklar

1. Poon SH, Sim K, Sum MY, Kuswanto CN, Baldessarini RJ. Evidence-based options for treatment-resistant adult bipolar disorder patients. *Bipolar Disord.* 2012. Sep;14(6):573-84
2. Li XB, Tang YL, Wang CY, de Leon J. Clozapine for treatment-resistant bipolar disorder: a systematic review. *Bipolar Disord.* 2015 May;17(3):235-47
3. Zalsman G, Hawton K, Wasserman D, van Heeringen K, Arensman E, Sarchiapone M, Carli V, Höschl C, Barzilay R, Balazs J, Purebl G, Kahn JP, Sáiz PA, Lipsicas CB, Bobes J, Cozman D, Hegerl U, Zohar J. Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *Lancet Psychiatry.* 2016 Jul;3(7):646-59.
4. Hirsch L, Yang J, Bresee L, Jette N, Patten S, Pringsheim T. Second-Generation Antipsychotics and Metabolic Side Effects: A Systematic Review of Population-Based Studies. *Drug Saf.* 2017 Sep;40(9):771-781

Özgül Fobilerde Davranışsal Deneyler

Dr. Öğr. Üyesi Sema Baykara

Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Elazığ

Özgül fobi, bazı durumlar veya nesnelerden duyulan mantıksız/aşırı korku
Korkulan durumun tehlikesiz olduğu bilinir, açıklanamaz ve istemli olarak denetlene-
mez, kaçınmaya yol açar

Yıllık prevalansı % 9, yaşam boyu hastalığa yakalanma riski % 13

Türkiye'deki bir yıllık sıklığı % 2.7

A.B.D.'de yapılan araştırmalar, fobik bozukluğun en sık rastlanan ruhsal bozukluk oldu-
ğunu gösteriyor

Dul ve boşanmışlarda yüksek

Tedaviye başvuru oranı düşük (%17)

Fobilerin gelişimi;

Öğrenme yoluyla (gözlemleyerek, dinleyerek ve yaşayarak gerçekleşir. En etkili olanı ya-
şayarak öğrenme)

Önceki korku deneyimleri devam eden görüntülere ve hayallere neden olabilir

Biyolojik olarak yatkın olma

Hazırlayıcı faktörler

Fobilerin sürdürülmesi

Tehlikeye yönelik abartılmış endişeli bekleme

Gelecekteki tehlikeye karşı potansiyel uyarılma odağı olma

Fobik durumlarla ilişkili ipuçlarına yönelik hipervijilans

Güvenlik sağlayıcı/kaçınma davranışları

Kişide bir fobi varsa başka bir özgül fobi olması ihtimali yüksek

Genelde komorbidite nedeniyle başvuru

Özgül fobisi olanların %28.6'sında majör depresyon da saptanmaktadır

Agorafobili panik bozukluğunda %27

Sosyal fobide %21

Yaygın anksiyete bozukluğunda %19 oranında özgül fobi bildirilmiştir

İkinci hastalık genellikle daha ciddidir ve yardım aramaya yol açar

Özgül Fobi Tanı Ölçütleri (DSM-5)

A. Özgül bir nesne ya da durum hakkında belirgin bir korku ya da anksiyete duyma

B. Fobik nesne ya da durum, hemen her zaman ani korku ya da anksiyete ortaya çıkartır

C. Fobik nesne ya da durumdan etkin bir biçimde kaçınılır ya da yoğun korku ya da anksiyete ile buna katlanılır

D. Korku ya da anksiyete, özgül nesne ya da durumun yarattığı gerçek tehlikeye ya da sosyokültürel bağlama göre orantısızdır

E. Korku, anksiyete ya da kaçınma sürekli; tipik olarak 6 ay ya da daha uzun zamandır sürmektedir

F. Önemli işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur

DSM-4

Kişi, korkusunu aşırı ya da anlamsız olduğunu bilir

Alt tipleri:

Durumsal fobi

Doğal çevre fobisi

Kan-enjeksiyon-yaralanma fobisi

Hayvan fobisi

Diğer

Tedaviye başvuran erişkinlerde genellikle birden fazla tip bir arada

Tedavi:

Genel kabul: “ilaç tedavilerinin yeri yok”, ancak SSRI’larla başarılı sonuçlar

20 mg paroksetin plasebodan daha iyi

Depresyon için fluoksetin alan iki olguda uçma korkusu düzelmiş*

Fobik nesne veya durumla karşılaşma öncesinde kısa etkili benzodiazepinler

*Abene, M. V., & Hamilton, J. D. (1998).

Özgül Fobilerin Bilişsel Davranışçı Modeli

BDT’de kişi, bilişsel olarak hazırlandıktan sonra davranışçı yaklaşımda bulunmak hem etkili hem de daha kolay

BDT’de öncelik bilişsel tedavide gibi görünse de davranışçı yaklaşımlar da kalıcı bilişsel değişiklik oluşturmada çok önemli bir yolu

Özgül fobilerde anahtar kognisyon tehlikeyi olduğundan abartılı değerlendirme ve kişisel başa çıkma yöntemleri ve dışarıdan yardım alabilme ihtimalini daha zayıf olarak değerlendirme

Hayvan Fobisi

- En sık görülen özgül fobi tipi
- Genellikle çocuklukta başlar
- Çocukluk özgül fobileri herkeste yetişkinliğe kadar sürmez, ancak erişkin fobiklerin çoğu çocukken de fobiktir
- DAVRANIŞÇI DENEYLER

Sorun: ÖA kedilere karşı çok yoğun korkusu olan danışan. Kedi ile karşılaştığında üzerine atlayıp kendisini tırmalayacağını ve ısıracağını düşünüyor

Hedef kognisyon: Eğer kedi görürsem, korkudan kontrolümü kaybedeceğim, belki de bayılacağım ve gülünç duruma düşeceğim (inanç düzeyi %100)

Alternatif düşünce: Kedi görürsem sıkıntı belirtileri yaşayacağım, bu pek çok insanın korktuğu şeyle yüzleştğinde yaşadığı bir duygu, dolayısıyla gülünç duruma düşmeyeceğim ve bayılma olmayacak (inanç düzeyi %10)

Öngörü: Terapistle beraber de olsa kediyle karşılaştığımda korkumu kontrol edemeyeceğim, gülünç duruma düşeceğim, bayılacağım (inanç düzeyi 90)

Deney: ÖA kedileri televizyondan ya da bilgisayar ekranından izleyebiliyordu. Çünkü oradan kendisine zarar verme ihtimallerinin olmadığını biliyordu. Ancak gerçek yaşamda uzaktan bile görse korkuyor, kaçınma ve güvenlik sağlayıcı davranışlar sergiliyor, bu arada anksiyetenin fizyolojik belirtilerini çok yoğun olarak yaşıyordu

Terapistin komşunun kedisini kucağına alıp sevmesini uzaktan seyretti

Daha yakından izledi

Terapistin kucağındayken kediye dokundu

Kedi fobisi erken çocukluk döneminde başlayıp devam eden ÖA ilk gün kediye kucağına almayı reddetti

Sonraki seansta terapistin kucağındaki kediye kendi kucağına aldı

Fiziksel belirtiler ve anksiyete düzeyleri birkaç dakikada bir puanlandı. Güvenlik sağlayıcı davranışlar ve kaçınma davranışları (başka bir noktaya bakma, kapıya yakın oturmayı isteme, kedi kucağındayken farklı bir konu konuşma) azaltıldı

Deney sonucu: ÖA çok yoğun sıkıntı yaşayıp komik durumlar sergilemedi ve bayılmadı. Sıkıntısı her defasında yaklaşık 20 dakika içinde düşük düzeylere indi. Hedef kognisyona inanma düzeyi %20' ye inerken; alternatif düşünceye inanma düzeyi %80' e çıktı

Yansıma: Deneyin başlangıcında ÖA, gülünç duruma düşeceğine ve bayılacağına inanıyordu, anksiyete düzeyi yüksek kaldı. Deney devam ettikçe korkusu ve sıkıntısı nedeniyle komik şeyler yapmayacağını ve bayılmayacağını ve anksiyetesinin azalabileceğini kabul etti

ÖA'nın kendi kendine maruz bırakma deneyleri günlük hayatta devam etti, karşılaştığı ortamlarda kedilere dokundu

Kontrol muayenesinde uzaktan ya da yakından kedi görmenin ve dokunmanın artık kendisini rahatsız etmediğini bildirdi.

Panik Bozukluğunda Davranışsal Deneyler

Dr. Öğr. Üyesi Faruk Kılıç

Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Isparta

Panik bozukluğu yineleyici nitelikli beklenmedik panik ataklarla karakterize bir anksiyete bozukluğudur. Psikolojik, genetik-biyolojik ve nöroanatomik faktörler hastalığın etiolojisinden sorumlu tutulmaktadır. Panik atakların yanı sıra hastanın günlük yaşamında bedensel belirtilerinden endişe duyması ve bu belirtiler ile ilgili kaçınma davranışları göstermesi kliniğe hakimdir. Bilişsel kurama göre panik bozukluğun nedeni işlevsiz otomatik düşüncelerdir. Çeşitli nedenlerle ortaya çıkabilen bedensel, zihinsel ve duygusal algıların panik atağa dönüşmesinde ve sürmesinde işlevsiz otomatik düşünceler önemli bir etkidir. Panik hastaları bedensel duyuları panik atak geçir-meyenlere göre daha katastrofik biçimde yorumlama eğilimindedirler. Bu korku içsel felaket düşüncesini artırarak bir kısır döngüye sebep olmaktadır. Panik bozukluğu olan hastalarda bedensel duyuların katastrofik bir biçimde yanlış yorumlanmasını artırarak işlemler anksiyetenin ve paniğin artışıyla sonuçlanmaktadır. Panik ataklar hastanın bedensel duyuları katastrofik biçimde yorumlama eğilimi azaltılarak önlenabilir. Davranışsal deneyler panik bozukluk hastalarının günlük yaşamını önemli ölçüde kısıtlayan kaçınma davranışları ve güvenlik arayıcı davranışlarıyla baş etmelerinde yardımcı olarak yaşam kalitelerini artırmaktadır. Bu sunumuz da panik bozukluğu davranışsal deneyleri ile ilgili örneklerle açıklaması yapılacaktır.

Sosyal Anksiyete Bozukluğunda Davranışsal Deneyler

Dr. Öğretim Üyesi M. Gürkan Gürok

Fırat Üniversitesi Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Elazığ

Sosyal anksiyete bozukluğu veya sosyal fobi, bireyin yabancılarla veya diğer kişilerin incelemeyle karşı karşıya kaldığı, sosyal performans veya aktivite durumlarında belirgin ve sürekli bir şekilde korku, sıkıntı duyduğu bir anksiyete bozukluğudur. Psikolojik, genetik-biyolojik ve nöroanatomik faktörler hastalığın etiyolojisinden sorumlu tutulmaktadır. Hastaların günlük yaşamında sosyal durumlardan ve bedensel belirtilerinden endişe duyması ve bu durumlar ile ilgili kaçınma davranışları göstermesi kliniğe hakimdir. Farmakolojik tedavilerin yanı sıra psikoterapiler özellikle de bilişsel davranışçı psikoterapiler hastalığın tedavisinde etkili bulunmuştur. Bilişsel davranışçı psikoterapilerin tedavi yöntemlerinden biri olan davranışsal deneyler; sosyal anksiyete bozukluğu olan hastalarının günlük yaşamını önemli ölçüde kısıtlayan kaçınma davranışları ve güvenlik arayıcı davranışlarıyla baş etmelerinde yardımcı olarak yaşam kalitelerini arttırmaktadır. Davranışsal deneylerin somut ve kolay anlaşılabilir olması da tedavide olumlu bir faktördür. Bu sunumda sosyal anksiyete bozukluğunda etkili bir teknik olarak kullanılabilecek olan davranışsal deneyler ele alınacaktır.

Tek mi? Çift mi? Depresyonun Ucunu Anlamanın Önemi

Yrd. Doç. Dr. Kürşat Altınbaş

Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Çanakkale

Hem tek hem de çift uçlu depresyonda resmi tanı ölçütleri ortak olmasına rağmen, belirti içerikleri ve de tedavi yaklaşımları ise birbirinden oldukça farklıdır. Depresyonun tek çeşit olmadığı görüşü ilk olarak 1950'li yıllarda Leonhard tarafından ortaya konmuş ve sonraki yıllarda diğer araştırmacılar da bu görüşü destekleyen bulgular sunmuşlardır. İkiuçlu(Bipolar) bozukluk sırasında görülen depresif dönemler, unipolar depresyona kıyasla, daha erken yaşlarda başlayan, daha kısa ancak daha şiddetli, uyku-iştah artışı ve kurşun boru paralizisi diye tarif edilen ağır psikomotor yavaşlığın fazla olduğu atipik depresyon belirtilerinin daha sık, karma, psikotik ve katatonik belirtilerin daha yaygın, bedensel(somatik) belirtilerin daha az görüldüğü klinik tablolarıdır. Ayrıca bipolar depresyonda tamamlanmış intihar oranı daha yüksek ve ailede bipolar bozukluk öyküsü daha sıktır. Klinik görünümündeki farklılıklara ek olarak, bipolar bozukluk depresif dönemde etkili tedavi seçenekleri de unipolar depresyondan farklıdır. Günümüzde bipolar depresyonda etkililiği kanıtlanmış ve Amerika Gıda ve İlaç Dairesi (FDA-Food and Drug Administration) tarafından onaylı üç seçenek (Olanzapin-Fluoksetin Kombinasyonu, Ketiyapin, Lurasidon) bulunmaktadır. Öte yandan, tek uçlu depresyon tedavisinde ilk sırada yer alan antidepresanların bipolar bozukluk akut depresif dönemdeki etkililiklerine ilişkin bilgiler tutarsızdır. Sadece akut etkililikleri değil uzun dönemde korumada da manik kayma, döngü hızlanması gibi riskler nedeniyle kullanımları kısıtlıdır. Sonuç olarak bipolar bozukluk depresif dönemi tanısı açısından unipolar depresyon ile aynı ölçütlere göre değerlendirilse de; klinik görünümü, tedavi ve seyir açısından önemli farklılıklar göstermektedir. Bu konferansta da depresyonun hangi uca ait olduğunu anlamanın önemi ve tedavi yaklaşımının akut ve uzunlamasına seyre etkisi olgu örnekleri ile ele alınacaktır.

Kaynaklar

Grande I, Berk M, Birmaher B, Vieta E. Bipolar Disorder Lancet. 2016;9;387(10027):1561-72.
Shen YC. Treatment of Acute Bipolar Depression. Ci Ji Yi Xue Za Zhi. 2018;30(3):141-147.

Lityum Reçete Etmek

Uzm. Dr. Onat Yılmaz

Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, İstanbul

Feniltiazin sınıfından bir antiepileptik olarak kullanımına başlanan lamotrijinin, volta-ja duyarlı sodyum kanalları üzerinden glutamat ve aspartat salınımına etki etmesinin yanı sıra nöroprotektif ve antiglutamaterjik etkilerinin de mizaç stabilizasyonu etkisine katkı sağladığı varsayılmaktadır. Amerikan Gıda ve Eczacılık Dairesi tarafından Bipolar Bozukluk tedavisinde Lityumdan sonra ikinci sırada onay alan ilaçtır. Gıdalarla emilimi etkilenmeyen lamotrijin, faz II konjugasyon ile elimine edilmektedir. Bipolar bozukluğun akut tedavisinde etkinliği tartışmalı da olsa, bipolar bozukluk idame tedavisinde, major depresif bozuklukta etkin kullanım alanı bulunmaktadır. Hastaların yaklaşık %16'sının yan etkiler nedeniyle tedaviyi sonlandırdıkları öne sürülmüş, yan etkiler içinde en sık tedavi sonlandırma nedeni olarak deri döküntüsü olarak bildirilmiştir. Diğer yan etkiler arasında görme bulanıklığı, mide bulantısı, kusma ve ataksi yer almaktadır. Morbiliform tipte döküntüler bipolar hastaların %14'ünde, epilepsi hastalarının %10'unda bildirilse de, ciddi olmayan döküntü sıklığı %7 olarak iade edilmiştir. Tedavinin sonlandırılması ile kaybolan bu döküntüler, genellikle tedavinin ilk 8 haftasında ortaya çıkmaktadır.

Bu sunumda, diğer mizaç stabilizatörü ilaçlara kıyasla anlamlı güvenilirliğe sahip lamotrijinin, psikiyatri pratiğinde reçete edilmesi ile ilgili güncel literatür ve veriler ışığında değerlendirme yapılacaktır.

Anahtar Kelimeler : Lityum, Duygudurum Bozuklukları, Tedavi Etkinliği

Trisiklik Antidepresan Reçete Etmek

Uzm. Dr. Hasan Kaya

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Ankara

Güncel klinik uygulama kılavuzlarında genellikle trisiklik antidepresanlar (TCA) yan etkileri ve güvenlik sorunları ile ilgili endişeler nedeniyle birinci basamak tedavilerden çıkarılmıştır.

TCA'ları "yeni nesil antidepresanlar"ın çoğundan ayıran farmakolojik özellikleri onları çok yönlü kılar. Bu ilaçların farklı özelliklerinin olması depresyon, anksiyete bozuklukları, obsesif kompulsif bozukluk, çocukluk çağı enürezisi, dikkat eksikliği/hiperaktivite bozukluğu, migren gibi bir çok rahatsızlıkta kullanımlarını sağlamaktadır.

TCA'lar terapötik dozlarda bile doza bağlı yan etkilere sahip olma eğilimindedir. TCA'lar hem antidepresan etkinliklerinin hem de yan etkilerinin temeli birçok nörotransmitter sistemiyle (muskarınik M1, histamin H1 ve alfa-adrenerjik reseptörleri bloke eder.) etkileşime girmeleridir.

Her ne kadar TCA'lar birçok klinik durumda etkinlik gösterebilirler de; antikolinergik etkiler, sedasyon, kilo alımı, santral sinir sistemi toksisitesi, ortostatik hipotansiyon, kardiyovasküler toksisite, deliryum, epileptik nöbet gibi bir çok sistemi etkileyen yan etkileri nedeniyle güvenli kullanım gereklidir. Bu ilaçların güvenli kullanımında, başlamadan önce her yaştaki hastalar için bazal EKG çekilmeli, tolerabiliteyi gözetenerek düşük dozlarda başlayıp yavaş doz arttırılmalı, hastalar antikolinergik ve kardiyotoksik yan etkiler açısından takip edilmeli ve ilaç etkileşimleri kontrol edilmelidir.

Trisiklik antidepresanlar bu güvenlik tedbirleri (test ve izlemeler) eşliğinde depresyon, OKB ve diğer psikiyatrik rahatsızlıkları olan birçok hasta için etkili ve değerli bir tedavi olmaya devam etmektedir.

Anahtar kelimeler: Trisiklik antidepresan, yan etki

Kaynaklar

1. Nelson JC. Tricyclic and tetracyclic drugs. In: The American Psychiatric Association Publishing Textbook of Psychopharmacology, Fifth Edition, Schatzberg AF, Nemeroff CB (Eds), American Psychiatric Association Publishing, Arlington, VA 2017. p.305.
2. DeBattista, C. Antidepressant agents. In: Basic and Clinical Pharmacology, 11th ed, Katzung, BG, Masters, SB, Trevor, AJ (Eds), McGraw-Hill Lange, New York 2009.
3. Labbate, LA, Fava, et al. Drugs for the treatment of depression. In: Handbook of Psychiatric Drug Therapy, 6th ed, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia 2010. p.54.
4. Furukawa TA, McGuire H, Barbui C. Meta-analysis of effects and side effects of low dosage tricyclic antidepressants in depression: systematic review. BMJ 2002; 325:991.

DEHB Farmakolojik Tedaviler ve Klinisyene İpuçları

Doç. Dr. Umut Mert Aksoy

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

DEHB belirtileri çocukluk ve erişkinlik dönemleri arasında bir süreklilik göstermektedir. Erişkin DEHB tedavisi çocuk ve ergen hastalardan elde edilen deneyimlere dayanmaktadır.(Tiryaki 2018) Ek olarak erişkin DEHB tedavisi üzerinde daha az çalışılmış bir konudur ve tedavide kullanılan önemli ajanlar hakkında yeterli veri içermemektedir (Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB)’nda yayınlanmış olan kılavuzlar ve klinik uygulamalar etkin bir tedavi için farmakolojik tedavinin öncül bir tedavi olduğunu ortaya koymaktadır. Farmakolojik tedavi seçenekleri içinde ilk sırada önerilen ilaçlar psikostimulan ilaçlardır. DEHB’de ilaç tedavisi kişinin günlük işlevselliğindeki orta veya ağır kayıplarla sınırlandırılmaktadır oysa DEHB’yi yalnız bireysel performans ve işlevsellik ile sınırlamak bu bozukluğun aile, evlilik, ebeveynlik, günlük yaşam, sosyal ilişkiler yaşamın diğer yönleri ile ilgili doğrudan etkide bulunduğunu görmezden gelinmesine neden olabilir. Yaşamın bu alanlarındaki işlev kayıpları önemli bireysel ve sosyal maliyete neden olmaktadır. DEHB tedavi edilmediğinde bireysel ve toplumsal olarak maliyeti yüksek bir bozukluktur; artmış mortalite riski ile birliktedir . (Aksoy 2018)Klinisyen DEHB tanısı söz konusu olduğunda farmakoterapi’ye başlama-dan önce danışan kişilerin ilaç tedavisinin ana temeli, etki mekanizması ve tedaviden beklenenler konusunda tam olarak aydınlatılmalıdır Farmakoterapi hastanın semptomları tercihleri ve klinisyenin kararı ile oluşturulan her bireye özgü özellikli bir şekilde oluşturulması ve uygulanması gereken bir süreç içerisinde yürütülmelidir.(Aksoy 2018, Semerci 2018)

Bu sunumda klinisyenlere erişkinlerde DEHB farmakoterapisi ’nde temel noktalardan ve klinik ipuçlarından söz edilecektir.

Kaynaklar

1. Tiryaki A. 2018 “Erişkinlerde DEHB Tedavisinde Farmakoterapi’nin yeri ve Temel İlkeleri” Erişkinlerde Dikkat eksikliği ve Hiperaktivite Bouklugu ’nda Tanı ve Tedavi Kılavuzu Türkiye Psikiyatri Derneği çalışma Birimleri Dizisi No:23 sf,233-243
2. Aksoy U.M. 2018 ”Psikostimulan Tedaviler “Erişkinlerde Dikkat eksikliği ve Hiperaktivite Bouklugu ’nda Tanı ve Tedavi Kılavuzu Türkiye Psikiyatri Derneği çalışma Birimleri Dizisi No:23 sf,251-261
3. Semerci B. 2018 “Stimulan olmayan Tedaviler “Erişkinlerde Dikkat eksikliği ve Hiperaktivite Bouklugu ’nda Tanı ve Tedavi Kılavuzu Türkiye Psikiyatri Derneği çalışma Birimleri Dizisi No:23 sf,236-274

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Çocukluk Çağı Travmaları

Dr. Özgecan Tuna

Kanuni Sultan Süleyman Eğitim Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, İstanbul

Çocukluk Çağı Travmaları (ÇÇT) birçoğumuzun düşündüğünden ya da tespit edilen- den çok daha sıktır. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) ise kimisi- ne göre gereğinden fazla tanılanmakta kimisine göre de birçoğu halen tanı alamamak- tadır. Peki; ÇÇT ile takip edilen vakalarda DEHB tanısının daha sık saptanması gibi, DEHB vakalarında da ÇÇT öyküsünün daha sık saptanması bir tesadüf müdür? (Schilpzand ve ark, 2017) Bu birlikteliğe bakabileceğimiz farklı pencereler olabilir. Varlıklarında iki taraflı olarak birbirlerinin prognozunu olumsuz mu etkiliyorlar? Her iki durum birbirini tetikleyip birbirinin gelişimi için risk faktörü mü oluşturuyor? Birtakım semptomlarının benzemesi nedeniyle birbiri yerine yanlışlıkla tanı mı alıyorlar?

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu vakalarında saptanan travma öyküsü, has- talığın prognozuna olumsuz etkide bulunmaktadır (Rucklidge ve ark, 2006). Ayrıca DEHB varlığının travma maruziyeti sonrası post travmatik stres bozukluğu gelişimi için baskın bir faktör olmasa bile, durumu kötüleştiren bir faktör olabileceğini düşündüren çalışmalar ya- pılmıştır (Özdemir ve ark, 2015). Çocukların travmatik deneyimlere yanıtlarının, DEHB semptomatolojisine benzer psikolojik ve davranışsal bozukluklardan oluştuğu; özellikle dikkat eksikliği ve dürtüsellik belirtileri olmak üzere ÇÇT ile DEHB semptomatolojisinin örtüştüğü dikkati çekmektedir (Vrijssen ve ark, 2017). Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu tanısı konulurken ve tedavi programı belirlenirken, travmayla ilişkili de olabile- cek belirtileri dikkatle incelemek oldukça önemlidir. Artan DEHB tanı sıklığının ve tedaviye cevabın azalmasının, atlanan ÇÇT öyküsü ve bunun sonucu hastaların travmaya yönelik bireyselleştirilmiş tedavileri alamamasıyla ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

Travma maruziyeti sonrası gelişen sıkıntılı dönem dikkatsiz bir bakışla yanlış bir DEHB tanısı aldığında, buna yönelik tedavi planı oluşturulduğunda ve travmaya hiç değinilmediğinde sonuçta kişinin ruhsallığında kocaman bir boşluk ve çözümsüzlük kalmaz mıydı? Öte yandan; DEHB vakalarının travmaya daha sık maruz kalma riski veya travma sonrası dönemi olumsuz etkileme olasılığı görmezden gelinse elimizden geleni yapmış olur muyduk?

DEHB’de Farklı Tedaviler: Bizde Neler Yok?

Dr. Mustafa Tunçtürk

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

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB); en sık görülen nörogelişimsel bozukluklarından biri olup, dikkat bozuklukları, hiperaktivite ve dürtüsellik ile karakterize çocukluk çağından başlayıp, ergen ve erişkin dönemde de belirgin bir psikososyal bozulma ile devam edebilen sosyal, toplumsal, akademik ve mesleki alanlarda sorunlara yol açabilen bozukluktur. DSM-5’e göre çocuk ve ergenlerde dikkat eksikliği ve/veya aşırı hareketlilik/dürtüsellik alanlarında en az 6 belirtinin en az iki farklı sosyal ortamda yaygın şekilde gözlenmesi, en az 6 ay süre ile gelişim düzeyiyle uyumsuz şekilde devam etmesi, işlevselliği bozması ve bu belirtilerin 12 yaşından önce başlaması sonucunda tanı konulabilmektedir. 17 yaş ve sonrasında başvurularda ise belirtili sayısının herhangi bir alanda en az 5 olması gerektiği belirtilmiştir (APA 2013). DEHB, yapılan tüm araştırmalara rağmen halen nedenleri tam olarak anlaşılamamış; genetik, sosyal ve fiziksel faktörlerin etkili olduğu heterojen bir bozukluktur (Thapar ve ark. 2013). Dünya çapında yaygınlığı çocuklarda %5-12 ve yetişkinlerde %4.4 kadardır (APA 2013). Pliszka ve ark (2007) yaptığı çalışmaya göre DEHB tanısı almış çocukların sadece %55’i DEHB için tedavi görüyor. Kessler ve ark (2006) Amerikan ulusal komorbidite çalışmasının sonuçlarında erişkin DEHB’lerin sadece %10.9’unun tanı ve tedavi aldığını göstermiş. Birçok ulusal ve uluslararası klinik uygulama kılavuzlarında ilaç tedavisinin diğer girişimlerle kombine edildiği kapsamlı (multimodal) bir yaklaşımın DEHB tedavisinde altın standart olduğu vurgulanmıştır. Mevcut DEHB farmakolojik tedavilerinin ana sınıfları Stimulanlar ve Nonstimulanlar olarak iki grupta değerlendirilebilir. Stimulanlar; esas olarak içinde ön ilaç olan Lisdeksamfetamin’in de olduğu Amfetamin türevleri ve Metilfenidat’ı içerir. Nonstimulanlar ise başta Atomoksetin ve Guanfasin olmak üzere Bupropion, Klonidin, Modafinil gibi bazı tedavi ajanlarıdır. Özellikle Avrupa ülkelerini içine alan gözden geçirme yazılarında Amfetamin türevlerinin Metilfenidat, Atomoksetin ve diğer ilaçlara göre daha etkin olduğunu gösteren yayınlar mevcuttur. Dünyada DEHB tedavisi konusunda farklı tedavi ajanları olmasının yanı sıra, farklı kullanım yolları olan ilaç seçenekleri de mevcuttur.

DEHB Tanısına Farklı Bir Bakış: Sliuggish Cognitive Tempo

Dr. Remzi Oğulcan Çıray

Dokuz Eylül Üniversitesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, İzmir

Yavaş Bilişsel tempo (Sluggish Cognitive Tempo-SCT); hayale dalıp gitme, uyanık kalmada zorlanma, enerjide düşüklük, kendi dünyasında yaşama, şaşkın görünümde olma gibi klinik belirtiler gösteren bir bilişsel uyarılma ve uyanıklık bozukluğudur. İkiyüz yıllık bir geçmişi olmakla birlikte çalışmaların son 30 yılda artması sonucu daha iyi tanımlanır duruma gelmiştir. İlk olarak Crichton tarafından 1798’de söz edilen bu bozukluk ile ilgili o dönemden beri devam eden DEHB’nin bir alt tipi mi yoksa ayrı bir bozukluk olduğu tartışmaları süregelmektedir. Hayale dalıp gitme, uyanık kalmada veya harekete geçmede zorlanma, zihin bulanıklığı, boş gözlerle uzun süre dalma, düşük enerji düzeyi, yavaş ve uyuşuk hareket etme, akranlarına kıyasla daha az aktif olma, uykulu olma veya uykulu görünüm, sosyal olaylara ilgisizlik ve düşüncelerinde kaybolma gibi semptomlarla karakterizedir ve son yapılan çalışmalara göre DEHB’den ayrı bir bozukluk olarak değerlendirilmektedir. Yapılan araştırmalarda prevalansının %4,7 civarında olduğu ve özellikle depresyon ve anksiyete gibi bozuklukların sık eşlik ettiği gösterilmiştir. Aynı zamanda dışa yönelim sorunlarının SCT’li olgularda daha az görüldüğü ve hatta karşıt olma karşıt gelme bozukluğu için koruyucu olabileceği düşünülmüştür. SCT’li olgularda özellikle duygu kontrolü ve çalışma belleği gibi alanlarda sorunlar saptanmasına karşın DEHB’li bireylerde yürütücü işlevlerin özellikle inhibisyon kontrolü ve çalışma belleği alanında SCT’li bireylerden çok daha kötü olduğu bulunmuştur. Tedavisine yönelik şu an önerilmiş herhangi bir protokol yoktur. Metilfenidatın dikkati arttırmakla birlikte çekirdek semptomlara iyi gelmediği söylenmektedir. SCT semptomlarını azaltan ve akademik başarıyı arttırdığı gösterilmiş tek ilaç atomoksetindir. Davranışçı yöntemler dışında etkinliği kanıtlanmış herhangi bir terapi yöntemi bulunmamaktadır.

Bipolar Bozuklukta Yeni Biyokimyasal Biyobelirteçler

Uzm. Dr. Gamze Erzin

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

Bipolar bozukluk tekrarlayıcı ataklarla seyreden, işlevselliği belirgin olarak bozan kronik ruhsal bozukluktur. Bipolar bozukluğun patofizyolojisi tam olarak bilinmemektedir ve biyobelirteçler ile açıklanmaya çalışılmaktadır. Biyolojik belirteçler ile ilgili çalışmalar son dönemlerde o kadar hız kazanmıştır ki bunlar hakkında kapsamlı metaanalizler yayınlanmaktadır. Bunlardan biri de metabolik biyobelirteçlerdir. Metabolik biyobelirteçler hem hastalığın komorbiditesini anlamada, tedavi stratejilerinin geliştirilmesinde hem de takip sürecinde önemli rol oynar. Bu sunum ile metabolik biyobelirteçler konusundaki son gelişmeleri ve bunların kliniğe yansımalarını ele alacağız.

Bipolar Bozuklukta Psikoterapiler Tedavinin Neresinde?

Uzm. Dr. Neşe Yorguner

Marmara Üniversitesi İstanbul Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, İstanbul

Bipolar bozukluğun yineleyici ve süregelen doğası, yaşam boyu tedaviyi ve tedavide biyopsikososyal yaklaşımı zorunlu kılmaktadır. İnatçı eşikaltı depresif belirtiler bipolar bozukluğun en çok sorun yaratan özelliklerindendir (1). Araştırmalar bipolar bozukluk tedavisinde farmakoterapinin etkinliğinin tek başına kısmi iyileşme oranları ile sonuçlandığını, eklenen psikoterapötik tedavilerin (bilişsel davranışçı terapiler (BDT), kişilerarası ilişkiler ve sosyal ritim terapisi (KİSRT), grup ve aile psikoeğitimleri) yineleme oranlarını azalttığını göstermiştir (2).

Psikoeğitimle amaçlanan hasta ve hekimin karşılıklı olarak hastalığa dair gerekli bilgileri paylaşarak hastanın hastalığı yönetebilme becerisini kazanmasıdır (3). Bunun için kullanılan teknikler ise; bilgilendirme ile bipolar bozukluğun ve sağaltımının, hasta ve aile tarafından anlaşılmasını sağlamak, belirtilerin ve prodrom dönemin erken saptanmasına yardımcı olmak, sosyal yaşamda düzenlemeler önermek (uyku-uyanıklık döngüleri, sosyal rutinler, vs.), hastalık hakkındaki farkındalığın artmasına ve stresle baş etme becerilerinin geliştirilmesine yardımcı olmaktır (1). Çalışmalardan elde edilen veriler, psikoeğitimin relaps, hastaneye yatış sıklığı ve hasta olarak geçirilen süreyi azalttığını, hastaların serum lityum düzeylerinin koruyucu düzeyde kalma oranlarını ve sosyal işlevselliğini artırdığını göstermektedir (4).

Bipolar bozuklukta, nüksleri önlemede, BDT ve ilaç tedavisi kombinasyonu, tek başına ilaç tedavisi kullanımından üstün bulunmuştur (5). Bipolar bozuklukta BDT'nin hedefleri arasında, tanının kabullenilmesi, hastalıkla ilişkili bilişsel çarpıtmaların düzeltilmesi, hasta ve ailesinin psikoeğitimi, ilaç tedavisine uyumu bozan faktörlerin belirlenip, başa çıkma yöntemleri geliştirilmesi, belirtilerin izlenerek atağın şiddetlenmeden önüne geçilmesi, yinelemeyi önlemeye yönelik stratejilerin belirlenmesi ve hastalığa eşlik eden tanılarının tedavisi bulunmaktadır (6).

KİSRT, bipolar bozukluk hastalarında sosyal ritim dalgalanmalarının azaltılması, hastalık dönemleri arası geçen sürenin uzamasını sağlamaktadır. Bu terapi biçiminde, sosyal ritim ve uyku-uyanıklık düzeninin korunabilmesi için psikoeğitim ve davranışsal teknikler kullanılmaktadır. KİSRT bipolar bozukluğu olan ya da risk taşıyan bireylerde, sosyal ritim düzeninin, sirkadiyen ritim senkronizasyonunda rol oynadığını vurgulayan “sosyal zeitgeber teorisi” ile yakından ilgilidir. KİSRT'in sosyal ritimleri koruduğu ve bipolar bozukluğun gidişatında olumlu etkiye sahip olduğu gösterilmiştir (8).

Kaynaklar

1. Vahip S, (2012). Bipolar Depresyon Tedavi Kılavuzu: Güneş Yayınevi
2. Miklowitz, D. J. (2014). Adjunctive Psychotherapy for Bipolar Disorder: State of the Evidence. *Psychotherapy*, 12(3), 359-371.
3. Callahan, A. M., & Bauer, M. S. (1999). Psychosocial interventions for bipolar disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 22(3), 675-688.
4. Acar, G., & Buldukoglu, K. (2014). Bipolar Bozuklukta Psikoeğitimin Relapslara Etkisi: Sistematik Bir Derleme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 6(4).
5. Bowden, C. L. (2014). Expand the applicability and acceptability of CBT approaches in mood disorders. *World Psychiatry*, 13(3), 261-262.
6. Sungur, M. Z. (2013). İki Uçlu Bozuklukta Bilişsel Davranışçı Terapilerin Yeri ve Önemi. *Journal of Mood Disorders*, 3(1), S41-S44.
7. Sayar, G. H., Özten, E., & Ünsalver, B. Ö. (2014). Bipolar Bozuklukta Kişilerarası İlişkiler ve Sosyal Ritim Terapisinin Temel İlkeleri. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 6(4).

Geriatrik Hastada Bipolar Bozukluğa ve Geç Başlangıçlı Bipolar Bozukluğa Yaklaşım

Dr. Öğr. Üyesi Esmâ Akpınar Aslan

Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Tokat

Dünyada, 2025-2030'a kadar 60 yaş üzeri popülasyonun genel popülasyona oranla 3,5 kat daha hızlı artacağına öngörülmesi bu popülasyonun medikal açıdan takip ve ihtiyaçlarının karşılanmasını daha da önemli hale getirmiştir. Bipolar Afektif Bozukluk (BAB) tanılı hasta popülasyonunun %25'ini geriatrik bipolar bozukluk grubu oluşturmaktadır ve bu grup tanı, klinik görünüm ve tedavide farklılıklar içermektedir. Tanım olarak geriatrik bipolar bozukluk kavramı hem yaşamının erken döneminde BAB tanısı alan hastaları hem de geç başlangıçlı BAB tanılı hastaları kapsamaktadır. Genel olarak kabul edilen yaş ≥ 60 olmakla birlikte 'International Society for Bipolar Disorders (ISBD) Task Force on Older-Age Bipolar Disorders' yaş sınırı olarak ≥ 50 yaş kabul etmektedir. Geç başlangıçlı BAB tanımında ise yaş sınırı ≥ 50 yaş (ISBD'ye göre ≥ 40 yaş) kabul edilmektedir. Özellikle geç başlangıçlı BAB tanısını koyarken, genel tıbbi duruma bağlı nedenlerin (stroke, travma, intrakranial lezyon vb.) dışlanması öncelikli bir yer tutmaktadır. Geriatrik bipolar bozuklukta daha genç yaştaki BAB ile kıyaslandığında; komorbid medikal hastalıkların daha sık olması, kognitif bozulmanın daha sık olması, komorbid anksiyete ve madde kullanım bozukluklarının daha az görülmesi gibi bazı klinik görünüm farklılıkları mevcuttur. Yine bu hasta grubunda BAB'nin tedavisinde; farmakolojik tedavi, psikoterapi ve psikososyal müdahaleler önemli yer tutmaktadır. Geriatrik hasta grubunda psikotrop ilaç seçiminde, uyulması gereken genel prensiplere ek olarak BAB ile ilgili güncel tedavi klavuzlarının az bir kısmında bu grup için özel öneriler bölümü bulunmaktadır. Akut mani/hipomani tedavisinde; duygudurum düzenleyici olarak lityum ve valproik asit, ikinci kuşak antipsikotikler (olanzapin, ketiapin vb.) öne çıkarken bipolar depresyon tedavisinde lurasidon ve ketiapin öne çıkıyor gibi görülmektedir. İdame tedavide ise, remisyona ulaşılmasını sağlayan tedavinin devamı önerilmekle birlikte bu hastaların genel tıbbi durum, ilaç yan etkisi, ilaç-ilâç etkileşimi açısından da yakın takip edilmesi gerekmektedir.

Sonuç olarak; bu hasta grubuna yeterli bakım ve desteğin verilebilmesi için entegre bakım sistemlerinin geliştirilmesinin, tanı ve tedaviyle ilgili daha çok çalışmaya yer verilmesinin gerekli olduğu düşünülmektedir.

Hızlı Döngülü Bipolar Bozukluk Ayırıcı Hastalık mı? Hızlı Döngülü Bipolar Bozukluğa Yaklaşım

Uzm. Dr. Oğuzhan Kılınçel

Sakarya Yenikent Devlet Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Sakarya

‘Hızlı döngülü’ terimi ilk olarak 1974 yılında Dunner ve Fieve tarafından bir yılda dört veya daha fazla atak olması şeklinde tanımlanmıştır (1). Bipolar bozuklukta Hızlı döngülü olma özelliği sabit değildir. Kadın cinsiyet, mizaç yapısı, tiroid işlev bozukluğu, antidepressan tedavi gibi risk etmenleri rahatsızlığın seyri sırasında herhangi bir dönemde ortaya çıkabilir ve tedaviye yanıtı etkileyebilir (2). Günümüzde hızlı döngülü bipolar bozukluğu belirlemede kullanılan yılda dört atak ölçütü keyfi olmakla birlikte kabul edilebilir başka bir kesme rakamı için yeterli kanıt yoktur (3). Bir yıl içinde dört veya daha fazla hastalık dönemi olmasıyla karakterize orijinal tanım, yapılan birçok çalışmada kabul görmüş (4) ve Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı beşinci baskısında (DSM V) Bipolar I ve Bipolar II bozukluğu için bir gidiş özelliği olarak yer almıştır (5). Robbins ve Guze ölçütlerine göre hızlı döngülü, hızlı döngülü olmayan bipolar bozukluktan ayıran en güçlü kanıt; cinsiyet dağılımı ve klinik gidiş farklılıklarıdır. Ancak pek çok yönden çelişkiler vardır. Hızlı döngülü bipolar bozukluk kavramının kendisi de homojen değildir. Bu durumda hızlı döngülü bipolar bozukluğu “saf” bir bozukluk olarak görebilmek güçleşmektedir (6). Hızlı döngülü bipolar bozuklukla ilgili homojen kohortlarla iyi tasarlanmış, kontrollü çalışmaların azlığı nedeniyle, optimal tedavisi için net bir konsensus yoktur (7). Hızlı döngülü hastaların duygudurum düzenleyicilerine cevabı yetersizdir (8) dolayısıyla bu hastaların tedavisinde güçlükler yaşanmakta ve sıklıkla birden fazla ilaç yüksek dozda kullanılmaktadır (9).

Kaynaklar

1. Dunner DL, Fieve RR (1974) Clinical factors in lithium carbonate prophylaxis failure. Arch Gen Psychiatry ; 30: 229–33
2. Bauer M, Beaulieu S, Dunner DL ve ark. (2008) Rapid cycling bipolar disorder –diagnostic concepts. Bipolar Disord 10: 153–162.
3. Kupka RW, Luckenbaugh DA, Post RM ve ark (2005) Comparison of rapid-cycling and non-rapid-cycling bipolar disorder based on prospective mood ratings in 539 outpatients. Am J Psychiatry 162: 1273–1280.
4. Bauer MS, Calabrese JR, Dunner DL ve ark. (1994) Multisite data reanalysis of the validity of rapid cycling as a course modifier for bipolar disorder in DSM-IV. Am J Psychiatry 151: 506–15.
5. Amerikan Psikiyatri Birliği (2013) Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Beşinci Baskı (DSM V), Amerikan Psikiyatri Birliği, Köroğlu E (çeviri editörü), Hekimler Yayın Birliği, 2013
6. Robins E, Guze SB: Establishment of diagnostic validity in psychiatric illness: its application to schizoaffective disorder. Am J Psychiatry, 126:983-7 1970
7. Christopher D. Schneck, M.D. Treatment of Rapid-Cycling Bipolar Disorder J Clin Psychiatry 2006;67[suppl 11]:22–7
8. Post RM, Kramlinger KG, Altshuler LL, Ketter T, Denicoff K (1990): Rapid cycling bipolar disorder. Psychopharmacol Bull 26:37-47
9. Calabrese JR, Shelton MD, Rappaport DJ ve ark. (2001) Current research on rapid cycling bipolar disorder and its treatment. J Affect Disord.;67:241– 55

Psikoterapi Sürecinde Travma ve Dissosiyasyon

Prof. Dr. Erdinç Öztürk

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Adli Tıp Enstitüsü Sosyal Bilimler Anabilim Dalı, İstanbul

Travma ve dissosiyasyon, bir bütün olarak değerlendirildiğinde hem bireysel hem de toplumsal boyutları olan ve travmatize bireyin çok eksensli semptomlar verebilmesine yol açan ruhsal tepki ve süreçler olarak düşünülebilir. Dissosiyatif bozukluklar, erken yaşta başlayan anlık ya da yineleyici çocukluk çağı travmaları ve ihmalinin neden olduğu ruhsal hastalıklardan biri olduğu için, bu hastalığın psikoterapisi, psikotravmatolojinin temel ilke ve kuramları dikkate alınarak yürütülmelidir. Dissosiyasyon kendi başına bir bozukluk olabileceği gibi birçok psikiyatrik bozukluklara da eşlik edebilmektedir. Dissosiyatif bozukluklar, özellikle dissosiyatif kimlik bozukluğu, ruhsal hastalıklar içerisinde çocukluk çağı travmaları ve ihmali ile en yakın ilişkiyi göstereni olup, bu psikiyatrik tanıya özgü travma temelli entegratif psikoterapilerden de en çok yarar görenlerinden biridir.

Günümüzde, travma ve dissosiyasyon alanına özellikle dissosiyatif kimlik bozukluğuna hem psikiyatride hem de klinik psikolojide oldukça büyük bir ilgi ve önem verilmeye başlanmıştır. Bu ilgi ve önem hem ülkemizde hem de bütün dünyada travma ve dissosiyasyon alanında yeni paradigmlar oluşturan psikoterapi modellerinin ortaya çıkmasını sağlamıştır. Dissosiyatif bozukluk tanısı alan hastalar günümüzde bu tanıya özgü psikotravmatoloji yönelimli psikoterapi modelleri ile artık çok daha kısa sürede tedavi edilebilmektedir. “Travma Merkezli Alyans Model Terapi” tarafınca özellikle dissosiyatif kimlik bozukluğunun tedavi süresini kısaltmak amacıyla uzun yıllar bu psikiyatrik tanı grubu ile ilgili olan yoğun mesleki tecrübelerime dayanarak yapılandırılmıştır. Dissosiyatif kimlik bozukluğunun kısa dönem psikoterapisi olarak kabul edilen bu tedavi modeli, travma merkezli, stratejik bir krize müdahale ve entegratif bir psikoterapi yöntemidir.

Anahtar Kelimeler: Travma; dissosiyasyon; psikoterapi

Kaynaklar

- Öztürk, E. (2017). Travma ve Dissosiyasyon: Dissosiyatif Kimlik Bozukluğunun Psikoterapisi ve Aile Dinamikleri. Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul.
- Öztürk, E. (2018). Travma Merkezli Alyans Model Terapi: Dissosiyatif Kimlik Bozukluğunun Psikoterapisi. Türkiye Klinikleri Psychology-Special Topics, 3, 31-38.

Psikoterapi Sürecinde Terapötik Alyans

Dr. Öğr. Üyesi Deniz Şarлак

Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Muğla

Psikoterapi danışanın iç dünyasında kendisini, diğerlerini ve çevresini algıladıktan sonra duygusal yaşantılarını yeni bir düzlem içine yerleştirme sürecidir. Bu süreç içinde danışan ile ilişki ve iletişim kurularak, anlaşıldığı ve onaylandığı mesajı verilirken, aynı zamanda ona yeni bir bakış açısı da sunulur. Terapist uygun bulduğu yaklaşım doğrultusunda yanlış inanışları düzelterek ya da yorumlarla hastanın dünya görüşünde alternatif bir bakış ya da şüphe oluşturmak ister. Bütün psikoterapi yaklaşımlarının temelinde terapistler ve danışanlar arasındaki iletişim yatmaktadır. Özellikle ruh sağlığı çalışmalarında kullanılan müdahalelerde terapötik ilişkinin ve iletişimin tedavi edici özelliği, bireylerin iyileşme döneminde terapötik alyansın (terapötik ittifak) etkili olduğu belirgin olarak karşımıza çıkmaktadır. Terapide ilişkinin önemine dair vurguların kökenleri Freud'a sonrasında insancıl yaklaşımın öncülerinden Roger'ın çalışmalarına kadar uzanmaktadır. Terapist ve danışan arasındaki uyum ve işbirliğine odaklı olan terapötik alyans (terapötik ittifak) terapist ve danışan arasındaki ilişkinin doğasını açıklamak amacıyla, Zetzel tarafından öncelikle psikoanalitik gelenekte kavramsallaştırılan bir olgudur. Farklı birçok kuramsal bakış açısı terapist ve danışan arasındaki ilişkinin önemini, sürece ve sonuca etkisini kendi teknikleri içerisinde ele almışlardır. Bordin (1979), terapötik alyansı profesyonel bir ilişki bütünü olarak görmekle birlikte, terapötik alyansın görev, amaç ve bağ olmak üzere üç alt boyutu olduğunu belirtmektedir. *Görev alt boyutu*; terapist ve danışan arasında süreçte yapılacak olanlar hakkındaki fikir birlikteliğini ve işbirliğini göstermektedir. *Amaç alt boyutu*; terapist ve danışan arasında hedefler konusunda fikir birlikteliğini ve işbirliğini göstermektedir. *Bağ alt boyutu* ise; terapist ve danışan arasındaki genel ilişki özelliklerini içermektedir. Ülkemizde klinik psikolog olarak Öztürk, yüzlerce dissosiyatif bozukluk vakasını tedavi etmiş ve özellikle dissosiyatif kimlik bozukluğunun tedavisi konusunda uzmanlaşarak "terapötik alyans" kavramını dissosiyatif eksende ele alarak bu tedavi modelini geliştirmiştir. Terapötik alyans, dissosiyatif kimlik bozukluğunun psikoterapisinde oldukça önemli bir süreç olarak karşımıza çıkmaktadır. Terapötik alyansa bozulma; terapist ve danışan arasındaki ilişkinin niteliğinde kopuklukların olması biçiminde tanımlanmaktadır. Terapötik alyansın kuramsal art alanı, terapötik alyansa kırılma ve onarma örnekleri, terapist ve danışan etkileşimleri ele alınacaktır.

Kaynaklar

1. Bordin, E. (1979). The generalizability of the concept of the working alliance. *Psychotherapy, Theory, Research & Practice*, 16, 252-260.
2. Horvath, A., & Greenberg, L. (1989). Development and validation of the working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38, 139-149.
3. Marmar C, Weiss D.S., & Gaston L. (1989) Towards the validation of the California Therapeutic Alliance Rating System. *Psychological Assessment*, 1, 46-52.
4. Öztürk E. (2018). Travma Merkezli Alyans Model Terapi: Dissosiyatif Kimlik Bozukluğunun Psikoterapisi. Öztürk E, editör. *Ruhsal Travma ve Dissosiyasyon*. Ankara: Türkiye Klinikleri; p.31-8.
5. Zetzel, E. R. (1956). Current concepts of transference. *International Journal of Psychoanalysis*, 37, 369-376

Psikoterapi Sürecinde Travma Sonrası Büyüme

Dr. Öğr. Üyesi Gizem Akcan

Bartın Üniversitesi Edebiyat Fakültesi, Psikoloji Bölümü, Bartın

Travmatik yaşantıların, ruhsal açıdan depresyon, sel gibi doğal felaketler, savaşlar, cinsel ya da fiziksel saldırıya uğrama, işkence, cinsel taciz, çocuklukta yaşanan istismar, trafik kazaları, iş kazaları, yaşamı tehdit eden bir hastalığın tanısının konması, tehlikeli bir olaya tanık olmak gibi zorlayıcı ve kişinin başa çıkma yeteneğini olumsuz yönde etkileyen travmatik olayları kapsadığı belirtilmektedir. Psikolojik travmalar, insanlara kontrol, bağ kurma ve anlam duygusu veren olağan davranış sistemini alt üst etmeleri nedeniyle bireylerin yaşamlarında değişiklik yapmalarını gerekli kılar ve bireyler açısından yeniden uyumu gerektirir. Travmatik yaşantıların genellikle ciddi derecede psikolojik strese yol açtığı; ancak, acı çekmenin aynı zamanda insanı değiştirdiği ve olgunlaştırdığı da bilinmektedir. Düzenlenen çalışmalarda, travmaya maruz kalanların travma ile mücadelelerinin sonucunda olumlu psikolojik değişimler gösterdikleri tespit edilmiştir. Bu bağlamda, travma sonrası ortaya çıkan tüm tepkilerin olumsuz olmadığı görülmekte ve bu durum, travma sonrası büyüme (TSB) olarak adlandırılmaktadır. TSB olarak da bilinen olumlu değişimler, yeni perspektiflerin gelişimini ve kişisel büyümeyi içermektedir. Ruh sağlığı alanında çalışan uzmanların, danışanların ifade ettikleri bu türden özgül değişimleri duyabilme ve konu hakkında genel bir anlayışa sahip olmasının terapinin seyri ve etkililiği bakımından önemli olabileceği düşünülmektedir. Travmatik olay sonrasında büyüme gösterebilen kişilerin sosyal desteklerinin daha iyi olduğu ve kendilerini iyi ifade edebilen, duygularını dışa vurabilen, uyum sağlayan baş etme becerilerini kullanabilen, iyimser ve dışadönük kimselerin travmatik olayı kendi büyümelerine hizmet edebilecek şekilde algılayabildiği görülmektedir. Klinisyenler tarafından hastaların sosyal destek mekanizmalarını aktif hale getirmek, duygu dışavurumuna yardım etmek, olumlu baş etme becerilerinin desteklenerek süreci ketyen olumsuz baş etme becerilerinin değiştirilmesine katkıda bulunmak ve travma sonrası sürecin olumlu yanlarının da hasta tarafından görülmesini sağlamak bu süreçte travma sonrası büyümenin gelişimine yardımcı olabilir. Travmanın tedavisinde, olaydan sonra işlevsel bir yaşamın inşa edilmesinin yanı sıra, bireylerde hayata dair yeni bir bakış açısı oluşturma da büyük önem taşıdığı vurgulanmaktadır. Bu çerçevede, psikoterapi sürecinde travma sonrası büyümenin desteklenmesinin, travmatik durumları içeren öykünün yeniden yazılması ve olana dair yeni bir anlayış geliştirilmesi açısından önem taşıdığı ve bireylerin varsayımsal dünya ve geleceğe yönelik daha umutlu bir bakış açısına sahip olmalarına olanak sağladığı söylenebilir.

Anahtar Kelimeler: Ruhsal travma, travma sonrası büyüme, kişisel büyüme, psikoterapi

Kaynaklar

- Ezerbolat, M., & Özpolat, A. G. Y. (2016). Travma Sonrası Büyüme: Travmaya İyi Yanından Bakmak. *Kriz Dergisi*, 24(1).
- Haselden, M. (2014). Üniversite Öğrencilerinde Travma Sonrası Büyüme Yordayan Çeşitli Değişkenlerin Türk ve Amerikan Kültürlerinde İncelenmesi: Bir Model Önerisi.
- Herman, J. L. (1992). Complex PTSD: A Syndrome in Survivors of Prolonged and Repeated Trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 5(3), 377-391.
- Öztürk, E. (2017). Travma ve Dissosiyasyon: Dissosiyatif Kimlik Bozukluğunun Psikoterapisi ve Aile Dinamikleri. Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul.
- Prati, G., & Pietrantonio, L. (2009). Optimism, Social Support, and Coping Strategies as Factors Contributing to Posttraumatic Growth: A Meta-Analysis. *Journal of Loss and Trauma*, 14(5), 364-388.
- Jenna Van Slyke, M. S. (2014). Post-Traumatic Growth.
- Zoellner, T., & Maercker, A. (2006). Posttraumatic Growth in Clinical Psychology—A Critical Review and Introduction of a Two Component Model. *Clinical Psychology Review*, 26(5), 626-653.

Psikoterapi Sürecinde Transferans ve Kontr-Transferans

Uzm. Dr. Çağla Pınar Sevinç Yalçın

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Adli Tıp Enstitüsü, Sosyal Bilimler Anabilim Dalı, İstanbul

Ruhsal iyileşme için gerekli olan duygusal bağlamı sağlayan deneyimler olarak kabul gören "transferans" ve bu deneyimlere ek olarak görüşmecinin danışana ilişkin duygusal yaşantılarının tanıtılma amaçlı kullanılmasına olanak tanıyan "kontr- transferans" kavramları yüzyılı aşkın bir süreye yayılmış olan bir entelektüel olgunlaşma sürecinden geçmiş ve terapötik alanda değerli birer araç haline gelmişlerdir. "Terapötik ittifak" ile de benzer dinamikleri olan transferans kavramı psikoterapi içerisinde sistemli ve ayrıntılı bir klinik çalışma ile değerlendirilmesi gereken psikanalitik ekolün en temel konularından biridir (Soygüt, 2004)

Kişinin eski travmalarından ya da ebeveynleri ile kurduğu patolojik ilişki örüntülerinden kurtulabilmesi için terapisti ile yeni bir ilişki deneyimlemesi gerekir. Ancak bu olduğunda kişi iç dünyasına dönerek öznelliğinin boyutlarını genişletir ve yeni bir özne olarak kendini deneyimleme fırsatı bulur. Bugün bilinmektedir ki psikanalitik psikoterapide hastanın intrapsişik dünyasını değiştiren süreç, transferans nevrozunun çözülmesidir. Bir başka deyişle hasta terapistin imgesini yeni nesne olarak aydınatabildiğinde hastanın öyküsü, hasta için yeni bir deneyim olacak tarzda sonlanır (Volkan, 2012). Ancak zaman zaman terapide çıkmaza girilen durumlarda psikoterapötik bir bileşen olarak "direnc" kavramını düşünmek ve bunun ne kadarının hasta kaynaklı ne kadarının terapist kaynaklı olduğunu transferans ve kontr- transferans deneyimleri ışığında analiz edip anlamak klinisyenler için yol gösterici olacaktır. Ayrıca kişilik örgütlenmesinin farklı gelişimsel düzeylerine göre (nevrotik, sınırdu- rum, psikotik) transferans ve buna karşılık gelen kontr- transferans görüngülerinin değişti- ği klinisyenler tarafından sıklıkla gözlemlenir. Bu bağlamda hastanın karakter örgütlenme tipi; direnc, transferans ve kontr- transferans çözümlemeleri açısından önemlidir. Kişinin karmaşık yapısını anlamak, iç dünyasının kökenlerini ve bunların dış gerçekliğe yansımala- rını anlamlandırmak noktasında işlevsel bir araç olan psikanalitik tedavinin özünü oluşturan bileşenler olarak transferans ve kontr- transferans deneyimleri pratikte ve teoride üzerinde titizlikle durulması gereken çok değerli araçlardır (McWilliams, 2014).

Anahtar Kelimeler: Transferans; kontr- transferans; analitik psikoterapi; direnç

Kaynaklar

- McWilliams, N. (2014). Psikanalitik Tanı- Klinik Süreç İçinde Kişilik Yapısını Anlamak. İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları. İstanbul
- Soygüt, G. (2004). Bir Düzeltici Bağlanma İlişkisi Olarak Psikoterapi: Psikoterapi Süreçlerinde Bağlanma ve Terapötik İttifak. Türk Psikoloji Yazıları, 7 (13), 63-77.
- Volkan, V. (2012). Divanda kılıç dövüşü. Psike İstanbul Psikanaliz Kitaplığı Şimdi ve Burada. İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları 324. İstanbul

Psikoterapi Sürecinde Bağlanma

Uzm. Psk. Görkem Derin

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Adli Tıp Enstitüsü, Sosyal Bilimler Anabilim Dalı, İstanbul

Psikoterapi sürecindeki temel çalışma alanlarından biri olan bağlanma, çocuğun bakım veren kişiyle güvene dayalı yakınlık arayışı ile kendini gösteren, tutarlılığı ve sürekliliği olan duygusal bir bağ olarak tanımlanmakta ve bununla ilgili psikolojik dinamikler çocukluk dönemi ile sınırlı kalmayıp yaşam boyunca devam etmektedir.¹ Bağlanma kuramının en önemli teorisyenlerden olan Bowlby'ye göre güvenli bağlanma kendiliğinden duygusal, bilişsel ve sosyal gelişiminde temel bir faktördür. Bowlby'nin öncülüğünde yürütülen çalışmalarda; güvenli bağlanma sağlıklı süreçlerle, güvensiz bağlanma biçimi ise psikopatolojinin belirleyicisi olan süreçlerle ilişkilendirilmiştir. Güvenli (secure) bağlanan kişiler optimal özgüvene sahiptir ve başkalarına güvenme konusunda diğer bağlanma biçimlerini kullanan kişilere göre daha rahat davranmaktadır. Saplantılı (preoccupied) bağlanan kişiler yoğun değersizlik duygularına ve yüksek kaçınma oranlarına sahipken aynı zamanda diğer insanlarla yakın ilişkiler içinde olmayı istemektedir. Korkulu (fearful) bağlanan kişiler başkalarının güvenilmez ve reddedici oldukları, kendilerinin ise sevmeye değer olmadıkları inançlarına sahiptir. Kayıtsız (dismissing) bağlanan kişiler ise yakın ilişkilerden kaçınarak, bağımsız olmanın önemini vurgulamakta ve kişilerarası ilişkilerin kendileri için önemsiz olduğunu ifade etmektedir. Psikoterapi sürecinde terapist, hastanın güven hissetmesine izin vermediği sürece terapi başlamaz. Hastasına duygu, düşüncelerini keşfetme ve ifade etmesi için güvenli bir temel sağlamadaki terapistin rolü, çocuğuna dünyayı keşfetmek için güvenli üs sağlayan annenin rolüne benzemektedir. Terapist, hastanın keşiflerine karşı mümkün olduğu kadar özenli, duyarlı olmaya, dünyayı onun gözüyle görmeye, yani empati kurmaya çalışmaktadır. Psikoterapide hastaların psikopatoloji ile yakından ilişkili olan güvensiz bağlanmadan sağlıklı ilişkiler kurabilmesi adına güvenli bağlanmaya geçiş yapması psikolojik teknikler kullanılarak sağlanır.² Terapötik ittifak da psikoterapide bağlanma ile ilişkili dinamiklerde temel bir rol oynamaktadır. Psikoterapinin en önemli bileşenleri arasında yer alan terapötik ittifak ile güvenli bağlanma arasında pozitif ilişki bulunmaktadır. Bağlanma kuramı, terapötik ittifakın nasıl kurulabileceği hakkında bize temel bir çerçeve sunabilmekte ve özellikle geçmiş dönemlerde ihmal edilmiş bir alan olarak hem terapistin hem de danışanın özelliklerinin bağlanma araştırmaları çerçevesinde çalışılması psikoterapi sürecinin etkin ve sağlıklı bir düzeyde seyretmesine önemli derecede katkı sağlayabilmektedir.³

Anahtar Kelimeler: Bağlanma; psikoterapi; travma

Kaynaklar

1. Lewis, M. E. (2002). Child and adolescent psychiatry: A comprehensive textbook. Lippincott Williams & Wilkins Publishers.
2. Bowlby, J. (1973). Attachment and loss: Separation: Anxiety and anger (Vol. 2).
3. Soygüt, G. (2004). Bir Düzeltici Bağlanma İlişkisi Olarak Psikoterapi: Psikoterapi Süreçlerinde Bağlanma ve Terapötik İttifak. Türk Psikoloji Yazıları, 7 (13), 63-77.

Bipolar Bozuklukta Koruma, Tedavi ve Tehlikelilik

Prof. Dr. İbrahim Balcıoğlu

Haliç Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi, Psikoloji Anabilim Dalı, İstanbul

Son yıllarda Adli Psikiyatri alanında önemli ve dikkate değer gelişmeler olmuştur. Toplum ve kendisi için “tehlike” arz eden olgular, gelişmiş Adli Psikiyatri servislerine yönlendirilmektedir. Depo hastanelerindeki kronik hastalar taburcu edilmeye başlanmış, olgular toplum içinde tedavi edilmesi eğilimi öne çıkmıştır.

Toplum ve kendisi için “tehlikelilik” durumu gösteren hastalıkların başında psikozlar gelmektedir. Düşük oranda da olsa Bipolar Affektif Bozukluklar da tehlikelilik hali gösterebilmektedir. Değişik sebeplerle tedaviden yararlanmayan olgularda bu tablo sık gözlenmektedir. Bu nedenle olguların koruması, tedavisi ayrı bir önem kazanmaktadır.

Bipolar bozukluğu olanlarda, tabii tutuklu ve mahkumlardan söz ediyoruz, %2-4 oranında manik atak ve %13 nispetinde de depresyon tespit edilmiştir.

Bu tablo kadın tutuklu ve mahkumlarda daha belirgindir. Yapılan bir araştırmada söz konusu olgularda Major Depresyon oranı %10 civarında tespit edilmiştir.

Depresyon olgularında intihar riskini göz ardı etmemek gerekir.

Bipolar bozukluğu olanlarda görülen komplikasyonlardan birisi de manik ataktır. Manik hecme tablosu içinde olanlar kendisine ve çevresine zarar verebilirler.

Depresyon, uyum bozukluğu, intihar düşünceleri ve manik hecme Bipolar Bozukluğun komplikasyonları olarak ele alınabilir. Bu tip olgular çevresi ve kendisi için zararlı, tehlikeli olabilirler. Bu sebeple Bipolar Bozukluğu olan olguları koruma, yakın izleme, gözlem önem taşımaktadır.

TCK 32/1 ve TCK 57/1 maddelerin hükümlerine göre söz konusu olgular koruma, gözlem amacı ile yargı hastanelerine ve Adli Psikiyatri servislerine gönderilir. Bu servislerde çalışan her kesimden personelin arasındaki iletişim sağlıklı ve olumlu olmalıdır. Zorlukların aşamasında bu önemli adımlara ihtiyaç duyulur.

Söz konusu olguların yatırılması veya ayaktan izlenmeleri de mümkündür. Her iki durumda da kurul raporu düzenlenir.

Bipolar Bozukluğu olan vak'aların yatırıldıkları yerlerde personelle çeşitli sıkıntılar yaşayabildikleri görülmektedir. Bunlar arasında ilişki ve sosyoekonomik problemler, görüşme kısıtlılığı, ummadığı cezayı alması sayılabilir.

Dolayısı ile bu tip vakalar için özel bir servis ve ekip gerekmektedir.

Depresyon Tedavisinde TMS ve Nöro Görüntüleme Çalışmaları

Dr. Ece Türkyılmaz

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

rTMS uygulaması elektromanyetik indüksiyon prensibine dayanır. rTMS ile oluşan güçlü ve kısa etki süreli manyetik alan ile indüklenen dikey elektriksel alan, nöronal aksonları depolarize eder. Uyarım protokolüne bağlı olarak rTMS nöronal aktiviteyi uyarabilir veya inhibe edebilir. Lokal nöropilin inhibisyon veya eksitasyonu, fonksiyonel bağlantılarda primer uyarım bölgesini aşan, çok yönlü değişikliklerle sonuçlanır.

Çalışmalar göstermektedir ki depresyon tedavisinde rTMS, serum markerlarında olduğu kadar beyinde uyarımın olduğu bölgede ve uzak bölgelerde fonksiyonel ve nörokimyasal değişikliklerle ilişkilidir. rTMS tedavisinin kapsadığı birçok serebral ağ ve yapılar depresyonda belirtilen bölgeleri içermektedir; dorsolateral prefrontal korteks (DLPFC), hipokampus, anterior singulat korteks (ACC), inferior frontal korteks ve bazal ganglionlar. Depresyonda sol DLPFC'te hipoaktivite, sağ DLPFC'te hiperaktivite olduğunu gösteren çok sayıda çalışmaya dayanarak rTMS'nin inhibitör veya uyarıcı özelliklerini kullanan uzmanlar disfonksiyonel beyin alanlarını module etmektedirler. Major depresyonda hiperaktif olan default mode network aktivitesinin rTMS tedavisiyle azaldığı gözlenmiştir. Subgenual singulat ile DLPFC arasındaki fonksiyonel bağlantılarda fMRI aktivitesindeki ters korelasyonun yüksekliği klinik iyileşme ile ilişkilendirilmiştir. 2016 yılında bir çalışmada medial prefrontal kortekse uzanan, rostral anterior singulat kortekste klinik iyileşme ile ilişkili artmış gri madde yoğunluğu saptanmıştır. 2018 tarihli bir gözden geçirmede yüksek frekans rTMS uygulaması sonucu istirahat fMRI ile subgenual ACC ve DLPFC arasında artmış fonksiyonel bağlantılar ile DLPFC ve pregenual ACC arasında azalmış fonksiyonel bağlantılar en sık saptanan bulgulardandır. DLPFC ile ventromedial PFC ve prekuneus arasında azalmış fonksiyonel bağlantı bulunmuştur. Sol DLPFC'e düşük frekans rTMS uygulaması uyarım bölgesinde ve uyarım bölgesinden uzak; bilateral orta PFC, sağ OFC, sol hipokampus, putamen, pulvinar ve insulayı da içeren çeşitli limbik alanlarda aktivite artışına yol açmıştır.

Bu sunumda son gözden geçirmeler ışığında rTMS tedavisinin depresyon tanılı hastaların beyinde yarattığı değişimlerden; rTMS uygulama parametrelerine, çalışmalara alınan populasyonun karakteristiğine ve görüntüleme yöntemlerinin özelliklerine göre çalışmaların birbirinden farklılık göstermesinden, neuronavigasyon ile kişiye özgü rTMS tedavisinin öneminden bahsedilecektir.

Dijital Çağ Neslini Anlamak

Prof. Dr. Erol Göka

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Ankara

Sunilik ve sanallığın, haz ve hızın, mühendislerin araçsal aklının her şeyi belirlediği, gelenek ve felsefeden uzaklaşan, biyoteknoloji ile genetik müdahalelerin imkan dahiline girdiği, mahremiyet ve ben hissini büyük bir dönüşüm geçirdiği, hunhar yeni dünya ya da teknomedyatik dünyada yaşıyoruz. Artık yeni denizin balıklarıyız. İnternette hayat klonlanıyor, sanal gerçeğin, sanal iletişim yüz yüze iletişimin yerini alıyor. İnsanlık-sonrası çağa girildiği söyleniyor.

Yaşadığımız teknomedyatik dünyanın ve dijital teknolojilerin gençlerimizin hayatlarını nasıl etkilediğiyle ilgili değerlendirmeleri(mizi)n sonuçlarını sunacağız. Gençlerimizi artık yeni bir uzuvları haline gelen ellerindeki akıllı telefonların nasıl hazır lopçu hale getirdiğinin, empatiden yoksunlaştırıp fanatikleştirdiğinin, hayatın uzağına düşürdüğünün üzerinde duracağız. “App kuşağı” ya da “i-nesli” denilen gençlerin ebeveyninin tutumlarını, hayattan ve somut insan ilişkilerinden öğrenmekten neden uzaklaştıklarını, anketlerde bencil ve mutlu görünmelerine rağmen gerçekte ürkek, çekingen olduklarını, CV’ini doldurma meraklısı ama gerçeğin ortaya çıkmasından korktuklarını, marka tutkunu olmalarını, başka kültürleri öğrenmek istememelerinin nedenini anlatmaya çalışacağız. 2011’den sonra gençlerde kaygı, depresyon ve intihar oranlarında büyük artış görüldüğünü, gençlerin artık daha kırılgan ve ürkek olduklarını, geç olgunlaşma ve ebeveyne bağımlılık, daha az evden çıkma ve arkadaş edinmekten kaçınma tablosu gösterdiklerini sergileyecek, tüm bunların ekran karşısında kalma sürsiyle bağlantılı olduğunu dile getireceğiz.

Daha da önemlisi artık “bitik erkekler” diye nitelenen ve tüm araştırmacıları ürküten batılı gençlerinin hallerinin büyük ihtimal yeni teknolojilerle ilgili olduğunu söyleyeceğiz. Teknolojinin ve teknomedyatik dünyanın özellikle genç erkekleri ne kadar olumsuz etkilediğini ve gelecekle ilgili kaygıların alarm düzeyine geldiğini göstermeye gayret edeceğiz. Okumaktan, tahsilden, çalışmaktan, karşı-cinsle ilişkilerden kaçan genç erkeklerin porno ve video oyunlarına düşkünlüklerini, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluklarının, alkol ve madde bağımlılıklarının, obesitenin artışı tartışmaya çalışacağız.

Son olarak batı gençliğindeki bu görünümünün bizim ülke gençliğimize nasıl yansıdığını, son araştırmaların verileri eşliğinde ele almaya gayret göstereceğiz.

Dijital Çağda Psikiyatrist Olmak

Uzm. Dr. Rabia Nazik Yüksel

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Ankara

Bilgiye erişimin, verilerin online izlenmesinin kolaylaştığı bu dijital çağda, sağlık teknolojileri de gelişmekte ve hasta-hekim ilişkisi yeni bir boyut kazanmaktadır. Amerika'dan başlayarak dünyada "Empowered patient" yani güçlendirilmiş hasta diye çevirebileceğimiz, hastaların sağlık sisteminde daha çok inisiyatif alması beklenen bir fenomen hakkında tartışmalar yapılmaktadır.

Her şeye erişimin bir tık kadar uzakta olmaya başladığı çağımızda, hastalar da sağlıklı ilgili yardım ve bilgilere daha hızlı erişim talep etmekte ve hasta katılımı programlar gündeme gelmektedir.

Dünyanın bir çok üniversitesi tarafından uzaktan doktora programları gibi ciddi eğitimler verilmekte, online eğitimler giderek daha da yaygınlaşmaktadır. Bunun psikiyatriye yansımaları, mesajlaşma, telefon, görüntülü görüşme şeklinde ilerleyen iletişim yollarının hasta-hekim arasında kullanılmaya başlanması ve online terapilerin yapılması şeklinde olmuştur.

Gelişen teknoloji ile birlikte sağlık verilerini toplayan akıllı telefon uygulamaları da psikiyatrik takipte yer almaya başlayacak gibi görünmektedir. Günümüz itibarıyla 315.000 mobil sağlık uygulaması bulunmaktadır. Bunlar arasında, depresyonu ölçmek için tasarlanmış yüzlerce uygulama bulunmaktadır ancak yapılan bir çalışmada, incelenen uygulamaların sadece %25'inin kalite ve güvenlik testini geçebildiği bildirilmiştir.

Bununla birlikte, sağlık çalışanlarının, psikologların, psikiyatristlerin sosyal medya hesaplarından bir çok hastaya ve danışana ulaşmaya başladığı, hastaların özellikle internet ve sosyal medyadan araştırarak bir hekim seçmeye başladığı 2019'da yaptığımız bir ön çalışmada gösterilmiştir. Ancak uzmanların objektif olarak özelliklerinin yansıtıldığı, bir çatı altında birleştirildiği resmi bir portal bulunmamaktadır. Bu konu ile ilgili gelecekte yapılacak düzenlemeler, hasta ve danışanların daha tarafsız olarak yönlendirilmesine yardımcı olabilir.

Dijital çağda artık hasta ve danışanlar, internetten hastalıklarla ilgili bilgileri okuyarak, kendi kendilerine tanı koymaya çalışmakta ve şikayet dile getirmekten çok, kitabi bilgilerle psikiyatristin karşısına gelmektedir. Psikiyatristin, mevcut gelişimleri takip etmesi, hastaya ortak bir dil geliştirebilmesi, dijital çağda psikiyatrist olmak adına yararlı olabilir.

Teknoloji, bir taraftan, psikiyatrik yardımın ulaşılabilirliğini artırabilmesi, daha ekonomik tedavilerin geliştirilmesi açısından yararlı olacak gibi görünse de, hangi yöntemin daha etkili olacağı, standartların nasıl olması gerektiği ile ilgili henüz bir belirsizlik vardır ve gelecek çalışmalara ihtiyaç vardır.

Dijital Çağda İnternet ve Oyun Bağımlılıklarını Tedavi Etmek

Uzm. Dr. Emine Merve Akdağ

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Ankara

Teknolojinin hızla ilerlediği ve dijital oyunların gençler arasında popüler kültür imgesi olmaya başladığı günümüzde, internet ve oyun bağımlılığı bir halk sağlığı sorunu haline gelmeye başlamıştır. Nitekim İnternet Oyun Oynama Bozukluğu (İOOB) DSM V'in ileri araştırmalar gerektiren durumların sınıflandığı üçüncü bölümüne dahil edilmiştir. İOOB ile en sık anılan kavramlardan birinin internet bağımlılığı olduğu söylenebilir. Ancak internet bağımlılığı ile İOOB birbirinden ayrı kavramlardır. Örneğin problemli internet kullanımı, farklı yaş aralıklarında görülebilirken İOOB çoğunlukla genç erkeklerde görülmektedir. Ayrıca problemli internet kullanımı; çevrim içi oyun oynama, çevrim içi sohbet ve sosyal ağları kullanmayla da ilişkiliyken İOOB sadece oyun ile ilişkilidir. Her iki bağımlılık çeşidinin arasındaki farklara rağmen hastaları bilgilendirme ve tedavi sürecinde ortak yönleri mevcuttur.

İnternet bağımlılığı ve İOOB ile mücadelede; psikiyatriste düşen sorumluluklara ek olarak aile, kurum ve toplum bazında çok boyutlu bütünsel bir bakış açısı gerekmektedir.

Dijital dünyada; durma işaretinin kullanılmaması, gelişmeleri kaçırma korkusu, değişken ödül uygulaması ve bu sayede alışkanlık döngüsü oluşturulması bağımlılık süreçlerini pekiştirmektedir. Alışkanlık döngüsünün oluşmasında kanca metodu kullanılmaktadır. Bu metodda tetikleyici, aksiyon, değişken ödül ve yatırım adımları bulunmaktadır.

Bireysel alanda kancadan kurtulma yöntemleri; telefondaki mobil bildirimleri kapatmak, bilinçli farkındalık geliştirerek aksiyon aşamasını zorlaştırmak, ödülü ertelemek, dikkat koruyucu uygulamalar kullanmak, hatırlatıcı kartlar hazırlamak, kişisel defter oluşturmak, bilgisayarı ortak kullanılan alana koymak, destek gruplarına katılmak, oyun oynama saatlerini tam zıt saatlere kaydırarak rutini değiştirmek, kullanım süresiyle ilgili hedefler koymak, özellikle kullanılan internet işlevinden uzak durmak şeklinde özetlenebilir.

Aile düzeyinde; ebeveynlerin çocuklarını takip etmesi, teknolojiden arındırılmış fiziksel aktivitelerin sağlanması, tüm ailenin uyacağı internet kullanım kurallarının belirlenmesi, birlikte zaman geçirme, ödüllendirme sistemini kullanmamak, ekransız ev bölümleri oluşturmak, gerekirse aile terapisine başvurmak alınabilecek önlemlerdir.

Kurum seviyesinde alınabilecek önlemler; telefonsuz toplantılar düzenlemek, belli zaman dilimlerinde telefonları uçak moduna almak, kişisel telefonları kuruma almamak ve ders/iş dışı aktiviteler oluşturmak şeklinde özetlenebilir.

Toplum seviyesindeki çözüm önerileriye; kamu spotları oluşturmak, ekransız hafta etkinliklerinin yaygınlaştırılması, sosyal anti-kişilik kavramı üzerinde çalışmaktır.

Bu uygulama ve davranışçı öneriler dışında tedavi için başvuran hastalarda farmakoterapiden de faydalanılmaktadır.

Yetişkinlerle yapılan çalışmalar, internet bağımlılığı ve İOOB olanların %50'sinde başka bir psikiyatrik bozukluk bulunduğunu ortaya koymuştur. En sık eşlik eden psikiyatri tablolar duygudurum bozuklukları (%70) ve anksiyete bozukluğudur(en sık sosyal anksiyete bozukluğu %60). Ayrıca madde kullanım bozukluğu, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB), obsesif kompulsif kişilik bozukluğu (%7), borderline kişilik bozukluğu (%14) ve çekingen tip kişilik bozukluğu (%7) komorbid psikiyatrik durumlardır. Tedavide öncelikle altta yatan psikiyatrik bozukluğun tedavisi esastır. Bu sebeple SSRI, bupropion, duygudurum düzenleyicileri, naltrekson, metilfenidat tedavileri ayrıca bilişsel davranışçı terapi (BDT) ile olumlu sonuçlar bildirilmiştir.

Dijital Çağda Madde Bağımlılıklarını Tedavi Etmek

Uzm. Dr. Salih Cihat Paltun

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Ankara

İnternet tabanlı teknolojiler daha geniş alanlara erişim sağlamaları sayesinde kanıta dayalı tedavilerin etkinliğini arttırmakta ve aynı zamanda interaktif, yüz yüze etkileşimler sağlamaktadır(1). Madde kullanım bozukluklarının yönetiminde, kişilere özgü destek sağlanmanın genellikle çok önemli bir rol oynadığı bilinmekte(2) ve teknolojik yeniliklerin bu tür müdahaleleri sağlama yeteneğine sahip olduğu görülmektedir(3). Ayrıca, madde kullanım bozukluğu tanılı hastaların tedavi motivasyonu dalgalanma göstermektedir, bu da tedaviye başlamada güçlüğü yol açmakta ve bu hastalara zamanında müdahale edilmediğinde yüksek düzeyde tedaviden kopma ile sonuçlanmaktadır.

Bağımlılık araştırmalarında teknolojinin kullanımı üzerine yoğunlaşan araştırmalar, madde kullanımı için uyarana maruz kalma ve aşırma(craving) arasındaki ilişkiye odaklanmıştır. Teknolojideki ilerlemeler, ihtiyaç duyulduğu zamanda terapötik müdahalelerde bulunmayı da mümkün kılmıştır. "RESET" adlı FDA onaylı bir uygulamanın kullanıldığı 507 hastanın dahil edildiği 12 haftalık çok merkezli bir klinik çalışmada, madde kullanım bozukluğu hastalarında kurulum oranlarında önemli bir artış gözlemlendiği bildirilmiştir(4). Bu uygulama türleri sadece terapötik müdahalelerin yapılmasını değil, bunun yanı sıra takibin ölçülmesini de kapsayabilmektedir.

Ruh sağlığı alanında hastaların doğrudan dahil olduğu birçok yöntem denenmiştir. Bağımlılıkla ilgili araştırma amacıyla, teknolojik modaliteler tercih edilen hastalara, katılımcıların uyusturucu kullanım davranışlarını değiştirmek için kişiselleştirilmiş bir dizi psikososyal müdahalede bulunulmuştur. Bu müdahalelerin temel amaçları; katılımcılarda içgörü geliştirme, motivasyon sağlama, aşırma(craving) yönetimi, başa çıkma stratejileri geliştirme ve tekrarlamaların önlenmesidir(5). Dijital teknolojinin asıl amacı, hasta ile klinisyen arasındaki etkileşimi artırarak iyileşmeyi kolaylaştırmak olmalıdır.

Kaynaklar

1. Shahab L, McEwen A. Addiction. 11. Vol. 104. Abingdon, England: 2009. Online support for smoking cessation: a systematic review of the literature; pp. 1792–804.
2. Durvasula R, Miller TR. Substance Abuse Treatment in Persons with HIV/AIDS: Challenges in Managing Triple Diagnosis. Behavioral Medicine. 2014;40(2):43–52.
3. VanDeMark NR, Burrell NR, Lamendola WF, Hoich CA, Berg NP, Medina E. An exploratory study of engagement in a technology-supported substance abuse intervention. Substance abuse treatment, prevention, and policy. 2010;5:10.
4. Campbell ANC, Nunes EV, Matthews AG, Stitzer M, Miele GM, Polsky D, et al. Internet-delivered treatment for substance abuse: a multisite randomized controlled trial. The American journal of psychiatry. 2014;171(6):683–90.
5. Bandawar, Mrunal, Venkata Lakshmi Narasimha, and Prabhat Chand. "Use of digital technology in addiction disorders." Indian journal of psychiatry 60.Suppl 4 (2018): S534.

Özgür Hücreden Kaygılı İnsana

Uzm. Dr. Şahabettin Çetin

Dr. Cevdet Aykan Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Tokat

13,7 milyar yıl önce; henüz kütle, zaman, hız ve enerji yokken elektron, proton ve nötronun oluşumuyla bir serüven başlamıştır. Bu serüvende meydana gelen sayısız yıldız tepkimesi ile meydana gelen hidrojen, helyum ve daha sonra karbon, azot, oksijen atomlarından oluşan inorganik elementer düzenin organizasyonu ile canlılık oluşabilmiştir. Bu noktaya kadar astrofizik, kimya, jeoloji bilimleri ile anlaşılan süreç, hücre zarının oluşumuyla evrimsel biyolojinin inceleme alanına girmiştir. Bölünebilme, hareket edebilme, iletim sağlayabilme gibi işe yarar özelliklerden haberdar olmayan hücrelerin inorganik pozisyona geri döndüğü, diğerlerinin varlığını sürdürerek aktarabildiği dönüşümlerle bu organizasyonu geliştirmiştir. Canlılık yani çevreye tepki mekanizması gelişince, çevrenin farklılığına göre canlılarda yeni yapılar ve işlevler seçilmeye, seçilenler güçlenmeye başlamıştır. Yalnızca eşeysiz üreme ile nesiller arası aktarım olsa belki de en gelişmiş canlı yassı solucandan öteye gidemeyecekken, eşeysel üreme yoluyla gen aktarımının oluşmasıyla daha güçlü özellikler daha hızlıca elde edilebilmiştir. Öncesinde sadece kendisinin benzerini oluşturabilen ikili, sonsuz bir ilişki mevcutken, eşeysellikte birlikte iki üst nesilden meydana gelen yavru hücrenin olduğu üçlü ilişki ortaya çıkmıştır. Bu sıçrama canlıların yürüyebilme, sosyalleşme, bellek, öğrenme, üretme gibi işlevler geliştirebilmesinin yolunu açmıştır. Ancak böylesine büyük bir kazanım eşeysiz üreyen, anne hücre ile yavru hücre arasında hemen hiç farklılığın olmadığı duruma göre; farklılıkların arttığı, yeni kazanımların korunması ve işleyebilmesi için gerekli organellerin ve enerji üretiminin şart olduğu durumda ölümlülük ve ölüm korkusu bedeliyle ödenmeye başlamıştır.

Henüz hücre şimdiki anlamda keşfedilmemişken insanın varlığına, özüne ve aklına dair görüşler felsefeciler tarafından tartışılmaya başlanmıştır. 17.yüzyılda yaşamış olan ve döneminin ötesinde fikirleriyle çoğu kez sertçe karşı çıkmış olan Spinoza zihin ve beden ayrılabilir olduğunu ve aynı kumaştan meydana geldiğini öne sürmüştür. Etika isimli eserindeki önermelerde; zihni oluşturma düşüncesinin nesnesinin beden olduğunu, insan bedeninin çok sayıdaki tek parçanın birleşmiş hali olduğunu, bu parçaların da karmaşık yapılar olduğunu, gerektiğinde canlının varlığını sürdürmek için değişmesi ve koruyucu işlevlerini geliştirmesi gerektiğini ifade etmiştir. Varlığın temel gerçeğinin ve erdeminin “conatus” yani kendi varlığını sürdürmek için bitmeyen çaba olduğunu söylemiştir. “Şeyin kendi süreğenliğini sağlamak için gösterdiği çaba o şeyin özünü oluşturur” derken atomaltı parçacıkların kaçınılmaz

etkileşimlerinden canlı hücre oluşumunun ve canlı hücrenin, sahip olduğu gen diziliminin de varlığını sürdürmek için sürekli olarak geliştirdiği çoğalma, üreme ve korunma vb. yöntemlerini işaret etmektedir adeta. Spinoza'nın "deus sive natura" diyerek tanımladığı doğa düzeni içinde tıpkı atomlar dünyasında tarif ettiğimiz gibi sonsuz nitelikte bir öz vardır. Zihnimizin özü bizim zihnimizden önce de var olmuştu ve zihnimiz bedenimizle birlikte kaybolduktan sonra da var olacaktır. Bu öz anlaşıldığında ve buradaki varlık erdemine uygun yaşandığında ölüm kaygısından uzaklaşılabileceği ve hür olunabileceğini ifade etmiştir.

Döneminde istenmemiş, ağır baskılarla mücadele etmiş bir düşünce adamı olan Spinoza'nın ortaya attığı fikirlerin şimdiki nörobilim bilgileriyle ele alındığında hak ettiği değeri görmediği anlaşılmaktadır. Nörobilim profesörü Damasio, onun bu durumunu şöyle özetlemiştir: "Bir ağaç ormanda sessizce düşmüş ve buna tanıklık etmek için hiç kimse orada bulunmamıştır."

Gılgamış Destanından Günümüze Ölüm Kaygısına Direnme

Dr. Önder Küçük

Tokat Dr. Cevdet Aykan Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Tokat

İlk edebi metinlerden kabul edilen Gılgamış Destanının ölüm karşısındaki insanın tutumunu konu edinmesi, ölümle ilgili farkındalığın, kültürün ortaya çıkışı ve şekillenişindeki etkisini gösterir. Bu metin Mezopotamya uygarlıklarında ölüm karşısındaki insanın yaşadığı çaresizliğin, ölümü kabul edememenin ve sonrasında ölümü hüznün ile kabullenişin öyküsünü anlatır. Gılgamış Babilce “her şeyi görmüş olan” diye bilinir. Buradaki görme edimi bir farkındalığa işaretler: ölümün farkındalığı. Öleceğini bilen ya da öleceğini görmüş olan Gılgamış’ın hikayesinde ölümsüzlük arayışı ön planda olsa da, bu arayışta karşılaştıkları onu başka biri haline getirir ve insanileştirir. Ölümsüzlük ve tanrısalılık arayışından vazgeçer, ölümü kabullenir. Gılgamış artık yeniden doğmuştur. Yapacağımız en iyi şey nedir? sorusuna yanıtlar arar. Yaşamdaki güzellikleri görme, yeni amaçlar edinme, entelektüel güce ve şehvete olanak tanıma, ölümsüz duvarlar inşa etme. Gılgamıştan günümüze ölüme direnmenin yollarını arayan insanoğlunun trajedisi ve insanın ruhsal yapılanmasında ölümün etkisi tartışılacaktır.

Modern Çağda Sevgi ve Kaygı

Uzm. Dr. Berkant Sağır

Mehmet Akif İnan Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Şanlıurfa

Psikanalitik kurama göre insan yavrusunun şimdiki hayatında oluşturduğu savunma düzeneklerinin gelişiminde yaşamının ilk döneminde primer bakım vereni ile geliştirdiği ilişki biçimi yatar. Kendi psikik aygıtının dinamikleri olan libido ve agresyon primer bakım vereni ile ilişkisinde gelişir. İlk sevgi nesnesi de nefret nesnesi de bu primer bakım verendir. Preödüpal ilişkide anneyle ikili ilişki kuran bebek, ödüpal evreyle beraber, babanın yasaasının varlığı ile üçlü bir ilişki kurmaya zorlanır. Doğum ile bozulan dengesi bu sahne ile tekrardan bozulur. Bebek bu evrede, annenin bakışının ve sevgisinin sadece kendisinde olmadığını fark eder. Sevgi nesnesi artık paylaşılmalıdır. Ciddi düzeyde kaygı uyandıran bu sahne kız çocuğu için anneyle rekabet, erkek çocuğu için de babayla rekabeti doğurur.

Freud 1926 yılında yazdığı 'Ketvurmalar, Belirtiler ve Bunaltı' yazısında benliğin kaldıramadığı durumlarda kaygı ile tepki verdiğini belirtir. Kaygının, egonun stres tepkisi olduğunu belirtir. Bütünlük algımızı zorlayıcı olan şeyler biz de bir kaygı tepkisi oluşturur.

Bireyciliğin ve faydacı yaşamın ön plana çıktığı modern yaşamda kişiler alıp ve verme değerlerinden uzak bir yaşam sürmektedir. Karşılıklı anlayış ve ortak bir yaşam sürebilmeyi gerektiren sevgi, modern çağda belirgin bir kaygı oluşturmaktadır. Karşılıklı ilişki kurmayı ego bütünlüğünü bozacak bir tehdit olarak algılamaktadır.

Erich Fromm Sevmek Sanatı adlı yapıtında şöyle bahseder: 'Sevgi bir soyutlamadır. Gerçekte var olan ise, sevmek eylemidir. Sevmek, yaratıcı bir etkinlikdir. Bir insana ya da bir şeye ilgi duymayı, onu tanımak istemeyi, onu anlamayı, doğrulamayı ve onun yanındayken sevinç duyabilmeyi doğurur. Bu ister bir insan, ister bir resim, isterse bir ağaç olsun sevmek eyleminin özellikleri hiç değişmez. Sevmek, sevilen insanı ya da nesneyi canlandırmak, onun yaşam duygusunu arttırmak anlamına gelir. Aynı zamanda, kişinin kendisini de canlandıran, yenileyen ve hareketlendiren bir süreçtir.'

Premodern çağların fedakar ilişki biçimleri, modern çağda iki taraflı bir fanus ilişkisine dönmekte. Üçüncü alan yaratma, değerler oluşturma bir yük olarak algılanmaktadır. O fannusa çarpan her rüzgarda bir sarsıntı hissettirmektedir.

Peki nasıl oluyor da böyle oluyor?

Kaygıya Felsefeden Bir Bakış: Søren Kierkegaard

Dr. Ferhat Yaylacı

Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Tokat

19. yüzyılın başında, Kopenhag'da yaşayan varlıklı bir ailenin yedinci ve son çocuğu olarak doğan, Danimarkalı filozof Søren Aabye Kierkegaard'ın Kaygı Kavramı (Begrebet Angest / The Concept of Anxiety) isimli eseri 17 Haziran 1844'de yayınlanmıştır. Kierkegaard'ın döneminin düşünsel, sosyal ve psikolojik yapısı göz önüne alındığında, onun temelde insanın kendisiyle olan probleminden meydana gelen kaygı üzerine bir çalışmayla ortaya çıkması şaşırtıcı değildir. İnsanlarda kaygı, dünyada artık kendini evinde hissetmeme duygusuna karşılık gelir. Kierkegaard bunu etkileyici bir metaforla tarif eder: “Kaygı baş dönmesiyle karşılaştırılabilir. Gözü rastlantı eseri aşağıya, cehennemin ağzını açmış boşluğa takılan bireyin başı döner.” Başı döndürenin özgürlük olduğunu belirtir. Yani, adımı boşluğun belirsizliğine doğru atmak ve atmamanın kararını verebilecek olmak ve tüm olasılıkların bir an için karşımızda olması hali bireyde bu baş dönmesini meydana getirir. Benzer şekilde kaygı da olasılıklar arasında seçim yapmanın sorumluluğunun bize ait olduğu her durumda ortaya çıkan baş dönmesi halidir. Bu noktada “seçim kavramı” ve Kierkegaard'ın kaygıya dair belirlemesinde seçimin önemli rolü karşımıza çıkmaktadır. Birey seçimi ancak kaygı içerisinde gerçekleştirebilir ve kaygı bireye estetik varoluşun (Kierkegaard'ın ortaya koyduğu estetik, etik ve dini varoluş aşamalarından ilki) belirlenimlerinden daha fazlası olduğunu hissettiren, bireyi içinde bulunduğu şartlardan koparan bir güçtür. Birey olanakların tüm sonuçlarını ve sorumluluklarını kabul eder ve ilk olarak seçim yapmanın seçimini yapar. İkincisi ise iyinin ve kötünün seçilmesidir. Burada önemli olan iyi ve kötü arasındaki tercihlerden çok seçim yapma sorumluluğunu kendi varoluş alanımıza dahil etmektir. Başka bir deyişle, kaygı içerisinde gerçekleştirilen seçim, olanaklarıyla yüzleşen insanın varoluşsal bir tepkisidir. Kısaca, Kierkegaard için kaygı, insanın biyolojik doğasından kaynaklanan anormal bir durum veya psikolojik bir rahatsızlığın semptomu değil, insan olma durumunun parçasıdır.

Cinsiyet Geçiş Süreci

Doç. Dr. Şenol Turan

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, İstanbul

Cinsiyet Disforisi (CD) bireyin cinsiyet kimliği (gender) ile, o birey için doğumda belirlenmiş olan cinsiyeti (sex assigned at birth) arasındaki uyumsuzluktan kaynaklanan zorlanmadır. DSM-5'te yaygınlığının, doğumda belirlenen cinsiyeti erkek olan erişkinlerde % 0,005-0,014, kadın olan erişkinlerde % 0,002-0,003 oranında olduğu bildirilmiştir.

Son yıllarda cinsiyet kimliğinin ve CD'nin nasıl geliştiği nörobilimin önemli bir araştırma alanı haline gelmiştir. Yapılan çalışmalar CD ile ilişkilendirilebilecek net bir biyolojik anormallik ortaya koyamamış olsa da, genetik faktörler ve anne karnında androjenlere maruz kalma gibi biyolojik mekanizmaların etiyolojideki yerinin, ebeveyn ilişkileri gibi çevresel faktörlerden daha net olduğunu göstermektedir.

CD'nin tanı ve tedavisini, "World Professional Association for Transgender Health" (WPATH) tarafından 2011 yılında 7.si yayınlanan standart bakım ilkeleri çerçevesinde yürütmek önerilmektedir. Cinsiyet geçiş süreci olarak ifade edilen bu süreç, cinsiyet kimliğinin ve rolünün dışavurumunda değişiklik yapma, psikoterapi, hormonal tedaviler ve cerrahi tedaviler şeklinde dört başlık altında toplanmıştır. CD tanısının konulması, cinsiyet kimliğinin ve rolünün çevreye açıklanmasında yaşanan negatif etkilerle baş etme, damgalanma, içselleştirilmiş transfobi, beden imajı ve dayanıklılık üzerine çalışmak; hormon tedavisi ve ameliyatlardan beklentilerin ve bu tedavilerden sonra yaşanabilecek güçlüklerin tartışılması; aile bilgilendirme ve destek toplantıları ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanının alanı içerisindedir. CD'nin tedavisi bireysel olmalıdır. Bazı bireyler sadece hormon tedavisi görmek istediklerini, bazıları hem hormon hem de cerrahi tedavileri istediklerini ifade edebilirken, bazıları da kendi bedenlerine yönelik hiç bir müdahale istemediklerini söyleyebilirler.

Türkiye'de cinsiyet geçiş sürecine yönelik tıbbi müdahalelerin uygulanabilmesi için, Türk Medeni Kanunu'nun 40. Maddesinde belirlenmiş şartların (18 yaşını doldurmuş olmak, evli olmamak, transseksüel yapıda olup cinsiyet değişikliğinin ruh sağlığı açısından zorunlu olması ve üreme yeteneğinden sürekli biçimde yoksun bulunmak) sağlanmış olması gerekmektedir. Anayasa Mahkemesi 2017 yılında bu kanunda yer alan "üreme yeteneğinden sürekli biçimde yoksun bulunduğu" ibaresinin Anayasa'ya aykırı olduğuna ve iptaline karar vermiştir. Bu karar, hem CD olan bireylerin hem de hekimlerin önündeki önemli bir zorlanmayı ortadan kaldırmıştır.

Bariatrik Cerrahi Sonrası Değişen Yeme Davranışı/Yeme Bozuklukları

Dr. Burak Okumuş

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

Bariatrik cerrahi; yaşam tarzı ve ilaç tabanlı yaklaşımların etkisiz olduğu kanıtlanan obez hastalar için bir seçenektir(1). Bariatrik cerrahi prosedürleri, 1950'lerde jejunal ileal bypass, 1960'ların sonlarında gastrik bypass, 1990'larda gastrik bant ve daha popüler hale getirilmiş vertikal sleeve gastrektomi operasyonlarından başlayarak yıllar içinde gelişti(1). Gelişmesinde muhtemelen dünya çapında yetişkinlerin yaklaşık %12' sinin obez olmasının etkisinin olabileceği de düşünülebilir(2). Bariatrik cerrahi sonrası yeme davranışındaki değişiklikler hakkında bildiklerimizin kapsamlı bir hale gelmesi için çıkılan yolculukta yararlı olabilecek ilk veriler, açlık ve tokluğun biyopsikolojik çerçevesinin gözden geçirilmesidir(1). Doygunluk kaskadını başlatan aşama olarak açlık; beslenmeyi tetikleyen yiyecek arama ve tüketme için bir dürtü olarak tanımlanmaktadır(1). Açlık, gıda alımını tetikleyen ve vücudu sindirime hazırlayan kognitif ve duyuşal sinyallerle oluşturulur(1). Yemek sırasında (prandial faz), midede yiyeceğin varlığı yani yenen miktarın tespiti mekanoreseptörler tarafından algılanır ve sinyaller vagus siniri yoluyla beyine gönderilir(1). Bundan sonraki süreçte; doygunluk ve doyma süreçlerinin düzenlenmesi kompleks sinyallerle sağlanır(1). Bariatrik ameliyatlar sonrasında hastalardan; yemek miktarlarını azaltma, aldıkları besinleri çok iyi çiğneme ve kendilerini tok hisseder hissetmez yemek yemeyi bırakma gibi yeme davranışları kazanmaları istenir(1). Bariatrik ameliyatlar sonrasında birey normal yeme düzenine geçene kadar belirli süreçlerden geçmektedir(3). İlk dönemde sıvı gıdalar 2 hafta boyunca tüketilirken, ikinci dönemde 2 hafta daha yumuşak, püre tarzı yiyecekler ve bundan sonraki dönemde 2 hafta yumuşak kıvamlı katı gıdalar tüketilir(3). Bundan sonraki dönemde hastalar normal gıda alımına başlayabilmekle birlikte bu süreçte bazı hastalarda yeni beslenme prensiplerine uyum konusunda sıkıntılar gözlemlenmektedir(3). Bu süreçte hastaların psikiyatristler tarafından yakından izlenmesi çok önemlidir çünkü ameliyat ertesi gelişebilen bozulmuş yeme davranışları, oluşabilecek yeme bozukluklarını gözden geçirilerek cerrahide kaybedilen kiloların tekrar kazanılmasına neden olabilir(4). Bariatrik cerrahinin sonuçları değişkenlik göstermektedir(4). Bazı hastalar suboptimal sonuçlar elde edebilirken, bazı hastalar uzun süreli takiplerde cerrahi öncesi ağırlığına veya fazlasına ulaşabilmektedir(4). Araştırmalar tıknırcasına yeme, yeme üzerinde kontrol kaybı ve sürekli atıştırma veya "otlama" gibi uyumsuz yeme kalıplarının yüksek prevalansını bildirmiştir(4). Bu durum artmış

kalori alımı, daha kötü sonuçlar ve tedavinin başarısızlığı ile bağlantılı olmuştur(4). Bu hastaların; özellikle yeme davranışı konusunda daha fazla kilo kaybedenlerden nasıl farklılaştığını anlamak, cerrahi tedavilerin daha da başarılı olmasına ve bu hastaların yaşam kalitelerinin artmasında faydalı olabilir. Sonuç olarak; hastaların yaşam kalitesini artırmak, aynı zamanda tedavi başarısını tehlikeye atabilecek yeme davranışları veya bozukluğunu değerlendirmek multidisipliner yaklaşımların bilinen önemini tekrar hatırlatmakta ve bu konuda yapılabilecek yeni çalışmalara ihtiyacı göstermektedir.

Kaynaklar

1. Najim WA-N, Docherty NG, Roux CW le. Food intake and eating behavior after bariatric surgery. *Physiol Rev J.* 2018;98(3):1113–1141.
2. Primeaux SD, de Silva T, Tzeng TH, Chiang MC, Hsia DS. Recent advances in the modification of taste and food preferences following bariatric surgery. *Reviews in Endocrine and Metabolic Disorders.* 2016. p. 195–207.
3. Ünal Ş. Bariatrik Cerrahi Sonrası kilo geri alımının, gece yeme, duygusal yeme, yeme endişesi, depresyon ve demografik özellikler tarafından yordanması. İstanbul Arel Üniversitesi; 2016.
4. Conceição E, Mitchell JE, Vaz AR, Bastos AP, Ramalho S, Silva C, et al. The presence of maladaptive eating behaviors after bariatric surgery in a cross sectional study: Importance of picking or nibbling on weight regain. *Eat Behav.* 2014;15(4):558–62.

Şizofrenide Yapısal Düşünce Bozukluğunun Hastalık Şiddeti ve Nöropsikolojik İşlevlerle İlişkisi

Prof. Dr. A. Elif Anıl Yağcıoğlu

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Ankara

Yapısal düşünce bozuklukları birçok psikiyatrik bozuklukta görülmesine rağmen şizofreninin ana özelliklerinden birisi olarak kabul edilmektedir. Düşünce süreci bozukluklarında pozitif ve negatif boyutlara ek olarak subjektif ve objektif boyutların da olduğu gösterilmiştir. Şizofrenide pozitif düşünce süreci bozuklukları akut psikotik dönemin en belirgin özelliklerinden biridir ve sıklıkla psikotik dönem yatıştığında azalabilir veya tamamen düzelebilir. Ancak negatif düşünce süreci bozuklukları akut psikotik dönemden sonra da devam edebilmektedir. Şizofrenide süregiden yapısal düşünce bozukluğu hastalık şiddetinin bir göstergesi olarak da görülmektedir (1).

Şizofrenide düşünce süreci bozukluklarının patogenezi anlamak için yapılan araştırmalar bu belirtilerin bilişsel işlevlerle olan ilişkisine odaklanmaktadır. Bu araştırmalarda düşünce süreci bozuklukları ile sözel akıcılık, işlem belleği, yürütücü işlevler, dikkat, somut düşünme gibi bilişsel işlevler arasında ilişki bulunmuştur (1,2).

Bu sunumda düşünce süreci bozukluklarının hastalık şiddeti ve bilişsel işlevler ile ilişkisi, Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim dalında yapılmış olan Düşünce ve Dil Bozukluğu Ölçeği-TALD (3) Türkçe uyarlaması (TALD-TR) (4) kullanılarak gerçekleştirilen bir çalışmanın bulguları doğrultusunda incelenecektir. Toplam 70 DSM 5 Şizofreni tanısı olan hastanın dahil edildiği bu çalışmada, korelasyon analizlerinde TALD toplam puanı ile hem Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS) toplam puanı, hem de PANSS alt ölçek puanları arasında pozitif yönde ilişki olduğu gösterilmiştir. Aynı zamanda şizofreni hastalarında düşünce süreci bozukluğunun şiddeti, hastalık süresi ile pozitif yönde, hastalığın başlangıç yaşı ile negatif yönde ilişki göstermiştir. Yaş ve eğitim yılının kontrol edildiği kısmi korelasyon analizlerinde Objektif Pozitif belirtilerin yürütücü işlevlerdeki bozulma ile ilişkili olduğu, Objektif Negatif belirtilerin işlem belleği, kategori akıcılığı, yürütücü işlevler, somut düşünme ve yarı baskılanması ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Bu bulgular, ilgili güncel literatür ışığında gözden geçirilecektir.

Kaynaklar

1. Kircher T, Bröhl H, Meier F, Engelen J. (2018). Formal thought disorders: from phenomenology to neurobiology. *The Lancet Psychiatry*, 5(6):515-526.
2. Nagels A, Fährmann P, Stratmann M, Ghazi S, Schales C, Frauenheim M, Turner L, Hornig T, Katzev M, Müller-Isberner R, Grosvald M, Krug A, Kircher T. (2016). Distinct Neuropsychological Correlates in Positive and Negative Formal Thought Disorder Syndromes: The Thought and Language Disorder Scale in Endogenous Psychoses. *Neuropsychobiology*, 73(3), 139-147.
3. Kircher T, Krug A, Stratmann M, Ghazi S, Schales C, Frauenheim M, Turner L, Fährmann P, Hornig T, Katzev M, Grosvald M, Müller-Isberner R, Nagels A. (2014). A rating scale for the assessment of objective and subjective formal Thought and Language Disorder (TALD). *Schizophr Res*, 160(1-3), 216-221.
4. Mutlu, E., (2018). Düşünce ve Dil Bozukluğu Ölçeğinin Türkçe uyarlaması ve şizofrenide düşünce bozukluğunun hastalık şiddeti, bilişsel işlevler, genel ve sosyal işlevsellik ve yaşam kalitesi ile ilişkisi. Uzmanlık Tezi. Tez Danışmanı: Prof. Dr. A. Elif Anıl Yağcıoğlu. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara.

Preoperatif Psikiyatrik Değerlendirme

Uzm. Dr. Selim Polat

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

Beden yağ miktarının sağlığı bozacak şekilde fazla ve anormal olarak birikmesi olarak adlandırılan obezite; bipolar bozukluk, tıknırcasına yeme bozuklukları, şizofreni ve madde bağımlılığı gibi bir çok psikiyatrik problem ile ilişkilendirilebilmektedir. Obezitenin bilişsel etkileri bilinmekle beraber, tedavinin olumlu etkileri önemini arttırmaktadır. Amerikan Ulusal Sağlık Enstitüsü, obezite tedavisinde kullanılan diyetle müdahale, çeşitli davranış düzenlemeleri ve ilaçla tedavi gibi konservatif tedavi yöntemlerindeki başarının düşük olmasını göz önüne alarak, BKİ 40 kg/m²'nin üzerinde veya BKİ'si 35-40 kg/m² arasında olup da kiloyla ilişkili ameliyata engel olmayacak hastalığı bulunan hastalara, iyi bilgilendirilmeleri koşuluyla obezite cerrahisinin uygulanabileceğine karar vermiştir(1,2). Giderek yaygınlık kazanan ve dikkat çekilmesi gereken önemli bir konu olan obezite cerrahisi için gerek operasyon öncesi gerek operasyon sonrası psikiyatrik değerlendirmelerin azlığı bu yönde yapılacak çalışmaların önemini arttırmıştır. Obezite cerrahisi öncesinde ruhsal-toplumsal değerlendirme için henüz dünyada kabul edilmiş ortak bir kılavuz yoktur. Şimdiye kadar yapılan çalışmalarda seçilen yöntem ve gereç farklılıkları, cerrahi öncesindeki ruhsal-toplumsal durumların cerrahi sonrası sonuçlara etkisini karşılaştırmayı ve sağlıklı çıkarımlara varmayı güçleştirmektedir(3). Cerrahi sonrası süreçte kontrollerin sürekliliği de maalesef ki yetersizdir. Cerrahi sonrası beklenen olumlu etkileri yanında hızlı kilo vermenin getirebileceği olası duygusal sorunların da gözlenmesi gerekebilmektedir. Preoperatif değerlendirme sonraki süreçte karşılaşılabilecek ani hormonal değişikliklerin sonucunda karşılaşılabilecek ruhsal durumlar açısından hastanın bilinçlendirilmesi olmasıyla birlikte, cerrahiye hazırlıklı ruhsal durumun olup olmadığı, obezitenin temelini oluşturabilecek yeme bozuklukları gibi psikiyatrik hastalıkların bu durumun sebebi mi gibi sorular açısından değerlendirme yapılmasıdır. Literatürde bu konularda yeterli çalışma olmayışı bu alanda yapılacak çalışmaların önemini arttırmaktadır.

Kaynaklar

1. Santry HP, Gillen DL, Lauderdale DS. Trends in bariatric surgical procedures. JAMA 2005; 294:1909-1917.
2. Ayyad C, Andersen T: Long-term efficacy of dietary treatment of obesity: a systematic review of studies published between 1980 and 2000. Int J Obes 2002; 26:1155-1162.
3. Lanyon R, Maxwell B. Predictors of outcome after gastric bypass surgery. Obes Surg 2007; 17:321-328.

Bariyatrik Cerrahinin Cinsel İşlevler Üzerine Olan Etkisi

Doç. Dr. Esra Yancar Demir

Medical Park Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Ordu

Diabetes Mellitus, kronik hipertansiyon ve solunum yolu hastalıklarıyla ilişkili olan ve yaşam kalitesini ciddi oranda bozan obezite tüm dünyada özellikle de gelişmiş ülkelerde büyük bir halk sağlığı sorunudur ve artan bir prevalans göstermektedir. Obezite sadece kişinin beden imajını, fiziksel aktivite kapasitesini ve psikolojik durumunu bozma yoluyla değil aynı zamanda sex hormon düzeylerini düşürerek te cinsel fonksiyonları olumsuz etkiler. Bir hastalık olarak kabul edilen obezitenin tedavisinde diyet, egzersiz ve medikal tedavi en sık kullanılan yöntemler olmasına karşın özellikle morbid obez hastalarda istenen sonuca ulaşmakta yetersiz kalabilmektedirler. Bu yöntemlerle kilo verenlerin %66'sının 24 ay içerisinde eski kilolarına döndükleri tespit edilmiştir.

Son dönemlerde yaygınlığı giderek artan bariyatrik cerrahi özellikle morbid obez hastalarda en önemli tedavi methodudur. Bariyatrik cerrahi sonrası hızlı kilo kaybına bağlı sarkan deri nedeniyle ortaya çıkabilen fiziksel görünümdeki bozukluklar ve beslenme yetersizlikleri cinsel yaşamı olumsuz etkileyebilmekle birlikte, birçok çalışma kilo kaybının cinsel fonksiyonları ve sex hormonlarını olumlu etkilediğini göstermektedir. Ayrıca erektil disfonksiyonun da endotel disfonksiyonu ve testestoren seviyelerindeki düşüklük nedeniyle obez hastalarda daha sık saptandığı , erkek hastalardaki bariyatrik cerrahiden sonra erektil disfonksiyonda da düzelme olduğunu destekleyen yayınlar bulunmaktadır. Hastaların operasyon öncesi dönemdeki ve operasyon sonrası dönemdeki orgazm fonksiyonu, cinsel ilişki memnuniyeti ve genel memnuniyet skalalarının karşılaştırıldığı ve operasyon sonrası tüm bu skalalardaki iyileşmenin gösterildiği çalışmalarda bariyatrik cerrahinin cinsellik üzerindeki olumlu etkisini destekler niteliktedir.

Bariyatrik Cerrahi Sonrası İntihar Girişimi

Uzm. Dr. Özgür Maden

SBÜ Sultan Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Servisi, İstanbul

Bariyatrik cerrahi, erken ölüm (Adams ve ark., 2007), kardiyovasküler olay (Sjöström ve ark., 2012) ve diyabetin mikrovasküler ve makrovasküler komplikasyon riskini (Carlsson ve ark., 2017) azaltır. Bununla birlikte, bazı işlemlerden sonra artan alkol ve madde suistimalinin yanı sıra, ameliyatla tedavi edilmeyen şiddetli obeziteye sahip bireylerle karşılaştırıldığında artmış bir intihar riskinin sinyalleri ile birlikte ruh sağlığı üzerindeki olumsuz etkiler konusunda endişe artmaktadır (Arterburn ve ark., 2015). Genel popülasyonla karşılaştırıldığında, bariyatrik cerrahi geçirmiş hastalarda hem intihar riski hem de ölümcül olmayan kendine zarar verme riski daha yüksektir. Ölümcül olmayan kendine zarar verme olayları ameliyattan önce de daha sık görülür.

Son zamanlarda genel popülasyonda yapılan çalışmalar, beden kitle indeksindeki (BKİ) artışın depresyon riskindeki artış ile ilişkili olduğunu göstermiştir. Bununla birlikte, birçok çalışma, kadın ve erkeklerde artmış BMI ile ilişkili intihar riskinin azaldığını göstermesine rağmen, veriler tutarsızdır. İsveç Obezite Çalışmasında kontrol grubuna göre, bariyatrik cerrahi işlemi uygulanan olgularda intihar ve ölümcül olmayan kendine zarar verme davranışının daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Primer prosedür tipine göre yapılan analizlerde, gastrik bypass, gastrik bantlama ve dikey bantlı gastroplasti operasyonları kontrollerle karşılaştırılmış ve SOS cerrahi grubunda intihar nedeniyle dokuz ölümden beşi mide bypassından sonra meydana gelmiştir. Gastrik bypass grubunda, yoğun yaşam tarzına göre daha fazla intihar veya ölümcül olmayan kendine zarar olayları bildirilmiştir.

Bariyatrik cerrahinin fazla kiloları azalttığı, erken ölüm riskini azalttığı ve kardiyovasküler ve metabolik sağlığı iyileştirdiği gösterilmiştir. ABD’de 10 yıllık bir süre zarfında, çoğu intiharın ameliyattan sonraki ilk 3 yıl içinde gerçekleştiği, intihar oranlarının erkeklerde 10000’de 13,7, kadınlarda 10 000’de 5,2 olduğu, yaş ve cinsiyetle eşleştirilmiş genel popülasyonda ise intihar oranlarının erkeklerde 10000’nde 2,4, kadınlarda 0,7 olduğu bildirilmiştir. BMI artışı ile intihar girişimlerinin arttığı, erkeklerde intihar nedeniyle ölümlerin BKİ ile ters bir ilişki olduğu rapor edilmiştir (Neovius ve ark., 2018).

Danimarka’da yapılan bir kohort çalışması, bariyatrik cerrahi ile tedavi edilenler ile obezite tanısı ile hastaneye başvuran ve bariyatrik cerrahi geçirmemiş hastalar arasında intihar sıklığı açısından bir fark göstermemiştir (Kovacs ve ark., 2017).

Bir meta-analiz çalışmasında, katılımcıların çoğunun kadın olduğu, en sık yapılan ameliyatın Roux-en-Y gastrik by-pass ameliyatı olduğu, bariyatrik cerrahi sonrası intihar oranının 2,7/1000, kendine zarar verme davranışının 17/1000 olduğu, kendine zarar verme/intiharın bariyatrik cerrahi grubunda kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Castaneda ve ark., 2018).

Omalu ve ark.nın yaptığı çalışmada (2007), bariyatrik cerrahi sonrası ölümlerin en sık nedeninin intihar ve koroner arter hastalığı belirtilmiştir. Tindle ve ark. (2008), bariyatrik cerrahi sonrası intihar oranının %6.6, erkeklerde 13.7/10000, kadınlarda 5.2/10000 olduğu ve intihar girişimlerinin %30'unun ilk iki yılda, %70'inin ilk üç yıl içinde olduğunu belirtmişlerdir.

Metabolik nedenler nedeniyle, cerrahi sonrası kilo değişimleri suisid riskinde artmaya neden olmaktadır. Bariyatrik cerrahi sonrası alkol duyarlılığındaki değişimler, alkol intoksikasyonuna neden olmaktadır. Bu durum bireylerdeki engellenme eşliğini düşürmekte ve dürtüsellğe neden olmaktadır. Cerrahi prosedürlere bağlı anatomik ve fizyolojik değişimler alkol emilimi ve metabolizmasını etkilemektedir. Cerrahi sonrası mide hacminin azalması, belirgin derecede kilo kaybı, oral alkol oksidasyonunun %6-8'inden sorumlu gastrik alkol dehidrogenaz enzimindeki azalma alkol emilimini ve metabolizmasını etkilemekte ve intihara neden olmaktadır.

Nöroglikopeni, post-prandiyal hiperinsülinemik hipoglisemi, Roux-en-Y gastrik by-pass operasyonunun bir komplikasyonudur. Bu sendromda görülen konfüzyon intihar girişimlerine neden olabilmektedir. Post-op. dönemde ortaya çıkan malabsorbsiyonlar antidepresan ilaçların metabolizmasını bozmakta ve depresif belirtilere neden olmaktadır. Genetik ve çevresel faktörlerin birlikteliği, intihar girişimine katkıda bulunur. Ameliyat sonrası gastrointestinal peptid düzeylerinde meydana gelen değişiklikler, duygudurum, anksiyete ve kognitif işlevlerde değişikliklere neden olmaktadır. Bu peptidler, ghrelin, PYY3-36 ve GLP-1'dir. Roux-en-Y gastrik by-pass operasyonu sonrası GLP-1 düzeylerindeki artışın kognitif işlevlerle ilişkili olduğuna dair kanıtlar vardır.

Cerrahi sonrası cinsel işlev bozuklukları (cinsel istek azalması, libida kaybı, cinsel aktivite sıklığında azalma, erektil disfonksiyon vb.) düzelir. Olumsuz beden imajı, aşırı sarkık deri nedeni ile kötü beden görünümü, erektil disfonksiyon gibi cinsel sorunlar, cerrahi sonrası 1-2 yılda yeniden kilo alımı, marital sorunlar (kıskançlık, güvensizlik, ilişki sorunları) anksiyete ve depresyona neden olmakta ve olası intihar girişimi riskinde artışa yol açmaktadır.

Çocukluk çağı travmaları, erişkin dönemdeki BKİ artış ve obezite ilişkilidir. Travmatik yaşantılar, anksiyete ve depresyona neden olarak intihara zemin hazırlar. Bariyatrik cerrahi hastalarının okul başarısında düşme, daha önceki intihar girişimleri, psikolojik stres, ümitsizlik, yalnızlık düşünceleri, yaşam boyu majör depresyon intihar düşünceleri ile ilişkilidir.

Bariyatrik cerrahi sonrası ilk 6 ayda fiziksel aktivite düzeylerinde düzelmeye görülür. Fiziksel aktivite uzun dönemde kilo alımını önlemekte ve hastalıkların ortaya çıkmasını engellemektedir. Benlik saygısında artış ile birlikte duygudurumdaki olumlu gelişmeler, intiharı önlemektedir.

İntihar düşünceleri açısından aşırı derecede obez olan bireyler rutin taramalar ile izlenmelidir. Sağlık uzmanları sadece tıbbi durumlar ile ilgilenmemeli, aynı zamanda hastaların ruhsal sorunlarına da odaklanmalıdır. Bu bireylere intiharı önleme programları önerilmeli ve özellikle yalnızlık, ümitsizlik, damgalanma gibi intihara riski ile ilişkili temalara yer verilmelidir.

İnsomnia Tedavisinde Farmakoterapi’de Neredeyiz?

Doç. Dr. Hüseyin Güleç

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

Uykusuzluk (insomnia) Bozukluğu, ICSD-3’e göre, uygun koşul, ilişkili gündüz şikayeti ve bozulmuş uyku örüntü üçlüsünü içeren bir sıkıntı olarak tanımlanmaktadır. Değişik sınıflandırmalarda (ICD, DSM, ICSD) hatta aynı sınıflandırmanın değişik güncellemelerinde değişim gösteren ve tedavisinde de gelişmelere hala ihtiyaç görülen bir durumdur. Alt tipler için de durum farklı değildir. Son güncellemede (ICSD-3), haftada en az üç kez ve en az üç ay boyunca devam ettiği zaman kronik, belirti ölçütlerini karşıladığında ancak üç aydan az sürdüğü zaman, kısa süreli uykusuzluk şeklinde iki uyku hastalığı ile artı kategori (diğer durumlar) olarak tanımlanmıştır¹.

Tedavide şu anki kabule göre (onaylanmış endikasyonlara sahip) uykusuzluk ilaçları dört ayrı farmakodinamik sınıfta toplanmıştır; benzodiazepin reseptörü agonistleri, bir melatonin res. agonisti, bir seçici histamin res. antagonisti ve dual orexin/hipokretin res. antagonisti².

Table 1. Approved indications for US insomnia medications.

Medication	Unspecified insomnia	Sleep onset	Sleep maintenance	Early awakening
Benzodiazepine receptor agonists		✓	✓	✓
Estazolam		✓	✓	✓
Flurazepam		✓	✓	✓
Quazepam		✓	✓	✓
Temazepam	✓			
Triazolam	✓			
Eszopiclone		✓	✓	
Zaleplon		✓		
Zolpidem		✓		
Zolpidem ER		✓	✓	
Zolpidem spray		✓		
Zolpidem sublingual		✓		
Zolpidem sublingual—MOTN			✓	

Table 1. Approved indications for US insomnia medications.

<i>Medication</i>	<i>Unspecified insomnia</i>	<i>Sleep onset</i>	<i>Sleep maintenance</i>	<i>Early awakening</i>
Melatonin receptor agonist Ramelteon		✓		
Selective histamine receptor antagonist Low-dose doxepin			✓	
Dual orexin/hypocretin receptor antagonist Suvorexant		✓	✓	
Neubauer ve ark. Pharmacotherapy of Insomnia J Cent Nerv Syst Dis. 2018				

Uykusuzluk için genel tedavi önlemleri, komorbid medikal ve psikiyatrik durumların tedavisini, uykuyu etkileyen ilaç ve maddeleri modifiye etmeyi ve uyku ortamını optimize etmeyi içerir. İlaçların birbirleri arasındaki karşılaştırmalar yüz güldürücü görülmemektedir. Hatta kombinasyonların varlığı da aynı şekilde olmaktadır³ (Brasure ve ark. Management of Insomnia Disorder. Comparative Effectiveness Reviews, No. 159 2015). Son yıllarda hipnotik ilaçlarla birlikte hem farmakodinamik hem de farmakokinetik gelişmeler, farklı hasta popülasyonları ve bireysel uyku bozuklukları için kişiselleştirilmiş tedavi yaklaşımlarına izin vermek için kodeks genişletilmiştir.

Meta-analizler hem BZD'ler hem de BZRA'lar ile büyük uyku sonuçları değişkenleri için küçük ila orta derecede etki büyüklükleri önermektedir. Bununla birlikte, bu analizlerden bazıları, tedaviyle ortaya çıkan istenmeyen olaylarda önemli artışlar bildirmekte ve göreceli risklerine ilişkin kaygılarını artırmaktadır: fayda oranı. Uykusuzluk tedavisinde antidepresanların kullanımını destekleyen veriler yetersizdir. Genel olarak, çalışmalar, yüksek kaliteli kanıtların bulunmaması ve araştırmalar boyunca tasarım ve metodolojide kayda değer değişkenlik ile sınırlıdır. Tüm bu analizler, yalnızca belli başlı ilaç grupları (örn., BZD'ler, BZRA'lar) için etkinlik göstermiş, bireysel ajanlar için güvenlik veya etkinlik konularına değinmemiştir⁴.

Immunoterapinin Etyopatogenezdeki Rolü

Doç. Dr. Neslihan Akkişi Kumsar

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

N-Methyl-D-Aspartate Receptor (NMDA) ensefalitinin 2007 yılında tanımlanmasından sonra otoimmün ensefalit kavramı nöroloji ve psikiyatri literatürüne girmiştir (1). Progresif seyirli ensefalopati; NMDA reseptörlerinin NR1 subunitine karşı immunglobulin G antikorlarının oluşması ile karakterizedir ve genellikle nörolojik bulgulardan önce psikoz tablosu ile prezente olmaktadır. Erken yakalanabilen durumlarda agresif immunoterapi uygulamaları ile tedavi edilmektedir. Bu durum psikiyatrik hastalıklarda immun sistemin rolünü araştırmaya itmiştir. Bu bağlamda enfeksiyonlar ve otoimmün hastalıklarla psikiyatrik hastalıkların ilişkisini araştıran çalışmaların sayısı giderek artmaktadır. Periferik proenflamatuvar belirteçler (interleukin 1 β , IL-1 β , IL-6, IL-8), immun sistemi regüle eden genler, antienflamatuvar tedaviler araştırılan alanlar arasında sayılabilir (2). Çalışmaların odaklandığı psikiyatri alanları daha çok şizofreni ve bipolar bozukluk olmakla birlikte depresyon, anksiyete bozuklukları gibi alanlarda da çalışmalar giderek artmaktadır. Bu sunumda immun süreçlerin psikiyatrik hastalıklardaki etyopatogenezdaki rolleri tartışılacak olup ilgili mekanizmalar açıklanmaya çalışılacaktır.

Kaynaklar

1. Dalmau J, Tuzun E, Wu HY, Masjuan J, Rossi JE, Voloschin A, et al. Paraneoplastic anti-N-methyl-D-aspartate receptor encephalitis associated with ovarian teratoma. *Ann Neurol* 2007; 61 (1): 25 – 36.
2. Goldsmith DR, Rapaport MH, Miller BJ. A meta-analysis of blood cytokine network alterations in psychiatric patients: comparisons between schizophrenia, bipolar disorder and depression. *Mol Psychiatry*. 2016; <http://www.nature.com/doi-finder/10.1038/mp.2016.3%5Chttp://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26903267>

İnsomnia Tedavisinde Tek Seçenek İlaçlar mı? İnsomnia Tedavisinde Psikoterapotik Yaklaşımlar

Doç. Dr. Neslihan Akkişi Kumsar

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

İnsomnia en sık görülen uyku bozukluğudur (1). İnsomnia, yaygın olarak uykuya başlama zorluğu ya da uyku bütünlüğünün bozulması (uyku devamlılığı zorluğu) olarak tanımlanabilir ise de daha nadir olarak uykunun dinlendirici olmaması olarak da tanımlanmıştır. İnsomnia, her ne kadar, çoğunlukla ya primer bir uyku bozukluğu ya da diğer uyku, psikiyatrik, veya tıbbi rahatsızlıklara bağlı sekonder olarak gelişmiş bir uyku bozukluğu olarak sınıflanabilirse de, pratikte insomnia semptomunun altında yatan gerçek nedeni bulmak sıklıkla zordur ya da birden fazla neden olabilir. İnsomnia, kişinin sosyal fonksiyonlarında bozulma ve yaşam kalitesinde düşme, psikiyatrik bozukluklar geliştirmeye eğilimi, ve artmış sağlık harcamaları gibi ciddi sosyal, tıbbi, ve finansal sorunlara neden olabilir. Primer insomnia'nin psikolojik ve davranış terapileri su yöntemleri kapsar; uyku sınırlama, uyaran control tedavisi, relaxation eğitimi, cognitive stratejiler, ve bu yöntemlerin bir kombinasyonu olabilir, ki bu aynı zamanda insomnia'nin cognitive-behavior tedavisi olarak da adlandırılır (2). Kontrollü klinik çalışmalarının sonuçları, primary insomnia hastalarının %70-80'inin cognitive-behavior tedavisinden kısmen yararlandığını göstermektedir. Buna rağmen bu hastaların sadece %20-30'u tüm insomnia semptomlarından tamamıyla kurtulup "normal uyku" ya döner. Bu sunumda insomnia tedavisine ilaç dışı psikoterapotik yaklaşımların sunulması hedeflenmiştir.

Kaynaklar

1. Soldatos CR. How do individuals sleep around the world? Results from a single-day survey in ten countries. *Sleep Med.* 2005;6:5-13.
2. Espie CA, Hames P, McKinstry B: Use of the Internet and mobile media for delivery of cognitive behavioral insomnia therapy. *Sleep Med Clin* 2013; 8:407-419

İnsomnia Tedavisinde Grup Bilişsel Davranışçı Tedavi Uygulaması ve Erenköy Deneyimler

Uzm. Dr. Onur Durmaz

Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, Psikiyatri Uzmanı, İstanbul

İnsomnia toplumda oldukça sık rastlanan ve en sık görülen uyku bozukluğu olarak karşımıza çıkmaktadır. Uygun hasta grubu için insomnia tedavisinde ilaç tedavilerinin yanında terapi uygulamalarının da en az ilaç tedavileri kadar etkili olabileceği gösterilmiştir. Özellikle bilişsel davranışçı terapi (BDT) yöntemlerinin insomnia tedavisinde etkinliğini gösteren birçok çalışma bulunmaktadır. Terapi uygulamalarında grup terapilerinin eder etkinlik avantajı, grup kohezyonunun avantajları olarak sıralanabilecek artı etkileri BDT uygulamalarında da geçerliliğini korumaktadır. Bu kapsamda grup BDT uygulamaları birçok alanda kullanılmaktadır. Diğer birçok psikiyatrik bozuklukta da karşımıza çıkan bilişsel çarpıtmaların, gerçekçi olmayan hedeflerin, yanlış yorumlamaların ve negatif ruminasyonların uykusuzluğun oluşumunda ve devam etmesinde de önemli rol oynaması söz konusudur. Bu çerçevede bilişsel yeniden yapılandırmaların, davranışçı müdahalelerin ve uyku alışkanlığına yönelik olarak uyku hijyeni, uyaran kontrolü, uyku kısıtlama ve gevşeme egzersizleri gibi faktörlerin grup terapisi disiplini ile birlikte uygulandığı grup BDT uygulamalarının insomnia tedavisindeki yeri klinik deneyimler dahilinde ele alınacaktır.

Gazi Üniversitesi Psikiyatri Kliniğinden Gamma Knife Deneyimleri

Uzm. Dr. İrem Ekmekçi Ertek

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Ankara

OKB hastalarının en az yüzde 10'unun farmakolojik tedavi, psikoterapi, davranışçı terapi, elektrokonvülfiz tedavi yöntemlerinden fayda görmediği biliniyor. SPECT, PET ve fMRI gibi cihazlar yardımıyla beyin bölgelerinden elde edilen fonksiyonel nörolojik görüntülerde ortaya çıkan metabolik düzensizlik bulguları, son yirmi yılda psiko-cerrahi tedavi yönteminin önemini artırmaya başlamıştır. OKB'de orbitofrontal ve singüler korteksten çıkıp, kaudat nucleustan geçerek talamusa ulaşan ve oradan da tekrar kortekse dönen devrenin bozukluğu saptanmıştır. Anterior kapsülotomi ile kapsüle internanın ön ba-cağında iki yanlı lezyon oluşturularak orbitofrontal korteks ile bazal ganglia ve talamus arasındaki bağlantıların bir kısmı kesilmektedir. Gamma knife, koordinatları belirlenmiş beyin bölgesinin, gamma ışınları ile yok edilmesini sağlayan, stereotaktik radyocerrahi adı verilen bir tedavi sistemidir. Araştırmalar, gamma kapsülotominin %55-70 dirençli OKB hastasında düzelme sağladığını göstermiştir. Ancak hasta seçimi bu uygulamada belirgin önem taşımaktadır. Bizim GKVK yapılan olgularımızda, literatürde bildirilen kriterlere uygun olarak; biri klomipramin olmak üzere en az 3 serotonerjik ilaçtan ve BDT'den fayda görmemesi, en az 5 yıldır hastalığın olması gerekli görülmüştür. Hastaların ikisi 2 yıl boyunca izlenirken, 2 olgu ise son 6 aydır izlenmektedir. Yanıt kriteri olarak Y-BOCS skorunda en az %35 azalma baz alındığında, iki hastamızın tedaviye yanıt verdiği görülmektedir. Hastamızın birinde 1. Ve 3. ayda yanıt alınmasına rağmen en son takipte hastalığın yeniden nüks ettiği görülmektedir. 1 hastada ise puanlarında düşme olmasına rağmen bu düşme yanıt düzeyinde olmamıştır. İşlem sonrası yapılan takiplerde hiçbir hastada kişilik değişiklikleri ya da kognitif değişiklik gözlenmemiştir. Hiçbir hastada ciddi bir yan etki görülmemiş olup sadece nüks görülen olguda hasta işlemten sonra geçici olarak çevreye karşı ilgi kaybından şikayetçi olmuştur. Gamma knife ventral kapsülotomi tedaviye dirençli OKB hastalarında iyi bir tedavi seçeneği olarak gözükmektedir. Etkinliğinin ve yan etki profilinin daha iyi değerlendirilebilmesi için daha fazla örneğin yer aldığı ve daha uzun dönem takiplerin yapıldığı çalışmalara ihtiyaç vardır.

Kaynaklar

1. Lopes, A. C., Greenberg, B. D., Canteras, M. M., Batistuzzo, M. C., Hoexter, M. Q., Gentil, A. F., ... & Taub, A. (2014). Gamma ventral capsulotomy for obsessive-compulsive disorder: a randomized clinical trial. *JAMA psychiatry*, 71(9), 1066-1076.
2. Nuttin, B., Wu, H., Mayberg, H., Hariz, M., Gabriëls, L., Galert, T., ... & Taira, T. (2014). Consensus on guidelines for stereotactic neurosurgery for psychiatric disorders. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 85(9), 1003-1008.
3. Spatola, G., Martinez-Alvarez, R., Martínez-Moreno, N., Rey, G., Linera, J., Rios-Lago, M., ... & Régis, J. (2018). Results of Gamma Knife anterior capsulotomy for refractory obsessive-compulsive disorder: results in a series of 10 consecutive patients. *Journal of neurosurgery*, 1(aop), 1-8.

Olgu Sunumu: Atipik Ajan, Atipik Klinik

Dr. Bilge Çınar

Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, İstanbul

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 bozuktur (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 (2). Bu sunumda yakın zamanda psikotik belirtili manik epizot nedeniyle yatarak tedavi görmüş 30 yaşında bir kadın hasta sunulacaktır. Hastada birden fazla sayıda potent antipsikotik kullanımı sonrası NMS tablosu gelişmiş, yaklaşık 2 haftalık bekleme süresinin ardından klozapin gibi NMS açısından kısmen daha güvenli bir ajan başlanmış ve henüz çok düşük dozlarda (25mg/gün) kullanmasına rağmen bilinç bulanıklığı ile başlayan ancak ateş ve rijiditenin bulunmadığı bir tablo ortaya çıkmıştır. Bu olgu sunumunun, klinisyenlerin atipik bir ajan sonrası gelişen atipik bir NMS tablosunu daha iyi tanımasına, anlamasına katkı sağlayacağı düşünülmüştür.

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. 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.

Malign Nöroleptik Sendroma Genel Bir Bakış

Uzm. Dr. Şakir Gıca

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

Nöroleptik malign sendromu (NMS) bilinç değişiklikleri, rijidite, ateş, otonomik belirtiler ile karakterize, nöroleptik ajan kullanımı ile ilişkili, hayatı tehdit eden nöro-psikiyatrik bir acil durumdur. Mortalitesi %10-20 arasında değişmekte olup mortalite nedeni genellikle sistemik komplikasyonlara ve otonomik belirtiler olarak karşımıza çıkmaktadır. Olguların çoğu 20-50 yaşları arasında olmakla beraber tüm yaş gruplarında görülebilir. Yaş risk etkeni değildir. Erkeklerde daha sık görülmektedir. NMS'nin görülme sıklığının 2/1000 - 3/100 arasında değişen oranlarda olduğu bildirilmektedir (1). Dört ana bulgusu haricinde heterojen bir klinik görünümüne sahip olup tanısız olarak değerlendirilmesi konusunda farklı tanı kriterleri bulunmaktadır. Buna ek olarak antipsikotikler haricinde farklı ilaçların kullanılması veya aniden kesilmesi ile de görülebiliyor olması bildirilen görülme sıklıklarındaki belirgin farklılığı açıklayan nedenler olarak sayılabilir. NMS 'nin nedeni tam olarak bilinmemektedir. Dopamin reseptör blokajı birçok teorisinin merkezi konumundadır. Ancak klinikte görülen otonomik aktivite, sempatik sinir sisteminin, tedavi amacıyla kullanılan GABA agonistler ve glutamat antagonistlerinden yola çıkarak da GABA ve glutamat gibi nörotransmitter sistemlerinin tablonun oluşumunda rol oynayabileceği bildirilmektedir.

Bu panel konuşmasının amacı nöroleptik malign sendrom gibi tanınması hayati öneme sahip bir klinik tablonun klinik görünümü, laboratuvar bulguları, patofizyolojisi, tanısız değerlendirilmesi ilgili güncellenmiş bilgilere göz atmaktır.

Kaynaklar

1. Pelonero AL, Levenson JL, Pandurangi AK. Neuroleptic malignant syndrome: a review. Psychiatr Serv 1998;49:1163-72.
2. Tse L, Barr AM, Scarapicchia V, Rodriguez FV. Neuroleptic Malignant Syndrome: A Review from a Clinically Oriented Perspective. Curr Neuropharmacol. 2015 May; 13(3): 395-406.

Atipik Malign Nöroleptik Sendroma Yaklaşım

Uzm. Dr. Özlem Devrim Balaban

Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, İstanbul

Nöroleptik malign sendrom (NMS), farklı görünümelerde karşımıza çıkabilen, nadir fakat ölümcül bir durumdur. Olguların %90'ından fazlasında klinik tablo hipertermi, otonomik instabilite, rijidite, konfüzyon ve kreatinin kinaz seviyesinde artış ile seyretmektedir. NMS için evrensel nitelikte tanı kriteri bulunmamakta, tipik NMS için belirlenen kardinal belirtilerden bazılarının yokluğunda muhtemel diğer tanıların dışlanması ile tanı konulabilmektedir. Eğer tablo tanınmaz ve tedavi gecikir ise, süreç, aspirasyon pnömonisi, akut böbrek yetmezliği, kardiyak arrest, pulmoner emboli, dissemine intravasküler koagülosyon gibi ciddi komplikasyonlar sonucu ölümle sonuçlanabilmektedir. Klinik tablo klasik NMS belirtileri ile kendini göstermez ise tanıda, dolayısıyla tedavide gecikme yaşanabilmektedir. Atipik antipsikotiklerin kullanımının artmasıyla beraber atipik NMS vakaları ile daha çok karşılaşmakatadır. Atipik tabloları konuşmak bu açıdan da önem taşımaktadır. Bu sunumda özellikle atipik NMS kliniğinin etyolojisi, özellikleri, tanı koymaya yönelik ipuçları, ayırıcı tanı ve tedavisi güncel literatür eşliğinde dinleyiciye aktarılacaktır.

Kaynaklar

1. Uvais NA (2017). Atypical neuroleptic malignant syndrome (NMS). Asian journal of psychiatry, 30, 120-121.
2. Vickery PB, Meadowcraft L & Vickery SB (2017). Early detection of an atypical presentation of neuroleptic malignant syndrome: A case report. Mental Health Clinician, 7(3), 137-142.

Nörolojik Yönden NMDAR

Uzm. Dr. Celal Salçını

NP İstanbul Beyin Hastanesi, Nöroloji Uzmanı, İstanbul

Nöronal plastisite ve hafıza üzerindeki etkilerinden dolayı N-metil-D-aspartat reseptörleri (NMDAR) son yirmi yıldır araştırmacı ve klinisyenlerin dikkatlerini çekmektedir. NMDAR santral sinir sisteminde AMPA ve kainat ile beraber üç postsinaptik glutamat reseptöründen biridir. N-metil-D-aspartat (NMDA), in vivo varolmayan, selektif olarak sadece NMDAR reseptörlerini aktive eden, araştırmalarda kullanılan glutamata çok benzer yapay bir aminoasittir. NMDAR glutamat veya glisin gibi nörotransmitterlerin bağlanmasıyla aktive olan bir iyon kanalıdır ve birçok nöropsikiyatrik hastalığın etyopatogenezinde rol almaktadır. [1]

Antikor aracılı otoimmün ensefalitler, hücre yüzey proteinleri, iyon kanalları veya reseptörlere karşı oluşan antikorlar aracılığıyla oluşan nöropsikiyatrik hastalık grubudur. NMDAR ensefaliti bu spektrumda en sık görülen ve en çok tariflenmiş olanıdır. Genellikle tümoral bir tetikleyici nedeniyle oluştuğu bilinse de son zamanlarda viral ensefalitlerin de sebep olabileceği belirtilmiştir.[2] Prodromal nezle benzeri durum, halsizlik ve baş ağrısı hepsinin ortak özelliği olup NMDAR ensefaliti çocuklarda daha çok hareket bozukluğu ile prezente olurken gençlerde psikiyatrik şikayetler ile başlar. Her yaşta olabileceği gibi çocuk ve genç bayanları (4:1) daha sık tutar ve bu hastaların yaklaşık %50 sinde over teratomu saptanır. Hastalık ilerledikçe epilepsi ve hareket bozuklukları eklenir. [2] Hastaların yaklaşık %5'inde monosemptomatiktir ve bu durumda tanı güçleşir. Beyin görüntülemesi %70 vakada normal, EEG'de %50 vakada nonspesifiktir. Sistemik olarak otonomik sistem disfonksiyonu tek bulgudur ve hayatı riskin en büyük sebebidir.

Tedavi tümöral tetikleyicinin ortadan kaldırılması ve immünoterapiden oluşmaktadır. Otonomik bulguların dikkatli yönetilmesi, semptomatik tedavi ve komplikasyon yönetimi de hasta takibinde önem arz etmektedir. Hastaların çoğu spontan iyileşmediğinden erken tanı ve tedavi morbidite ve mortalite riskini en aza indirmektedir. Yeterli tedavi sonucunda hastaların %81'i hafif sekilli veya tamamen iyileşmektedir. [2]

Kaynaklar

1. Vyklícký V, Korinek M, Smejkalová T, Balík A, Krausová B, Kaniakova M, Lichnerova K, Cerný J, Krusek J, Dittler I, Horák M, Vyklícký L Structure, function, and pharmacology of NMDA receptor channels. *Physiol Res* 63 Suppl 1:S191-203. doi:932678 [pii]
2. Dalmau J, Graus F Antibody-Mediated Encephalitis. *N Engl J Med* 378 (9):840-851. doi:10.1056/NEJMr1708712

Psikiyatrik Hastalıklarda NMDAR

Doç. Dr. Işıl Göğcegöz

NP İstanbul Beyin Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, İstanbul

N-asetil metil d-aspartat reseptör (NMDAR) fonksiyonlarındaki bozulmanın başta psikotik semptomlar olmak üzere birçok psikiyatrik semptomu neden olabilmektedir. Anti-NMDA reseptör ensefaliti de birçok psikiyatrik ve nörolojik semptomlar ile kendini gösteren bir otoimmün ensefalit türüdür. Çoğunlukla paraneoplastik etiyolojiye sahip olduğu için malignite taraması gerekmektedir. Bu sunumda; psikiyatrik tablo ile prezente olup, yapılan değerlendirmeler sonucunda anti-NMDA reseptör ensefaliti tanısı alan bir olgu üzerinden psikiyatrik hastalıklarda NMDAR anlatılacaktır.

Kaynaklar

1. Huang C, Kang Y, Zhang B, Li B, Qiu C, Liu S, Ren H, Yang Y, Liu X, Li T, Guo W. Anti-N-methyl-d-aspartate receptor encephalitis in a patient with a 7-year history of being diagnosed as schizophrenia: complexities in diagnosis and treatment. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2015; 11:1437-1442.
2. Kayser M, Dalmau J. Anti-NMDA Receptor Encephalitis in Psychiatry. *Current Psychiatry Reviews*, 2011;7(3), 189-193.
3. Heekin RD, Catalano MC, Frontera AT, Catalano G. AntiNMDA receptor encephalitis in a patient with previous psychosis and neurological abnormalities: a diagnostic challenge. *Case Rep Psychiatry* 2015.

Dirençli Anksiyete Bozukluğunda Tedavi İlkeleri

Prof. Dr. Hüsnü Erkmen

NP İstanbul Beyin Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, İstanbul

A nksiyete bozukluğu en yaygın psikiyatrik hastalık gruplarından biridir. Yaşam boyu sıklığı %20 ye varan sıklıkta bulunur.

Anksiyete bozukluğunun tedavisinin kolay ve basit olduğuna dair yanlış bir bilgi psikiyatristler dahil her türlü hekim arasında hayli yaygındır.

Tedavi genellikle kolay değildir, özellikle bir grup tedaviye dirençlidir.

Dirençli bir olgu ile karşılaştığımızda önce tanıyı gözden geçirmek gerekir. Psikiyatride organik değerlendiriciler yeterli olmadığı için yanlış tanı koymak hayli yaygındır. Özellikle günümüz poliklinik şartlarında.

Tanının doğruluğundan eminsek eş tanıları değerlendirmeliyiz. Anksiyete bozukluklarına başka tanıları eşlik ettiği gibi hastalığın kendisi de yoğun olarak başka tanıları eşlik ediyor olabilir, eşlik ettiği tanıları diğer anksiyete bozuklukları depresyon gibi göreceli olarak daha kolay kontrol altına alınabilir durumlar olabileceği gibi, şizofreni, bipolar bozukluk, madde kullanımı ve hatta demans gibi tedavisi güç hastalıklar da olabilir.

Diğer taraftan organik bazı hastalıklar direkt olarak anksiyete bozukluğu benzeri durumlar ortaya çıkarabilirken, yaşamı tehdit eden fazlasıyla acı veren hastalıklara tutulmuş olan kişilerin dirençli anksiyete bozuklukları da olabilir. Bunları değerlendirdikten sonra dirençli bir anksiyete bozukluğu varsa tedavi yeniden ele alınmalıdır.

Gözden geçirilen tedavinin ilk aşaması kullanılan ilaçlar özellikle antidepresanlar anksiyolitik özelliği olan ilaçlar mı yoksa herhangi bir antidepresan mı, kullanılmış dozu ve süresi yeterli mi?

Genellikle çok düşük etkisiz dozların tedavi için yeterli olduğu düşünülür halbuki dirençli bir anksiyete bozukluğu için uzun süre ve yüksek doz kullanılmalıdır. Eğer bu dozlar yeterli olmuyorsa güçlendirme tedavileri yapılmaya başlanmalıdır. Güçlendirme için benzo-diazepin gibi anksiyolitikler, antipsikotikler, lityum, tiroid hormonları devreye girebilir. İlaç kan düzeyleri imkan varsa takip edilmelidir. Eğer hastalık direnmeye devam ediyorsa ilaçla ilgili genetik değerlendirme de devreye girebilir.

Psikoterapi aslında ilk günden başlanmalı ancak çok değişik nedenler ile aksamaktadır, dirençli olgularda mutlaka devreye sokulmalıdır. Psikoterapi de duruma göre seçilerek yapılmalı gelişigüzel yapılmamalıdır. Özellikle sorun ne olursa olsun aynı terapiyi yapmak çok yanlış bir yaklaşımdır.

Tedaviye TMU eklenmesi de gerekli bir yaklaşımdır. Uygun sürede yapılırsa iyi sonuçlar vermektedir.

Anksiyeteyi provake eden çevre faktörleri de varsa bunlarla da mücadele edilmelidir.

Farmakolojisi ve Nörobiyolojik Etkileri

Dr. İkbâl İnanlı

Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Konya

A tipik antipsikotik ilaçların prototipi olan klozapin, eşsiz ve çoğul reseptör etkileri nedeniyle tedaviye dirençli şizofreni tedavisinde altın standarttır. 1958 yılında keşfedilen klozapin, EPS yan etkileri oluşturmadığı için ilk atipik antipsikotik olarak tanımlanmıştır. Klozapin; pozitif ve negatif psikotik belirtiler, duygudurum belirtileri ve intihar eğiliminde azalma, bilişsel işlevlerde düzelme sağlar. Ayrıca azalmış nüks ve hastaneye yatış sayısı, işlevsellik ve yaşam kalitesinde artma, klozapinin şizofreni prognozuna olumlu etkilerinin kanıtlarıdır.

Klozapinin üstün etkinliğinin, çoklu ve karmaşık nöroreseptör afinitesi ile dopamin, serotonin, histamin, adrenerjik ve muskarinik reseptör dahil çok çeşitli hedeflere ulaşabilmesi (glutamaterjik sistem vs) ile ilişkilidir. Klozapin ve birçok atipik antipsikotik bu etkilerini G protein-bağlı-reseptörler aracılığıyla sağlarlar. Ayrıca farklı reseptörlere bağlanma çok sayıda ve ciddi yan etkilere neden olmaktadır.

Bir serotonin-dopamin antagonisti olan klozapin yüksek $5\text{-HT}_{2A}/D_2$ afinite oranına sahiptir. Ayrıca hızlı D_2 reseptöründen ayrılması, düşük D_2 antagonizması ve D_1 , D_3 , D_4 ve D_5 afinitesi antipsikotik etkinliğini zenginleştirirken, yan etkilerini azaltır. Ayrıca, yüksek D_4 afinitesi ile negatif ve bilişsel belirtiler üzerinde daha etkilidir. Klozapin, serotonerjik reseptörlerden yüksek 5-HT_{2A} afinitesi ve 5-HT_{2B} , 5-HT_{2C} , 5-HT_3 , 5-HT_6 , 5-HT_7 antagonist ve 5-HT_{1A} parsiyel agonistik etki gösterir. Özellikle 5-HT_{2A} antagonistik ve 5-HT_{1A} parsiyel agonistik etki striatal dopamin salınımını düzenleyerek, antipsikotik etkinliği güçlendirirken, yan etki sıklığını azaltır. Son dönemde, klozapinin 5-HT_{2A} yanlı agonistik etkisi olduğu, G-proteine bağlı reseptörler aracılığıyla farklı hücre içi yolları uyararak, ERK1/2 ve AKT aktivasyonu ile nöroplastisite, protein sentezi gibi nöroprotektif etkileri olduğu da gösterilmiştir. Ayrıca, M_1 , M_2 , M_3 ve M_5 blokajı yaparken, metaboliti N-desmethilklozapin M_1 allosterik modülasyonu ile bellek ve öğrenmeyi olumlu etkiler. Ayrıca H_3 blokajı ile bilişsel işlevleri olumlu etkilerken, α_1 ve α_2 blokajı ile dopaminerjik transmisyonu düzenleyerek etkinlik sağlar.

Klozapin; yüksek $5\text{-HT}_{2A}/D_2$ afinite oranı, düşük D_2 ve yüksek D_4 afinitesi, D_2 reseptöründen hızlı ayrılması, 5-HT_{1A} parsiyel agonistik etkisi, olası 5-HT_{2A} yanlı agonistik etkisi ile nöroprotektif ve farklı nörotransmitter sistemlerin etkilerinin birlikteliği ile güçlü bir antipsikotiktir.

Kılavuzlarda Klopapin Nerede?

Uzm. Dr. Hatice Yardım Özayhan

Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Konya

Klopapin tedaviye dirençli şizofreni hastalarında altın standart ve intihar riskini azaltması nedeniyle de FDA onayı almış bir antipsikotiktir. Klopapinin etkililik yönünden diğer antipsikotiklerden üstünlüğü, hastaneye yatma oranını azalttığı, ekstrapiramidal yan etkilere yol açmadığı, hatta tardif diskinezi üzerinde olumlu etkilere sahip olduğu bilinmesine rağmen klopapin tedavisine başlamada gecikme olduğu veya hiç tercih edilmediği görülmektedir.

Güncel bilgiler ışığında tedavide hangi ilacın öncelikli seçileceği, gerek klinik uygulama farklılıkları gerekse tedavi seçeneklerinin gün geçtikçe artan sayısı nedeniyle, oldukça zor görünmektedir. Mevcut bilgi zenginliğini kolay kullanılabilir önerilere dönüştüren kılavuzlar tanı ve tedavi açısından oldukça önemlidir. Bu nedenle tedavi planlamasına yönelik önerilerin bulunduğu kanıta dayalı uygulama kılavuzları bir çok ülkede yaygın olarak kullanılmakta ve hekimlere klinik uygulamada yol göstermektedir.

Psikiyatride sık kullanılan başlıca tedavi kılavuzları; Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists (RANZCP), World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP), National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), American Psychiatric Association (APA), British Association for Psychopharmacology (BAP) Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT), Texas Medication Algorithm Project Türkiye Psikiyatri Derneği (TPD) tedavi kılavuzları ele alınarak klopapinin yeri değerlendirildi.

Tüm tedavi kılavuzlarında tedaviye dirençli şizofrenide klopapin önerilmektedir. RANZCP’de akut relaps tedavisinde yeterli dozda en az bir tanesi ikinci kuşak antipsikotik olan iki antipsikotik tedavisi başarısız oluyorsa ve tedavi uyumu iyiye klopapin önerilmektedir. WFSBP’de ciddi intihar riski olanlarda klopapin başlanması önerilmektedir. NICE’de artık şizofreni tedavisinde birinci tedavi seçeneği olarak ikinci kuşak antipsikotik tedavi zorunluluğu yoktur ve klopapin yalnızca öncesinde iki antipsikotik’in başarısız olması durumunda önerilir. Texas tedavi algoritmasında klopapin üçüncü basamakta önerilmekle birlikte tekrarlayan intihar öyküsü olan, saldırganlık ve madde kötüye kullanımının eşlik ettiği şizofreni hastalarında daha erken önerilmektedir. APA, BAP, WFSBP akut şiddetli manide klopapini ikinci basamakta, CANMAT akut mani ve bipolar idame tedavisinde üçüncü basamakta önermektedir.

Yan Etkiler ve Baş Etme Stratejileri

Uzm. Dr. Ali Metehan Çalışkan

Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Konya

Klozapin tedaviye dirençli şizofreni hastalarında etkinliği kanıtlanmış bir atipik antipsikotiktir. Bununla birlikte, klozapin tedavisine de yanıt vermeyen şizofreni ve şizoafektif bozukluk tanısı konmuş hasta oranı %40-70 gibi oldukça yüksektir. Klozapin, ekstrapiramidal yan etkilere neredeyse hiç yol açmaz, hatta tardif diskinezi üzerinde olumlu etkilere bile sahiptir. Klozapin kullanımı sırasında sıklıkla ortaya çıkan yan etkiler genelde tedavinin ilk 4 haftasında yoğun olan sedasyon, hipotansiyon (veya hipertansiyon), taşikardi, hipersalivasyon, ateş, bulantı olarak sayılabilir. Sedasyon, kabızlık, taşikardi gibi yan etkiler daha uzun süre belirgin olabilirler.

Sık olan sialore genellikle geceleri belirgin hale gelir. Aylar içerisinde azalabileceği gibi sürekli de olabilir. Yaşamı tehdit edebilecek bir yan etki olduğu için erken girişim gerektirir. Nedeni tam olarak bilinmemekle birlikte M4 agonizması, $\alpha 2$ adrenerjik antagonizma veya yutma refleksindeki azalma sorumlu olabilir.

Nokturnal enürezis, klozapin tedavisi sırasında ortaya çıkabilen nadir olmayan bir yan etkidir. Ortaya çıktığı durumlarda doz şeması gözden geçirilmeli, günün ilerleyen saatlerinde sıvı kısıtlaması yapılmalıdır.

Taşikardi, tedavinin erken dönemlerinde sık olarak ortaya çıkar. Ancak istirahatte ortaya çıktığı, ateş, göğüs ağrısı, hipotansiyonun eşlik ettiği, ve de herhangi bir kalp yetmezliği bulgusunun olduğu durumlarda miyokardit açısından dikkatli olunmalıdır. Klozapine bağlı miyokardit nadiren görülen ama ölüme yol açma ihtimali yüksek olan bir yan etkidir, bu bakımdan klinik tedavinin erken safhalarında şüphe edilip ilacın hemen kesilmesi hayat kurtarıcı olabilir.

Klozapin tedavisi ile birlikte nöbet görülme sıklığı %3 olarak bildirilmiştir. Tedavinin herhangi bir döneminde ortaya çıkabilir. Sodyum valproat klozapinin neden olduğu epileptik nöbet tedavisinde standart tedavi olarak tavsiye edilmekle birlikte, klozapinle kombine edildiğinde önemli yan etkilere ve klozapin metabolizması değişikliklerine neden olabilir. Bu nedenle gabapentin, klozapine bağlı nöbetlerin tedavisinde valproat alternatif olabilir.

Nötrofil sayısının azalması ile agranülositoz, granülositopeni, lökopeni gibi kan diskrazileri klozapin kullanımı sırasında ortaya çıkabilir. İdiosenkratik bir yan etkidir ve klozapin kullanan hastalarda yılda %0,8 ortaya çıkmaktadır. Hastaların %70'inde ilk 6-18 haftada

%90'ında ise ilk 6 ayda ortaya çıkar. Etiyolojisi tam olarak bilinmeyen kan diskrazileri çoğunlukla klopapin tedavisinin kesilmesi ile ortadan kalksa da bazı hastalara granülosit uyarıcı faktör (G-CSF) veya granülosit-monosit uyarıcı faktör (GM-CSF) tedavisi gerekli olur. Klopapin kullanımı sırasında ilk 18 hafta haftada bir, daha sonrada ayda bir tam kan sayımı önerilmektedir.

Kaynaklar

1. Yüksel N (editör). Temel Psikofarmakoloji. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, 2010, 822-824.
2. Çetin, Mesut, and Samet Köse. "Klozapin Tutumlarına Karşı Güncellenmiş Klopapin ile Tedavi Kılavuzu." *Journal of Mood Disorders (JMOOD)* 6.4 (2016): 242-55.
3. Eren, İbrahim. "Klopapin kullanımına bağlı gelişen epileptik nöbet ve nöbetin Gabapentin ile tedavisi: Olgu sunumu." *Klinik Psikiyatri Dergisi* 6.2 (2003): 119-122.
4. Aksoy-Poyraz, Cânâ, et al. "Klozapine Bağlı Miyokardit: Vak'a Takdimi ve Kısa Bir Gözden Geçirme." *Yeni Symposium*. Vol. 55. No. 3. 2017.

Sağlık Çalışanlarında Ruh Sağlığı ve Şiddet İlişkisi

Uzm. Dr. Muhammed Hakan Aksu

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

Sağlık kurumlarında yaşanan şiddetin tanımı, hasta, hasta yakınları ya da diğer başka bir bireyden gelen, sağlık çalışanı için risk oluşturan sözel ya da davranışsal tehdit, fiziksel saldırı veya cinsel saldırı biçiminde yapılmaktadır¹. Çalışma alanında karşılaşılan şiddet, Dünya Sağlık Örgütü tarafından uluslararası düzeyde öncelikli olarak ilgilenilmesi ve müdahale politikaları geliştirilmesi gereken bir konu olarak değerlendirmektedir². Çalışma alanındaki şiddet, sağlık çalışanlarının karşı karşıya kaldıkları karmaşık ve tehlikeli mesleki problemlerden biridir². Mağdur üzerinde, şiddete karşı duygusal tepki, öfke, şok, korku, depresyon, anksiyete ve uyku bozuklukları gibi olumsuz psikolojik sonuçlar ortaya çıkabilir. Bunun yanında yanlış başa çıkma stratejileri sonucu sigara, alkol ve uyuşturucu kötüye kullanımı hatta intihar söz konusu olabilir³⁻⁵. Fiziksel şiddetin yanı sıra sözel şiddet ve şiddete şahit olmak post-travmatik reaksiyonlar gelişmesine neden olabilir². Beklenen bir sonuç olarak şiddete uğrayan sağlık çalışanlarının diğer hastalara sunduğu hizmet kalitesinin dolaylı olarak düştüğü görülmektedir⁶. Ülkemizde 12.944 sağlık çalışanı ile yapılan ulusal çaptaki bir çalışmada önceki 12 ay içinde işyerinde şiddet yaşayan sağlık çalışanlarının oranı% 44.7 (%6.8 fiziksel şiddet, %43.2 sözel şiddet, %2.4 mobbing, %1 cinsel taciz) olarak saptanmıştır. Kadın cinsiyet, kısa süreli deneyim, genç yaş ve 18:00-07:00 saatleri arasında çalışmak, işyerinde şiddete maruz kalmanın risk faktörleri olarak bulunmuştur.⁷ Çalışmalarda hekimlerin yaklaşık %45'inin, hemşirelerin yaklaşık %50'sinin tükenmişlik yaşadığı belirlenmiştir.⁸ ⁹ Benzer şekilde sağlık alanında çalışanlarda depresyonun topluma göre daha sık görüldüğü bildirilmiştir^{10, 11}. Tüm çalışanlar güvenli bir çalışma ortamında çalışma hakkına sahiptir. Sağlık çalışanlarının sağlık ve güvenliklerinin korunması, hastaların sağlık ve güvenliklerinin korunması kadar öncelikli ve önemlidir. Aksi durumda, hizmet verdikleri kişilere karşı kendilerini risk altında hissedene sağlık çalışanları, korkunun işlerinin bir parçası olduğuna inanmaya başlayabilirler. Dolayısıyla, bu durum sağlık bakımlarının daha az güvenli, daha az adanmışlıkla yapılması ya da ihmal edilmesi, hizmet kalitesinin olumsuz etkilenmesi sonucunu doğurabilir. Şiddetin oluşumunda toplumsal, kültürel, çevresel, kurumsal ve bireysel birçok risk faktörü ele alınarak çözümü önem arz etmektedir².

Kaynaklar

1. Annagür, B., Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet: Risk Faktörleri, Etkileri, Değerlendirilmesi ve Önlenmesi/ Violence Towards Health Care Staff: Risk Factors, Aftereffects, Evaluation and Prevention. Psikiyatride Guncel Yaklaşımlar, 2010. 2(2): p. 161.
2. Pınar, T. and G. Pınar, Sağlık Çalışanları ve İşyerinde Şiddet. TAF Preventive Medicine Bulletin, 2013. 12(3): p. 3.
3. Office, G.B.N.A., A safer place to work: protecting NHS hospital and ambulance staff from violence and aggression. 2003: Stationery Office.
4. Schat, A.C. and E.K. Kelloway, Effects of perceived control on the outcomes of workplace aggression and violence. Journal of occupational health psychology, 2000. 5(3): p. 386.
5. Chappell, D. and V. Di Martino, Violence at work. 2006: International Labour Organization.
6. Arnetz, J.E. and B.B. Arnetz, Violence towards health care staff and possible effects on the quality of patient care. Social science & medicine, 2001. 52(3): p. 417-427.
7. Pinar, T., et al., Workplace violence in the health sector in Turkey: a national study. Journal of interpersonal violence, 2017. 32(15): p. 2345-2365.
8. Deckard, G., M. Meterko, and D. Field, Physician burnout: an examination of personal, professional, and organizational relationships. Medical care, 1994: p. 745-754.
9. Kavlu, İ. and R. PINAR, Acil servislerde çalışan hemşirelerin tükenmişlik ve iş doyumlarının yaşam kalitesine etkisi. Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences, 2009. 29(6): p. 1543-1555.
10. Martin, F., et al., Depression and burnout in hospital health care professionals. International Journal of Occupational and Environmental Health, 1997. 3(3): p. 204-209.
11. Taycan, O., et al., Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerde depresyon ve tükenmişlik düzeyinin sosyodemografik özelliklerle ilişkisi. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2006. 7(2): p. 100-108.

Sağlıkta Şiddette Medya/Sosyal Medya Etkisi ve Toplum Algısı

Uzm. Dr. Erman Şentürk

Hakkari Yüksekova Devlet Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Hakkari

Yazılı ve görsel medyada sağlık çalışanlarına yönelik genellikle tek taraflı bakış açısıyla oluşturulmuş, yargılı, yüklü, kışkırtıcı, hedef gösterici yayınların sayısı son yıllarda giderek artış göstermiştir. Türkiye’de yaygınlaşan şiddet ve saldırganlık vakalarının en fazla görüldüğü yerlerden biri de ne yazık ki sağlık kuruluşlarıdır.

Sağlık hizmetlerine erişebilirliğin ve hastaların farkındalığının artması sağlık uzmanlarına yönelik şiddet olaylarında artışa yol açmıştır. Devlet hastanelerinde hasta yükünün oldukça fazla oluşu nedeniyle özel sağlık kurumlarına kıyasla sağlık çalışanlarına çok daha fazla şiddet uygulandığı bilinmektedir. Uzun bekleme süreleri, yetersiz muayene süreleri ve zayıf hekim-hasta iletişimi nedeniyle doktorlar hastaların yüksek beklentilerini karşılayamadığında kolayca gerilimi tetiklenebilmektedir. Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet haberleri, sosyal medyanın gücüyle çığ gibi büyürken bu durum meslek çalışanlarında ciddi boyutlarda korku, güvensizlik ve moral bozukluğu yaratmaktadır [1, 2].

Şiddet içeriğinin yoğun olduğu medya unsurlarına daha fazla ilgi duyulduğu ve bu içeriklerin daha fazla konuşulduğu ülkemizin bir gerçeğidir. Medyanın şiddet eylemli içerikleri gören ve takip eden bireylerde saldırı dürtüsünü uyardığı, sık ve sürekli aralıklarla maruz kalınan bu tür haberlerin, programların bireyleri duyarsızlaştırdığı ve şiddeti sıradanlaştırarak meşrulaştırdığı düşünülmektedir[3]. Son on yılda teknolojiye büyük ilerlemeler, medyada sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin gösterilmesinde ve izleyicilerin algılarının şekillendirilmesinde önemli rol oynamaktadır. Günümüzde habere aç medya düzenli aralıklarla tıbbi ihmal ve yanlış uygulama öykülerini yayınlamaktadır[4].

İnsanoğlunun sahip olduğu temel hak ve hürriyetlerinin başında gelen yaşama hakkının devamı için yaşadığı ve yaşayacağı zamanın büyük bir bölümünü bu uğurda harcayan ve harcayacak olan sağlık personellerinin medya üzerinde daha orantılı ve objektif şekilde değerlendirilmesi gerekmektedir.

Kaynaklar

1. Kapoor, M.C., Violence against the medical profession. Journal of anaesthesiology, clinical pharmacology, 2017. 33(2): p. 145.
2. Bawaskar, H.S., Violence against doctors in India. The Lancet, 2014. 384(9947): p. 955-956.
3. Durur, E.K., MEDYADA ŞİDDETİN BİR BAŞKA YÜZÜ: ‘DOKTORA SALDIRI’ HABERLERİ. Uluslararası Sağlık İletişimi Sempozyumu (2-3 Kasım 2017) Bildiri e-Kitabı, ss. 75. PDF, 2017: p. 1.
4. Khawaja, A. and H. İrfan, Violence against doctors in government hospitals and the role of media. JPMA: Journal of the Pakistan Medical Association, 2011. 61(11): p. 1163-1164.

Spor Ruh Sağlığı Perspektifinden Sporcu Ruhsal Gelişiminde Akademiden Pratiğe Yeni Yaklaşımlar

Uzm. Psk. M. Ozan Altın

Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, İstanbul

Sporcu ruh sağlığı ve psikiyatri alanlarının spor bilimleri ile kesişimi, spor psikolojisi literatüründe son dönemde ilgi çekici bir pencere oluşturabilmektedir. Yeme Bozuklukları, Duygudurum Bozuklukları, Madde Kullanımı gibi konuların spor alanındaki yansımaları, performansa etkileri ve sporcu gelişiminde bunlara dair önleyici yaklaşımlar sporcu ruh sağlığı açısından güncel araştırma konuları olarak dikkat çekmektedir. Sunumda; sporcu ruh sağlığı adına geliştirilen modeller, klinik psikoloji yazını temel alınarak açıklanan nedenler ve bunlara dair çözüm önerileri ile iyileştirme olanakları genel anlamda tartışılacaktır. Sporcu ruh sağlığı bakımından önemli olan kişilik özellikleri, bilişsel-duygusal-davranışsal bakış açılarına göre modeller ve güncel müdahale/terapi yaklaşımlar irdelenerek, spor ve performans psikolojisi üzerindeki etkilerinin altı çizilecektir. Sporcu ruh sağlığı ile ilgili sosyal psikoloji ve örgütsel psikoloji alt dallarının güncel literatürde müdahale/izleme yaklaşımlarına katkıları belirtilerek, disiplinlerarası yaklaşım ile son dönem spor bilimleri literatürüne dair görüşlere yer verilecektir. Bireysel sporlarda ve takım sporlarında ruh sağlığını sağlayan, performansa yardımcı olabilecek bakış açılarının ve pratikte uygulanabilecek mesleki rollerin içeriği de sunumda tartışılarak spor bilimlerinin psikoloji üzerindeki yansımaları belirtilecektir.

Anahtar Kelimeler: Spor Psikolojisi, Sporcu Ruh Sağlığı, Spor Bilimleri, Performans Psikolojisi

Sporda Agresyonu Tanımlama ve Kavramsallaştırma

Dr. Yasin Hasan Balcıoğlu

Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, İstanbul

Davranış bilimleri penceresinden agresyon, insanın başka bir canlı organizmaya bedensel veya ruhsal açıdan zarar verme saikiyle, hedefe zarar vereceğine inanarak yaptığı ve hedefin zarar görme düşüncesiyle bu davranışa maruz kalmaktan kaçmaya motivasyonunun bulunduğu fiziksel ve sözel davranışları kapsayan bir kavram olarak tanımlanmıştır. Evrensel açıdan kabul edilen bu genel tanımlamanın yanı sıra disiplinler arasında agresyon tanımı ve tipleri bazı farklılıklar içermektedir. Örneğin psikiyatri, agresyonun sınıflandırılmasında impulsif (reaktif) agresyon ve araçsal (proaktif) agresyon biçimindeki dikotomik yapılanmayı öne çıkarırken, spor psikolojisinde ise kabul edilebilir agresyon ve kabul edilemez agresyon şeklinde bir sınıflamanın varlığından söz edilmektedir. Esasen spor psikolojisi son iki dekatta spor bilimleri ve psikoloji biliminin birleşmesinden doğmuş konvansiyonel yapısından kurtulmakta ve kendi kavramlarını üretmeye ve tanımlamaya çalışmaktaysa da akademiden spor sahalarına agresyonu tanımlamakta yetersiz kaldığını söyleyebiliriz. Bunun nedeni, kişiye zarar vermesinden bağımsız olarak eyleme dökülen davranışın agresif olup olmadığının subjektif bir göstergesi olan niyet kavramının ön plana çıkmasıdır. Agresyon temel olarak zarar vermeye yönelik bir eylemdir ve sporda olumlu anlamda kullanımlarının sakıncaları olduğu kuşkusuzdur. Literatürde “assertion” olarak tanımlanmış, spor kuralları içinde kalan, amacı sportif dominansı sağlamak olup rakibe zarar vermek olmayan davranışları tanımlayan atılganlık veya girişkenlik kavramlarının bağlam içerisinde kullanımı daha uygun gözükmektedir. Sporda sorun teşkil eden en önemli konulardan biri olan agresyonun sadece bir davranış örüntüsü veya manifestasyonu olarak kabul edilip duygusal ve bilişsel öğelerinin de olduğunun ihmal edilişi ve soruna geniş perspektifli müdahalelerin yapılmaması bu alandaki bir diğer eksiklik olarak dikkat çekmektedir. Açıkçası, altyapıda veya rekreasyon amaçlı spor yapan genç bireylerin ruhsal, davranışsal ve kişilik gelişiminde temel rol oynayan sporun üstlendiği sosyal görevin farkında olarak sporu bireyi sosyal hayatın kural ve normlarına daha kolay adapte olmasını sağlayan ve ruhsal öğelerini şekillendiren bir disiplin olarak değerlendirerek bu bilinci topluma yaymak spor ruh sağlığı profesyonellerinin en temel görevleri arasındadır.

Sporda Yasaklı Maddeler ve Doping: Ruh Sağlığı Penceresinden Güncel Bir Açıklama

Uzm. Dr. Fatih Baz

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

Spor, hoşça vakit geçirmeye yarayan bir faaliyet, fiziksel etkinliğe dayalı bir eğlence olarak tanımlanır. Rekabete dayalı sporlarda sporcular, antrenörler ve spor yöneticileri rakiplerine karşı mücadelede avantaj elde etmek için sürekli olarak yeni yollar ararlar.

Doping; sporcunun müsabakalarda yapay ve hileli bir yolla performans artışı sağlamak amacıyla, vücuduna yabancı bir madde alması veya fizyolojik bir maddeyi anormal miktarda ya da anormal yollarla kullanmasıdır. Doping hem haksız rekabete neden olur hem de sporcunun sağlığını tehlikeye sokar. Spor ruhuna aykırı olduğu için uluslararası spor federasyonları tarafından yasaklanmıştır. Bu yasaklı maddeler Dünya Doping Mücadele Ajansı (WADA) tarafından bildirilmektedir.

Tarih boyunca sporcular doping kullanımı nedeniyle ceza almış, hatta doping nedeniyle ölümler bildirilmiştir. Yasaklı olmasına ve zararlarına rağmen halen birçok sporcu bu maddeleri kullanmakta veya kullanma niyeti içerisinde.

Spor endüstrisinin günümüzde geldiği noktaya bakınca, “kazananın her şeyi aldığı” bu dönemde, kazanma arzusuyla sağlıklarını tehlikeye atan sporcular bir şekilde bu maddeleri kullanmayı doğru bulmakta veya kullanmaya haklarının olduklarını düşünmekte.

Bu sunumda, yasaklı maddeler incelenecek, performansa ve sağlığa etkileriyle birlikte sporcuları bu maddeleri kullanmaya iten etmenler ve ruhsal süreçler ele alınacaktır.

Travma Sonrası Büyüme

Dr. Öğr. Üyesi Deniz Ergün

Yakın Doğu Üniversitesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Kıbrıs

Travmatik olayların bireyin yaşamındaki olumsuz etkileri uzun yıllardır yapılan çalışmalarla ortaya konmuştur. Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) dışında da birçok ruhsal rahatsızlığın nedenleri arasında travmatik olaylar yer almaktadır. İnsan yaşamında travmatik olaylara maruz kalma kaçınılmaz olabilmektedir. Bireyin yaşamındaki travmatik olay sayısı TSSB riskini artırabilmektedir. Ancak travmatik olaylara maruz kalan herkesin TSSB kriterlerini karşılamadığı da bir gerçektir. Araştırmalar TSSB'nin ortaya çıkışında kişinin yatkınlığı, kişilik özellikleri, sosyal desteği, olayın oluş biçimi ve süresi gibi faktörlerin etkili olduğunu düşündürmektedir. Sonraki çalışmalar yaşanan travmatik olayın kişide olumlu sonuçlar çıkarabileceği bulgularının varlığını da tespit etmişlerdir. Böyle olunca olumsuz sonuçlara yol açan faktörlerin belirlenmesi yerine son yıllarda araştırmacılar, daha etkili müdahaleler yapabilmek için, psikolojik travmanın bireyin yaşamındaki olumlu etkilerini araştırmaya başlamış ve travma sonrası büyüme kavramına (TSB) yoğunlaşmışlardır. TSB travmatik olaylardan sonra bireyin hayatındaki olumlu değişikliklere öncülük etmesi açısından önemli bir kavram haline gelmiştir. Özellikle TSB kavramının 1995 yılında Tedeschi ve Calhoun tarafından kullanılması ve konu ile ilgili envanterin oluşturulması bu alandaki gelişimi sağlamıştır. TSB “son derece zorlu yaşam krizleriyle mücadelenin bir sonucu olarak meydana gelen olumlu değişim deneyimi” olarak tanımlanmıştır (Tedeschi ve Calhoun, 2004). Tedeschi ve Calhoun (1996) TSB'nin kişilerarası ilişkilerde olumlu değişim, kendilik algısı, yaşamın değerinin farkına varma, yeni seçenekleri fark etme ve inanç sistemindeki gelişim olarak dört alanda gözlemlendiğini belirtmişlerdir. Psikolojik travma yaşayan kişi bu dört alanda veya alanlardan birkaçında travma sonrası büyüme yaşamaktadır. TSB modeli bireyin maruz kaldığı travma karşısında bu travmanın bilişsel-duygusal işlenmesinin rolü üzerine vurgu yapmaktadır (Calhoun ve Tedeschi, 2006). Travmatik olay sonrası bireyin bilişsel işleme süreci devreye girer, bilişsel şemalar değişime uğrar ve TSB ile son bulur. Özellikle cinsiyet farklılığını ortaya koyan çalışmalarda kadın olmanın TSB'de etkili bir faktör olduğu bulunmuştur. Travmanın şiddeti, bağlanma, kişilik özellikleri, psikolojik dayanıklılık gibi kavramların da TSB ile ilişkisi tespit edilmiştir. Psikolojik travma yaşayan bireylerle çalışan uzmanlar özellikle TSB'nin gelişiminin farkına varmalı ve terapideki etkinliğini göz önünde bulundurmalıdır.

Travma Sonrası Akut Dönem Toplum Tabanlı Müdahaleler

Psk. Melis Demircioğlu

Maltepe Üniversitesi, Psikoloji Bölümü, İstanbul

Travmatik olaylar, bu olaydan sağkalanların yaşantısının olağan seyrini bozan, kendini ve dünyayı algılayışını ve gerçekliğini değiştiren olaylardır. Bireylerin gündelik yaşamı, ilişkileri ve yaşam kalitesi bozulur. Kitlesel bir travma gerçekleştiğinde bu olayın etkilenme oranı olayı doğrudan yaşayan kişileri, onların ailelerini ve olayla özdeşleşen diğer toplum üyelerini de kapsayacak şekilde genişler. Afetler ya da insan eliyle gerçekleşen travmatik olaylar sonrasında, travmanın etkileri ve travma sonrası müdahaleler ile ilgili çok sayıda bilgi mevcut olsa da bu bilgilerin sıklıkla bireysel yaklaşımlara odaklanmakta olduğu ve olay sonrası akut dönemi dışarıda bırakacak biçimde, travma sonrası stres bozukluğu, majör depresyon, alkol/madde kullanım bozukluğu ya da anksiyete bozukluğu gibi sık karşılaşılan tanıların sağaltımı ile sınırlı kalabildiği görülmüştür. Bununla beraber, kitlesel travmalar söz konusu olduğunda, travmanın bireysel etkilerinin yanı sıra aileler, topluluklar ve geniş bir biçimde toplum üzerindeki etkilerinin neler olduğu, travma sonrasındaki akut dönemin bu etkilerle başa çıkılmasındaki ve müdahalelerin planlanmasındaki yeri ve önemi, göz önünde bulundurulması gereken hususlardandır. Özellikle etnik ve kültürel farklılıkların bulunduğu topluluklarda veya azınlık grupların varlığında kültüre uyarlanabilen, aile ve toplum perspektifinden bakabilen yaklaşımlar daha da önem kazanmaktadır. Toplum tabanlı yaklaşımlar, çok sayıda bireyin etkilendiği kitlesel/toplumsal travmalarda birey, aile ve topluluklara “travma bilgili” esnek bir destek modeli sunmasıyla işlevsel olma özelliğini ön plana çıkaran; bireyleri travmanın uzun dönemli etkilerinden koruma amacı sayesinde ise önleyici nitelikte olan çalışmalardır. Bu sunumda toplum tabanlı müdahale kavramına, müdahale yaklaşımlarına ve bunların yaygın örneklerinden biri olan psikolojik ilk yardım uygulamalarına değinilecektir.

Anahtar Kelimeler: travma, kitlesel travma, toplum tabanlı müdahale

Kaynaklar

- Barbanel, L., & Sternberg, R. (2006). *Psychological Interventions in Times of Crisis*. Springer Publishing Company.
- Boss, P., Beaulieu, L., Wieling, E., Turner, W., & LaCruz, S. (2003). Healing loss, ambiguity, and trauma: A community-based intervention with families of union workers missing after the 9/11 attack in New York City. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29(4), 455–467.
- Corbin, T. J., Rich, J. A., Bloom, S. L., Delgado, D., Rich, L. J., & Wilson, A. S. (2011). Developing a trauma-informed, emergency department-based intervention for victims of urban violence. *Journal of Trauma & Dissociation*, 12(5), 510–525. doi:10.1080 /15299732.2011.593260
- De Jong K (2011) Psychosocial and Mental Health Interventions in Areas of Mass Violence A Community-Based Approach. Second Edition. Amsterdam, Médecins Sans Frontières, Operational Centre.
- Gispén F, Wu A W (2018) Psychological First Aid: CPR for Mental Health Crises in Healthcare. *Journal of Patient Safety and Risk Management*, 23(2): 51-53.
- López-Zerón, G., & Parra-Cardona, J. (2015). Elements of Change Across Community-Based Trauma Interventions. *Journal Of Systemic Therapies*, 34(3), 60-76. doi: 10.1521/jsyt.2015.34.3.60
- Macy, R. D., Behar, L., Paulson, R., Delman, J., Schmid, L., & Smith, S. F. (2004). Community-based, acute posttraumatic stress management: A description and evaluation of a psychosocial-intervention continuum. *Harvard Review of Psychiatry*, 12(4), 217–228.

Bağımlılığın Travma Ekseninde Çalışılması

Psk. Ahmet Yılmaz

NP İstanbul Beyin Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, İstanbul

Travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) ile alkol/madde kullanım bozukluğu ek tanısı konusuna ilgi, zaman içinde giderek artmıştır. Epidemiyolojik çalışmalarda, TSSB olan olguların alkol/madde kullanım bozukluğu geliştirme olasılıklarının, TSSB olmayanlara göre 2 ila 3 kat daha fazla olduğunu bildirmişlerdir. Alkol/madde kullanım bozukluğu olanların olmayanlara göre travmaya maruz kalma olasılıkları daha yüksektir. Tersine, travma öyküsünün varlığı ise alkol/madde kullanımına yatkınlık oluşturur. Alkol/madde bağımlılığı ve TSSB arasındaki yüksek ek tanıyı açıklamak üzere 4 temel model ortaya atılmıştır. Birincisine göre, alkol/madde kullanımı TSSB'ndan önce gelişmektedir. Alışkanlıklarını devam ettirebilmek için bazı alkol/madde kullanıcıları, kendilerini tekrar tekrar tehlikeli durumlara sokar ve neticede çok sayıda fiziksel ve psikolojik travmaya maruz kalırlar. İkinci modele göre TSSB, alkol/madde kullanım bozukluğundan önce gelişir ve alkol/madde kullanımı bir çeşit kendi kendini tedavi etme yöntemidir. Hastaların verdikleri bilgilere göre alkol, kannabis, opiyat ve benzodiazepin gibi merkezi sinir sistemi (MSS) depresanları, TSSB belirtilerinde keskin bir iyileşme sağlamaktadır. Üçüncü modele göre alkol/madde kullanan kişiler, travma yaşadıktan sonra TSSB geliştirmeye daha yatkın olurlar. Bu yatkınlıkları, başa çıkma mekanizmalarındaki yetersizlik ve/veya beyin nörokimyasında ortaya çıkan değişikliklerden kaynaklanmaktadır. Nörokimyasal değişiklikler, yatkınlıkları artırıp TSSB'nin gidişini kötüleştirir. Dördüncü modele göre ise, TSSB ve alkol/madde kullanım bozuklukları ortak kalıtsal ve psikososyal yatkınlıklara sahiptirler. TSSB ve alkol bağımlılığı sıklıkla birlikte görülebilen bozukluklardır. Yapılan çalışmalarda alkol kullanım bozukluğu ve diğer madde kullanım bozukluklarının TSSB olan hastalarda daha sık görüldüğü belirtilmiştir.

Anahtar Kelime: travma, bağımlılık, psikososyal destek

Kaynaklar

- Back SE, Dansky BS, Coffey SF, Saladin ME, Sonne SC. & Brady KT. Cocaine dependence with and without posttraumatic stress disorder: A comparison of substance use, trauma history, and psychiatric comorbidity. *American Journal on Addictions*, 2000; 9: 51– 62.
- De Bellis MD. Developmental traumatology: a contributory mechanism for alcohol and substance use disorders. *Psychoneuroendocrinology*. 2002; 27(1-2):155-70.
- Kessler RC, Crum RM, Warner LA, Nelson CB, Schulenberg J. & Anthony JC. Lifetime co-occurrence of DSM-III-R alcohol abuse and dependence with other psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 1997; 54: 313–321

SÖZLÜ BİLDİRİLER

GENÇ YETİŞKİNLER ARASINDA DUYGU DÜZENLEME GÜÇLÜĞÜNÜN DEHB, KİŞİLİK BOYUTLARI, KAYGI VE DEPRESYON BELİRTİLERİYLE İLİŞKİSİ

Bilge Evren¹

¹Baltalimanı Kemik Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği

Amaç: Bu çalışmanın amacı, genç erişkinlerde duygu düzenleme güçlüğünün dikkat eksikliği/hiperaktivite bozukluğu (DEHB) ile ilişkisini değerlendirirken, kişilik boyutları (nevrotiklik ve dışadönüklük), kaygı ve depresyon belirtilerinin etkilerini kontrol etmektir.

Yöntem: Araştırma, Ankara'da 1010 gönüllü üniversite öğrencisi, internette oyun oynayan ve e-spor turnuvalarını organize eden bir şirketin e-posta veritabanında bulunan ve oyun forumlarındaki Türk oyuncular arasında yapılan online anket ile gerçekleştirilmiştir. Katılımcılar Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği (DERS), Erişkin DEHB Özbildirim Ölçeği (ASRS), Eysenck Kişilik Anketi Revize Edilmiş Kısaltılmış Formu (EPQR-A), Beck Anksiyete Envanteri (BAI) ve Beck Depresyon Envanteri (BDI) uygulayarak değerlendirildi. ASRS ölçeğinin 6 itemden oluşan tarama bölümünden 4 ya da daha fazla itemin karşılanması muhtemel DEHB olarak değerlendirilmiştir.

Bulgular: Yaş ve cinsiyet açısından muhtemel DEHB'si olanlarla (n=190, %18.8) DEHB'si olmayanlar (n=820, %81.2) arasında anlamlı fark bulunmadı (sırasıyla $p=0.213$ ve $p=0.511$). DERS puanı, muhtemel DEHB olanlarda daha yüksekti ($p<0.001$) (Tablo 1). Doğrusal regresyon analizinde, DEHB belirtilerinin şiddeti (hem dikkatsizlik hem de hiperaktivite / dürtüsellik boyutları) ($p<0.001$), depresyon ($p=0.001$) ve kaygı ($p=0.001$) gibi olumsuz duygular ile nevrotiklik ($p<0.001$) ve dışadönüklük ($p=0.001$) gibi kişilik boyutlarının etkileri kontrol edildikten sonra bile duygu düzenleme güçlüğünün şiddetini yordamıştır (Tablo 2).

Sonuç: Bu bulgular genç yetişkinler arasında DEHB belirti şiddetinin, depresyon, anksiyete, nevrotiklik ve içedönüklük ile birlikte duygu düzenlemede güçlüğünün şiddetini yordadığını göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, depresyon, dışadönüklük, duygu düzenleme güçlüğü, kaygı, nörotiklik

Tablo 1

Muhtemel dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun varlığına göre yaş, cinsiyet ve ölçek puanlarının karşılaştırılması

	Muhtemel DEHB				<i>t</i>	<i>p</i>
	Yok		Var			
	<i>n</i> =820, 81.2%		<i>n</i> =190, 18.8%			
	Ortalama	S.S.	Ortalama	S.S.		
Yaş	21.89	3.54	21.67	2.64	0.781	0.213
Cinsiyet (<i>n</i>, %)					$\chi^2=0.432$	0.511
<u>Kadın</u>	488	59.5	118	62.1		
<u>Erkek</u>	332	40.5	72	37.9		
DERS	85.95	21.47	102.18	21.92	-9.357	<0.001
<u>Kabul etmeme</u>	11.88	4.98	14.20	5.67	-5.205	<0.001
<u>Hedefler</u>	14.99	4.68	18.48	4.30	-9.417	<0.001
<u>Dürtü</u>	13.07	5.06	16.05	5.96	-6.372	<0.001
<u>Farkındalık</u>	15.78	4.43	16.58	4.13	-2.295	0.022
<u>Stratejiler</u>	18.90	7.07	22.93	7.24	-7.052	<0.001
<u>Açıklık</u>	11.34	4.07	13.94	4.36	-7.827	<0.001
DERS: Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği (Difficulties in Emotion Regulation Scale)						

DEHB: Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği (Difficulties in Emotion Regulation Scale)

Tablo 2. Duygu düzenleme güçlüğü'nün bağımlı değişken olarak ve depresyon, anksiyete, kişilik boyutları ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) puanlarının bağımsız değişkenler olarak alındığı Stepwise doğrusal regresyon analizi

		Standardize edilmemiş katsayı		Standardize Katsayı	<i>t</i>	<i>p</i>
		<i>B</i>	Std. Hata			
Adım 1	Anksiyete	0.388	0.064	0.202	6.033	<0.001
	Depresyon	0.897	0.071	0.424	12.669	<0.001
Adım 2	Anksiyete	0.306	0.062	0.159	4.894	<0.001
	Depresyon	0.622	0.074	0.294	8.459	<0.001
	Nörotiklik	3.407	0.371	0.272	9.182	<0.001
	Dışadönüklük	-0.701	0.283	-0.063	-2.473	0.014
Adım 3a	Anksiyete	0.206	0.061	0.107	3.391	0.001
	Depresyon	0.533	0.071	0.252	7.494	<0.001
	Nörotiklik	2.848	0.361	0.227	7.892	<0.001
	Dışadönüklük	-0.877	0.273	-0.078	-3.217	0.001
	DEHB	0.544	0.058	0.249	9.381	<0.001
Adım 3b	Anksiyete	0.203	0.061	0.105	3.326	0.001
	Depresyon	0.533	0.071	0.252	7.496	<0.001
	Nörotiklik	2.842	0.361	0.227	7.875	<0.001
	Dışadönüklük	-0.995	0.287	-0.089	-3.468	0.001
	HD	0.690	0.126	0.171	5.489	<0.001
	DE	0.414	0.115	0.111	3.606	<0.001

Adım 1: $F=247.594$, $df=2$, 1007, $p<0.001$, Düzeltilmiş $R^2=0.328$, Adım 2: $F=158.891$, $df=4$, 1005, $p<0.001$, Düzeltilmiş $R^2=0.385$, R^2 Değişikliği=0.057, Adım 3a: $F=155.718$, $df=5$, 1004, $p<0.001$, Düzeltilmiş $R^2=0.434$, R^2 Değişikliği=0.049, Adım 3b: $F=130.147$, $df=6$, 1003, $p<0.001$, Düzeltilmiş $R^2=0.434$, R^2 Değişikliği=0.050. DEHB: Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, DE: Dikkat eksikliği, HD: hiperaktivite/dürtüsellik

BİR GRUP EPİLEPSİ HASTASININ, UYKU KALİTESİ, YORGUNLUK VE DEPRESYON AÇISINDAN İNCELENMESİ

Neslihan Eşkut¹, Pınar Tamer¹, Dursun Hakan Delibaş², Esin Erdoğan²

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bozyaka Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği, İzmir, Türkiye

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bozyaka Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, İzmir, Türkiye

Amaç: Bu çalışmanın amacı epilepsi hastalarında, klinik özellikler, uyku kalitesi, yorgunluk ve ruhsal belirtiler arasındaki ilişkileri incelemektir.

Yöntem: Bu kesitsel araştırma, Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, epilepsi özel dal polikliniğinde yapılmıştır. Çalışmaya epilepsi tanısı ile izlenen 81 hasta alınmıştır. Hastalara, sosyodemografik veri formu, Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği (PUKÖ), Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Yorgunluk Şiddet Ölçeği (YŞÖ) uygulanmıştır.

Bulgular: Çalışmaya alınan hastaların ortalama yaşı $37,5 \pm 12,1$ 'di. 42'si (%51,9) kadın, 39'u (%48,1) erkekti. Ortalama eğitim süreleri $8,4 \pm 3,6$ yıldır. Hastaların kendisinde ve yakınlarında daha önce psikiyatrik hastalık tanısı yoktu. 34 (%42) hasta da nöbet kontrolü sağlanmıştı. 53 (%65,4) hasta fokal tip, 28 (%34,6) hasta jeneralize tipte nöbet tanısı ile izleniyordu. Ortalama epilepsi hastalık süresi $14,9 \pm 12,4$ yıldır. Hastaların ortalama BDÖ puanı, $14,91 \pm 10,11$ 'di ve BDÖ puanı 19 üzerinde olan hasta sayısı 25 (%30,9)'di. 47 (%58)'sinde hafif, 16 (%19,8)'sında kronik yorgunluk vardı. Ortalama toplam PUKÖ puanı $4,5 \pm 2,8$ 'di ve %18,5'nin (15) uyku kalitesi kötü düzeydeydi. Epilepsi kliniği değişkenleri ile (nöbet sıklığı, nöbet türü, hastalık süresi), BDÖ ve PUKÖ puanı arasındaki ilişkiler uygun istatistik testlerle araştırıldı, değişkenler arasında istatistik olarak anlamlı bir ilişki ve farklılık bulunamadı ($p > 0,05$). Depresyonu olan epilepsi hastalarında, yorgunluk şiddeti ileri derecede anlamlı olarak fazlaydı ($p = 0,000$). Yine nöbet sıklığı ile yorgunluk şiddeti değeri arasında anlamlı ilişki bulundu ($p = 0,000$). Nöbet kontrolü olmayan epilepsi hastalarında yorgunluk şiddeti nöbet kontrolü olanlara göre daha yüksekti ($p = 0,002$).

Tartışma: Çalışmamızda orta ve ağır depresyon şiddeti olan hasta oranı yüksektir. Bu da epilepsi hastalarında depresyon tanısının değerlendirilmesinin önemine işaret etmektedir. Depresyon varlığı yorgunluk şiddetiyle ilişkili bulunmuştur. Epilepsi hastalarının izleminde yorgunluk ve depresyonun nedenlerinin dikkatle araştırılması, özellikle depresyon varlığı göz ardı edilmeden psikiyatri uzman görüşü ve ortak takibi önemlidir.

Anahtar kelimeler: epilepsi, uyku, depresyon, yorgunluk

Tablo 1. Epileptik nöbet kontrolüne göre klinik özelliklerin karşılaştırılması

	<i>Nöbetler Devam Ediyor</i>	<i>Nöbetler Kontrol Altında</i>	<i>p</i>
Cinsiyet	25(%53.2) Kadın 22(%46.8) Erkek	17(%50) Kadın 17(%50) Erkek	0.82
Yaş	36.5±11.9	38.8±12.3	0.45
Eğitim	8.4±3.6	8.2±3.7	0.67
Beck Puanı	16.4±10.6	12.7±9.01	0.34
Orta-Ağır Depresyon	16(%64)	9(%36)	0.62
Kötü Uyku Kalitesi	16(%57.1)	12(%42.9)	0.54
Kronik Yorgunluk	43(%63.8)	20(%31.7)	0.001

OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUKTA METAKOGNİTİF İŞLEVLER

Güliz Şenormancı¹

¹Sbü Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Bu çalışmanın amacı obsesif kompulsif bozukluk (OKB) hastaları ile sağlıklı kontrol grubundaki (SK) metakognitif işlevlerinin depresyon karıştırıcı etkisi ortadan kaldırılmadan önce ve sonra karşılaştırılmasıdır.

Yöntem: Çalışmaya DSM-IV-TR'ye göre OKB tanılı 88 hasta ile demografik özellikleri benzer, öyküsünde psikiyatrik ve nörolojik hastalığı olmayan 87 SK çalışmaya alındı. Katılımcılara Demografik veri formu, DSM- IV Eksen-I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu (SCID-I), Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (YBOKÖ), Üstbiliş Ölçeği-30 (ÜBÖ-30) ve Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) uygulandı.

Bulgular: OKB grubunun ÜBÖ-30 Kontrol edilemezlik ve tehlike, ÜBÖ-30 Düşünceleri kontrol ihtiyacı, ÜBÖ-30 Bilişsel güven ve ÜBÖ-30 toplam puanları SK grubundan anlamlı olarak yüksekti. Depresyon karıştırıcı etkisi ortadan kaldırıldıktan sonra gruplar arası ÜBÖ-30 Bilişsel güven puanı anlamlılığını yitirdi.

Tartışma: OKB hastaları kendi düşüncelerinin tehlikeli olduğu ve kontrol edilmesi gerektiğini varsaymaktadırlar. Belli konuların düşünülmesinin kötü sonuçlara yol açabileceği ve bundan kaçınılması ya da düşüncelerin kontrol edilmesi gerektiği konularında çaba harcarlar. OKB hastaları sıklıkla düşüncelerini izlerler. Çalışmamızda depresyon karıştırıcı etkisi ortadan kaldırıldığında ÜBÖ-30 bilişsel güven puanının anlamlılığını yitirmesi, hastaların hafızalarına olan güvensizliklerinin depresyon düzeyiyle ilişkili olabileceğini düşündürmüştür.

Anahar kelimeler: Obsesif kompulsif bozukluk, metakognisyon, depresyon

KADINLARIN MARUZ KALDIĞI ŞİDDETİN RUHSAL BELİRTİLER VE SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ İLE İLİŞKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Murat Eren Özen¹

¹*Özel Adana Hastanesi*

Amaç: Aile içi/yakın eşten şiddet gören kadın hastalarda anksiyete ve depresif belirtilerin şiddetiyle ilişkili faktörleri araştırmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntemler: Çalışma Ocak-Nisan 2018 tarihleri arasında XXXXXXXX Hastanesi psikiyatri polikliniğinde ayaktan tedavi gören hastalarla yürütülmüştür. Ardışık başvuran kadınlardan (n=476) şiddet görme öyküsü olanlara (n=218) doldurmaları için form verildi. Şiddet gördüğü bir yakını tarafından doğrulanan ve formları doldurup teslim eden kadın (n=120) çalışma grubunu oluşturdu. Çalışmada, yazarlar tarafından tasarlanan yapılandırılmış bir anket ve HADÖ (Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği) uygulanmıştır. Ardışık modeller, çalışma grubundaki anksiyete ve depresif belirtilerin daha yüksek şiddetiyle ilişkili potansiyel risk ve koruyucu faktörleri araştırmak için geri adımli çoklu regresyon kullanılarak oluşturulmuştur.

Bulgular: Katılımcıların HADÖ alt ölçek değerlendirmeleri sonucunda %30 anksiyete bozukluğu ve %17 depresyon tespit edildi. Kırsal kesimde yaşamak, kaygı alt ölçeğinde daha yüksek puanlarla ilişkiliydi (b=-1.19, p=0.003), fakat depresyon alt ölçeğinde ise değildi. Kronik fiziksel hastalığın varlığı (b=2.79, p=0.014; b=2.79, p=0.014), işsiz olma (b=0.54, p=0.025; b=0.71, p=0.008) ve ekonomik şiddete maruz kalma (b=3.89, p<0.001; b=3.92, p=0.001) HADÖ'nin her iki alt ölçeğinde daha yüksek puanlar ile ilişkili bulundu. Maddi destek alma (b=2.59, p=0.002; b=2.71, p=0.003) anksiyete ve depresyona semptomlarına karşı koruyucu bir faktör olarak bulundu. Fiziksel şiddete maruz kalma depresyon alt ölçeğinde daha yüksek puanlarla ilişkiliydi (b=2.39, p<0.012), ancak anksiyete alt ölçeğinde değildi.

Sonuç: Eşinden/yakın partnerinden şiddet gören kadınların anksiyete ve depresif semptomları, demografik değişkenlere kıyasla, sosyoekonomik özellikleri ile daha fazla ilişkili bulundu.

Anahtar kelimeler: aile içi şiddet; yakın eş şiddeti; anksiyete; depresyon

Tablo 1. Çalışma grubunun özellikleri

<i>Değişken</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Yaş (yıl)	44.38±10.61	-
Eğitim		
İlkokul	21	17
Ortaokul terk	3	2.5
Ortaokul mezunu	69	57.5
Lise ve üstü	27	22.5
Medeni durum		
Bekar	7	5.8
Evli	93	77.5
Boşanmış	15	12.5
Dul	5	4.2
Yaşadığı yerin nüfusu		
Kırsal alan	70	58.4
> 10 bin	35	29.2
10--20 bin	13	10.8
> 20 bin	2	1.6
Kronik hastalık		
Evet	98	81.6
Hayır	22	18.4
Gelir kaynağı		
Çalışan	60	50.0
Mevsimlik işçi	14	11.7
Çiftçi	20	16.7
Özürlü yardımı	7	5.8
Emekli maaşı	11	9.1
Başkalarından destek	8	6.7
Maddi durum (aylık gelir)		
Çok kötü	5	4.2
Kötü	36	30.0
Orta	56	46.6
İyi	19	15.8
Çok iyi	4	3.4
Barınma durumu		
Çok kötü	2	1.6
Kötü	17	14.2
Orta	68	56.7
İyi	25	20.8
Çok iyi	8	6.7
Maddi yardım alıyor		
Evet	38	31.7
Hayır	82	68.3

Tablo 2. Aile içi şiddete maruz kalan kadınlarda anksiyete belirtileri için geriye dönük aşamalı çoklu regresyon kullanılarak elde edilen sonuçları

	<i>b</i>	<i>GA</i>	<i>p</i>
1. Aşama			
Yaşadığı yer	-1.19	-1.89'dan -0.40'a	0.003
Kronik hastalık (Hayır/Evet)	3.11	0.94'ten 5.19'a	0.005
2. Aşama			
Gelir kaynağı	0.54	0.08'den 1.11'e	0.025
3. Aşama			
Maddi yardım (Evet/Hayır)	2.59	0.93'ten 4.21'e	0.002
4. Aşama			
Ekonomik şiddet	3.89	2.29'dan 5.45'e	<0.001
b: tahmin oranı GA: Güven aralığı			

Tablo 3. Aile içi şiddete maruz kalan kadınlarda depresif belirtileri için geriye dönük aşamalı çoklu regresyon kullanılarak elde edilen sonuçları

	<i>b</i>	<i>GA</i>	<i>p</i>
1. Aşama			
Kronik hastalık	2.79	0.57'den 4.99'a	0.014
2. Aşama			
Gelir kaynağı	0.71	0.17'den 1.19'a	0.008
Banım durumu	-1.59	-2.69'dan -0.51'e	0.006
3. Aşama			
Maddi yardım (evet/hayır)	2.71	0.89'dan 4.39'a	0.003
4. Aşama			
Ekonomik şiddet	3.92	0.49'dan 4.29'a	0.001
Fiziksel şiddet	2.39	2.09'dan 5.49'a	0.012
b: tahmin oranı GA: Güven aralığı			

ANKSİYETE BOZUKLUĞU OLAN HASTALARDA ORTALAMA TROMBOSİT HACMİ VE PLATELET LENFOSİT ORANI

Hasan Korkmaz¹, Sevda Korkmaz², Sema Baykara², Dilek Ulukan², Ayşe Merve Denk², Sevler Yıldız²

¹Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, Elazığ

²Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Elazığ

Amaç: Sempatik aktivite artışı, anksiyete bozukluklarının klinik belirtilerinin ortaya çıkmasında primer rol oynamaktadır. Yapılan bazı çalışmalarda, sempatik sinir sistemi aktivasyonunun, kanda trombosit aktivitesinin önemli bir belirteci olan ortalama trombosit volümü (MCV) değerlerini de arttırabileceği belirlenmiştir. Çalışmamızda anksiyete bozukluğu tanısı alan hastalarda, platelet ve MCV değerlerinin sağlıklı kontroller ile karşılaştırılması planlanmıştır.

Yöntem: Çalışmaya DSM-5 tanı ölçütlerine göre herhangi bir anksiyete bozukluğu tanısı konan 18-65 yaşları arasındaki 48 hasta alınmıştır. Kontrol grubunu yaş ve cinsiyet açısından benzer 49 sağlıklı kişi oluşturmuştur. Tüm katılımcılara tarafımızca hazırlanmış bir sosyodemografik veri formu uygulanmıştır. Hem hasta hemde sağlıklı kontrol grubundaki bireylerin tam kan sayımı değerleri sistem üzerinden kaydedilmiştir. Hastalara ait MPV ve platelet değerleri sağlıklı kontrollere ait sonuçlarla karşılaştırılmıştır. İstatistiksel analizler için SPSS versiyon 22 paket programı kullanılarak Student's t testi ve Pearson korelasyon analizi uygulanmıştır. $p < 0.05$ değerleri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular: Grupların sosyodemografik özellikleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır. Hastaların yaş ortalaması 45.9 ± 13.25 olarak bulundu. Hasta grubunda platelet sayısı, kontrol grubundan anlamlı derecede daha düşük bulundu ($p = 0.037$). MPV oranları hasta grubunda daha düşük bulunmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı değildi. Platelet lenfosit oranı hasta grubunda kontrol grubuna oranla istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde düşük bulundu ($p = 0.019$). Hasta ve kontrol grubunda MPV, Hb, Htc, WBC, RBC bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı.

Sonuç: Çalışmamızda anksiyete grubunda platelet sayısı ve platelet/lenfosit oranı kontrol grubundan anlamlı derecede düşük bulundu. Anksiyete bozukluğu olan hastalarda platelet sayı ve fonksiyonlarının daha geniş çaplı araştırmalarla desteklenmesi gerekmektedir.

Anahtar kelimeler: Anksiyete, platelet, ortalama platelet hacmi

OBSTRÜKTİF UYKU APNE SENDROMUNDA YAŞAM KALİTESİNİN APNE-HİPOPNE İNDEKSİNE GÖRE DEĞERLENDİRİLMESİ

Sema Baykara¹, Şule Şirin Berk²

¹Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Elazığ

²Necip Fazıl Şehir Hastanesi Psikiyatri Kliniği Kahramanmaraş

Amaç: Obstrüktif uyku apne sendromu (OUAS) erişkinlerin %50'sinden fazlasında görülen bir uyku bozukluğudur OUAS'da uykunun bölünmesi ve tekrarlayan hipoksemi sık görülür. Bu durum gün içinde aşırı uyuklama ve konsantrasyon bozukluğu, dikkati toplayamama, depresyon, libidoda azalma ve impotans gibi nörokognitif ve fizyolojik bozukluklara neden olabilir ve bu kişilerin yaşam kalitesinde azalmaya yol açabilir. Bu çalışmada OUAS'lı hastalarda Apne-Hipopne İndeksine göre yaşam kalitesi değerlendirildi.

Gereç ve Yöntem: Çalışma, Etik Kurul kararına uygun olarak Nöroloji ve Psikiyatri Kliniği tarafından yürütüldü. Tüm olgular çalışma öncesinde bilgilendirildi ve onayları alındı. Horlama, uykuda solunum durması öyküsü, gündüz aşırı uykululuk hali, yorgunluk, baş ağrısı gibi şikâyetlerle başvuran ve Uyku Laboratuvarında bir gece yatırılarak Polisomnografi yapılan, çalışma kriterlerini karşılayan 100 kişi çalışmaya dâhil edildi. Çalışmaya dâhil edilme kriterleri: 18-65 yaş arasında olma, polisomnografi yapılarak OUAS tanısı almış olma, Mental Retardasyon, Şizofreni, Bipolar Affektif Bozukluk, Psikotik Bozukluk, Demans tanısının olmaması, Alkol veya Madde bağımlılığı ya da kullanımı öyküsü, kafa travması öyküsü olmaması şeklinde belirlendi. Mevcut kriterlere uyan olguların, sosyodemografik özellikleri ve hastalıkla ilgili bilgileri içeren form düzenlendikten sonra olgulara SF-36 Yaşam Kalitesi Anketi (Kısa Form) uygulandı.

Çalışmada elde edilen verilerin istatistiksel analizleri için, SPSS for Windows 15.0 programı kullanıldı. Gruplar arası karşılaştırmalarda tek yönlü varyans analizi testi kullanıldı. Sonuçlar %95'lik güven aralığında, anlamlılık $p \leq 0.05$ düzeyinde değerlendirildi.

Bulgular: Olgular Apne-Hipopne İndekslerine (AHI) göre gruplandırıldı. AHI 5'ten küçük olan olgular Basit Horlama grubu ($n=20$, %20), AHI=5-14,99 arası olan olgular ($n=27$, %27) Hafif şiddette OUAS grubu, AHI=15-29,99 arası olan olgular ($n=20$, %20) Orta şiddette OUAS grubu, AHI ≥ 30 olan olgular ($n=33$, %33) Ağır şiddette OUAS grubu olarak değerlendirildi.

Çalışmaya alınan olguların yaşları 22-61 yaş aralığında olup olguların 65'i (%65) erkek, 35'i (%35) kadın idi. Gruplar arasında yaş ve cinsiyet açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu.

Çalışmaya katılan olgular AHI gruplarına göre SF 36 alt bileşenlerine göre değerlendirildiğinde; Fiziksel Sağlık, Fiziksel Rol Güçlüğü, Ağrı, Genel Sağlık Algısı, Vitalite, Emosyonel Rol Güçlüğü, Mental Sağlık alt bileşenlerinin her biri tüm gruplarda Türk Toplumu Standartları'na göre anlamlı olarak ($p < 0,001$) düşük saptanmakla beraber gruplar arasında anlamlı bir fark yoktu.

Basit horlama grubu, OUAS grubu ve Türk Toplumu Standartları karşılaştırıldığında anlamlı olarak ($p < 0,001$) farklılık saptandı. Orta OUAS grubu daha belirgin olmak üzere BH ve diğer OUAS grupları Türk Toplumu Standartları'ndan daha düşük değerlere sahipti.

Sonuç: Obstrüktif uyku apne sendromu olan hastaların yaşam kalitesi AHI'den bağımsız olarak olumsuz yönde etkilenmektedir. Ancak bu etkilenme orta şiddette OUAS'lı grupta daha belirgindir. OUAS'lı hastalar değerlendirildiğinde bunun sadece fiziksel bir hastalık olmayıp yaşam kalitesini de olumsuz etkilediğinin göz önünde bulundurularak tedavinin şekillendirilmesi tedavideki başarıyı artıran bir yaklaşım olacaktır.

Anahtar kelimeler: Obstrüktif uyku apne sendromu, yaşam kalitesi, anket

Yaşam Kalitesi parametrelerine göre olguların dağılımı-I

	BH	HO	OO	AO	Türk Toplamı Standartları*
FF	68,8±24,2	57,2±20,0	56,3±22,7	62,3±22,6	86,6±25,2
FRG	52,5±42,8	63,9±40,0	40,0±40,1	59,1±43,7	89,5±29,6
A	58,7±24,8	63,4±24,2	58,3±20,2	67,0±25,6	86,1±20,6
GS	61,2±20,5	48,0±19,0	51,0±20,2	56,0±22,6	73,9±17,5
V	47,0±23,2	40,2±15,8	36,8±16,5	45,6±22,9	67,0±13,8
SF	81,1±24,6	60,2±25,7	60,6±29,6	57,6±27,6	94,8±14,2
ERG	70,0±38,9	45,7±41,5	36,6±37,3	56,5±43,7	94,7±20,9
MS	67,6±20,6	61,8±14,0	51,2±21,0	64,0±18,5	73,5±11,6

Yaşam Kalitesi parametrelerine göre olguların dağılımı-II

	BH	OUAS	Türk Toplamı Standartları	p
FF	68,8±24,2	59,1±23,6	86,6±25,2	<0.001
FRG	52,5±42,8	55,9±42,1	89,5±29,6	<0.001
A	58,7±24,8	63,6±23,9	86,1±20,6	<0.001
GS	61,2±20,5	52,0±20,9	73,9±17,5	<0.001
V	47,0±23,2	41,6±19,3	67,0±13,8	<0.001
SF	81,1±24,6	59,2±27,2	94,8±14,2	<0.001
ERG	70,0±38,9	47,9±41,7	94,7±20,9	<0.001
MS	67,6±20,6	60,1±18,4	73,5±11,6	<0.001

PANİK BOZUKLUĞU OLAN HASTALARDA KAUDAT ÇEKİRDEK HACİMLERİ VE KLİNİK DEĞİŞKENLERLE İLİŞKİSİ

Mehmet Gürkan Gürök¹, Murad Atmaca¹, Faruk Kılıç¹, Hanefi Yıldırım¹

¹Fırat Üniversitesi Hastanesi Psikiyatri A.d

²İsparta Süleyman Demirel Üniversitesi Hastanesi Psikiyatri A.d

³Fırat Üniversitesi Hastanesi Radyoloji A.d

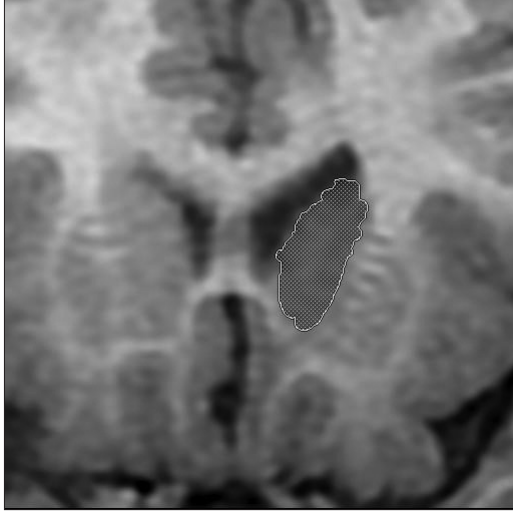
Amaç: Panik Bozukluk tanısı özellikleri iyi belirlenmiş, anksiyete bozuklukları içerisinde sınıflandırılan ve üzerinde ilgiyle durulmuş bir psikiyatrik bozukluktur. Son yıllarda panik bozukluk hastalarında yapılan nöro-görüntüleme çalışmalarında, hastalığın belirleyici belirti ve bulguları ile ilintili olabilecek anormallikler saptanmıştır. Çalışmamızda; panik bozukluğun etyopatogenezi daha iyi anlayabilmek adına, hastalarda kaudat nükleusdaki morfolometrik değişiklikleri araştırmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Çalışma süresince Fırat Üniversitesi Fırat Tıp Merkezi Psikiyatri Kliniği ve Polikliniği'ne başvuran ve yatarak ya da ayaktan tedavi gören, DSM-IV tanısı ölçütlerine göre Panik Bozukluk tanısı almış ve çalışma ölçütlerine uyan 20 hasta ile 20 sağlıklı kontrol grubu çalışmaya dahil edilmiştir. Hastalara Sosyodemografik ve Klinik Bilgi Formu, Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği, Hamilton Anksiyete Ölçeği ve SCID-I uygulanmıştır. Hasta ve kontrol grubunda manyetik rezonans görüntüleme kullanılarak total beyin, gri madde, beyaz madde kaudat nükleus bölümlerinin volümetrik ölçümleri gerçekleştirilmiştir.

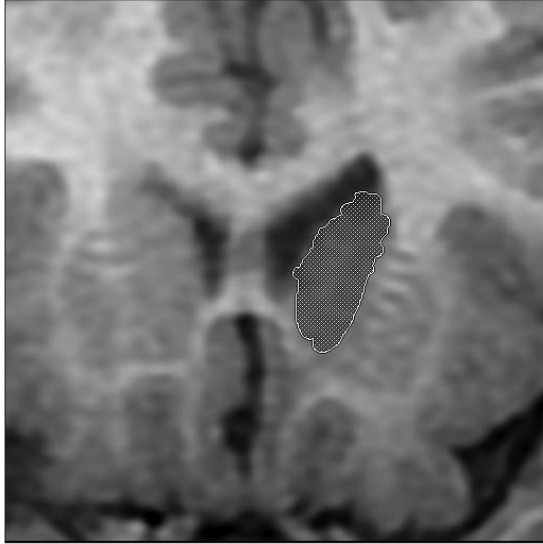
Bulgular: Hasta grubu ile sağlıklı kontroller arasında, total beyin volümü, total beyaz ve gri madde volümü açısından fark gözlenmezken, hasta grubunda sağ ve sol kaudat nükleus hacmi sağlıklı kontrollere kıyasla önemli oranda küçük bulundu.

Sonuç: Kaudat nükleusun hem hastalığın patofizyolojisi hem de klinik seyrinde önemli ilişkisinin olabileceğini söyleyebiliriz. Bu bölgenin fonksiyonel özelliklerini inceleyen görüntüleme teknikleri ve bilişsel işlevleri inceleyen testlerin birlikte ele alındığı çalışmalar daha önemli ve verimli sonuçlara ulaşmamızı sağlayacağı düşüncesindeyiz.

Anahtar kelimeler: Panik bozukluk, Volüm, Kaudat nükleus, MRG



Resim 1. Kesitlerden örnekler 1



Resim 1. Kesitlerden örnekler 2

ALEKSİTİMİ DUYGULARIN ERTELENMESİ MİDİR?

Bahadır Geniş¹, Burak Erman Menkü², Yasin Duman², Behcet Coşar²

¹Çaycuma Devlet Hastanesi

²Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi

Giriş: Erteleme, “gecikmenin daha kötü olabileceğini ummasına rağmen, amaçlanan bir eylemi gönüllü olarak yapmamak” olarak tanımlanmaktadır. Erteleme davranışı oldukça sık olup yaygınlığı öğrencilerde % 70, erişkinde % 20 oranındadır. Erteleme, depresyon başta olmak üzere psikiyatrik hastalıkların önemli bir kısmına eşlik etmektedir. Aynı zamanda erteleme davranışının kognitif bozukluklarla da görüldüğü bilinmektedir (1). Literatürde erteleme davranışı ile aleksitimi arasında yapılmış herhangi bir çalışma bulunmamaktadır. Bizde, bu eksikliği göz önüne alarak erteleme davranışı, aleksitimi ve dikkat eksikliği arasındaki ilişkiyi araştırmayı amaçladık.

Method: Çalışmanın örneklemini Gazi Üniversitesi çalışanları ve öğrencilerinin oluşturduğu 256 kişiden meydana gelmektedir. Veriler çalışmaya katılmayı kabul eden katılımcılara anket verilerek elde edilmiştir. Çalışmada Erişkin Dikkat Eksikliği Ölçeği (EDEÖ), Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ) ve Erteleme (Procrastination) Ölçeği (EÖ) kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışma örnekleminin yaş ortalaması $28,13 \pm 6,95$, % 56,5’i (n=83) kadın ve % 46,1’i (n=118) evlidir. Katılımcıların % 30,1’i (n=77) sigara, % 22,7’si (n=58) ise alkol kullanmaktadır. Katılımcıların EÖ puan ortalamaları ile EDEÖ’nün tüm alt boyutları, TAÖ’nin duygularını tanıma zorluğu ve duygularını ifade etme zorluğu arasında pozitif yönde, yaş ile negatif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır (Tablo 1). EÖ toplam puanının bağımlı değişken olarak kabul edildiği çoklu doğrusal regresyon analizinde oluşturulan model varyansın % 36’sını açıklamaktadır. Önem sırasına göre erteleme ölçeğini en iyi açıklayan bağımsız değişkenler EDEÖ-Dikkat Eksikliği, TAÖ toplam puanı, EDEÖ-Dürtüsellik, sigara kullanmama ve genç yaşlıdır (Tablo 2).

Tartışma: Erteleme davranışının ilişkili olabileceği nedenleri araştırmayı amaçlayan çalışmamız, dikkat eksikliği ve aleksitimik özelliklerin erteleme davranışı ile ilişkili olduğunu göstermiştir. Bunlara ek olarak dürtüsel, sigara içmeyen ve genç kişilerin daha fazla erteleme davranışı sergilediğini bulmuştur. Literatüre bakıldığında erteleme davranışının depresyon ve anksiyete bozuklukları ile ilişkili olduğu görülmektedir (2). Öz-denetim ve dürtüsellik, ertelemeye katkıda bulunan iki ana faktör olarak kabul edilmektedir. Ancak, öz denetim veya dürtüsellik erteleme üzerindeki etkilerinin altında yatan bilişsel mekanizma belirsizliğini korumaktadır (1). Bizim çalışmamızda da dürtüsellik artışıyla birlikte erteleme davranışının pozitif yönde anlamlı bir artışının olduğu saptandı (Tablo 1).

Sonuçlar: Erteleme davranışı, sadece kişilerin performansını ve potansiyellerine ulaşmasını etkilemekle kalmaz, ruhsal sağlığını ve kişiler arası iletişiminde de etkiler. Bu etki bireyin aile hayatını, işini ve sonunda da tüm toplumu etkiler. Bu durumun ayrıca mali yükü de vardır. Özellikle genç yaşlarda erteleme davranışının yaygınlığı bu durumun ciddiyetini daha da arttırmaktadır.

Kaynaklar

1. Fernie BA, Bharucha Z, Nikcevic AV, Marino C, Spada MM. A Metacognitive model of procrastination. *Journal of affective disorders*. 2017;210:196-203.
2. Flett AL, Haghbin M, Pynchl TA. Procrastination and Depression from a Cognitive Perspective: An Exploration of the Associations Among Procrastinatory Automatic Thoughts, Rumination, and Mindfulness. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*. 2016;34(3):169-86.

Anahat kelimeler: Aleksitimi, erteleme, procrastination, dikkat eksikliği, dürtüsellik

Tablo 1 Katılımcıların Erteleme Ölçeği (EÖ) puanları ile yaş, Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ) ve Erişkin Dikkat Eksikliği Ölçeği (EDEÖ) puanlarının ilişkisi

<i>Değişkenler</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	<i>7</i>
(1) Yaş	-	-	-	-	-	-	-
(2) TAÖ-Duygularını tanıma zorluğu	-0,110	-	-	-	-	-	-
(3) TAÖ-Duygularını ifade etme zorluğu	-0,168**	0,691**	-	-	-	-	-
(4) TAÖ-Dışa vuruk düşünce	0,067	0,239**	0,251**	-	-	-	-
(5) EDEÖ-Dikkat Eksikliği	-0,219**	0,462**	0,432**	0,104	-	-	-
(6) EDEÖ- Aşırı Hareketlilik	-0,007	0,352**	0,269**	0,176**	0,450**	-	-
(7) EDEÖ-Dürtüsellik	-0,059	0,199**	0,166**	0,057	0,358**	0,390**	-
(8) Erteleme (Procrastination) Ölçeği	-0,423**	0,388**	0,339**	0,041	0,461**	0,195**	0,298**

*p<0,05; **p<0,01

Tablo 2. Çoklu doğrusal regresyon analizi ile Erteleme (Procrastination) Ölçeği (EÖ) toplam puanının değerlendirilmesi

<i>Değişkenler</i>	<i>β (Beta)</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Sabit	-	11,373	0,000
Yaş	-0,177	-2,442	0,015
Cinsiyet (Kadın/Erkek)	-0,069	-1,114	0,266
Medeni Durum (Bekâr/Evli)	-0,079	-1,044	0,297
Sigara (Yok/Var)	-0,158	-2,713	0,007
Alkol (Yok/Var)	0,046	0,805	0,421
Erişkin Dikkat Eksikliği Ölçeği - Dikkat Eksikliği	0,261	4,001	0,000
Erişkin Dikkat Eksikliği Ölçeği - Aşırı hareketlilik	-0,093	-1,458	0,146
Erişkin Dikkat Eksikliği Ölçeği - Dürtüsellik	0,179	3,015	0,003
Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ)	0,188	3,145	0,002

REM UYKUSU DAVRANIŞ BOZUKLUĞU İLE DEPRESYON VE KAYGI ARASINDAKİ İLİŞKİ

Gamze Rabia Yürük¹, İtir Tarı Cömert², Seda Uğraş³, Emel Hülya Yükseloğlu³

¹T.C. İstanbul Arel Üniversitesi

²Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi

³İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Adli Tıp Enstitüsü

Bu araştırmanın yapılaş amacı REM uykusu davranış bozukluğu olan bireylerin depresyon ve kaygı bozukluklarına yakalanma riskinin ortaya çıkarılması ve aradaki ilişkinin belirlenmesidir. Bağırma, konuşma veya kendisini veya yatak arkadaşını yaralayabilecek fiziksel hareketlerin eşlik ettiği uykudan uyanma araları REM uykusu davranış bozukluğu olarak tanımlanmaktadır. Çalışmanın etik kurul izni T.C. İstanbul Arel Üniversitesinden alınmıştır. Çalışmanın analizlerinin yapıldığı örnekleme, İstanbul ilinden T.C. Sağlık Bakanlığı Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesinden 47 kişi, T.C. Sağlık Bakanlığı Sultan Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesinden 39 kişi, T.C. Sağlık Bakanlığı Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesinden 28 kişi, toplamda 114 kişi alınmıştır. Katılımcıların REM uykusu davranış bozukluğunun “düşük” düzeyde olduğu söylenebilir (13-0=13/3=4,33; 0-4,33: düşük; 4,34-8,66: orta; 8,67-13,00: yüksek). REM uykusu davranış bozukluğu puanları ile anksiyete ($r=.43$; $p<.05$) ve depresyon ($r=.56$; $p<.05$) puanları arasında pozitif yönlü ve anlamlı ilişki tespit edilmiştir. REM uykusu davranış bozukluğu yüksek olan katılımcıların anksiyete ve depresyon belirtileri de yüksektir.

Anahtar kelimeler: REM uykusu davranış bozukluğu, kaygı, depresyon, uyku

Tablo 1. Ölçeklere ait betimsel istatistikler

Ölçek	n	X	SS	Skewness
REM Uykusu Davranış Bozukluğu	219	3,45	2,53	.97
Beck Anksiyete	219	14,44	12,50	1,05
Beck Depresyon	219	12,37	8,83	.84

Tablo 2. REM Uykusu davranış bozukluğu ile anksiyete ve depresyon arasındaki ilişkiye ait korelasyon analizi sonuçları

Değişkenler	2	3
1- REM Uykusu Davranış Bozukluğu	.43**	.20**
2-Beck Anksiyete	1	.56**
3- Beck Depresyon		1

GERİATRİK HASTALARDA AĞRI İLE ANKSİYETE VE DEPRESYON ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Aslı Beşirli¹

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

Amaç: Geriatrik dönemde bireyler sıklıkla akut ve kronik ağrılı hastalıklarla karşılaşmaktadır. 60 yaş ve üzerinde ağrı sıklığının 60 yaş altındaki bireylerden 2 kat daha yüksek olduğu bildirilmiştir ancak geriatrik popülasyonda ağrı alanında yapılan çalışma sayısı daha azdır. Ağrı, geriatrik hastalarda yaşam kalitesini bozmakta, fiziksel hastalıklarla birlikte depresyon, anksiyete bozukluğu, bilişsel bozukluk gibi psikiyatrik hastalıklara da yol açabilmektedir (1). Bu çalışmanın amacı, psikiyatri polikliniğine başvuran geriatrik hastalarda ağrı ile anksiyete ve depresyon arasındaki ilişkinin incelenmesidir.

Metod: Kadın veya erkek fark etmeksizin 60 yaş ve üzeri 25 hasta çalışmaya alınmıştır. Hastalara Geriatrik Depresyon Ölçeği (GDÖ), Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ), Geriatrik Ağrı Ölçeği (GAÖ) ve Kısa Akıl Muayenesi (KAM) uygulanmıştır. KAM skoru 24 ve üzeri olanlar çalışmaya dahil edilmiştir. Çalışma halen devam etmektedir.

Bulgular: GAÖ ile BAÖ arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($p=0,036$). GAÖ ile GDÖ total puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p=0,289$).

Tartışma ve Sonuç: Çalışmamızda ağrının anksiyete ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Geriatrik hastalarda depresif duygudurumun ağrı ile ilişkili olduğu bildirilmiştir ancak anksiyete ve ağrı ilişkisi depresyonda olduğu kadar incelenmemiştir. Yaşlı hastalarda ağrı ve depresyon arasındaki yakın ilişki sebebiyle ağrıya anksiyete belirtilerinin de eşlik edebileceği öne sürülmüştür (1). Yapılan bir çalışmada, depresyonu olan geriatrik hastaların daha fazla kronik ağrısının olduğu ve ağrıyı daha yoğun ve kısıtlayıcı olarak deneyimledikleri gösterilmiştir. Aynı çalışmada akut ve kronik ağrı şiddetinin ise en çok anksiyete ile ilişkili olduğu bulunmuştur (2). Başka bir çalışmada, depresyonu olan hastaların 6 yıllık izleminde depresif belirtilerdeki kötüleşmenin ağrı ile ilişkili olduğu bulunmuştur (3). Bizim çalışmamızda ise ağrının depresyonla ilişki olmaması çalışmamızın tek merkezli ve örneklem sayısının az olmasından kaynaklanıyor olabilir. Ayrıca yaşlı bireyler ağrıyı yaşlanma sürecinin doğal bir parçası olarak değerlendirdiğinden ağrı şikayetini çoğu zaman dile getirmeyebilir. Bazı hastalar, ciddi bir hastalık hatta ölümcül bir rahatsızlığın belirtisi olabileceği korkusuyla ağrı şikayetinden bahsetmeye isteksiz olabilmektedir. Bu gibi nedenlerle ağrının değerlendirilmesine karşı hastaların kendisi bariyer oluşturabilmektedir (1).

Sonuç olarak, geriatrik popülasyonda hastaların ağrıyı algılaması karmaşık ve çok yönlüdür. Bu nedenle hastalar belirtmese bile ağrı şikayeti özellikle sorgulanmalı, multidisipliner yaklaşım uygulanmalı, ağrı belirtilerine yol açan fiziksel hastalıkların tedavisi yanında psikiyatrik değerlendirme de yapılmalı ve gerekirse tedavi önerilerinde bulunulmalıdır.

Kaynaklar

1. Herr KA, Garand L. Assessment and measurement of pain in older adults. Clin Geriatr Med. 2001 Aug;17(3):457-78.
2. Hanssen DJ, Naarding P, Collard RM, Comijs HC, Oude Voshaar RC. Physical, lifestyle, psychological, and social determinants of pain intensity, pain disability, and the number of pain locations in depressed older adults. Pain. 2014 Oct;155(10):2088-96.
3. Jeuring HW, Stek ML, Huisman M, Oude Voshaar RC, Naarding P, Collard RM, van der Mast RC, Kok RM, Beekman ATF, Comijs HC. A Six-Year Prospective Study of the Prognosis and Predictors in Patients With Late-Life Depression. Am J Geriatr Psychiatry. 2018 Sep;26(9):985-997.

Anahtar kelimeler: Ağrı, anksiyete, depresyon, geriatrik hasta

DEPRESİF HASTALARDA ALEKSİTİMİ VE YETİYİTİMİ İLİŞKİSİ

Mehmet Emin Demirkol¹

¹Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Giriş: Ruhsal bozukluklara bağlı iş gücü kaybı kronik fiziksel hastalıklardan daha fazla bulunmuştur ayrıca ruhsal bozukluklarda daha çok sosyal işlevsellik alanında bozukluk saptanmıştır. Depresyon üretkenlik azalması ve çalışılan iş günü sayısının azalması ile de ilişkilidir. Çalışan popülasyon üzerinde yapılan 5 yıllık bir izlem çalışmasında depresif bireylerde işsizlik oranlarının arttığı ve aylık maaş miktarının azaldığı saptanmıştır.

Aleksitimi bireyin duygularını ifade etmede, duygularını birbirinden ayırt etmede, kişiler arası ilişkilerde zorluk yaşamasıyla karakterizedir ve ruhsal, fiziksel hastalıklarla ilişkili bulunmuştur.

Bu çalışmada depresif hastalarda aleksitiminin işlevsellik ve yetiyitimi üzerine etkilerinin gösterilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışma retrospektif olarak yürütülmüş olup, ÇÜTF Psikiyatri Anabilim Dalı'nda tedavi gören DSM-5'e göre Major Depresif Bozukluk tanısı alan 71 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Hastalık şiddeti açısından örneklem grubunun homojenliğini sağlamak amacıyla Hamilton Depresyon Ölçeği'nden hafif-orta depresyon puanı hastalar çalışmaya alınmıştır. Aleksitimi skorları Toronto Aleksitimi Ölçeği-20, işlevsellik kaybı ve yetiyitimi ise WHODAS 2.0 ile değerlendirilmiştir.

Bulgular: Hastaların yaş ortalaması 41,52±12,14, ortalama eğitim yılı 8,67±4,45'tir. Hastaların 46'sı kadın, 25'i erkektir. Medeni duruma bakıldığında 29 hastanın bekar, 42'sinin evli olduğu belirlenmiştir. Hastaların 48'i düzenli olarak bir işte çalıştıklarını, 23'ü ise çalışmadıklarını belirtmiştir.

Ortalama HAM-D puanı 18,98±2,54, ortalama WHODAS 2.0 puanı 16,19±8,5, ortalama TAÖ-20 puanları ise 57,11±12,09'dur. Referans makale baz alınarak TAÖ puanları kategorize edildiğinde (<52: aleksitimi yok, 52-60: muhtemel aleksitimi, >60: aleksitimi var) hastaların 31'inde aleksitimi olduğu, 19'unun muhtemel aleksitimi sınıfında olduğu ve 21'inde ise aleksitimi olmadığı saptanmıştır.

Çalışmaya dahil edilen hastalarda aleksitimi ile yetiyitimi arasındaki ilişki değerlendirildiğinde aleksitimik bireylerin ortalama WHODAS 2.0 skorunun 24,22 ± 5,74, muhtemel aleksitimi grubunun 12,73 ± 2,70, aleksitimik olmayan grubun ise 7,47 ± 2,44 olduğu saptanmıştır. Her üç grubun yetiyitimi skorlarının birbirinden anlamlı olarak farklı olduğu saptanmıştır (p<0,05).

Tartışma: Çalışmanın en önemli sonucu aleksitiminin depresif hastalarda işlevsellik ve yetiyitimi üzerine olumsuz etkilerinin gösterilmesidir. Tedavi almamış depresyon hastalarında hastalığın şiddetinden bağımsız olarak aleksitimik bireylerin, aleksitimik olmayanlara göre CRP düzeyinin daha fazla olduğu ve bu durumun stres-aleksitimi hipotezi ile alakalı olabileceği gösterilmiştir. Stres-aleksitimi hipotezine göre aleksitimik bireyler daha fazla kronik stres reaksiyonuna maruz kalmakta bunun sonucu olarak da CRP ve inflamatuvar sitokinler daha fazla salgılanmaktadır. Maruz kalınan aşırı sitokin yükü ve stresin psikolojik etkileri de hastaların işlevsellik kaybının nedeni olarak açıklanabilir.

Türkçe uyarlama çalışmasında WHODAS 2.0'nin 12 soruluk formunun hasta grubunda yeterli psikometrik özelliklere sahip olduğu bulunmuştur. Çalışmamızda da 12 soruluk form kullanılmış ve aleksitimik olan ve olmayan grubu başarılı şekilde ayırt ettiği gözlenmiştir.

İşlevsellik kaybı hayatın birçok alanını etkileyen önemli bir sorundur. Bu çalışmada depresif hastalarda işlevsellik kaybının, yetiyeitiminin aleksitimi kavramıyla olası ilişkisi gösterilmiştir.

Anahtar kelimeler: depresyon, aleksitimi, yetiyeitimi, işlevsellik

TABLO 1. Hastaların Sosyodemografik Özellikleri ve Ölçek Skorları

Cinsiyet	
Kadın	46(%64.71)
Erkek	25(%35.21)
Medeni Durum	
Bekar	29(%40.84)
Evlü	42(%59.15)
Meslek	
Çalışıyor	48(%67.60)
Çalışmıyor	23(%32.39)
Yerleşim Birimi	
İl merkezi	64(%90.14)
İl merkezinden küçük	7(%9.85)
Yaş	41.52± 12.14
Eğitim Yılı	8.67±4.45
Hamilton Depresyon Ölçeği	18.98±2.54
WHODAS 2.0	16.19±8.5
Toronto Aleksitimi Ölçeği	57.11±12.09
Toronto Aleksitimi Ölçeği	
Var	31(%43.66)
Muhtemel	19(%26.76)
Yok	21(%29.57)

TABLO 2. Hastaların aleksitimi skorlarına göre işlevselliklerinin karşılaştırılması

	WHODAS 2.0	p
Toronto Aleksitimi Ölçeği		
Aleksitimi var	24.22±5.74	
Muhtemel aleksitimi	12.73±2.70	<0.05*
Aleksitimi yok	7.47±2.44	

*One way ANOVA, post hoc: Tamhane's T2

HEMODİYALİZ HASTALARINDA BİLİŞSEL ÇARPITIMLAR; OTOMATİK VE RUMİNATİF DÜŞÜNCELER

Filiz Özsoy¹

¹Tokat Devlet Hastanesi

Amaç: Son dönem böbrek yetmezliği nedeniyle diyaliz tedavisi gören hasta sayısı ülkemizde ve tüm dünyada giderek artmaktadır. Böbrek yetmezliği hastalarında-yaşamlarının bir parçası olan hemodiyaliz tedavisi ile birlikte; sağlık ekibine ve ailelerine bağımlı hale gelen, ekonomik güvencede bozulma, boş vakit ve sosyal etkinliklere azalma ve beraberinde sosyal ilişkilerde bozulma, beden işlev kaybı ve bozulmuş beden imgesi, artmış ölüm kaygısı ile pek çok psikiyatrik semptom ortaya çıkabilmektedir. Biz çalışmamızda; kronik böbrek yetmezliği tanılı ve diyaliz programına giren hastaların bilişsel çarpıtmalarını değerlendirebilmeyi amaçladık.

Metod: Çalışmamıza 40 hasta ve 40 sağlıklı kontrol grubu dahil ettik. Tüm katılımcılara; sosyodemografik veri formu, Hastane Anksiyete-Depresyon Ölçeği (HADÖ), Otomatik Düşünceler Ölçeği (ODÖ) ve Ruminatif Düşünce Biçimi Ölçeği (RDBÖ) uyguladık.

Bulgular: Hasta ve kontrol grubunun sosyodemografik özellikleri arasında farklılık yoktu. Uygulanan ölçeklerde; HADÖ hem anksiyete ($p=0.022$), hem depresyon ($p<0.001$) alt boyutları kontrol grubundan anlamlı yüksekti. ODÖ için kişisel uyumsuzluk-değişme isteği alt boyutu hariç tüm alt boyutlarda hasta grubunun sonuçları kontrol grubundan anlamlı farklı idi (Tüm alt boyutlarda $p < 0.001$ idi). RDBÖ ise hasta grubunun aldığı puanlar kontrol grubundan yüksek olmakla birlikte istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmedi ($p=0.053$).

Sonuç: Sonuçlarımızdan yola çıkarak; böbrek yetmezliği hastalarında, hastalara daha fazla yardımcı olabilmek ve hastaların işlevselliklerini arttırmak ve gözden kaçan psikiyatrik semptomları fark edip tedavi edebilmek için hastaların ruh sağlığı ve hastalıkları hekimi ile işbirliği içinde değerlendirilmesinin faydalı olabileceği düşünülmüştür.

Anahtar kelimeler: Hemodiyaliz, otomatik düşünce, ruminasyon, depresyon, anksiyete.

Tablo 1. Hasta grubunun ölçeklerinin pearson korelasyon analizi sonucu

	<i>Hastane anksiyete depresyon ölçeği - Anksiyete alt boyutu</i>	<i>Hastane anksiyete depresyon ölçeği - Depresyon alt boyutu</i>
Otomatik düşünceler Ölçeği		
Olumsuz benlik kavramı	0.427**	0.456**
Kaçma fantazileri	0.524**	0.495**
Kişisel uyumsuzluk	0.289*	0.206
Yalnızlık-izolasyon	0.426**	0.418**
Çaresizlik-vazgeçme	0.393**	0.512**
Toplam puan	0.490**	0.509**
Ruminatif düşünce biçimi ölçeği	0.356**	0.297*
*p<0.05 **p<0.01		

Tablo 2. Hasta ve kontrol grubu ölçek puanları

<i>Uygulanan ölçek</i>	<i>Kontrol grubu</i>	<i>Hemodiyaliz hasta grubu</i>	<i>p değeri</i>
Hastane anksiyete-depresyon ölçeği-Anksiyete alt boyut	5.47±2.82	7.7±5.32	0.022
Hastane anksiyete-depresyon ölçeği-Depresyon alt boyutu	5.18±3.07	8.6±4.33	<0.001
Otomatik düşünceler ölçeği			
Olumsuz benlik kavramı	11.77±3.75	20.98±12.25	<0.001
Kaçma fantazileri	6.7±1.49	12.08±6.05	<0.001
Kişisel uyumsuzluk	3.73±1.75	10.13±21.33	0.062
Yalnızlık-izolasyon	5.12±1.65	8.23±4.88	<0.001
Çaresizlik-vazgeçme	4.63±1.17	9.28±4.72	<0.001
Ruminatif düşünce biçimi ölçeği	67.27±24.62	80.43±34.4	0.053

SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK, YILDIRMA, ŞİDDETE İLİŞKİN KAYGI, RUHSAL BELİRTİLER VE TÜKENMİŞLİK

Erkal Erzincan¹, Bülent Coşkun², Nermin Gündüz³

¹*İstanbul Gelişim Üniversitesi Psikoloji Bölümü, Doktor Öğretim Üyesi*

²*Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Ana Bilim Dalı Emekli Öğretim Üyesi, Prof. Dr.*

³*Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Ana Bilim Dalı, Doktor Öğretim Üyesi*

Amaç: Bu çalışmanın amacı bir tıp fakültesi hastanesinde çalışan hekim, hemşire ve sağlık memurlarının tükenmişlik düzeylerini belirlemek ve bununla ilişkili olabilecek değişkenleri araştırmaktır.

Yöntem: Çalışma 2013 yılında bir tıp fakültesi hastanesinde çalışan hekim, hemşire ve sağlık memurlarından oluşan 242 kişi ile yürütülmüştür. Katılımcılar Sosyodemografik Form, Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ), Genel Sağlık Anketi (GSA)– 12, Kendini Toparlama Gücü Ölçeği (KTGÖ) ve Olumsuz Davranışlar Anketi (ODA) kullanılarak değerlendirilmiştir. Elde edilen veriler t-testi, Mann Whitney U testi, tek yönlü ANOVA testi, Kruskal Wallis testi ve Spearman korelasyon analizi kullanılarak çözümlenmiştir. Verilerin analizinde bir istatistiksel paket program kullanılmıştır. Sonuçların yorumlanmasında $p < 0,05$ anlamlılık düzeyi kabul edilmiştir.

Bulgular: Çalışmamızda MTÖ; duygusal tükenme (DT), duyarsızlaşma (D) ve kişisel başarı (KB) olmak üzere üç alt boyutta değerlendirilmiştir. Çalışmaya 86'sı (%35,5) hemşire / sağlık memuru, 156'sı (%64,5) hekim olmak üzere toplam 242 çalışan katılmıştır. Uzman hekimlerin; araştırma görevlisi hekimler ve hemşire / sağlık memuru gruplarına göre her üç tükenmişlik alt boyutunda da daha az tükenmişlik yaşamakta oldukları saptanmıştır. Çalışmamızda katılımcıların tükenmişlik alt boyutları ile ruhsal belirti düzeyleri, şiddete ilişkin kaygı düzeyleri, psikolojik dayanıklılık düzeyleri ve psikolojik yıldırma düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler bulunduğu saptanmıştır. İşyerinde fiziksel şiddete uğramış olduklarını bildiren sağlık çalışanlarının MTÖ Duygusal Tükenme alt ölçeği ($p=0,002$) ve MTÖ Duyarsızlaşma alt ölçeği ($p=0,019$) puanlarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bununla beraber MTÖ Kişisel Başarı alt ölçeği puanları açısından göre gruplar arasında anlamlı düzeyde farklılık bulunmamıştır ($p=0,180$). MTÖ Duygusal Tükenme alt ölçeği ($p=0,975$), MTÖ Duyarsızlaşma alt ölçeği ($p=0,538$), MTÖ Kişisel Başarı ($p=0,124$) alt ölçeği puanları açısından işyerinde cinsel şiddete uğramış olma değişkenine göre gruplar arasında anlamlı düzeyde fark bulunmamıştır. Katılımcıların ruhsal açıdan kendilerini nasıl hissettikleri ile GSA, MTÖ Duygusal Tükenme, MTÖ Duyarsızlaşma ve ODA puanları arasında negatif yönde; MTÖ Kişisel Başarı, KTGÖ puanları arasında ise pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunduğu saptanmıştır.

Sonuç: Tükenmişliğin sağlık çalışanlarında sık görülmekte olduğu bilinmektedir. Tükenmişliğin önlenmesi ve tedavisi için tükenmişlik ile ilişkili değişkenlerin tanımlanabilmesi gerekmektedir. Çalışanlara ve yöneticilere tükenmişlik ve psikolojik yıldırma ile ilgili ruhsal eğitim etkinlikleri düzenlenmesi farkındalık yaratmak açısından faydalı olabilir. Daha genç ve mesleki deneyimi daha az olan sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeylerinin daha yüksek olduğu göz önüne alınarak, özellikle mesleğe yeni başlamış olan hemşire / sağlık memurları ve araştırma görevlisi hekimlerin

oryantasyon ve süpervizyonları bireylerin daha az tükenmişlik yaşamalarını sağlayabilir. Sağlık çalışanlarının yaşamının iş dışındaki alanlarını (hobiler gibi) geliştirmeleri için teşvik edilmesi tükenmişlik ile baş etmeleri için faydalı olabilir. Psikolojik yıldırmanın engellenebilmesi amacıyla kalıcı ve etkin çözüm mekanizmalarının oluşturulması, kurum içindeki tükenmişliği azaltabilir.

Anahtar kelimeler: duyarsızlaşma, duygusal tükenme, kişisel başarı, mobbing, psikolojik dayanıklılık, psikolojik yıldırma, tükenmişlik

Tablo 1. Katılımcıların GSA, KTGÖ, MTÖ Duygusal Tükenme, MTÖDuyarsızlaşma, MTÖ Kişisel Başarı ve ODA puanları arasındaki ilişkiyi belirlemek için yapılan korelasyon analizine ilişkin bulgular

	<i>KTGÖ</i>	<i>ODA</i>	<i>MTÖ KB</i>	<i>MTÖ D</i>	<i>MTÖ DT</i>	<i>Ruhsal durum değerlendirme sorusu puanı</i>
GSA	-0,53*	0,50*	-0,37*	0,42*	0,64*	-0,69*
MTÖ DT	-0,43*	0,50*	-0,30*	0,63*	1	-0,59*
MTÖ D	-0,33*	0,40*	-0,24*	1	0,63*	-0,36*
MTÖ D KB	0,53*	-0,28*	1	-0,24*	-0,30*	0,29*
Ruhsal durum değerlendirme sorusu puanı	0,40*	-0,36*	0,29*	-0,36*	-0,59*	1

Tablo 2. Katılımcıların MTÖ alt ölçek puanlarının sosyodemografik değişkenler ile ilişkisinin değerlendirilmesi:

	<i>MTÖ DT</i>	<i>MTÖ D</i>	<i>MTÖ KB</i>
Yaş	-0,28*	-0,27*	0,17*
Mezuniyet üzerinden geçen süre	-0,18*	-0,24*	0,22*
Bulunduğu klinikte çalışma süresi	-0,13*	-0,15*	0,07
Haftalık çalışma süresi	0,35*	0,37*	-0,11
Günde ortalama hizmet verdiği hasta sayısı	0,18*	0,24*	-0,04
Araştırma Görevlilerinin aylık nöbet sayısı	0,33*	0,31*	0,03
Katılımcıların hobilere haftada ayırdığı zaman	-0,33*	-0,22*	0,22*
Fiziksel şiddete maruz kalmak ile ilgili kaygı düzeyi	0,27*	-0,18*	-0,14*
Cinsel şiddete maruz kalmak ile ilgili kaygı düzeyi	0,16*	0,04	-0,05

OBEZ VE OBEZ OLMAYAN HASTALARIN BENLİK SAYGISI, BEDEN ALGISI VE BEDEN AĞIRLIK ALGISI YÖNÜNDEN KARŞILAŞTIRILMALARI

Arda Karagöl¹

¹*Başkent Üniversitesi Hastanesi (ankara)*

Amaç: Bu çalışmanın amacı bir üniversite Hastanesi Endokrinoloji Polikliniğine başvuran obez hastalarla, aynı hastanenin Genel Dahiliye polikliniğine müracaat eden obez olmayan hastaları benlik saygısı, beden algısı, beden ağırlık algısı ve diğer bazı sosyodemografik özellikler açısından karşılaştırmaktır.

Yöntem: Çalışmaya 175 obez (147 kadın %84) ve 175 obez olmayan (115 kadın % 65,7) olmak üzere toplam 350 kişi dahil edilmiştir. Çalışmaya alınan kişilerin beden kitle indeksleri ölçülmüştür. Katılımcılara; Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği, Beden Algısı Ölçeği verilmiş ve kişinin BKİ sınıflaması ile kendi beden ağırlığı algısı arasındaki tutarlılık karşılaştırılmıştır.

Bulgular: Çalışmamızda obez hastaların obez olmayan hastalara göre daha düşük benlik saygısına, daha fazla beden hoşnutsuzluğuna sahip oldukları ve gerçek vücut ağırlıklarıyla ilgili daha yanlış bir algıya sahip oldukları bulunmuştur. Obezlerin % 58,3'ü yanlış "düşük beden ağırlık algısına" sahip iken bu oran obez olmayanlarda %22,9'dur. Çalışmamızda Obez olmayanların kendi bedenlerinden daha hoşnut oldukları ve benlik saygısı düzeylerinin daha yüksek olduğu ve gerçek vücut ağırlıklarını daha doğru algıladıkları görülmüştür. Bedeninden hoşnut olmanın en düşük olduğu grup işsizler, en yüksek olduğu grup ise çalışanlardır.

Sonuç: Beden ağırlık algısını ve beden algısını etkileyebilen altta yatan psikiyatrik bozuklukların ortaya çıkartılması için obez hastaların psikiyatrik destek alması faydalı olabilir. Obez hastalar tedavi sürecinde, psikiyatrik anlamda da değerlendirilmeli ve gerekirse psikiyatrik destek almalıdır. Sonuç olarak obezite mutidisipliner ele alınması gereken bir sorundur.

Anahtar kelimeler: Benlik saygısı, obezite, beden algısı, Beden ağırlık algısı

Araştırmaya katılanların Benlik Saygısı Ölçeği puanları

PSİKOLOJİK KATILIK VE AKILLI TELEFON BAĞIMLILIĞI ARASINDAKİ İLİŞKİYE DEPRESYON VE ANKSİYETENİN MEDIATÖR ETKİSİ

Tacetin Kuru¹, Tayfun Kara², Sinem Çelenk³

¹Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi, Alanya Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Bölümü, Antalya

²Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Ve Ergen Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Antalya

³Mentis Eğitim Ve Danışmanlık, Antalya

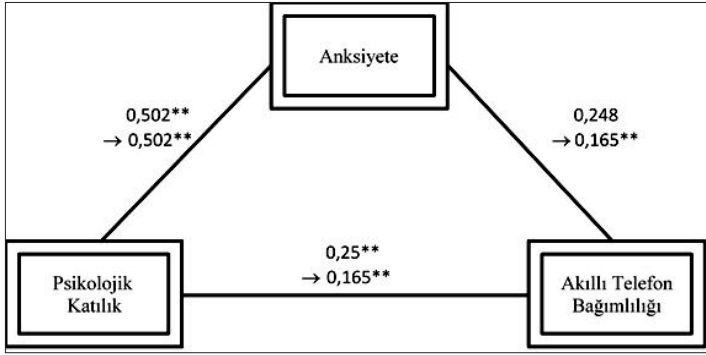
Amaç: Akıllı telefonlar, boyun, sırt ağrısı, baş ağrısı, görme ve uyku problemleri gibi fiziksel etkilerinin yanı sıra depresyon, anksiyete, stres gibi psikolojik rahatsızlıklar ile ilişkilendirilmektedir. Yaşantısal kaçınma/psikolojik katılık düşünce, duygu, duyum, anılar gibi acı veren içsel deneyimlerin formunu, sıklığını, durumsal duyarlılığını kontrol etme veya değiştirme girişimi olarak adlandırılır. Çalışmamızda genç erişkinlerin akıllı telefon bağımlılığının psikolojik katılık ile ilişkisi ve bu ilişkide depresyon ve anksiyetenin aracı etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmaya, 18-35 yaş aralığında olan 189 genç erişkin alındı. Araştırmacılar tarafından hazırlanan bilgi formu ile sosyo-demografik veriler ile elde edildi. Beck Depresyon Envanteri, Beck Anksiyete Envanteri ve Akıllı telefon Bağımlılığı Ölçeği-Kısa Formu katılımcılar tarafından dolduruldu. Psikolojik katılığın saptanmasında Kabul ve Eylem Formu-II kullanıldı. Elde edilen verilerin iki grupta karşılaştırmalarında Mann Whitney U testi, ikiden fazla grupta karşılaştırmalarında ise Kruskal Wallis H testi kullanıldı ve sonuçlara Benferroni düzeltmesi yapıldı. Aracılık analizinde normal dağılmayan değişkenler için logaritmik ve üssel dönüşümler uygulandı. Dolaylı etkinin anlamlılığı için Sobel testi kullanıldı

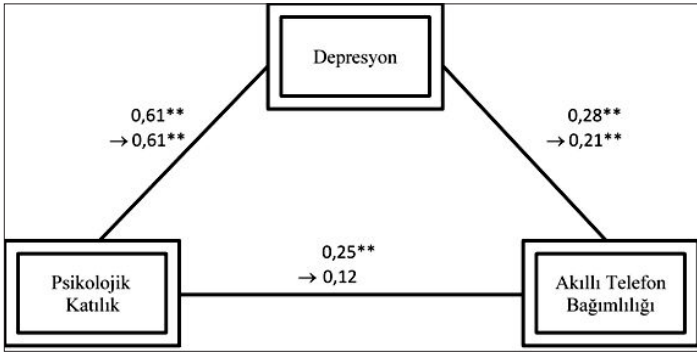
Bulgular: Psikolojik katılığın akıllı telefon bağımlılığı üzerinde doğrudan etkisinin ($\beta=0,25$, $p<0,0001$) anlamlı olduğu saptandı. Psikolojik katılığın depresyon üzerinde ($\beta=0,61$, $p<0,0001$) ve depresyonun akıllı telefon bağımlılığı üzerinde ($\beta=0,28$, $p<0,0001$) doğrudan etkilerinin anlamlı olduğu saptandı. Yapılan Sobel testi sonucunda psikolojik katılığın akıllı telefon bağımlılığına, depresyon üzerinden dolaylı etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görüldü ($p=0,021$). Psikolojik katılığın anksiyete üzerinde ($\beta=0,502$, $p<0,0001$) ve anksiyetenin akıllı telefon bağımlılığı üzerinde ($\beta=0,248$, $p<0,0001$) doğrudan etkilerinin de anlamlı olduğu saptandı. Yapılan Sobel testi sonucunda psikolojik katılığın akıllı telefon bağımlılığına, anksiyete üzerinden etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görüldü ($p=0,048$).

Sonuç: Psikolojik katılığın akıllı telefon üzerindeki etkisinde; depresyonun tam aracı anksiyete-nin ise kısmi aracı görevi gördüğü saptandı. Akıllı telefon bağımlılığı önleme programları psikolojik katılığı, anksiyete ve depresyon gibi mental sorunları gündeme almalıdır. Genç erişkinlerin psikolojik esneklik ve etkili baş etme stratejileri geliştirmelerini sağlamak akıllı telefon bağımlılığı riskini azaltmada yardımcı olabilir.

Anahtar kelimeler: Anksiyete, Depresyon, Akıllı Telefon Bağımlılığı, Psikolojik Katılık



Resim 1. Anksiyete etkisi



Resim 2. Depresyon etkisi

OTİZM SPEKTRUM BOZUKLUĞU TANILI ÇOCUKLARDA EMZİRME KALIPLARI: YENİ BİR PERSPEKTİF

Tayfun Kara¹

¹*Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Ve Ergen Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Antalya, Türkiye*

Amaç: Otizm Spektrum Bozukluğu (OSB) gelişiminde genetik nedenlerin yanında çevresel nedenlerin de etkili olduğu düşünülmektedir. Çalışmamızda çocukların erken gelişim dönemlerine ait çevresel faktörler ve anne sütü alma davranışları ile OSB arasındaki ilişkiyi inceledik.

Yöntem: 24-72 aylık olan 141 OSB tanılı çocuk ile 128 sağlıklı çocuk çalışmaya alındı. Ailelerin sosyodemografik özellikleri ve çocuğun gelişim dönemlerine ait bilgiler, araştırmacılar tarafından hazırlanan formlar ve geçmiş dönem hastane kayıtları ile elde edildi. OSB'li çocukların semptom şiddetinin belirlenmesi için Çocukluk Otizmi Derecelendirme Ölçeği (ÇODÖ) kullanıldı. OSB tanılı çocukların gelişim düzeyleri Denver Gelişimsel Tarama Testi (DGGT-II) ile belirlendi. Elde edilen veriler istatistiksel yöntemler ile karşılaştırıldı.

Bulgular: OSB'li çocukların anneleri katılımcı çocuk için daha yüksek oranda istenmeyen gebelik bildirimi yaptılar ($p=0,033$). OSB'li çocukların daha az emme grevi davranışı ($p=0,02$) ve emme sırasında daha az göz teması kurdukları saptandı ($p=0,001$). Normal doğum öyküsü ($p=0,028$) ve kuvöz öyküsü ($p=0,023$) varlığı olan OSB'li çocuklarda olmayanlara göre daha yüksek ÇODÖ skorları saptandı. OSB'li çocuklarda ÇODÖ skoru ile doğum haftası, doğum kilosu, doğum boyu, total emme süresi, ayrıcalıklı emme süreleri arasında istatistiksel anlamlı korelasyon saptanmadı. DGGT-II skor dağılımları ile incelediğimiz emme parametreleri arasında anlamlı ilişki saptanmadı.

Sonuç: OSB tanılı bebeklerin en az tipik gelişen akranları kadar erken dönemde emmeye başladıkları ve benzer emzirilme sürelerine sahip oldukları görülmüştür. Ancak OSB tanılı bebeklerin emme grevi davranışını daha az sergiledikleri ve emme sırasında daha az göz teması kurdukları görüldü. OSB'li bebekler daha ilk aylarda bile emosyonel ipuçlarını almıyor, bu nedenle emme grevi davranışı göstermiyor olabilirler.

Anahtar kelimeler: Otizm Spektrum Bozukluğu, Çocuk, Emzirme, Anne Sütü

DUYGUDURUM POLİKLİNİĞİNDE TAKİP EDİLEN HIZLI DÖNGÜLÜ BİPOLAR BOZUKLUK HASTALARININ SOSYODEMOGRAFİK VE KLİNİK ÖZELLİKLERİ

Şenay Kılınçel¹, Oğuzhan Kılınçel², Cengiz Akkaya³

¹Sakarya Üniversitesi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

²Sakarya Yenikent Devlet Hastanesi

³Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi

Giriş: Bipolar Afektif Bozukluk (BAB), ataklarla seyreden, yüksek relaps ve hastanede yatış oranına sahip, kronik gidişi nedeniyle yaşam kalitesinde, mesleki ve sosyal işlevsellikte bozulmaya neden olan bir hastalıktır (1). Hızlı döngülü' terimi ilk olarak 1974 yılında Dunner ve Fieve tarafından bir yılda dört veya daha fazla atak olması şeklinde tanımlanmıştır (2).

Yöntem: Çalışma grubu 2007-2017 tarihleri arasında Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Duygudurum Polikliniğinde takip edilen BAB hastalarının taranması sonucu oluşturulmuştur. Bu dönemde takip edilen 1000 bipolar hastasında içerisinde Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı 4. Baskı'ya (DSM-IV) göre BAB tanı kriterlerini karşılayan, 18-65 yaşları arasında ve hızlı döngülü olan ve 2 peşi sıra yeter doz ve süreye rağmen tedaviye cevap vermeyen (tedaviye dirençli) 13 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. BAB tanısı konurken DSM tanı kriterleri yanında ölçek değerleri de destekleyici olmuştur. Hastaların; son bir yıllık süre içerisindeki; mani ve depresif atak sayıları, manide ve depresyonda geçirdikleri günler, hastaneye yatış ve intihar girişiminde bulunma sayıları gibi değişkenleri belirlenmiştir. Hastalarla ilk görüşmede DSM IV eksen I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşme (SCID-I) ile tanı doğrulanması yapılmıştır.

Bulgular: Dahil edilme ölçütlerini karşılayan 11 kadın ve 2 erkek hasta bu çalışma kapsamına alındı. Hastaların sosyodemografik ve klinik özellikleri ayrıntılı olarak Resim 1'de verilmiştir. Cinsiyet dışında sosyodemografik özellikler açısından hastaların homojen oldukları saptanmıştır (her biri $p > 0.05$, Resim 1).

Hastaların son 1 yıl boyunca depresyonda geçirilen gün sayısı, manide geçirilen gün sayısı, depresyon atak sayısı, mani atak sayısı, hastanede yatış sayısı ve intihar girişimi sayısı Resim 2'de gösterilmiştir. (Resim 2).

Tartışma: Bipolar Bozukluk olguları içinde hızlı döngülülük oranı %13-28 arasında bildirilmiştir (3,4). Kimi çalışmalar ise bu oranların yüksek olduğunu, hızlı döngülülük oranının aslında daha düşük olması gerektiğini savunmaktadır. (5) Bizim çalışmamızda bu oran daha çok bu çalışma ile uyum göstermektedir. Hızlı döngülü bipolar hastalarla hızlı döngülü olmayan hastalar karşılaştırıldığında, hızlı döngülülüğün daha çok kadın hastalarda görüldüğü dikkat çekmiştir. Hızlı döngülülüğün %59-92 arasında kadın hastalardan oluştuğu saptanmıştır (6). Bizim çalışmamızdaki 13 olgudan 11'i kadındır, literatürdeki verilerle uyumaktadır. Hızlı döngülü hastaların %25-50 sinin en az bir kez özkıym girişiminde bulunduğu bildirilmiştir (3). Çalışmamızdaki 13 olgudan 12si son 1 yıl içerisinde intihar girişiminde bulunmuştur.

Bu çalışmanın birkaç sınırlılığı vardır. Çalışmaya alınan hasta sayısının görece az olması bu çalışmanın en önemli sınırlılığıdır. Bununla birlikte bu çalışma tüm retrospektif çalışmaların kısıtlılıklarını göstermektedir. Ayrıca çalışmanın açık etiketli olması araştırmacı yanlılığı payını arttıran bir etmendir. Bu çalışma hızlı döngülü bipolar bozukluğun sosyodemografik ve klinik özelliklerini araştıran çok az sayıdaki çalışmadan bir tanesi olması sebebiyle diğer çalışmalardan ayrılmaktadır. Bu çalışmadan elde edilen verilerin bir ön çalışma olarak değerlendirilmesinin daha doğru olacağı kanaatindeyiz. Bu verilerin daha kapsamlı ve çok merkezli çalışmaların planlanmasına ön ayak olacağı düşüncesini taşımaktayız.

Anahtar kelimeler: hızlı döngülü bipolar, direnç, duygudurum

Resim 2:

	Mean	Std. Deviation	Median	Interquartile Range	Minimum	Maximum
MAS	10.69	4.66	11.00	6.00	3	21
DAS	5.15	3.26	4.00	5.50	2	11
HYS	5.62	3.71	5.00	5.50	1	14
IGS	2.00	3.08	1.00	2.50	0	11
MGS	34.38	13.36	35.00	22.00	14	50
DGS	16.46	13.24	14.00	20.50	0	45

MAS: Son bir yılda geçirilen Manik Atak Sayısı, DAS: Son bir yılda Depresyon Atak Sayısı, HYS: Son bir yılda Hastaneye Yatış Sayısı, IGS: Son bir yılda İntihar Girişimi Sayısı, MGS: Son bir yılda Manide Geçirilen Gün Sayısı, DGS: Son bir yılda Depresyonda Geçirilen Gün Sayısı

Resim 1. Sosyodemografik Özellikler

		#	%	p
Cinsiyet	Kadın	11	84.6	0.022
	Erkek	2	15.4	
Eğitim durumu	İlkokul	1	7.7	0.116
	Ortaokul	1	7.7	
	Lise	5	38.5	
	Üniversite	6	46.2	
Medeni durum	Hiç evlenmemiş	6	46.2	0.695
	Evlü	4	30.8	
	Beyanmış	3	23.1	
Meslek	Ev hanımı	4	30.8	0.506
	Mamur	4	30.8	
	İşçi	2	15.4	
	Emekli	1	7.7	
	İşsiz	1	7.7	
	Öğrenci	1	7.7	
Kimle yaşadığı	Ailesiyle	8	61.5	0.081
	Diğer yakınlıkla	5	38.5	

BİPOLAR BOZUKLUKTA MEVSİMSELLİĞİN BELİRTİ ÖRÜNTÜSÜ, NÖROBİLİŞSEL İŞLEVLER VE PSİKOSOSYAL İŞLEVSELLİK ÜZERİNE ETKİSİ

Fikret Poyraz Çökmüş¹, Kadir Aşçıbaşı², Didem Sücüllüoğlu Dikici³, Emine Özge Çöldür⁴, Emin Avcı⁵, Ömer Aydemir⁵

¹Nazilli Devlet Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Aydın

²Tepecik Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, İzmir

³Manisa Ruh Sağlığı Hastalıkları Ve Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Manisa

⁴Kuşadası Devlet Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Aydın

⁵Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Manisa

Giriş: Bireysel olarak ele alırsak mevsimsellik BB tanılı hastaların dörtte birini etkiler ve duygudurum ataklarının klinik gidişi üzerine etkisi gösterilmiştir (Magnusson, 2000; Geoffroy ve ark., 2013, 2014). Çoğu ekvator dışı bölgelerde yapılan çalışmalarda BB'nin mevsimsel patern gösterdiği, manik dönem için hastane başvurularının bahar ve yazın, depresif dönem için hastane başvurularının ise sonbahar ve kış aylarında pik yaptığı gösterilmiştir (Geoffroy ve ark., 2014). Birçok çalışmanın sonucunda yılın belirli zamanlarında hem manik hem de depresif dönemler için hastane başvurularında artış gözlenirken, hem manik hem depresif belirtilerin mevsimsellik göstermediği gösterilmiştir. Bu veriler ışığında çalışmamızda BB tanılı hastaların yılın belli dönemlerinde hastaneye başvuru sayılarında yığılmanın olası nedenlerini bulmayı hedefledik.

Çalışmamızda BB olan hastaların mevsim dönümlerinde duygudurum belirtileri, işlevsellikleri ve nörobilişsel yetileri açısından değişikliklerin izlenmesi/saptanması amaçlanmıştır. Bu çalışmayı mevsimselliğin ve mevsim dönümlerinin BB hastalarında sadece duygudurum belirtileri üzerine değil, bunun yanı sıra işlevsellik, biyolojik ritim ve nörobilişsel işlevler üzerinde de etkili olabileceğini düşündüğümüz için yapmayı planladık. BB hastalarının SK'ya göre mevsim dönümlerinden daha çok etkileneceği de göstermeyi amaçladık.

Metot ve Yöntem: Araştırmanın örneklem grubunu Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Nazilli Devlet Hastanesi, Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi ile Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi psikiyatri polikliniklerine başvuran 41 BB (39 BB-I, 2 BB-II) tanılı hasta ile hastalar ile yaş, cinsiyet ve eğitim düzeyleri eşleştirilmiş 37 sağlıklı kontrol oluşturmıştır.

BB grubuna dahil edileme kriterleri 18-65 yaş aralığında, son 6 aydır remisyonda olmak (remisyon kriteri YMDÖ'den 5, HDDÖ'den 7 puanın altında almak) ve çalışmaya katılmayı kabul etmiş olmak olarak belirlenmiştir. Dışlama kriterleri; ek psikiyatrik hastalık ve nörolojik hastalık varlığıyla mental retardasyon saptanmasıydı.

Değerlendirme zamanları olarak sonbahar ekinoksu (23 Eylül), ilkbahar ekinoksu (21 Mart), yaz gündönümü (21 Haziran) ve kış gündönümü (21 Aralık) seçilmiştir. BB ve SK gruplarına kontrollere gelebilmesi için bu tarihlerden bir hafta önce ve sonrasında kadar tolerans gösterilmiştir. İlk değerlendirmede her iki gruba SCID, sosyodemografik veri formu ve mevsimsel gidiş değerlendirme formu uygulanmıştır. Ayrıca hem ilk hem de diğer değerlendirmelerde her iki gruba da HDDÖ, YMDÖ, KİDÖ, BRDG, Stroop Testi ve RAVLT uygulandı.

Bulgular: Kelime kısıtlaması olduğu için tüm veriler Tablolarda bulunmaktadır.

Tartışma: Özetlemek gerekirse duygudurum belirtileri, işlevsellik, nörokognitif testlerde dört dönemde de gruplar arasında farklılıklar saptansa dahi mevsim geçişlerinden tedavi ve kontrol altındaki BB hastalarının çok etkilenmediği, hatta bazı alanlarda SK'nın daha çok etkilendiği görülmüştür. BB grubunun çalışma öncesindeki en az 6 ay süreyle ötimik durumda olması gerekliliği, çalışma boyunca düzenli olarak kontrollere gelmiş olmaları, ilaç tedavilerini düzenli kullanmaları, neredeyse hepsinin tedavilerinde en az bir DDD olması, BB grubunun mevsim geçişlerinden etkilenmemesini açıklayabilir. Çalışmamız göstermiştir ki daha geniş örneklemler ve mevsimsellik biyolojik ritmin etyopatogenezinde rol oynadığı gösterilen biyokimyasal ve genetik faktörlerin de dahil edildiği çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Anahtar kelimeler: bipolar bozukluk, mevsimsellik, sirkadiyen ritim, biyolojik ritim, nörobilişsel işlevler, psikososyal işlevsellik, kognisyon, işlevsellik

Tablo-1: Bipolar bozukluk (BB) ve sağlıklı kontrol (SK) gruplarının sosyodemografik klinik özellikleri

	BB (n:41)		SK (n:37)		P
Yaş (ort.±Ss)	38.10±11.31		37.90±11.27		0.94*
Eğitim (yıl) (ort.±Ss)	10.42±3.9		11.78±3.37		0.10*
	n	%	n	%	
Cinsiyet					
Kadın	18	43.9	19	51.4	0.51**
Erkek	23	56.1	18	48.6	
Medeni hali					
Evlü	24	58.5	23	62.2	0.22**
Bekar	16	39.1	10	27	
Ayrılmış	1	2.4	4	10.8	
Mevsimsellik potansiyeli					
Evet	11	26.8	1	2.7	0.003**
Hayır	30	73.2	36	97.3	
Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü					
Evet	29	70.7	7	18.9	0.000**
Hayır	12	29.3	30	81.1	
Ek tıbbi hastalık					
Evet	10	24.4	6	16.2	0.037**
Hayır	31	75.6	31	83.8	
Sürekli ilaç kullanımı					
Evet	14	34.1	6	16.2	0.07**
Hayır	27	65.9	31	83.8	
Hastaneye yatış sayısı					
Evet	32	78			
Hayır	9	22			
Hastaneye yatış sayısı (ort.±Ss)			2±3.01		
Hastalık süresi (yıl) (ort.±Ss)			8.78±7.12		

Ss= Standart sapma.

* student's-t independent test

** ki-kare testi.

ŞİZOFRENİ TANILI HASTALARDA İNCE MOTOR HAREKETTEKİ BOZULMANIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Aruz Bozkurt¹, Behcet Coşar¹, Orhan Murat Koçak²

¹Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları

²Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları

Şizofreni tanılı hastalarda ince motor harekette bozulmanın olduğu, neredeyse hastalık tanımı-landığından beri gözlenen bir durumdur. İnce motor hareket ise bilişsel ve motor bileşenleri bir arada uygulamayı gerektirir. Önceki araştırmalarda; bilişsel kapasiteye daha spesifik olduğu kabul edilen testler ile motor yeteneğe daha spesifik testlerin bir arada uygulandığı ve bu sonuçlar üzerinden bu bileşenler hakkında “dolaylı” çıkarımlarda bulunduğu görülmektedir.

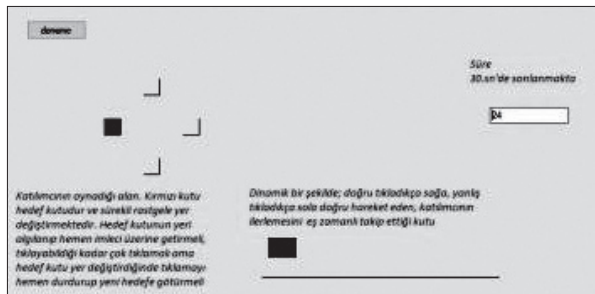
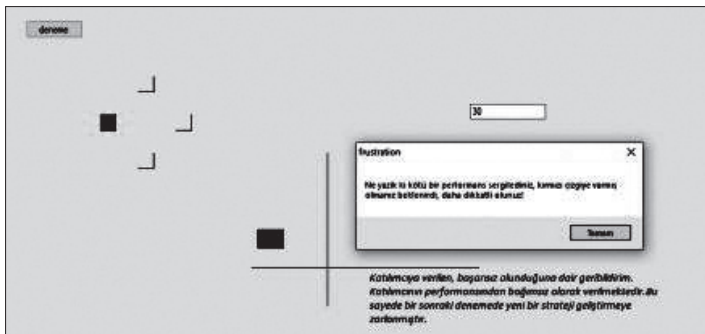
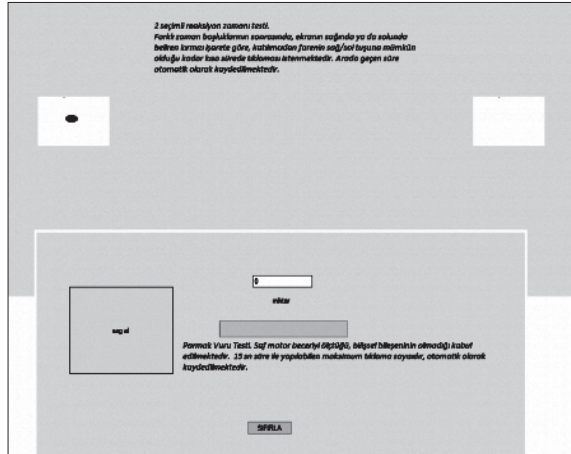
Önceki çalışmalarda gözlenen bu sorunları aşmak için bu çalışma oluşturulmuştur. Birbiri ile yaş cinsiyet eğitim durumu ve sigara kullanımı açısından birebir eşleşen ve gruplar arasında yaş açısından anlamlı fark olmayan 40 şizofreni hastası ile 40 sağlıklı kontrol çalışmaya alınmıştır. Tüm katılımcılara sosyodemografik veri formu ile bilgisayar temelli Parmak Vuru Testi(PVT), 2-Seçimli Reaksiyon Zamanı Testi(2-SRZT) ve Hedefe Vuru Testi(HVT) uygulanmıştır. Şizofreni grubuna Calgary Şizofrenide Depresyon ölçeği, SANS, SAPS uygulanmıştır.

Hedefe Vuru Testi(HVT), Koçak ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir ve 4-SRZT ile PVT’nin kombinasyonundan oluşmaktadır. Bu açıdan bakıldığında strateji geliştirme ve eylem monitorizasyonu gibi bilişsel bileşenleri içerdüğinden motor kapasiteden çok bilişsel bileşene daha spesifik olduğu söylenebilir. Yine de Strateji geliştiriminin daha ayrıntılı değerlendirilebilmesi için, her katılımcıya ardışık 3 kez HVT uygulanmış(HVT1, HVT2, HVT3) ve her uygulamadan sonra katılımcıya, katılımcının performansından bağımsız olarak başarısız olunduğuna dair geri bildirim verilmesi sağlanmıştır. Bu sayede her katılımcı, bir sonraki HVT denemesinde yeni bir strateji geliştirmeye zorlanmıştır.

PVT,2-SRZT, HVT1, HVT2, HVT3 puanlarına bakıldığında, şizofreni grubunun daha başarısız olduğu görülmektedir. Sadece HVT1 değerlerindeki başarısızlığa bakıldığında, şizofreni hastalarında ince motor hareket becerilerindeki bozulmanın daha çok bilişsel bileşenden kaynaklı olduğu söylenebilir. Çünkü HVT1 tek başına kendi içinde bile bilişsel bileşenleri yoğun olarak kullanmayı gerektiren bir testtir. Sonrasında HVT2 değerlerine bakıldığında bu durum daha net anlaşılmaktadır. Çünkü HVT 1 ile HVT 2 arasındaki tek fark, başarısız olunduğuna dair geri bildirim verilmiş olmasıdır. HVT 1-2-3 arasındaki değişimlere bakıldığında; kontrol grubunun genel olarak hata sayılarını azaltıp doğru sayılarını arttırdığı görülürken, şizofreni grubunda bu oranın tersine dönmeye meyilli olduğu görülmüştür. Kısacası Şizofreni grubu, doğru miktarlarındaki nispeten az bir artış uğruna çok sayıda hata yapmayı göze almaktadır yani uygun strateji geliştirememektedir. Bu hatalı değişim HVT3’te en belirgindir, hatta şizofreni grubunun PVT değerleri kontrole göre anlamlı düşük olmasına rağmen, şizofreni grubunun HVT3 hata ile doğru toplamaları, kontrol grubuna göre daha yüksek bulunmuştur.

Tüm bunlar birlikte değerlendirildiğinde; şizofreni hastalarında ince motor hareket becerilerinin bozulma olduğu, bu bozulmanın daha çok bilişsel bileşenden kaynaklandığı, şizofreni hastalarının aradaki açığı ise zaten azalmış olan motor kapasite ile kapatmaya çalıştığı sonucuna ulaşılmıştır.

Anahtar kelimeler: schizophrenia, psychomotor slowing, cognition, motor function, fine motor movements



Tablo 1. Grupların HVT hata puanlarına ait 2x3 son faktörde tekrar ölçümlü varyans analizi sonuçları

<i>Değişim Kaynağı</i>	<i>Kareler Toplamı</i>	<i>s.d.</i>	<i>Ortalama Kareler</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Grup (A)	3966.81	1	3966.81	355.857**	.000
Hata (A)	16889.39	78	216.27		
Uygulama (B)	2996.46	1.3	2303.06	355.857**	.001
Hata (B)	24432.62	101.48	240.75		
AxB	6020.26	1.3	4627.14	19.219**	.000
Hata AxB	24432.62	101.48	240.75		

Tablo 2. Grupların HVT doğru puanlarına ait 2x3 son faktörde tekrar ölçümlü varyans analizi sonuçları

<i>Değişim Kaynağı</i>	<i>Kareler Toplamı</i>	<i>s.d.</i>	<i>Ortalama Kareler</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Grup (A)	5292.09	1	5292.09	22.946*	.000
Hata (A)	17989.02	78	17989.02		
Uygulama (B)	5352.71	1.79	2983.08	76.727*	.000
Hata (B)	5441.48	139.96	38.88		
AxB	167.81	1.79	93.52	2.405	.100
Hata AxB	5441.48	139.96	38.88		

Tablo 3. Grupların HVT Toplam Puanlarına Ait 2x3 Son Faktörde Tekrar Ölçümlü Varyans Analizi Sonuçları

<i>Değişim Kaynağı</i>	<i>Kareler Toplamı</i>	<i>s.d.</i>	<i>Ortalama Kareler</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Grup (A)	98.34	1	95.34	0.269	.605
Hata (A)	27640.86	78	354.37		
Uygulama (B)	15853.96	1.49	10647.63	44.281*	.000
Hata (B)	27926.47	116.14	240.46		
AxB	4254.91	1.49	2857.63	11.884*	.000
Hata AxB	27926.47	116.14	240.46		

GERİLİM TİPİ BAŞ AĞRISI OLANLARDA ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI VE SAVUNMA BİÇİMLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Sevda Korkmaz¹, Aslı Kazgan¹, Sevler Yıldız¹, Murat Gönen², Zeynep Erten²

¹Fırat Üniversitesi Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı

²Fırat Üniversitesi Nöroloji Anabilim Dalı

Giriş: Psikosomatik rahatsızlıkların nedenleri tam olarak aydınlatılmış değildir. Ancak bu hastalıkların ortaya çıkışındaki etkin olan nedenlerin başında travma ve bireyin karşılaştığı önemli yaşam olaylarının geldiği bilinmektedir. Gerilim tipi baş ağrısı da primer baş ağrılarının önemli bir bölümü oluşturan psikosomatik bir hastalıktır. Yapılan çalışmalarda kronik gerilim tipi baş ağrısı olan hastaların, strese bir yanıt olarak gerilim tipi baş ağrısı geliştirmeye eğilimli bir mizaçlarının olduğu gösterilmiştir. Çalışmamızda gerilim tipi baş ağrısı olan bireylerde çocukluk çağı travmatik olayları ve savunma biçimlerinin baş ağrısı ile olabilecek ilişkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

Materyal ve Metod: Çalışmaya, Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Polikliniği'nde, gerilim tipi baş ağrısı tanısı ile takip edilen 18-65 yaş arası 50 hasta alındı. Yine hasta grubu ile yaş ve cinsiyet açısından eşleştirilmiş 50 kişilik sağlıklı kontrol grubu çalışmaya dahil edildi. Hem hasta hem de kontrol grubuna, tarafımızca hazırlanmış Sosyo Demografik Veri Formu ile Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği ve Savunma Biçimleri Ölçeği uygulandı. Ayrıca hastalara Visuel Ağrı Skalası uygulanarak, baş ağrısı şiddetini belirtmeleri istenildi.

Bulgular: Hasta grubunda tüm travmatik yaşantıların (duygusal istismar, fiziksel istismar, duygusal ihmal, fiziksel ihmal ve cinsel istismar) kontrol grubundan anlamlı derecede yüksek olduğu belirlendi. Hasta grubunda ilkel ve nevrotik savunma mekanizmaları toplam puanının istatistiksel açıdan kontrol grubundan daha yüksek olduğu belirlendi. Matur savunma mekanizmaları toplam puanı ise kontrol grubunda hastalardan anlamlı derecede yüksekti. Çocukluk çağı travma puanları ile ilkel ve nevrotik savunma mekanizmaları puanları arasında pozitif korelasyon bulunmaktaydı.

Sonuç: Bulgularımız gerilim tipi baş ağrısı olan hastalarda çocukluk çağı travmatik yaşantılarının sağlıklı bireylerden daha fazla olduğunu göstermiştir. Yine bu kişilerde stresle başa çıkmakta zorlandıkları, stres yanıtında uygun olmayan savunma mekanizmalarının kullanıldığı belirlenmiştir.

Anahar kelimeler: Baş Ağrısı, Savunma Biçimleri, Travma

Tablo 1. Hasta ve kontrol grubunun ölçek puanlarının karşılaştırılması

	<i>Hasta n:50 mean ±std.d</i>	<i>Kontrol n:50 mean ±std.d</i>	<i>p</i>	<i>t</i>
Duygusal istismar	6.6±3.0	5.54±0.7	0.019*	-2.414
Fiziksel istismar	5.82±1.13	5.34±0.93	0.024*	-2.301
Duygusal ihmal	6.64±2.04	5.4±0.6	0.000**	-4.105
Fiziksel ihmal	7.92±4.43	5.62±0.9	0.001**	-3.594
Cinsel istismar	5.42±1.44	5.0±0.0	0.045*	-2.057
ÇÇT ölçeği toplam	31.98±6.93	26.9±1.83	0.000**	-5.005
SBT ilkel toplam	112.32±32.72	93.04±11.38	0.00**	-3.935
SBT nevrotik toplam	43.64±10.64	36.14±5.86	0.00**	-4.362
SBT matur toplam	43.26±11.36	48.94±7.25	0.004*	2.980

*p<0.05, **p<0.001

Tablo 2. Hasta ve kontrol grubunun SBT (İlkel) puanlarının karşılaştırılması

	<i>Hasta n:50 mean ±std.d</i>	<i>Kontrol n:50 mean ±std.d</i>	<i>p</i>	<i>t</i>
Yansıma	8.78±4.08	8.68±2.48	0.883	-0.148
Edilgen saldırganlık	7.72±3.66	7.96±1.94	0.684	0.409
Dışa vurma	9.6±4.66	7.68±2.29	0.011*	-2.611
Yalıtma	9.86±4.41	7.94±2.69	0.010**	-2.627
Değersizleştirme	8.98±4.63	7.54±2.26	0.052	-1.973
Otistik fantazi	9.92±4.72	7.58±3.03	0.004*	-2.948
Yadıma	8.54±4.39	7.94±1.76	0.374	-0.896
Yer değiştirme	9.98±3.80	7.48±2.39	0.000**	-3.934
Disosiasyon	8.28±5.12	7.3±2.8	0.239	-1.186
Bölme	10.24±3.62	7.76±3.19	0.000**	-3.632
Mantıksallaştırma	9.42±3.45	8.64±3.01	0.232	-1.203
Bedenselleştirme	12.64±4.61	6.78±2.40	0.000**	-7.965
İlkel toplam	112.3±32.72	93.04±11.38	0.000**	-3.935

*p<0.05, **p<0.001

Tablo 3. Hasta ve kontrol grubunun SBT (Nevrotik) puanlarının karşılaştırılması

	<i>Hasta n:50 mean ±std.d</i>	<i>Kontrol n:50 mean ±std.d</i>	<i>p</i>	<i>t</i>
Yapma bozma	40.46±4.31	8.44±3.21	0.009**	-2.655
Yapay özgecilik	12.4±3.68	10.1±2.54	0.000**	-3.632
İdealleştirme	9.96±3.75	9.22±2.5	0.250	-1.159
Karşıt tepki geliştirme	11.0±3.79	8.38±2.19	0.000**	-4.226
Nevrotik toplam	43.64±10.64	36.1±5.86	0.000**	-4.362

*p<0.05, **p<0.001

BİR PSİKİYATRİ KLİNİĞİNE BAŞVURAN VAJİNİZMUS OLGULARININ SOSYODEMOGRAFİK VE KLİNİK ÖZELLİKLERİ

Hatice Yardım Özyayhan¹, Medine Gıynas Ayhan¹, İbrahim Eren¹

¹S.b.ü. Konya Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Amaç: Vajinismus ülkemizde cinsel işlev bozukluğu nedeniyle psikiyatri polikliniklerine yapılan başvuruların içinde en sık görülen cinsel işlev bozukluğudur. Ancak etyolojisi halen net olarak anlaşılamamıştır (1,2). Bu çalışmanın amacı vajinismusu olan kadınlarda cinsel öykü ve evlilik özellikleri gibi sosyodemografik ve klinik özelliklerini araştırmaktır.

Yöntem: Retrospektif ve tanımlayıcı özellikteki bu çalışmaya psikiyatri polikliniğine Haziran 2016 - Eylül 2018 tarihleri arasında başvuran ve DSM-IV-TR kriterlerine göre vajinismus tanısı almış 51 kadın hasta dâhil edildi. Tüm katılımcılar cinsel sorunu olan hastaları değerlendirmek amacıyla hazırlanan ve sosyodemografik verileri, tıbbi ve cinsel öyküyü ayrıntılı olarak sorgulayan soruları içeren bir soru formu ile değerlendirilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya alınan hastaların tamamı evli, yaş ortalaması 24.98 ± 5.09 ve eğitim süresi 11.533.35 (yıl) idi. Hastaların 49'u (%96.08) primer vajinismus olarak değerlendirildi. Katılımcıların 20'si (%39.2) bir işte çalışmakta, 36'sı (%70.6) bir apartman dairesinde oturmaktaydı. 32'si (%62.7) tanışarak, 18'i (%35.3) ise isteyerek görücü usulü ile evlenmiş olup, 42'sinin (%82.4) evlilik uyumları iyi ve 48'i (%94.1) çekirdek aile tipi şeklinde yaşamaktaydı. İlk flört yaşı ortalama 17.29 ± 3.03 (n=35), cinsel bilgilene yaşı 15.98 ± 3.51 , ortalama evlilik yaşı 24.41 ± 4.97 (yıl) ve hastaların eşlerinin ortalama evlilik yaşı 27.19 ± 4.98 (yıl) olarak bulundu. Hastaların 47'sinin (%92.2) cinsel bilgi düzeyi yetersizdi. Cinsel bilgi kaynakları 25'inin (%49.0) arkadaş, 10'unun (%19.6) aile üyesi, 9'unun (okul, öğretmen) şeklindeydi. Hastaların 10'unun (%19.6) evlilik öncesi dönemde partneri ile hiçbir cinsel aktivitede bulunmadığı; 41'inin (%80.34) ise cinsel birleşme dışındaki cinsel aktivitelerde bulunduğu saptandı. Psikiyatri kliniğine 45'i (%88.2) partneri ile başvuruda bulunmuş olup, 44'ünün (%86.3) daha önceden tedavi girişimlerinin olduğu öğrenildi. Bunların 31'inin (%70.5) kadın hastalıkları ve doğum uzmanına, 13'ünün ise bir psikiyatri uzmanına başvurduğu saptandı. Ön sevişme ortalama süresi 17.27 ± 9.46 (dk) olup hastaların 37'si (%72.6) hiç mastürbasyon yapmamaktaydı. Katılımcıların 7'sinde (%13.73) çocukluk çağı cinsel istismar öyküsü mevcuttu.

Tartışma: Çalışmamızda elde edilen verilere göre vajinismus tanısı almış kadınların çoğunluğunun ilk başvuruda psikiyatri dışı kliniklere başvurduğu, cinsel bilgi düzeylerinin yetersiz olduğu, çocukluk çağı cinsel istismar öyküsünün yüksek olduğu görülmüştür. Çoğunun cinsel bilgilene olmayı arkadaşlarından edindiği, aile ortamlarında cinselliğin konuşulmadığı, bu nedenlerle edinilen bilgilerin yanlış ya da gerçek dışı olabileceği ve bunun vajinismus gelişmesinde rol oynayabileceği düşünülmüştür. Ayrıca hastaların evlilik öncesi partneri ile cinsel birleşme dışındaki cinsel aktivitelerinin yüksek oranda olduğu ve çoğunun mastürbasyon yapmadığı ve sonuç olarak hastaların kendi bedenlerine yabancı oldukları şeklinde yorumlanmıştır.

Kaynaklar

1. Yıldırım EA., Akyüz F, Hacıoğlu M. Ve ark. Cinsel İşlev bozuklukları kliniğine başvuran olgularda başvuru yakınması ile klinik tanı arasındaki ilişki. Nöropsikiyatri Arşivi, 2011; 48 Özel 1): 24-30.
2. Tugrul C., Kabakci E. (1997) Vajinismus and its correlates. Sexual and Marital Therapy, 1997; 12(1), 23-34.

Anahtar kelimeler: Vajinismus, cinsel işlev bozukluğu, cinsel fonksiyon

ADLİ PSİKİYATRİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN TUTUKLU VE HÜKÜMLÜ OLGULARIN SOSYODEMOGRAFIK VE KLİNİK ÖZELLİKLERİ

Barış Sancak¹, Amber Alix Özhan¹, Fatih Öncü¹

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

Amaç: 2017 yılı itibariyle ülkemizde ceza infaz kurumlarında (CİK) bulunan tutuklu ve hükümlü sayısı 260.000 civarındadır. Bunların %95,8'ini erkekler oluşturmaktadır. Bir çalışmada CİK'lerde yaşamakta olan kimselerin %16'sında bir ruhsal hastalık olduğu, başka bir çalışmada ise CİK popülasyonunun %69'unda depresyon olduğu belirlenmiştir. Ülkemizde ise CİK'de gerçekleşen ölümlerin %17,8'inin intihar sonucu olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca kazanç sağlama amacı ile temaruz olgularının da bu hasta grubunda sık görüldüğü bilinmektedir.

Çalışmamızda psikiyatri polikliniklerine başvuran tutuklu ve hükümlü olguların genel popülasyondan farklı olduğunu öne sürerek, bu hasta grubunun özelliklerini belirlemeyi amaçladık.

Yöntem: Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Adli Psikiyatri Polikliniğine 2018 yılının Ekim ayı boyunca başvuran olgulara, araştırmacılar tarafından oluşturulmuş sosyodemografik ve klinik form uygulanmıştır.

Bulgular: Belirlenen tarihlerde 71 olgunun adli psikiyatri polikliniğine başvurusu olmuştur. Cinsiyetlere göre bakıldığında %16,9'u kadın, %83,1'i erkek; adli durumlarına bakıldığında %45,1'i tutuklu, %54,9'u hükümlü olduğu belirlenmiştir. Genel sosyodemografik veriler Tablo 1'de verilmiştir. İşlenen suçların dağılımına bakıldığında ise en sık %29,6 ile hırsızlık, %15,5 ile yaralama ve %15,5 ile adam öldürme suçları olduğu görülmüştür.

Olguların klinik özellikleri incelendiğinde geçmiş uyuşturucu madde kullanımı öyküsünün ise %64,8 olduğu görüldü. Başvuru şikayetlerine bakıldığında %19,7 uykusuzluk, %15,5 varsanı/hezeyan, %14,1 sinirlilik olduğu görüldü. Olguların %19,7'si başvurusu sırasında kötüye kullanılan ilaç talebinde, %16,9'u ise endikasyon dışı yatış talebinde bulundu. Klinik veriler Tablo 2'de verilmiştir. Stres faktörü olabilecek etmenler ise Tablo 3'te ifade edilmiştir.

Tartışma: CİK popülasyonunun %4,2'sinin kadınlar tarafından oluşturulduğunu bilinmektedir. Polikliniğe başvuran hastaların %16,2'sinin kadın olması, kadınların CİK koşullarında daha sık psikiyatrik rahatsızlık yaşadıklarını düşündürülebilir.

Başvuru şikayeti olarak %10 sıklığında intihar girişimi olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca %56'sının daha önce de intihar girişiminde bulunduğu öğrenilmiştir. Ülkemizde CİK'deki ölümlere bakıldığında %18'inin intihar sonucu gerçekleştiği görülmektedir. Dünya sağlık örgütü, ölümlerin %1,4'ünün intihar ile olduğunu bildirmektedir. Bu farklılık öyküde yatkınlığı fazla olanların CİK yaşantısının yarattığı stres ile yeniden girişimde bulunmaları ile ilişkili olabilir.

Çalışmamızda geçmiş madde kullanım öyküsü %64,8 olarak bulunmuştur. Olguların %6,7'si ise polikliniğe yoksunluk şikayeti ile başvurmuştur. CİK'e yeni girmiş olguların yoksunluk ile başvurma eğiliminde olduğunu düşünebiliriz.

Çalışmamızda endikasyon dışı ilaç ve yatış talebi oranlarının sırasıyla %19,7 ve %16,9 olduğu görülmüştür. Olguların %18,3'üne hastalık tanısı konulmadığı göz önüne alındığında kişilerin CİK

ortamı ile başa çıkabilmek için böyle bir çaba içerisinde olduğu, bu nedenle sıklıkla hekimi yanıltıcı davranışlarda bulunabildikleri düşünülebilir.

Tutuklu ve hükümlü hastaların, genel popülasyondan belirgin farkları arasında stresli yaşam olaylarının, madde kullanım bozukluklarının, intihar girişimlerinin, selfmutilasyonun ve hekimi yanıltıcı davranışın sık görülmesi olabilir. Sözü geçen farklılıkların, başvuru sırasında veya sonrasında adli rapor isteminde de bulunulabileceği düşünülerek, değerlendirmelerde göz önünde bulundurulması uygun olacaktır.

Anahtar kelimeler: adli psikiyatri, epidemiyoloji, intihar, psikoz, madde kullanımı

Tablo 1. Sosyodemografik Özellikler

Cinsiyet	
Kadın	12 (%16,9)
Erkek	59 (%83,1)
Yaş	33,5 yıl (std. 9,2)
Eğitim Durumu	6,5 yıl (std. 4,2)
Medeni Durum	
Bekar	30 (%42,3)
Evli	20 (%28,2)
Dul veya Boşanmış	21 (%29,6)
Cezaevine Girmeden Önce Düzenli Çalışma Durumu	
Düzenli Çalışma Hayatı Var	35 (%50,7)
Düzenli Çalışma Hayatı Yok	36 (%49,3)
Cezaevinde Bulunma Süresi	26,1 ay (std 41,7)
Tutuklu veya Hükümlü Olma Durumları	
Tutuklu	32 (%45,1)
Hükümlü	39 (%54,9)

Tablo 2. Klinik Özellikler

Sigara Kullanımı	
Yok	7 (%9,9)
Var	64 (%90,1)
Alkol Kullanım Öyküsü	
Yok	34 (%47,9)
Var	37 (%52,1)
Uyuşturucu Madde Kullanım Öyküsü	
Yok	25 (%35,2)
Var	46 (%64,8)
İntihar Öyküsü	
Yok	33 (%46,5)
Var	38 (%56,3)
Self Mutilasyon Öyküsü	
Yok	31 (%43,7)
Var	40 (%56,3)
Bilinen Soygeçmiş Öyküsü	
Özellik Yok	50 (%70,4)
Özellik Var	21 (%29,6)
Hastalık Tanısı	
Bilinen Tanısı Yok	13 (%18,3)
Major Depresyon	7 (%9,9)
Bipolar Bozukluk	11 (%15,5)
Psikotik Bozukluklar	13 (%18,3)
Uyum Bozukluğu	7 (%9,9)
Madde ve Alkol ile ilişkili Bozukluklar	16 (%22,5)
Travma ile ilişkili Bozukluklar	2 (%2,8)
Anksiyete Bozuklukları	2 (%2,8)
İlaç Kullanımı	
Yok	%46,5
SSRI ve SNRI	%11,3
Antipsikotik ilaç (AP)	%23,9
Duygudurum Düzenleyici ilaç	%11,3
SSRI + Antipsikotik ilaç	%7

Tablo 3. Risk Faktörleri

Geçmişte Başka Bir Suç İşlemiş Olma	
Hayır	36 (%50,7)
Evet	35 (%49,3)
Geçmiş Cezaevi Sayısı	2,2 (std 2,1)
Kaldığı Odadaki Kişi Sayısı	30,6 (std 14)
Gelir	
Yok	12 (%16,9)
Aile Yardımı	53 (%74,6)
Çalışarak veya Kendi Maaşı	6 (%8,5)
Düzenli Ziyaretçisi	
Yok	18 (%25,4)
Var	53 (%74,6)
Cezaevinde 1. Derece Akraba	
Yok	51 (%71,8)
Var	20 (%28,2)
Disiplin Cezası	
Yok	40 (%56,3)
Var	31 (%43,7)

TOPLUM RUH SAĞLIĞI MERKEZİ HİZMETLERİ SONRASI AĞIR RUHSAL BOZUKLUKLARDA HASTANE YATIŞ MALİYETİ

Perihan Gizem Aksoy¹, Şengül Şahin¹

¹Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi

Tedavi uyumsuzluğu ve hastaneye yatış ağır ruhsal bozukluklarda sık görülen problemlerdir. Bu çalışmadaki amacımız toplum ruh sağlığı merkezlerinin bipolar bozukluk, şizofreni spektrumu ve diğer psikotik bozukluklar gibi ciddi ruhsal bozukluklarla hastaneye yatışlara olan katkısını belirlemektir. Bu retrospektif çalışmaya bipolar bozukluk, şizofreni, şizoaffektif bozukluk ve tanımlanmamış şizofreni spektrumu ve diğer psikotik bozukluk tanısı alan ve XXX TRSM'de tedavi edilen 356 hasta dahil edildi. Hastaların yatış kayıtları iki farklı dönemde incelendi. Birinci periyot: TRSM kaydı yapılmadan önceki bir yıllık dönem. İkinci periyot: TRSM kaydı sonrasındaki bir yıllık dönem. Çalışmaya toplam 356 hasta dahil edildi. Değişkenlerin analizinde SPSS 22.0 (IBM Corporation, Armonk, New York, Amerika Birleşik Devletleri) yazılımı kullanıldı. Verilerin normal dağılımı Shapiro-Wilk testi ile değerlendirildi. Hastaneye yatış masrafları, SGK Sağlık Uygulama Tebliği'ne göre hastane tarafından Sosyal Güvenlik Kurumu'na (SGK) faturalandırılmak üzere hasta veritabanına girilen masraflardır. Maliyetler Türk Lirası (TL) cinsinden hesaplandı. Toplam maliyet hesaplamasında bir yıllık dönemin ortasında, Merkez Bankası döviz kuru dikkate alınmıştır (1 Nisan 2017 - 1 USD = 3,63 TL, 1 Nisan 2016 - 1 USD = 2,82 TL). Araştırmaya alınan hastaların 157'si (% 44) şizofreni, 35'i (% 9.8) şizoaffektif bozukluk, 102'si (% 28.7) bipolar bozukluk ve 62'si (% 17.4) tanımlanmamış şizofreni spektrumu ve diğer psikotik bozukluktur. Hastanede yatış masrafları açısından iki dönem arasında anlamlı bir fark bulundu. Normal dağılıma uymadığı için veriler ortanca değer üzerinden karşılaştırıldı. Birinci periyot boyunca ortanca yatış masrafları sırasıyla 84.8 (0/97266, ortalama 2592) TL ve ikinci periyot 112 (0/22162, ortalama 642) TL olarak hesaplandı. İlk periyotta yatış maliyeti toplamı 890685 TL (315.845 USD) ve ikinci periyotta ise 226525 TL (62.403 USD) olarak hesaplandı. Bu çalışma, toplum ruh sağlığı merkezlerinde sunulan birincil hizmetlerin, kronik ruh sağlığı sorunları olan yetişkinlerde hastanede yatış maliyetlerinde düşüş sağlayacağına dair yeni kanıtlar sunmaktadır.

Anahtar kelimeler: toplum ruh sağlığı merkezi, hastane yatışı, maliyet

Tablo 1. Hastane yatış maliyeti ortanca değeri

	1. Periyot	2. Periyot	P
	Median (Min./Max.)	Median (Min./Max.)	
Hastane yatış maliyeti	84,8 (0 / 97266)	112,0 (0 / 22162)	<0,001

Tablo 2. Hastaların sosyodemografik verileri

		<i>n</i>	%
Tanı	Şizofreni	157	44,1%
	Şizoaffektif bozukluk	35	9,8%
	Bipolar bozukluk	102	28,7%
	Tanımlanmamış şizofreni spektrumu ve diğer psikotik bozukluklar	62	17,4%
Cinsiyet	Erkek	223	62,6%
	Kadın	133	37,4%
Medeni durum	Bekar	239	67,1%
	Evli	117	32,9%
Alkol	Hayır	344	96,6%
	Evet	12	3,4%
Sigara	Hayır	152	42,7%
	Evet	204	57,3%
Madde kullanımı	Hayır	341	95,8%
	Evet	15	4,2%
	N	Mean±SD.	Median (Min./Max.)
Yaş	356	41,12±12,51	39 (17 / 72)
Eğitim süresi	356	7,42±4,09	7 (0 / 16)
Başlangıç yaşı	355	23,40±9,09	20 (1 / 57)
Hastane yatışı	348	5,61±6,90	3 (0 / 37)

ŞİZOFRENİ HASTALARINDA ÜST BİLİŞ İŞLEVLERİ VE BENLİK SAYGISI, BEDEN ALGISI

Müberra Kulu¹

¹*Tokat Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Hastanesi*

Amaç: Üst biliş; kişinin zihnindeki olayların farkında olması bunları istemli yönlendirebilmesi-ni içerir. Bu sistem, bilişsel süreçlerin işlevsel ve uyuma yönelik çalışmasında önemli bir role sahiptir. Dolayısıyla bu sistemde meydana gelebilecek herhangi bir sapmanın, pek çok psikopatolojinin geliş-mesi ve sürmesinde önemli bir faktör olabileceği düşünülmektedir. Benlik saygısı; bireyin kendisini olduğundan daha aşağı ya da daha üstün görmeksizin kendinden memnun olma, beğenilmeye, sevil-meye değer bulma ve kendine güvenmeyi sağlayan pozitif bir ruh hali olarak tanımlanmaktadır. Biz şizofreni hastalarında üst biliş, benlik saygısı ve beden algısını değerlendirmeyi amaçladık.

Yöntem: Tokat Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi'nde yatarak tedavi alan DSM-V kriter-lelerine göre şizofreni tanısı konulan 40 hasta ve 40 sağlıklı kontrol grubu çalışmamıza alındı. Tüm katılımcılara; sosyodemografik veri formu, Vücut Algısı Ölçeği (VAÖ), Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ), Üst biliş Ölçeği (ÜBÖ-30), şizofreni hasta grubuna hastalığın şiddetini ve işlev-sellik düzeylerini değerlendirmek amacı ile Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS) ile Calgary Depresyon Ölçeği (CDÖ) uygulandı. Sağlıklı kontrol grubuna CDÖ puanları 0 (sıfır) olduğu için ek olarak Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) de uygulandı.

Bulgular: Hasta grubunun yaş ortalaması 36.67 ± 6.70 ; kontrol grubunun ise 35.75 ± 5.86 olarak bulundu. Hasta grubunda 12 (%30) kişi kadın, 28 (%70) kişi erkek; kontrol grubunda ise 19 kişi (%47.5) kadın, 21 (%62.5) kişi erkekti. Medeni durumları ise hastaların 10 kişi (%25) bekar, 27 kişi (%67.5) evli, 3 kişi (%7.5) eşinden ayrılmış; kontrol grubunda 15 kişi (%37.5) evli, 23 kişi (%57.5) bekar, 2 kişi (%5) eşinden ayrılmış idi. Eğitim durumları ise; hasta grubunda 2 kişi (%5) okur-yazar, 29 kişi (%72.5) ilkökul, 7 kişi (%17.5) lise, 2 kişi (%5) üniversite mezunuydu. Kontrol grubunda ise; 1 kişi (%2.5) okur-yazar, 27 kişi (%67.5) ilkökul, 10 kişi (%25) lise, 2 kişi (%5) üniversite mezunu idi. Sosyodemografik veriler açısından hasta ve kontrol grubunda anlamlı bir farklılık saptanmadı. Hasta ve kontrol grubu ölçek puanları tabloda gösterildi. ÜBÖ; bilişsel farkındalık dışında tüm alt boyutlarda ve toplam puanda, hasta grubunda anlamlı farklılık olduğu görüldü. RBSÖ için şizof-reni hasta grubunun benlik saygısı düzeyleri çalışmanın başında varsayılan hipotezin aksine yüksek olarak hesaplanmıştır. Kontrol grubu ise yüksek ve orta düzey benlik saygısına sahip olarak bulundu-ğu için istatistiksel olarak bir farklılık bulunmuştur ($p=0.016$). VAÖ için ise farklılık saptanmadı ($p=0.089$). Hastaların PANSS pozitif belirtiler ölçeğinden aldıkları puan, 16.55 ± 4.51 ; negatif belirtiler ölçeğinden aldıkları puan, 13.22 ± 2.97 ; genel psikopatoloji puanları, 28.42 ± 7.07 , toplam puanları ise, 57.9 ± 11.39 idi. Hastaların CDÖ puanları, 4.87 ± 5.28 ; sağlıklı kontrol grubunun CDÖ puanları sıfır olunca beraberinde BDÖ de uygulandı ve 7.05 ± 5.30 puan aldıkları görüldü (bu ölçek için kesme puanın altında olarak hesaplandı).

Sonuç: Şizofreni hastalarının belli alt boyutlarda farklı üst bilişsel süreçlere sahip olduğu, fakat hastaların benlik saygılarının ve vücut algılarının korunduğu da saptandı. Şizofrenide hastaların işlevselliklerindeki bozulmada üst bilişsel süreçlerin etkili olduğu görüldüğü için son dönem yayınlarında ve hastalara uygulanan tedavi programlarında üst biliş alanı önemli bir hedef alan olmuştur ve hastaların bu aracılıkla toplumsal işlevselliklerinin iyileştirilmesi hedeflenmektedir.

Anahtar kelimeler: Şizofreni, üst biliş, vücut algısı, benlik saygısı

Tablo. 1 Hasta ve kontrol grubu ölçek puanları

<i>Uygulanan ölçek</i>	<i>Şizofreni hasta grubu</i>	<i>Sağlıklı kontrol grubu</i>	<i>P</i>
Üst biliş Ölçeği			
Olumlu inanç	14.42± 2.96	10.75± 4.10	0.000*
Bilişsel güven	14.77 ± 4.48	12.07 ± 4.83	0.012*
Düşünceleri kontrol ihtiyacı	12.32±3.08	10.20±3.74	0.007*
Kontrol edilmezlik ve tehlike	17.57±4.27	13.07±4.31	0.000*
Bilişsel farkındalık	15.57±3.41	18.77±17.88	0.270
Toplam puan	74.77 ± 15.06	62.25 ± 16.06	0.001*
Rosenberg benlik saygısı	1±1.01	1.62±1.25	0.016*
Vücut algısı ölçeği	81.82±25.37	73.30±18.41	0.089

PANİK BOZUKLUĞUNA ÇOCUKLUK DÖNEMİ AYRILIK ANKSİYETESİ VE BAĞLANMA BİÇİMLERİNİN ETKİSİ

İşıl Aygün¹, Deniz Ergün¹, Mehmet Çakıcı¹

¹Yakın Doğu Üniversitesi, Fen Ve Edebiyat Fakültesi, Psikoloji Bölümü

Giriş: Çocukluk dönemi yaşantıları gelecekteki ruhsal rahatsızlıkların belirleyicisi olabilmektedir. Çocukluk dönemi ayrılık anksiyetesinin ileride özellikle panik bozukluk gibi anksiyete bozuklukları için risk taşıdığı ortaya konmuştur. Literatürde panik bozukluk (PB) ile bağlanma biçimleri ve çocukluk dönemi ayrılık anksiyetesinin birlikte araştırıldığı çalışma kısıtlıdır. Bu çalışmanın amacı panik bozuklukta çocukluk dönemi ayrılık anksiyetesi ve bağlanma biçimlerinin etkisini ortaya koymaktır.

Yöntem: Araştırmanın örneklemini Tekirdağ'da bulunan özel bir hastanede Panik Bozukluk (PB) tanısı almış 50 kişi ve psikiyatrik tanı almamış 50 kişiden oluşmaktadır. Anket formunda Sosyo-demografik Form, Panik Agorafobi Ölçeği (PAÖ), İlişki Ölçekleri Anketi (İÖA) ve Ayrılma Anksiyetesi Belirti Envanteri (AABE) yer almaktadır.

Bulgular: Çalışmada PB ve kontrol grubu karşılaştırıldığında sosyo-demografik özellikler açısından istatistiksel bir fark tespit edilmemiştir. PB bireylerin ($17,36 \pm 9,0$), kontrol grubuna ($10,60 \pm 6,38$) göre AABE puanları yüksek bulunmuştur. PB'si olan bireylerin korkulu bağlanma puanları kontrol grubuna göre daha yüksektir. Kontrol grubunun ise güvenli bağlanma puanları PB'si olanlara göre yüksek bulunmuştur. Saplantılı ve kayıtsız bağlanma açısından her iki grupta istatistiksel bir farklılık bulunamamıştır. Bağlanma biçimlerinin ve çocukluk dönemi ayrılma anksiyetesi puanlarının panik agorafobi puanlarını yordamasına yönelik yapılan lojistik regresyon analizi sonucu oluşturulan modelde panik agorafobi tanısı koymada %75 doğru tahminleme yaptığı belirlenmiştir. AABE, güvenli ve korkulu bağlanmanın yer aldığı modelde panik agorafobi puanlarındaki değişimin %27,5'ini açıkladığı belirlenmiştir. AABÖ'den alınan puanların 1 yüksek olması PBÖ puanlarını %11 artırmaktadır. PB olanların PBÖ puanlarının ayrılma anksiyetesi ve bağlanma biçimleri açısından yordamasına yönelik yapılan regresyon analizinde ise bağlanma biçimlerinin istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde yordamadığı, AABÖ puanlarının ise PBÖ puanlarının %27,1'ini yordadığı bulunmuştur.

Sonuç: Çalışmada Panik bozukluğu olanların güvenli bağlanma özelliklerinin daha az, korkulu bağlanma ve çocukluk dönemi ayrılık anksiyetesi özelliklerinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Panik bozukluğu olan hastalarda ayrılık anksiyetesinin bağlanma biçimlerinden daha etkili olduğu tespit edilmiştir. Ayrılık anksiyetesinin daha stres yaratan özelliğinin panik bozukluğunun nedeninde daha etkili bir durum olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Erişkinlere yönelik PB psikoterapilerinde ilişki ve çocukluk dönemi ayrılık anksiyetesi yaşantıları üzerinde yoğunlaşılmasının faydası olabileceği ortaya çıkmıştır.

Anahtar kelimeler: Panik bozukluk, çocukluk dönemi ayrılma anksiyetesi, bağlanma biçimleri

Tablo 1. PB ve kontrol grubunun ilişki ölçekleri anketi karşılaştırılması

	<i>Grup</i>	<i>n</i>	<i>x</i>	<i>ss</i>	<i>M</i>	<i>Sıra Ort.</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
Güvenli bağlanma	PB	50	3,92	1,22	4,00	42,35	-2,816	0,005*
	Kontrol grubu	50	4,59	0,98	4,60	58,65		
Korkulu bağlanma	PB	50	4,70	1,21	4,50	58,28	-2,692	0,007*
	Kontrol grubu	50	4,07	0,99	4,00	42,72		
Şaplantılı bağlanma	PB	50	3,88	0,77	4,00	50,17	-0,114	0,909
	Kontrol grubu	50	3,92	0,86	3,75	50,83		
Kayıtsız bağlanma	PB	50	4,68	1,50	5,00	55,10	-1,588	0,112
	Kontrol grubu	50	4,24	0,99	4,00	45,90		

*p<0,05

Tablo 2. Bağlanma stillerinin ve ayrılma anksiyetesi belirti envanteri puanlarının panik agafobi üzerindeki etkisine yönelik lojistik regresyon analizi sonuçları

	<i>B</i>	<i>S.H.</i>	<i>p</i>	<i>Exp(B)</i>	<i>95,0% GA</i>	
					<i>Alt</i>	<i>Üst</i>
Ayrılma Anksiyetesi Belirti Envanteri	0,10	0,03	0,001*	1,11	1,04	1,18
Güvenli bağlanma	-0,49	0,18	0,006*	0,61	0,43	0,87
Korkulu bağlanma	0,88	0,30	0,004*	2,40	1,32	4,36
Şaplantılı bağlanma	-0,61	0,32	0,053	0,54	0,29	1,01
Kayıtsız bağlanma	-0,18	0,21	0,386	0,84	0,56	1,25

*p<0,05, R2 Nagelkerke = 0,275

Tablo 3.

	<i>Standardize Olmayan Katsayılar</i>		<i>Standardize Katsayılar</i>		
	<i>B</i>	<i>S.H.</i>	<i>Beta</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
(Sabit)	10,81	8,28		1,306	0,198
Ayrılma Anksiyetesi Belirti Envanteri	0,44	0,13	0,46	3,307	0,002*
Güvenli bağlanma	0,09	1,19	0,01	0,074	0,941
Korkulu bağlanma	0,19	1,21	0,03	0,159	0,874
Şaplantılı bağlanma	0,37	1,51	0,03	0,245	0,808
Kayıtsız bağlanma	1,15	1,01	0,20	1,140	0,260

*p<0,05, R2=0,271

OLGU SERİSİ: GAMMA KNİFE VENTRAL KAPSÜLOTOMİ (GKVK) YAPILAN 4 DİRENÇLİ OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK HASTASININ İZLEMİ

Seyfullah Önder Uçar¹, Mehmet Ünler¹, İrem Ekmekçi Ertek¹, Behçet Coşar¹, Zehra Arıkan¹

¹Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Psikiyatri Anabilim Dalı

Giriş: Obsesif kompulsif bozukluk (OKB), rahatsız edici, sıkıntı veren, yineleyici düşünceler, dürtüler (obsesyon) ve bir obsesyona yanıt olarak yapılan motor ve mental işlevler (kompulsiyon) ile karakterize; toplumda %2-3 oranında görülen; depresyon, alkol -madde kötüye kullanımı ve sosyal fobiden sonra dördüncü en sık ruhsal hastalıktır. Farmakolojik tedavi, psikoterapi, davranışçı terapi, elektrokonvülsif tedavi gibi yöntemlere rağmen bu hastaların en az % 10'unun hiçbir konservatif tedaviye cevap vermediği bilinmektedir.

Olgular: Yatırılarak rutin kan tetkikleri, kranial görüntüleme, nöropsikolojik testleri yapılan ve GKVK işlemi için uygun görülen 4 olgunun izlemi tabloda sunulmuştur.

Tartışma: Yapıl ve işlevsel beyin görüntüleme çalışmalarının sonuçlarına göre OKB'de orbitofrontal korteks, anterior singulat korteks, bazal gangliyon yapıları ve talamusta anormallikler gözlenmektedir. Bu sebeple dirençli OKB cerrahisinde hedef orbito-fronto-striato-talamo-kortikal döngüsü ve ventral striatum, anterior internal kapsül, subtalamik nükleus ve nükleus akumbenstir. Günümüzde OKB cerrahisinde derin beyin stimülasyonu, gama knife ve termoregülasyon yöntemleri uygulanmaktadır. Literatürde Gamma-knife anterior kapsülotomiye % 45 - % 70 yanıt oranları bildirilmiştir.

Bizim GKVK uygulamamızda biri klomipramin olmak üzere en az 3 serotonerjik ilaçtan ve BDT'den fayda görmemesi, en az 5 yıldır hastalığın olması ön koşul olarak gerekli görülmüştür. Hastaların ikisi 2 yıl boyunca izlenirken, 2 olgu ise son 6 aydır izlenmektedir. Yanıt kriteri olarak Y-BOCS skorunda en az %35 azalma esas alındığında, iki yıl boyunca izlenen hastalardan birinde % 54 yanıt alınmıştır, diğerinde ise %35'ten az oranda düşme görülmüştür. 6 aylık takibi yapılan hastalardan birinde de henüz tedavi yanıtını değerlendirmek için süre yeterli değilse de % 50 den fazla yanıt izlenmiştir.

İşlem sonrası yapılan takiplerde hiçbir hastada kişilik değişiklikleri veya kognitif değişiklik gözlenmemiştir. Hiçbir hastada ciddi bir yan etki görülmemiş olup sadece bir olguda hasta işleminden sonra geçici olarak çevreye karşı ilgi kaybı bildirmiştir. GKVK, tedaviye dirençli OKB hastalarında iyi bir tedavi seçeneği olarak görülmektedir. Etkinliğinin ve yan etki profilinin daha iyi değerlendirilebilmesi için daha fazla örneğin yer aldığı ve daha uzun dönem takiplerin yapıldığı çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar kelimeler: OKB, obsesif kompulsif bozukluk, gamma Knife, ventral kapsülotomi, anterior kapsülotomi

Tablo 1. Hastaların özellikleri

	<i>OLGU 1</i>	<i>OLGU 2</i>	<i>OLGU 3</i>	<i>OLGU 4</i>
Yaş	24	29	27	39
Cinsiyet	Kadın	Erkek	Erkek	Erkek
Medeni Durum	Bekar	Bekar	Evli	Evli
Eğitim Durumu	Lise Mezunu	Yüksek Lisans Öğrencisi	Ortaokul Mezunu	Üniversite Mezunu
Çalışma Durumu	Yok	Yok	Çalışıyor	Çalışıyor
Hastalık Başlangıç Yaşı	10	13	10	14
Hastalık Süresi	14	16	17	25
Ek Hastalıkları	-	HT	-	HBV taşıyıcısı
Eş Tanılar	Atipik Psikoz	Yok	Yok	Yok
Yatış Öyküsü	4	2	1	1
Aile Öyküsü	Erkek kardeşte OKB, Dayıda Panik Bozukluk	-	Babada OKB, Kardeşi MR	-
SSRI / SNRI	Fluoksetin Sertralin Paroksetin Sitalopram	Fluoksetin Sertralin Fluvoksamin	Sertralin Venlafaksin Fluoksetin	Paroksetin Venlafaksin
Klomipramin	+	+	+	+
Güçlendirme Ajanları	Amisulpirid Aripiprazol Risperidon Pimozid Paliperidon Ketiapin	Risperidon Aripiprazol	Trifluoperazin Bupiron Klonazepam Risperidon Ketiapin	Sulpirid Paliperidon Ketiapin Risperidon Amisulpirid
BDT	+	+	+	+
TMS / EKT	EKT 11 seans	-	-	-
STROOP	Normal	Normal	Norm altı	Normal
RAVLT	Normal	Normal	Norm altı	Normal
WCST	Norm altı	Normal	Norm altı	Norm altı

Tablo 2. Farmakoterapi geçmişi

	<i>İlacın ismi</i>	<i>Optimal dozda kaç hafta kullandığı</i>	<i>En sık kullanılan günlük doz</i>	<i>En yüksek günlük doz</i>
OLGU 1	Fluoksetin Sitalopram Sertralin Klomipramin	16 ay 12 ay 13 ay 4 ay	80 mg/g 60 mg/g 100 mg/g 150 mg/g	80 mg/g 60 mg/g 200 mg/g 300 mg/g
OLGU 2	Sertralin Fluoksetin Klomipramin	22 ay 6 ay 16 ay	200 mg/g 20 mg/g 150 mg/g	200 mg/g 40 mg/g 225 mg/g
OLGU 3	Sertralin Venlafaksin Klomipramin Fluoksetin	10 ay 9 ay 12 ay 15 ay	100 mg/g 150 mg/g 150 mg/g 40 mg/g	200 mg/g 225 mg/g 225 mg/g 60 mg/g
OLGU 4	Paroksetin Venlafaksin Klomipramin	12 ay 17 ay 22 ay	60 mg/g 225 mg/g 225 mg/g	80 mg/g 300 mg/g 300 mg/g

Tablo 3. Hastaların takip sonuçları

	<i>OLGU 1</i>	<i>OLGU 2</i>	<i>OLGU 3</i>	<i>OLGU 4</i>
GKVK İşlem Tarihi	22/09/2016	01/07/2016	10/09/2018	06/11/2018
Bazal Y-BOCS	27	33	36	30
1. ay Y-BOCS	25	17	9	14
3. ay Y-BOCS	29	14	5	6
6. ay Y-BOCS	25	15	-	-
En Son Takip Y-BOCS	21	15	30	6
Bazal MADRS	-	-	29	35
1. ay MADRS	-	-	13	9
3. ay MADRS	-	-	14	9
En Son Takip MADRS	-	-	21	8
Bazal BPRS	15	24	29	16
1. ay BPRS	12	10	8	6
3. ay BPRS	10	8	9	8
6. ay BPRS	13	8	-	-
En Son Takip BPRS	12	6	15	8

BİPOLAR BOZUKLUK DEPRESİF DÖNEMDE OKSİDATİF DNA HASARI

Gülçin Elboğa¹, Elif Karayağmurlu¹

¹Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı

Amaç: Bipolar bozukluk yaygın görülen, ataklar halinde giden ve yeti yitimine neden olan psikiyatrik bozukluklardır. Bipolar bozuklukta yaşam boyu atakların çoğunluğunu depresif dönemler oluşturmaktadır. Bu çalışmada Bipolar bozukluk depresif dönemin oksidatif DNA hasarı ile ilişkisini değerlendirmek amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmamıza DSM-5 tanı kriterlerine göre Bipolar bozukluk depresif dönem tanılı 30 hasta ile 30 sağlıklı gönüllü dahil edilmiştir. Bipolar bozukluk depresif dönem tanılı hastalarda depresyon şiddeti Hamilton Depresyon Ölçeği (HAMD) ve Klinik Global İzlem (KGI) ölçeği ile değerlendirilmiştir. Bipolar bozukluk depresif dönem tanılı hastalarda serum 8-hidroksi2'-deoksiguanozin (8-OHdG) düzeyleri sağlıklı kontrollerle karşılaştırılmıştır. Bakılan serum 8-OHdG düzeyi immunhistokimyasal yöntemle (ELİSA) ölçülmüştür.

Bulgular: Bipolar Bozukluk Depresif dönem tanılı hastaların %60'ı (n=18) kadın, %40'ı (n=12) erkekti ve yaş ortalamaları 35.73 ± 11.92 'ydi. Sağlıklı kontrollerin ise %43.3'ü (n=13) kadın, %56.7'si (n=17) erkekti ve yaş ortalamaları 33.76 ± 11.22 'ydi. Bipolar bozukluk depresif dönem tanılı hastalar kontrol grubu ile yaş, cinsiyet, medeni durum ve sigara kullanımı açısından karşılaştırıldığında gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı. Bipolar bozukluk depresif dönem hasta grubunda 8-OHdG düzeyleri kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu (p=0.020).

Sonuç: Bu çalışmada Bipolar bozukluk depresif dönem tanılı hastalarda oksidatif DNA hasarı sağlıklı kontrollere göre yüksek bulunmuştur. Bu durum hastalığın varlığının oksidatif DNA hasarında yükselme ile ilişkili olabileceğini düşündürmektedir. Bu konunun daha iyi anlaşılması için ileride yapılacak geniş örneklemli yeni çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Anahtar kelimeler: Bipolar Depresyon, Oksidatif DNA hasarı, 8-hidroksi2'-deoksiguanozin.

Tablo 1. Araştırma Gruplarının Sosyodemografik Özellikleri ve 8-OHdG Açısından Karşılaştırılması

	<i>Bipolar Bozukluk Depresif Dönem</i>	<i>Kontrol</i>	<i>p değeri</i>
Cinsiyet† (Kadın/Erkek)	18(%60)/12(%40)	13(%43.3)/17(%56.7)	0.427
Yaş *	35.73 ± 11.92	33.76 ± 11.22	0.294
Sigara† (Var/Yok)	15(%50)/15(%50)	10(%33.3)/20(%66.7)	0.264
Medeni† Durum (Evli/ Bekar)	22(%73.3)/8(%26.7)	19(%63.3)/11(%36.7)	0.498
Çalışma† Durumu (Çalışıyor/ Çalışmıyor)	7(%23.3)/23(%76.7)	18(%60)/12(%40)	0.001
8-OHdG* (ng/ml)	28.03 ± 9.17	21.86 ± 7.83	0.023

DİJİTAL İSTİFÇİLİK: GÖRÜNMEZ OLANIN AĞIRLIĞI

Maruf Aggöl¹, Sıtar Hezer¹, Mehmet Budak¹, Enes Özel¹, Engin Emrem Beştepe¹

¹T.c. Sbü İstanbul Erenköy Ruh Ve Sinir Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Giriş ve Amaç: Hızla artan teknoloji ve internet kullanımının sonucu olarak, dijital verilerin gündelik yaşamın içine önemli oranda dahil olduğu görülmektedir. Psikiyatrik bozuklukların da, gündelik yaşamın içinde bu denli yer işgal eden dijital veriler ve verilerin kullanım biçimlerinden bağımsız bir şekilde ele alınmaması gerektiğini düşünmekteyiz. Bu bağlamda DSM-5 ile birlikte kendi başına ayrı bir antite olarak ortaya konan istifleme bozukluğunun, dijital verilerin kullanımı ve saklanma biçimleri göz önünde bulundurularak yeniden ele alınmasını planladık. Bu sayede yeni bir sendrom adayı olarak sınanmasını planladığımız vedijital istifleme olarak adlandırılan dijital tutum paterninin, mevcut tablonun bir alttipi mi yoksa farklı bir antite mi olduğu yönündeki araştırmalara yol açabileceğini düşünmekteyiz.

Yöntem: Bu araştırmaya; Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi'nde çalışmakta, sayıları 50 olan yetişkin psikiyatri asistanını dahil ettik. 3 ayrı kategoride (whatsapp mesaj uygulaması, fotoğraf galerisi ve mail) dijital istifçiliği yordayacaktarafımızca hazırlanan toplam 20 soruluk anket uygulandı.

Bulgular: Çalışmamıza katılmayı kabul eden 30 kişiye anket online olarak uygulandı. Katılımcıların ortalama 85 ayrı kişi ile bireysel mesajlaşmalarını halen sakladığı (en yüksek 345), ortalama 33 ayrı grup sohbetinde yer aldığı (en yüksek 132), ortalama 2400 okunmamış maili olduğu (en yüksek 20bin), ortalama 1200 (en yüksek 6300) fotoğraf sakladığı görüldü. Katılımcıların yaklaşık %60'ı gelecekte yararlı olacağını düşünmediği mail, foto ya da sohbet geçmişlerini silmekte zorlandıklarını belirtmişlerdir. Ve bu duruma ilk üç neden olarak gelecekte işe yarayacağını düşünme, verilere duygusal olarak bağlanma ve zaman alıcı olduğu için silmememe belirtilmiştir. Özellikle telefonlarında fazla miktarda fotoğraf saklayan katılımcılar en çok telefon hafızası sorunu yaşadıklarını, ve katılımcıların yaklaşık %40'ının başka bir depolama alanına nakledene kadar telefonlarından gerekli uygulamaları silmek zorunda kaldıklarını belirtmişlerdir.

Tartışma ve Sonuç: Literatür araştırıldığında, yeni bir davranış biçimi olarak kabul edilebilecek dijital istifçilik ile ilgili sınırlı sayıda çalışma olduğu görülmektedir. Çalışmamız bu alanda ilk çalışmalardan biri olma özelliğini taşımaktadır. Yukarıdaki bulgulardan da anlaşıldığı üzere, dijital verilerin silinmesi ile ilgili önemli oranda zorluklar yaşanmaktadır. Ayrıca azımsanmayacak bir oranda katılımcımızın dijital verileri ile duygusal bir bağ kurduğu görülmüştür. Dijital istifçilik davranışının, normal bir davranış varyantı mı ya da psikopatolojik bir durum mu olduğunun anlaşılması için daha ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

Kaynaklar

1. Sweeten, G., Sillence, E., & Neave, N. (2018). Digitalhoardingbehaviours: Underlyingmotivationsandpotentialnegativeconsequences. Computers in Human Behavior, 85, 54-60.
2. vanBennekom, M. J., Blom, R. M., Vulink, N., & Denys, D. (2015). A case of digitalhoarding. BMJ casereports, 2015, bcr2015210814.

Anahtar kelimeler: dijital hoarding, istifleme,

İRRİTABL BARSAK SENDROMU: “PSİKİYATRİK” BİR SENDROM

İsmet Kırpınar¹, Nafiye Selcan Önür¹, Ayşe Kurtulmuş¹, Rabia Kevser Boyraz¹, Merve Suma¹, Çiğdem Kınık¹, Müge Çombaş¹, Yusuf Kayar²

¹Bezmialem Vakıf Üniversitesi

²Sbü Van Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

İrritabl Barsak Sendromu (İBS); organik bir patoloji ile açıklanamayan, barsak alışkanlıklarında değişim ve kronik karın ağrısı veya rahatsızlıkla karakterize bağırsağın fonksiyonel bir hastalığı olarak tanımlanmaktadır (1). İBS hastalarının çoğu somatoform bozukluk tanısı almaktadır. Diğer taraftan İBS hastalarının % 40-60'ında ve kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek oranlarda depresyon ve anksiyete bozuklukları başta olmak üzere çeşitli psikiyatrik bozukluklar bildirilmiştir. (2). Bu yüzden İBS gibi sendromlarla psikiyatrik bozukluklar arasındaki ilişkinin komorbidite değil tanı düzeyinde ele alınması tartışılmaktadır.

Bu çalışmadaki amacımız Türkiye popülasyonunda İBS hastalarında eş psikiyatrik bozukluk ve semptomların dağılımını saptamak ve İBS'nin “fonksiyonel” değil, “psikiyatrik” bir tanı olduğu varsayımımızı sınamaktır.

Gereç ve Yöntem: Üniversite Hastanesi Gastroenteroloji Polikliniğinde izlenen ve Roma III ölçütlerine göre İBS tanısı konan 18-65 yaşlarındaki 77 İBS'lu hasta ile 78 sağlıklı denek çalışılmıştır.

SCID-I ile değerlendirilen hastalar ve kontrol grubuna, Hamilton Depresyon Derecelendirme (HAM-D), Beck Depresyon (BDI), Beck Anksiyete (BAI), Durumluk-Süreklilik Kaygı (STAI TX-1 ve TX-2), Yale-Brown Ölçeği (Y-BOCS), Kısa Psikiyatrik Değerlendirme (BPRS) ölçekleri uygulanmıştır.

Bulgular: İBS hastalarının büyük çoğunluğu (%83.1) Farklılaşmamış Somatoform Bozukluk tanı ölçütlerini karşılarken, %11.7'si Somatizasyon, %2.6'sı Hipokondriasis, %1.3'ü ise Konversiyon ve BTA Somatoform Bozukluk tanılarını aldı.

Hastaların % 63.6'sında eş psikiyatrik tanılar vardı. Komorbid anksiyete bozuklukları spektrum tanısı 20 kişide (%26), depresyon/distimi tanısı 23 kişide (% 29.9) vardı. En sık gözlenen ruhsal bozukluk distimi idi (%24.7).

Hastaların 27'si (% 55.1) psikiyatrik yakınmalarının İBS semptomlarından önce başladığını ifade ederken, 22 kişide (%44.9) önce İBS semptomları başlamıştı.

Tüm psikiyatrik ölçek puanları hasta grubunda anlamlı olarak daha yüksek saptandı.

Tartışma: İBS tanılı hastalarda psikiyatrik morbidite oldukça yüksektir. Hastaların büyük çoğunluğunun somatoform bozukluk tanılarını almaları, psikiyatrik ve gastroenterolojik tanı sistemlerinin farklılığı ile açıklanabilir. Ancak, hastalar aynı zamanda uygulanan tüm psikiyatrik ölçekler üzerinden yüksek puanlar almışlardır ve daha da önemli bulgu, İBS'lu hastalardaki komorbid psikiyatrik tanı oranlarının yüksekliğidir (%63.6).

“Bedensel” olanla “ruhsal” olanın ayırımına dayanan mevcut tanılamalar İBS gibi durumlar için önemli bir sorun oluşturmaktadır. Fiziksel-psikiyatrik karşılığı son zamanlarda uzmanlar arasında yoğun tartışmalara konu olmaktadır (3). Psikiyatrik tanı sistemlerinde kullanılan Somatoform (Somatik Belirtili) bozukluklar kategorileri ile genel tıpta kullanılan Fonksiyonel Somatik sendrom tanılarını, özellikle hekimin hastalık modeliyle hastanın hastalık yaşantısı arasında bir örtüşme olmadığında hasta-hekim ilişkisine ve tedaviye aktarılan zihin karışıklığının tipik örneğidir.

Kaynaklar

1. Ünal HÜ. İrritabl Barsak Sendromu. Güncel Gastroenteroloji 2012; 16(3): 212-217.
2. Hausteiner-Wiehle C, Henningsen P. Irritable bowel syndrome: Relations with functional, mental, and somatoform disorders. World J Gastroenterol 2014; 20(20): 6024-6030.
3. Rief W, Isaac M. Are somatoform disorders 'mental disorders'? A contribution to the current debate. Curr Opin Psychiatry 2007; 20: 143-146.

Anahtar kelimeler: irritabl barsak sendromu, fonksiyonel, somatoform

ANKSİYETE: KKTC'DE ERİŞKİN BİREYLERDE YAYGINLIK, RİSK FAKTÖRLERİ VE AKÜLTÜRASYON İLE İLİŞKİSİ

Mehmet Çakıcı¹, Deniz Ergün¹, Asra Babayiğit¹

¹Yakın Doğu Üniversitesi, Fen Ve Edebiyat Fakültesi, Psikoloji Bölümü

Amaç: Dünyada en sık görülen ve yıkım yaratan ruhsal sıkıntılarının başında anksiyete bozuklukları gelmektedir. Son yıllarda anksiyete bozukluklarının hem etiyolojik nedenlerini hem de kültürler üzerindeki yüksek yaygınlık düzeyini anlamada akültürasyon başta olmak üzere sosyokültürel nedenler üzerine yoğunlaşmıştır. Bu çalışmada 2018 yılında yapılan KKTC'de olası anksiyete bozukluğu yaygınlığı ve risk faktörleri incelenmiştir. Ayrıca akültürasyonun da anksiyete ile ilişkisi irdelenmiştir.

Yöntem: Çalışmanın evrenini KKTC'de yaşayan 18-65 yaş arasındaki bireyler oluşturmaktadır. 980 kişilik örneklem yaş, cinsiyet, şehir/köy ve coğrafi bölge nüfus kotaları göz önüne alınarak, çok tabakalı rastgele örneklem yöntemiyle belirlenmiştir. Veriler 2018 Nisan-Mayıs aylarında örneklem için belirlenen evlerden toplanmıştır. Verilerin toplanmasında 23 maddelik sosyodemografik bilgi formu ile Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) ve Kültürlenme Tutumları Ölçeği'nin (KTÖ) geçerliliği ve güvenilirliği yapılmış Türkçe formları kullanılmıştır. Çalışmada karşılaştırmalar olası Anksiyete Bozukluğu (AB) olanlar (BAÖ≥16) ve olmayanlar (BAÖ≤7) şeklinde ikiye ayrılarak yapılmıştır. AB olanlar ve olmayanların sosyodemografik değişkenler açısından karşılaştırılmasında ki-kare, ABÖ ve KTÖ alt ölçek karşılaştırmalarında bağımsız örneklem t-testi ve korelasyonlar için Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. Anksiyete oluşumundaki olası risk faktörleri lojistik regresyon analizi ile belirlenmiştir.

Bulgular: Çalışmaya katılan 980 katılımcının 932'si (%95,1) değerlendirmeye alınmış, 48 (%4,9) anket eksik ya da yetersiz cevaplanması nedeniyle kullanılmamıştır. KKTC'deki erişkin popülasyon ağırlıklandırılmış örnekleminde olası AB yaygınlığı %19.1 (Ort±sd=8.77±9.58) olarak bulunmuştur. KD'larda bu oran %15.9 (Ort±sd=7.85±9.60) iken, TD'larda %23 (Ort±sd=9.96±9.61) olarak görülmüştür. AB oluşumunda kadın olmak, evli olmamak, Türkiye doğumlu olmak, 2300 TL ve altında gelir düzeyi, çalışmamak, fiziksel veya psikiyatrik bir hastalığı varlığı risk faktörleri olarak tespit edilmiştir (Tablo 1). TD'larda AB olanlar ve olmayanlar arasında kültür tutumları açısından fark bulunmazken, KD'larda AB olanlarda olmayanlara göre özümseme (p=0.000) puanları arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir (Tablo 2). BAÖ puanı ve KTÖ alt boyut puanları arasındaki korelasyon incelendiğinde, KD'larda ise özümseme (p=,004, r=128) puanının arttıkça BAÖ puanının da arttığı belirlenmiştir (Tablo 3).

Sonuç: Çalışma KKTC'deki gerek yerli gerekse göçmenlerde olası AB oranlarının dünyadaki pek çok ülkeye göre yüksek prevalans özelliği gösterdiği ve diğer yüksek prevalans özelliği gösteren bölgelerle benzer sosyokültürel özelliklere sahip olduğu belirlenmiştir. KKTC'de olduğu gibi, Bosna-Hersek, Nepal, Brezilya, Afganistan, Meksika, Porto Riko, Endonezya ve Hindistan'da yüksek anksiyete prevalansı tespit edilmiştir. Ekonomik sömürüye uğrama, koloni geçmişi, işsizlik, aile içi şiddet, çatışma ve göç gibi sosyokültürel özelliklerin diğer ruhsal bozukluklar yanında anksiyete bozukluklarının oluşmasına da zemin oluşturduğu görülmektedir. AB'nin yüksek prevalans özelliklerinin anlaşılmasında her toplumun kendine özgü sosyal yapısında değerlendirilmesi gerektiği ve akültürasyonun da anksiyete bozukluklarının önlenmesinde dikkate alınması gerektiği görülmüştür.

Anahtar kelimeler: Anksiyete Bozuklukları, yaygınlık, risk faktörleri, akültürasyon

Tablo 1. Anksiyete bozukluğu olan ($AB\hat{O}\geq 16$) ve olmayan ($AB\hat{O}<8$) katılımcıların demografik özelliklerinin karşılaştırılması

<i>Demografik Değişkenler</i>	<i>Anksiyete olan %</i>	<i>Anksiyete olmayan %</i>	<i>x2</i>	<i>p</i>
Cinsiyet				
Kadın	30.6	19.7	11.984	0.001**
Erkek	19.7	80.3		
Yaş				
18-29	27.4	72.6	3.705	0.157
30-50	21.4	78.6		
51 ve üzeri	27.5	72.5		
Doğum Yeri				
Kıbrıs	20.1	79.9	12.044	0.007*
Türkiye	30.6	69.4		
İngiltere	16.7	83.3		
Diğer	14.3	85.7		
Medeni Durum				
Evli	21.2	78.8	11.466	0.003*
Bekar	26.8	73.2		
Boşanmış-Dul	40.0	60.0		
Çocuk				
Var	27.9	72.1	3.015	0.082
Yok	22.4	77.6		
Çoğunlukla yaşanan yer				
Köy	25.9	74.1	0.427	0.514
Şehir	23.7	76.3		
Çalışma Durumu				
Çalışan	17.6	82.4	24.648	0.000**
Çalışmayan	33.3	66.7		
Eğitim Durumu				
Ortaokul ve altı	26.0	74.0	1.594	0.451
Lise	21.7	78.3		
Üniversite ve üzeri	26.1	73.9		
Aylık Gelir				
2300 TL and altı	35.6	64.4	5.979	0.050*
2301-10000 TL	24.9	75.1		
10000 TL ve üzeri	18.9	81.1		
Fiziksel Hastalık				
Var	42.5	57.5	15.952	0.000**
Yok	22.4	77.6		
Yaşanan kişi				
Yalnız	23.6	57.5	4.827	0.185
Eş/Sevgili	22.4	77.6		
Aile	28.2	76.4		
Diğer	37.5	77.6		
Psikiyatrik hastalık				
Var	77.3	22.7	33.825	0.000**
Yok	23.0	77.0		
Eve nasıl sahip oldu				
Kendi imkanları	19.2	80.8	9.616	0.008*
Devlet yardımı/Kira	30.2	69.8		
Aileden miras	25.6	74.4		

* $p \leq 0.05$, ** $p \leq 0.001$

Tablo 2. Kıbrıs ve Türkiye Doğumlu Bireylerin Anksiyete bozukluklarının olup olmasına göre Kültürlenme Tutumları alt ölçek puanlarının karşılaştırılması

Kıbrıs Doğumlular						
Kültürlenme	AB	n	x	ss	t	p
Bütünleşme	Olan	79	29.47	8.59	0.722	0.471
	Olmayan	417	28.70	9.01		
Özümseme	Olan	79	18.29	8.80	-1.960	0.050*
	Olmayan	417	16.22	7.15		
Aynılma	Olan	79	25.69	9.96	-1.759	0.079
	Olmayan	417	23.56	9.87		
Sınırdan Yaşam	Olan	79	22.78	9.70	-0.527	0.598
	Olmayan	417	22.16	9.63		
Türkiye Doğumlular						
Kültürlenme	AB	n	x	ss	t	p
Bütünleşme	Olan	101	29.30	8.86	-0.363	0.717
	Olmayan	340	28.94	8.88		
Özümseme	Olan	101	26.46	10.28	-0.463	0.644
	Olmayan	340	25.91	10.44		
Aynılma	Olan	101	16.96	7.80	0.435	0.664
	Olmayan	340	17.33	7.44		
Sınırdan Yaşam	Olan	101	22.62	7.83	-1.675	0.095
	Olmayan	340	21.01	8.68		

*p≤0.05, **p<0.005

Tablo 3. Lojistik regresyon analizinden elde edilen bazı demografik değişkenlerin olasılık oranı ve güven aralıkları

Demografik Değişkenler	Anksiyete Bozukluğu olan / olmayan bireyler
	Odss Oranı 95% GA
Cinsiyet (Kadın / Erkek)	1.556 (1.208-2.003)**
Doğum yeri (Türkiye / Kıbrıs)	1.759 (1.252-2.471)**
Çalışma Durumu (Çalışmayan / Çalışan)	2.338 (1.664-3.284)**
Yaş (29 yaş ve altı / üzeri)	0.948 (0.865-0.903)
Yaşanan kişi (Yalnız / aile-eş-arkadaş ile)	1.046 (0.621 – 1.762)
Gelir (2300 TL ve altı / üzeri)	1.456 (1.072-1.978)*
Eğitim (Lise ve üzeri / altı)	0.911 (0.630– 1.317)
Çocuk (Var / Yok)	0.928 (0.852-1.011)
Medeni durum (Evli olmayan / olan)	1.529 (1.419-2.540)**
Fiziksel hastalık (Var / Yok)	1.898 (1.192-2.197)*
Psikiyatrik hastalık (Var / Yok)	3.353 (2.579-4.360)**
*p ≤ 0.05, **p ≤ 0.001	GA = Güven Aralığı.

BİR EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİNDE GERİATRİK ELEKTROKONVÜLSİF TERAPİ UYGULAMALARI: 5 YILLIK KLİNİK DENEYİM

Derya İpekçioğlu¹

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

Amaç: Bu çalışmanın amacı, hastanemiz akut psikiyatri servislerinde yatan, 65 yaş ve üzerinde olan, elektrokonvülsif terapi uygulanmış hastaların, sosyodemografik ve klinik özelliklerini belirlemektir.

Yöntem: Mart 2006-Mayıs 2010 tarihleri arasında, hastanemiz psikiyatri servislerinde yatarak tedavi görmüş ve elektrokonvülsif terapi uygulanmış olan geriatrik hastaların dosya kayıtları geriye dönük olarak taranmıştır. Sosyodemografik karakteristikleri (cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi, medeni durum) ve klinik özellikleri (elektrokonvülsif terapi uygulanan hasta sayısı, DSM-IV-TR'a göre psikiyatrik hastalık tanısı, genel medikal durum, uygulanan elektrokonvülsif terapi seans sayısı ortalaması, tedaviye yanıt, komplikasyonlar, hastanede yatış süresi) hazırlanan veri tarama formuna kaydedilmiştir. Çalışma için hastanemiz etik kurulundan onay alınmıştır. Elde edilen verilerin istatistiksel analizi için SPSS 17 programı kullanılmıştır.

Bulgular: Beş yıllık süre içerisinde, 65 yaş ve üzeri, toplam 1118 (643 [% 57,51] erkek ve 475 [% 42,48] kadın) hasta psikiyatri servislerine yatırılmıştı. Bu hastaların 96'sına (40 erkek [41,66], 56 [% 58,33] kadın) elektrokonvülsif terapi uygulanmıştı. 74 (% 77,08) hastaya duygudurum bozukluğu ve 22 (% 22,92) hastaya psikotik bozukluk tanısı konulmuştu. Hastalara toplamda 803 elektrokonvülsif terapi seansı uygulanmış olup, seans sayısı ortalaması 8,36'ydı. On (% 10,41) hastada hipotroidizm, 5 (% 5,2) hastada merkezi sinir sistem malinitesi, 2 (% 2,08) hastada meme kanseri, 1 (% 1,04) hematolojik malinite, 1 (% 1,04) hastada cilt kanseri öyküsü vardı. Tedaviye yanıt değerlendirildiğinde, 52 (% 54,2) hastada tam düzelme, 39 (% 40,6) hastada kısmi düzelme olduğu saptanmıştı. Genel klinik yanıt % 94,8 iken, 5 (% 5,2) hastada tedaviye yanıt alınamamıştı. Tedavi sürecinde hastalarda, hayatı tehdit eden herhangi bir komplikasyon ve/veya ölüm görülmemişti. Konfüzyon (n:3), baş ağrısı (n:1), uzamış nöbet (n:2) yan etki olarak saptanmıştı.

Tartışma: Geriatrik hasta grubunda elektrokonvülsif terapi etkin ve güvenilirlerdir. Bu tedavi yöntemi ilaç yan etkilerine karşı duyarlı olan yaşlı hastalar için geçerli bir tedavi seçeneğidir. Bu alanda yapılan çalışmalar arttıkça, klinisyenlerin geriatrik hastalarda elektrokonvülsif terapi uygulaması konusundaki endişeleri de aşılabilecektir.

Anahtar kelimeler: Elektrokonvülsif terapi, yaşlı, psikiyatrik hastalık tanısı, etkinlik, güvenilirlik

ŞİZOFRENİ TANILI HASTALARIN MARUZ KALDIĞI FİZİKSEL ŞİDDETİN UYGULADIKLARI FİZİKSEL ŞİDDETLE KARŞILAŞTIRILMASI: ÖNÇALIŞMA

Mehmet Budak¹, Mehmet Fatih Üstündağ¹, Hüseyin Güleç¹

¹*Sbü Erenköy Ruh Ve Sinir Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi*

Amaç: Şiddet güncelliğini her zaman koruyan bir konu olup, çalışmalar şizofreni tanılı hastaların uyguladığı şiddet konusunda yoğunlaşmaktadır. 20 çalışmadan toplanan 18.423 psikoz tanılı hastanın meta analizinde şizofreni ile şiddet ilişkisi incelenmiş, şiddet uygulama sıklığı genel popülasyona oranla madde kullanımı ek tanısı olanlarda yüksek bulunmuştur (1). Klinik deneyimler, şizofreni tanısı konmuş kişilerin ciddi oranlarda şiddete maruz kaldığını, özellikle hekim tarafından sorgulanmadığında hasta veya hasta yakınları tarafından dile getirilmediğini göstermektedir. Biz bu çalışmada şizofreni ile şiddet arasındaki ilişkiyi radyografik incelemeyle şiddet eylemine bağlı olası kemik kırıklarının (malunion, kallus, pseudoartroz), fiziksel muayene ile de vücuttaki yaraları tanımlayarak göstermeyi planlamaktayız. Sert bir cisimle saldırıya uğrayan kişi başına darbe almamak için önkol ile başını korurken, genelde ulnada kırık oluşmaktadır, bu kırık Biyolojik Antropoloji literatüründe “parry fracture” olarak adlandırılmakta ve bu kırık şiddete maruziyetin göstergesi olarak kabul edilmektedir (2). Bıçaklı saldırıya uğrayan kişi ise bıçağı uzaklaştırmak için refleks olarak bıçağı tutarken, avuç içinde oluşan kesi “defansif yara” olarak tanımlanmaktadır. Ortopedi ve Travmatoloji literatüründe 5. Metakarp kırığı “boxer’s fracture” olarak adlandırılmakta olup şiddet uygulayan kişilerde görülen tipik bir kırıktır (3). Ayrıca yumruk atma sonucu 2. , 3. ve 4. metakarpal kemiklerde de kırık oluşabilmektedir.

Yöntem: Bu çalışmaya Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları EAH polikliniğine başvuran, onamları alınmış ardışık 30 remisyonda şizofreni tanılı hasta dahil edilmiştir. Hastaların sosyodemografik bilgileri ve fiziksel şiddet öyküsü alınmıştır. Maruz kaldıkları ve uyguladıkları şiddete göre kırık şüphesi olan 5 hastanın radyolojik görüntüleri ve tüm hastaların defansif yara mevcudiyeti için avuç içleri incelenmiştir.

Bulgular: Çalışmaya alınan 14 hasta en az bir kez fiziksel şiddete maruz kaldığını ifade ederken, 11 hasta en az bir kez fiziksel şiddet uyguladığını belirtmiştir. Radyolojik incelemesi yapılan 5 hastanın birinde 5. Metakarp kemiğinde kırığa bağlı kallus saptandı, bu hastada madde kullanımı ek tanısı mevcuttu. Bir hastada bıçaklı saldırı sonucu gelişen defansif yara saptanırken, bu hastada da madde kullanımı ek tanısı mevcuttu. Radyolojik incelemesi yapılan hastaların hiçbirinde geçmiş önkol kırığı saptanmadı.

Sonuç: Psikiyatri pratiğinde uygulanan mevcut muayene yöntemleri ve anamnez formları incelendiğinde şiddetin hastanın homisidal davranışlarıyla sınırlandığı, ağırlıklı olarak şizofreni hastalarının uyguladığı şiddetin sorgulandığı görülmektedir. Çalışmamızda psikiyatri pratiğinde şizofreni tanılı hastaların mağduru oldukları şiddetin sorgulanarak kayıt altına alınması, şiddete maruziyetin engellenmesi ve bu konudaki damgalamanın azaltılması amaçlanmıştır.

Kaynaklar

1. Fazel, S., Gulati, G., Linsell, L., Geddes, J. R., Grann, M. (2009). Schizophrenia and Violence: Systematic Review and Meta-Analysis. PLoS Medicine, 6(8), e1000120.
2. Judd, M. A. (2008). The parry problem. Journal of Archaeological Science, 35(6), 1658–1666.
3. Mercan S, Uzun M, Ertugrul A, Ozturk I, Demir B, Sulun T. (2005) Psychopathology and personality features in orthopedic patients with boxer’s fractures. GenHosp Psychiatry. 2005;27(1):13-7.

Anahtar kelimeler: şizofreni, şiddet, kırık

BİR TOPLUM RUH SAĞLIĞI MERKEZİNDE İZLENEN OLGULARIN SOSYODEMOGRAFİK VE KLİNİK ÖZELLİKLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Ayşeğül Barak¹, Mehmet Baltacıoğlu², Meltem Puşuroğlu², Sima Ceren Pak², Çiçek Hocaoglu¹

¹Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Ana Bilim Dalı, Rize

²Rize Devlet Hastanesi Psikiyatri Kliniği, Rize

Giriş: Toplum temelli ruh sağlığı modelinin ülkemizde kabul edilmesi ile birlikte Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri (TRSM) sayısı artmıştır (1,2,3). Ancak, ülkemiz genelinde her geçen gün sayıları artan TRSM uygulamaları ile ilgili bilgiler henüz yeterli değildir (4). Bu merkezlerde verilen hizmetlerin kalitesinin artırılması, belli standart yaklaşımların belirlenmesi için mevcut durumun incelenmesi önemlidir. Biz bu çalışmada halen Rize ilindeki Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nden hizmet alan hastaların klinik ve sosyodemografik özellikleri ile tedavi özelliklerinin incelemeyi amaçladık.

Yöntem: Bu çalışmaya Mart 2012- Aralık 2018 tarihleri arasında Rize Devlet Hastanesi TRSM'ne kayıtlı olan 18 yaş ve üzerindeki tüm hastalar dahil edilmiştir. Araştırmacılar tarafından oluşturulan sosyodemografik ve klinik özellikler veri formu olgulara uygulanmıştır. Olguların hastane kayıtları ve ailelerle yapılan görüşmelerden elde edilen bilgiler geriye dönük olarak incelenmiştir.

Bulgular: Çalışmaya toplam 1238 hasta (727 erkek, 511 kadın) dahil edilmiştir. Hastaların yaş ortalaması 46.7 ± 3.2 (18-82 yaş aralığı) idi. Kadın olguların yaş ortalaması 38.6 ± 2.3 , erkek olguların yaş ortalaması 42.1 ± 3.4 idi. Olguların %68.9 evli, %31.1 bekar idi. Olguların %53.8(667)'i şizofreni, % 36.5(452)'i bipolar bozukluk tanısı mevcuttu. %9.7'sinin (119) ise mental retardasyon, şizoaftaktif bozukluk gibi diğer tanılarla izlendiği anlaşılmıştır. Olguların 183'ü atipik uzun salınumlu enjektabl form ilaç, 41'i klasik depot ilaçlarla izlendiği saptanmıştır. Olguların 907'sinin düzenli olarak TRSM uygulamalarına katıldığı, 301 olgunun ise düzenli olarak gelmediği anlaşılmıştır.

Sonuç: Çalışmamızın sonuçlarına göre TRSM'de takipli hastaların çoğunlukla şizofreni, bipolar bozukluk tanılarının olduğu, atipik antipsikotik ilaçların tedavide ilk seçenek olarak tercih edildiği anlaşılmıştır. Bildiğimiz kadarıyla, çalışmamız Türkiye'de Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nden hizmet alan hastaların klinik ve tedavi özelliklerini inceleyen nadir çalışmalardan biri olması nedeni ile literatür açısından önemli olduğunu düşünmekteyiz.

Kaynaklar

1. Saruç S, Kaya Kılıç A. Toplum Ruh Sağlığı Merkezinden Hizmet Alan Hastaların Sosyal Profili ve Merkeзде Verilen Hizmetler: Toplum ve Sosyal Hizmet. Cilt 26, Sayı 2, Ekim 2015, 54
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;14:108-114
3. Gül EU, Can DÖ, Şahin EHK, Şahin Ş, Şimşek E. Kırıkkale toplum ruh sağlığı merkezi'nde takip edilen şizofreni hastalarının değerlendirilmesi. KÜ Tıp Fak Dergisi 2014;16(2): 15-9.
4. Bilge A, Mermer G, Çam M.O, Çetinkaya A, Erdoğan E, Üçkuyu N. Türkiye'deki Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinin 2013-2015 yıllarının profili: Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2016;16:5.1.

Anahtar kelimeler: Toplum Ruh Sağlığı Merkezi, sosyodemografik özellikler, klinik özellikler

KRONİK AĞRI HASTALARINDA DEPRESYON UMUTSUZLUK VE ANKSİYETE DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN BELİRLENMESİ.

Sevda Bağ¹, Gülşen Teksin Ünal³, Meryem Gül Teksin Bakır²

¹*Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Eğitim Ve Araştırma Hastanesi*

²*Ankara Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Eğitim Hastanesi*

³*Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim Ve Araştırma Hastanesi*

Amaç: Üç aydan daha uzun süren yaygın ağrılar kronik ağrı olarak isimlendirilmektedir. Kronik ağrıların tedavisi ve hastanın yakınmalarının rahatlatılması çok daha zordur. Ağrının uzun süre devam etmesi hastaların yaşam kalitesinde bozulmalara neden olarak hastalarda üzüntü, çaresizlik duygularının yerleşmesine neden olabilir. Kronik ağrısı olan kişilerin önemli bir bölümünde ek tanı olarak psikiyatrik belirtiler ya da bozukluklar mevcuttur. Psikolojik etkenler fiziksel bozukluklara yol açabildiği gibi, fiziksel bozuklukların da hastaların psikolojisini olumsuz etkilediği kabul edilmektedir. Kronik ağrı sendromlarında depresyon sık görülmektedirken, birincil psikiyatrik bir bozukluk da sıklıkla ağrı nedeni olmaktadır.

Fiziksel ağrı ile psikiyatrik bozuklukların birlikteliğindeki neden-sonuç ilişkisi genellikle belirlenmemektedir. Biz bu çalışmada, genel toplumda sık karşılaşılan bir sağlık problemi olan kronik ağrılı hastalardaki anksiyete, umutsuzluk ve depresyon arasındaki ilişkinin ortaya konması amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Yöntem: Araştırmaya 01.05.2018-01.11.2018 tarihleri arasında İstanbul'da bir devlet hastanesinde, fizik tedavi bölümü tarafından takip edilerek ayaktan psikiyatri polikliniğine yönlendirilmiş ve psikiyatri polikliniğine başvuran 109 kronik ağrı hastası ve aynı sayıda sağlıklı kontrol alınmıştır. Çalışma verileri Bilgi Formu, Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği, Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği, ve Beck Umutsuzluk Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Veriler IBM SPSS Statistics 22,0 paket programı ile analiz edilmiştir. Verilerin analizinde betimleyici ve nonparametrik testler ve korelasyon analizleri kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışma katılan hastaların %78,9 (86 kişi)'unu erkek, %21,1 (23 kişi)'ini kadın oluşturmaktadır; yaş ortalaması 37,10±11,32 dir. Çalışma kapsamına alınan örneklem ölçeklerden aldıkları ortalama puanları değerlendirildiğinde; Beck Umutsuzluk Ölçeği'nden aldıkları puan 5,71±4,33 aralığında ve hafif düzeyde düzeyde, Hamilton Anksiyete Ölçeği'nden aldıkları ortalama puan 11,28±10,55 aralığında ve minör anksiyete düzeyinde, Beck Depresyon Ölçeği'nden aldıkları ortalama puan 11,35±9,62 aralığında ve hafif depresyon düzeyinde, Beck Anksiyete Ölçeği'nden aldıkları ortalama puan 8,77±8,77 aralığında ve hafif anksiyete düzeyindedir.

Tartışma ve Sonuç: Kronik ağrı stres yaratan bir durumdur, sıklıkla kişisel yetenekleri ve çevresel kaynakları etkileyerek kişide kötü psikolojik dengeye, umutsuzluğa, yaşam kalitesinde azalmaya, yeti yitiminde artmaya ve kişiler arası ilişkilerde zorluklara neden olur. Kronik ağrılı hastaların depresyon ve anksiyete düzeylerinin ve umutsuzluk düşüncelerinin kontrollere göre daha bozuk olduğunu tespit ettik. Bu, bize kronik ağrı yakınması ile gelen hastalarda iyi psikiyatrik değerlendirme yapılmasının gerekliliğini göstermiştir. Kronik ağrılı hastaların depresyon düzeylerinin yüksek olması umut düzeylerini de etkilemektedir. Özellikle medikal ve fizik tedavinin yetersiz kaldığı kronik ağrılı hastaların tedavisine davranışsal tedavi ve psikolojik desteğin sağlanmasının hastalardaki başarı sonuçlarını artıracağını düşünmekteyiz.

Anahtar kelimeler: kronik ağrı, umutsuzluk, anksiyete, depresyon

BİPOLAR I BOZUKLUĞU OLAN OLGULARDA DISSOSİYATİF BELİRTİLERİN MADDE KULLANIMI VE ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI İLE İLİŞKİSİ

İzgi Alınak¹

¹*İstanbul Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı Ve Sinir Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi*

Amaç: Çocukluk çağı travmalarının (ÇÇT) en sık eşlik ettiği psikiyatrik hastalıklardan biri bipolar bozukluktur (BB) (1). ÇÇT öyküsü olan BB hastaları, olmayanlara göre daha kötü prognoza sahiptir ve madde kullanım bozuklukları (MKB) ÇÇT öyküsü olanlarda daha sıktır (2-4). Dissosiyatif belirtiler, ÇÇT ile ilişkilendirilmektedir (5) ve BB'de ÇÇT'nin patolojik dissosiyasyon için bir yordayıcı olabileceği bildirilmiştir (6). Dissosiyatif belirtiler ile ilişkili olan bir diğer faktör de madde kullanımıdır (7). MKB olanlarda dissosiyatif belirtiler sıktır ve ÇÇT olan MKB olgularında, ÇÇT olmayanlara göre daha fazla dissosiyatif belirti görülmektedir (8). MKB'nin en sık eşlik ettiği psikiyatrik hastalık olan BB'de (9) MKB yaygınlığı %70'tir (10). BB hastalarında dissosiyatif belirtiler, ÇÇT ve madde kullanımı ile ilgili bilgiler değerlendirildiğinde; BB hastalarında madde kullanımının ÇÇT ile dissosiyatif belirtiler arasında aracı bir rol oynayıp oynamadığı sorusu akla gelmektedir. Bu çalışmada, BB hastalarında klinik tabloya eşlik eden dissosiyatif belirtilerin incelenmesi, hastalığın klinik özellikleri ile ÇÇT ve madde kullanımı arasındaki ilişkiye ek olarak madde kullanımının dissosiyatif belirtiler üzerinde yordayıcı rol oynayıp oynamadığının değerlendirilmesi amaçlanmaktadır.

Yöntem: Araştırmaya İstanbul Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi akut psikiyatri servislerinde yatarak tedavi görmekte olan, araştırma kriterlerini karşılayan ve DSM-5 tanı ölçütlerine göre BB-I tanısı konmuş 108 erkek hasta dahil edilmiştir. Hastalara Sosyodemografik Bilgi ve Hastalığa Ait Veri Formu, Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS), Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMRS), Montgomery ve Åsberg Depresyon Ölçeği (M.Å.D.R.S.), Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği (CTQ-28), Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DES), Dissosiyasyon Ölçeği (DIS-Q), Klinik Global İzlenim (CGI) Ölçeği uygulanmıştır. Hastaların yatışlarının ilk 3 gününde PANSS, YMRS, M.Å.D.R.S. uygulanmış; taburculuklarında CGI ile klinik iyileşmeleri değerlendirilerek, CTQ-28, DES ve DIS-Q uygulanmıştır. Çalışmaya alınan olguların madde kullanımları ile ilgili bilgiler, hasta ve yakınlarının beyanlarına, hastane dosya kayıtlarına dayanılarak geriye dönük elde edilmiş, şimdiki kullanım için ek olarak idrarda madde toksikolojik analizi uygulanmıştır.

Bulgular: Örneklem grubunda DES-toplam puanına göre dissosiyatif belirti görülme sıklığı %45'tir. ÇÇT olan hastalarda dissosiyatif belirti görülme sıklığı (%53), ÇÇT öyküsü olmayanlara (%26) göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Yaşam boyu madde kullanımı olan grupta dissosiyatif belirti sıklığı %60, madde kullanımı olmayanlarda %22'dir. Tüm grupta yaşam boyu madde kullanım sıklığı %47'tir. En sık kullanılan üç madde sırasıyla esrar (%42.6), sentetik kannabinoid (%22.2) ve alkoldür (%18.5). ÇÇT sıklığı tüm grupta %71.3, dissosiyatif belirtileri olanlarda %83.6'dır. ÇÇT'nin tüm dissosiyatif belirti alt grupları için yordayıcı olduğu, ayrıca madde kullanımının ÇÇT ile depersonalizasyon hariç tüm dissosiyatif belirti alt tipleri arasındaki ilişkiye aracılık ettiği bulunmuştur.

Sonuç: BB hastalarında dissosiyatif belirtiler ÇÇT ile ilişkilidir ve madde kullanımı bu ilişkide aracı rol oynamaktadır. Dissosiyatif belirtilerin görülmesinde yalnızca ÇÇT'ye maruz kalmış olmak-
tan çok, tabloya eşlik eden madde kullanımı daha etkili rol oynamaktadır.

Anahat kelimeler: bipolar bozukluk, dissosiyatif belirtiler, madde kullanımı, çocukluk çağı travmaları

Tablo 1. Klinik ve demografik veriler ile ölçek puanlarının madde kullanımına göre karşılaştırılması

	<i>Halen Madde Kullanan (n=31) Ortalama (SS)</i>	<i>Yaşam Boyu Madde Kullanan (n=20) Ortalama (SS)</i>	<i>Madde Kullanmayan (n=57) Ortalama (SS)</i>	<i>F-X2</i>	<i>p</i>
Yaş	30.35 (8.91)	38.10 (11.35)	39.08 (11.43)	6.919	.002
Yatış sayısı	5.22 (4.70)	6.30 (5.42)	4.96 (2.98)	.810	.448
Eğitim yılı	9.12 (3.55)	9.15 (3.81)	9.68 (4.63)	.227	.797
Hastalık süresi	9.09 (8.14)	14.10 (9.80)	13.35 (8.94)	2.819	.064
Hastalık başlangıç yaşı	20.74 (7.01)	23.50 (8.75)	25.73 (9.99)	3.107	.049
Ailede madde öyküsü yok	20	15	54	13.578	.001
Ailede madde öyküsü var	11	5	3		
Adli öykü yok	10	11	42	14.290	.001
Adli öykü var	21	9	15		
İntihar öyküsü yok	14	12	42	7.098	.029
İntihar öyküsü var	17	8	15		
Çalışmıyor	16	12	22	8.525	.202
Öğrenci	0	0	4		
Düzenli çalışıyor	7	5	22		
Ara sıra çalışıyor	8	3	9		
Bekar	23	13	29	6.015	.198
Evli	5	6	23		
ul/boşanmış	3	1	5		
DIS-Q Toplam	2.73 (.84)	2.80 (.76)	2.16 (.82)	7.160	.001
YMDÖ Toplam	34.16 (12.32)	34.50 (11.02)	29.12 (11.44)	2.667	.074
MADRS Toplam	9.83 (5.93)	8.95 (4.18)	10.75 (9.68)	.416	.661
PANSS Pozitif	29.35 (9.75)	29.90 (7.36)	25.08 (8.80)	3.473	.035
PANSS Negatif	9.70 (2.10)	9.60 (2.08)	9.12 (2.46)	.766	.467
PANSS Genel	47.96 (8.38)	45.60 (8.04)	46.07 (10.08)	.543	.583
PANSS Toplam	87.03 (17.78)	85.10 (14.94)	80.21 (16.73)	1.848	.163

Tablo 2. DES ve CTQ-28 puanlarının madde kullanım özelliklerine göre karşılaştırılması

	<i>Halen Madde Kullanan (n=31) Ortalama (SS)</i>	<i>Yaşam Boyu Madde Kullanan (n=20) Ortalama (SS)</i>	<i>Madde Kullanmayan (n=57) Ortalama (SS)</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
DES-Absorbsiyon	43.49 (26.35)	51.00 (22.18)	35.49 (22.51)	3.502	.034
DES-Amnezi	29.83 (23.81)	30.91 (20.17)	19.85 (21.02)	3.107	.049
DES-Depersonalizasyon	32.19 (25.61)	29.00 (25.43)	20.52 (22.43)	2.656	.075
d-Taxon	34.11 (23.03)	30.62 (21.51)	21.57 (21.33)	3.664	.029
DES-Toplam	35.24 (21.55)	36.96 (19.40)	25.36 (19.56)	3.741	.027
CTQ-Duygusal İstismar	11.12 (5.56)	9.80 (4.50)	9.28 (4.45)	1.491	.230
CTQ-Fiziksel İstismar	8.67 (4.43)	7.85 (2.99)	7.75 (4.15)	.546	.581
CTQ-Duygusal İhmal	14.67 (5.63)	13.20 (4.90)	11.92 (4.43)	3.197	.045
CTQ-Fiziksel İhmal	10.67 (3.80)	8.75 (3.09)	8.91 (3.07)	3.328	.040
CTQ-Cinsel İstismar	7.12 (3.88)	5.70 (1.08)	6.42a (3.08)	1.324	.270

Tablo 3. Çocukluk çağı travmaları ve madde kullanımının DES toplam puanlarını yordamasına dair regresyon analizi

		<i>B</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>	ΔR^2
1.basamak	Sabit	8.907		1.380	.171	.150**
	Duygusal İstismar	.984	.230	1.517	.132	
	Fiziksel istismar	-.827	-.162	-1.166	.246	
	Duygusal İhmal	-.194	-.047	-.404	.687	
	Fiziksel İhmal	1.539	.252	2.064	.042	
	Cinsel İstismar	.988	.149	1.426	.157	
2.basamak	Sabit	7.150		1.125	.263	.045*
	Duygusal İstismar	.881	.206	1.386	.169	
	Fiziksel İstismar	-.741	-.145	-1.066	.289	
	Duygusal İhmal	-.356	-.086	-.751	.455	
	Fiziksel İhmal	1.478	.242	2.025	.046	
	Cinsel İstismar	1.069	.161	1.575	.118	
	Madde kullanımı	8.945	.217	2.367	.020	

KAMU ÇALIŞANLARINDA SOSYAL MEDYA BAĞIMLILIĞI, GELİŞMELERİ KAÇIRMA KORKUSU VE KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ İLİŞKİSİ

Erman Şentürk¹, Behcet Coşar², Bahadır Geniş³

¹Hakkari Yüksekova Devlet Hastanesi

²Gazi Üniversitesi Hastanesi

³Zonguldak Çaycuma Devlet Hastanesi

Giriş: Sosyal medyanın, bireylerde kendileri dışında hayatın akıp gittiği hissini uyandırdığı, başkalarının tecrübe ettiği deneyim ve fırsatları kaçırdığı düşüncesini ortaya çıkardığı, olup bitene yetişememe korkusu yaşayan bireyleri tablet, bilgisayar veya akıllı telefon ekranlarına hapsedtiği, kısa sürede alınan pozitif geribildirim yoluyla artan kullanıma teşvik ettiği ve sanal kimlik sürdürülebilirliğini diğer kullanıcılara bağımlı hale getirdiği düşünülmektedir.(1,2) Literatürde sosyal medyada gelişmeleri kaçırma korkusu ile kişilik özellikleri arasındaki ilişkiye dair herhangi bir çalışma bulunmamaktadır. Bu eksikliği göz önünde bulundurarak sosyal medyada gelişmeleri kaçırma endişesi, aleksitimi ve kişilik özellikleri arasındaki ilişkiyi ortaya koymayı amaçladık.

Method: Çalışmanın örneklemini Gazi Üniversitesinde görev alan 140 kamu görevlisinden meydana gelmektedir. Veriler çalışmaya katılmayı kabul eden katılımcılara anket verilerek elde edilmiştir. Çalışmada Sosyal Medya Bağımlılık Ölçeği (SMBÖ), Kişilik İnanç Ölçeği Kısa Form (KİÖ-KF), Gelişmeleri Kaçırma Korkusu Ölçeği (GKKÖ), Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ), Ertelme Ölçeği (EÖ) kullanılmıştır.

Bulgular: Katılımcıların yaş ortalaması 32,46±6,51 olup, % 60'sı (n=84) erkektir. Örneklemin % 16'1'i (n=23) sosyal medya kullanımına ayırdığı zamanının internette geçen zamanın yarısından fazlasını oluşturduğunu, % 7'si (n=10) ise neredeyse tamamını oluşturduğunu belirtmektedir. Katılımcıların sadece % 7,7'si (n=11) Sosyal medya (SM) bağımlısı olduğunu düşünürken % 25,9'u (n=37) ise kısmen SM bağımlısı olabileceğini düşünmektedir. En sık kullanılan sosyal medya türleri ise sırasıyla Whatsapp (% 92,3), Facebook (% 81,1), Youtube (% 71,3), Instagram (% 65,7) ve Twitter'dır (% 34,3).

Katılımcılar sosyal medya bağımlılığı (SMB) durumuna göre uygulanan ölçekler açısından değerlendirildiğinde, SMB olanların Gelişmeleri Kaçırma Korkusu Ölçeği (GKKÖ), Bağımlı kişilik özellikleri (KÖ), Pasif Agresif KÖ, Antisozyal KÖ, Narsisistik KÖ, Histriyonik KÖ, Şizoid KÖ, Paranoid KÖ ve Borderline KÖ puanlarının anlamlı şekilde daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 1). SMB olan kişilerde Toronto aleksitimi ölçeği'nin (TAO) tüm alt boyutları anlamlı şekilde daha yüksektir. EÖ, SMBÖ ve GKKÖ toplam puanlarının bağımlı değişken olduğu çoklu doğrusal regresyon analizi Tablo 2'de gösterilmiştir. EÖ toplam puanını en iyi açıklayan bağımsız değişkenler sırasıyla Antisozyal KÖ, Histriyonik KÖ ve TAO toplam puanıdır. SMBÖ toplam puanını en iyi açıklayan bağımsız değişkenler sırasıyla Borderline KÖ, GKKÖ toplam puanı ve yaşıdır. GKKÖ toplam puanını en iyi açıklayan bağımsız değişken ise SMBÖ toplam puanıdır (Tablo 2).

Tartışma: Bu çalışmada sosyal medya bağımlılığı ile gelişmeleri kaçırma korkusu, aleksitimi ve borderline kişilik özellikleri arasında ciddi bir korelasyon saptanmıştır. Bu korkuyu yoğun şekilde yaşayan bireylerde sosyal medyayı yoğun şekilde kullanan bireylerdeki gibi yaşam memnuniyeti ve mental iyi oluş düşük seviyelerde gözlenmiş ve bireylerin kullanım esnasında ve sonrasında karmaşık, dalgalı ruh halleri yaşadıkları belirtilmiştir(2).

Kaynaklar

1. Buglass, S.L., et al., Motivators of online vulnerability: The impact of social network site use and FOMO. *Computers in Human Behavior*, 2017. 66: p. 248-255.
2. Przybylski, A.K., et al., Motivational, emotional, and behavioral correlates of fear of missing out. *Computers in Human Behavior*, 2013. 29(4): p. 1841-1848.

Anahtar kelimeler: sosyal medya, aleksitimi, kişilik özellikleri

GEBELERDEKİ DOĞUM KORKUSU İLE ANKSİYETE DUYARLILIĞI VE BEDENSEL DUYUMLARI BÜYÜTME ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Aslı Enzel Koç¹, Sabri Çolak², Gamze Vesile Çolak³, Meltem Puşuroğlu⁴, Çiçek Hocaoglu¹

¹Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Ana Bilim Dalı, Rize

²Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları Ve Doğum Ana Bilim Dalı, Rize.

³Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, İnsan Ve Toplum Bilimleri Fakültesi, Psikoloji Bölümü, Ankara

⁴Devlet Hastanesi Psikiyatri Kliniği, Rize

Giriş: Gebelik ve doğum fizyolojik bir olay olarak kabul edilmekle birlikte kadın için stresli bir dönemdir (1). Gebe kadınların %6-10'nun doğum korkusu nedeniyle günlük yaşamda ruhsal belirtiler yaşamakta olduğu ve özellikle ilk gebeliği olan kadınların korku düzeyinin multipar kadınlardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir (2,3). Doğum korkusunun nedenleri konusunda farklı görüşler olmakla birlikte doğum korkusunun nedenleri, etkileyen faktörler tam olarak açıklanabilmiş değildir. Bu çalışmada, doğum korkusu ile anksiyete duyarlılığı ve bedensel belirtileri büyütmeye arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Recep Tayyip Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı obstetrik polikliniklerine 1.10.2018-15.01.2019 tarihleri arasında izlem amacıyla başvuran, 28-40. gebelik haftalarında olan 92 sağlıklı gebe kadın dahil edilmiştir. Kronik sistemik bir hastalığı olan, şimdiki gebeliğinde komplikasyon öyküsü olan, sezaryen doğum öyküsü olan, cinsel yolla bulaşan bir enfeksiyon hastalığı olan, fetüste komplikasyon saptanmış, çalışmaya katılmak istemeyen gebeler araştırmaya dahil edilmemiştir. Katılımcılara sosyodemografik veri toplama formu, Anksiyete Duyarlılığı İndeksi (ADİ), Bedensel Duyumları Abartma Ölçeği (BDAÖ), Spielberger Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri (STAI), Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği (W-DEQ) içeren test bataryası uygulanmıştır. Tüm batarya kendini değerlendirme formu niteliğinde olup, olguların bağımsız olarak doldurmalarına dikkat edilmiştir. Bu çalışmada kişisel bilgi formu ve ölçeklerden elde edilen veriler SPSS (Statistical Package Program for Social Sciences) 24.0. paket programı aracılığıyla bilgisayar ortamına aktarılmış ve veriler bu program yoluyla analiz edilmiştir.

Bulgular: Çalışma grubunun yaş ortalaması 29.20 ± 6.17 yıl olarak saptandı. ADİ, BDAÖ, Spielberger Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri (STAI) ve Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği (W-DEQ) ortalama puanları sırasıyla 35.18 ± 2.30 , 29.53 ± 3.41 , 90.82 ± 5.35 , 112.35 ± 4.51 olarak belirlenmiştir. Eğitim düzeyi, çalışma durumu, yaşayan çocuk sayısı ile doğum korkusu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olmadığı saptanmıştır. Gebelerin doğum korkusu ile bedensel duyumları, anksiyete duyarlılıkları ve durumluk-sürekli kaygıları arasında pozitif yönde bir ilişki bulunmuş olup, bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı değildir.

Sonuç: Gebelikte sosyodemografik özellikler ile doğum korkusu arasında istatistiksel bir anlamlı ilişki olmadığı saptanmıştır. Gebelerin bedensel duyumları ile anksiyete duyarlılıkları ile doğum korkusu arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bu nedenle doğum öncesi anksiyete duyarlılığı, bedensel duyumları büyütmeye ve durumluk-sürekli kaygıları olan gebelerin doğum korkusu açısından dikkatli izlenmesi önemlidir. Konu ile ilgili çalışma sayılarının yetersiz olması nedeniyle konu ile ilgili geniş örneklemli çalışmalarla gereksinim vardır.

Kaynaklar

1. Fisher, C., Hauck, Y. and Fenwick, J. (2006) How Social Context Impacts on Women's Fears of Childbirth: A Western Australian Example, *Social Science & Medicine*, 63, 64-75
2. Hofberg KM, Brockington IF (2000). Tokophobia: a morbid dread of childbirth. its presence in Great Britain and Gran Cayman, *J Psychosomatic Obs and Gynecology*, 22 (5), 96-98.
3. Spice K, Jones SL, Hadjistavropoulos HD, et al.(2009) Prenatal fear of childbirth and anxiety sensitivity. *J Obstet Gynaecol*;30(3):168-74.

Anahtar kelimeler: Doğum korkusu, gebelik, anksiyete duyarlılığı, bedensel duyumları büyütme

ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE ERTELEME DAVRANIŞI İLE KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ VE DİKKAT EKSİKLİĞİ İLİŞKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Burak Erman Menkü¹, Yasin Duman¹, Behcet Coşar¹

¹Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı

Amaç: Erteleme (procrastination), belirlenen bir zaman sınırından önce tamamlanması gereken işleri geciktirme eğilimi olarak tanımlanmaktadır.¹ Dikkatsizlik, dürtüsellik ve hiperaktivite gibi belirtiler gösteren bireyler sıklıkla erteleme, dürtüsel beslenme ve uykusuzluk gibi sorunlardan da şikayet etmektedirler.² Ayrıca erteleme davranışının belirli kişilik özellikleri ile ilişkili olabileceği daha önce yapılmış olan çalışmalarda gösterilmiştir. Bu çalışmamızda üniversite öğrencilerinden oluşan bir popülasyonda erteleme davranışının dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu belirtileri ile ve aynı zamanda kişilik özellikleri ile ilişkisini araştırmayı hedefledik.

Metod: Çalışma, Ekim 2017 ile Temmuz 2018 tarihleri arasında gerçekleştirilmiş olup çalışma popülasyonuna Gazi Üniversitesi'nde okuyan 147 öğrenci dahil edilmiştir. Katılımcılara Erteleme (procrastination) Ölçeği (EO), Erişkinlerde Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Ölçeği (EDEÖ) ve Kişilik İnanç Ölçeği (KİÖ)'ni içeren bir anket formu verilmiştir.

Bulgular: Çalışma örnekleminin yaş ortalaması 22,68±1,45 ve % 56,5'i (n=83) kadındır. Erteleme(Procrastination) ölçeği ortalama puanları cinsiyet açısından değerlendirildiğinde kadınlarda (35,12±5,04) erkeklerde(33,68±4,64) göre yüksek gözlenirse de anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir (Z=-1,405; p=0,160). Katılımcıların erteleme ölçeği puan ortalamaları ile Çekingen, Bağımlı, Pasif agresif, Antisosyal, Histrionik, Şizoid ve Borderline kişilik özellikleri arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Benzer şekilde erteleme ölçeği puan ortalamaları ile Erişkin Dikkat Eksikliği Ölçeği (EDEÖ) dikkat eksikliği ve dürtüsellik alt boyutu ile pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Önem sırasına göre erteleme ölçeğini en iyi açıklayan bağımsız değişkenler Borderline KÖ, Paranoid KÖ, EDEÖ-Dikkat Eksikliği alt boyutu, Obsesif Kompulsif KÖ, Narsisistik KÖ ve EDEÖ-Dürtüsellik alt boyutudur.

Sonuçlar: Çalışmamız, bir öğrenci popülasyonunda dikkat eksikliği belirtileri ile erteleme davranışı arasında pozitif bir ilişki olduğunu göstermiştir. Benzer şekilde dürtüsellik ile erteleme davranışı arasında da anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür. Kişilik özellikleri açısından değerlendirildiğimizde erteleme davranışının; Borderline, Paranoid, Obsesif Kompulsif ve Narsisistik kişilik özellikleri ile anlamlı bir ilişkiye sahip olduğu dikkati çekmiştir. Kadın ve erkek cinsiyet arasında ise erteleme davranışı açısından anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür.

Tartışma: Literatüre baktığımızda erteleme davranışının daha çok beş faktörlü kişilik modeli (dışa dönüklük, nevrozizm, deneyime açıklık, uyumluluk, öz disiplin) ile olan ilişkisi üzerine yayınlar olduğu dikkati çekmektedir.³ Çalışmamız, erteleme davranışı ile kişilik özellikleri arasındaki ilişkiyi "kişilik inanç ölçeği" üzerinden değerlendirmesi açısından literatürdeki ilk çalışma olarak dikkati çekmektedir.

Anahtar kelimeler: Erteleme, Procrastination, Kişilik Özellikleri, Dikkat Eksikliği, Dürtüsellik

ŞİZOFREN HASTALARDA TOPLUM RUH SAĞLIĞI MERKEZİ FAALİYETLERİNİN PSİKOTİK VE DEPRESİF BELİRTİLERE ETKİSİ

Abdulkadir Tabo¹

¹Adli Tıp Kurumu

Amaç: Bu çalışmada, Toplum Ruh Sağlığı Merkez (TRSM) faaliyetlerinin şizofrenide psikotik ve depresif belirtiler üzerine etkisinin araştırması için hastane ve TRSM polikliniklerinde takip edilen hastaların karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmaya DSM-IV-TR'ye göre şizofreni tanılı az bir yıldır TRSM'de olgu yönetimi ile takip edilen 41 hasta ve Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesinde en az bir yıldır şizofreni tanısı ile ayaktan düzenli takip edilen 41 hasta ardışık başvurular şeklinde seçilmiştir. Her iki hasta grubuna araştırmacılar tarafından hazırlanmış sosyodemografik veri formu, pozitif ve negatif sendromlar ölçeği (PANNS) ile Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği uygulandı.

Bulgular: Çalışmamızda TRSM grubundaki hastaların PANNS toplam, negatif ve genel-psikopatoloji alt skorları hastane grubuna göre ileri derecede anlamlı düşük ($p<0,01$) bulundu. PANSS pozitif ortalama değerlerinin ise istatistiki açıdan benzer olduğu görüldü ($p>0,05$). Hastane grubunun Calgary Depresyon Ölçeği puan ortalaması $5,97\pm5,41$ iken TRSM grubunun Calgary Depresyon ölçeği puanı ortalaması $3,60\pm4,33$ idi. Her iki grubun Calgary Depresyon Ölçeği puan ortalamaları istatistiki açıdan anlamlı farklıdır ($p<0,05$).

Tartışma: Çalışmamızda TRSM grubundaki hastaların PANNS toplam, negatif ve genel-psikopatoloji alt skorlarındaki ileri derecede anlamlı düşüklük ($p<0,01$) olması, PANSS pozitif puanlarında ise istatistiki anlamlılığın hemen üzerinde düşüklük bulunması ($p=0,06$), TRSM faaliyetlerinin hastalardaki klinik belirtilerin düzelmesine katkı yaptığını göstermektedir. Farmakoterapinin özellikle negatif belirtilere etkisinin kısıtlı olduğu bilinmektedir. Öte taraftan negatif belirtiler tedavi uyumunun önündeki en büyük engellerden biri olarak kabul edilmektedir. Bu sebeplerden ötürü şizofreni tedavisinde farmakoterapi ve psikososyal destek tedavilerin bir arada verilmesi önerilmektedir. Pek çok çalışmada psikososyal destek tedavilerin ilaç tedavisine uyumu artırarak belirti düzelmesine katkı sağladığı da gösterilmiştir.

Çalışmalar hem kronik hem de akut hastalık şiddetinin depresyon ile anlamlı derecede ilişkili olduğunu göstermektedir. Çalışmamızda hastane grubunda PANSS ve depresyon skorlarının TRSM grubuna göre yüksek olması literatür ile uyumludur. Bu iki grup arasındaki fark, TRSM grubundaki hastalara farmakoterapi ile birlikte psikososyal destek tedavilerinin uygulanmasıyla ilişkilendirilebilir.

Kaynak

S. Hartley, C. Barrowclough, G. Haddock. Anxiety and depression in psychosis: a systematic review of associations with positive psychotic symptoms. Acta Psychiatr Scand 2013; 128; 327–346;

Anahtar kelimeler: Şizofreni, Toplum Ruh Sağlığı Merkezi Faaliyetleri, Psikotik ve Depresif Belirtiler

YATAĞA BAĞIMLI HASTALARIN BAKIM VERENLERİNDE DEPRESYON VE BAKIM YÜKÜ

Samuray Özdemir¹, Şule Demirlek²

¹*Psikiyatri Uzmanı, Balıklı Rum Hastanesi Vakfı Anatolia Klinikleri*

²*Klinik Psikolog, Serbest*

Amaç: Bu kesitsel çalışmada çeşitli nedenlerle yatağa bağımlı olarak yaşayan hastaların primer bakımıyla uğraşan bireylerde depresyon, bakım yükü ve bakım yüküyle ilişkili faktörlerin araştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: İstanbul ilinin çeşitli ilçelerinde ikamet etmekte olan ve yatağa bağımlı bir hastanın bakımıyla ilgilenen bireyler arasından rastlantısal olarak ve gönüllülük esasıyla seçilen 100 kişiye Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeği (ZBYÖ), Rivermead Mobilite İndeksi (RMİ) ve araştırmacılar tarafından hazırlanmış bir sosyodemografik veri formu verilmiştir.

Sonuçlar: Çalışmaya alınan ve yatağa bağımlı bir hastanın bakımından sorumlu 100 bireyin yaşları 22-74 arasında değişmekte olup (ort. 41 yaş) grubun %88'ini kadınlar oluşturmaktadır. Bireylerin %85'i günde 8 saat ve üstünde bakım vermekte olduğunu ve %70'i ise bakım verme hizmeti karşılığında herhangi bir ücret almadığını ifade etmiştir. Bakım verilen bireylerin RMİ ortalama puanı 1.48 olarak hesaplanmış; bu değer bakım verilen grubun "ileri düzeyde" mobilite sorunu yaşadığı yönünde yorumlanmıştır. Bakım vermekle yükümlü bireylerin BDÖ ortalama puanı 21.07 olup, bu değer grubun depresyon düzeyinin "orta şiddette" olduğuna işaret etmektedir. Bakım vermekle yükümlü bireylerin ZBYÖ ortalaması 44.19 olup, bu değer grubun bakım yükü düzeyinin "ileri derecede" olduğunu göstermektedir. Bakım vermekle yükümlü kadınlarda depresyon düzeyleri erkeklere göre anlamlı şekilde daha yüksek saptanmıştır (BDÖ ortalama puanları K: 54.03, E: 24.58; $p=0.001$). Bakım vermekle yükümlü kadınlarda bakım yükü düzeyleri erkeklere göre anlamlı şekilde daha yüksek saptanmıştır (ZBYÖ ortalama puanları K: 53.18, E: 30.88; $p=0.012$). Katılımcıların yaşları ve eğitim düzeyleri ile BDÖ veya ZBYÖ puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Günde 8 saat ve üstünde bakım verdiğini bildiren bireylerin depresyon ($p<0.05$) ve bakım yükü ($p<0.05$) düzeyleri günde 8 saatin altında bakım veren bireylere göre anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur. Bakım verilen hastanın yaşı arttıkça bireylerin depresyon ölçeğinden aldıkları puan da düşmektedir ($p<0.05$). Bakım verilen hastanın cinsiyetinin erkek olması durumunda depresyon ve bakım yükü anlamlı şekilde artmaktadır ($p<0.05$). Son olarak BDÖ ve ZBYÖ puanları arasındaki ilişkiye bakılmış; depresyon ve bakım yükü arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Buna göre bakım veren bireyin bakım yükü arttıkça depresyon düzeyi de artmaktadır.

Tartışma: Bu çalışmaya göre yatağa bağımlı hastaların bakımında aktif rol oynayan bireylerde depresyon görülme oranları, bakım verilen bireyin mobilite düzeyi azaldıkça yükselmekte ve dolayısıyla bakım yükü fazla olan hastaların bakım verenlerinde depresyon daha fazla görülmektedir. Bakım verme süresinin günde 8 saatten uzun olması, bakım verenin kadın cinsiyette olması, bakım verilen hastanın erkek cinsiyette olması yatağa bağımlı hastalara bakım veren bireylerde depresyon düzeylerini arttırmaktadır.

Anahtar kelimeler: bakımveren, bakıcı, depresyon, bakım yükü

BAĞIMLILIK TEDAVİSİ ALAN HASTALAR ARASINDA ERKEN DÖNEM TRAVMATİK YAŞAM OLAYLARININ BELLEK FONKSİYONLARI İLE İLİŞKİSİ

Ahmet Yılmaz¹, Merve Umay Candaş Demir², Melis Demircioğlu³

¹Üsküdar Üniversitesi Npi Beyin Hastanesi

²Üsküdar Üniversitesi Npi Beyin Hastanesi

³Kocaeli Üniversitesi

Bağımlılığın yaygın türlerinden olan alkol ve madde kullanım bozukluğu durumunda erken dönem travmatik yaşam olaylarına sık rastlanır. Erken dönem travmatik yaşam olaylarının, erişkin hayatta kalanlarda hipokampal hacim azalması ve bellek sorunları ile ilişkisi çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir. Alkol ve madde kullanımının ise kısa ve uzun vadede bellek süreçlerine olan etkisini ortaya koyan çalışmalar vardır. Bu çalışmanın amacı, alkol ve madde kullanım bozukluğu olan ve bağımlılık tedavisi almakta olan hastalarında erken dönem travmatik yaşam olaylarının sözel bellek işlevlerine olan etkisini incelemektir. Yöntem: Ruhsal Hastalıkların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı Beşinci Baskı'ya göre (DSM-5) alkol ve madde kullanım bozukluğu tanısı alan 50 hasta, erken dönem travmatik yaşam öykülerinin olup olmaması değişkeni doğrultusunda 2 gruba ayrıldı. Daha sonra, çok değişkenli kovaryans analizi kullanılarak, epizodik sözel bellek, çalışma belleği ve liste öğrenme görevindeki performansları ölçülerek karşılaştırıldı. Bulgular: Katılımcılarda erken dönem travmatik yaşam olaylarının varlığına rastlanmıştır. Travmatik olay öyküsü olan hastalar, travma türleri açısından incelendiğinde ise katılımcıların büyük bir kısmının erken çocukluk dönemlerinde fiziksel şiddet öyküsü bildirdiği göze çarpmaktadır. Araştırma sonucunda erken dönem travma grubunun liste öğrenme ve çalışma belleğinin önemli ölçüde daha zayıf olduğu görülmüştür. Bununla beraber, epizodik belleğin fonksiyonları bakımından gruplar arasında farklılık bulunamamıştır. Sonuç: Erken dönem travmatik yaşam olayları alkol ve madde kullanım bozukluğunda bellek disfonksiyonuna katkıda bulunabilecek önemli değişkenlerden biri olarak gösterilebilir.

Anahtar kelimeler: bağımlılık, bellek, travma

ANKSİYETE BOZUKLUKLARINDA DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BELİRTİLERİNİN YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNDEKİ ETKİSİ

Kıymet Çağlar Mengi¹, Erkan Aydın¹

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

Amaç: Bu çalışmamızda anksiyete bozukluklarındaki dikkat eksikliği belirtilerinin yaşam kalitesi üzerindeki etkisini araştırmayı amaçladık.

Yöntem: Çalışmamıza, BRSHH erişkin psikiyatri polikliniklerine başvuran, sosyal anksiyete, panik bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu tanılarını almış, şu anda ilaçlı ya da ilaçsız takip edilmekte olan 51 hasta ve yaş, cinsiyet, medeni durum açısından eşleşen 43 sağlıklı gönüllü alınmıştır. Katılımcılar ile SCID-1 görüşmesi yapılmış; sosyodemografik veri formu, Hamilton Anksiyete Ölçeği ve Hamilton Depresyon Ölçeği, hasta ile birlikte araştırmacı tarafından doldurulmuştur. Katılımcılarla Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) tanısına yönelik görüşme yapılmış, Erişkin Dikkat Eksikliği-Hiperaktivite Ölçeği, Wender-Utah Derecelendirme Ölçeği, Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu katılımcı tarafından doldurulmuştur.

Bulgular: Anksiyete grubundaki hastaların %43,1'i (n:22) panik bozukluk, %29,4'ü (n:15) sosyal fobi, %27,5'i (n:14) yaygın anksiyete bozukluğu tanısına sahipti. Anksiyete grubunun %76,5'i (n:39) hasta, %23,5'i (n:12) ise remisyondaydı. Yaşam kalitesinin dört alan (bedensel, ruhsal, sosyal ve çevresel alan) puanı açısından, anksiyetenin remisyonda olduğu dönemle kontrol grubu arasında bir fark yoktu ($p>0,05$). Fakat yaşam kalitesi, anksiyete bozukluğunun hastalık döneminde diğer iki gruba kıyasla her alanda anlamlı olarak bozulmuştu ($p<0,05$). Dürtüsellik ve hiperaktivite alanındaki puanlar karşılaştırıldığında, üç grup arasında anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0,05$). Anksiyete grubunda; dikkat eksikliği puanları ile, ruhsal alan, sosyal alan, bedensel alan ve çevresel alan skorları arasında anlamlı negatif bir korelasyon saptanırken (sırasıyla, $r=-0,534$, $-0,318$, $-0,390$, $-0,481$), Hamilton Anksiyete skorları arasında anlamlı pozitif bir korelasyon ($r=0,295$) mevcuttu. Dürtüsellik ve hiperaktivite puanlarının, yaşam kalitesi skorları üzerine anlamlı bir etkisi yoktu. Hamilton Anksiyete skorları kontrol edilerek yapılan parsiyel korelasyon analizinde, dikkat eksikliği puanları ile, ruhsal alan, bedensel alan ve çevresel alan skorları arasında anlamlı negatif bir korelasyon (sırasıyla, $r=-0,466$, $-0,288$, $-0,402$) mevcuttu.

Tartışma: Anksiyete bozukluklarında yaşam kalitesinin değerlendirildiği bir çalışmada bazı sosyodemografik değişkenler, bedensel sağlıkla ilgili faktörler kontrol altına alındığında sosyal fobi, yaygın anksiyete ve panik bozukluğunun yaşam kalitesini bağımsız olarak etkilediği gösterilmiştir. Çalışmamızda, anksiyete bozukluğu grubundaki dikkat eksikliği belirtilerinin yaşam kalitesinin üç alanını (ruhsal, bedensel ve çevresel) hamilton anksiyete skorlarından bağımsız olarak anlamlı düzeyde etkilediği gösterilmiştir. Bu çalışmamızdaki veriler neticesinde de hastalardaki dikkat sorunlarının sadece anksiyeteleri ile ilişkili olmadığı yorumu yapılabilir. Anksiyete bozuklukları değerlendirilirken bilişsel alanda yaşanan zorluklar açısından uyanık olunması ve buna yönelik müdahalelerde bulunulması bu grup hastalarda yaşam kalitelerinin yükseltmesi açısından önemlidir.

Anahtar kelimeler: anksiyete, dikkat eksikliği, yaşam kalitesi

POSTER BİLDİRİLER

ESSİTALOPRAM KULLANIMINA BAĞLI DOZ BAĞIMLI UYGUNSUZ ADH SENDROMU: OLGU SUNUMU

Mehmet Öztürk¹, Emrah Songur²

¹Ankara Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

²Ankara Keçiören Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Major depresyon en sık görülen ruhsal bozukluklardan olup tedavisinde en çok selektif serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI) kullanılır. SSRI'lar güvenli olmasına rağmen bazı yan etkileri kullanımlarını sınırlandırabilir¹. Bu yan etkilerden biri ilacın 5-HT₂ ve 5-HT_{1c} reseptörleri üzerine etkisiyle gelişen Uygunsuz ADH Sendromudur. Suyun aşırı retansiyonuna bağlı övolemik hipoosmolar hiponatremi gelişir. Sodyum konsantrasyonunun 135 mEq/L'nin altına inmesiyle; bulantı, ağzı kuruluğu, kusma, iştahsızlık, kas güçsüzlüğü, baş ağrısı gibi hafif belirtiler görülmekle ile derinleştiğinde letarji, ataksi, konvülsiyon ve koma gibi mortal belirtiler görülebilir^{2,3}. Bu durum için kadın cinsiyetin, çoklu ilaç kullanımının, düşük bazal sodyum düzeyinin ve yaşlılığın risk faktörleri olduğu öne sürülmüştür⁴.

Olgu: 33 yaşında kadın hasta son 3 aydır marital problemleri sonrasında ortaya çıkan mutsuzluk, ağlamada artış şikayetleri ile polikliniğimize başvurdu. Ruhsal durum muayenesinde; bilinç açık koopere, özbakımı dikkati azalmıştı. Yargılama içgörüsü korunmuştu. Düşünce içeriğinde depresif tema hakimdi. Psikomotor retardasyonu vardı. Duygulanımı depresifti. Rutin kan tetkikleri normaldi. Depresyon tanısıyla essitalopram 10 mg/gün başlandı. Üç hafta sonra şikayetlerinin devamı üzerine ilaç dozu 20mg/gün'e çıkarıldı. Hasta 3 gün sonra yorgunluk, iştahsızlık, bulantı, kusma, iritabilitede artış şikayetleriyle tekrar başvurdu. Yapılan kan tetkikinde; serum Na düzeyi 125 meq/L, BUN 10 mg/dl, açlık şekeri 120 mg/dl, plasma osmolaritesi 266 mosl/Lt saptandı ve dahiliyeye danışıldı. Dahiliye SSRI'a bağlı hafif-orta düzeyde uygunsuz ADH sendromu tanısı koydu ve akut/kronik böbrek yetmezliği, adrenal patolojiler, hipotiroidi ve nefrotik sendrom gibi diğer uygunsuz ADH yapacak patolojileri elendi. Hastaya sıvı kısıtlaması ve alınan tuz miktarının artırılması önerilerinde bulunuldu, ek medikasyon önerilmedi. Bunun yanında essitalopram dozu 10 mg/gün'e düşüldü. Hastanın 1 hafta sonraki kontrolünde Na düzeyi 135 meq/L, BUN 12 mg/dl, açlık glukoz 93 mg/dl, plasma osmolaritesi 79 mosl/Lt olarak geldi, normal düzeylere döndü. Hastanın kan değerlerinin 1 ay sonraki kontrolde de benzer gelmesine üzerine ilaç aynı dozda devam edildi ve 6 ay sonra hastanın şikayetlerinde belirgin düzelme olunca tedavi sonlandırıldı.

Tartışma: SSRI'a bağlı hiponatremi genellikle tedaviye başladıktan hemen sonraki haftalarda, doz bağımsız ve yaşlılarda ortaya çıkmaktadır². Bizim vakamız hastanın genç olması, hiponatremi-nin doza bağımlı olarak ortaya çıkması, hem semptomların hem de serum Na seviyesinin düzelmesi ile diğer vakalardan ayrılmaktadır. Bu yan etkinin genç hastalarda ve doza bağımlı olarak da gelişebileceğinin farkında olunmasının tabloyu erken tanıma, acil müdahale ve ciddi sonuçlar ortaya çıkmadan kontrol edilebilmesi açısından önemli olacağını düşünmekteyiz.

Kaynaklar

1. Çahiyurt D. D. O. ,Derici D. S. Hyponatremia associated with escitalopram use in a young woman.Klin. Psikofarmakol.Bull. Clin. Psychopharmacol.21, 156–160 (2011).
- 2.Liu, B. A. et al Hyponatremia and the syndrome of inappropriate secretion of antidiuretic hormone associated with the use of selective serotonin reuptake inhibitors:a review of spontaneous reports.CMAJ Can. Med. Assoc. J. 155, 519–527 (1996).
3. Sayın, S.,Bursalı,B. Duloxetine induced hyponatremia.Anatol.J.Psychiatry 19,334–334(2018).
4. Mori, M. et al T.Duloxetine-induced hyponatremia in an elderly patient treated with thiazide diuretics.Indian J.Pharmacol.46,657–659(2014).

Anahtar kelimeler: SSRI, hiponatremi, depresyon, yan etkiler

RUMİNASYON, BELİRSİZLİĞE TAHAMMÜLSÜZLÜK VE DÜŞÜNCE EYLEM KAYNAŞMASI OKB, PB VE YAB İÇİN TANILAR ÜSTÜ ÖZELLİKLER MİDİR?

Güliz Şenormancı¹, Ömer Şenormancı¹, Rüstem Aşkın²

¹Sbü Bursa Yüksek İhtisas Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri

²Sbü Erenköy Ruh Ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, Psikiyatri

Amaç: Tekrarlayıcı olumsuz düşünme (ruminasyon ve endişe) ve düşünce eylem kaynaşmasının (DEK) anksiyete bozuklukları için tanılar üstü özellikler olduğu ileri sürülmüştür. Çalışmamızda obsesif kompulsif bozukluk (OKB), panik bozukluk (PB) ve yaygın anksiyete bozukluğu (YAB) hastalarında ruminatif yanıt biçimlerinin, belirsizliğe tahammülsüzlüğün ve düşünce eylem kaynaşmasının karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmaya DSM 5'e göre OKB tanılı 41, PB tanılı 30, YAB tanılı 32 hasta alındı. Katılımcılara araştırmacılar tarafından hazırlanmış demografik veri formu, Yale-Brown obsesyon kompulsiyon ölçeği (YBOKÖ), Panik agorafobi ölçeği (PAÖ), Yaygın anksiyete bozukluğu-7 testi (YAB-7), Beck depresyon ölçeği (BDÖ), Kısa form ruminasyon ölçeği (KF-RÖ), Belirsizliğe tahammülsüzlük ölçeği (BTÖ) ve Düşünce eylem kaynaşması ölçeği (DEK) uygulandı

Bulgular: OKB ve YAB grubunun BDÖ puanı PB'den anlamlı yüksekti ($p<0.05$). Gruplar arası KF-RÖ toplam ve alt ölçekleri saplantılı düşünme derin düşünme, BTÖ toplam ve alt ölçekleri belirsizlik stres verici ve üzücüdür, belirsizlik ile ilgili olumsuz benlik değerlendirmeleri, geleceği bilememek rahatsız edicidir, belirsizlik eyleme geçmemi engelliyor, DEK toplam ve alt ölçekleri olabilirlik, ahlak arasında anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0.05$)

Tartışma: Ruminasyon geçmişe odaklı düşünme tarzı iken endişe geleceğe odaklıdır. Ruminasyonun depresyonun yanı sıra stresli olay yaşayan kişilerde anksiyete bozukluklarının ortaya çıkmasında rol alan bir mediyatör olduğu öne sürülmüştür (1). Belirsizliğe tahammülsüzlük (BT) temel olarak patolojik endişe ve YAB ile yakından ilişkili olmasına rağmen OKB ile orta düzeyde, PB ile ise zayıf düzeyde ilişkilidir (2). PB hastalarında bedensel duyumlara aşırı odaklanma olması ve bunlarla ilişkili felaketleştirici yorumlarda bulunmanın BT ile ilişkili olduğu öne sürülmüştür (3). BT'nin OKB hastalarındaki hafızalarına güvensizlik ile ilişkili olduğu, kompulsiyonlarla da bu belirsizliği azalttıkları öne sürülmüştür (4).

DEK'in OKB hastalarını diğer anksiyete bozukluğu hastalarından ayırt edici etkisi gösterilmiş olmasına rağmen (5), OKB ve DEK arasındaki aracının kaygı olduğu, dolayısıyla kaygı duygusunun yoğun olduğu tüm anksiyete bozukluklarının DEK ile ilişkili olabileceği öne sürülmüştür (6).

Çalışmamızın sonuçlarına göre ruminasyon, BT ve DEK belirli bir belirti boyutuna özgü olmayıp tanılar üstü özellikler olabilir.

Kaynaklar

1. Papageorgiou C, Wells A. Process and meta-cognitive dimensions of depressive and anxious thoughts and relationships with emotional intensity. *Clin Psychol Psychother* 1999;6:156-62.
2. Dugas MJ, Gosselin P, Ladouceur R. Intolerance of uncertainty and worry: investigating specificity in a nonclinical sample. *Cognit Ther Res* 2001;25:551-58.
3. Carleton RN, Sharpe D, Asmundson. Anxiety sensitivity and intolerance of uncertainty: Requisites of the fundamental fears? *Behav Res Ther* 2007;45:2307-16.
4. Tolin DF, Abramowitz JS, Brigidi BD, Amir N, Street GP, Foa EB. Memory and memory confidence in obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther* 2001;39:913-927.
5. Rassin E, Diepstraten P, Merckelbach H, Muris P. Thought-action fusion and thought suppression in obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther* 2001;39:757-64.
6. Abramowitz JS, Whiteside S, Lynam D, Kalsy S. Is thought action fusion specific to obsessive-compulsive disorder? A mediating role of negative affect. *Behav Res Ther* 2003;41:1069-79.

Anahtar kelimeler: Ruminasyon, belirsizliğe tahammülsüzlük, düşünce eylem kaynaşması, obsesif kompulsif bozukluk, panik bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu

CUSHİNG SENDROMUNA BAĞLI DEPRESYON OLGUSU

Büşra Güney¹, Ümit Haluk Yeşilkaya², Özge Şahmelikoğlu Onur³

¹*İstanbul Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı Ve Sinir Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, 3. Psikiyatri*

²*İstanbul Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı Ve Sinir Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, 7. Psikiyatri*

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

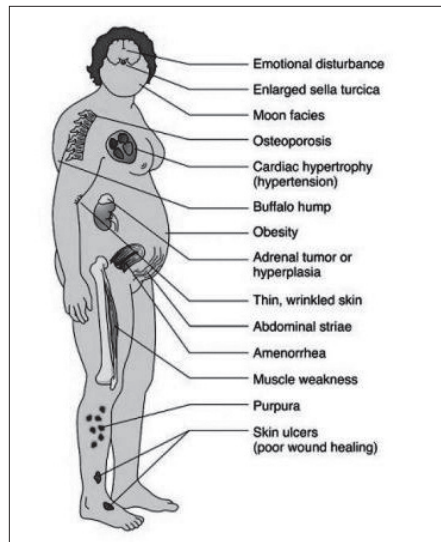
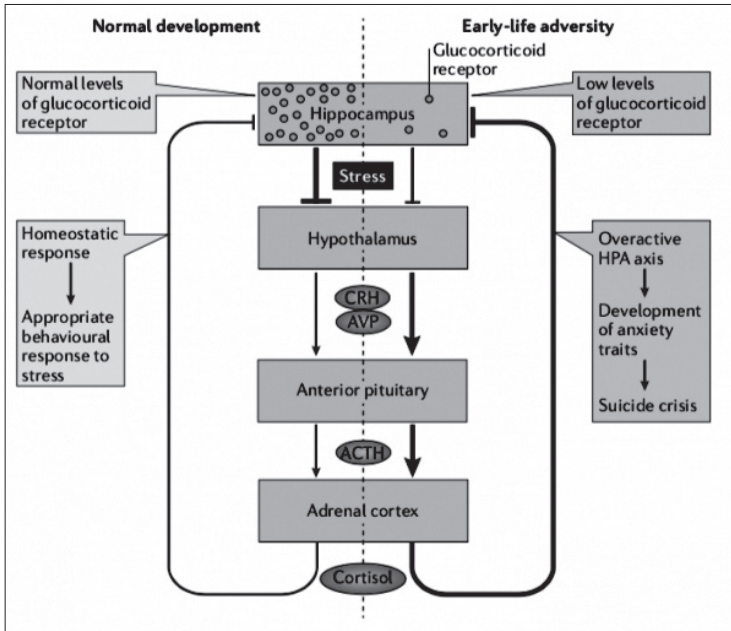
Amaç: Cushing sendromu (CS) kronik glukokortikoid fazlalığı ile oluşan klinik tablodur. Cushing hastalığı olarak bilinen ACTH'a (Adrenokortikotropik hormon) bağlı bilateral ad- rono- kortikal hiperplazi, Cushing sendromlu olguların % 60 -70'ini oluşturur. Olguların % 30 - 40'mda ise Cushing sendromu, ACTH'dan bağımsız olarak ya ektopik ACTH üretimi yada bir adreno- kortikal adenom veya karsinom nedeniyle oluşur. CS'de psikiyatrik anomaliler oldukça sık (en az % 50 olguda) ve ciddidir. Psikiyatrik tablolar içinde en sık depresyon görülür. Bu bildiride hipofiz adenomuna bağlı CS'de görülen depresyon olgusu sunulacaktır.

Olgu: 41 yaşında kadın hasta, lise mezunu, çalışmıyor, evli, 2 çocuğu var. Kliniğimize son 3 yıl- dır mutsuzluk, uykuya dalmakta güçlük, ev işlerini yapamama, isteksizlik, iştahta azalma şikayetleri ile başvuran, son 3 ayda 2 defa ilaç içerek intihar girişimi olan hasta intihar riski nedeniyle hospitalize edildi. Psikiyatrik muayenesinde bilinci açık, oryante, koopere, konuşma hız ve miktarı azalmış, reaksiyon süresi uzamış, göz teması kurmuyor, affekti çökkün, duygudurumu depresif, çabırışlımları olağan, amaca yönelebiliyor, psikotik bulgu tariflemiyor. İlgörüsü mevcut. Özgeçmişinde 3 yıl önce hirsutizm, kilo artışı şikayetleriyle gittiği dış merkezde yapılan tetkiklerde hastanın hipofizinde ACTH salgılayan adenom tespit edildiği, bu adenom nedeniyle düzenli endokrinoloji ve nöro- şirurji kontrolleriyle takip edildiği, psikiyatrik semptomların da bu adenomun tespit edilmesiyle birlikte başladığı, bu adenomun operasyonla alınmasının planlandığı öğrenildi. Genel tıbbi duruma (CS) bağlı depresyon düşünülen hastanın tedavisi essitalopram 10mg/g, mirtazapin 15mg/g olarak düzenlendi. Hastanın daha sonra essitalopram dozu kademeli artırılarak 20mg/g yapıldı. Klinik takibinde depresif şikayetleri gerileyen ve aktif intihar fikri olmayan hasta salahlınde mevcut tedavisiyle taburcu edildi. Hastaya endokrinoloji ve beyin cerrahisi poliklinik kontrolleri önerildi.

Tartışma: Literatürde CS'ye bağlı psikiyatrik vakalar bildirilmiş olup, vakamızda da CS'ye bağlı gelişen bir depresyon tablosu söz konusudur. CS özellikle glukokortikoid yüksekliği ile karakterize olup, yüksek glukokortikoid düzeylerinin Merkezi Sinir Sistemi üzerine etkisiyle nöropsikiyatrik hastalıklara yol açtığı bilinmektedir. Yüksek kortizol seviyelerinin negatif feedback ile kortikotropin releasing hormonu (CRH) baskılayıp ,serotonin ve nöradrenalin düzeyinde azalmaya yol açarak dep- resif bulgular oluşmasına sebep olduğu gösterilmiştir. Özellikle hipokampus ve raphe nucleusunda serotonin azalmasının bu hasta grubunda intihar riskini de arttırdığı belirtilmiştir.

Sonuç: CS tanısı almış hastaların depresyon ve intihar riskinin olduğu göz önünde bulunduru- larak tedavisi ve kontrollerinin düzenli bir şekilde yapılması önem arz etmektedir.

Anahtar kelimeler: cushing sendromu , depresyon , intihar



Tablo 1. Cushing sendromu ve major depresyonda depresyon semptomları (görölme sıklığı %)

	<i>Cushing sendromu (n=35)</i>	<i>Major depresyon (n=40)</i>
Depresif mizaç	74	100
Suçluluk	37	55
Uykusuzluk		
başlangıç	29	57
orta	69	65
geç	57	37
İş ve ilgi kaybı	46	82
Retardasyon	11	47
Ajitasyon	60	37
Anksiyete	66	97
Libido azalması	69	65

HAYATI TEHDİT EDEN YAN ETKİ 'LÖKOPENİ' GELİŞİMİNDE ALTERNATİF TEDAVİ SEÇENEĞİ: ARIPIPRAZOL

Sema Baykara¹, Aslı Kazgan¹, Murad Atmaca¹

¹Fırat Üniversitesi Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Giriş: Atipik antipsikotik (AA) kullanımı sırasında lökopeni, nötropeni, agranülositoz gibi hematolojik yan etkiler ortaya çıkabilmektedir. Lökopeni beyaz küre değerlerinin $3 \times 10^9/L$ 'nin altına düştüğü, yaşamı tehdit edici bir yan etkidir ve ölümcül olabilen, beyaz küre sayısının $1 \times 10^9/L$ 'nin altında olduğu durumları tanımlayan, agranülositoz için sinyal verici bir klinik tablodur (1). Aripiprazol 5HT-1A reseptörüne kısmi agonist, 5HT-2A reseptörüne tam antagonist etkinlik sergileyen, diğer antipsikotiklere göre yan etki profili açısından daha güvenilir olan bir AA'tir. Aripiprazolün tedavide etkinliğinin yanı sıra diğer antipsikotiklere bağlı görülen yan etkilerin azaltılması ya da ortadan kaldırılması için kullanımı da mevcuttur (2). Literatürde antipsikotik tedavisi sırasında gelişen hiperprolaktinemi sonrasında tedaviye düşük doz Aripiprazol eklenilmiş vakalarda prolaktin düzeylerinde anlamlı düzelme görülen olgu sunumları vardır (3). Biz Sülpird kullanıma bağlı gelişen lökopeninin ilacın kesilmesiyle durduğunu ve Aripiprazol başlanmasıyla lökosit değerlerinin Sülpird tedavisi öncesi döneme döndüğünü tespit ettiğimiz bir şizofreni olgusundan bahsetmeyi amaçladık.

Olgu: 65 yaşında erkek hasta. 35 yıldır şizofreni tanısıyla takip edilen hastanın isteksizlik, konuşmada azalma, hareketlerde yavaşlama, içe kapanma, uykusuzluk şikayetlerinin artmasıyla servimize yatırışı yapıldı. Ruhsal muayenesinde affekte kısıtlılık, anhedoni, avolusyon, aloji, sosyal izolasyon, çağrışımlarda yavaşlama, psikomotor retardasyon şeklinde negatif belirtiler ön plandaydı. Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeğinin (PANSS) negatif sendrom alt boyut puanı 35 idi. Pozitif semptomları ve komorbiditesi olmayan hastanın yapılan sistem muayeneleri, rutin tetkikleri normaldi. Daha önce Olanzapin, Risperidon, Ketiapin, Klorpromazin, Haloperidol etken maddeli ilaçlar kullanmış olan hastaya Sülpird 200 mg/g başlandı, 800 mg/g'ye arttırıldı. Tedavinin 5.gününde beyaz küre seviyelerinde gün aşırı düşüş izlendi (wbc: $7.6-6.5-3.5 \times 10^9/L$). Hastaya lökopeni etiyo-jisi açısından Dahiliye konsültasyonu istenildi. Vitamin seviyeleri, viral markerları ve diğer tetkikleri olağandı. Beyaz küre düşüklüğünü açıklayacak başka bir neden olmayan hastada Sülpird sonlandırılıp Aripiprazol 10 mg/g başlandı, tedricen 30 mg/g'ye arttırıldı. Aripiprazol tedavisiyle beyaz küre sayısının arttığı ve 6.gününde $6 \times 10^9/L$ 'ye yükseldiği görüldü. Tedavinin 25.gününde PANSS skoru negatif sendrom alt boyut puanı 13'e gerileyen, işlevsellikte artış elde ettiğimiz hasta taburcu edildi.

Tartışma: Antipsikotiklere bağlı lökopeni gelişiminin nedeni tam olarak bilinmemektedir. Bu yan etkiye en fazla neden olan Klopazapin ve Olanzapin'in benzer reaktif polipeptid metabolitlerini oluşturup toksik veya immün aracılı mekanizmalarla lökopeni tablosuna neden olabileceği düşünülmektedir (4). Bu tablonun Aripiprazol ile nüksüz şekilde düzeldiğini bildiren olgular literatürde mevcuttur (5). Aripiprazolün kan değerleri üzerindeki olumlu etkisinin mekanizması tam olarak bilinmemekle birlikte, hematolojik parametreleri olumsuz etkileyen toksik veya immunomodülatör mekanizmaları harekete geçirmede ve kemik iliği üzerine baskılayıcı etkisinin olmadığı görülmektedir. Olgumuz daha önce tespit edilen bilgileri pekiştirir nitelikte olup, Aripiprazolün lökopeniye yol açmadığını ve Sülpird kullanımına bağlı gelişmiş olan lökopeni tablosunun düzelmesine olumlu katkı sağladığını göstermek açısından değerlidir.

Anahtar kelimeler: Aripiprazol, Lökopeni, Şizofreni

FLUOKSETİN'İN İNDÜKLEDİĞİ KILLI DİL: OLGU SUNUMU

Faruk Pirinçcioğlu¹, Meltem Göbelek¹, Mehmet Asoğlu¹

¹Harran Üniversitesi, Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları, Şanlıurfa, Türkiye

Giriş: İlk kez 1557'de Amatus Lusinus tarafından tanımlanan ve Lingua Villosa Nigra adıyla da anılan kıllı dil (KD), dilin dorsal yüzünde aşırı keratin birikimi ve filiform papilla hipertrofi- siyle karakterize olup, dilin üzerinde saça benzer bir görünüm alması olarak tanımlanmıştır¹⁻². Etyopatogenezi tam olarak bilinmemekle birlikte sigara, kötü ağız hijyeni, alkol kullanımı, mekanik iritasyon, ağız temizliğinde sodyum peroksit gibi oksidan ajan kullanımı, tetrasiklin, neomisin ve steroid, psikotrop ilaçlar (fluoxetine hydrochloride, clonazepam vs.) gibi ilaçların kullanımı ve Epstein Barr virusu (EBV) suçlanmıştır¹⁻².

Bu makalede fluoksetin kullanımına bağlı olarak geliştiği düşünülen kıllı dil olgusu güncel literatür bilgileri eşliğinde sunulmuştur.

Olgu: 27 yaşında, sigara kullanım öyküsü olmayan, erkek hasta; endişe, korku ve heran kötü bir şey olacağı hissi, uykusuzluk ve iştahsızlık şikayetleri ile polikliniğimize başvurdu. DSM (*Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı*) sınıflandırılmasına göre Yaygın Anksiyete Bozukluğu (YAB) tanısı konulan hastaya, fluoksetin 20 mg/gün ve mirtazapin 30 mg/gün başlan- dı. Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) 39 puan olarak ölçülen hasta 1 ay sonrası için kontrole çağrıldı. Kontrolünde hastanın; uykusu düzelmiş, korkuları ve ailesi-işi ile ilgili endişelerinde azalma olmuş ama hala şikayetleri devam ediyordu. BAÖ'ü 15 puan olarak ölçün hastanın tedavisi fluoksetin 40 mg/gün olarak düzenlendi.. 2 ay sonraki kontrolünde ise hasta kendini gayet iyi hissediyordu. Aktif şikayet tarifenmiyordu. BAÖ 6 puan olarak ölçülen hastanın, dilinin arka kısmında renk değişikliği olduğunu ve bezle silince kıl-saç gibi döküldüğünü ifade etmekteydi. İlaç kullanımına bağlı Kıllı Dil(KD) öntanısı ile Dermatoloji polikliniğine konsülte edilen hastanın dilindeki renk değişikliğinin KD (şekil-1) olduğu ve kullandığı psikotrop ilaçlara bağlı olabileceği belirtildi. Hasta bilgilendirildikten sonra, fluoksetin azaltılarak kesildi, sertraline 100 mg/başlandı ve ağız hijyenine dikkat etmesi önerildi. 1 ay sonraki kontrolünde dilin arka yüzündeki kullanması tamamen geçmiş olduğu görüldü. Ayrıca ruhsal açıdan kendini gayet iyi hissediyordu.

Tartışma: Kıllı Dil (KD), dil arka yüzeyinin anormal kalınlaşması ile karakterize benign bir hastalıktır. Çoğunlukla asemptomatik olmakla beraber bulantı, ağız kokusu ve ağızda tat değişikliği nadir de olsa görülebilmektedir³. Normal dilin arka yüzünde, özellikle 1/3 posterior kısmında çok sayıda filiform papilla bulunmaktadır. KD'de ise filiform papillalarda keratin salgısının arttığı buna karşılık deskuamasyon hızının azaldığı görülmektedir⁴⁻⁵. Bu patolojik değişim dil renginin farklı olmasına yol açar. Her ne kadar hastalık için klasik renk değişikliği siyah olarak bilinse de sarı, yeşil veya olgumuzdaki gibi kahverengi renk değişikliği de gözlenebilmektedir⁶. Antimikrobiyallerin yanı sıra, olanzapin gibi antipsikotikler ve fluoksetin gibi antidepresanlar dahil olmak üzere kserostomiye veya ağız kuruluğuna neden olan ilaçlar da KD ile ilişkilendirilmiştir. Çoğu zaman, KD'e sebebiyet veren faktörün ortadan kaldırılması lezyonları tedavi etmek için yeterlidir ve ek ilaç tedavisine gerek kalmaz⁷. Bizim olgumuzda da kıllı dile sebebiyet veren fluoksetin stoplandıktan sonra şikayetler tamamen gerilemiştir.

Anahat kelimeler: Fluoksetin, Kıllı Dil, Filiform Papilla



Resim 1.

SİTALOPRAM İLE REMİSYON SAĞLANAN RAYNAUD FENOMENİ, OLGU SUNUMU

Fevziye Bulca Karadem¹, İnci Meltem Atay¹

¹Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Psikiyatri A.D

Amaç: Raynaud fenomeni(RF), el ve ayak parmakları ile kulak veya burun damarlarını etkileyen bir bozukluktur. Bu hastalık, tekrarlayıcı vazospastik ataklar şeklinde damarlarda daralma ile gitmektedir(1,2,3,4).

Tanı, öykü ve klinik gözlem ile konulmaktadır. Tanı için ciltte bifazik renk değişikliği (solukluk ve siyanoz) olması beklenir(5,6). Hastalık, altta yatan yapısal bir vasküler hastalık veya kollajen doku hastalığı ile beraber değilse primer Raynaud sendromu adını alır, bazen lupus ve skleroderma gibi hastalıklara sekonder de gelişebilir(7).

Amacımız, çeşitli tedaviler kullanan ancak yarar görmeyen bir RF olgusunun, 20 mg/gün sitalopram tedavisi ile yıllardır remisyonunda oluşunu tartışmak ve literatüre katkı sağlamaktır.

Olgu: Hastamız, 33 yaşında, erkek, askeriyede memur olarak çalışmaktadır. 6 yıl önce parmak uçlarında soğukla tetiklenen solukluk, morarma ve kızarıklık şikayetiyle dış merkezde Raynaud Fenomeni tanısı almıştır.

Hastamıza, yapılan tetkiklerinde ek bağ doku hastalığı saptanmadığının ifade edildiği öğrenilmiştir. Tanı konulduktan sonra kendisine isimlerini hatırlamadığı beş farklı grup ilaç denendiğini ancak fayda görmemesi üzerine sitalopram 20 mg/ gün reçete edildiğini ve o tarihten bu yana şikayeti bulunmadığını ifade etmektedir. Yaz aylarında, avuç içlerinde kısmen terleme dışında yan etki de tariflememektedir.

Polikliniğimize kontrol amacıyla gelen hastanın, ek tıbbi ve psikiyatrik tanısı bulunmamaktadır ve hastamız halen sitalopram tedavisine devam etmektedir.

Tartışma: RF hastalığının patogenezi kesin olarak bilinmemekle birlikte, başlangıçta sempatik tonus artışına bağlı vazokonstriksiyon ve soluklaşma görülür. Venöz staza bağlı siyanoz ve iskemik fazda salınan medyatörlerin etkisiyle ise refleks vazodilatasyon ve eritem gelişir. Sıklıkla geri dönüşlü olan bu vasküler reaksiyon bazen geri dönmeyebilir, ciddi iskemi ve nekrozlara ilerleyebilir ve organ kaybıyla sonlanabilir(7,8).

RF tedavisinde genel olarak kalsiyum kanal blokörleri, fosfodiesteraz 5 inhibitörleri, sempatolitik ajanlar, anjiyotensin reseptör antagonistleri, vazodilatörler, botulinium toksini, prostaglandinler ve SSRI'lar kullanılmaktadır(9).

Literatürü, RF ve SSRI kullanımı birlikteliğinde taradığımızda, RF hastalarında vazokonstriksiyonu inhibe etmek için selektif serotonin geri alım inhibitörleri önerilmektedir(10-12). Vasküler, nöral ve intravasküler anormalliklerin Raynaud fenomeni patofizyolojisinde rolü olduğu bilinmektedir. Endotelial hücreler ve trombosit aktivasyonu, tromboksan A2 ve serotonin aracılığıyla vasküler tonusu ve damar duvar geçirgenliğini düzenlemektedir. Tekrarlayan vazospazm atakları endoteliumda iskemik reperfüzyon hasarına neden olabilmektedir(11). SSRI'ların RF'de sağladığı klinik yararın mekanizması tam olarak anlaşılamamıştır. Ancak serotoninin sağlıklı vasküler yatakta vazodilatasyon yapıcı etkisinin olduğu bilinmektedir(13). Bu yüzden SSRI'lar RF tedavisinde alternatif olarak kullanılabilir. Aynı zamanda paradoksal olarak SSRI ile indüklenen RF olgularının olduğu da bilinmektedir(14).

Sonuç: Sonuç olarak diğ er farmakolojik tedavilerden fayda g ormeyen hastalarda tedavi seçeneklerinde SSRI kullanımı alternatif olarak akılda tutulmalıdır. SSRI ların hem RF tedavisinde yer alması hem de paradoksal olarak RF ne neden olmasının daha açıklanabilir olması açısından ileri araştırmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar kelimeler: raynaud fenomeni, serotonin geri alım inhibitörleri, ssri ile indüklenen raynaud fenomeni

DULOKSETİN KULLANIMINA BAĞLI BULANIK GÖRME GELİŞEN BİR OLGU

Didem Sücüllüoğlu Dikici¹, Fikret Poyraz Çökmüş²

¹Manisa Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Hastanesi

²Nazilli Devlet Hastanesi

Duloksetin; serotonin-noradrenalin gerialım inhibitörleri(SNGİ) grubunda yer alan bir anti-depresandır. Major depresif bozukluk (MDB) yanısıra yaygın anksiyete bozukluğu(YAB), diyabetik periferik nöropatik ağrı(DPNA) ve fibromiyaljide kullanımı onaylanmıştır(1). En sık görülen yan etkileri selektif serotonin gerialım inhibitörlerinde(SSGİ) görülen mide bulantısı, kabızlık, uykusuzluk, ishal, uyuşukluk, terlemedir(2). Trisiklik antidepresanların(TSA) antikolinerjik etkisiyle olan görmeyle ilgili yan etkiler ise beklenmez (3). Ancak az sayıda midriyazis, siklopleji gelişen olgu bildirimi vardır(4). Biz olgu sunumumuzda, duloksetin kullanımına bağlı bulanık görme gelişen YAB tanılı 28 yaşındaki kadın hastayı değerlendireceğiz.

H.S 28 yaşında kadın hasta herşeyi kafaya takma, huzursuzluk, gerginlik, uykusuzluk şikayetiyle polikliniğe başvurdu. 1 yıl önce annesinin kalp krizi geçirmesi sonrası evham, endişe, heran kötü birşey olacak hissiyle başlamış. Başlangıçta sağlıkla ilgili olan kaygıları tüm alana yayılmış, en ufak şeyleri kafaya takıyor, uyuyamıyormuş. Gün içinde huzursuz ve gergin hissediyor, çarpıntıları oluyormuş. 4 ay önce psikiyatri polikliniğine başvurmuş, sertralin 50 mg/g başlanmış. 2 ay düzenli kullanmış fakat fayda görmeyince ilacı bırakmış. Son zamanlarda şikayetler artınca polikliniğimize başvurmuştur. Ruhsal durum muayenesinde anksiyeteli duygudurum-duygulanımı, endişeli beklentisi ve ruminatif düşünceleri mevcuttu. Huzursuzluk, gerginlik, başağrısı olan hastanın erken insomnisi vardı. Rutin kan tahlilleri ve EKG de sorun saptanmadı. YAB tanısı konulan hastaya duloksetin 30 mg/g başlandı. 2 hafta sonraki kontrolde, 1 haftadır bulanık görmeye başladığı, ilaç kullanmak istemediği öğrenildi. Bulanık görme için Göz Hastalıkları ve Nöroloji konsultasyonu istendi; muayene ve görüntüleme tetkikleri sonucu patoloji saptanmayan hastanın, görme bulanıklığı ilaç yan etkisi olarak değerlendirildi. Duloksetin kesildi ve 1 hafta sonra bulanık görme şikayeti kalmadı. YAB için essitalopram 10 mg/g başlandı. Kontrollerde anksiyete belirtileri geriledi, ilaç uyumunu bozacak yan etki gözlenmedi.

Olgumuzda 28 yaşında, YAB tanısı ile duloksetin 30 mg/G başlanan ve 1 hafta sonra bulanık görme şikayeti gelişen kadın hasta sunulmuştur. Hastanın önceden görmeyle ilgili şikayetinın olmaması, oftalmolojik ve nörolojik değerlendirmede patoloji saptanmaması ve duloksetinin kesilmesiyle bulanık görmenin geçmesi, essitalopram ile tekrarlamaması bulanık görmenin duloksetin kullanımına bağlı gelişen bir yan etki olduğunu düşündürmüştür. Bulanık görme, antidepresanların görme ile ilgili yan etkilerden biridir ve subjektiftir. Objektif muayene bulgusu yoktur, kişiye rahatsızlık verir ve tedavi uyumunu bozar. Bulanık görme, kuru göz, akomodasyon güçlüğü, siklopleji gibi görme ile ilgili yan etkilerin ilaçların antikolinerjik etkilerinden kaynaklandığı bilinmektedir. Bu nedenle bu yan etkiler sıklıkla TSAda görülmekte, SSGİ ve SNGİde genelde görülmemektedir(3). Duloksetin dual etkili olmakla birlikte antikolinerjik yan etkiler beklenmez. Ancak tam olarak bilinmeyen mekanizmayla bulanık görme, kuru göz, midriyazis, akomodasyon güçlüğü ve sikloplejiye neden olduğu bildirilmiştir(4). Bizim olgumuzda da duloksetin kullanımına bağlı bulanık görme gelişmiş, hastanın tedavi uyumu bozulmuştur. Bu nedenle klinisyenlerin antidepresanların nadir görülen yan etkilerini poliklinik kontrollerinde atlamaması ve gerekli değerlendirmeleri yapması önem arz etmektedir.

Anahtar kelimeler: duloksetin, yan etki, bulanık görme

KEDİ FOBİSİNİN EMDR TERAPİSİ İLE KISA SÜREDE TEDAVİSİ: BİR OLGU SUNUMU

Meltem Göbelek¹, Faruk Piriççioglu¹, Mehmet Asoğlu¹

¹Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Şanlıurfa, Türkiye

Giriş: Özgül fobiler, Diagnostic Statistical Manual V (DSM-V) 'te kaygı bozuklukları ana başlığı altında sınıflandırılan, belirli bir nesne veya durumla ilgili önemli düzeyde korku ve kaygı yaşanması durumlarıdır. Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) bilişsel, davranışsal, psikodinamik ve danişan merkezli farklı yaklaşımların öğelerini bir araya getiren son yıllarda giderek yaygınlaşan bir psikoterapi yöntemidir. EMDR'nin özgül fobilerde de etkin olduğuna dair çalışmalar ve olgu sunumları mevcuttur. Bu olgu sunumunda, kedi fobisi nedeni ile başvuran bir vakanın EMDR terapisi ile tedavisinin sunulması amaçlanmıştır.

Olgu: Ş.N. ,21 yaşında, kadın, bekar, üniversite öğrencisi. Çocukluğundan beri kedilerden korkma, aynı ortamda bulunamama, açık ortamlarda oturup yemek yiyememe, sokağa çıktığında çöp konteynerlerinin önünden geçmekten korkma, kedinin sesine bile tahammül edememe ve artık bu durumun sosyal yaşantısını da etkilemesi üzerine kliniğimize başvurdu. Geçmiş öyküsünde herhangi bir psikiyatrik şikayet ve ilaç kullanımı bulunmamaktadır. Hastaya DSM-5'e göre özgül fobi tanısı konuldu. Hasta EMDR ile ilgili bilgilendirildi ve onayı alınarak EMDR terapisine başlandı. EMDR öncesi hastada güvenli yer oluşturuldu. Terapi planlanması kısmında hastanın kedi korkusuna sebep olan ilk travmatik anısı bulundu. Hastanın bu anısı ile EMDR terapisine başlandı.

Resim: ilkokul 1. sınıftayken, akrabalarının düğününde erkek kardeşi kedi ile oynarken kedinin bıyığını çekmiş ve kedi de erkek kardeşinin elini çizmiş. Kardeşinin eli kanamış ve ağlamaya başlamış.

Negatif Kognisyon: Korkak biriyim

Pozitif Kognisyon: Güçlü biriyim

VoC: 1

Duygu: Endişe, Korku

SUD: 10

Beden duyumu: Ellerde ve dizlerde huzursuzluk

Seanslar esnasında yoğun kaygı ve somatik yakınmalar ortaya çıkaran hasta güvenli yer ve gevşeme egzersizleri ile rahatlatıldı. Toplam 3 seans 90dk'lık EMDR terapisi uygulandı. Kaynak anının işlenme sürecinde hastanın SUD düzeyi "0" seviyesine geriledi ve yerleştirme aşamasında VoC düzeyi "7" ye yükseldi. Beden taramasında tüm fiziksel belirtiler kayboldu. Hasta kontrol seansına kediyi kucağına alıp sevdiği şekilde çekilmiş bir fotoğrafı ile geldi. Hastanın özgül fobisi ile ilgili herhangi bir sıkıntısının kalmadığı öğrenildi.

Tartışma: Shapiro'nun adaptif bilgi işleme modeline göre geçmişte yaşanan travmatik anılar bazen hatalı şekilde depolanarak mevcut yaşanan anda tetikleyici durumlarla karşılaşıldığında uygunsuz yanıtlar verilmesine neden olabilirler. Bu modele göre, özgül fobilerde geçmişte fobik nesne veya durumlarla ilgili travma yaratan ilk anı doğru olarak işlendiğinde terapötik bir etki sağlanabilir. Olgumuza toplam 3 seans EMDR yöntemi uygulanmış ve seanslar sonunda SUD ve VoC düzeylerinde başarılı sonuçlar alındıktan sonra hastada şikayet ettiği özgül fobi durumunun artık bulunmadığı görülmüştür.

Anahtar kelimeler: Özgül Fobi, EMDR, Kedi Fobisi, Psikoterapi

NÖROFİBROMATOZİS VE OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK BİRLİKTELİĞİ BİR OLGU SUNUMU

İbrahim Taş¹, Ali Metehan Çalışkan¹, Seher Serez Öztürk¹, Dudu Demiröz¹, İbrahim Eren¹

¹T.C. Sağlık Bakanlığı Konya Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Beyhekim Psikiyatri Kliniği

Giriş: Nörofibromatozis (NF), deri, sinir sistemi ve gözde belirtiler oluşturan; otozomal dominant bir kalıtsal hastalıktır. Tutulum yerleri ve belirtilerine göre 2 alt tipi vardır. NF1, café au lait lekeleri, periferik nörofibromlar, Lisch nodülleri ve aksiler çillenme ile karakterizedir.(1)

NF'in SSS tutulumu değişken olup; spesifik öğrenme güçlükleri, dikkat eksikliği ve konuşma bozukluğu en sık görülen nörolojik komplikasyonlardır.

NF de ayrıca depresif duygudurum, anksiyete ve kişilik bozuklukları da sık görülmektedir. Biz bu olgumuzda Obsesif Kompulsif Bozukluğa (OKB) eşlik eden NF olgusunu sunacağız.

Olgu: 34 yaşında kadın hasta. NF tanısı ile 20 yıldır takipli. Sinirlilik, sık sık tartışma, bulaş takıntısı, sürekli el yıkama, banyoda uzun süre kalma, mutsuzluk, suisid düşüncesi tarzında şikayetleri nedeniyle başvurdu. Ruhsal durum muayenesinde depresif duygulanım, suisid düşünceleri ve bulaş obsesyonları mevcuttu. Hastanın vücudundaki nörofibromlar ve café au lait lekeleri ile aşırı uğraşısı vardı.

Daha önce obsesif belirtiler nedeniyle kliniğimize yatışları olan hastanın 5 defa suisid girişimi olmuş. Hasta daha önce klomipramin 225 mg/gün ile taburcu edilmiş. Bu tedaviden fayda görünce klomipramine aripiprazol 20 mg/gün eklenerek takip edilmiş. Bu tedaviden de yeterince fayda görmeyen hastanın 3 ay sonra aripiprazol kesilip klomipramin 225 mg/gün ve risperidon 2 mg/gün kombinasyonu ile takip edilmiş. Ayrıca 10 seans EKT tedavisi yapılmış. Hastanın ilaç uyumu kötü olduğu için sık sık kliniğimize yatışları mevcut.

Kliniğimizdeki takibinde hastaya Dermatoloji konsültasyonu istendi ve dermatoloji tarafından değerlendirilen hastaya NF1 tanısı kondu. Göz konsültan hekiminin değerlendirmesinde ise, hastanın gözünde iriste Lisch nodülüyle uyumlu yapılar tespit edildi. Hastaya çekilen manyetik rezonans görüntüleme (MRG) de beyinde herhangi bir lezyon tespit edilmedi.

Hastanın takiplerinde daha önce kullandığı klomipramin 225 mg/gün ve risperidon 2 mg/gün ile kısmi iyilik haliyle taburcu edildi.

Tartışma: Psikiyatrik hastalıkların, NF1'e eşlik etme oranı %33'lere kadar çıkmaktadır. Distimi (%21), depresif duygudurum (%7), anksiyete (%1-6) NF1 ile sık birlikte görülen durumlardır. İntihar riski genel topluma oranla 4 kat artmıştır. (2)

Hayvan modellerine göre NF'de görülen öğrenme güçlüklerinin nedeni aşırı ras aktivitesine bağlı GABA inhibisyonu nedeniyle olduğu düşünülmektedir.(3) Dikkat sorununun striatum dopamin düzeyinde azalma ile ilişkisi gösterilmiş. Dopaminerjik düzensizlik NF'deki dikkat sorunlarının altında yatan temel nedendir.(4)

OKB de striatumdaki hücre grupları, globus pallidus üzerine tonik boşalımmlar yaparak inhibisyonu sağlar. Örneğin striatuma ellerin kirli olduğu şeklinde duyuşal girdi olursa, striatal hücreler aracılığıyla duyu kirlilik olarak algılanır. Striatal boşalımmlar başlar ve ilgili pallidal hücreler GABA aracılığıyla inhibe edilir. Talamusa giden inhibitör uyarılar azalır ve talamokortikal yol serbest kalır. Glutamat aracılığıyla korteks uyarılır ve sonuç olarak el yıkama davranışı ortaya çıkar. (5)

Hastamızda vücudundaki nörofibrom ve çillenmenin oluşturduğu dış görünüş ile ilgili kozmetik sorunların hastanın kirlenme ve bulaş obsesyonları olarak dışa vurulması olarak değerlendirilebilir. Ayrıca striatumdaki dopamin düzeyi düşüşü ayrıca GABA nöronlarının uyarımının azalması NF ile OKB arasındaki ilişkide temel rol oynuyor olabilir bu konuda ayrıntılı çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar kelimeler: Nörofibromatozis, Obsesif Kompulsif Bozukluk, striatum, GABA, biliş,

Tablo 1. dermatolojik hastalıklar ve psikiyatrik bozukluklar

Grup / kategori	Özgün bozukluklar (örnekler)
Psikofizyolojik hastalıklar	Hiperhidroz
	Atopik dermatit
	Akne vulgaris
	Liken simpleks
	Seboreik dermatit
	Rosacea
	Psöriazis
	Ürtiker
Deri reaksiyonlarıyla ilişkili primer psikiyatrik bozukluklar	Obsesif kompulsif bozukluklar
	Anksiyete bozuklukları
	Trikotilomani
	Depresif bozukluk
	Sanrsal bozukluk
	Demans hastalıkları
	Disosiyatif bozukluklar
	Somatoform bozukluklar
Alta yatan dermatolojik hastalığın sonucu veya komplikasyonu olarak ortaya çıkan sekonder psikiyatrik bozukluklar	Alopesi areata
	vitiligo
	Nörofibromatozis
	Kronik egzama
Deri Duyusal Bozukluk	Psikojenik pruritus
	Glossodynia
	Vulvodynia

İNTİHAR GİRİŞİMİNDE BULUNAN ERGENLERDE UYKU BOZUKLUKLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Yakup Erdoğan¹, Adem Işık², Senay Çelenay³

¹*Bitlis Devlet Hastanesi*

²*Van Bölge Eğitim Ve Araştırma Hastanesi*

³*Tatvan Devlet Hastanesi*

Giriş: İntihar, tüm dünyada olduğu gibi Türkiye’de de önemli bir sağlık sorunudur. İntihar girişim oranları özellikle ergenlik döneminde giderek artmaktadır. Ergenlerde intihar düşüncesini etkileyen pek çok faktör vardır. Biyolojik yatkınlık ve psikiyatrik bozuklukların yanı sıra uyku bozuklukları potansiyel risk faktörü olarak önemli bir rol oynamaktadır. Bu nedenle, uyku bozuklukları gelecekteki intihar girişiminin öngörülmesine katkıda bulunabilir. Çalışmamızda, uyku bozukluklarının intihar girişiminde bulunan ergenlerde sağlıklı ergenlerle karşılaştırarak değerlendirilmesi amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: İntihar girişiminde bulunan 100 ergen ve 100 sağlıklı ergen çalışmaya alındı. Olguların sosyodemografik özellikleri araştırmacılar tarafından hazırlanan bir formla sorgulandı. Çalışma ve kontrol grupları, Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) ve Epworth Uykululuk Ölçeği (EUÖ) kullanılarak karşılaştırıldı.

Bulgular: Ortalama yaş ve cinsiyet dağılımı çalışma grubu ($15,80 \pm 1,16$ yıl (13-18), %72 kız) ve kontrol grubunda ($15,96 \pm 1,04$ (13-18), %69 kız) benzerdi (sırası ile $p=0,832$ ve $p=0,758$). PUKİ puan ortalamasının çalışma grubunda ($11,60 \pm 1,56$) kontrol grubuna ($4,53 \pm 1,36$) göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptandı ($p=0,008$). Benzer şekilde, EUÖ puan ortalamasının çalışma grubunda ($10,4 \pm 4,6$) kontrol grubuna ($5,7 \pm 3,8$) göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu tespit edildi ($p=0,014$).

Sonuç: Sağlıklı ergenlerle karşılaştırıldığında intihar girişiminde bulunan ergenlerde PUKİ’ye göre uyku kalitesinin daha kötü ve EUÖ’ye göre gündüz uykululuk halinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Sonuç olarak, intihar girişiminde bulunan ergenlerde uyku bozuklukları ayrıntılı olarak değerlendirilmeli ve tedavi edilmelidir. Ayrıca, psikiyatrik muayenede uyku bozukluğu saptanan ergenlerin intihar girişimi açısından risk altında oldukları akıldan bulundurulmalıdır.

Anahtar kelimeler: Ergen, intihar, uyku bozukluğu

OTİZM SPEKTRUM BOZUKLUĞU TANILI 4 YAŞINDA ÇOCUKTA SALDIRGAN VE KENDİNİ YARALAYICI DAVRANIŞLARIN ARIPIPRAZOL İLE TEDAVİSİ

Tayfun Kara¹

¹*Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Ve Ergen Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Antalya, Türkiye*

Giriş: Otizm spektrum bozukluğu (OSB), sosyal iletişim ve sosyal etkileşimde kısıtlılık ve tekrarlayan davranış kalıpları, ilgi alanları ve faaliyetlerin olduğu nörogelişimsel bir bozukluktur. OSB de özellikle de küçük yaşlarda saldırgan ve kendine zarar verici davranışlar yaygındır. Her ne kadar çözüm için davranışsal yöntemler uygulansa da, çoğu zaman farmakoterapi gerekmektedir. Çocuk ve gençlerde atipik antipsikotikler saldırganlık ve duyu durumunda değişkenliğin tedavisinde yaygın olarak kullanılmaktadır. Atipik antipsikotiklerle farmakoterapi çocuk psikiyatrisinde yaygın olsa da, bu konuda çok az araştırma yapılmıştır. Aripiprazolün OSB olan çocuk ve ergenlerde öfke nöbetleri, saldırgan davranışlar, hiperaktivite, stereotipiler ve kendini yaralama davranışları üzerine etkili olduğu belirtilmiştir. Burada aripiprazol kullanımı sonrası, saldırgan ve kendini yaralayıcı davranışlarda azalma saptanan 4 yaşında olan OSB tanılı bir olguyu bildireceğiz.

Olgu: 4 yaş 4 aylık erkek çocuğu ailesi tarafından saldırgan ve kendini yaralayıcı davranışları nedeniyle çocuk psikiyatri birimimize getirilmişti. OSB tanılı çocuğun yapılan psikiyatrik muayenesinde göz temasının zayıf, ismine tepkisinin kısıtlı ve ortak dikkatin zayıf olduğu görüldü. Yaşıt ilişkisi kuramıyordu, sosyal gülümsemesinin olmadığı, etrafı umursamadığı, ilgisini paylaşmadığı, stereotipik sallanma ve vurma hareketlerinin olduğu görüldü. Perinatal ve neoantal dönem öyküsü doğaldı. Anne sütü 14 ay kadar almış, motor becerileri zamanında gelişmişti. Soy geçmişinde özellik yoktu. Son birkaç ayda daha belirgin olmak üzere hemen her gün olan ağlamalar, kendini ısırma ve başını sert bir yerlere vurma davranışlarının olduğu öğrenildi. Daha önce bu yakınmaları için başvurdukları başka bir merkezden risperidon solüsyon başlanmış, ilaç sonrası hızlı kilo alımı ve gün içinde uyku hali olmuştu. Ayrıca risperidon tedavisinin 2. ayından sonra etkinliğin azaldığı bildiriliyordu. Bu sonuçların risperidona tolerans gelişimine ve risperidonun metabolik yan etkilere bağlı olduğunu düşündük ve risperidon kullanımı kesildi. Hastamızın tedavisi aripiprazol 0,5 mg/gün olarak başlanıp, 2 mg/gün olacak şekilde haftalık olarak artırıldı. Hasta da iştah artışında azalma ve kilo alımında duraklama görüldü. Aripiprazol tedavisinin 2. haftasından sonra klinik düzelmeler başlamış 1. ayda yakınmalar çok nadiren görülür hale gelmişti. Hasta da sınırlı da olsa alınan fazla kilonun kaybı da sağlandı.

Tartışma: Risperidon, OSB tanılı çocukların tedavisinde etkinlik gösterse de, uyku hali, kilo alımı, gibi bazı yaygın olumsuz olaylarla ilişkilidir. Aripiprazol dopamin D2 reseptörlerine ve serotonin 5-HT1A reseptörlerine kısmi (parsiyel) agonistik etkisi mevcuttur. Bununla birlikte serotonin 5-HT2A ve 5HT2B reseptörlerine ise antagonistik etki göstermektedir. Dopaminerjik ve serotonerjik sistemler üzerine bu karmaşık ve kendine özgü etkileri açısından diğer antipsikotiklerden farklıdır. Aripiprazolün 5-18 yaş arasında kullanımına dair çalışmalar sıklıkla mevcut iken, beş yaş öncesi çocuklarda kullanımı ile ilgili literatür sınırlıdır. 5 yaş altı çocuklar için daha fazla çalışmaya ihtiyaç olduğu kanaatindeyiz. Yan etkiler genellikle hafif derecede olmakla birlikte bu yaş grubunda antipsikotikleri dikkatli kullanmak gerekir. Kullandığımız vaka bize okul öncesi çocuklarda kullanımı ile ilgili ipuçları sunmaktadır. Aripiprazol küçük yaş çocuklarda da güvenilir ve etkin bir seçenek gibi görünmektedir.

Anahar kelimeler: Otizm Spektrum Bozukluğu, Çocuk, Aripiprazol, Saldırganlık

SOSYAL ANKSİYETE BOZUKLUĞU VE EŞTANILI MADDE KULLANIM BOZUKLUĞU: BİR OLGU SUNUMU

Güner Suyabatmaz¹, Çiçek Hocaoglu²

¹Avrasya Üniversitesi, Fen Edebiyat Fakültesi, Psikoloji Bölümü, Trabzon

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

Amaç: Sosyal anksiyete bozukluğu (SAB), kişinin toplumsal ortamlarda mahcup ya da rezil olacağı, başkaları tarafından yargılanabileceği kaygısını taşıdığı, bu konuda belirgin olarak sürekli korku yaşadığı ve bu ortamlardan olabildiğince kaçındığı bir anksiyete bozukluğudur (1). Özellikle yaygın tip SAB'nun gençlik ve erken erişkinlik yaşlarında başlaması nedeniyle bu kişiler sosyal ve mesleki yaşamlarında, toplumsal destek sistemlerinin gelişmemesi, okuldan atılma, işsiz kalma, iş görüşmesi yapamama gibi sorunlar yaşayabilir. Günlük hayattaki sosyal ve ekonomik kayıplarına rağmen SAB olan kişilerin, diğer anksiyete bozukluğu olanlara göre daha az yardım arama davranışı gösterdikleri bulunmuştur (2,3). Klinik gözlemlerde kişilerin hekime genellikle SAB belirtileri nedeniyle değil, eşlik eden bozuklukların belirtileri nedeniyle başvurdukları gözlenmektedir. Bu bireylerde, depresif bozukluklar, diğer anksiyete bozuklukları ve alkol/madde kötüye kullanımı birlikteliği sık görülür. Eştanı varlığı SAB'nin şiddetini artırabilir, tedaviye yanıtı azaltabilir, alkol ya da diğer psikoaktif madde kullanımı ile kişiye zarar veren "başa çıkma yolları" ortaya çıkarabilir (3).

Olgu: Bu çalışmada ayaktan tedavi birimimize göz bebeklerinin büyüdüğünü düşünme, kalabalık ortamlara girememe, özellikle topluluk önünde konuşamama, ellerinde titreme, keyifsizlik, moralsizlik yakınmaları ile başvuran 25 yaşında, fabrikada mevsimlik işçi olarak çalışan bekar, orta-okul mezunu erkek hasta sunulmuştur. Hastanın ilk yakınmalarının 16 yaşında iken başladığı, bu nedenle lisede okul başarısının düştüğü, eğitimini yarıda bıraktığı, arkadaş ilişkilerinin etkilendiği, bu durumdan kurtulmak 'rahat olmak' için önce alkol kullanımının takiben de çok farklı psikoaktif madde kullanımının olduğu öğrenildi. Psikiyatrik değerlendirme sonrası DSM-5'e göre sosyal anksiyete bozukluğu, çoklu madde ile ilişkili bozukluklar tanıları ile tedavisi düzenlenen, çalışma öncesi bilgilendirilerek onamı alınan olgu literatür bilgileri ışıında tartışılacaktır

Tartışma: Bir çok çalışmanın sosyal anksiyete bozukluğu ile madde kullanım bozukluğu tanıları arasında güçlü bir ilişki olduğunu göstermesine rağmen, bu ilişkinin yönü ya da nedenselliği konusunda belirsizlik vardır (4). Hem madde kullanım bozukluğu hem de sosyal anksiyete bozukluğu olan hastalar bu bozuklukların sadece birine sahip olanlara göre daha şiddetli belirtiler ve daha fazla yetersizlik gösterdikleri için yüksek eştani oranları endişe doğurmaktadır. Çalışmamız bu durumu vurgulaması açısından önemlidir.

Kaynaklar

1. Morris EP, Stewart SH, Ham LS. The relationship between social anxiety disorder and alcohol use disorders: a critical review. *Clin Psychol Rev* 2005; 25:734-760.
2. Buckner JD, Schmidt NB, Lang AR, Small JW, Schlauch RC, Lewinsohn PM. Specificity of social anxiety disorder as a risk factor for alcohol and cannabis dependence. *J Psychiatr Res* 2008; 42:230-239.
3. Evren C. Social Anxiety Disorder and Alcohol Use Disorders. *Psikiyatriye Güncel Yaklaşımlar Current Approaches In Psychiatry* 2010;2(4):473-515.
4. Meade Eggleston AM, Woolaway-Bickel K, Schmidt NB. Social anxiety and alcohol use: evaluation of the moderating and mediating effects of alcohol expectancies. *J Anxiety Disord* 2004 18:33-49.

Anahtar kelimeler: sosyal anksiyete bozukluğu, madde kullanım bozuklukları, eştani

YETİŞKİN AYRILMA ANKSİYETESİ BOZUKLUĞU: BİR OLGU SUNUMU

Gamze Vesile Çolak¹, Çiçek Hocaoglu²

¹Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, İnsan Ve Toplum Bilimleri Fakültesi, Psikoloji Bölümü, Ankara

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

Amaç: Ayrılma anksiyetesi, kişinin, anne ya da bağlanma figüründen ayrılma durumunda veya ayrılma beklentisinde anksiyete yaşaması halidir (1). Ayrılma anksiyetesi bozukluğu (AAB) ise DSM-IV'de çocukluk dönemi için tanımlanmış olan tek anksiyete bozukluğudur ve sıralanan 8 tanı ölçütünden herhangi üçünün var olması AAB tanısı için yeterlidir. Önceleri AAB'nin erişkinliğe uzanmadığı ve geç ergenlikte ortaya çıkışının da nadir olduğu kabul edilmesine karşın, son yıllarda ayrılma anksiyetesi bozukluğunun ana belirtilerinin yetişkinlikte de sürdüğü ya da ortaya çıktığı birçok çalışmayla gösterilmiştir (1,2). Yetişkinlikte ayrılma anksiyetesi belirtileri saptanan bireylerin 1/3'ünde yakınmaların yetişkinlik döneminde ortaya çıktığı belirlenmiştir. Yetişkinlikte görülen ayrılma anksiyetesi belirtileri olgunlaşmanın getirdiği bazı küçük değişiklikler dışında çocuklarda görülen belirtilere benzemektedir. Yetişkinlik AAB'sinin yaşam boyu yaygınlığı %6.6 olarak bildirilmiştir (3). Yetişkin AAB oluş nedenleri, klinik özellikleri, risk faktörleri, tedavi yaklaşımları ile yeterli çalışma mevcut değildir.

Olgu: Bu çalışmada ayakta tedavi birimimize tek başına kalamama, ailesi olmadan farklı mekanlara gidememe, sürekli olarak ailesi ile kalmak isteme, ailesine bir şey olacağı endişesi, moral-sizlik, işini yapamama, keyifsizlik, isteksizlik yakınmaları ile babası refakatinde başvuran 24 yaşında, bekar, üniversite mezunu, öğretmen kadın hasta sunulmuştur. Psikiyatrik değerlendirme sonrası DSM-5'e göre ayrılma anksiyetesi bozukluğu ve depresif bozukluk tanıları ile sertralin 50mg/gün tedavisi önerilen hastanın son 2 yıldır geceleri annesi ile yatıp uyuduğu, gideceği tüm yerlere annesi ile gittiği öğrenildi. Daha önce herhangi psikiyatrik öyküsü olmayan çalışma öncesi bilgilendirilerek onamı alınan olgu literatür bilgileri ışığında tartışılacaktır.

Sonuç: DSM-5 tanı sisteminde yetişkinleri içeren tanı ölçütleri ile yetişkin AAB olgularının ve riskli grupların erken saptanıp ayırt edilmesi ile erken ve özgün tedavi programları ile yeti yitiminin önüne geçilebilir. Böylece iyi prognoz, işlevselliğin daha çabuk düzelmesi ve normal hayata daha erken, komplikasyonsuz dönüş sağlanabilir. Yetişkin AAB henüz açıklığa kavuşturulmamış birçok yönüyle araştırılmayı beklemektedir. Bu nedenle çalışmamızın bu alanda yapılacak çalışmalara katkı sağlayacağı inancındayız.

Kaynaklar

1. Baldwin DS, Gordon R, Abelli M, Pini S. The separation of adult separation anxiety disorder. CNS Spectr. 2016 Aug;21(4):289-94.
2. Bögel SM, Knappe S, Clark LA. Adult separation anxiety disorder in DSM-5. Clin Psychol Rev. 2013 Jul;33(5):663-74. doi: 10.1016/j.cpr.2013.03.006.
3. Strawn JR, Dobson ET. Individuation for a DSM-5 disorder: Adult separation anxiety. Depress Anxiety. 2017 Dec;34(12):1082-1084.

Anahtar kelimeler: Ayrılma anksiyetesi bozukluğu, tanı, tedavi

KASITLI KENDİNE ZARAR VERME DAVRANIŞI: BİR OLGU SUNUMU

Gamze Vesile Çolak¹, Aslı Enzel Koç², Çiçek Hocaoglu²

¹Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, İnsan Ve Toplum Bilimleri Fakültesi, Psikoloji Bölümü, Ankara

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

Amaç: Kasıtlı kendine zarar verme davranışı (KKZVD), yaygınlığı giderek artan ve özellikle ergenlik döneminde sık görülen önemli bir ruh sağlığı sorunudur (1). Sınır kişilik bozukluğu ölçütlerinde de geçen “self-mutilation” terimi, genellikle bir vücut parçasının fiziksel ya da işlevsel olarak tam ya da kısmi kaybını içeren ağır bir kendine zarar verme biçimini ifade eder. İntihar niyeti ile kendine zarar vermenin birlikte ele alınması kavram karmaşıklığına yol açmakta ve dolayısıyla iki fenomenin birbirinden farklı anlamları olduğu gerçeğinin üzerini örtmektedir (2,3). KKZVD’na özel bir psikiyatrik bozukluk yoktur. Çeşitli psikiyatrik bozukluklarda KKZVD görülebilir. Kendine zarar verenlerde depresyon, anksiyete bozuklukları, travma sonrası stres bozukluğu, disosiyatif bozukluk, madde kullanım bozuklukları, davranım bozukluğu, yeme bozuklukları ve özellikle sınır kişilik bozukluğu olmak üzere kişilik bozuklukları en sık görülen ruhsal bozukluklardır (4).

Olgu: Bu çalışmada ayaktan tedavi birimimize sinirlilik, saldırgan davranışlar, öfkelilik, uykusuzluk, zaman zaman vücudunun özellikleri kollarını kesici aletlerle kesme yakınmaları ile ailesi refakatinde başvuran 22 yaşında, bekar, ortaokul mezunu erkek hasta sunulmuştur. Çocukluk ve ergenlik döneminden bu yana çabuk sinirlendiği, arkadaş ve aile bireyleri ile sık sık sorunlar yaşadığı belirtilen hastanın özellikle son 1 yıldır askerlik yaptığı sırada kendine kasıtlı zarar verme, moral-sizlik, isteksizlik, uyku düzensizliği, kontrolsüz bir şekilde madde ve alkol kullanımı, ara ara öfke patlamalarını takiben ne yaptığını hatırlayamama yakınmalarının olduğu öğrenildi. Çalışma öncesi bilgilendirilerek tedavi öncesinde ve tedavi sonrasında karşılaştırma amaçlı yara bölgeleri fotoğraflanarak kayıt altına alınan olgu literatür bilgileri ışığında tartışılacaktır.

Sonuç: KKZVD genellikle ergenlik döneminde başlamakta; genel toplumda görülme sıklığı %1 iken, bu oranın ergen ve genç erişkin yaş grubunda %12’ye kadar çıkabileceği tahmin edilmektedir (3). KKZVD bazı gençlerde olgumuzda da olduğu gibi tekrarlayıcı bir davranış olarak sürmektedir (4). Etiyolojisinde psikodinamik, biyolojik, psikolojik, ailesel, çevresel pek çok nedenin yer aldığı ve çok sayıda psikiyatrik bozukluğun seyri sırasında ortaya çıkan KKZVD konusunda klinisyenlerin duyarlı olması önem arz etmektedir.

Kaynaklar

1. Çelik FGH, Hocaoglu Ç. Deliberate Self Harm Behavior Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry 2017;9(2):209-226.
2. Alataş E, Bulut SD, Berkol TD, Alataş G. Kendine zarar verme davranışı olarak tekrarlayıcı şekilde kendi ağız mukozasını kesme: olgu sunumu. Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences. 2014; 27:173-177.
3. Brunner R, Parzer P, Haffner J, Steen R, Roos J, Klett M, Resch F. Prevalence and psychological correlates of occasional and repetitive deliberate self-harm in adolescents. Arch Pediatr Adolesc Med. 2007; 161:641-649.
4. Ernst C, Morton CC, Gusella JF. Self-injurious behaviours in people with and without intellectual delay: implications for the genetics of suicide. Int J Neuropsychopharmacol. 2010; 13:527-528.

Anahtar kelimeler: Kasıtlı kendine zarar verme davranışı, etiyoloji, risk faktörleri



Resim 1. Olgunun tedavi öncesi yara bölgeleri



Resim 2. Olgunun tedavi sonrası yara bölgeleri

VASKÜLİTE BAĞLI AFFEKTİF BOZUKLUK OLGUSU

Pelin Özkara Menekşeoğlu¹, Özge Şahmelikoğlu Onur¹, Büşra Güney¹

¹Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Ve Sinir Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

Giriş: Vaskülit, kan damarlarının iltihaplanması olup santral ve periferik sinir sistemini etkileyebilir. Sistemik vaskülitte nörolojik ve psikiyatrik semptomlar çeşitlilik gösterebilmektedir. Bu olguda, bipolar bozukluk psikotik özellikli manik hacmeyle başvuran vaskülit sunulacaktır.

Olgu: 29 yaşında, evli, en küçüğü 8 aylık 4 çocuk sahibi, çalışmayan kadın, 15 gündür olan, 3 gündür artan sinirlilik, saldırganlık, şüphecilik, uyuyamama, evden kaçma, yakınmalarıyla acil servise başvuran hasta homisid riskiyle yatırıldı. Psikiyatrik muayenesinde bilinci açıktı, oryante ve koopereydi. Konuşma hızı ve miktarı, psikomotor aktivitesi artmıştı. Duygulanımı canlı, duygudurumu iritablardı. Çağrışımları hızlanmıştı, amaca yönelmekte zorlanıyordu. Perseküsyon hezeyanı ve işitsel varsanıları mevcuttu, muhakemesi bozulmuştu. İlgörüsü yoktu. Glaskow Koma Skalası'nda 15 puan aldı, meningeal irritasyon, kafa çiftleri, ekstrapiramidal sistem, refleks, duyu, kas gücü muayenesi normaldi. Mini mental testten 27, Young Mani Derecelendirme Ölçeğinde 46, Hamilton Depresyon Ölçeğinde 5 puan aldı. Özgeçmişinde ve aile öyküsünde psikiyatrik patoloji saptanmadı. Kan ve idrar tetkiklerinde patoloji saptanmadı. EEG normaldi. Kranial MR'de frontal ve parietal bölgelerde periventriküler ve subkortikal milimetrik boyutlu, multiple T2A ve flair hiperintensitele-ri, diffüzyon kısıtlanması saptanması üzerine nörolojiye danışıldı. Vaskülit düşünüldü. DSM 5'e göre genel tıbbi durumuna bağlı affektif bozukluk düşünülen hastaya Haloperidol 10mg/g ve biperiden 5mg/g(i.m)ve ketiyapin 100mg/g başlanıp risperidon 4mg/g 'e geçildi, valproik asit 500mg/g ve asetilsalisilik asit 100 mg/g eklendi. Yakınmaları gerileyen hasta mevcut tedavisiyle taburcu edildi.

Sonuç: Literatürde affektif tablolarla başvuran vaskülitler bildirilmiştir. Olgumuz da dikkate alınarak ilk psikiyatrik başvuruda vaskülitin alta yatabileceği akılda tutulmalıdır.

Anahar kelimeler: vaskülit, bipolar bozukluk

RİSPERİDON İLE İLİŞKİLİ HİPERPROLAKTİNEMİNİN ARIPIPRAZOL İLE TEDAVİSİ

Sadık Aydın¹

¹*Siirt Devlet Hastanesi*

Giriş: Hiperprolaktinemi antipsikotik ilaçların yan etkilerinden biridir. Klinik olarak, plazma prolaktin seviyesinin erkeklerde 20 ng/ml ve kadınlarda 25 ng/ml'nin üstü hiperprolaktinemidir. Antipsikotiklerin neden olduğu en belirgin hiperprolaktinemi semptomları ; göğüslerde hassasiyet, galaktore, menstruel düzensizlik, libidoda azalma, kemik mineral yoğunluğunda azalma.Tipik antipsikotiklerin hepsi ve atipik antipsikotiklerden risperidon ve amisülpiridin serum prolaktin seviyesini yükselttiği bilinmektedir. Atipik antipsikotiklerden ketiapin, olanzapin, klozapin, ziprasidon ve aripiprazolün serum prolaktin düzeylerini çok az ya da hiç yükseltmediği ileri sürülmektedir. Bu vakada, risperidon ile tedavi edilen ve hiperprolaktinemi yan etkisi gelişen olgunun aripiprazol ile tedavisi anlatılmıştır.

Olgu: 34 yaşında, evli, üniversite mezunu, kadın hasta. Polikliniğimize yakınları tarafından getirildi. İş yerindekilerin kendisi hakkında dedikodu yaptığını, arkasından iş çevirdiklerini, bilgisayarındaki bilgileri çaldıklarını, kameralarla takip ettiklerini söylüyormuş. Bu nedenle bir gün aniden işten ayrılmış ve o zamandan beri evden dışarı çıkmıyormuş. Polis tarafında takip edildiğini, telefonunun dinlendiğini, onu siyah arabalarla izlediklerini söylüyormuş. Ailesi tarafından getirilen olgunun ilk ruhsal muayenesinde; çağrışımları düzenli ve birbiriyle ilişkiliydi, düşünce içeriğinde işitsel halüsinasyonlar, referans, perseküsyon ve grandiyöz hezeyanlar mevcuttu. Duygulanımı iritabil, psikomotor ajitasyonu mevcuttu. Gerçeği değerlendirme ve yargılama bozuktu, iç gözü yoktu. Paranoid şizofreni tanısı düşünülen hastaya risperidon uzun etkili depo enjeksiyonu başlandı. Tedavi yanıtı göz önüne alınarak dozu kademeli olarak 12 haftada 50 mg/15 gün e artırıldı. 12 haftanın sonunda alınganlık, şüphecilik ve zarar göreceğini düşünme azalmıştı. İşine tekrar başladı. Takiplerde amenore ve galaktore gelişen hastanın serum prolaktin düzeyi 89 ng/ml saptanıldı. Sonra, hiperprolaktinemisini azaltmak için tedaviye aripiprazol 5 mg/gün eklenildi. 1ay sonra kontrol prolaktin seviyesi 27 ng/ml olarak tespit edildi. Zamanla hastanın sosyal işlevselliği arttı, düşünce içeriği normale döndü, amenore ve galaktore düzeldi.

Tartışma: Risperidon yüksek oranda hiperprolaktinemiye neden olmaktadır. Diğer atipik antipsikotiklere kıyasla 5-HT₂ reseptörlerine ve D₂ reseptörlerine yüksek afinite ile bağlanır, bunun prolaktin yüksekliğine daha fazla neden olduğu ileri sürülmektedir. Oral risperidon alanların % 72-100'ünde, uzun etkili intramusküler risperidon formu kullananların % 53- 67'sinde hiperprolaktinemi saptanmıştır. Aripiprazol yeni nesil antipsikotikler arasında ilk potent D₂ parsiyel agonistidir. Hiperdopaminerjik durumda antagonist, hipodopaminerjik durumda agonist etkileri nedeniyle dopamin düzenleyicisi olarak anılmaktadır. Aripiprazol D₃ reseptörlerine de yüksek afinite ile bağlanmaktadır. Aripiprazol, psikotik hastalarda semptomatik hiperprolaktineminin etkilerini azaltmak ve antipsikotik etki yapmak amacıyla kullanılabilir. Bu olgu sunumunda, risperidona bağlı hiperprolaktinemi ve buna bağlı amenore gelişen paranoid şizofreni hastasında tedaviye parsiyel dopamin agonisti aripiprazolün eklenmesiyle prolaktin seviyelerinin normal seviyesine düşmesi ve hastanın normal menstrüel siklusuna dönmekinden bahsedilmiştir.Klinik belirtilerde belirgin düzelme olup hiperprolaktinemi gelişen olgularda tedaviye aripiprazol eklenmesi ilk seçenek olarak düşünülebilir.

Anahtar kelimeler: aripiprazol, hiperprolaktinemi, risperidon, şizofreni

VAJİNİSMUS VE PANİK BOZUKLUK BİRLİKTELİĞİ : OLGU SUNUMU

Merve Akkuş¹, Faruk Kılıç¹

¹Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı

Amaç: Vajinismus, DSM-5'te cinsel birleşme sırasında, vajinaya girme eyleminin gerçekleşeceği beklenirken veya girme sırasında vulvovajinada ağrı duyma ile ilgili korku/kaygı duyma ve vajinaya girme girişimi sırasında pelvis tabanı kaslarını çok germe veya sıkma olarak tanımlanarak 'genito-pelvik ağrı ve penetrasyon bozukluğu' başlığı altında yer almaktadır (1).Cinsel işlev bozukluklarıyla diğer psikiyatrik rahatsızlıkların sık birliktelik gösterdiği gözlemlenmektedir.Eşlik eden psikiyatrik hastalığının sıklıkla cinsel işlev bozukluğunun tedavisini zorlaştırdığı ve tedaviye yanıtı olumsuz etkilediği öne sürülmektedir (2).Bu bildiride vajinismus tanısı ile izlenen bir olguda eşlik eden panik bozukluğun bilişsel davranışçı terapisi (BDT) ile vajinismusun da çözüldüğünün sunulması amaçlanmıştır.

Olgu: Bayan A 29 yaşında, 1 yıldır evli, üniversite mezunu ve muhasebeci, eşi ise üniversite mezunu, polis memuru olarak çalışıyor. 4 yıldır panik bozukluk nedeniyle sitolopram 40 mg/gün kullandığı ve bir yıldır remisyonda olduğu anlaşıldı.Eviliklerinin ilk gününden beri cinsel ilişki sırasında ağrı yaşayacağı korkuları ve başarısız cinsel ilişki denemelerinden sonra jinekoloji polikliniğine başvurmuşlar.Muayene sonrasında vajinismus ön tanısıyla psikiyatriye yönlendirilmişler. Klinik değerlendirmemiz sonucunda çift vajinismus tanısıyla BDT programına alındı.İlk seanslarda cinsel organların anatomisi, fizyolojisi anlatılarak, yanlış cinsel inanışlar üzerine konuşuldu. Takip eden görüşmelerde duylulara odaklanma tekniği ve aşamalı maruziyet tekniği konuşularak ev ödevi planlandı.Görüşmelerde Bayan A ödevlerini yapamadığını belirtti. Bu davranışa neden olan etkenlere yönelik görüşüldüğünde, bu tedavinin başarılı olması durumunda, muhtemel bir gebelikle, kullanmış olduğu antidepresan ilacı kesmek zorunda kalacağı, tekrar hasta olacağı, panik atak yaşayacağı ve buna katlanamayacağı düşüncelerinin olduğu anlaşıldı.Bu görüşme sonunda Bayan A'ya panik bozukluk ve dayanıksızlık inancına yönelik BDT görüşmeleri yapıldı.Mevcut ilacın dozu azaltıldığında semptomların beklediği şekilde yeniden ortaya çıkmadığını, ara ara olan panik atak benzeri tablolarla başedebildiğini, nefes ve gevşeme egzersizlerini aktif olarak kullanabildiğini belirten Bayan A, takip eden görüşmelerde cinsel birlikteliğin olduğunu ifade etti.

Tartışma:Vajinismus hastalarında fobik reaksiyonlar sadece vajinal ağrı ve vajinal penetrasyon ile sınırlı olmayıp bu kişilerin genel anksiyete düzeyleri ile anksiyeteye yatkınlığının daha yüksek olduğu bildirilmiştir (3).Aynı zamanda anksiyete düzeylerinin yüksek olmasının cinsel işlevleri olumsuz etkilediği gösterilmiştir (3).Bizim olgumuzda vajinismus nedeniyle başvurmasına rağmen hastanın eşlik eden panik bozuklukla ilişkili otomatik düşünceler,inançlar tedavide dirence sebep olmuştur.Bu düşüncelere yönelik görüşmeler yapıldığında vajinismusun çözüldüğü görülmüştür. Sonuç olarak;vajinismusla başvuran hastalarda komorbid psikiyatrik hastalıkların varlığı ve bu hastalıkların tedavisi klinik yanıtı büyük oranda etkileyebileceği düşünülmektedir.

Kaynaklar

1. Amerikan Psikiyatri Birliği (2013) Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Beşinci Baskı (DSM-5)
2. Hawton K, Catalan J, Martin P ve ark.(1986) Long-term outcome of sex therapy. Behav Res Ther 24:665-75.
3. Karagözüel EÖ, Arslan FC, Tiryaki A, ve ark.(2016) Sociodemographic features, depression and anxiety in women with life-long vaginismus. Anadolu Psikiyatri Derg 17:489-95.

Anahtar kelimeler: panik bozukluk, vajinismus, bilişsel davranışçı terapi

IV BUPRENORFİN + NALOKSON KÖTÜYE KULLANIMI OLAN BİR OLGU SUNUMU

Berfu Ünal¹, Zehra Arıkan¹

¹Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastahanesi

Giriş: Opioid bağımlılığı arındırma tedavisinde kullanılan buprenorfin kısmi opioid mü reseptörü agonistidir, kötüye kullanımı azaltmak amacıyla nalokson ile kombine preparatları bulunmak-tadır.¹ Opioid bağımlılarında buprenorfin+nalokson kötüye kullanımı görülebilmektedir.² Burada çoklu madde kullanımı sonrası eroir kullanımı olmadan doğrudan buprenorfin+nalokson kötüye kullanımı olan bir olgu sunulmuştur.

Olgu: 24 yaşında, lise mezunu, erkek hasta;1 hafta önce naltrekson 50 mg/g alımı sonrası vücut ağrıları, kasılma, terleme gibi şikayetlerle acil servise başvurulmuş ve tedavi amacıyla servisimize yatırılmıştır. Hastanın 1 yıldır illegal bir şekilde buprenorfin+nalokson temin ettiği ve kullandığı, başlangıçta bu ilacı sublingual olarak kullanırken, son 6 aydır kaşıktaki eriterek IV olarak kullandığı öğrenildi. Geçmişte ekstazi, kokain ve esrar kullanımı olan hastanın son 1 yıldır sadece buprenorfin+nalokson kullandığı, günlük dozun 8/2 mg/g olduğu bilgisi ailesinden alındı. Hastanın şimdiye kadar en fazla 10 gün kadar temiz kalabildiği, IV kullanımına eşlik eden pregabalın kötüye kullanımı olduğu öğrenildi. Hasta, bir yakınının eroir entoksikasyonu sonrası öldüğünü, bu nedenle eroir almaktan kaçınarak doğrudan bu ilacı aldığını ifade etti. Ruhsal durum muayenesinde kaşektik görünümdeydi, belirgin psikomotor ajitasyonu vardı, duygudurumu çökkündü. Rutin kan tetkikleri normaldi.İdrarda madde taraması opioid ve buprenorfin için negatif geldi. Hastaya opioid kullanım bozukluğu tanısıyla naltrekson 12,5 mg/g başlanarak dozu tedricen 50 mg/g'e kadar çıkıldı. Eşlik eden yoksunluk belirtileri için pregabalın 300 mg/g ve ketiapiin 300 mg/g başlandı. Hasta servisi-mizde 10 gün takip edildikten sonra ketiapiin 300 mg/g ve naltrekson 50 mg/g ile taburcu edildi. Hastanın 3. ay poliklinik kontrolünde idrarda madde testi negatif saptandı.

Tartışma: Literatürde self-medikasyon amaçlı analjezik özellikleri de olduğu için migreni olan,buprenorfin+nalokson kullanan 35 yaşında bir kadın hasta bildirilmiştir.³ Ülkemizde buprenorfin+nalokson sadece opioid bağımlılığında endike olup analjezik amaçlı kullanılmamaktadır. Klinik gözlemlerimize göre opioid bağımlıları tedavi amaçlı reçete edilen buprenorfin+nalokson preparatlarını illegal bir biçimde başkalarına satabilmektedir. Bu olguda da hasta ilacı illegal bir biçimde temin etmiştir, ancak daha öncesinde eroir ya da başka bir opioid türevini kullanmamış olması ilginç bulunmuştur.

Anahtar kelimeler: buprenorfin+nalokson, opioid bağımlılığı, yoksunluk

VENLAFAKSİNLE HİPERTRİKOZİS GELİŞEN BİR OLGU SUNUMU

Sevda Korkmaz¹, Dilek Bakış Aksoy¹, Murad Atmaca¹

¹Fırat Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı

Giriş-Amaç: Venlafaksin, düşük dozlarda serotonerjik, daha yüksek dozlarda noradrenarjik ve dopaminerjik etkilerinin ortaya çıkan bir antidepresandır. Venlafaksin kullanan hastalarda pruritus, fotosensitivite, psöriasiform lezyonlar, alopesi, seboeik dermatit gibi cilt lezyonları bildirilmiştir. Literatüre bakıldığında bu yan etkilerin yanı sıra alopesi gelişen hastalara da nadir olarak rastlanmaktadır (1). Ancak venlafaksin kullanımı sonrasında gelişen hipertrikozis vakasına rastlanılmamıştır. Çalışmamızda, venlafaksin kullanımına bağlı saç kaybı ve hipertrikoz gelişen bir olgudan bahsedilmesi amaçlanmıştır.

Olgu: 35 yaşında, evli, lise mezunu, kadın hasta. Yaklaşık 3 aydır başlayan keyifsizlik, içe kapanma, mutsuzluk, uyuyamama, halsizlik, sıkıntı hissi, huzursuzluk, çarpıntı hissi, hayattan ve zevk veren etkinliklerden keyif alamama şikayetleri ile polikliniğimize başvurdu. Hastaya Karma Anksiyete ve Depresif Bozukluk tanısı konarak Sertralın 50 mg/gün tedavisi başlandı. Kontrol muayenelerinde tedaviden fayda görmediği anlaşılan hastaya Sertralın tedricen azaltılıp kesilerek Venlafaksin 75 mg/gün başlandı. Tedaviden kısmen fayda görmesi üzerine hastanın Venlafaksin dozu 112,5 mg/güne çıkıldı. Dozun artırıldığı ilk hafta hasta, saçlarında dökülme, vücudunda, kollarında ve yüzünde kılınma artışı olduğunu bildirdi. Rutin kan biyokimya ve Tiroid fonksiyon testleri ve D vitamini tetkiklerinde özellik görülmeyen hastaya istenilen Dermatoloji konsültasyonu sonucunda hipertrikoz tanısı konuldu, saç dökülmesinin mevsimsel olabileceği düşünüldü. Diğer sistem muayeneleri normaldi ve eşlik eden sistemik bulgular yoktu. Hasta aynı dozdan ilaca devam etti ancak bir ay sonraki kontrollerde de saç dökülmesi ve kılınma artışının devam ettiğini ve tedaviyi değiştirmek istediğini iletti. Mevcut tedavisi dışında başka ilaç kullanımı ve hastalığı olmadığı bilinen hastanın, sonradan gelişen durumunun venlafaksin ile ilişkili olabileceği düşünüldü. Mevcut tedavisi kesilerek paroksetin tedavisi başlandı. Hasta bir ay sonraki kontrol muayenesinde saç dökülmesinin durduğunu, kılınma şikayetine ise büyük oranda azaldığını ifade etti.

Tartışma-Sonuç: Hipertrikoz; yaşa, cinse ve ırka göre vellus ya da lanugo kıllarının androjen bağılı olmayan bölgelerde büyümesine verilen isimdir (2). Venlafaksin kullanımına bağlı gelişen hipertrikoz daha önce bildirilmemiş bir bulgu olduğundan, bu olgunun literatüre katkı sağlayacağını umuyoruz.

Kaynaklar

1. Pereira CE, Goldman-Levine JD. Extended-release venlafaxine-induced alopecia. Ann Pharmacother. 2007;41(6):1084.
2. Baumeis ter FAM, Schwarz HP, Sten gal Ruthowskis. Childhood hypertrichosis diagnosis and management. Arch Dis Child 1995; 72: 457-459.

Anahtar kelimeler: Venlafaksin, hipertrikozis, alopesi

KOKAİN YOKSUNLUĞU VE FEOKROMASİTOMA BİRLİKTELİĞİ

Şule Akıncı¹, Zehra Arıkan¹, Behçet Coşar¹, İrem Ekmekçi Ertek¹

¹Gazi Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı

Giriş: Taş (crack kokain), kokainin hidroklorik formuna sodyum bikarbonat veya amonyak ve su eklenerek elde edilir. Kokaine benzer şekilde dopamin ve noradrenalin geri alım inhibisyonu yaparak güçlü semptomimetik etki oluşturur. Vazokonstriktif ve analjezik etkisi vardır. Kokain bırakmasını takiben psikiyatriye başvuran, yatışı süresince semptom nedenleri araştırılırken feokromasitoma tanısı konan bir olgudan söz edilecektir.

Olgu: A. A. 35 yaşında, erkek hasta, şiddetli baş ağrısı nedeniyle kliniğimize yatırıldı. 16 yıl önce ilk olarak esrar kullanmaya başlayan hasta, zamanla extacy'e daha sonra da crack kokaine geçmiştir. 4 sene- dir taş kullanan hasta günlük ortalama 2 gram kullanıyormuş. 40 gün önce taş kullanımını bırakmasını takiben baş ağrısı başlamış. 5 gündür ağrı şiddeti artmış. Başvurudan önceki 3 geceyi acilde geçirmiş, her türlü ağrı kesici denenmiş ancak ağrısına morfin bile etki etmemiş. Bu nedenle servisimize yatırılan hastanın kullandığı naproksen kesildi. Yerine deksketoprofen trometamol başlandı. Almakta olduğu haloperidol 10 damla/gün, amitriptilin 100 mg/gün dozları kademeli olarak artırıldı. EKG çekildi. Cbc, biyokimya, TFT, hepatit markerleri, vitamin B12, demir, ferritin, CRP, sedimentasyon istendi. Beyin MR, EEG çekildi sonuçları normal olarak raporlandı. Tetkik sonuçlarıyla nörolojiye konsülte edildi. Analjezik kullanımına bağlı baş ağrısı düşünüldü. Hastaya VAS anlatıldı ağrısını puanlaması istendi. Takiplerde hastanın baş ağrısıyla eş zamanlı uyuşma ve çarpıntı gibi şikayetlerinin olduğu göz- lendi. Hastanın doz artışına rağmen verilen tedavilerden yararlanmadığı gözlemlendi. Ortalama ağrı puanı 6 olan hastanın 5 günde bir 9 şiddetine varan başını duvarlara vuracak kadar şiddetli ağrısı oldu. Yatışının 16. gününde baş ağrısına bulantı-kusma eşlik etti. Yatışının 25. gününde rutin tansiyon ölçü- münde tansiyonu 210/130 saptanması üzerine hasta dahiliyeye konsülte edildi. Dahiliye tarafından kortizol, ACTH, TSH, T3, T4, renin, aktif renin, aldosteron renin aktivitesi oranı, biyokimya, EKG, EKO, TİT, spot idrarda protein, kreatinin, renal ultrason ve doppler istendi. 3 günlük VMA'dan fakir diyet sonrası 24 saatlik idrarda normetanefrin, metanefrin, VMA, HVA, SHIAA gönderilmesi öne- rildi. Doppler USG'de sağ sürrenal bezde 49x48 mm boyutlarında izo-hipoekoik solid nodüler lezyon (feokromasitoma) olarak raporlandı. 24 saatlik idrarda VMA: 9,25 normetanefrin: 4451 metanefrin: 3029 saptandı, diğer tetkikleri normal bulundu.

Tartışma: Kokain kullanımı taşikardi, hipertansiyon, intraserebral kanama, miyokard enfarktüsü, subarahnoid kanama, iskemik, nöbet gibi pekçok komplikasyona yol açabilir. Feokromasitomaya bağlı taşikardi, aritmi, terleme hipertansif kriz sık görülen komplikasyonlardır. Olgunun zaten aşırı aktif olan sempatik sinir sistemini kokain kullanarak daha da fazla aktive etmesi tehlikeli bir durumdur. Hem kokain hem de feokromasitoma renin düzeyini yükselterek hipertansif krize neden olan etkenlerdendir, feokromasitoma zemininde kokain kullanılması da bu riski çok artırır. A. A.'nın kokain kullanımını bırakmasını takiben baş ağrısının başlaması ilk etapta yoksunluğa bağlanabilir. Detaylı sorgulandığında ağrının kokain kesilmesinden 1 ay sonra ortaya çıkması, şiddetinin giderek artması, hiçbir analjeziğe cevap vermemesi, baş ağrısına eşlik eden çarpıntı, göğüs ağrısı, uyuşma başka nedenleri de düşünmemize yol açmıştır. Klinisyenlerin madde toksikasyonu ve yoksunluğu gibi durumlarda tabloya uymayan semptom- lar gördüklerinde ayırıcı tanıları düşünmesi ve bunlara yönelik tetkikleri istemesi gerektir.

Anahat kelimeler: Taş,crack,kokain,feokromasitoma,kokain yoksunluğu,baş ağrısı

PLASENTA PREVİA OLAN GEBEDE ELEKTROKONVULSİF TERAPİ UYGULAMASI İLE BİPOLAR DEPRESYON TEDAVİSİ- OLGU SUNUMU

Nevlin Özkan Demir¹, Erdal Vardar²

¹Eirne Sultan I. Murat Devlet Hastanesi, Psikiyatri Kliniği

²Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Psikiyatri Anabilim Dalı

Giriş: Gebelikte ve postpartum dönemde bipolar bozukluğun (BB) relaps riski artmaktadır (1,2). Gebe olan BB tanılı hastaların sağaltımı sıklıkla klinisyenler için zorlayıcı bir durumdur. Elektrokonvulsif terapinin (EKT) gebelikte görece güvenilir bir uygulama olduğu ve ilaç maruziyetini azalttığı bilinmektedir (3,4). EKT'nin gebeliğin bazı durumlarında dikkatle kullanılması önerilmektedir. Bu durumlardan biri gebede plasenta previa (PP) bulunmasıdır. PP, plasentanın uterusun alt bölümüne yerleşmiş olması durumudur ve ağrısız vajinal kanamaya neden olabilmektedir (5). PP tanılı gebeye EKT tedavisi uygulanması gerekiyorsa kanama riski nedeniyle yakın takip önerilmektedir (6).

Olgu: BB tanısı olan 20 yaşında gebe hasta, acil servise konuşmama, ağlama, yeme - içmeyi reddetme ve zarar göreceğini düşünme yakınmaları ile getirildi. Hastanın acil serviste yapılan laboratuvar tetkikleri ve nörolojik muayenesi normaldi. Hasta, BB psikotik özellikli depresif epizod tanısı ile psikiyatri servisine yatırıldı ve olanzapin 10 mg/gün tedavisi başlandı. Kadın doğum konsultasyonu yapılan hastada 16 haftalık gebelik olduğu ve fetal kalp atımının pozitif olduğu tespit edildi. Psikomotor retardasyonu olan, depresif belirtileri şiddetlenen hastanın olanzapin tedavisi kesilerek ketiapin 600 mg/gün tedavisine geçiş yapıldı. İlaç tedavisinden yeterli yanıt alınamayan ve intihar düşünceleri gelişen hastaya, yatışının üçüncü haftasında EKT yapılması planlandı. Hasta anesteziyoloji ve kadındağum konsultasyonu ile EKT öncesi uygunluk açısından değerlendirildi. İlk EKT seansından sonraki gün hafif düzeyde kanaması olan hasta kadın doğum uzmanı tarafından tekrar değerlendirildi. PP saptanan hastada bu nedenle kanamanın olduğuna ancak bu durumun EKT için kontrendikasyon oluşturmayacağına, hastanın ruhsal durumunun kötü olması ve intihar düşünceleri nedeniyle EKT yapılmasının devam edilmesine karar verildi. Hastaya haftada 2 seans olmak üzere toplamda 7 seans bitemporal EKT uygulandı. EKT öncesi ve sonrası fetal kalp atımı kontrol edildi. Birinci ve altıncı seanslarda, müdahale gerektirmeyen hafif düzeyde vajinal kanama dışında bir komplikasyon oluşmadı. EKT tedavisinden belirgin fayda gören hastanın seanslar sonrasında, depresif belirtileri iyileşti. Hamilton depresyon ölçeği (HAM) puanı 32'den 6 puana geriledi. Hastanın devam eden poliklinik takiplerinde 38. haftada sezaryen ile sağlıklı bir bebek dünyaya getirdiği tespit edildi.

Tartışma: Bu yazıda, PP olan ve EKT ile başarılı bir şekilde tedavi edilmiş olan, BB depresif epizoddaki gebe hasta sunulmuştur. EKT, gebelik döneminde de kullanılabilen hızlı, etkin ve güvenilir bir tedavi yöntemidir. 169 vakanın değerlendirildiği bir derlemede, gebelerin % 62'sine psikotik depresyon tanısı ile EKT uygulandığı, en sık görülen beklenmeyen yan etkinin fetal kalp atımında azalma olduğu belirtilmiştir (7). Gebelerde EKT sonrası vajinal kanama görülebildiği genellikle takiple kendiliğinden düzeldiği raporlanmıştır (6). Sonuç olarak, BB için kar zarar hesabı göz önünde bulundurularak, anne ve bebek için en uygun tedavi yöntemin seçilmesi önemlidir. Özellikle hızla iyileşmenin beklendiği, intihar düşüncelerinin eşlik ettiği psikotik ya da şiddetli depresyon olgularında, EKT hızlı ve etkin bir tedavi yolu oluşturmaktadır. PP olan hastalarda da EKT güvenli uygulanan bir tedavi seçeneği olarak düşünülebilir. Bu olgularda kadın doğum uzmanı ve psikiyatri hekiminin işbirliği yaparak olası riskleri değerlendirmesi önerilir.

Anahtar kelimeler: elektrokonvulsif terapi, EKT, gebe, bipolar bozukluk, depresyon, plasenta previa

KLOZAPİN KULLANIM SONRASI GELİŞEN KEKELEME VE KONVÜLSİYON: OLGU SUNUMU

Cenk Kılıç¹, Şakir Gıca¹, Nesrin Karamustafaloğlu¹

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

Giriş: Klozapin, dirençli şizofrenide en etkili tedavilerden biridir. Sedasyon, hipersalivasyon, taşikardi, kabızlık, kilo alımı gibi tedavi uyumunu bozan sık yan etkilerinin yanında agranülositoz, miyokardit ve epileptik nöbet gibi daha nadir fakat ciddi yan etkileri mevcuttur. Kekemelik de klozapin kullanımında görülen nadir yan etkilerdendir ve literatürde kekemeliği epileptik nöbet ile ilişkilendiren bildirilerle de karşılaşılmaktadır.

Bu bildiride, klozapin kullanımıyla kekemelik ve ilişkili olarak epileptik nöbet yan etkisi gelişen bir olguu tartışmayı amaçladık. Klozapin kullanan-özellikle yeni başlanan veya dozu artırılan- hastalarda gelişen kekelemenin epileptik nöbet riski konusunda uyarıcı olabileceğine dikkat çekmek istedik.

Olgu: Yirmi beş yaşında, ortaokul mezunu, ailesiyle yaşayan kadın hasta, yeni başlayan kekeleme şikayeti ile başvurdu. Yaklaşık sekiz yıllık takip sürecinde şizofreni tanısı ile çeşitli atipik antipsikotik ilaçlar kullandığı ve fayda gördüğü öğrenildi. Üç ay önce yaptığı başvuruda işitsel varsanların yeniden başladığı ve perseküsyon, referans hezeyanlarında artış görüldüğü, hastanın geçmiş tıbbi kayıtları ve tetkikleri incelenerek (EEG, rutin biyokimya, hemogram ve kraniyal MRI görüntüleme) klozapin başlanmasına karar verildiği saptandı. Klozapin başlandıktan sonra nispeten hızlı bir titrasyon yapıldığı ve 10. Günde 200mg/gün dozuna çıkıldığı öğrenildi. Hasta poliklinikte tarafımızca değerlendirildiğinde 200 mg/gün klozapin kullanmakta ve işitsel varsanlarda ve hezeyanlarında belirgin gerileme mevcuttu. İlaç yan etkileri sorgulandığında 150mg/günden sonra hastada kekemelik başladığı ifade edildi. Klozapin titrasyonu durdurulan hasta nörolojiye konsulte edilerek EEG planlandı. İki gün sonra tonik-klonik epileptik nöbet geçiren hastanın EEG de yaygın ön tarafta biyoelektirik aksama saptandı. Nöbet sonrası tedavisinde, daha önce fayda gördüğü amisulpirid tedavisinin yan etkiler nedeniyle değiştirildiğinin öğrenilmesi üzerine amisulpirid 400mg/gün ve biperiden 2mg/gün başlandı. Hastanın takiplerinde tekrar nöbet görülmedi ve pozitif psikotik bulguları tamamen geriledi.

Tartışma: Kekemelik, ses, hece veya kelimelerin sık tekrarlanması, uzatılması veya konuşmanın normal akışını bozan duraklamalar olarak tanımlanabilir. Kekemelik genelde gelişimseldir. İkincil olarak nörolojik ve psikiyatrik hastalıklarda görülebildiği gibi ilaç yan etkisi olarak da görülebilmektedir. Literatürde antidepressan ilaçlar, risperidon, olanzapin, aripiprazol ve nadiren de olsa klozapinin de kekelemeye neden olduğu bildirilmiştir. Düzelmeleri için genellikle doz azaltımı önerilmiştir.

Kekemelik mekanizması karmaşıktır ve tam anlaşılmamış olsa da kanıtlar büyük ölçüde fronto-temporo-parietal ağları ve subkortikal yapıları içeren somatosensör, dil ve motor bölgelerin entegrasyonunun olmadığını göstermektedir. Nitekim bizim olgumuzda da özellikle frontal bölgede elektriksel aktivitede azalma saptanmıştır.

Antipsikotik kullanımına bağlı gelişen kekemeliğin mekanizması da tam olarak anlaşılmamış ve sıklıkla ekstrapiramidal yan etkiler ile ilişkilendirilmiştir. Ancak klozapinin düşük dopaminerjik afinitesi patogeneze ekstrapiramidal yan etki ihtimalini azaltmaktadır. Buna rağmen klozapine bağlı kekelemelik üzerine yapılan bazı bildiri ve çalışmalarda kekemelik ile EEG’de nöbet benzeri aktiviteler arasında ilişki olduğu gösterilmiştir. Ayrıca kekemeliğin antiepileptiklerle iyileşme gösterdiği de bildirilmiştir.

Anahtar kelimeler: Şizofreni, Klozapin, Epilepsi

TRİKOTİLLOMANİ TEDAVİSİNDE ARIPIPRAZOL İLE GÜÇLENDİRME: BİR OLGU SUNUMU

Muhammet Kanat¹, Çiçek Hocaoglu²

¹Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Rize

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

Giriş: Trikotillomani, tekrarlayan kronik saç yollarla karakterize, önemli saç kayıpları ile sonuçlanabilen ruhsal bir bozukluktur. Çok eski yıllardan beri bilinmesine rağmen, bugün hala epidemiyolojisi, etiyojisi, alt tipleri, tedavi yaklaşımları tam olarak bilinmemektedir. Son dönemlerdeki temel klinik verilere göre daha önceleri inanıldığından daha yaygın görülmektedir. Tipik olarak kritik gelişimsel dönemler içinde yer alan çocukluk ve erken ergenlik sürecinde başlayan bozukluk sıkıntılı, istenmeyen durumları takiben yeniden ortaya çıkabilir (1,2). Tedavisi ile ilgili bilgiler oldukça sınırlı olup, tam bir görüş birliği yoktur. Çocukluk dönemi trikotillomani tedavisinde olgular çoğunlukla destekleyici ve basit davranışçı tekniklerin kullanıldığı kısa terapiye ve hasta ile ailesi için konu odaklı stres yönetimine iyi yanıt verir. Ergen ve yetişkin trikotillomanisinin tedavisinin ise daha güç, uzun sürdüğü ve çeşitli tedavilerin kombinasyonunu gerektirdiği bilinmektedir (3).

Olgu: Bu çalışmada ayaktan tedavi birimimize 12-13 yaşından bu yana saç, kirpik, kaş ve bıyıklarını çekip kopartma, moralsizlik, titizlik, isteksizlik yakınması ile annesi refakatinde başvuran 30 yaşında, bekar, üniversite mezunu, işsiz erkek hasta sunulmuştur. Psikiyatrik değerlendirme sonrası DSM-5'e göre trikotillomani ve depresif bozukluk tanıları ile sertraline 50mg/gün tedavisi önerilen hastanın ilaç dozu kademeli olarak 100mg/gün olarak artırıldı. Eş zamanlı olarak trikotillomani tanısına yönelik alışkanlığı tersine çevirme, farkındalık eğitimi, uyaran kontrolü, gevşeme, durdurma teknikleri uygulanan hastanın trikotillomani yakınmalarında değişiklik izlenmedi. Tedavisinin 8. haftasında depresif yakınmaları azalan hastanın tedavisine aripiprazol 2.5mg/gün eklendi. Halen mevcut tedavi ile izlenen hastanın saç, kirpik ve bıyık yolma davranışı belirgin olarak kayboldu.

Tartışma ve Sonuç: Trikotillomani tedavisinde çok çeşitli ilaçlar kullanılmıştır. Özellikle serotonin geri alım inhibitörlerinin (SSGİ) etkili olduğunu gösteren kanıtlar bulunmaktadır (2). Bir çok olgu çalışmasında çalışmamızda olduğu gibi antidepresanlara (SSGİ) düşük dozlarda atipik antipsikotiklerin (olanzapin, aripiprazol risperidon) eklenmesinin de yararlı olduğu bildirilmiştir (3-6). Trikotillomaninin psikofarmakolojik tedavi yaklaşımları ile ilgili son yıllarda çalışmaların sayısı giderek artmış olsa da, daha geniş olgu örneklerinin olduğu, uzun dönemli takipleri içeren, kontrollü çalışmalara gereksinim duyulduğu çok açıktır.

Kaynaklar

Hocaoglu Ç. Trikotillomani. Türkiye Klinikleri Psikiyatri Özel Dergisi-Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics 2009;2(1):57- 65.

Konkan R, Şenormancı Ö, Sungur MZ. Trikotillomani: Tanı, farmakoterapi ve kognitif davranışçı terapisi.Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 2011;21(3):265-274.

Pathak S, Danielyan A, Kowatch RA. Successful treatment of trichotillomania with olanzapine augmentation in an adolescent. J Child Adolesc Psychopharmacol 2004;14: 153-154.

Senturk V, Tanrıverdi N. Resistant trichotillomania and risperidone. Psychosomatics 2002; 43:429-430.

Sasaki T, Iyo M. Treatment of puberty trichotillomania with low-dose aripiprazole. Ann Gen Psychiatry. 2015 Jun 17;14:18.

Yasui-Furukori N, Kaneko S. The efficacy of low-dose aripiprazole treatment for trichotillomania. Clin Neuropharmacol. 2011;34(6):258-259.

Anahtar kelimeler: Trikotillomani, aripiprazol, tedavi

KLEPTOMANİ TEDAVİSİNDE PSİKODİNAMİK VE FARMAKOLOJİK YAKLAŞIM: BİR OLGU SUNUMU

Merve Çukurova¹, Ali Keyvan¹, Ejder Akgün Yıldırım¹

¹S.b.ü. Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı Ve Sinir Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Kleptomani, maddi değeri olmayan, kişisel kullanım için gereksinim duyulmayan nesnelere yönelik çalma dürtüsüne direnç gösterememe ile tanımlanan bir dürtü kontrol bozukluğudur. Çalma eylemi öncesinde gerginlik artar, eylem sırasında ve eylem sonrasında ortaya çıkan rahatlama ve zevk alma duyguları, eylem sonrasında suçluluk, pişmanlık ve kendinden nefret etmeyle birleşen yakalanma korkusuna dönüşür. Kleptomaniye genellikle başka ek tanılar örneğin duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları, yeme bozuklukları eşlik edebilmektedir.

Olgumuz 42 yaşında kadın hasta çikolata, kraker, çorap gibi nesneleri karşı konulamaz bir şekilde çalma isteği, çalma eylemi sırasında kendine hakim olamamak, eylem gerçekleşikten sonra rahatlamak fakat sonrasında ise büyük bir pişmanlık, utanç yaşama ve ailesinin yüzüne bakamama, evden dışarı çıkmak istememe yakınmalarıyla başvurmuştur. Fluoksetin 40mg/gün tedavisi alan hastanın kleptomani belirtilerinde bir gerileme olmaması üzerine psikoterapi merkezine yönlendirilmiştir. Hastanın yaşam öyküsünde 13 yaşındayken ailesi tarafından, öğretmen olan teyzesinin yanına, okula devam etmesi ve küçük kuzenine bakması amacıyla gönderildiği öğrenildi. Hastanın da 5 ve 8 yaşındaki iki çocuğunu başka bir şehirde yaşayan kayınvalidesinin yanına gönderdiği ve çocukların babaanne tarafından büyütüldüğü ve halen ayrı şehirlerde yaşamakta oldukları öğrenildi. Hastanın depresif semptomları mevcuttu kleptomani belirtileri devam ediyordu. Tedavisi fluoksetin 60mg/gün ve risperidon 1mg/gün şeklinde düzenlendi. Destekleyici psikoterapi yapılan hasta terapi süreci içinde çocuklarını yanına almaya karar verdi. Çocuklarının yanına taşınmasıyla kleptomani belirtileri kayboldu.

Klasik psikanalitik kurama göre; kleptomani, bilinçdışı dürtüler, istekler, çatışmalar ve gereksinimlere karşı bir savunmadır. Kişi, çalma davranışı yoluyla yaşadığı bilinçdışı çatışmayı çözmeye, gereksinimlerini doyurmaya çalışmaktadır. Bu olgu, hastaları yalnızca kategorik açıdan değerlendirip belirtilerine eğilmekle kalmayıp; psikogenetik formülasyondan elde edilen örseleyici yaşam olaylarının dinamik destekleyici terapi ile çalışılarak; kişi ve çatışma üçgenlerinin ele alınması, güncel yaşamı ile ilgili değişiklikler için ego işlevlerinin güçlendirilmesi ve terapötik müdahaleler ile gereksinimlerinin infantil doyumdaki erişkin doyuma geçerek sağlanmasının hedeflenmesi gerekliliğinin vurgulanması bakımından önemlidir.

Anahtar kelimeler: kleptomani, psikodinamik yaklaşım, destekleyici psikoterapi

DELÜZYONEL PARAZİTOZDA TEDAVİ SEÇENEĞİ OLARAK ARIPIPRAZOL: YEDİ HASTANIN OLGU SERİSİ

Meltem Çınar¹, Pelin Kutlutürk², İrem Ekmekçi Ertek¹, Behçet Coşar¹

¹Gazi Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı

²Başkent Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı

Giriş: Delüzyonel parazitoz (DP), diğer adıyla Ekbom sendromu, tıbbi ya da mikrobiyolojik bir kanıt olmamasına rağmen, parazit enfekte olduğuna dair yanlış ve değiştirilemez inançlar ile karakterize nadir görülen, genellikle monosemptomatik bir hastalıktır. Bu hastalar, parazit enfekte oldukları inancı nedeniyle kaşıntı, kaşıntıya sekonder cilt ve cilt altı doku yaraları gibi şikayetlerle dermatoloji veya enfeksiyon kliniklerine başvurmaktadırlar. Altta yatan hiçbir etiyolojik faktör saptanmadığında tanı primer DP iken, sekonder DP bir fiziksel ya da ruhsal hastalığa ikincil olarak ortaya çıkar. Geçmiş yıllarda, tedavi için pimozid yaygın olarak tercih edilmekte olan psikotrop olmasına rağmen; ikinci nesil antipsikotiklerin ve antidepresanların da tedavide kullanılabileceğine dair kanıtlar mevcuttur. Bu çalışmada, aripiprazolün DP ile takipli hastaların tedavilerinde kullanılabilişliği araştırılmaktadır.

Yöntem: Primer ve sekonder DP ile takipli 7 hasta, demografik veriler, klinik değişkenler ve tedaviye yanıt yönünden değerlendirildi. Hastaların psikiyatrik tanıları, yapılandırılmış klinik görüşme ile kondu. Hastalar altı ay süreyle takip edildi. Hastaların 3 tanesi (%42) kadın, 4 tanesi (%58) erkek idi. Hastaların ortalama yaşı 65,5 idi. 3 tane hastanın komorbid hipertansiyonu vardı. Semptom süresi ortalaması 21,4 ay idi. Hastaların tamamı dermatoloji kliniğinden tarafımıza yönlendirildi. Hastalara Hamilton Depresyon Ölçeği ve Mini Mental Test uygulandı. Hastaların 4 tanesine (%58) aripiprazol 10 mg, 3 tanesine (%42) aripiprazol 15 mg uygulandı ve bu dozlar izlemde değiştirilmedi.

Sonuçlar: Aripiprazol tedavisi gören 7 hastanın izlemlerinde tamamının üçüncü ve altıncı aylarında tam remisyona girdikleri görüldü.

Tartışma: DP hastalarında en eski kullanılan ilaç pimozid olarak görülmektedir, ancak ekstra-piramidal sistem ve elektrokardiyografide QTc uzaması gibi kardiyak yan etkileri nedeniyle, ikinci nesil antipsikotiklerin kullanılabilişliği de araştırılmaya başlanmıştır. İkinci nesil antipsikotiklerden risperidon, olanzapin, paliperidon, ziprasidon, ketiapin ve aripiprazolün kullanımına dair literatürde çeşitli çalışmalar mevcuttur. Bu çalışma ise, ikinci nesil antipsikotikler içerisinde aripiprazolün DP hastalarının tedavilerinde başarı ile kullanılabileceğini göstermekle birlikte bu konu ile ilgili ileri çalışmaların yapılması gerekmektedir.

Anahtar kelimeler: delüzyonel parazitoz, aripiprazol, delüzyonel bozukluk, Ekbom sendromu

Tablo 1. DP vakalarının demografik ve klinik özellikleri

<i>Vaka</i>	<i>Yaş</i>	<i>Cinsiyet</i>	<i>Medeni Durum</i>	<i>Eğitim</i>	<i>Komorbid Hastalık</i>	<i>Tanı</i>	<i>Semptom Süresi</i>	<i>MRG'de Kortikal Atrofi</i>	<i>Klinik</i>	<i>Başkalarına Bulaştırma Korkusu</i>
1	67	E	Bekar	İlkokul	HT	DP	36	-	Dermatoloji	-
2	69	E	Evli	İlkokul	-	DP	24	-	Dermatoloji	-
3	72	E	Evli	İlkokul	HT	DP	36	-	Dermatoloji	-
4	60	K	Boşanmış	İlkokul	-	DP	12	-	Dermatoloji	-
5	65	K	Boşanmış	İlkokul	-	DP	24	-	Dermatoloji	-
6	67	K	Boşanmış	Üniversite	HT	DP	6	-	Dermatoloji	-
7	59	E	Evli	Üniversite	-	DP	12	-	Dermatoloji	-

Tablo 2. DP vakalarının Hamilton Depresyon Ölçeği (HDÖ) ve Minimental Test (MMT) sonuçları ve tedavi yanıtları

<i>Vaka</i>	<i>HDÖ</i>	<i>MMT</i>	<i>Başlangıç tedavisi</i>	<i>3. ayda yanıt</i>	<i>3-6 ay arası tedavi</i>	<i>6. ayda yanıt</i>
1	10	29	Aripiprazol 10 mg	Tam remisyon	Aripiprazol 10 mg	Tam remisyon
2	8	30	Aripiprazol 15 mg	Tam remisyon	Aripiprazol 15 mg	Tam remisyon
3	11	27	Aripiprazol 15 mg	Tam remisyon	Aripiprazol 15 mg	Tam remisyon
4	8	30	Aripiprazol 10 mg	Tam remisyon	Aripiprazol 10 mg	Tam remisyon
5	10	30	Aripiprazol 10 mg	Tam remisyon	Aripiprazol 10 mg	Tam remisyon
6	8	30	Aripiprazol 10 mg	Tam remisyon	Aripiprazol 10 mg	Tam remisyon
7	12	30	Aripiprazol 15 mg	Tam remisyon	Aripiprazol 15 mg	Tam remisyon

KLOZAPİN VE SÜRDÜRÜM EKT BİRLİKTELİĞİ: FAYDA VE RİSKLERİNİ BİR OLGU ÜZERİNDEN DEĞERLENDİRME

Ekin Dağıstan¹, Erkan Aydın¹

¹Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı Ve Sinir Hastalıkları Hastanesi

Amaç: Elektrokonvulzif terapi (EKT), major psikiyatrik bozuklarda güvenle uygulanan bir tedavi yöntemidir. Akut psikiyatrik müdahalelerde kullanımının yanısıra EKT'nin son zamanlarda klozapin güçlendirme tedavilerinde de adı geçmektedir. Tedaviye dirençli şizofreni hastalarında klozapine eklenen sürdürüm EKT, %47.4-72.7 oranında klinik düzelme sağlamaktadır. Bu olguda akut tablosu nedeniyle EKT başlanan tedaviye dirençli bir şizoafektif bozukluk vakasının klinikte ve taburculuk sonrası 6 aylık takibi ele alınmıştır.

Olgu: 36 yaşında kadın hasta; uykusuzluk, çok konuşma, saldırganlık şikayetleriyle getirildi. Ruhsal durum muayenesinde psikomotor aktivitesi artmış, afekti eleve, duygudurumu irritabl, konuşma hızı ve miktarı artmış, çağrışımları hızlı, muhakemesi bozulmuştu. Erotomanik, grandiyöz, referans, perseküsyon hezeyanları ile işitsel ve görsel varsanıları mevcuttu.

10 yıldır Bipolar Bozukluk tanısıyla takipli ve son zamanlarda tam remisyona tarifiyenmeyen hastanın son 6 ay içerisinde 3 yatışı olmuştu. Yatışlarındaki tetkiklerinde izole TSH yüksekliği dışında patoloji saptanmamıştı. Son tedavisi Vaproik Asit (VPA) 750 mg/g, lityum 1200 mg/g, ketiapin 1200 mg/g, risperidon 6 mg/g, biperiden 4 mg/g, levotiroksin 25 mcg/g şeklindeydi.

Hastanın yatışı yapıldı, EKT planlandı ve haloperidol 20 mg/g biperiden 10 mg/g enjeksiyonu başlandı. Antipsikotik dozda ketiapin ve risperidon kullanımına rağmen remisyonda tutulamayan, olancazınla de fayda tarifiyenmeyen hastada klozapine geçildi. 12 seans EKT sonrasında hastanın EKT ve klozapin kombinasyonu ile remisyona ulaşabilmesi üzerine haftada 1 sürdürüm EKT'ye karar verildi. Klozapin 350 mg/g, levotiroksin 25 mcg/g, lüzumu halinde ketiapin 100 mg/g ile hasta taburcu edildi.

Takiplerinde haftada 1 kez EKT uygulanan hastanın; taburculuğundan 1 ay sonra klozapini kademeli olarak 450 mg/güne çıkarıldı, VPA 500 mg/g eklendi ve EKT'ye ara verildi. Klozapin 500 mg/güne çıkarıldı. 3. ayda hastada affektif elevasyon gözlenmesi üzerine VPA stoplanıp 2 seans daha EKT uygulandı. Lüzumu halinde EKT uygulanmasına karar kılınarak tedavisine tekrar VPA eklendi. Hastada yeniden affektif elevasyon gelişmesi üzerine 4. ayında 1 seans daha EKT uygulandı. Klozapin 600 mg/güne çıkarıldı ve devamında 2 ay boyunca EKT'ye ihtiyaç duyulmadı.

6. ayındaki tetkiklerinde hiperlipidemi ve glukoz intoleransı dışında anormallik saptanmadı, he-mogram değerleri normal aralıklarda seyretti. Epileptik nöbet gözlenmedi. Hafif kilo alımı, uyku hali ve dalgınlık dışında hastanın şikayeti olmadı. EKG takiplerinde qT zamanı 0.42 ve 120'yi aşmayan taşikardi tespit edildi. Hastanın tedavisi klozapin 600 mg/gün, ketiapin 250 mg/gün, VPA 1000 mg/gün ve lüzumu halinde EKT olarak sürdürülmekte.

Tartışma: EKT ve klozapinin birbirine sinerjistik etki gösterdiği; klozapinin nöbet eşğini düşürerek nöbet etkisini güçlendirdiği, EKT'nin de beyin-kan engelinin geçirgenliğini artırarak bu etkinin sağlandığı düşünülmektedir. Olgumuzda EKT; hastanın yatışı sırasında akut müdahalede kullanılmış, taburculuk sonrasında da klozapinin güçlendirmesi ve tedavi cevabının beklenmesinde yardımcı ajan olarak yer almıştır. Hastanın 6 aylık takibinde EKT ve klozapin birlikteliğinde riskinin daha da arttığı bilinen kardiyak yan etkiler ve nöbet eşğinde düşmeye bağlı gelişebilecek epileptik nöbetler gözlemlenmemiştir. EKT ve klozapinin kombinasyonunda klozapin dozu ve EKT seanslarının aralığı hakkın-da literatürde henüz bir görüş birliği oluşmamışsa da, bildirilen vakalarla yeterli kanıtlar oluşmaktadır.

Anahtar kelimeler: Elektrokonvulzif terapi, sürdürüm EKT, klozapin, güçlendirme

İLERİ YAŞTA KATATONİ İLE GİDEN DEPRESİF BOZUKLUK: OLGU SUNUMU

Merve Bilgin Koçak¹, Deniz Deniz Özturan¹, Hilal Dost¹

¹Samsun Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Hastanesi

Giriş: Katatoni (donakalım), ilk defa Kahlbaum tarafından 1874'te tanımlanmış olup, kişinin belli bir durumda uzun süre hareketsiz kalması demektir. Katatoni, negativizm, mutizm, stereotipik davranışlar, balmumu esnekliği gibi davranışsal anormallikleri içeren bir bozukluktur. Genellikle şizofreni ile ilişkilendirilse de 1970'lerde duygudurum bozuklukları ile de ilişkili olduğu gösterilmiştir. Katatoni tedavisinde benzodiazepinler ve elektrokonvulsif tedavi (EKT) uygulanmaktadır. Katatoni tedavi edilmediği takdirde ciddi tıbbi komplikasyonlara yol açabilir. Bu yüzden katatoninin erken tanı ve tedavisi önemlidir. Bu yazıda ileri yaşta başlayan ve katatoni ile giden depresyon vakası sunulacaktır.

Olgu: A. K. 69 yaşında, evli, yedi çocuğu olan, okuma yazması olmayan, eşi ile birlikte kırsal kesimde yaşayan kadın hasta. Hastanemiz acil servisine iki gündür yemek yememe, konuşmama, hareket etmeme şikayetleri ile başvurmuştu. Hastada stupor, mutizm ve negativizm mevcuttu. Yapılan rutin kan tetkikleri ve nörolojik değerlendirme sonucunda hastada katatoni tablosunu açıklayabilecek genel tıbbi/nörolojik durum saptanmadı. Ruhsal duruma bağlı katatoni düşünülen hastaya lorazepam 3,75mg/gün tedavisi başlandı. Hasta tek doz lorazepam uygulanmasından sonra konuşmaya başladı. Düşünce içeriğinde depresif temalar mevcuttu. Psikotik bulgu saptanmadı. Hastanın mevcut durumunun katatoni ile giden depresif bozukluk olduğu düşünüldü. Lorazepam tedavisine ek olarak daha önceden kullanıp fayda gördüğü öğrenilen duloksetin 30mg/gün tedaviye eklendi ve 60mg/güne çıkarıldı. Servis takiplerinde lorazepam tedavisi kademeli şekilde azaltılıp kesildi ve hasta duloksetin 60mg/gün tedavisi ile taburcu edildi.

Tartışma: Katatoni, ileri yaşta görülürse genellikle sebebinin psikiyatrik hastalıktan ziyade genel tıbbi/nörolojik durumlara bağlı olduğu düşünülmektedir. Bizim olgumuz da ileri yaşta katatoni semptomlarının görüldüğü kadın hasta idi. Bu durumun genel/tıbbi duruma bağlı olabileceği düşünüldü ve gerekli incelemeler yapıldı. Yapılan değerlendirmeler sonucunda genel tıbbi/nörolojik duruma bağlı katatoni tanısından uzaklaşıldı ve bu durumun ruhsal bir hastalığa bağlı katatoni olduğu düşünüldü. Katatoni tedavisinde benzodiazepinler ve EKT kullanılmaktadır. Benzodiazepinler katatoniye yol açan sebebe bakılmaksızın, katatoni tedavisinde güvenli, etkili, uygulamanın kolay olması ve hızlı yanıt oluşturması sebebiyle ilk seçenek olarak kullanılmaktadır. Benzodiazepin tedavisi ile hastamızın şikayetleri gerilemiş olup EKT uygulamasına ihtiyaç kalmamıştır. Sonuç olarak ileri yaşta da ruhsal hastalığa bağlı katatoni görülebileceği akılda tutulmalıdır.

Anahtar kelimeler: Katatoni, Depresyon

OZON TEDAVİSİNDEN SONRA PANİK ATAĞI YAŞAYAN BİR OLGU SUNUMU

Sevda Korkmaz¹, Hasan Korkmaz², Sema Baykara¹, Murad Atmaca¹

¹*Fırat Üniversitesi Psikiyatri Servisi*

²*Fırat Üniversitesi Kardiyoloji Servisi*

Ozon tedavisi, medikal doz sınırlarındaki ozonun vücut boşluklarına ya da dolaşım sistemine uygulanması şeklinde yapılan yeni bir tedavi yöntemidir. İyileşmeyen yaralar, diyabet, baş ağrısı, kanser gibi birçok hastalıkta tedaviye destek amaçlı olarak kullanılmaktadır. Son zamanlarda fibromiyalji gibi kas iskelet sistemi hastalıklarında da denenmeye başlanmıştır. Yazımızda fibromiyalji tanısıyla ozon tedavisi aldıktan sonra panik atakları gelişen bir hastadan bahsedilmesi amaçlanmıştır.

S.S. 52 yaşında, evli, ilköğretim mezunu, ev hanımı, kadın hasta. Polikliniğimize, ani başlayan, son on günde toplam 4 kez olan, titreme, terleme, kalp çarpıntısı, göğüs ağrısı, ölüm korkusu, nefes darlığı ve baş dönmesi şikayetleri ile başvurdu. Psikososyal stres etmeni tanımlamayan hastaya 2 ay önce bir nöroloji doktoru tarafından fibromiyalji tanısı ile toplam 10 seans ozon tedavisi uygulandığı öğrenildi. Hasta göğüs ağrısı, nefes darlığı ve ölüm korkusu şikayetlerini her seans esnasında bir miktar hissettiğini, ancak 10.seanstan sonra çok şiddetli bir atak yaşadığını bildirdi. Hastanın bilinci açık, kooperasyon ve oryantasyonu tam idi. Fizik muayenesinde; herhangi bir patoloji saptanmadı. Organik etyolojinin araştırılması için istenen rutin kan ve idrar tetkikleri normal sınırlardaydı. Çarpıntı ve nefes darlığı nedeniyle istenen kardiyoloji konsültasyonunda, herhangi bir problem saptanmadı. Psikiyatrik muayenesinde çağrışımları düzgün ve amaca yönelikti. Bilişsel işlevleri yeterli düzeyde idi. Düşünce içeriğinde ölüm korkusu ve kalp krizi geçiriyor olduğu hissi ön planda olup, psikomotor aktivitesi belirgin derecede artmıştı. Hastaya, Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Panik Agorafobi Ölçeği uygulandı. Ölçek puanları yüksek olarak belirlendi. Geçmiş yaşamında, panik atak ve benzeri semptomlara rastlanılmayan hastanın, son 10 gündür yaşamış olduğu panik atakların ozon tedavisine sekonder olarak geliştiği tıbbi kanaatine varıldı. Hastanın psikiyatri servisine yatırışı yapıldı.

Ozon terapisi düşük riskli ve genellikle standart medikal tedavilerin eşliğinde tamamlayıcı, destekleyici olarak tanımlansa bile birtakım yan etkileri olabilir. Bu tedavi seansları sırasında, ozonun biyolojik yapısı ve solunum yollarına olabilecek toksik etkisi nedeniyle, yoğun anksiyete yaşayan bazı hastalarda ilerde panik atak oluşabilir.

Anahtar kelimeler: Ozon tedavisi, panik atak, fibromiyalji

OLANZAPİN İLE MEİGE SENDROMU GELİŞTİĞİ DÜŞÜNÜLEN BİR HASTA: OLGU SUNUMU

Pelin Kutlutürk¹, Filiz Karadağ², İrem Ekmekçi Ertek², Behçet Coşar²

¹Başkent Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı

²Gazi Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı

Giriş: Meige sendromu; tardif sendromlar içinde yer alır ve blefarospazm ile birlikte oromandibular distoninin görüldüğü durumdur. Primer Meige sendromu idiopatik olarak gözlenirken, nöroleptik kullanımına veya alta yatan nörolojik bir hastalığa bağlı sekonder Meige sendromu da gözlenebilir. Atipik antipsikotiklerin tipik antipsikotiklere oranla daha az tardif diskineziye neden olduğu düşünüldüğünden, tardif diskinezi gelişen psikotik hastaların tedavisinde atipik antipsikotiklerin kullanımı önerilmektedir. Aşağıda; tedavisine bir atipik antipsikotik olan olanzapinle devam edilmesine rağmen Meige sendromu geliştiği düşünülen bir şizofreni hastası sunulmuştur.

Olgu: Dört yıldır şizofreni tanısıyla izlenen 23 yaşında, üniversite öğrencisi, erkek hasta göz kapaklarında ve göz çevresinde istemsiz kasılma, ağız çevresini buruşturma, dudaklarını ileri geri oynatma tarzı hareket yakınmaları ile başvurmıştı. Öyküsünden bir buçuk yıldır olanzapin 20 mg/gün kullandığı, son altı ay içinde göz kapaklarında istemsiz kasılmalarının başladığı, şiddet ve süresinin giderek arttığı öğrenilmişti. Gözlerinin istemsiz olarak kapandığını ve gözlerini açamadığını belirten hastanın okuma, yürüme gibi günlük işlevlerinde belirgin bozulma tanımlanıyordu. Hastanın ekstrapiramidal sistem muayenesinde patolojik başka bir bulgu yoktu. Tardif blefarospazm düşünülerek nöroloji bölümüne konsulte edilen hastaya iki kez botox tedavisi uygulanmış ancak hasta bu uygulamalardan yarar görmemişti. Son üç aylık dönemde ağız çevresini buruşturma tarzı hareketler de klinik tabloya eklenmişti. Bu bulgularla psikiyatri kliniğine yatırılan hastanın, psikotik belirtilerinin remisyonda olması nedeniyle ilaçsız izlemi planlandı, olanzapin dozu azaltılarak kesildi ve kesildikten sonra istemsiz hareketlerinde belirgin azalma gözlemlendi. Takipte engellenme eşiğinin düşmesi ve referansiyel sanrılarının başlaması üzerine, klozapin tedavisi başlandı. İstemsiz hareketlerinin stres ve heyecanla artabildiği, fazla ışıklı ortamlarda artabildiği (fotofobi) gözlemlendi. Nöroloji konsültasyonunda blefarospazm dışında başka bir nörolojik bulgu saptanmadı. Rutin laboratuvar testleri, elektroensefalografi ve kranial manyetik rezonans görüntüleme sonuçları normal olarak değerlendirildi. Hastanın klinik belirtilerinin Meige sendromu ile uyumlu olduğu düşünüldü. Klozapin tedavisine devam eden hastanın istemsiz hareketlerinde azalma oldu.

Tartışma: Bu hastada, olanzapin kullanımına bağlı Meige sendromu geliştiği düşünülmüştür. Meige sendromu gelişmiş hastalarda olanzapinin uygun bir tedavi seçeneği olduğu üzerine yayınlar mevcut olmakla birlikte, olanzapine bağlı tardif blefarospazm ve tardif diskinezi gelişmesiyle ilgili olgu bildirimini de bulunmaktadır. Bu olgu atipik antipsikotiklerin de tardif blefarospazma ve Meige sendromuna yol açabileceğini göstermektedir.

Anahtar kelimeler: Atipik antipsikotikler, tardif diskinezi, tardif blefarospazm, Meige sendromu

ERİŞKİNDE 'TOURETTE BOZUKLUĞU': BİR OLGU SUNUMU

Ayşegül Barak¹, Çiçek Hocaoglu¹

¹Recep Tayyip Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı

Giriş: Tourette sendromu 1885 yılında Gilles de la Tourette tarafından tanımlanan, çocukluk veya ergenlik çağında başlayan, en az bir yıl süren motor ve vokal tiklerle karakterize, binde 4-6 sıklıkla görülen bir nöropsikiyatrik hastalıktır[1,2,3]. Tanı için 3 bileşen aranır; yaygınlaşmış tik, istemsizce söylenen küfürlü sözler, çocukluk veya ergenlik çağında başlangıç[3]. sendrom süreklilik gösteren, ani, hızlı, istemli, yineleyici ve ritmik olmayan motor ve vokal tiklerle karakterizedir[4]. Genellikle motor tikler daha önce başlar. Daha çok yüz bölgesinde ve seyirme şeklindedir. Hastalığın patognomonik bulgusu olan vokal tikler(koprolali) çoğunlukla daha sonradan eklenir[3]. Sendrom ile birlikte OKB ve DEHB eştanıları sıkılır[5]. Etyolojide genetik üzerine yoğun çalışmalar yapılmış olmasına rağmen halen kesinleşmiş kalıtsal aktarım gösterilememiştir [2].

Olgu: Bu çalışmada polikliniğimize uzun zamandır olan vokal ve motor tikler ve küfürlü konuşma şikayetine son zamanlarda eklenen unutkanlık ve dalgınlık şikayetleri ile başvuran evli, bir çocuk babası, üniversite mezunu, 33 yaşındaki erkek hasta sunulmuştur. İlk yakınmaları ergenlik döneminde yüzünde tikler sinirlilik, tükürme, aşırı titizlik, dini uğraşlar şeklinde başlayan hastanın daha önce farklı zamanlara benzer yakınmalar ile hekim başvurularının olduğu, antidepresan, antipsikotik ilaçlar kullandığı ancak, yakınmalarının tam olarak düzelmediği öğrenildi. Son yıllarda göz kırpması, omuz silkme, boğaz temizleme şeklindeki istemsiz hareketlerinin arttığı, eşine ve yakınlarına yönelik saldırgan davranışlar sergilediği öğrenilen hastanın Tourette Bozukluğu tanısı ile essitalopram 10mg/gün, risperidon 1mg/gün tedavisi başlandı. Ancak takipleri sırasında risperidonu yan etkileri nedeni ile bıraktığını belirten hastanın tedavisi aripiprazol 2.5mg/gün olarak değiştirildi. Halen essitalopram 20mg/gün, aripiprazol 5 mg/gün tedavisi ile izlenen hastanın yakınmalarında belirgin düzelme izlendi.

Tartışma: Tourette sendromu erken yaşlarda başlayan basit tiklerden, oldukça karmaşık tiklere kadar değişiklik gösteren klinik görünümüne sahip bir bozukluktur. Tedavide daha çok antipsikotikler tercih edilmektedir. Pimozid ve haloperidol gibi tipik antipsikotiklere ek olarak ikinci kuşak antipsikotiklerin yararlı olduğu bildirilmiştir[6]. Bizim olgumuzda da atipik antipsikotikler ile klinik düzelme görüldü. Erişkin dönemde takibe aldığımız bu olgumuzun bildirimini literatüre katkı sağlaması açısından önemli görmekteyiz.

Kaynaklar

1. Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı'ndan, çev. Koroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2013.
2. Ünal D, Akdemir D. Tourette Sendromunun Nörobiyolojisi. Türk Psikiyatri Dergisi 2016;27(4):275-85
3. Enoch D, Ball H. İlginç Psikiyatrik Sendromlar. (Çev. Büyükkal B). IX: Bölüm, 2013; s.273. Okuyan Us Yayınları İstanbul.
4. Singer HS (2000) Current issues in Tourette Syndrome. Mov Disord, 15:1051-1063.
5. Sabuncuoğlu O, Ekinci Ö, Ölçer S, İsmail N, Berkem M. Kabakulak Meningoensefaliti Sonrasında Gelişen Tourette Sendromu: Bir Olgusu Sunumu. Klinik Psikiyatri 2005;8:197-200
6. Şengül CB, Şengül C. Aripiprazol tedavisine yanıt veren bir Tourette bozukluğu olgusu. Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi 2010;23:66-68

Anahtar kelimeler: Tourette Bozukluğu, erişkin, tedavi, tanı

TEDAVİYE DİRENÇLİ DEPRESYON OLGUSUNDA RASTLANTISAL OLARAK SAPTANAN DEV ARAKNOİD KİST

Zozan Kaçmaz¹, Özlem Gül¹, Özlem Devrim Balaban¹

¹T.c. Sağlık Bakanlığı İstanbul Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Araknoid kist, konjenital, travmatik ya da inflamatuvar nedenlere bağlı olarak görülebilir. Psikiyatrik bozukluklarla ilişkisi hakkında az sayıda olgu bildirimi vardır. Tedaviye dirençli depresyon ile takip ettiğimiz olguda rastlantısal olarak ortaya çıkan araknoid kistin mevcut psikiyatrik semptomlarla ilişkisini anlamak ve tartışmak için olguyu sunmayı hedefledik.

Olgu: 39 yaşında erkek hasta; kendini uçurum kenarında hissetme ve intihar düşüncesi tariflemesi nedeniyle acil servisten psikotik özellikli depresyon ön tanısıyla yatırıldı. Psikiyatrik muayenesinde bilinç açık, oryante ve koopereydi. Özbakımı olağandı. Duygudurum depresif, duygulanım öfkeliydi. Çağrışımları düzenli, amaca yöneliyordu. Sanrı veya varsanı tariflemedi. Muhakeme ve soyut düşünce korunmuştu. Bellek işlevleri yeterliydi. İlgörüsü tamdı. 1,5 senedir Aripiprazol 10 mg/gün, Paroksetin 60 mg/gün, Lamotrijin 200 mg/gün kullanıyordu. Psikoaktif madde, sigara ve alkol kullanımı öyküsü bulunmayan, intihar öyküsü, adli öyküsü, bilinen tıbbi rahatsızlığı bulunmayan hastanın fizik muayenesi ve nörolojik muayenesi doğaldı. Rutin laboratuvar tetkiklerinde patoloji saptanmadı. Hasta babasının 35 yaşında uçurum kenarında gerçekleşen bir trafik kazasında vefat ettiğini, kendisini büyüten büyükbabasının da 6 yıl önce vefat ettiğini söyledi. Tedaviye dirençli depresyon, komplike yas ve disosiyatif bozukluk ön tanıları düşünüldü. Tedavisine Venlafaksin 75 mg/gün eklendi. Hastanın yatışının 2. gününde çift görme şikayeti tariflemesi üzerine, kranial BT ve MR tetkiki yapıldı. Hastanın MR görüntülemesinde sol temporal pol düzeyinden frontal loba doğru uzanım gösteren, kraniokaudal boyutu 82 mm, ön arka çapı 78 mm ebatında araknoid kist tespit edildi. Hasta nöroloji, göz hastalıkları ve nöroşirurji uzmanlarına konsulte edildi. Kafa içi basınç artışı sendromu düşünülmeydi, nörolojik muayenesi doğal olarak değerlendirildi. Nöropsikiyatrik test sonuçları değerlendirildiğinde, dikkat ve dikkatini sürdürme güçlüğüne eşlik eden hafif derecede verbal ve ilımlı nonverbal bellek bozukluğu ile frontal aksa ilişkin ılımlı bulgular dışında diğer kognitif fonksiyonlar normal değerlendirildi. Saptanan bellek bozukluğu ağırlıklı olarak frontal tipte bir bellek bozukluğu olarak raporlandı. Tespit edilen bulgular, hastadan alınan bilgilerle birlikte değerlendirildiğinde özel organik süreçten ziyade hastanın depresif duygudurumu ile uyumlu olarak değerlendirildi. Şikayetlerinde belirgin gerileme olan, suicidal ve homisidal fikir tariflemeyen hasta ailesine teslimen Olanzapin 5 mg/gün, Mirtazapin 30 mg/gün, Ketiapin 300 mg/gün, Venlafaksin 225 mg/gün, Ativan 2 mg/gün tedavisi ile taburcu edildi.

Tartışma ve sonuç: Araknoid kistler, içi BOS benzeri bir sıvı ile dolu kistik boşluklardır. Literatürde araknoid kistlerle ilişkilendirilen ruhsal bozuklukların ortak özellikleri, kitlenin bulunduğu bölgede azalmış amplitüd dışında EEG’de belirgin patolojinin olmaması, psikiyatrik tablonun klinik özelliklerinin tanı kategorilerine tam olarak uymamasıdır. Bizim olgumuz da literatür bilgileriyle uyumluydu. Özellikle atipik semptomlara sahip hastalarda nörogörüntüleme ihmal edilmemelidir. Psikiyatrik semptomların kitleye bağlı olabileceği göz önünde bulundurularak nöroşirurji, nöroloji ve psikiyatri hekimlerince değerlendirilmesi gerekmektedir. Psikiyatrik semptomların organik patolojilerle ilişkisinin belirlenmesi için, daha ileri tanısal yöntem ve gereçlere ihtiyaç vardır.

Anahtar kelimeler: Araknoid kist, tedavi direnci, dürtüsel davranış

THE TRUMAN SHOW SANRISI TARİFLEYEN OLGU

Zozan Kaçmaz¹, Merve Keleş¹, Özlem Gül¹, Özlem Devrim Balaban¹

¹T.C. Sağlık Bakanlığı İstanbul Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Truman Show, Andrew Niccol tarafından yazılan, Peter Weir yönetiminde 1998 yapımlı bir Amerikan filmidir. Truman doğduğu günden bu yana, tüm dünyada izlenen bir televizyon şovunun ana karakteridir. Truman, bir dekorun içinde yaşamaktadır. Etrafındaki herkes şovun bir parçasıdır. Olgumuzun geçmişteki semptomlarını bu film üzerinden tariflemesi nedeniyle, böyle bir sendrom olup olmayacağı araştırıldığında, literatürde benzer birkaç vakanın bildirildiği saptandı ve nadir görülen bu olgunun sunulması amaçlandı.

Olgu: 26 yaşında, ortaokul mezunu, işçi, askerliği sürecinde 3 defa hava değişimi alan ve elve-rişsiz raporu verilen, işlediği “ Hakaret ”suçuyla ilgili olarak CMK 57/1 Madde gereği koruma ve tedavi amaçlı olarak gönderilen hastanın servismize yatışı gerçekleştirildi. Hasta geçmiş yatışları ile ilgili şu ifadeleri kullandı;

“Truman Show’u izlemiş miydiniz doktor hanım? Ben oradaki gibi hissediyordum. Kendimi bir oyunun içinde hissediyordum, kameralar tarafından izleniyormuşum gibi geliyordu. Televizyonda benden bahsediyorlardı. O dönemde annemin altınlarını çalmıştım ve televizyonda annemin altın-larını çaldığım söyleniyordu. Filmi izledikten 2-3 sene sonra filmdeki gibi hissetmeye başlamıştım. Bütün dünya beni tanıyor, bütün dünya beni izliyor gibi geliyordu. Oyundan çıkabilmek için, inti-har ettim. İntihar ettiğimi görürlerse müdahale etmek zorunda kalıp oyunu bitirirler diye düşünmüş-tüm. Şu an böyle düşüncelerim yok. Buraya da haber verilmeden polisler tarafından yoldan çevirilip getirildim. O zamanları düşününce hala neden öyle düşündüğümü anlayamadığım anlar oluyor. Ama şu an böyle düşüncelerim yok.”

Psikiyatrik muayenesinde bilinç açık, oryante ve koopereydi. Özbakımı olağan, görüşmeye istekli ve görüşmeciyeye karşı saygılı tutum içerisindeydi. Duygudurumu ötimik, duygulanım kısıtlı ve şaşkıncı. Çağrışımları düzenli, amaca yönelebiliyordu. Sanrı ve varsanı tariflemeydi. Muhakeme ve soyut düşünce korunmuştu. İlgörüsü kısmiydi. Organik olmayan psikotik bozukluk tanısıyla takipli olan hastanın remisyonda olduğuna karar verildi ve Haloperidol 5 mg/gün tablet, Akineton 2 mg/gün order edildi. TCK 57/3-4 maddeleri uyarınca serbest bırakılmasına karar verilen hasta klinik salah halinde ailesine teslim taburcu edildi.

Sonuç ve tartışma: Truman Show sanrısının, psikozda en sık görülen perseküsyon sanrısı çevresinde geliştiği, referansiyel ve grandiyöz düşüncelerin hakim olduğu bir tablo olarak ortaya çıktığı gözlenmiştir. Hastaların semptomlarının sınıflandırılmasının ve hastaların anlaşılabilirliğinin sağlanması amacıyla akıldaki tutulması gereken bir kavram olduğu düşünülmüştür.

Anahtar kelimeler: Truman show, perseküsyon, intihar

KLOZAPİNE DİRENÇLİ ŞİZOFRENİDE KOMBİNE ANTİPSİKOTİK KULLANIMI: BİR OLGU SUNUMU

Güler Çelikel¹, Şakir Gıca¹, Serdar Salman¹, Nesrin Karamustafalıoğlu¹

¹T.C. Sağlık Bakanlığı İstanbul Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Tedaviye dirençli şizofreni iki antipsikotik tedaviye dört altı hafta süreyle 400-600 mg/gün klorpromazin eşdeğer dozunda yanıt alınamama durumu olarak tanımlanmaktadır. Tedaviye dirençli şizofrenide klozapin, etkinliği gösterilmiş tek ilaç olmasına rağmen hastaların %30-40'ı tedaviye yanıt vermemekte ve klozapin direnci görülebilmektedir. Bu yazıda şizofreni tanısı olan hastada klozapin direnci olgusu sunulmuştur.

Olgu: N.D., 36 yaşında, boşanmış, lise mezunu, kadın hasta, ailesiyle birlikte İstanbul'da yaşıyor. Kurumumuza ailesine karşı şüphecilik, ilaçlarını kullanmak istememe şikayeti ile ailesi tarafından getirildi. En son 4 ay önce yatarak tedavi gördüğü ve yakınmalarının kısmen azalarak devam ettiği, son 1 aydır ilaçlarını düzenli almadığı öğrenildi.

2006 yılında yakınmalarının başladığı, 2011'de şüphecilik ,yemek yememe şikayeti ile ilk yatışının olduğu, şimdiye kadar haloperidol, olanzapin, risperidon, flupentiksol depo tedavilerini yeterli doz ve sürede kullanmasına rağmen kısmi remisyon sağlandığı ve kilo alma, galaktore, adet düzensizliği nedeniyle her seferinde ilaçlarını bıraktığı bu nedenle de tekrarlayan hastane yatışlarının olduğu bilgisiye ulaşıldı. Tedaviden fayda görmeyen hastaya poliklinik kontrolünde klozapin başlandığı, ancak yine düzensiz kullandığı öğrenildi.

Hastaya servise kabul sonrası haloperidol ve biperiden im olarak başlandı ve sonrasında oral amisülpiride geçildi. PANSS skorlarında %25'den daha az düşüş olması ve servis personeline karşı perseküsyon sanrıları tarif etmesi üzerine hastaya EKT ve klozapin başlandı. 13 seans EKT uygulandı. Klozapin dozu tedricen 500 mg/g'e çıkarıldı.

Yine yeterli klinik yanıt alınamayan hastaya risperidon 6mg/g ve Paliperidon Palmitat 150 mg/ay başlandı, geçmiş öyküsünde risperidonla amenore gelişmesi nedeniyle aripiprazol 10 mg eklendi. Mevcut tedavisi ile şikayetlerinde belirgin azalma olan hasta taburcu edildi. Hasta 4 aydır kısmi salah halinde halen ilaçlarını düzenli kullanmakta ve poliklinikte takiplerine gelmektedir.

Tartışma: Klozapine rağmen tedaviye yanıtı yeterli olmayan hastalarda, güçlendirme tedavileri klinik pratikte sıkça görülmektedir. Atipik ve tipik antipsikotikler, duygudurum düzenleyiciler, EKT, çeşitli farmakolojik ajanların (topiramet, lamotrijin, antidepresanlar, glisin, glutamaterjik ajanlar) klinik uygulamada kullanılabileceği bildirilmektedir. Klozapine kombine olarak risperidon, amisülpirid, sülpirid, ziprasidon ve aripiprazol gibi antipsikotikler sıkça kullanılmaktadır. Olgumuzda daha önce amisülpiride hiç yanıt alınmamış olması, ziprasidonun cQTC'yi klozapinle birlikte daha da artırabileceği göz önüne alınarak hastaya risperidon başlanması uygun görüldü. Hastanın ilaç kompiyansının kötü olması da düşünülmekle birlikte risperidonun kısa sürede paliperidon depo formuna geçilmesi planlandı. Klozapine paliperidon eklenmesi ile pozitif ve negatif semptomlarda gerileme olduğu, klozapinin dozunun azaltılmasına olanak sağladığı ve bu nedenle metabolik yan etkilerin azaldığını bildiren çalışmalar mevcuttur. Ayrıca bazı çalışmalarda her ne kadar paliperidon risperidonun metaboliti olsa da serotonerjik ve noradrenerjik nöronlar üzerine etkilerinin farklı olduğu bu nedenle farklı kimyasal özellikler sergileyebilecekleri belirtilmektedir. Nitekim olgumuzda da klozapine paliperidon depo eklenmesiyle kısmi remisyon sağlanmıştır.

Anahtar kelimeler: Şizofreni, tedaviye dirençli şizofreni, klozapin direnci, kombine tedavi

TRANSVESTİK FETİŞİZM, BİSEKSÜALİTE, SWİNGİNG

Zeynep Yücehan¹, Hatice Yardım Özayhan¹, İbrahim Eren¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Konya Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Swinging (eş değiştirme), evli çiftlerin birbirlerinin eşleriyle cinsel birliktelik yaşayıp, bunu yaparken birbirlerini izledikleri, bazı kişilerin cinsel fantezi, bazı kişilerin yaşam tarzı olarak benimsediği bir eylemdir. Swinger sayısı dünya genelinde giderek artmakta, hatta swinger partileri yapmak için kurulmuş ajanslar, şirketler ve web siteleri bulunmaktadır. Bu yazıda swingingi deneyen transvestik fetişizmi olan biseksüel olgu tartışılacaktır.

Olgu: 38 yaş, evli, 2 çocuklu, ilköğretim mezunu erkek hasta. Kadın iç çamaşırları giymek, erkeklerle cinsel birliktelik yaşamak gibi farklı cinsel istekleri ve davranışları nedeniyle eşinin boşanmak istemesi üzerine yardım almak amaçlı eşiyile birlikte polikliniğimize başvurdu. Hasta, kadın iç çamaşırı giymenin cinsel isteğini kat kat artırdığını ifade ediyordu. Cinsiyetinden memnun olduğunu, kendisini asla bir kadın gibi hissetmediğini söylüyordu. 25 yaşındayken çalıştığı fırına gelen transvesti bireylerle tanışmış ve arasıra transvesti bireylerle de cinsel birliktelik yaşamaya başlamış. Birlikte olduğu transvesti bireylerin isteği üzerine kadın iç çamaşırlarını giyerek cinsel ilişkiye girmeye başlamış ve bundan zevk aldığı farketmiş. Eşiyile internet aracılığı ile tanışmışlar ve kaçarak evlenmişler. 31 yaşında evlenmiş ve yaklaşık 2 yıl parafilik bir yaşantısı olmamış. Evliliklerinin 2. yılında kumar bağımlılığı nedeniyle iflas edince İzmir'den Konya'ya taşınmışlar. Eşinden gizli olarak tekrar kadın iç çamaşırları giyerek hemcinsleriyle birliktelik yaşamaya başlamış. İlişkiye girdiği bireyler kendisi gibi transvestik fetişizmi olanlar ya da transseksüel bireylermiş. Ortalama ayda bir kez bu şekilde ilişkisi oluyormuş. Bu durum yaklaşık 3 yıl devam ettikten sonra eş bu durumu öğrenmiş ve tepki göstermiş. Her seferinde tekrar yapmayacağına dair söz verse de hemcinsleriyle cinsel birliktelik yaşamaya devam etmiş. Eşine kendisiyle cinsel birliktelik yaşayacaklarında kadın iç çamaşırı giymek istediğini söylemiş ancak eş kabul etmemiş. İnternet ortamında cinsellikle ilgili yazıları okurken swinging ilgisini çekmiş. Ve bu düşüncesini eşiyile paylaşmış. Eşi önce itiraz etse de kendisini başka bir erkekle görünce nasıl bir tepki vereceğini merak ettiğinden kabul etmiş. Birlikte olacakları çifti sosyal medya ortamından eş seçmiş. Çocuklarıyla birlikte çiftin evine gitmişler. Çocukları farklı bir odada uyuttuktan sonra çiftler aynı odada karşı eşlerle birlikte olmuşlar. Eşinin gözlemlerine göre hasta bu durumdan hiç rahatsızlık duymamış. Bu olaydan sonra eş hastadan boşanma kararı almış. Bunun dışında eşini başka bir kadınla birlikte olurken izleme fantezisi de varmış. Eşi ve kendisiyle ayrı görüşülerek cinsel öyküleri alındı. Eşinden ve kendisinden MMPI istendi. Hastaya dürtü kontrolünde yardımcı olması amacıyla Sertralın 50 mg/gün başlandı. Takiplerde, cinsel bilgilendirme, psiko eğitim uygulandı. Tedaviden kısmen fayda gördüğünü, parafilik isteklerinin azaldığını belirtti. Erkeklerle ilişkisi yoktu. Kadın iç çamaşırı giyme isteği devam etmekteydi. Hastanın halen poliklinik takipleri devam etmektedir.

Sonuç: Parafililer klinik psikiyatride nadir görülen, daha çok adli sorun veya ailesel sorun olduğunda karşımıza çıkan durumlardır. Ayrıca parafilik olan bireylerde birden fazla parafilik birlikteliği nadir değildir. Son dönemde yaygınlaşan swinging, parafilik olan bireylerde sorgulanmalıdır.

Anahtar kelimeler: eş değiştirme, swinging, transvestik fetişizm

GEMİFLOKSASİNE BAĞLI AKUT ANKSİYETE: BİR OLGU SUNUMU

Merve Çukurova¹, Özge Şahmelikoğlu Onur¹, Armağan Özdemir¹

¹S.b.ü. Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı Ve Sinir Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

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

Olgumuz 73 yaşında, kadın, akut üst solunum yolu enfeksiyonu nedeniyle gemifloksasin 320mg/gün tedavisi alan ve gemifloksasin 1.dozunda yalnız kalma korkusu, her an kötü bir şey olacakmış hissi yaşayan ve günlük işlerini yaparken herhangi bir sebep olmamasına rağmen ciddi kaygı duymaya başlayan hasta; şikayetlerinin başlamasını takiben 2.günde psikiyatri acil servisine korku ve endişe şikayetleriyle başvurmuştur. Hastanın blinen, tedaviyle kontrol altında olan hipertansiyon ve koroner arter hastalığı mevcut , psikiyatrik hastalık öyküsü, sosyal stresörü ve aile öyküsü yok. Genel durumu iyi, vitaleri stabil olan; acil hemogram, elektrolit seviyesi, karaciğer fonksiyon testleri, böbrek fonksiyon testleri normal olan; bilinç ve oryantasyon muayenesinde ve düşünce içeriğinde patoloji saptanmayan, algı kusuru olmayan hastanın ani başlayan anksiyetesi gemifloksasine bağlanmış olup, gemifloksasin stoplanmasının ardından anksiyetesinin takipte kaybolduğu ve eski günlük yaşamına devam ettiği saptandı. Hastaya herhangi bir psikiyatrik tedavi başlanmadı.

Gemifloksasinin anksiyeteye neden olan bu etkisi kinolonların; gammaaminobutirik asid (GABA) reseptörlerine bağlanarak GABA bağlanmasını inhibe etmesi nedeniyle beyinde inhibitör uyarıların ortadan kalmasına bağlanmaktadır. Bunun yanında kinolonların N-metil D-aspartat reseptörlerini aktive ederek aktivatör uyarıların artması diğer bir mekanizma olarak açıklanabilir. Son zamanlarda yapılan beyin bağırsak eksen çalışmaları bağırsak bakterilerinin organ sistemleri için aktif metabolitler ürettikleri gösterilmiştir. Lactobacillus ve bifidobacteriales monosodyum glutamattan gamaamino butirik asit (GABA) sentezleyebilmektedir. Geniş spektrumlu bir antibiyotik olan gemifloksasin bağırsaktaki lactobacillus ve bifidobacteriales gibi GABA sentezleyebilen bakteriler üzerine de etki ederek bu bakterilerin yok olmasıyla GABA üretimin azalmasına ve anksiyete semptomlarının doğmasına yol açabileceği diğer bir mekanizma olarak düşünülebilir.

Anahtar kelimeler: Anksiyete, gemifloksasin, kinolonlar, GABA

BİR KISA PSİKOTİK BOZUKLUK OLGUSU

Merve Keleş¹, Tuna Güzide Yener Örüm¹, Özlem Devrim Balaban¹

¹T.c. Sağlık Bakanlığı İstanbul Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı Ve Sinir Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Kısa psikotik bozukluk, psikotik semptomların ani başladığı, bu semptomların en az 1 gün en fazla 1 ay sürdüğü psikiyatrik bir durumdur. Atak sonrası tam iyileşme hali görülür ve bireylerin hastalık öncesi işlevsellik düzeylerine dönüşleri tamdır. Nadir görülen bir klinik durumdur. Varsanı, hezeyan, dezorganize konuşma gibi en az bir alanda psikotik semptom içerir. Presipite edici etkenlerin en önemli örneği ise kişide yoğun bir emosyonel zorluğa neden olabilecek majör yaşam olaylarıdır.

Olgu: 45 yaşında, evli ve çalışan erkek hasta. Daha önce psikiyatrik başvurusu olmayan hastanın ek tıbbi hastalığı bulunmamaktaydı. Acil servisimize başvurduğu gün başlayan işitsel varsanı, eşine yönelik homisidal planları mevcuttu. Hasta atipik psikoz ön tanısı ve homisid riski nedeniyle kliniğimize yatırıldı. Hastada genel tıbbi duruma bağlı psikiyatrik bozukluğu dışlamak için istenen tetkikleri normal sınırlardaydı. Yatışının ilk 2 günü ketiabin 150 mg/g p.o ile serviste takip edildi. 3. gün psikotik semptomları devam eden hastada ketiabin tedavisi kesilerek 10 mg/g haloperidol ve 5 mg/g biperiden enjeksiyon tedavisine geçildi. Yakınıyla yapılan görüşmede hastanın geçmişinde herhangi bir psikiyatrik başvurusunun olmadığı, son zamanlarda işlevselliğinde herhangi bir kayıp yaşanmadığı, acil servisimize başvurduğu gün de dahil olmak üzere kendileri tarafından gözlenen bir şikayetin bulunmadığı bilgisi alındı. Hastayla 4.gün yapılan görüşmede aktif varsanı ve hezeyan tariflemiyordu. Yaşadığı psikotik süreç hakkında amnezisi mevcuttu. Yapılan görüşmede majör stresör yaşantı tarifledi. Hastada kısa psikotik bozukluk düşünüldü.

Tartışma: Kısa psikotik bozukluk olgumuzda olduğu gibi akut başlangıç gösterir. Tanı konulmadan önce hastanın geçmiş psikiyatrik öyküsünün affektif ve psikotik dönemler açısından iyi sorgulamak gerekir. Kısa psikotik bozuklukta tedavi etkinliğini inceleyen çalışmaya rastlanmamıştır ancak tanı konulan bireylere bazı yazarlar antipsikotik ilaç tedavisi ve tedavi kesilirken ilaç dozlarının yavaş azaltılarak kesilmesini, relaps açısından hastanın yakından gözlenmesini önermektedir.

Anahar kelimeler: kısa psikotik bozukluk

ŞİZOAFEKTİF BOZUKLUK TANILI BİR OLGUDA DİABETES MELLİTUS KOMORBİDİTESİ VE KLOZAPİN KULLANIMI

Gülistan Merve Karaca¹, Salime Gürsoy¹, Rüstem Aşkın¹

¹Sbü Erenköy Ruh Ve Sinir Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Klozapin, özellikle tedaviye dirençli şizofreni ve ilişkili bozukluklarda en etkili ilaçtır. Buna karşın, değişik yan etkileriyle birlikte diabetes mellitus (DM), obezite ve hiperlipidemiye içeren metabolik sendrom riski klinisyenlerin klozapin tercih etme konusundaki isteksizliğini açıklayan en önemli nedenler arasındadır. Bununla birlikte, bazı öncül yayınlar klozapin kullanan hastalarda DM riskinin genel popülasyondan daha yüksek olmadığını destekler niteliktedir. Bu yazıda DM komorbiditesi olan, ilaç yan etkileri ve tedavi direnci nedeniyle klozapin başlanan ve klozapinden fayda gören şizoafektif bozukluk tanılı bir olgudan bahsedilecektir

Olgu: 56 yaşında, erkek, ilkökul mezunu, emekli, evli, 8 çocuğu var. Büyüklük sanrıları, sesler duyma, uyku ihtiyacında azalma, çok konuşma, sinirlilik ve dini uğraşda artış şikayetleri ile acil servismize getirildi, erkek servismize yatırıldı. 25 yıllık psikiyatrik hastalık öyküsü tariflenen; daha önce mükerrer hastane yatışları olan ve bipolar bozukluk tanısı ile takip edilen hastanın 2 yıldır gerilemeyen grandiyöz hezeyanları ve işitsel varsanıları olması nedeniyle tanısının şizoafektif bozukluk olduğu kanaatine varıldı. Geçmişte pek çok duygudurum dengeleyici ve antipsikotik ilaç kullandığı; Nisan 2017’de parkinsonizm belirtilerinin olması üzerine Nöroloji’ye konsülte edildiği, sekonder parkinsonizm tanısı aldığı; ilaçlara bağlı hareket kısıtlılığı, sedasyona eğilim, ekstrapiramidal yan etkiler ve eşlik eden insülin bağımlı diyabetes mellitus tanısı nedeniyle ilaç seçimi konusunda zorluk yaşandığı öğrenildi. Hastanın en son düzenlenmiş tedavisi valproik asit+sodyum valproat 1500 mg/g, aripiprazol 10 mg/g, propranolol 40 mg/g ve insülin idi. İlaç yan etkileri ve tedavi direnci açısından Dahiliye konsültasyonu sonrasında kan şekeri ile diğer metabolik parametreler yakın takip edilerek mevcut psikotrop ilaçları kesildi, klozapine geçildi, klozapin dozu tedricen 125 mg/g’e çıktı. Ayrıca hipersalivasyon nedeniyle amitriptilin 10 mg/g başlandı. 21 günlük yatışı süresince takiplerinde hastanın remisyona girdiği, ekstrapiramidal yan etkilerin gerilediği saptandı ve metabolik açıdan herhangi bir bozulma görülmedi. Taburculuk sonrasında kontrollerinde de durumu stabil olarak değerlendirildi.

Tartışma: Şizofreni ya da şizoafektif bozukluğa sahip hastalarının %30–40’ı tedaviye dirençli olduğundan, klozapinin, tedaviye dirençli hastalarda pozitif belirtilerin tedavisinde, intihar ve relapsı önlemede seçkin olması, kognitif işlevlerden çalışma belleği ve sosyal işlevi iyileştirici etkilerinin saptanması, yaşam kalitesini artırması ile psikiyatri pratiğinde daha çok kullanılmasının rasyonel olabileceğini düşündürmektedir. Üstelik ekstrapiramidal yan etkiler açısından ve özellikle tardif diskinezi için diğer antipsikotiklere göre düşük riskli olması önemli bir avantajdır. Öte yandan, klozapin kullanımı ile nadir de olsa bazı hastalarda gözlenebilen agranülositoz, insülin direnci, kilo alımı, tip 2 diyabet, pulmoner emboli, taşikardi, miyokardit, kardiyomiyopati gibi ciddi yan etkileriyle, hipersalivasyon ve artmış nöbet riski gibi istenmeyen yan etkileri dikkate alınmalıdır. Ancak, bu risklerin antipsikotik tercihinde uygun seçimi engellememesi, klozapinin fayda/risk hesabına göre gereken olgularda çekinmeden kullanılması önemlidir. Ayrıca metabolik risk faktörlerine bağlı olarak klozapinden kaçınmanın veya klozapin başlamakta yaşanabilecek gecikmenin hastalık ve tedavi süreci üzerine olumsuz etkileri de akılda tutulmalıdır.

Anahtar kelimeler: Şizoafektif Bozukluk, Şizofreni, Diabetes Mellitus, Klozapin,

KLOZAPİNE BAĞLI GELİŞEN BİR KARDİYAK TAMPONAD VAKASI

Merve Demir¹, Hüseyin Toygun Durmuş¹

¹Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sağlık Uygulama Ve Araştırma Hastanesi Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı

²Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sağlık Uygulama Ve Araştırma Hastanesi Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Giriş: Klozapin standart tedavilere cevap vermeyen hastalarda en etkili ilaçtır. Diğer ilaçlarla ortaya çıkan EPS'yi tolere edemeyen psikotik hastalarda, tedaviye dirençli manide, şiddetli psikotik depresyonda, idiopatik Parkinson hastalığında, Huntington hastalığında ve intihara eğilimli olan şizofreni ve şizoafektif bozukluk hastalarında da kullanılır.

Klozapine bağlı en sık yan etkiler sedasyon, sersemlik, senkop, taşikardi, hipotansiyon, EKG değişiklikleri, bulantı ve kusmadır. Diğer yan etkiler; yorgunluk, kilo alımı, kabızlık, antikolinerjik etkiler, kas güçsüzlüğü hissi ve siyaloreidir. Daha az görülen yan etkiler, nöbet, lökopeni, granülositopeni, agranülositoz, ateş, kardiyomyopati ve myokardittir.

Burada klozapine bağlı kardiyomyopati sonucu; perikardial efüzyon ve kardiyak tamponad gelişen bir hastayı tartışacağız.

Vaka: Hastamız; 25 yaşında, kadın, bekar, okuma yazması yok, anne babasıyla yaşıyor, mental retardasyonu mevcut. 1,5 yıldır sinirlilik ve ajitasyon nedeniyle psikiyatrik tedavi (valproik asit 1500mg/gün, olanzapin 10mg/gün, zyklopentiksol 200mg/15gün) alıyordu. 1 ay önce abisine bıçak çekmesi sonucu dış merkezde 20 gün psikiyatri servisinde yatarak tedavi görmüş ve tedavisine klozapin eklenmiş. Taburcu olduktan 2 hafta sonra hasta acil servise nefes darlığı, çarpıntı şikayetleri ile başvurmuş. Perikardiyal efüzyon ön tanısı ile kardiyoloji yoğun bakım ünitesine yatırılmış. Hastaya EKO ve perikardiyosentez yapılmış, 2 gün sonra hipotansif atakları olmuş, kardiyak tamponad gelişmiş, kardiyak tamponatı boşaltılmış. Hastanın talkiplerinde beyaz küre ve CRP değeri yükselmiş. Postop 3. Günde Kan beyaz küre sayısı: 11,14 x10³mm³ (normal aralık: 3,9-8,86); Nötrofil sayısı: 5,33x10³mm³ (1,5-5); C-reaktif protein: 208 mg/l (<5) olarak çıkmış. Postop 4. Günden itibaren (klozapin kesildikten 4 gün sonra) beyaz küre ve CRP düşme eğilimi göstermiş. Postop 5. günde akciğer ödemi düşünülmüş. Postop 6. günde taburcu edilmiş.

Aşağıda, hastanın PA Akciğer grafisinde perikardiyal efüzyona bağlı genişlemiş kalp gölgesini görmekteyiz.

Tartışma: Klozapine bağlı miyokardit vakalarının % 85-90'ı tedavinin ilk sekiz haftası içinde, özellikle de üçüncü haftada görülür.

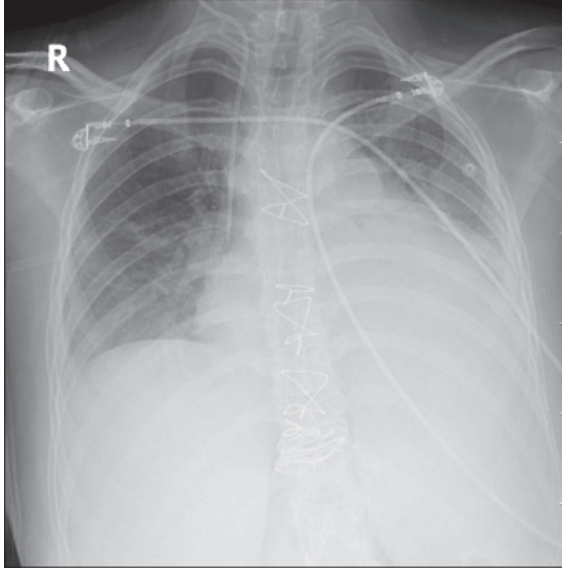
Klozapine bağlı miyokardit için mutlak görülme riskinin son yıllarda %1,2'ye kadar çıktığı bildiriliyor. Klozapine bağlı miyokardit vakalarında ölüm oranı, başka sebeplere bağlı miyokarditlerden daha yüksektir. Klozapine bağlı miyokardit gelişimi için şu risk faktörleri vardır: ileri yaş (on yıllık dönemler dikkate alındığında, 1,31 kat), eş zamanlı valproat kullanımı (2,59 kat), klozapin tedavisinin ilk dokuz günü içinde verilen kümülatif dozun yüksek olması (total 250 mg) (1,26 kat).

Bizim vakamızda da eş zamanlı valproat kullanımı mevcuttu. Postop 1. günde psikiyatri konsültasyonu istendi. Hastanın psikiyatri konsültasyonunda klozapinin kesilmesi önerildi.

Klozapin kullanan hastada göğüs ağrısı, solunum yetmezliği, ateş yada taşipne belirtileri görülürse miyokardit dışlanmalıdır ve seri CK-MB, troponin seviyeleri , EKG tetkiki, CRP bakılmalıdır. Kesin tanı koydurucu bir laboratuvar bulgusu yoktur. EKG'nin duyarlılığı düşüktür. Klozapine bağlı miyokardit vak'alarında çekilen akciğer grafisinde en sık olarak kardiyomegali ve interstisyel ödem görülmüştür.

Klozapine bağlı miyokardit, klasik seyir dışında farklı şekillerde de seyredebiliyor, semptomsuz seyredebileceği gibi, bazı vakalarda da hızla kalp yetmezliğine yol açtığı ve ölüme yol açabileceği bildirilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Klozapin, Myokardit, Kardiyomyopati, Kardiyak Tamponad



Resim 1. Hastanın PA Akciğer grafisinde genişlemiş kalp gölgesi

KAFA TRAVMASINA BAĞLI FRONTAL LOB SENDROMU: OLGU SUNUMU

Hüseyin Toygun Durmuş¹, Celalettin Turgut², Merve Demir³

¹Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı Anabilim Dalı

²Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı Anabilim Dalı

³Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı Anabilim Dalı

Amaç: Frontal lob sendromu (FLS) kişilik ve davranış değişiklikleriyle kendini gösteren, prefrontal korteksin (PFK) tümör, serebrovasküler hastalık, enfeksiyon ve özellikle kafa travması gibi nedenlerle hasar görmesi sonucu ortaya çıkan klinik bir tablodur. Bu olgumuzda kafa travması sonrası gelişen frontal lob sendromlu bir olguyu tartışacağız.

Olgu: Hasta, 30 yaşında, erkek, evli, 1 çocuk sahibi, ortaokul mezunu. Yaklaşık 7 ay önce uykusuzluk, çabuk sinirlenme, öfke nöbetleri, iritabilite, küfürlü konuşmalar gibi dezorganize ve disinhibe davranışlar, yerinde duramama gibi psikomotor aktivite artışı, gün içinde bilinç dalgalanmaları, hiperorofaji, apati ve idrar kaçırma şikayetleri ile acile getirildi.

Öyküsünde; kaza öncesi psikiyatrik başvurusunun ve psikotrop ilaç kullanımının olmadığı, yaklaşık 3 hafta önce yüksekten düşme nedeniyle kafa travması sonrası hastane yatışı olduğu, beyin cerrahi servisinden diffuz aksonal hasar ön tanısı ile bir hafta önce karbamazepin 400 mg ve olanzapin 5 mg reçetesi ile taburcu edildiği öğrenildi. Hastanın Beyin BT'sinde solda daha belirgin olmak üzere bilateral frontoparietal bölgede cilt altında hematoma lehine kalınlık ve dansite artışı mevcuttu. Temporoookipital bölgede derin beyaz cevher yerleşimli hiperdens görünümde kanama alanı vardı. Her iki frontal korteks, korona radiata ve sentrum semiovale belirgin derecede bası altında izlendi. Sağ frontal, sol frontoparietalde ekstraaksiyel mesafesinde hafif genişleme saptandı. Hastanın Beyin Difüzyon MR'ında sağ temporoookipitalde intraparaklimal hematoma ile uyumlu lezyonlar izlendi. Soygeçmiş ve özgeçmişinde özellik yoktu. Alkol ve madde kötüye kullanım öyküsü yoktu.

Ruhsal durum muayenesinde; bilinç açık, oryantasyonu ve kooperasyonu kısıtlı, anlık bellek korunmuştu, yakın ve uzak bellek, dikkat ve hesaplaması bozuktu. Affekti iritabile ve duygudurumu ile uyumluydu, çağrışımları gevşeme eğiliminde idi, psikotik bulgu tarifilemedi. Soyut düşünce ve yargılama hafif düzeyde korunmuştu.

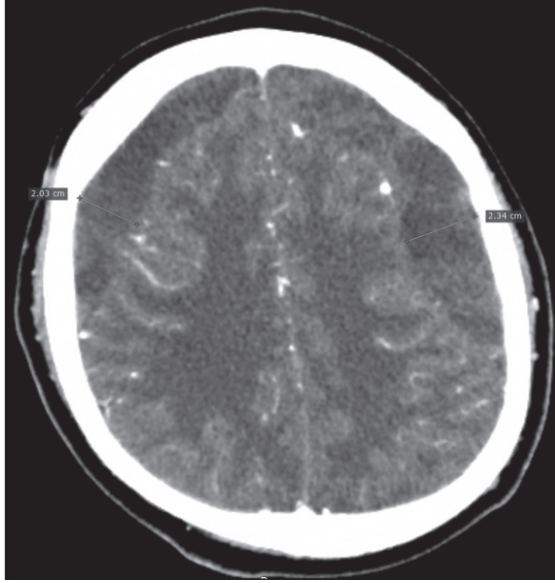
Tartışma: Bu olguda hastanın kişilik özelliklerinin geçirdiği travma sonrasında değiştiği saptandı. Yapılan ruhsal muayenesinde varsanı, sanrı olmaması, frontal lob sendromunda görülen, hiperorofaji, disinhibe davranışlar, iritabilite, empati kaybı, problemlere kayıtsızlık, oryantasyon kaybı gibi semptomları olması ve MR ve BT görüntüleme bulguları ile birlikte düşünüldüğünde hastaya ICD'a göre "Frontal Lob Sendromu", DSM 5'e göre "Başka Bir Sağlık Durumuna Bağlı Kişilik Değişikliği" tanısı konuldu.

DSM 5 de Başka Bir Sağlık Durumuna Bağlı Kişilik Değişikliği olarak tanımlanan bu durum saldırgan, duygusuz(aparetik), kuşkucu(paranoid), birleşik, tanımlanmamış ve diğer olarak alt tiplere ayrılmıştır. Bizim olgumuzda birleşik alt tipi saptandı.

Hasta ve yakın çevresinden alınacak dikkatli bir öykü, psikiyatrik muayenede saptanabilecek bazı ayrıntılar, FLS tanısının konulabilmesinde son derece yardımcı olabilmektedir.

Duygusal labilite ve bozulmuş dürtü kontrolü içeren davranış ya da kişilik değişiklikleri gösteren, hiç bir ruhsal hastalık geçmişi olmayan ve kişilik değişiklikleri hızlı bir şekilde ilerleyen hastalarda bu tanı düşünülmelidir.

Anahtar kelimeler: kafa travması, kişilik değişikliği, frontal lob sendromu



Resim 1. 20 mm ve solda 23 mm kalınlığında ölçülen subdural geç subakut döneme ait kanama bulguları

MARCHIAFAVA-BİGNAMİ HASTALIĞI:OLGU SUNUMU

Sevda Bağ¹, Gülşen Teksin Ünal², Meryem Gül Teksin Bakır³

¹*Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Eğitim Ve Araştırma Hastanesi ,istanbul*

²*Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim Ve Araştırma Hastanesi ,istanbul*

³*Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Eğitim Ve Araştırma Hastanesi,ankara*

Amaç:Marchiafava-Bignami hastalığı, korpus kallozum dejenerasyonu ile giden kronik alkolizm ile ilişkili nadir bir hastalıktır.Marchiafava-Bignami Hastalığı (MBH) nadir bir bozukluk olup vakaların hepsinde kronik alkol kullanım öyküsü mevcuttur. Hastalığın B vitaminlerinin eksikliğine bağlı olduğu düşünülmektedir.Bu olguda 20 yıldır alkol kullanımı sonrasında ortaya çıkan Marchiafava-Bignami Hastalığı ve psikiyatrik semptomları ele alınacaktır.

Olgu: 46 yaşında erkek hasta 20 yıldır alkol kullanımı mevcut. 2015 yılında başlayan yürüyeme ve denge kaybı şikayetleri ile nöroloji polikliniğine başvuran hastanın çekilen Kranial MR’ında Korpus Kollosumda hiperintensite saptanmış ve Marchiafava-Bignami Hastalığı düşünülerek yatışı yapılmış. Bu dönemde hastada kendi kendine konuşma hayaller görme ben gizli polisim şeklinde hezeyanlar cinsel istekte artma hareketlilik uykusuzluk şikayetleri de başlamış. B12 vitamin seviyesi düşük tespit edilen hastaya B vitamini uygulanmış şikayetleri halen devam eden hasta psikiyatri polikliniğimize yönlendirilmiş. hasta ve hasta yakını ile yapılan görüşmede hastanın şikayetlerinin yürüyememe şikayetleri sonrası başladığı aile öyküsü olmadığı öğrenildi. psikiyatrik muayenesinde çağrışımlarının dağıldığı ve hastanın hezeyanları nedeni ile gerçeği değerlendirmesinin tamamen bozulduğu tespit edildi. hastaya olanzapin 20 mg/gün ve ketiapin 400 mg gün başlanan hastanın şikayetlerinde kısmi düzelme görüldü.Hastanın tanısının Organik Mental Bozukluk ile uyumlu olduğu düşünüldü ve halen psikiyatrik tedavisi devam etmektedir.

Tartışma:Marchiafava-Bignami hastalığı (MBH), oldukça seyrek olarak alkol kullanım bozukluğu olan kişilerde görülür. Ancak, kötü beslenme ve Wernicke ensefalopatisi ile birlikte olabileceği de bildirilmektedir. Patogenezi bilinmeyen MBH’da görülen patolojik lezyonların farklı paternlerinden dolayı klinik bulguları spesifik değildir. Ancak, yine de temelde iki klinik formu tanımlanmıştır. Akut formda, felç, ağır nörolojik sorunlar, ölüme kadar ilerleyebilen bilinç yitimi görülmektedir. Kronik formu ise, ilerleyici demansla seyreder. Klinik bulguları belirgin olmamasına karşın, beyindeki lezyonlar BT ve MRG yöntemleri ile saptanabilir.Marchiafava-Bignami hastalığının patogenezi tam bilinmemekle birlikte, deneysel çalışmalarda, siyanid ve bazı CO zehirlenmeleriyle benzerlikler gösterilmiştir.Marchiafava Bignami hastalığı kronik alkol kullanan kişilerde nörolojik semptomlarla beraber psikotik tablo varlığında akla gelmelidir.

Anahtar kelimeler: Alkolizm,B vitamini ,Marchiafava-Bignami Hastalığı,Organik Mental Bozukluk,Korpus Kollosum

TEDAVİYE DİRENÇLİ BİR ŞİZO-OBSESYON OLGUSU

Serdar Salman¹, Şakir Gıca¹, Nesrin Karamustafaloğlu¹

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

Giriş: Şizofreni ve obsesif kompulsif bozukluk uzun zamandan beri klinisyenlerin ilgisini çekmektedir. Çalışmalarda şizofreni tanılı hastalarda eşzamanlı obsesif-kompulsif semptomların (OKS) sıklığı %30-60 arasında eşzamanlı OKB sıklığı ise %7-14 arasında gösterilmektedir. Ancak klinik uygulamada obsesyon-hezeyan ayırımını tam olarak yapabilmeyen güç olduğu vakalar da çıkabilmektedir. Bu çalışmadaki amaç psikoz/obsesyon ayırımında güçlük olan sınır bir vakanın kliniğini ayrıntılı olarak ele alarak bu klinik durumu daha anlaşılır yapabilmektir.

Olgu: 28 y, Kadın, Evli, 2 çocuğu var, lise mezunu, ev hanımı, ailesi ile yaşıyor. Şikayeti: Nefes darlığı, sıkıntı, bunalıtı, somatik zihinsel meşguliyet. Hastanın kendisinden ve yakınlarından alınan bilgiye göre; ilk yakınmalarının 4 yıl önce kullandığı şampuan ve diş macunu markasının insanlarla iletişimini düzelttiğini, daha güzel konuşmasını sağladığını düşünme sonrasında kayınpalidesi ile ilişkisinin daha iyi olmasını sağlayacağını düşünerek sağlam olan bir dişini çektiği ve çekilen dişin yerine implant için vida takıldığını ancak bu vidanın hastanın nefes almasını engellediğini ve iştahını kapattığını düşünmeye başladığı, kullandığı şampuanın piyasadan çekilmesi üzerine tüm depoları telefon ile arayıp o şampuanlardan bulabildiği kadarını alıp sakladığı ve uzun dönem aynı şampuanı kullanabilmek için 2 yıldır saçlarını aralıklarla makine ile keserek kısalttığı, kullandığı temizlik malzemelerinin belirli renklerde olanlarının daha güzel temizlik yapmasına neden olduğunu, 1,5 ay önce benzer şikayetlerle sertalin 50 mg/g ve Aripiprazol 5mg/g tedavisi başlandığı, tedaviden kısmen fayda görmesine rağmen 1 haftadır ilaçlarını kullanmadığı öğrenildi. Hastanın sigara alkol madde kullanımının ve intihar öyküsünün olmadığı, kuzeninde bir psikiyatrik hastalığı olduğunu fakat tanısının bilinmediği ifade edildi. RDM: Bilinci açık oryante, koopere, konuşma hızı normal, miktarı artmış, affet anksiyöz, mood disforik, çağrışımları gevşemiş, amaca yönelebiliyor, varsanı tariflemeyi, kullandığı şampuanın, diş macununun ve çekilen dişinin yerine takılan vidanın etkileyiyle ilgili yoğun zihinsel uğraş, çarpık zihinsel bağlantıları mevcut, düşüncelerini mantıklı bulmasa da aklından çıkaramadığını, ancak bazı görüşmelerinde ise bu düşüncelerin mümkün olabileceği ve kendisine göre mantıklı olduğunu ifade ediyor, muhakeme bozuk, içgörü kısmi. Hastaya sertalin 100mg/g, risperidon 2mg/g tedavisi başlandı. Takiplerinde sertalin dozu tedricen artırılarak 200mg'e çıkarıldı ve şikayetlerinde kısmen düzelen hasta taburcu edildi. İlaçlarını düzensiz kullanan hastanın şikayetlerinin arması artması üzerine yakınlarının isteği üzerine başvurduğunda hastaya klomipramin ve aripiprazol başlandı. Yakınmaları kısmen azalan hasta ayaktan takip edilmektedir.

Tartışma: Şizofreni ve OKB patogeneğinde rol oynadığı varsayılan nörolojik devreler, nöroanatomi yapılar ve nörotransmitterler arasında benzerlikler bulunmaktadır. Nitekim her iki hastalık da erken yaşta başlar, kronikleşir ve yıkıcı seyreder. Şizo-obsesif terimi ise psikiyatri dilinde yaygın olarak kullanılmaktadır. Özellikle içgörüsü az olan obsesyonlar sanırlarla karışabilmekte ve tanısız ikilem oluşturmaktadır. Vakadaki gibi psikoz varlığındaki düşünce ve davranış değişikliklerinin aslında OKB olup olmadığının karar verebilmenin zor olduğu durumlar söz konusu olabilir. Bu gibi durumlarda ampirik olarak SSRI ve antipsikotik tedavisi başlanması önerilmektedir.

Anahtar kelimeler: Şizo-obsesyon, OKB

MÜKERRER SUİSİDAL GİRİŞİMLERİ VE TEDAVİYE DİRENÇLİ ŞİZOFRENİ HASTASINDA TEDAVİ ŞEÇİMİ

Serdar Salman¹, Şakir Gıca¹, Nesrin Karamustafaloğlu¹

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

Giriş: Şizofreni özkıyımın riskinin yüksek olduğu psikiyatrik hastalıklardan biridir. Şizofreni hastalarının %30'unda intihar girişimi ve %10'unda tamamlanmış intihar davranışı bildirmektedir. Daha önce özkıyım girişiminde bulunan şizofreni hastalarının %18'inin özkıyım sonucu öldüğü belirtilmektedir.

Olgu: 37Y, bekar, 5 kardeşin 4. sü Lise Mezun, ailesi ile yaşıyor. Boğazında bozuk paraların olduğunu düşünen ve 1 hafta önce bayramda koyun kesildiğini gördükten sonra boğazındaki paraları çıkarmak için boğazını kesmeye çalışması ve kendine zarar verme düşüncelerinin devam etmesi üzerine yatışı yapıldı. 20 yıllık hastalık öyküsünün lise son sınıfta ders başarısında düşme içe kapanma şeklinde başladığı, şizofreni tanısı ile öncesinde 2 kez yatışının olduğu, ilk yatışı 15 yıl önce tedavi reddi ve saldırganlık nedeni ile ikinci yatışının 6 yıl önce suisidal girişimi nedeniyle olduğu, klozapin tedavisi başladığı sonrasında klozapin ile granülositopeni gelişmesi üzerine tedavisi sonlandırılıp haloperidol 20mg/gün, sertindol 1mg, biperiden tb 4mg/gün ile taburcu edildiği öğrenilmiştir. Takiplerinde QTC:443 saptanması üzerine sertindol kesilip paliperdon başlanmış, ancak hastanın şikayetlerinde gerileme olmaması nedeniyle paliperidon sonlandırılıp klozapine tekrar başlandığı bilgisine ulaşıldı. Hasta klozapin 350mg/gün kullanırken boğazını keserek intihar girişiminde bulundu. RDM: Bilinci açık, oryante, koopere, özbakımı azalmış, göz teması kurmayan ve ilgisiz tutumda olan hastanın affetti kısıtlı mood irritabile çağrışımları gevşek amaca yönelemiyor grandiyöz bizar ve perseküsyon hezeyanları tarifliyor,suisid girişiminin nedeni olarak 'canım sıkıldı' şeklinde cevap veriyor, varsanı tariflemedi, muhakeme yetersiz ,soyut düşünce bozuk, içgörü yok. Haloperidol 20mg/gün im, Biperiden 10mg/gün im ve Klozapin 400mg/gün olarak tedavisi düzenlenen hastanın kan tetkiklerinde granülositopeni gelişti ve Klozapin tedavisi sonlandırıldı ve hastaya EKT başlandı. 10 seans EKT uygulandı. Amisulpirid ile oral tedaviye geçildi yeterli süre ve dozda tedaviye rağmen hastanın semptomlarında düzelleme olmaması üzerine Olanzapine geçildi ve Pimozid 2mg/gün tedaviye eklendi ve arttırılarak 6 mg a çıkıldı. Haftalık EKG çekimleri ile cQTC uzaması takip edildi. Zuklopentiksol depot im/2hf tedaviye eklendi. Psikotik bulguları ve suisid düşünceleri gerileyen hasta taburcu edildi. Sonrasında poliklinik takiplerine düzenli olarak geldi ve ilaç kullanımını devam ediyor

Tartışma: Şizofrenide görülen suisid girişimlerinin önlenmesi amacıyla klozapin, antidepresanlar, lityum ve EKT terapisi kullanılmaktadır. Hastada granülositopeni gelişmesi nedeniyle klozapin tedavisi devam ettirilememesi ve yeterli sayıda EKT tedavisi uygulanmasına rağmen suisid düşüncelerinin devam etmesi tedavisinde alternatif arayışlara neden olmuştur. Öncelikle psikotik belirtilere bağlı suisid girişimleri olması nedeniyle hastaya amisulpirid gibi potent bir antipsikotik verildi sonrasında ise hem yapışal olarak klozapine benzermesi ve suisidi önleyebileceğinin belirlen çalışmalar olması hem de intihar davranışında atipik antipsikotiklerin daha etkili olduğu belirten çalışmalar olması nedeniyle olanzapine geçildi ancak yakınmalarda yeterince düzelleme sağlanamadı.Depo antipsikotik ve Pimozid ile klinik düzelleme ve suisid düşüncelerinde azalma sağlandı. Bu vakada tipik antipsikotiklerin de suisid düşüncelerini azaltmada etkili olabildiğini göstermesi açısından önemli olduğu kanaatindeyiz.

Anahtar kelimeler: özkıyım, şizofreni, tedavi direnci

KETİAPİN İLE İNDÜKLENEN TARDİV DİSKİNEZİ

Zeynep Celile Elmacı¹, Şakir Gıca², Özlem Devrim Balaban², Nesrin Karamustafaloğlu²

¹Çocuk Ve Ergen Psikiyatri, Bakırköy Ruh Sağlığı Ve Sinir Hastalıkları Hastanesi

²Psikiyatri, Bakırköy Ruh Sağlığı Ve Sinir Hastalıkları Hastanesi

Giriş: Antipsikotik ilaç kullanımı Tardiv Diskinezi (TD) gibi birçok yan etki göstermektedir. TD tekrarlayıcı ve istemsiz hareketlerle karakterize, iatrojenik bir bozukluktur. Bu hareketler dil çıkarma, çenede rotatuar hareket, dudak şapırdatma, büzme, hızlı göz kırpmaya şeklinde olabilir. TD, dalgalı seyreden, sinsi başlangıçlı, kronik bir durumdur ve 3 aydan daha fazla 1. kuşak antipsikotik kullanan hastaların %20'sinde ortaya çıkmaktadır. Alta yatan mekanizmanın postsinaptik dopamin reseptörlerindeki hipersensitivitesi olduğu düşünülmektedir. 2. kuşak antipsikotikler dopamin D2'yi daha az bloke ettikleri için TD gelişme riski daha düşüktür. Ancak biz daha az EPS yaptığı düşünülen ketiapiin sonrası TD gelişen bir vakayı vurgulamak istedik.

Olgu: R.Ç., 68 yaşında kadın hasta, 2 haftadır mevcut uykusu ihtiyacında azalma, dezorganize davranışlar, ağır ve dudakta istemsiz hareketler şikayetleriyle yatırıldı. Öyküsü incelendiğinde hastanın 20 yıldır kışın depresif yakınmalarının olduğu, son 4 yıldır manik epizod nedeniyle yatırılarak veya ayakta tedavi gördüğü, risperidon 6mg/g, biperiden 4mg/g, ketiapiin 200 mg/g, olanzapin 10 mg/g kullandığı, ilaçlara bağlı herhangi bir yan etki olmadığı, yakınmalarının 2 ayda düzeldiği ancak sonrasında ilaç kullanmadığı ve yeniden rahatsızlandığı öğrenildi. En son 2 hafta önce manik yakınmalar nedeniyle ketiapiin 300mg/g başlanan hastada sonrasında ellerde ovuşturma, gövdede sallanma şeklinde, ağır çevresinde, dudaklarda ve ayaklarda ritmik olmayan, uykuda ve istemli şekilde azalan ama tamamen durmayan, tekrarlayıcı hareketler başladığı belirtildi.

Ruhsal durum muayenesinde bilinç açık, koopere, oryanteydi. Yaşında gösteriyordu, özbakımı yeterliydi. Psikomotor aktivitesi azalmıştı. Konuşma hızı doğal, miktarı artmıştı. Affektü kısıtlı ve uygunsuzdu. Duygudurumu öfkeliydi. Çağrışımları gevşekti, fikir uçuşması vardı. Amaca yönelim teğetseldi. Hezeyan, varsanı tariflemiyordu. Muhakemesi bozulmuştu, soyut düşünce içeriği yetersizdi.

Tekrarlayıcı hareketleri nedeni ile nörolojiye konsulte edildi. Organik nedenleri dışlamak için seruloplasmin, TFT, periferik yayma, EMG, kraniyal MR, BT istendi. Hastanın istemsiz hareketleriyle ilgili öykü derinleştirildiğinde peroral hareketlerin 1 senedir olduğu ama 2 haftadır düzenli ketiapiin kullanımı sonrası hareketlerin arttığı, ağız şapırdatmanın, kol, bacak ve gövde hareketlerinin eklendiği ve hastanın 1 sene önce sol lentiform nükleus düzeyinde akut iskemik olay yaşadığı bilgisine ulaşıldı. Klinik tablo TD olarak değerlendirilerek ketiapiin kesildi. Yapılan klinik gözlemlerde gövdede, distal ekstremitelerdeki diskinezinin geriledi, peroral diskinezinin azaldı. Hastaya duyudurum düzenleyicisi ve lorazepam ile remisyon sağlandı.

Tartışma: Ketiapiinin TD'yi indüklemeye olasılığının düşük olduğu, şiddetli TD semptomlarını hafiflettiği ve riskini azalttığı gösterilmiştir. Bunun nedeni ketiapiinin postsinaptik D2 reseptörlerine düşük afinitesi ve reseptörlerden hızlı ayrışmasıdır. Hayvan modelleri TD oluşumunda bazal ganglionların ve kortikospinal yolların rolü olduğunu göstermektedir. Bazal ganglionlarda meydana gelen bir lezyonun TD oluşumunu ve mevcut TD'yi artırabileceği bildirilmektedir. Bu nedenle post stroke hastalarda TD oluşumunun kolaylaşabileceği düşünülmüştür. Vakamızın post stroke hastalarda antipsikotik kullanımı sonrası EPS yan etkileri açısından yakın takip gerektiğini vurgulamasının önemli olduğu kanaatindeyiz.

Anahat kelimeler: Tardiv diskinezi, antipsikotik, ketiapiin, yan etki

OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK TEDAVİSİNDE NALTREKSON: İKİ OLGU SUNUMU

Yağmur Sever Fidan¹, Sümeyye Yasemin Kurtuluş Çallı¹, Neslihan Akkişi Kumsar¹

¹Erenköy Ruh Ve Sinir Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Amaç: OKB'nin ilk sıra tedavisinde serotonerjik ajanlar bulunmaktadır(1). Naltrekson, opioid antagonistidir. İmpuls kontrol bozukluklarını klinik karakteristikler, âileesel geçiş, farmakolojik tedaviye cevap temelinde OK spektrumun bir parçası gibi kavramlaştırılabileceğini ileri sürülmektedir(2). Tedaviye cevap vermeyen OKB'li hastalarda naltreksonun kullanıldığı çalışmalar bulunmaktadır(3). Biz de, alkol kullanım bozukluğu tanısı ile naltrekson kullanımı sonrası remisyona giren iki OKB olgusunu sunmayı amaçladık.

Olgu 1: 42 y, evli, 2 çocuğu olan, garson olarak çalışan erkek hasta. 25 yıldır olan cinsel obsesyonları ve kontrol kompulsiyonları ile hastanemize başvurmuş. İlk başvurusu 5 yıl önceymiş; 4 yıldır klomipramin ve ziprosidon kullanmaktaymış. Bu süreçte şikayetleri azalarak devam etmiş. 3 sene önce alkol kullanım bozukluğu nedeniyle tedaviye başlanmış. Bu süreçte 2 kez uzun süre alkol kullanımı olmuş. Son olarak, alkol kullanımının devam etmesi üzerine hastanemize başvurdu. Fizik, Nörolojik muayene normal. RDM: bilinç açık, oryante, koopere. Özbakımı iyi. Göz teması kuruyor. Duygudurumu ve duygulanımı anksiyöz. Konuşma miktarı doğal. Algı bozukluğu tariflemiyor. Düşünce içeriğinde cinsel obsesyonlar var ve kontrol kompulsiyonları var. Yargılaması, içgörüsü tam. Hastaya naltrekson 50 mg/gün başlandı. Tedavinin ilk ayında hastanın alkol kullanımı hiç olmamıştı; cinsel obsesyonlarının ve kontrol takıntılarının gerilediğini bildirdi; Y-BOCS obsesyon 9, kompulsiyon 5, içgörüsü 1 puandı. Naltrekson tedavisinin 3. ayında Y-BOCS skoru obsesyon 3, kompulsiyon 2, içgörüsü 0 puandı.

Olgu 2: 61 yaşında, evli, 3 çocuğu olan, emekli, erkek hasta. Yaklaşık 30 yıldır şüphe obsesyonları ve kontrol kompulsiyonları varmış. 10 yıldır OKB tanısı ile tedavi görmekteymiş. Bu süreçte sertralin, paroksetin, essitalopram, mirtazapin ve aripiprazol kullanımı olmuş. Yaklaşık 1 yıldır da venlafaksin kullanmaktaymış. Ancak şüphe obsesyonları ve kontrol kompulsiyonları azalmakla birlikte devam ediyormuş. Yaklaşık 30 yıldır alkol kullanım bozukluğu eş tanısı varmış. Önceki tedavilerden sonra son 1 sene alkol kullanımı tekrar başlaması üzerine hastanemize başvurdu. Fizik, Nörolojik muayene normal. RDM: bilinç açık, oryante, koopere. Özbakımı iyi. Göz teması kuruyor. Duygudurumu ve duygulanımı ötimik. Konuşma miktarı doğal. Algı bozukluğu tariflemiyor. Düşünce içeriğinde şüphe obsesyonları var ve kontrol kompulsiyonları var. Yargılaması, içgörüsü tam. Naltrekson 50 mg/gün tedavisi başlanan hastanın tedavisinin 2. ayında Y-BOCS obsesyon 7, kompulsiyon 1, obsesyon ve içgörüsü 1 puandı. 4. Ay Y-BOCS obsesyon 2, kompulsiyon puanı 1, içgörüsü 0 puandı.

Tartışma: Birçok çalışmada OKB hastalarının %30-40 gibi bir oranının tedaviye yeterli cevap vermedikleri bildirilmiştir (4). Bu durum OKB patofizyolojisinde serotoninin, dopaminin ve opioidlerin rol oynayabileceğini düşündürmektedir(5). OKB ve madde bağımlılığının farklılıklarına rağmen OKB'de ödül mekanizmasındaki bir aksama olduğunu düşündürmektedir(6). Naltrekson alkolün ödüllendirici nörobiyolojik etkisini azaltarak etki eder(7). Hamidi ve ark. (2007) naltrekson kullandıkları çalışmalarının sonucunda naltreksonun OKB'de etkili bir destekleyici tedavi olduğunu

bildirmişlerdir. Bizim hastalarımızda da kalıntı şikayetler gerilemiştir. Kısmi yanıtı rağmen obsesyonları ve kompulsiyonları devam eden ve işlevselliğin etkilendiği OKB hastalarında naltrekson güçlendirme tedavisinin bu hastalarda faydalı olduğu, ancak bu sonucun klinik çalışmalar ile desteklenmesi gerektiğini düşünmekteyiz.

Anahtar kelimeler: Obsesif Kompulsif Bozukluk, Alkol Kullanım Bozukluğu Naltrekson, Güçlendirme

FARKLI BİR BULAŞ OBSESYONU: “AYET BULAŞI”

Ahmet Özercan¹, Muhammet Akbolat¹, Serhat Ergün¹

¹Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Ad

Giriş: Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) obsesyonlar ve kompulsiyonlar ile seyreden ruhsal bir hastalıktır. Obsesyonlar; kişide sıkıntı ve kaygıya neden olan, girici ve istenmeyen inatçı düşünce, imaj ve dürtülerdir. Kompulsiyonlar ise, obsesyonla ilişkili kaygıyı azaltan davranışlar veya zihinsel eylemlerdir. OKB’de kirlilikle ilişkili bulaşma obsesyonu ve temizlenme kompulsiyonu sık görülür. Bu bildiride bulaşma obsesyonunda sık görülen obsesyonlardan farklı olarak dini yazıların ve ayetlerin bulaşması ile ilgili obsesyonları ve temizlenme kompulsiyonları olan OKB tanılı bir vaka sunacağız.

Olgu: S.O, 35 yaşında, kadın hasta, bekar, İstanbul’da yaşıyor. Hasta, duvarda asılı Arapça yazıların veya ayetlerin yanından geçerken ve temas ettiğinde “ayet bulaşı” olduğunu düşünme, bulaştıktan sonra tiksinti hissetme ve kaygılanma, kaygısını azaltmak için temizlenme davranışında bulunma, keyifsizlik, uykuya dalmakta güçlük, iştahsızlık şikayetleri ile polikliniğimize başvurmuştur. Şikayetlerinin başvurusundan iki sene önce temizlikle ilgili uğraşıda artış ile başladığı, o dönemde hastanın, kirli düşündüğü için vücudunu tekrar tekrar yıkama ihtiyacının olduğu anlaşıldı. Şikayetleri başladıktan sonra evli biri ile romantik bir ilişki yaşamaya başladığını, bu dönemde partneriyle cinsel ilişki sonrası yoğun suçluluk hissettiğini ve günahkar olduğuna dair düşüncelerinin geliştiğini belirten hasta bu dönemde yeğeninin vefatı ile ilgili dini ritüellerde bulunması sonrası kirlilik temalı obsesif natürdeki düşüncelerin zaman içerisinde yok olup ayet bulaşması olarak adlandırdığı obsesyonların arttığı anlaşılmıştır. Arapça yazılardan ayet bulaşı olduğuna dair zihnine intruziv düşüncelerin geldiğini belirten hastanın bu düşünceler sonrasında ayet bulaşmasına bağlı oluşan tiksintiyi ve kaygıyı azaltmak için temizlenme hedefi ile vücudunu yıkadığı, dini ritüellerini gerçekleştirmediği, kendisinde kaygı oluşturacak ortamlara girmemeye çalıştığı anlaşıldı. Yapılan görüşme ve değerlendirme sonrası hastaya DSM 5’e göre OKB tanısı konuldu. Şiddetin belirlenmesi için yapılan Y-BOCS’ta obsesyon alt skor toplamı:12, kompulsiyon alt skor toplamı:12 olup hastada orta-ağır şiddette OKB saptanmıştır. Aynı zamanda ilk görüşmede uygulanan Hamilton Depresyon Ölçeği (HAM-D) 30 saptanmıştır. Kişiye mevcut şikayetleri için fluoksetin 20 mg/g ve olanzapin 2.5 mg/g başlanmış olup tedrici 60 mg/g’e yükseltilmiştir. Tedavi etkinliğinin değerlendirilmesi için üç aylık tam doz tedavi altında kişi gözlenmiş olup fluoksetin 60 mg/g ve olanzapin 2.5 mg/g ile depresif şikayetlerinde azalma, özellikle vejetatif belirtilerinde düzelmeye olan (HAM-D: 14) hastanın OKB semptomlarında değişim olmaması üzerine tedavisi klomipramin 75 mg/g ile değiştirilmiştir ve etkin doza çıkarılması planlanmıştır. Farmakoterapi ile beraber destekleyici poliklinik görüşmeleri ve OKB bilişsel ve davranışçı model üzerine poliklinik görüşmeleri yapılmıştır.

Tartışma: OKB’de bulaşma obsesyonu en sık görülen obsesyon türüdür ve sıklıkla obsesyonlar gözle görülmeyen mikrop, kir ile kişinin kirleneceği şeklinde bir kaygı ile kendini göstermektedir. Bulaşma obsesyonlarına sıklıkla yıkama veya bulaştırıcı etkenlerden kaçınma kompulsiyonları eşlik eder. Olgumuz, yaşamsal olayları ile bulaşma obsesyonundaki temel bilişsel değişim gözlenen içgörünün az olduğu bir OKB vakası olup, bununla uyumlu olarak hastanın işlevselliğinin bozulmuş olduğu, belirtilerin ilaç tedavisine dirençli olduğu görülmektedir.

Anahtar kelimeler: bulaşma obsesyonu, içgörü azlığı, işlevsellik

COTARD SENDROMU TANISI İLE BİRLİKTE SEYREDEN BİPOLAR BOZUKLUK: BİR OLGU SUNUMU

Alparslan Asil Budaklı¹, Onat Yılmaz²

¹Bahçeşehir Üniversite Hastanesi Medicalpark Göztepe

²Okmeydanı Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Cotard Sendromu; 1880 yıllarında Jules Cotard tarafından “*délire des négations*” “*beyecanlı melankoli*” olarak tanımlanmıştır. Nadir olarak görülen bu sendromda tanımlanan başlıca özellikler; varlığın reddi, depresyon, nihilistik ve hipokondriak hezeyanlar, depersonalizasyon, negasyon, anksiyete, immortalite, patolojik suçluluk düşünceleridir(1).

Olgu: 21 yaşında erkek, bekar, yüksekokul mezunu, çalışmıyor, ailesiyle birlikte yaşıyor. Yoğun bir sınav dönemi ve sınav başarısızlığı sonrasında umutsuzluk, mutsuzluk, karamsarlık, iştah azalması, uyku artışı, sosyal izolasyon şeklinde depresif yakınmaları başlamış. Tedavi olarak ayaktan Paroksetin 10 mg/gün tedavisi planlanmış. Hasta 15 gün sonra tedaviyi kendi iradesiyle bırakmış. Yaklaşık 2 ay sonra ağır suçluluk duyguları, kalbinin küçülüp yok olduğunu, göz sinirinin eridiğini ve göremediğini, penisinin karnından içeri kaçtığını ve bunlarla bile ölmediğini, böbrek üstü bezinin yok olduğunu kendisinin adison hastası olabileceğini, zihninde hiçbir şeyi hissedemediğini belirtmesi üzerine ailesi ile acil servise başvurdu. Ruhsal muayenede; uykusuzluk, iştahsızlık, nihilistik ve hipokondriak sanrılar, patolojik suçluluk, depresif duygudurum, anksiyöz duygulanım mevcuttu, içgörü yoktu. Hasta, alınan anamnez ve yapılan muayene sonrası psikotik belirtili depresif nöbet, Cotard Sendromu tanılarıyla hastaneye yatırıldı. Hastanın yapılan Nörolojik muayene, Kranial MR görüntüleme, laboratuvar tetkiklerinde organisteye yönelik bulgu saptanmadı. Hastaya Risperidon 4 mg/gün, Biperiden 2 mg/gün, Sertralın 50 mg/gün tedavisi başlandı. Hastaya 7 seans Elektrokonzulziv Tedavi (EKT) uygulandı. Hastanın nihilistik ve hipokondriak sanrılarında gerileme oldu. Hastada Ekt tedavisi sonrasında hızlı konuşma, enerji artışı, uyku ihtiyacında azalma, öfori şeklinde duygudurum değişiklikleri oldu. Bipolar Bozukluk Hipomanik kayma olarak değerlendirilen hastanın tedavisinde sertralın sonlandırıldı ve Olanzapin 10 mg/gün eklendi. Hastanın ailesine 2 seans psiko eğitim verildi. Geribildirim alındı. Risperidon uzun etkili flakon 25 mg/15 gün, Biperiden 2 mg/gün, Olanzapin 10 mg/gün ile taburcu edildi. Hasta düzenli poliklinik kontrollerine devam etti. Taburcu sonrası ilk yıl içerisinde 1 depresif ve 1 hipomanik atağı oldu. Bu süreçte antipsikotik tedavide kademeli olarak Aripiprazol e geçildi. Lityum karbonat eklendi. Depresif ataklarda Venlafaksin 37.5 mg/gün dozundan olumlu yanıt alındı. Antidepresan kullanım sürecinde hipomanik kayma olmadı. Hasta 1 yıldır Lityum karbonat 900 mg/gün, aripiprazol 5 mg/gün tedavisi ile remisyondadır.

Tartışma: Cotard sendromu olarak değerlendirdiğimiz bu vakada; psikotik belirtiler ve depresyona yönelik antipsikotik tedavi ve ekt tedavisi uyguladık. Uzun dönemde hastanın tekrarlayan duygudurum ataklarında kademeli olarak geçilen aripiprazol ve lityum karbonat bizim vakamızda etkili olmuştur. Psikofarmakolojik tedaviye ek olarak, aile-hasta psiko eğitimi, düzenli poliklinik kontrolleri ile sağlanan terapötik uyum, duygudurum ataklarının sayı ve şiddetini azaltan faktörler olarak değerlendirilebilir. Cotard sendromunda bu olguda olduğu gibi ilerleyen dönemde Bipolar bozukluk gelişme olasılığı klinisyenler tarafından göz önünde bulundurulmalıdır.

Kaynak

1. Berrios, G. E., & Luque, R. (1995). Cotard's syndrome: analysis of 100 cases. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 91(3), 185-188.

Anahtar kelimeler: Cotard Sendromu, Bipolar Duygulanım Bozukluğu, Elektrokonzulziv Tedavi

ANABOLİK ANDROJENİK STEROİD KULLANIMI İLE GELİŞEN PSİKOZ OLGUSU

Burak Erman Menkü¹, Müge Şahin², Behcet Coşar¹, Zehra Arıkan¹

¹Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Ankara

²Sbii Ankara Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Hematoloji Onkoloji Eah, Çocuk Ve Ergen Psikiyatrisi, Ankara

Giriş: Sporcular, vücut geliştiriciler, adolesanlar ve genç yetişkinler de dahil olmak üzere çeşitli popülasyonlarda anabolik androjenik steroidlerin kullanımı oldukça yaygındır.1 Anabolik-androjenik steroidlerin yüksek dozlarda kullanımı ile afektif ve bilişsel belirtiler ve daha az sıklıkla da psikoz arasında ilişki olduğu gösterilmiştir. 1 Bu olgu sunumunda 25 yaşında, vücut geliştirme amacıyla anabolik androjenik steroid kullanan ve sonrasında psikotik belirtiler gösteren bir erkek hasta tartışılmıştır.

Olgu: 25 yaşında erkek hasta, yaklaşık 2 ay önce başlayan şikayetleri nedeniyle kliniğimize başvurdu. Şikayetleri “takip edildiğini düşünme, alınganlık, duygusuz hissetmek, dalgınlık, odaklanamama, unutkanlık, gelecek kaygısı” şeklindeydi. Ruhsal durum muayenesinde paranoid ve referansiyel sanrıları mevcuttu. Duygudurumu depresif, duygulanımı ise künt idi. Öyküsünden, hastanın son 1 yıldır vücut gelişimine katkı sağlamak amacıyla Nandrolone Decanoate, Testosterone Enanthate, Boldenone Undecanoate gibi anabolik androjenik steroidler kullandığı öğrenildi. Hasta, steroid kullanımına ikincil gelişen psikoz olarak değerlendirildi. Amisülpirid 200mg/gün tedavisi başlandı ve doz, 2 hafta içerisinde 800mg/gün’e kadar çıkarıldı. Hastanın belirtilerine neden olabilecek organik etyolojilerin dışlanması adına çekilen beyin MR ve EEG tetkikleri normal olarak raporlandı. Belirtilerinde büyük oranda gerileme olan hasta yatışının 3. haftasında taburcu edildi. Hastanın, taburculuk sonrası kontrollerinde, belirtilerinin hafiflemiş olduğu ve tedavisine uyum gösterdiği görüldü.

Tartışma: Bildirilen AAS kötüye kullanımına bağlı gelişen psikoz olgularının çoğunda psikotik belirtiler, suçlanan ajanın kesilmesinden sonra kısa sürede kaybolmuştur fakat geçici olarak antipsikotik ajanlarla tedavi gereksinimi olabilir. Vakamızda steroid kullanımının kesilmesi ile birlikte amisülpirid tedavisi başlanmış ve hasta büyük oranda iyileşme göstermiştir.

Kaynaklar

1. Trenton, A. J., & Currier, G. W. (2005). Behavioural manifestations of anabolic steroid use. *CNS drugs*, 19(7), 571-595.
2. Hartgens, F., & Kuipers, H. (2004). Effects of androgenic-anabolic steroids in athletes. *Sports medicine*, 34(8), 513-554.

Anahar kelimeler: Anabolik Androjenik Steroid, Madde Psikozu, Psikoz, Steroid

DISSOSİYATİF BELİRTİLERİN EŞLİK ETTİĞİ NÖBET - PSÖDONÖBET BİRLİKTELİĞİ OLAN BİR OLGU SUNUMU

Burak Erman Menkü¹, Yasin Duman¹, Behcet Coşar¹

¹Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Ankara

Giriş: Psödonöbetler, epilepsi pratiğinde oldukça sık karşılaşılan ve oldukça heterojen bir klinik gösterdikleri için ayırıcı tanı zorlukları yaşanan tablolardır.¹ Toplumdaki epilepsi hastalarında %5-20 oranında psödonöbet görüldüğü bildirilmektedir.² Ayrıca hastaların özgeçmişlerindeki travma ve kötü aile ilişkisi gibi predispozan faktörlerin de psödonöbetlerin ortaya çıkmasında etkili olduğu bildirilmiştir.³ Bu olgu sunumunda çocukluk çağı duygusal travma öyküsü olan, dissosiyatif belirtilerin eşlik ettiği, epileptik nöbet ve psödonöbetlerin birlikte gözlemlendiği bir kadın hasta tartışılmıştır.

Olgu: 32 yaşında kadın hasta, yaklaşık 2,5 yıl önce başlayan düşme, bayılma, kasılma ve çocuk-sulaşma davranışlarının olduğu uzun bir klinik sürecin ardından, kendisine zarar verdiği bir dissosiyatif süreç sonrasında polikliniğimize başvurdu. Öncesinde düşme ve bayılmaları nedeni ile uzun süre farklı polikliniklerde ayaktan tedavi edildiği fakat şikayetlerinin geçmediği, epilepsi ön tanısı ile nöroloji tarafından antiepileptik tedavi başlandı fakat tedaviye kısmi yanıt verdiği öğrenildi. Bayılma ve kasılmalarının üzerine çocuksu konuşma ve davranışlar, parmak emme, yaşadığı bu süreçleri hatırlamama ve son olarak kendisine zarar verme davranışlarının olması üzerine hasta tanı ve tedavi amacıyla servisimize yatırıldı. Çekilen indüksiyonlu EEG ile psödonöbet tanısı doğrulanan ancak bayılmaları sırasında idrar kaçırma, postiktal konfüzyon ve antiepileptik tedaviden kısmi fayda görmesi nedeni ile nöroloji kliniği ile yapılan ortak bir değerlendirme sonucunda epilepsi tanısı ekarte edilemeyen hastada nöbet ve psödonöbet birlikteliği olduğu düşünüldü. Anamnezin derinleştirilmesi ile birlikte hastada birer çocukluk çağı duygusal travması olarak nitelendirilebilecek, infant dönemde maternal tüberküloz nedeni ile yaklaşık 9 ay süre ile anneden ayrı kalma ve küvözde takip edilme, ilkökul döneminde ise hırsızlık ile suçlanarak okuldan ayrılmak zorunda bırakılma şeklinde travmatik yaşantılarının olduğu öğrenildi. Başvurusundan yaklaşık 1 yıl önce ise aynı evde yaşadıkları kayınvalidesinin bir tartışma üzerine evlerini terk etmesi sonrasında hastanın dissosiyatif belirtiler göstermeye başladığı öğrenildi.

Tartışma: Bu olgu sunumu, nöbet ve psödonöbet tanılarının birlikteliğine dikkat çekmek ve çocukluk çağı travmalarının hem psödonöbet tipi konversiyon bozuklukları hem de dissosiyatif belirtiler için birer risk faktörü olduğuna vurgu yapması açısından önem taşımaktadır.

Kaynaklar

1. Bodde NM, Brooks JL, Baker GA, Boon PA, Hendriksen JG, Mulder OG, et al. Psychogenic non-epileptic seizures- definition, etiology, treatment and prognostic issues: a critical review. *Seizure* 2009;18(8):543-53.
2. Tezer Fİ, Uluşahin A, Saygı S. De Nevo psychogenic nonepileptic seizures after epilepsy surgery. *J Neurologica* 2007; 24(2): 170-7.
3. Lesser RP. Psychogenic seizures. *Neurology* 1996;46(6):1499-507.

Anahtar kelimeler: Nöbet, Epileptik nöbet, Psödonöbet, Psikojenik Non Epileptik Nöbet, Konversiyon, Dissosiyasyon

DİRENÇLİ OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUKTA ELEKTROKONVULZİF TERAPİ: OLGU SUNUMU

Deniz Deniz Özturan¹, Nilgün Özbek¹

¹Samsun Ruh Sağlığı Hastalıkları Hastanesi

Amaç: Obsesif kompulsif bozukluk (OKB) yineleyici obsesyonlar ve/veya kompulsiyonların görüldüğü bir hastalıktır. Tedaviye dirençli hastalar için tedavide elektrokonvulzif terapi (EKT) düşünülebilir. Biz bu yazımızda EKT tedavisine yanıt veren bir OKB hastasını sunmayı amaçladık.

Olgu: H.D., 47 yaşında, kadın. Hasta psikiyatri polikliniğimize temizlik takıntıları, moral bozukluğu, hayattan zevk alamama, uykusuzluk şikayetleriyle başvurdu. Hastadan alınan öyküden temizlik takıntılarının yirmi yıldır olduğu, banyo yaparken 3 saat vakit harcadığı, kapı kollarına dokunamadığı öğrenildi, günde. Daha önce fluoksetin, sertralin, essitalopram, aripiprazol gibi ilaçlar kullanan hasta polikliniğimize başvurduğunda klomipramin 150 mg/gün kullanıyor ve ağız kuruluğu, kilo artışı, kabızlık yan etkilerinden şikayet ediyordu. Hastanın hemogram-biyokimya testi sonuçları ve nörolojik muayenesi normaldi. Ruhsal Muayenesinde bilinci açık; oryante-koopereydi. Affekti anksiyeteliydi. Düşünce içeriğinde temizlik obsesyonları mevcuttu. Psikotik bulgu ve algı kusuru saptanmadı. Hastaya ilk muayenede uygulanan Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçek (Y-BOCS) Puanı: 32, Beck depresyon ölçeği (BDÖ) puanı: 34 olarak değerlendirildi.

Tartışma: Obsesif kompulsif bozukluk Esquirol tarafından tanımlanmış, günümüze kadar tanı kriterleri çok az değişikliğe uğramış psikiyatrik bozukluklardan biridir. OKB'nin temel özelliği şiddetli ve tekrarlayan obsesif ve kompulsif belirtilerdir. Depresif semptomlar sıktır ve OKB'li hastaların 2/3 ünde major depresyon tanı ölçütlerini dolduracak kadar depresif semptomlar görülebilmektedir. Temizlik takıntıları olan hastamızın depresif semptomları DSM-V tanı kriterlerine göre değerlendirilmiş ve hastaya majör depresif bozukluk tanısı konmuştur. EKT, günümüzde en etkin tedavi seçeneklerinden biri olarak kabul edilmektedir. Hastamızda, tedaviye dirençli OKB ve majör depresif bozukluk tanıları düşünülerek bifrontal EKT planlandı, klomipramin tedavisine devam edildi. Hastaya 7 bifrontal EKT, gün aşırı olacak şekilde uygulandı. 7.EKT'den bir hafta sonra, hastanın Y-BOCS puanı: 18, BDÖ puanı: 12'ydi. Hastamızın OKB belirtileri EKT ile belirgin düzelmeye göstermiştir. EKT'nin OKB'deki etkinliği ile ilgili literatürdeki olgu sayısı kısıtlıdır, bu nedenle EKT'nin OKB hastalarında etkinliğine dair daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

Anahtar kelimeler: Elektrokonvulzif terapi, obsesif kompulsif bozukluk, depresyon

BUPRENORFİN/NALOKSON TEDAVİSİ İLE ŞİKAYETLERİ GERİLEYEN OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK OLGUSU

Sümeyye Yasemin Kurtuluş Çallı¹, Emine Yağmur Atay¹, Muhsin Koray Kılıç¹, Merih Altıntaş¹

¹Erenköy Ruh Ve Sinir Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Amaç: OKB tedavisinde en yaygın kullanılan yöntemler psikotrop ilaçlar (özellikle selektif serotonin geri alım inhibitörleri) ve psikoterapinin birlikte uygulanmasıdır. Buna rağmen hastaların %30–40'ı tedaviye yanıt vermemektedir (1). Dopamin ve serotonin sistemlerinin OKB'nin patogenezinde rol aldığı bilinmektedir. Son zamanlarda ise OKB'nin genetik etyolojisinde opioid benzeri nörotransmitterlerin de etkili olabileceğini gösteren bazı farmakolojik çalışmalar mevcuttur (2). Opiyat bağımlılık tedavisinde kullanılan ajanlardan biri Buprenorfin/Nalokson kombinasyonudur. Buprenorfin opiyat reseptörlerine parsiyel agonistken; nalokson antagonisttir ve oral alımla emilmemektedir (3). Literatürde buprenorfin tedavisi eklendikten sonra remisyonu giren OKB hastaları olduğunu bildiren yayınlar vardır (4).

Olgu: 29 y. evli, çalışmayan, erkek hasta. 20 yaşından beri opiyat kullanım bozukluğu olan hasta, 5 sene önce ilk buprenorfin/nalokson tedavisine başlamış. Madde kullanımı olması nedeniyle 2 kez AMATEM servisinde yatışı olmuş. Yatarak tedavi sonrasında da opiyat kullanımı devam etmiş. Hastanın aynı zamanda dini obsesyonları ve sayma kompulsyonları varmış. Obsesif şikayetleri nedeniyle sertralin kullanımı olmuş. Kısmen fayda görmüş. Halen opiyat kullanımına devam eden hasta opiyat tedavisi için hastanemize başvurdu. Fizik, Nörolojik muayene doğal. RDM: Bilinç açık, oryante, koopere. Özbakımı iyi. Göz teması kuruyor. Duygudurumu ve duygulanımı ötimik. Konuşma miktarı doğal. Algı bozukluğu tariflemiyor. Düşünce içeriğinde dini obsesyonlar saptandı ve sayı sayma kompulsyonları saptandı. Dikkati doğal, yönelimi tam. Yargılaması, içgörüsü tam. Yapılan rutin biyokimya, tam kan sayımı, hormon ve idrar tetkikleri normal aralıktaydı. İdrarda madde metabolitlerinde eroin metaboliti ve opiyat pozitif saptandı. Hastaya başvurusundan sonra buprenorfin/nalokson kombinasyonu ile OKB şikayetlerine yönelik sertralin başlandı. Y-BOCS obsesyon alt toplam 11, kompulsiyonalt toplam 10 puan, obsesyon ve kompulsyonları hakkında hastanın içgörüsü 2 puandı. Hastanın 1 ay sonraki kontrolünde opiyat yoksunluk şikayetlerinin devam etmesi üzerine buprenorfin/nalokson dozu artırıldı. 2. Ay kontrolünde opiyat tedavisinin aynı dozda kalması planlandı. Tedaviden obsesif ve kompulsif şikayetleri açısından da fayda gördüğünü belirten hastanın Y-BOCS skoru obsesyon alt toplam 6, kompulsiyon alt toplam 4 puan, obsesyon ve kompulsyonları hakkında hastanın içgörüsü 1 puandı.

Tartışma: Opioid bağımlı hastalarda OKB sıklığı, genel popülasyona göre 4 kattan daha yüksektir ve bu oranın %12'yi geçtiği tahmin edilmektedir (5). OKB'de opiyat aracı düzelmenin altında yatan mekanizma tam olarak bilinmemektedir. Daha önce yapılan çalışmalar, opioid sisteminin OKB'de ve tedavisindeki potansiyel önemini göstermiştir (6). Opiat agonist ve antagonist tedavinin OKB üzerinde etkinliği tartışmalı sonuçlar göstermiştir. Naloksonun OKB semptomlarını hızla kötülettiği gösterilmiştir (7). Buprenorfinin, opioid reseptöründeki kısmi agonist etkisi, MSS'de serotonin ve dopamini serbest bırakır (8) ve OK şikayetlerinde gerilemeye neden olan mekanizmanın bu olduğu düşünülmektedir. Ayrıca literatürde başka bir opiyat antagonisti olan naltreksonun OKB şikayetlerinde gerileme sağladığı bildirilmektedir (9). Bizim hastamızda, SSRI kullanımı ile birlikte buprenorfin kullanımı OK şikayetlerinde gerilemeye sebep olmuş olabilir. Ancak mekanizmanın anlaşılması için bu sonucun klinik çalışmalarla desteklenmesi gerektiğini düşünmekteyiz.

Anahtar kelimeler: Buprenorfin, Obsesif Kompulsif Bozukluk, Opioid Kullanım Bozukluğu

BEDENE ODAKLI AZ BİLİLEN YİNELEMELİ DAVRANIŞ BOZUKLUĞU ‘DUDAK ISIRMA’: BİR OLGU SUNUMU

Güner Suyabatmaz¹, Çiçek Hocaoglu²

¹Avrasya Üniversitesi, Fen Edebiyat Fakültesi, Psikoloji Bölümü, Trabzon

²Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Ana Bilim Dalı, Rize

Giriş: Bedene odaklı tekrarlayan davranışlar, fiziksel görünümüne zorunlu olarak zarar veren veya fiziksel yaralanmaya neden olan, vücuda odaklanan tekrarlayan, ritüelleştirilmiş davranışlardır. Bunlar deri yolma, saç çekme, tırnak ısırma ve dudak veya yanak ısırma ve çiğnemeyi içerir (1,2). Hastalar bu davranışları azaltmak ya da durdurmak için yineleyen girişimlerde bulunurlar. Bu belirtiler klinik açıdan belirgin sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında düşmeye neden olur. Günümüze kadar özellikle deri yolma, trikotillomani, onikofaji ile ilgili çalışmalar yazında yer almasına rağmen, yanak, dudak ısırma araştırılmamıştır (3,4). Bu çalışmada bedene odaklı az bilinen yinelemeli davranış bozukluğu ‘*dudak ısırma*’ tanısı ile izlenen hastanın tedavisinin güncel literatür bulguları ışığında tartışılarak mevcut yazına katkı sağlanması amaçlanmıştır.

Olgu: Bu çalışmada ayaktan tedavi birimimize 12-13 yaşından bu yana özellikle sıkıntıları olduğu dönemlerde dudaklarını ısırma, moralsizlik, öfkeli, sinirli, titizlik, isteksizlik yakınması ile ablası refakatinde başvuran 19 yaşında, bekar, lise mezunu kadın hasta sunulmuştur. Çocuklu döneminde de parmak emme alışkanlığı olan hastanın dudak ısırması sırasında dudaklarının kanadığı ancak, hiç acı hissetmediği, oluşan yaralar sonucu yemek yemede zorlandığı, dudağındaki görünüm nedeni ile arkadaşlarından uzaklaştığı öğrenildi. Psikiyatrik değerlendirme sonrası DSM-5’e göre bedene odaklı yinelemeli davranış bozukluğu ‘*dudak ısırma*’ ve depresif bozukluk tanıları ile sertalin 50mg/gün tedavisi önerilen hastanın ilaç dozu kademeli olarak 100mg/gün olarak artırıldı. Eş zamanlı olarak dudak ısırma davranışına yönelik alışkanlığı tersine çevirme, farkındalık eğitimi, uyaran kontrolü, gevşeme, durdurma teknikleri uygulanan hastanın yakınmalarında azalma izlendi.

Sonuç: Son yıllarda klinisyenlerin bedene odaklı yinelemeli davranış bozukluklarına olan ilgisi artmış olmasına rağmen, bu davranışların etiolojisi, klinik görünümü ve tedavi yaklaşımları tam olarak bilinmemektedir. Özellikle dudak, damak ısırma, parmak emme, kafa sallama gibi bedene odaklı yinelemeli davranış bozukluklarının tanı ve tedavi yaklaşımlarının belirlenmesi için daha geniş olgu örneklerinin olduğu, uzun dönemli takipleri içeren, kontrollü çalışmalara gereksinim duyulduğu çok açıktır.

Kaynaklar

1. Solley K, Turner C. Prevalence and correlates of clinically significant body-focused repetitive behaviors in a non-clinical sample. *Compr Psychiatry*. 2018;86:9-18.
2. Houghton DC, Alexander JR, Bauer CC, Woods DW. Body-focused repetitive behaviors: More prevalent than once thought?. *Psychiatry Res*. 2018;270:389-393.
3. Selles RR, La Buissonnière Ariza V, McBride NM, Dammann J, Whiteside S, Storch EA. Initial psychometrics, outcomes, and correlates of the Repetitive Body Focused Behavior Scale: Examination in a sample of youth with anxiety and/or obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry*. 2018;81:10-17.
4. Denis F, Maach S, Abello N, Lamglait Y, Capitain JP, Trojak B. Occlusal plane elevation to prevent lip self-mutilation: A case report. *Presse Med*. 2015;44(11):1198-201.

Anahtar kelimeler: Bedene odaklı az bilinen yinelemeli davranış bozukluğu, dudak ısırma, tanı, tedavi

DİSÜLFİRAM TEDAVİSİ SONRASI GELİŞEN EPİLEPTİK NÖBET: OLGU SUNUMU

Deniz Deniz Özturan¹, Zeynep Bebek Yılmaz², Merve Bilgin Koçak¹, Fatma Çoker¹, Ayfer Özdemir¹, Hilal Dost¹

¹Samsun Ruh Sağlığı Hastalıkları Hastanesi

²Samsun Gazi Devlet Hastanesi

Amaç: Disülfiram alkol bağımlılığı tedavisinde kullanılan bir farmakolojik ajandır. Alkol ile birlikte kullanıldığında bazı toksik reaksiyonlar gözlenebilir. Alkol kullanımı olmadan disülfiram kullanımının yorgunluk, karaciğer toksisitesi, optik nörit, dermatit gibi yan etkileri görülebilenken, epilepsi yan etkisi ise nadirdir. Bu yazıda disülfiram tedavisinin yedinci gününde epilepsi gelişen bir olgu sunulmuştur.

Olgu: B.B.,23 yaşında, lise mezunu, erkek hasta. Hastadan ve yakınlarından alınan öyküden, hastanın yaklaşık 4 yıldır alkol kullanımının olduğu; son bir aydır alkol almadığı öğrenildi. Hastanın herhangi ek tıbbi hastalığı bulunmuyordu. Hasta son bir haftadır dış merkezde alkol bağımlılığı tanısıyla disülfiram 500mg/gün tedavisi alıyordu. Abisinden alınan öyküden tedavinin 7.gününde akşam evde hastanın birden bilincini kaybettiği, yere düştüğü, tüm vücudunda kasılmalar meydana geldiği, ağzından köpük geldiği ve hastanemiz acil servisine başvurduğu bilgisi edinildi. Acil serviste hastanın tekrar nöbet geçirdiği gözlemlendi ve bu nöbet jeneralize tonik-klonik nöbet olarak değerlendirildi. Hastanın 23 yaşına kadar herhangi bir epileptik nöbet geçirmediği ve ailesinde de epilepsi hastalığının olmadığı öğrenildi. Acil serviste yapılan tetkiklerinde hastanın tam kan, biyokimya değerleri normaldi. Kanında alkol saptanmadı. EEG sonucu normaldi. Beyin manyetik rezonans görüntüleme normaldi. Hastanın kullanmakta olduğu disülfiram tedavisi kesildi. Hastanın bir ay sonraki takibinde tekrar nöbet geçirmediği ve herhangi bir şikayetinin olmadığı öğrenildi.

Tartışma: Disülfiramın epilepsi yan etkisinin altındaki mekanizma tam olarak anlaşılamamıştır ancak epilepsi eşliğini düşürdüğü bulunmuştur. Disülfiramın beyinde norepinefrin düzeyini düşürdüğü ve dopamin düzeyini arttırdığı ve bu nedenle epilepsi nöbet eşliğini düşürdüğü düşünülmektedir. Hastamızın bir aydır alkol kullanmıyor olması ve yoksunluk belirtilerinin gözlenmemesi alkol yoksunluğuna bağlı epileptik nöbeti dışlamamızı sağlamıştır. Disülfirama bağlı epileptik nöbet görülen olgu sayısı oldukça azdır. Disülfiram kullanımı nadir de olsa tek başına epileptik nöbete neden olabilir. Sonuç olarak disülfiramın bu yan etkisi akılda tutulmalı, daha önce epileptik nöbet öyküsü olan hastalarda dikkatli kullanılmalıdır.

Anahtar kelimeler: Disülfiram, epilepsi, alkol bağımlılığı

GEÇ BAŞLANGIÇLI OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK: OLGU SUNUMU

Deniz Deniz Özturan¹, Nilgün Özbek¹, Merve Bilgin Koçak¹, Ayfer Özdemir¹, Hilal Dost¹

¹Samsun Ruh Sağlığı Hastalıkları Hastanesi

Obsesif kompulsif bozukluk (OKB) genellikle erken erişkinlikte başlayan kronik bir anksiyete bozukluğudur. Bu olgu sunumunda obsesyonları, depresif şikayetleri olan 81 yaşında kadın hasta sunulmuştur.

Bayan F.A., 81 yaşında, dul, ev hanımı, okuma-yazması yok.

Hasta oğlu tarafından içe kapanma, moral bozukluğu, uykusuzluk şikayetleri nedeniyle psikiyatri polikliniğine getirildi. Hastanın son 5 yıldır moral bozukluğu, isteksizlik, hayattan zevk alamama, uykusuzluk şikayetleri ile dahiliye, psikiyatri, nöroloji bölümlerine başvurduğu ancak dahili herhangi bir hastalık bulunmadığı için psikiyatri tedavisine başlandığı; ama ilaçlarını kullanmadığı öğrenildi. Hasta son bir yıldır eline bıçak alamıyor; bıçakla evdekilere zarar vermek düşüncelerinin aklına geldiğini, bu düşüncenin çok saçma olduğunu bildiğini, böyle bir şey yapmak istemediğini ancak 'ya yaparsam' diye düşündüğünü ve bu düşüncüyü kafasından atamadığını belirtti. Günde beş vakit namazını kılan biri olmasına rağmen son 6-7 aydır namaz kılarak Allah'a küfür etmekle ilgili düşünceler geldiğini, bu nedenle namaz kılmayı bıraktığını söyledi. Bu düşünceler nedeniyle suçluluk hissettiğini; moral bozukluğu, hayattan zevk alamama şikayetleri olduğunu; uyuyamadığını belirtti. Hastanın başka herhangi bir hastalığı, düzenli ilaç kullanımının olmadığı öğrenildi. Şimdiye kadar ameliyat ya da kaza öyküsü yoktu.

Hastanın yapılan dahili muayenesi, hemogram ve biyokimya testleri normaldi. Beyin MRG: Mevcut kliniği açıklayacak patoloji saptanmadı. Hastaya uygulanan minimal test skoru: 26/30 olarak saptandı. Ruhsal Muayene: Genel görünümü yaşında gösteren, kendine bakımı iyi, göz teması kuran kadın hastanın konuşması amaca yönelikti. Bilinç açık; oryante ve koopereydi. Affekti depresifti. Düşünce içeriğinde dini ve cinsel obsesyonları mevcuttu. Psikotik bulgu ve algı kusuru saptanmadı. Yargılaması ve soyutlaması tamdı. Hastaya uygulanan Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon ölçeği puanı (Y-BOCS): 32, Beck Depresyon Envanteri puanı: 17 olarak değerlendirildi. Hastaya OKB+Depresif bozukluk tanılarıyla Sertraline 50 mg/gün tedavisi başlandı. Uykusuzluk ve iştahsızlık şikayeti nedeniyle tedaviye Mirtazapin 15 mg/gün eklendi. Üç aylık takip sonunda hastanın obsesyonlarında ve depresif şikayetlerinde büyük oranda azalma gözlemlendi. Hasta namaz kılmaya tekrar başladı. 3 ayın sonunda uygulanan Y-BOCS: 15, Beck Depresyon Envanteri puanı: 5 olarak değerlendirildi.

Tartışma: OKB'nin 65 yaş üzerindeki popülasyonda yaygınlığının %1-2 olduğu bildirilmiştir. Yaşlı hastalarda OKB belirtilerinin dağılımına bakıldığında günaha girme kaygısının daha sık olduğu gösterilmiştir. Yaşlılıkta görülen depresyon, sanrsal bozukluk, dejeneratif demanslar ve şizofreni OKB'yi taklit eden obsesif düşüncelere neden olabilir. Olgumuzda ise OKB semptomlarına neden olabilecek herhangi bir organik etiyoloji saptanmamıştır. 2015 yılında yapılan bir çalışmada yaşam boyu OKB semptomlarının varlığının, Alzheimer Hastalığı için risk faktörü olup olmadığı değerlendirilmiş; kontrol grubuna göre Alzheimer Hastalığı olanlarda OKB semptomlarının daha çok olduğu ancak hastalığın erken başlamasında OKB semptomlarının anlamlı etkisinin olmadığı belirtilmiştir. Hastamızın yaşının ileri olması nedeniyle demansiyel süreç araştırılmış ancak hastada demans saptanmamıştır. İleride ortaya çıkabilecek herhangi bir organik patoloji açısından hastanın uzun süreli takibi uygun olacaktır.

Anahtar kelimeler: Obsesif kompulsif bozukluk, anksiyete bozuklukları, demans

NALTREKSON İMPLANTI SONRASINDA İNTRAVENÖZ BUPRENORFİN/ NALOKSON KULLANIMI:İLGİNÇ BİR OLGU SUNUMU

Berrin Ünal¹, Deniz Altunova¹, Seda Kırıcı Ercan¹, Başak Demirel¹, İbrahim Eren¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Konya Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Naltrekson, mü reseptörleri için yüksek afiniteye, kappa reseptörü için düşük afiniteye sahip spesifik, kompetitif bir opioid reseptör antagonistidir. Eroin ve diğer opioidlerin yoksunluk semptomlarını önler. Hem alkol hem de opioid bağımlılığının tedavisinde kullanılır. Naltrekson opioidlerin etkilerini önler ve opioid kullanım isteğini azaltır. Naltrekson Türkiye’de oral ve cilt altı implant formlarına sahiptir. Kötüye kullanım potansiyeli düşüktür. Bu nedenle, opioid bağımlılığı için ideal bir farmakoterapi ajanıdır. Hem subkutan implant formu hem de oral naltrekson tedavisi ile bulantı, kusma, ishal ve baş ağrısı gibi genel yan etkiler görülebilir. Naltrekson tedavisi, opioid alındığında oluşan yoğun zevk ve öfori hissini engeller. Opioid kullanım bozukluğu tedavisinde sıklıkla mü parsiyel agonisti buprenorfinle mü antagonist nalokson kombinasyonu kullanılmaktadır. Biz bu olguda naltrekson implantı olan ve beraberinde intravenöz(iv) buprenorfin /nalokson kullanan bir vakayı tartışmayı amaçlıyoruz.

Olgu: Otuz beş yaşında, bekar, 15 yıldır alkol kötüye kullanım öyküsü olan ve 2 yıldır opioid kullanan erkek hastanın son yıllarda, alkol tüketimi miktarında ve sıklığında önemli bir artış mevcutmuş. Hastanın özellikle yoğun stres ve endişe durumlarında birkaç gün süren aşırı miktarda alkol tüketimi oluyormuş. Alkol almadığı zamanlarda huzursuzluk, uykusuzluk, ellerde titreme gibi şikayetleri oluyormuş. Son 2 aydır iv buprenorfin / nalokson kullanan hastaya ve 1 ay önce naltrekson implantı uygulanmış. İmplant uygulamasından sonra iv buprenorfin / nalokson kullanmayı bırakamayan hasta polikliniğimize başvurdu. 28.08.2018 tarihinde alkol ve opioid kullanımına bağlı bağımlılık sendromu tanısı ile AMATEM servisine yatışı yapıldı. Hastaya yoksunluk semptomları için diazepam tablet 20mg/gün ve destekleyici tedavi verildi. B vitamin kompleksi 1x4ampul iv uygulandı. Opioid yoksunluk belirtisi görülmeyen hastaya buprenorfin / nalokson tedavisi verilmedi. Daha önce poliklinik kontrollerinde başlanan venlafaksin 225 mg / gün ve olanzapin 5 mg / gün devam edildi. Yatarak tedavi görmeyi reddeden hasta tedavisinin 4.gününde kendisinin isteğiyle taburcu edildi.

Tartışma: Sunmuş olduğumuz olguda naltrekson implantı alan hasta iv buprenorfin / nalokson kullanmaya devam etmişti. Bizim olgumuzda hasta iv buprenorfin / nalokson kullandığında ağrıların azaldığını ve kendini daha iyi hissettiğini ifade ediyordu. Yapılan çalışmalar, nalokson’un opioid bağımlılığında yoksunluğa sebep olduğunu ve bu kombinasyonun buprenorfin’in öforizan etkilerini azalttığını göstermiştir. Yani bu durumda alınan opioidin etkili olması muhtemel değildir. Teorik olarak, nalokson’un parsiyel antagonistik etkisi sebebiyle iv olarak uygulanan buprenorfin / naloksondaki buprenorfinin opioid etkisi göstermesi beklenmez ve bu ilacın suistimalini önler. Eğer dilatı haplar ezilip, suyla karıştırılır ve iv kullanılırsa, nalokson buprenorfinden önce etki etmektedir. Vücuda yüksek dozda Buprenorfin/nalokson enjeksiyonu yapıldığında, nalokson’un etki gücü ve etki süresi buprenorfin dozunun pik yapmasını önlemeye yeterli gelemeyebileceği için buprenorfinin öforizan etkisinin ortaya çıkması sebebiyle iv Buprenorfin/nalokson kötüye kullanımı ortaya çıkmaktadır.

Anahtar kelimeler: Opioid bağımlılığı, buprenorfin/nalokson, naltrekson implantı

ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE SEPERASYON ANKSİYETESİ VE PSİKOLOJİK SAĞLAMLIK

Ahmet Yılmaz¹, Melis Demircioğlu²

¹*Üsküdar Üniversitesi Npi Beyin Hastanesi*

²*Kocaeli Üniversitesi*

Ayrılma anksiyetesi, kişinin annesinden ya da bağlanma figüründen ayrılma durumunda veya ayrılma beklentisinde aşırı endişe duyması halidir. Bir çocukluk dönemi bozukluğu olarak tanımlanmıştır. Ayrılma anksiyetesi kavramı, gelişimsel araştırmalardan ve *bağlanma kuramından* temel almaktadır. Bu kurama göre, bağlanma yaşamın erken dönemlerinde başlar. Ayrılma anksiyetesi uzun sürdüğünde, şiddetli ve gelişimsel olarak uygunsuz ise ya da işlevselliği bozuyorsa bir ruhsal bozukluğa dönüştüğü kabul edilir. Erişkin ayrılma anksiyetesi ruhsal bozukluk tanı sınıflandırmalarında yer almamaktadır. Ancak bazı araştırmacılar yetişkinlerde ayrılma anksiyetesinin sanıldığından daha yaygın olduğunu ileri sürmüşlerdir (Ollendick ve ark, 1993).

Shear ve ark.'nın (2006) erişkinlikteki ayrılma anksiyetesinin yaygınlığını araştırdıkları epidemiyolojik çalışmada, 9,282 kişide çocukluk ayrılma anksiyetesi belirtilerinin erişkinliğe uyarlanmış formu aracılığıyla klinik görüşme ile araştırmışlar ve AAB'nin yaşam boyu yaygınlık oranını %6,6 olarak saptamışlardır. Bu oran oldukça yüksektir.

Bireyler yaşam süresince pek çok olumsuz durumla, örseleyici, sarsıcı ve stresli yaşam olaylarıyla karşı karşıya kalabilmektedirler. Söz konusu olumsuz yaşantıları deneyimleyen kişilerin, bu durumlara tepkileri ya da bu durumlarla başa çıkma stratejileri farklı farklıdır. Kimi bireyler yaşanan stresli ve travmatik durumlar karşısında anksiyete ve depresyon gibi çeşitli sıkıntılar yaşayabilmekte ve olumsuz ruh hali çok uzun sürebilmektedir. Kimi bireyler ise, bu tür olumsuz yaşantıların ortaya çıkardığı ruh halinden kısa sürede çıkabilmekte ve normal yaşamlarına dönebilmektedirler. Bireylerin bu kendini toparlama ve hızlı bir şekilde normal yaşantılarına dönme güçleri, pozitif psikoloji yaklaşımında, psikolojik sağlamlık kavramıyla açıklanmıştır (Doğan, 2015).

Bu çalışmanın amacı üniversite öğrencilerinde seperasyon anksiyetesinin psikolojik sağlamlık üzerindeki etkisi incelenmiştir. Bu doğrultuda 200 üniversite öğrencisine Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği (KPSÖ) ve Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Anketi (YAA) kullanılmıştır.

Anahtar kelimeler: Seperasyon anksiyetesi, psikolojik sağlamlık, pozitif psikoloji

HIZLI DÖNGÜLÜ VE HIZLI OLMAYAN BİPOLAR BOZUKLUĞU OLAN HASTALARIN KLİNİK ÖZELLİKLERİNİ KARŞILAŞTIRAN KESİTSEL BİR ÇALIŞMA

Murat Eren Özen¹

¹Özel Adana Hastanesi

Amaç: Literatür, bipolar bozuklukta (BB) hızlı döngü özelliğinin (HD) daha kötü hastalık sonucu ve daha ciddi maluliyet ile ilişkili olduğunu göstermektedir. Son 12 ayda HD'yi etkileyen veya artmasında etkili faktörleri araştırmayı amaçladık.

Yöntem: Bu bir kesitsel çalışmadır. Hastalar (n=380) genel bir hastanenin polikliniklerinden alındı. Tanı görüşmelerinde DSM-IV Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-I) ve SCID-II ile uygulandı. Sosyodemografik form, Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMRS) ve Hamilton Depresyon Ölçeği (HDÖ) uygulandı. HD, önceki 12 ayda dört veya daha fazla duygudurum atağının varlığı olarak tanımlandı. Hastalar hızlı döngülü bipolar bozukluk (HDBB) tanısına sahip olup olmadıklarına göre ayrıldı. HDBB hasta grubu, HDBB olmayan hasta grubuyla sosyodemografik ve klinik veriler açısından karşılaştırıldı.

Sonuçlar: Çalışma grubunda kadınların daha fazla olduğu bulundu (% 65.5). Altmış hastada (%15,8) son 12 ayda HD vardı. İntihar girişimi sayısı ($p=0.11$), duygudurum bozuklukları aile öyküsü ($p=0.047$), psikotik depresyon ($p=0.021$), kullanılan antidepresan sayısı ($p=0.032$), manik ($p=0.007$), depresif ($p=0.000$), karışık ($p=0.004$) ve toplam atak sayısı ($p=0.041$) açısından iki grup grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulundu.

Tartışma: Son 12 ayda HD varlığı, BB seyrinde daha kötü sonuçlarla yakından ilişkili spesifik klinik özellikler ile ilişkili bulundu. Standart tanımları yapılmış ve homojen HDBB tanılı hasta gruplarında hastalıkla ilişkili faktörlerin açığa çıkartılması için daha fazla çalışmaya ihtiyaç bulunmaktadır.

Anahtar kelimeler: bipolar bozukluk, hızlı döngü, klinik değişkenler

Table 1. Characteristics of Bipolar Disorder patients

Characteristics	Cycling type		p-value
	RC (n=60)	Non-RC (n=320)	
Age (years)	32,83±2,51	33,22±1,09	0,781
Age at onset (years)	26,33±2,04	26,50±0,88	0,881
Number of antidepressants	2,43±0,13	2,44±0,06	0,032*
Number of suicide attempts	2,03±0,28	1,64±0,12	0,011*
Number of hospitalizations	2,58±0,30	2,52±0,13	0,714
Disease duration (years)	6,50±1,08	6,72±0,47	0,716
	N(%)	N(%)	
Female sex	39 (65.00)	210 (65.63)	0.235
Family history of mood disorders	32 (53.33)	171 (53.44)	0.047*
Seasonal pattern	11 (18.33)	55 (17.19)	0.087
Family history of schizophrenia	13 (21.67)	74 (23.13)	0.081
Psychotic depression	17 (28.33)	91 (28.44)	0.021*
Psychotic symptoms at first episode	23 (38.33)	118 (36.88)	0.128
Psychotic symptoms during illness	34 (56.67)	179 (55.94)	0.210
Hospitalization (yes)	35 (58.33)	218 (68.13)	0.083
Early childhood abuse	22 (36.67)	116 (36.25)	0.293
Alcohol-substance abuse	10 (16.67)	44 (13.75)	0.127
Axis II comorbidity	20 (33.33)	110 (34.38)	0.093
Anxiety (any)	49 (81.67)	259 (80.94)	0.230
Data presented as mean ± standard deviation or n (%)			
Chi-square test/Fisher exact test or Mann-Whitney test			

*p < 0,05

Table 2. Comparison of Rapid and Non-rapid cycling bipolar disorder patients in terms of mood episodes

	Cycling type		
	RC (n=60)	Non-RC (n=320)	
	Mean ± SD	Mean ± SD	p-value
Episode characteristics			
Number of episodes	18.50±1.60	14.23±0.68	0.041*
Manic	9.53±0.80	7.30±0.35	0.007*
Depressive	13.50±1.19	7.98±0.49	0.000*
Hypomanic	1.17±0.09	0.85±0.05	0.218
Mixed	1.05±0.07	0.82±0.05	0.004*
Data presented as mean ± standard deviation			
Chi-square test/Fisher exact test or Mann-Whitney test			

*p<0,05, RC: Rapid cycling

Table 3. Current psychiatric treatment of rapid and non-rapid bipolar disorder patients

	Cycling type		
	RC	Non-RC	
	N (%)	N (%)	p-value
Current medication			
Lithium	28 (66.67)	122 (68.16)	0.494
Typical antipsychotics	11 (26.19)	68 (37.99)	0.081
Atypical antipsychotics	11 (26.19)	32 (17.88)	0.156
Anticonvulsants	27 (64.29)	93 (51.96)	0.101
Antidepressants	14 (33.33)	33 (18.44)	0.031*
Data presented as n (%)			
Chi-square test/Fisher exact test			

*p < 0,05, RC: Rapid cycling

GÖRÜCÜ USULÜYLE VE FLÖRT EDEREK EVLENEN KADINLARDA EVLİLİK UYUMU VE HOŞNUTSUZLUĞUNUN KARŞILAŞTIRILMASI

Samuray Özdemir¹, Betül Çakıcı²

¹*Psikiyatri Uzmanı, Balıklı Rum Hastanesi Vakfı Anatolia Klinikleri*

²*Klinik Psikolog, Serbest*

Amaç: Bu kesitsel çalışmada, toplumdaki evli kadınlar arasında görücü usulü ile evlenen kadınlarla flört ederek evlenen kadınların evlilik uyumu ve evlilik hoşnutsuzluk düzeylerinin karşılaştırılarak, ilişkili etkenlerin ortaya koyulması amaçlanmıştır.

Yöntem: İstanbul ilinin Kartal ilçesinde ikamet eden ve en az 3 yıldır evli olan kadın bireyler arasından rastlantısal olarak ve gönüllülük esasıyla seçilen 100 evli kadına Evlilik Uyum Ölçeği (EUÖ), Evlilik Hoşnutsuzluk Ölçeği (EHÖ) ve araştırmacılar tarafından hazırlanmış bir sosyodemografik veri formu verilmiştir.

Sonuçlar: Çalışmaya alınan 100 kişiden EUÖ'ye göre 2 kişinin ve EHÖ'ye göre 1 kişinin uçbirim (out-lier) olduğu tespit edildiğinden toplam 3 kişiden elde edilen veri istatistiksel analize alınmamış; araştırmanın veri analizi toplam 97 kişi üzerinden yapılmıştır. Araştırmaya alınan evli kadınların %32'si ilköğretim, %41'i lise, %27'si üniversite ve üstü okullardan mezundur. Kadınların %65'i ev hanımı olup, herhangi bir işte çalışmadığını ifade etmiştir. Analize alınan 97 evli kadından 88'inin (%90.7) en az 1 çocuğu bulunmaktadır. Tanışma stili bakımından grup homojen bir dağılım göstermekte; evli kadınların %48.5'i görücü usulü, %51.5'i flört ederek eşleriyle tanıştıklarını bildirmişlerdir. Yapılan analizlerde; ortalama EUÖ puanları, EUÖ'nün 3 alt ölçeği (evlilik uyumu, anlaşılabilirlik durumu, ilişki tarzı) ortalama puanları ve ortalama EHÖ puanları bakımından görücü usulü ile ve flört ederek evlenen kadınlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı belirlenmiştir. Tanışma stilinden bağımsız olarak kadınlarda yaş arttıkça evlilik hoşnutsuzluk düzeyi de anlamlı şekilde artmaktadır ($p<0.05$). Benzer şekilde evlilik süresi uzadıkça hoşnutsuzluk düzeyi de anlamlı şekilde yükselmektedir ($p<0.05$). Eşler arasındaki yaş farkının evlilik uyumu ve hoşnutsuzluğu ile istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişkisi olmadığı gözlenmiştir ($p>0.05$). Flört ederek evlenen kadınlarda evlilik öncesi flört edilen süre arttıkça evlilikteki hoşnutsuzluk düzeyi anlamlı şekilde azalmaktadır ($p<0.05$). Bu araştırmadan elde edilen verilere göre bir çocuk sahibi olup olmamak ve bir işte çalışıp çalışmamak evlilik uyumu ve hoşnutsuzluğunu etkilememektedir ($p>0.05$).

Tartışma: Bu araştırmanın sonucunda, en az 3 yıldır evli olan kadınların evlenmeden önceki tanışma stillerine göre evlilik uyumları ve evlilikteki hoşnutsuzluk düzeyleri karşılaştırıldığında, görücü usulü ile tanışıp evlenmekle flört ederek evlenmek arasında anlamlı bir farklılık olmadığı gözlenmiştir. Buna göre araştırmacılar evlilikte uyum ve hoşnutsuzluk düzeylerini belirleyen/yordayan ana etkenin, evlilik öncesi tanışma stili olmadığı ve benzer araştırmalarda uyum ve hoşnutsuzluğa etki edebilecek diğer etkenlerin de araştırılmasının bu konuda yeni bakış açıları getirebileceği fikrinde birleşmişlerdir.

Anahtar kelimeler: evlilik, uyum, hoşnutsuzluk, doyum, görücü, flört

YAYGIN GELİŞİMSEL BOZUKLUK OLDUĞU DÜŞÜNÜLEN OLGUNUN LAMOTRİJİN VE ARIPIPIRAZOL TEDAVİSİNE YANITI

Ayşe Döndü¹, Süleyman Gündüz²

¹Aydın Devlet Hastanesi Psikiyatri

²Kuşadası Devlet Hastanesi Psikiyatri

36 yaşında erkek, Aydın doğumlu, Kuşadası'nda yazın ailesiyle kışın tek başına ikamet ediyor. Normal doğum için uzun süre beklendiğinden kalp atım hızının yavaşladığı ve bu nedenle sezeryanla hafif mor doğumla dünyaya geldiği ve bebeklik ve çocukluk döneminde sağlık sorunu yaşamadığı öğrenilmiştir. Eğitim hayatında akademik başarı alanında sorun yaşamamış (okuma ve yazmayı yaşlıları ile öğrenmiş) ancak yaşlılarının alay ve dışlanma davranışlarına maruz kalmıştır. Çocukluk döneminde yaşlılarına göre farklı davranışlar sergilediği için (ders sırasında yerinden kalkıp sınıfın duvarını çizmek, ders yapılırken izinsiz ve durduk yere öğretmenin masasına oturmak veya sınıftan çıkmak, arkadaşları ile sosyalleşmemek, seslenildiğinde geç tepki vermek, dalgınlık, sabahdan akşama kadar bulduğu şişlere ot doldurmak, kâğıtlara yol çizgileri çizmek, defterine gelişigüzel karalamalar yapmak) çocuk psikiyatristin önerisi ile grup ve bireysel eğitimler almış ancak herhangi bir tanı verilmemiştir. Ergenlik döneminde de sosyal olmadığı, arkadaş edinmediği, yalnızlığı tercih ettiği, lise yıllarında arkadaşları tarafından alay edildiği (beden eğitimi derslerinde hareketleri yapmadığı, farklı takıntıları olduğu için) ve bu nedenle okulu bırakıp açık öğretimden devam ettiği öğrenildi. 16 yaşında obsesyonlarının başladığını (bir olay olduğunda veya bir şey söylendiğinde sürekli bunlarla ilgili düşünce uğraşları), basmakalıp davranışının devam ettiğini (bir sopaya türlü ipler dolayıp ona çok değer vermek gibi), sosyal olarak aktif olması için kendisine yardımcı olan kişileri yanlış yorumladığını, kendisinin kötülüğü için yapıldığını düşündüğünü, intihar girişiminde bulunduğunu ve psikiyatriye başvurduğunu, Psikotik Bozukluk tanısı ile 1 yıl antipsikotik tedavi gördüğünü belirtmiştir. Aynı yaşlarda alkol tüketmeye başladığı ve dipsomani geliştirdiği öğrenildi. Üniversite ortamına belirttiği şikayetlerden dolayı uyum sağlayamadığını, bırakıp açık öğretimden devam ettiğini belirtmiştir. 21 yaşında Bipolar Bozukluk, OKB tanıları ile tedavi aldı, dipsomani nedeniyle birçok kere yatışlarının olduğu, atak şeklinde belirttiği bu durumun (içmede kendini durduramama, kendini kaybetme, bayılma, çaresiz ve ümitsiz hissetme) yılda 8-10 defa olduğu, 24 yaşında EKT tedavisi aldığı, psikoterapi gördüğü öğrenilmiştir. Askerlik döneminde askeri yürüyüşü yapmadığı ve uyuşmaz olduğu, geç uyandığı, konsantre olamadığı, geç hareket ettiği için lisede yaşadığı alay edilme durumunu yaşadığı için birkaç kere hava değişimi aldığını ve psikiyatriye yatışlarının olduğunu belirtmiştir. Olgunun yaptığı işi sürekli kontrol etme, yaptığı işin bitmesi gerekenden daha uzun bir zaman alması ve bu durumun işi bırakacak düzeyde kaygı yaratması, alkol tüketme ve tüketme günlerini ve ölçüyü net belirleme, bunun dağılmasını ıyła göre yapma, belirtilen dürtülerini kontrol etmekte zorlanması, sürekli semptom değiştirme ve çocukluk döneminden beri yakınmalarının olması Asperger Bozukluğu olabileceğini düşündürmektedir.

Tedaviye lamotrijin ve aripipirazol başlandı. uyku sorunlarına yönelik ketiapin 200 mg gün eklendi.. Lamotrijin dozu tedricen artırılarak 200 mg güne çıkarıldı. hastanın şikayetlerinde azalma olduğu ve tekrar işe başladığı alkolü de haftada bir gün e azaltığı gözlemlendi.

Anahar Kelimeler: Yaygın Gelişimsel Bozukluklar, Lamotrijin

BAĞIMLILIĞA PSIKODİNAMİK BİR BAKIŞ:FENTANİL BAĞIMLISI BİR ÇİFT

Şule Akıncı¹, Aslı Kuruoğlu¹

¹Gazi Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı

Bu vaka sunumunda her ikisi de ilaç bağımlılığı nedeniyle kliniğimizde tedavi gören evli bir çift,bağımlılık dinamikleri açısından ele alınmıştır.Kullanılan ilaca bağlı özellikler ve ilişkili biyolojik tedaviler dışında bağımlılığın bu çiftin ruhsal dinamikleri açısından da incelenmesi,maddenin bu ikilinin yaşamında nasıl bir olası yer tutuyor olduğunun daha iyi anlaşılmasına çalışılması ve tedavi planının bu verilerin göze alınarak düzenlenmesi ilaç bağımlılığının tedavi başarısında olduğu kadar kişilerin genel anlamda yaşam kaliteleri için de bir farklılık sunabilir.

Bay A: 37 yaşında,lise mezunu ve evli hasta,bel ve sırt ağrıları nedeniyle kullandığı çeşitli ilaçlar içinde yalnızca fentanilin iyi gelmesi nedeniyle sık sık acil servise başvurarak damar içi fentanil yaptırmaya başlamış.Sürekli acil servislere gitmemek için hastanın sağlık çalışanı olan eşi,kocası için bu ilacı çalıştığı hastaneden temin etmeye başlamış.Önceleri haftada bir kez kullanmakta iken almadığında huzursuzluk ve uykusuzluk yakınmaları başlayınca zamanla sıklığı artmış ve kliniğimize başvurduğunda ortalama günde iki ampul kullanıyordu.Ticarette geçimini sağlayan Bay A birkaç yıl önce dolandırılmış ve elinde belge olmadığı için hakkını yasal olarak arayamamış.Hasta son iki yıldan beri kullanmakta olduğu fentanilin sorunlarla mücadele gücü verdiğini ve “alacakların vereceğe dönüştüğünü” ifade ediyordu.Başvuru sırasında ruhsal durum muayenesinde fiziksel yoksunluk belirtileri haricinde patolojik bulgu yoktu.

Bayan A: 33 yaşında,üniversite mezunu ve sağlık personeli olarak çalışan Bayan A,çalıştığı birimde kayıtlarda eksik fentanil tespit edilmesi üzerine tarafımıza yönlendirilmiş,birimimize eşiyle birlikte başvurmuştu.Eşinin maddi kayıpları sonrasında çevresindekilere borçlandıkları ve tehdit aldıkları dönemde,eşinin fentanille çok iyi hissettiğini gördüğü için kendisi de rahatlamak için başlamıştı ve son 7 aydır hemen her gün damar içi fentanil kullanıyordu.Başvuru sırasında ruhsal muayenesinde çökkün duygudurum dışında patoloji yoktu.

Vakaya dinamik bakış: Sağlık personellerinde ilaç kötüye kullanımına yönelme nedenleri,diğer meslek gruplarından farklı olmasa da ilaca kolay ulaşabiliyor olmanın bu konuda ciddi risk oluşturduğu bilinmektedir.Bay A'nın fentanil kullanmaya başlaması ve ardından gelişen bağımlılığı,zor bir dönemin tetiklediği durumsal bir olgu olarak düşünülebilir.Yine Bayan A'nın ona bu maddeyi kendi profesyonel kariyerini tehlikeye atarak temin edişi de yine eş-bağımlılık kavramı ile açıklanabilir ve bu haliyle bağımlılık kliniklerinde sık görülen durumlar olmaktan öte bir anlamı olmayabilir Ancak bu çiftin fentanil bağımlılığını belki özellikli kılan durum aslında Bay A'nın fentanil kullanımının neredeyse “vekaleten” başlamış olmasıdır.Bayan A'nın acil servislere gitmemek için eşine iş yerinden fentanil getirmeye başlaması,zamanla eşinin ilaç almadan uyuyamadığını görmesine rağmen bunu sürdürmesi ve kendisinin de sonradan kullanmaya başlaması,bakım veren/alan ilişkisinde olduğu kadar iyileştirme/zarar verme işlevlerinde de bir karmaşayı göstermektedir.

Anahtar kelimeler: fentanil,bağımlılık,eş-bağımlılık

YAŞLI PSİKİYATRİK HASTALARA BAKIM VERENLERİN YÜKÜNÜN DEĞERLENDİRİLMESİ

Murat Eren Özen¹

¹Özel Adana Hastanesi

Amaç: Yaşlı psikiyatrik popülasyondaki bakıcıları değerlendiren çalışmaların sayısı yetersizdir. Bu çalışma yaşlı psikiyatri hastalarının bakım verenlerinde bakıcı yükünü ve ilişkili faktörleri belirlemeyi amaçlamaktadır.

Yöntem: Tanımlayıcı kesitsel bir çalışmadır. Çalışma, Özel Adana Hastanesi psikiyatri polikliniğine ayakta başvuran psikiyatrik yaşlı hastalara (≥ 60 yaş) bakım veren 230 kişi üzerinde yapıldı. Demografik anket formu (yaşlılar ve bakım verenler için) ve Zarit Bakım Yüğü Ölçeği verileri toplamak için kullanıldı. İstatistiksel analiz için bağımsız *t*-testi, varyans Analizi (ANOVA) ve Scheffe post-hoc testleri kullanıldı.

Bulgular: Bakım verenlerin yükü, yaşlı hastalarda psikiyatrik bozukluk tipi ile anlamlı bir ilişki göstermiştir ($p=0.005$). Post-hoc testi bakıcıların yükünün şizofreni hastalarına bakım yapmada sırasıyla obsesif-kompulsif, bipolar bozukluk, depresyon ve anksiyete bozukluklarından daha yüksek olduğunu göstermiştir. Sonuçlar, saatte/haftada saat verilen bakımın ($p=0.003$) ve ailedeki ek psikiyatrik hasta sayısının ($p=0.004$) bakım yükü ile ilişkili olduğunu göstermiştir.

Sonuç: Bakım saatlerinin, hastanın ruhsal hastalık türü ve ailede ek bir psikiyatri hastasının varlığının bakımının yükünü arttırdığı görülmektedir. Bakım verenlerin yüksek bakım yükü, psikiyatrik yaşlı hastaların bakım kalitesini düşürebilir ve bakıcıların psikolojik sağlığını tehlikeye maruz bırakabilir. Bu nedenle, yükü azaltmak ve hastaların aileleri gibi gayri resmi bakıcılar tarafından uzun vadeli bakım kalitesini artırmak için toplum odaklı müdahalelerin gerekli olduğu görülmektedir.

Anahtar kelimeler: bakım veren, yaşlı, psikiyatrik bozukluk, yük

Tablo 1. Yaşlı psikiyatrik hastalığı olanlara bakım verenlerin demografik özellikleri

Demografik Özellik		N (%)
Cinsiyet	Erkek	92 (40.0)
	Kadın	138 (60.0)
Yaş (yıl)	>40	38 (16.5)
	40-59	120 (52.2)
	60-70	72 (31.3)
Eğitim	İlkolul	58 (25.2)
	Ortaokul	68 (29.6)
	Lise	59 (25.6)
	Üniversite	45 (19.6)
Medeni durum	Bekar	21(0.9)
	Evli	209 (91.0)
Ekonomik durum	Düşük	9 (3.9)
	Orta	153 (66.5)
	İyi	68 (29.6)
Çalışma durumu	Ev hanımı	45 (19.6)
	Çiftçi	41 (17.8)
	Kendi işi	38 (16.5)
	Çalışan	69 (30.0)
	Emekli	37 (16.1)
Ailede başka psikiyatrik hasta	Yok	184 (80.0)
	Var	46 (20.0)
Haftalık hastaya bakım (saat)	<24	38 (16.5)
	24-34	76 (33.0)
	35-44	86 (37.4)
	>44	30 (13.1)
Hastaya yakınlık derecesi	Eş	67 (29.1)
	Çocuk	105 (45.7)
	Evlatlık çocuk	29 (12.6)
	Diğer akrabalar	29 (12.6)

Tablo 2. Yaşlı psikiyatrik hastaların demografik özellikleri

<i>Demografik özellik</i>		<i>N (%)</i>
Cinsiyet	Erkek	112 (48.7)
	Kadın	118 (51.3)
Yaş (yıl)	60-69	102 (44.3)
	70-79	95 (41.3)
	≥80	33 (14.4)
Eğitim seviyesi	Okur yazar değil	77 (33.5)
	İlkokul	67 (29.1)
	Ortaokul	49 (21.3)
	Lise	37 (16.1)
Medeni durum	Bekar	14 (6.0)
	Evli	123 (53.5)
	Dul	93 (40.5)
Çalışma durumu	İşsiz	103 (44.8)
	Çiftçi	55 (23.9)
	İş sahibi	8 (3.5)
	Emekli	64 (27.8)
Hastalık süresi (yıl)	<10	40 (17.4)
	10-19	94 (40.9)
	20-29	62 (26.9)
	≥30	34 (14.8)
Psikiyatrik hastalık	Şizofreni	64 (27.8)
	Anksiyete bozuklukları	18 (7.8)
	Bipolar bozukluk	49 (21.3)
	Depresyon	72 (31.3)
	Birden fazla hastalık	27 (11.8)

Tablo 3. Demografik özelliklere bakım yükünün analiz değerleri

<i>Demografik özellik</i>		<i>Test sonuçları</i>
Cinsiyet	Erkek	$t=1.34, df=198, p=0.181$
	Kadın	
Yaş (yıl)	<30	$F=0.788, df=1.221, p=0.456$
	30-39	
	40-49	
	50-59	
	60-69	
	70-79	
Eğitim	İlkokul	$F=1.63, df=2.145, p=0.184$
	Ortaokul	
	Lise	
	Üniversite	
Medeni durum	Bekar	$t=-0.713, df=17, p=0.477$
	Evli	
Ekonomik durum	Düşük	$F=2.854, df=2.301, p=0.061$
	Orta	
	İyi	
Çalışma durumu	Ev hanımı	$F=0.202, df=1.273, p=0.937$
	Çiftçi	
	Kendi işi	
	Çalışan	
	Emekli	
Ailede başka psikiyatrik hasta	Yok	$t=-2.89, df=31.49, p=0.004$
	Var	
Haftalık hasta bakımı (saat)	<24	$t=-2.89, df=31.49, p=0.003$
	24-34	
	35-44	
	>44	
Hastaya yakınlık derecesi	Eş	$F=1.363, df=1.432, p=0.255$
	Çocuk	
	Evlatlık çocuk	
	Diğer akrabalar	
Bakım verende psikiyatrik hastalık	Şizofreni	$F=4.330, df=4.174, p=0.005$
	Anksiyete (herhangi)	
	Bipolar bozukluk	
	Depresyon	
	Obsesif kompulsif bozukluk	

OKUL ÖNCESİ ÇOCUKLARDA ANKSİYETE ÖLÇEĞİNİN TÜRKÇE GEÇERLİK GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI

Seda Uğraş¹, Dilek İşlek Salkım¹, Emel Hülya Yükseloğlu¹

¹*İstanbul Üniversitesi-cerrahpaşa Adli Tıp Enstitüsü*

Anksiyete, korku, endişe, gerginlik gibi sübjektif olarak hissedilen bir duygudur ve şahsiyetin bütünlüğünün tehdit edildiği herhangi bir durumda ortaya çıkar. Pek çok çalışma okul öncesi anksiyete bozuklukları görülme sıklığının %10 ile %20 arasında değiştiğini belirtmektedir. Bu veriler, anksiyete bozukluklarının tüm yaş grupları için psikiyatrik hastalıkların en yaygın türü olduğunu ve belirtilerin genellikle okul öncesi dönemde veya bu döneme yakın başladığını düşündürmektedir. Toplumsal temelli çalışmalara göre anksiyete bozuklukları tüm çocukluk problemleri arasında; %2.5-5 ile en geniş yeri kapsamaktadır. Bu durumda uzun vadedeki zihinsel sağlık için yüksek risk söz konusudur, erken tanı ve tedavi önemlidir. Erken çocukluk dönemlerinde anksiyete problemlerinin görülme sıklığının, kalıcılık ve gidişatının daha ileriki yaştaki çocuklardakine benzer seyrettiği rapor edilmiştir. Fakat daha ileriki yaşlardaki çocuklara nazaran erken çocukluk dönemlerinde karşılaşılan anksiyete bozukluklarının gidişatını yönlendirmek daha mümkün olmaktadır. Bu da erken çocukluk dönemlerinde anksiyeteyle ilgili konulabilecek tanılarının tedavi için ne kadar büyük bir rol oynadığını göstermektedir. Bu sayede erken tanıyla birlikte gelen tedavinin yanı sıra önleme çalışmaları da yapılabilir. Okul Öncesi Anksiyete Ölçeği pek çok dile çevrilmiş ve pek çok ülkede kullanılmaktadır. Çevrilen diller arasında İspanyolca, Portekizce, İbranice, Slovence, Rusça, Flemenkçe ve Çince bulunmaktadır. Araştırmanın örneklemini İstanbul ilinin farklı ilçelerinden 4 özel anaokulu ve 3 devlet anaokulunun toplamda 311 erkek ve kız öğrencileri oluşturmuştur. Ölçek beşli likert seçeneği olan 29 maddeden oluşmaktadır. uygulanan doğrulayıcı faktör analizi sonucu ölçeğin 4 faktörlü bir yapı gösterdiği gözlenmiştir. Bu faktörler sırasıyla “Toplumsal anksiyete”, “Yaygın anksiyete”, “Ayrılık anksiyetesi” ve “Özgül fobi”dir. Güvenirlilik çalışmalarında ise iç tutarlık katsayıları tüm ölçek için .93 ve alt ölçeklerden toplumsal anksiyete bozukluğu için .84, yaygın anksiyete bozukluğu için .81, ayrılık anksiyetesi bozukluğu için .73 ve özgül fobi için .82’dir. Test-tekrar test güvenirlilik katsayısı ise 3 ay ara ile 1 ve 1’e yakın ($r \leq 1$) bulunmuştur. Ölçeğin güvenirlilik ve geçerlik analiz sonuçları birlikte değerlendirildiğinde Okul Öncesi Çocuklarda Anksiyete Ölçeği’nin 29 madde ve 4 alt boyutlu faktör yapısının uygun olduğu, ölçekteki maddelerin geçerliklerinin yüksek olduğu, anksiyete düzeyi bakımından çocukları ayırt etmeye yardım ettikleri ve aynı davranışı ölçmeye yönelik maddeler oldukları ve sonuç olarak Türkiye’deki okul öncesi çocuklar için uygulanabilir, güvenilir ve geçerli bir ölçek olduğu bulguları elde edilmiştir.

Anahtar kelimeler: Anksiyete, doğrulayıcı faktör analizi, okul öncesi, çocuk, geçerlik, güvenirlilik.

HASTANE YATIŞI OLAN 0-36 AYLIK ÇOCUKLARDA GELİŞİMSEL GERİLİK DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Tayfun Kara¹, Ali Emre Gezgın²

¹*Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi, Çocuk Ve Ergen Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Antalya*

²*Alanya Alkii Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları, Antalya*

Amaç: Gelişimsel geriliğe erken dönemde müdahalenin önemli olduğu bilinmektedir. Çoğu zaman aileler ve bazen de sağlık profesyonelleri erken dönem gelişimsel anormallikleri gözden kaçırabilmektedir. Çalışmamızın amacı erken dönemde hastane başvurusu olan çocukların gelişimsel taramalarının incelenmesi ve toplum temelli çalışmalar ile karşılaştırılmasıdır.

Yöntem: Çalışmaya hastanemiz çocuk hastalığı kliniğinde farklı tanıları ile organik hastalığı nedeni 2018 Temmuz-2018 Aralık dönemleri arasında yatışı olan 0-36 ay aralığında 211 çocuğun tarama kayıtları retrospektif olarak alındı. Bu çocukların gelişim düzeyleri hastanemizde yapılmış olan Denver Gelişimsel Tarama Testi (DGT- II) ile belirlenmişti. Elde edilen veriler istatistiksel yöntemler ile karşılaştırıldı.

Bulgular: Hastane yatışı olan 0-36 aralığında olan çocukların %12'sinde gelişimsel açıdan bozukluk bulgusu saptandı. Gelişimsel bozukluğu saptananlar ve normal gelişen akranları arasında cinsiyet dağılımı ($p:0,727$) ve takvim yaşı ($0,697$) değerleri açısından istatistiksel anlamlı fark saptanmadı. Gelişimsel bozukluk saptanan çocukların %57'si anormal, %43'ü şüpheli gelişimsel düzeylere sahipti. Anormal ve şüpheli gelişim düzeylerine sahip çocuklar arasında cinsiyet dağılımı açısından farklılık saptanmadı ($p:0,593$).

Sonuç: Çalışmamız göstermiştir ki hastane yatışı olan çocuklarda daha önce yapılmış toplum temelli çalışmalarda saptanan oranlar ile benzer gelişim geriliği oranları mevcuttur. Ancak daha önce bildirilen cinsiyet dağılımı oranları ile uyumsuz olarak hastane yatışı olan çocuklarda erkek kız dağılım oranları sağlıklı gelişen akranlarından oluşan grup ile benzerdir.

Anahtar kelimeler: Gelişimsel değerlendirme, erken çocukluk dönemi, gelişim

SERTRALİN KULLANIMIYLA İLİŞKİLİ SIALORE

Ebru Şahan¹, Tezer Kılıçarslan¹, İsmet Kırpınar¹

¹Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı

Giriş: Psikoaktif ilaçlar tükürük salgısı üzerinde artış veya azalmaya neden olabilirler. Tükürük bezleri hem sempatik hem parasempatik olmak üzere çift innervasyon alır. Psikoaktif ilaçlar salgı bezi hücrelerini ya da nöral kontrollerini etkileyebilir. $\alpha 1$ reseptör antagonizması, $\alpha 2$ reseptör agonizması, muskarinik reseptör antagonizması hiposalivasyona neden olurken, $\alpha 2$ reseptör antagonizması, muskarinik reseptör agonizması, dopamin reseptör antagonizması hipersalivasyona neden olur.

Olgu Sunumu: 46 yaşında erkek hasta evde oğlu ile yaşadığı problemlerden dolayı moralsizlik, keyifsizlik, sinirlilik, uykuya dalmakta güçlük çekme gibi yakınmalarla tarafımıza başvurdu. Hastada orta depresif nöbet düşünülerek sertralin 25mg/gün tedavisi başlandı ve 1 hafta sonra sertralin 50mg/gün'e çıkarılması söylendi. Bir ay sonra kontrole gelen hasta ilk geliş şikayetlerinin kısmen de olsa gerilediğini ancak ilacı tam olarak kullanmaya başladıktan sonra ağzından çok fazla salya aktığını, sabah kalktığında yastığını ıslak bulduğunu belirtti. Hastanın öyküsünde ek hastalığı, ek ilaç kullanımı, sigara, alkol, madde kullanımı yoktu. Hastanın elektrolitleri, kan üre azotu(BUN), kreatinin, eritrosit sedimentasyon hızı, tam kan sayımı, albümin ve tiroid fonksiyon testleri normal olarak değerlendirildi. Hasta parotis bezi patolojileri, sinüzit, farenjit gibi hastalıklar açısından Kulak Burun ve Boğaz Hastalıkları bölümüne konsülte edildi; orofarenks muayenesi doğal olarak değerlendirildi. Hastanın ilaç dozu 25mg/gün'e düşürüldü, doz azaltıldıktan sonra hasta fazla salya akmasının olmadığını, ilaç dozunu tekrar 50mg/gün'e yükselttiğinde aşırı salya akmasının tekrarlandığını belirtti. Bu bulgular ışığında hastadaki sialore tablosunun ilaca bağlı bir yan etki olabileceği, hatta doz bağımlı bir yan etki olabileceği düşünüldü.

Tartışma: Bu vakada sialore, sertralin tedavisi sırasında doz artırımı sonrası ortaya çıkmıştır ve sertralin dozunun azaltılmasından sonra gerilemiştir. Ulaşılabildiğimiz literatür içerisinde şimdiye kadar sertralin kullanımına bağlı sialore vakası bildirilmemiştir. Klinisyenlerin belirli ilaç sınıflarının tükürük salgısı üzerindeki etkisini bilmesi önemlidir ancak mekanizması net olmamakla birlikte bu vakada görüldüğü gibi beklenmedik, nadir yan etkilerin de ortaya çıkabileceği konusunda dikkatli olunmalıdır.

Kaynaklar

1. Szabadi, E., & Tavernor, S. (1999). Hypo-and hypersalivation induced by psychoactive drugs. *CNS drugs*, 11(6), 449-466.

Anahtar kelimeler: sertralin, sialore

SAAT ÇİZİM TESTİNİN ŞİZOFRENİ HASTALARINDA DEĞERLENDİRİLMESİ

Aslıhan Değerli¹, Aslıhan Dönmez², Celal Şalçini²

¹Değerli Psikoloji

²Np İstanbul Beyin Hastanesi

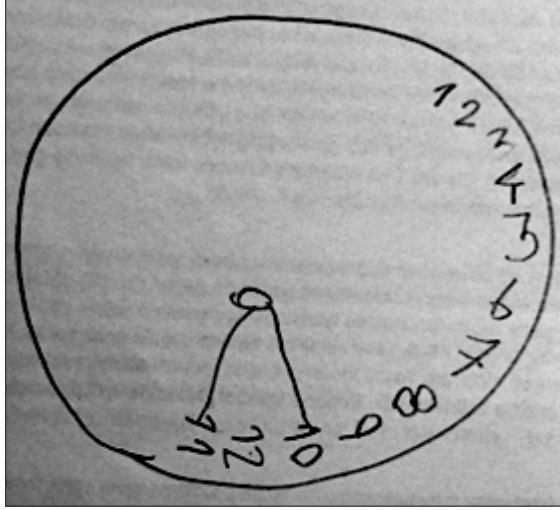
Giriş: Şizofreni tanısı olan hastalarda semantik bellek, dikkat ve yürütücü işlevleri de dahil olmak üzere, nörokognitif işlevlerin birçok alanında yaygın, çok yönlü bozulmalar görülmektedir (Henrichs ve Zakzanics, 1998). Saat Çizim Testi; kısa sürede uygulanabilen, puan hesaplaması kolay yapılabilen, iyi tolere edilmiş ve hastalar tarafından kabul edilmiş ve nispeten kültür, dil ve eğitimden bağımsız nöropsikolojik bir testtir (Shulman, 2000). Bu çalışmada şizofreni hastaları ve sağlıklı kontrol grubunda saat çizim testi performansı açısından farklılıkların incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmaya şizofreni tanısı alan 50 hasta ve kontrol grubu için bu hastalarla cinsiyet açısından eşleştirilmiş 50 sağlıklı katılımcı alınmıştır. Tüm katılımcılara Mini - Mental Test (MMT) ve Saat Çizim Testi performanslarını değerlendirmek için Saat Çizim Testi (SÇT) uygulandı. Şizofreni hastalarının semptom şiddeti Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS) ve Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği (BPRS) ile değerlendirildi.

Bulgular: Hasta grubunda kontrol grubuna göre saat çizim testi performansının istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük olduğu tespit edilmiştir ($p<0,001$). SÇT performansı ile PANSS Genel Psikopatoloji puanı arasında istatistiksel olarak negatif yönde anlamlı korelasyon bulunmuştur ($p<0,05$). MMT ile PANSS Pozitif Belirtiler Ölçeği ve Negatif Belirtiler Ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmadı ($p>0,05$).

Sonuç: Çalışmamızda şizofreni hastalarında saat çizim testi performansının kontrol grubuna göre düşük olduğu ve bu düşüklüğün genel hastalık şiddetiyle orantılı olduğu bulunmuştur. Bu sonuçlar saat çizme testinin şizofrenide bilişsel fonksiyonları değerlendirmede kullanılabilecek pratik ve yararlı bir test olduğunu düşündürmektedir.

Anahtar kelimeler: saat çizim testi, şizofreni, nöropsikoloji, kognitif nörobilim



Resim 1. Sch tanısı almış bir hastanın Saat Çizim Testi Örneği

Tablo 1. Hasta ve Kontrol Grubunun Mini Mental Test ve Saat Çizim Testi ortalama puanları, standart sapmaları ve t testi bulguları

	<i>GRUP</i>	<i>N</i>	<i>ORT.</i>	<i>SS.</i>	<i>T</i>	<i>P</i>
MMT	KONTROL	50	26,94	2,180		
MMT	SCH	50	26,28	2,129	1,532	0,129
MMT	TOPLAM	100	26,61	2,169		
SAAT	KONTROL	50	3,98	0,141		
SAAT	SCH	50	3,04	0,727	8,971	0,000
SAAT	TOPLAM	100	3,51	0,703		

DÖRT ÇOCUKLU YİRMİÜÇ YILLIK BİR VAJİNİZMUS OLGUSU

Şüheda Kaya¹, Sema Baykara²

¹Elazığ Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Hastanesi

²Fırat Üniversitesi Hastanesi

Günümüzde cinsel işlev bozukluğu kategorisinde bulunan vajinismus için temel kriter “vajinanın dış üste birindeki kaslarda koitusu engelleyecek, yineleyici bir biçimde ya da istemdişi spazmın olması” olarak tanımlanmıştır. Batılı kaynaklarda disparenin görülme sıklığı %3-43, vajinismus sıklığı %1-6 olarak arasında tahmin edilmektedir. Ülkemizde normal popülasyonda yapılan epidemiyolojik çalışmada vajinismus görülme sıklığı %15,3 olarak bildirilmiştir. Vajinismus, en kolay tedavi edilebilen cinsel işlev bozukluğudur. Vajinismus tedavisinde en sık uygulanan yöntem Bilişsel-Davranışçı terapidir (BDT). Bilişsel-davranışçı yöntemlerde amaç, yanlış öğrenilmiş tepkilerin yerine yeni ve doğru tepkilerin öğrenilmesine olanak sağlamaktır. Bu yöntemde bedeni tanıma egzersizlerinden başlanarak aşamalı koitus egzersizleri uygulanmaktadır. Sunacağımız vajinismus olgusunda da BDT uygulanmıştır. Bu olgunun ilginçliği çeken noktaları 23 yıldır evli olup 4 çocuk sahibi olmaları ve tedavi sonrası partnerde farkedilen cinsel işlev bozukluğudur.

Olgu: Kırkiki yaşında, 23 yıllık evli, ilkökul mezunu, 4 çocuk sahibi, ev hanımı. Eşi çiftçilikle uğraşüyor. Görücü usulü ile evlenmişler. Kliniğimize BDT için yönlendirilen olgu ilk olarak anksiyete şikâyetleriyle Eğitim ve Araştırma Hastanesi’ne başvurmuş ve Essitalopram 10 mg/g başlanmış. Kontrol muayenelerinde yeterli terapötik ilişki sağlanınca eşile cinsel birleşme yaşayamadığını ifade etmiş ve Elazığ Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde Anksiyete Bozukluğu ile takibini yapan psikiyatri doktoru tarafından Vajinismus tanısıyla Bilişsel Davranışçı Terapi için kliniğimize yönlendirilmiş. Olgu ile BDT için ön görüşme ve ardından değerlendirme görüşmesi yapıldı. Yapılan görüşmede 23 yıllık evlilik hayatında hiç cinsel birleşme yaşamadığı ve çocuğu olduğu için de hiç tedavi arayışında bulunmadığı öğrenildi. Seanslara eşile gelmesi istendi, eşi görüşmelere gelmeyi istemedi ancak terapi sürecine uyumluydu. Görüşmeler sırasında kullanmakta olduğu Essitalopram 10 mg/g devam edildi. BDT için istekli olan ve terapiye karşı direnci olmayan hasta ile toplam 5 yapılandırılmış seans boyunca görüşüldü. Olgu ve eşi ev ödevleri konusunda uyum ve işbirliği içerisindeydi. Birlikte kararlaştırılan bir ev ödevi sonucunda cinsel birleşme gerçekleşti. Hastanın vajinismus sorununun çözüme kavuşmasıyla birlikte anksiyete belirtilerinde de azalma oldu. Ancak uzun bir süre depresif bozukluk tanısıyla tedavi öyküsü ve geçmişte suisid girişimleri bulunan olgunun eşinde depresif belirtiler görülmeye başlandı. Olgumuzun yönlendirmesiyle görüşmeye gelen eşinden alınan öyküye göre vajinismus sorununun çözülmesiyle birlikte kendisinde sertleşememe ve erken boşalma sorunlarının olduğunu fark ettiğini, bu sebeple kendini yetersiz hissettiğini ve eşlik eden intihar düşünceleri oluştuğunu belirtti. Major depresif bozukluk tanısıyla psikiyatrik tedavisi düzenlenen hasta Üroloji polikliniğine yönlendirildi. Ürolojik bir patoloji tespit edilmeyen hasta yeterli terapötik ilişki kuramayacağı düşünüldüğünden cinsel terapi için başka bir terapisteye yönlendirildi. Olgumuz birkaç ay sonra ‘anksiyete bozukluğu’ nedeniyle gelmiş olduğu kontrol muayenesinde eşinin cinsel terapilere başta direnç göstermesine rağmen daha sonra uyum içerisinde katıldığını, yetersiz sertleşme ve erken boşalma şikâyetlerinin büyük oranda ortadan kalktığını ve depresif belirtilerinin azaldığını ifade etti.

Anahtar kelimeler: Vajinismus, Bilişsel-Davranışçı Terapi, Erektile disfonksiyon, Prematür ejekülasyon

FENİRAMİN KULLANIM BOZUKLUĞU, OLGU SUNUMU

Derya Kaya¹, Aslıhan Gümüşlü¹, Şengül Şahin¹, Abdurrahman Altındağ¹

¹Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Abd

Giriş ve amaç: Feniramin, düşük sedatif etkili, H1 histamin antagonistlerinden biri olan, alerji, yüksek ateş, rinit, alerjik dermatoz ve kaşıntı gibi durumlarda kullanılan antihistaminik etkili bir ilaçtır. MSS üzerine etkili ilaçların kötüye kullanımının önemli bir toplum sorunu olduğu görülmekte ve önlemler alınmaya çalışılmaktadır.

Olgu: 28 yaşında, kadın, bekar, hemşire olan hasta, feniramin kullanımı nedeniyle başvurdu. Yapılan görüşmede; hastanın 5 yıldır depresyon nedeniyle takipte olduğu ve son 9 aydır feniramin kullanımı olduğu öğrenildi. Hastanın öncelikli yakınmasının depresif şikayetlerinden çok; son zamanlarda toplumsal ve mesleki işlevselliğinde bozulmaya neden olan feniramin kullanımı olduğu anlaşıldı. Yaklaşık 9 ay önce uykusuzluk nedeniyle feniramin kullanmaya başlayan hasta, 45,5 mg feniramin maleat içeren ampul formdaki preparattan günde 1 ampul/iv ile başlayıp, birkaç ay içinde 3 ampule yükseltmiş, altıncı ayın sonunda 5 ampul kullanmaya başlamış. Son zamanlarda, başlardaki rahatsızlığın oluşmadığını, aksine feniramin kullanımına bağlı baş dönmesi, halsizlik, bulantı-kusma gibi rahatsız edici etkilerin ortaya çıktığını ifade etti. Tolerans gelişen hastada, sağlık çalışanı olduğu için ilacı kolayca temin edebilmesi nedeniyle de bağımlılık gelişmesinin kolaylaştığı anlaşıldı. Toplumsal ve mesleki işlevselliğinde ciddi bozulmalar gelişen ve kendi çabası başarısız olan hasta, psikiyatrik destek alarak bırakma isteğiyle başvurmaya karar vermiş. Bunun üzerine hasta feniramin kullanım bozukluğu tanısıyla kliniğimize yatışı yapılarak, tedavi edilmeye başlandı. Hastanın yapılan rutin tetkiklerinde D vitamini düşüklüğü saptandı, diğer tetkikleri normal olarak değerlendirildi. D vitamini düşüklüğü için hastaya oral D vitamini replasmanı yapıldı. Psikiyatrik özgeçmişinde; major depresyon bozukluğu nedeniyle 5 yıldır medikal tedavi gördüğü, hastane yatışının olmadığı, bir defa yüksekten atlama, bir defa da kendine zarar verme şeklinde olmak üzere toplamda iki defa suicidal girişimi olduğu, soygeçmişinde ise ailede psikiyatrik hastalık ya da alkol veya madde kötüye kullanımı öyküsü olmadığı anlaşıldı. Tıbbi özgeçmişine bakıldığında ise; geçmişte lösemi nedeniyle tedavi gördüğü, şu anda ise epilepsi ve aritmi nedeniyle medikal tedavi aldığı belirlendi. Hastaya major depresyon bozukluğu nedeniyle halihazırda kullandığı venlafaksin 150 mg/gün tedavisine ek EKT tedavisi başlandı. Hastaya; yoksunluğu için diazepam 20 mg/gün/iv, diazepam 20 mg/gün/oral, uykusuzluğu için de ketiapi 300 mg/gün ve mirtazapin 30 mg/gün tedavisi başlandı. Bırakma motivasyonu yüksek ve aile desteği iyi olan hasta tedaviye iyi yanıt verdi. Yoksunluk için verilen medikal tedaviden belirgin fayda gördüğü, depresif duygudurumu nedeniyle başlanan EKT'nin 3. seansından sonra depresif semptomlarında belirgin düzelme olduğu gözlemlendi. 7 seans EKT ve medikal tedavi olarak kliniğimizde 21 gün yatarak tedavi gören; yoksunluk ve madde alma isteği belirtileri tariflemeyen, HAM-D skoru 20'den 8'e gerileyen hasta, venlafaksin 150 mg/gün, diazepam 20 mg/gün/oral, ketiapi 300 mg/gün tedavisi ile ayakta takip edilmek üzere taburcu edildi; ayakta takiplerinde diazepam kademeli olarak azaltılarak kesildi.

Tartışma ve sonuç: Psikotrop ilaçlar kadar normal reçeteli ilaçların da bağımlılık yapma potansiyeline sahip olabildiği, bildirilen vakalar ve bilimsel çalışmalar doğrultusunda yeni yasal düzenlemeler ile satışlarının kontrol altına alınması gerektiği düşünülmektedir.

Anahtar kelimeler: feniramin, kullanım bozukluğu, bağımlılık, sağlık çalışanı

BİPOLAR HASTALARDA PSİKOTROP İLAÇLARIN DUYGU DÜZENLEME ÜZERİNE ETKİSİ: DEPRESİF VE SAĞLIKLI KONTROLLERLE KARŞILAŞTIRMA

Murat Eren Özen¹

¹Özel Adana Hastanesi

Amaç: Bipolar bozukluk (BB) tanılı hastaların duygu düzenleme güçlüğü (DDG)'nün özel sonuçları bir grup depresif ve sağlıklı kontroller ile karşılaştırıldı. Psikotrop ilaçların DDG üzerine etkisi değerlendirildi.

Yöntem: Çalışmaya, 48 BB (bipolar bozukluk) ve 76 major depresif bozukluk (MDB) tanılı ve 76 sağlıklı kontrol (SK) grupları alındı. Tüm gruplara Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği (DDGÖ) uygulandı. DDG'nün çok yönlü değerlendirmesi yapıldı. Antidepresanların DDG üzerine olan etkisi ve psikotrop ilaç miktarının DDG üzerinde farklı bir etkisi değerlendirildi.

Bulgular: BB ve MDB tanılı hastalar, genel duygu düzenleme güçlüğü ölçeği (DDGÖ) üzerinde sağlıklı kontrollerden anlamlı derecede daha yüksek puan aldılar; bu da, tahmin edileceği gibi, tanı gruplarının duygularını düzenlemede daha fazla zorluk yaşadıklarını düşündürdü. Ayrıca, MDB ve SK grupları karşılaştırıldığında, MDB olan grupta, kabulle ilgili zorluklar, hedefe yönelik davranışlar, dürtüsellik ve etkili stratejilere erişim ile ilgili zorluklar göstermiştir. Aksine, BB grubunun SK grubu ile karşılaştırılmasında duygu düzenleme stratejilerine erişme konusunda seçici zorluklar olduğunu göstermiştir. Keşif bölümü antidepresanların veya psikotrop tedavi miktarının DDG üzerinde artı bir etkisi olmadığını göstermiştir.

Sonuçlar: DDG sağlıklı kontrollerle hasta grupları arasında farklılık göstermektedir. BB grubu, MDB grubuna göre daha az DDG gösterse bile sağlıklı kontrol grubuna göre daha fazla güçlük çektikleri görülmektedir. Çok yönlü bir DDG ölçümü farklılıkların iyi değerlendirilmesini sağlayabilir. Sonuçlar, antidepresanların DDG'nü artırmadığını, toplam ilaç miktarının DDG ile ilişkili olmadığını gösterdi. İlaç tedavileri ve DDG arasındaki ilişki bulunmamasına rağmen antidepresanlar da dahil olmak üzere psikotrop ilaç etkilerinin daha fazla araştırmaya ihtiyaç duyan bir alan olduğu görülmektedir.

Anahtar kelimeler: antidepresan, bipolar bozukluk, depresyon, duygu düzenleme, psikotrop tedavi

Tablo1. Bipolar, depresif ve sağlıklı kontrol gruplar arasında duyu düzenleme güçlüğünün tanımlayıcı istatistikleri, global ve spesifik post hoc ve ANOVA sonuçları

	BB	MDB	SK	ANOVA	ph:1vs3		Ph: 1vs2		Ph 2vs3	
	(n=48)	(n=76)	(n=76)		p	d	p	d	p	d
DDGÖ1	69.39±16.68	79.09±17.79	60.89±11.99	*F(2,76.01)=12.59,p<.001	.089	.58	0.86	0.54	<0.001	1.19
DDGÖ2	57.69±15.98	65.59±16.94	46.95±10.69	*F(2,73.73)=14.79,p<.001	.016	0.75	.161	0.46	<0.001	1.29
Kabul	11.29±3.09	13.78±5.98	9.39±3.49	*F(2,27.89)=9.59,p<.001	.073	0.55	.091	0.54	.001	0.88
Anaca yönelik davranabilme	12.83±4.69	15.09±4.49	10.49±4.19	F(2,93)=10.02,p<.001	.131	0.51	.154	0.45	<.001	1.05
Dürtü kontrolü	9.69±3.63	10.87±3.89	7.91±2.49	*F(2,73.58)=6.61,p=.002	.117	0.53	.468	0.29	.001	0.79
Farkındalık	11.68±3.71	13.52±3.69	13.33±3.79	F(2,96)=2.01,p=0.136	.249	0.44	.166	0.47	.989	0.05
Stratejik olma	15.49±5.98	16.69±5.19	11.01±2.79	*F(2,58.01)=13.59,p<.001	.005	0.89	.689	0.21	<.001	1.29
Netlik	8.26±2.66	9.03±2.72	8.03±1.85	F(2,78)=1.71,p=.182	.972	0.11	.549	0.25	.199	0.41

BB:Bipolar bozukluk
MDB: Major depresif bozukluk
SK: Sağlıklı kontrol
ph: post hoc
DDGÖ: duyu düzenleme güçlüğü ölçeği, DDGÖ1
DDGÖ1: DDGÖ altölçeklerinin toplam puanları
DDGÖ2: DDGÖ1 gibi, ancak DDGÖ farkındalık altölçek puanının çıkarılması sonucu elde edilmiştir.
*Grupların homojen dağılmaması nedeniyle F testi yerine Brown-Forsythe testi uygulanmıştır.

Tablo2. En az bir psikotrop ilaç tedavisi, sadece antidepresan tedavi alan veya sağlıklı kontrol gruplarının duyu düzenleme güçlüğünün tanımlayıcı istatistikleri ile global ve spesifik ANOVA ve post hoc analiz sonuçları

	1 AD dışı ilaç tedavisi	AD ilaç tedavisi	SK	ANOVA	Ph: 1vs3		Ph: 2vs3		Ph: 1vs2	
	n=62	n=52	n=76		p	d	p	d	p	d
DDGÖ1	73.49±17.09	79.28±17.97	60.89±2.49	*F(2,71.20)=11.89,p<.001	.002	.87	<.001	1.21	.399	0.32
DDGÖ2	61.19±16.14	65.45±17.59	46.98±10.73	*F2,68.32=13.23,p<.001	<.001	0.98	.001	1.22	.629	0.24
Kabul	12.01±4.34	13.59±5.78	9.39±3.48	F(2,91)=6.98, p=.001	.057	0.64	.001	0.83	.448	0.36
Amaca yönelik davranabilme	13.99±4.35	14.99±5.19	10.49±4.21	F(2,91)=8.71,p<.001	.007	0.80	.001	0.92	.786	0.20
Dürtü kontrolü	10.39±3.80	10.58±4.15	7.97±2.50	*F(2,68.95)=5.51, p=.011	.014	0.74	.011	0.73	.989	0.05
Farkındalık	12.19±3.51	13.83±3.98	13.34±3.79	F(2,91)=1.44, p=.229	.509	0.31	.929	0.13	.275	0.43
Stratejik olma	16.03±5.29	16.97±5.89	10.98±2.81	*F(2,62.05)=14.41, p<.000	<.001	1.20	<.001	1.21	.919	0.12
Netlik	8.51±2.69	9.17±2.71	7.98±1.82	F(2,91)=1.92,p=.150	.749	0.21	.146	0.51	.632	0.24

DDGÖ2: DERS1 gibi, ancak DDGÖ farkındalık altölçek puanının çıkarılması sonucu elde edilmiştir
*Grupların homojen dağılmaması nedeniyle F testi yerine Brown-Forsythe testi uygulanmıştır.

SİTALOPRAM VE HALOPERİDOL KULLANIMI İLE HİPOMANİK KAYMA YAŞAYAN OLGU

Gülşay Taşcı¹, Sema Baykara²

¹Elazığ Fethi Sekin Şehir Hastanesi

²Fırat Üniversitesi Hastanesi

Depresyon tedavisinde ilk sırada kullanılacak ilaçlar, daha gelişmiş güvenlik ve tolerabilite özellikleri sebebiyle, seçici serotonin gerilim inhibitörleri (SSRI), serotonin noradrenalin gerilim inhibitörleri (SNRI) ve dopamin ve diğer serotonin reseptörleri üzerinden etki eden ilaçlardır. Monoamin oksidaz inhibitörleri ve trisiklik antidepresanlar yan etki sıklığı ve ilaç etkileşimleri nedeniyle özellikle yaşlılarda çok daha az kullanılmaktadır. En sık trisiklik antidepresif ilaçlar ve MAOI'leri bildirilmekle beraber, tüm antidepresif ilaçların hipomani/manik kaymaya yol açabileceği, ancak SSRI'lara bağlı daha nadir görülen bir durum olduğu bilinmektedir. Yazımızda 85 yaşında, o döneme kadar herhangi bir psikiyatrik rahatsızlığı olmayan, eşinin vefatı sonrası depresif epizod geçiren, antimanik etkinliği olduğu bilinen Haloperidol kullanımı ile birlikte, özellikle yaşlılarda etkinliğinin daha iyi olduğu ve yan etki profili açısından güvenli olduğu kabul edilen Sitalopram 20 (Yirmi) mg ile doza bağımlı olarak hipomanik kayma yaşayan erkek olgudan bahsedilmiştir. Sitalopram güvenilir ve tolerabilitesi iyi olan bir antidepresan olarak kabul edilse de, hipomanik kayma açısından dikkat edilmesi gerekir.

Anahtar kelimeler: SSRI, Sitalopram, Haloperidol, Hipomanik kayma

MİRTAZAPİN KULLANIMIYLA GELİŞEN ANJİYOÖDEM OLGUSU

Gülay Taşcı¹

¹Elazığ Fethi Sekin Şehir Hastanesi

Anjiyoödem, derin cilt ve cilt altı dokuların ödemidir. En sık periorbital ve perioral bölgelerde, dil, genital bölge, visseral organlarda ve ekstremitelerde bulunur. Genel popülasyonun yaklaşık % 15’inde bir noktada görülür ve kadınlarda erkeklerden daha sık görülür. Anjiyoödem, idiyopatik, alerjik, kalıtsal veya edinilmiş, sitokin veya otoimmün tiroid hastalığı ile ilişkili veya fiziksel olarak veya ilaçla indüklenebilir bir durumdur. İlaça bağlı anjiyoödem en sık ACEİ ve NSAİD’lere bağlı olarak görülür.İlaçlara bağlı anjiyoödemın mekanizması tam olarak bilinmemektedir. Mirtazapin kullanımını sırasında sedasyon, baş ağrısı, yorgunluk, hipotansiyon, refleks taşikardi, gastrointestinal sistem yakınmaları, idrar tutukluğu gibi yan etkiler görülebilir. Mirtazapine bağlı anjiyoödem gelişmesi nadir görülen bir durumdur. Bizim yazımızda 61 yaşında, anksiyete bozukluğu tanısı konulan ve uykusuzluk şikayeti olan bayan hastada Mirtazapin 15 mg kullanımıyla anjiyoödem gelişmesinden ve sonrasında solunum arresti ve kardiyak arrest gelişmesinden bahsedilmiştir. Klinisyenlerin mirtazapin alan hastalarda bu yan etkiyi gözönünde bulundurmaları önem taşımaktadır. Çünkü dil ve larinks tutulumu ölümcül olabilir. Bu yan etkinin mekanizmasını ve sıklığını açıklamaya yönelik yapılacak geniş çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar kelimeler: Mirtazapin, Anjiyoödem, Solunum arresti, Kardiyak arrest

PSİKİYATRİK BELİRTİLERLE GİDEN BİR NÖROLOJİK HASTALIK OLAN FRONTOTEMPORAL DEMANS: OLGU SERİSİ

Ayşe Gül Yay¹

¹Gazi Üniversitesi Hastanesi Psikiyatri Anabilim Dalı

Amaç: Son yıllarda hem görüntüleme olanaklarının artması, hem de fronto-temporal demans (FTD) kişilik, davranış, duygudurum değişiklikleri ve psikotik belirtileri ile birlikte daha farkında olarak değerlendirilebilmesi sebebiyle psikiyatri servislerinde de psikiyatrik hastalıklarla karışan FTD olgularına daha sık rastlanmaktadır. Bu makalede son üç yıldır Gazi Üniversitesi Hastanesi Psikiyatri servisinde yatışı sırasında FTD tanısı alarak taburcu edilmiş 6 olgu incelenecektir.

Olgular: H-1: Kocasının başka bir ilişkisi olduğunu öğrendikten sonra içe kapanma, eskiden görüştüğü kişilerle görüşmeme, öz bakımında azalma gibi depresif belirtileri olmuş. Bundan yaklaşık 1 yıl sonra patavatsızca konuşma, çizgi film izleme, çocuksu konuşma, peçete biriktirme vb. gibi çocuksu davranışlar sergilemeye başlamış. Hasta disosiyasyon düşünülerek servismize yatırılmış. H-2: İflası sonucunda içe kapanma, mutsuzluk gibi depresif belirtileri olmuş. Bir süre sonra çevresine ilgisizlik, çocuksu ve perseveratif konuşmalar gibi davranış değişiklikleri başlamış. Psikotik bozukluk ön tanısı ile servismize yatırılmış. H-3: Eşi trafik kazası geçirdikten bir süre sonra hastanın konuşma bozukluğu, anormal mimik ve davranışlar, hayal görme, kendi kendine konuşma, çabuk öfkelenme, küfür etme gibi davranış değişiklikleri başlamış. Anlamsız konuşmaları artan hastanın servismize yatışı yapılmış. H-4: Eşinin iflas etmesi ve kendisinin ekstra-marital ilişkisinin öğrenilmesinden sonra mutsuzluk, ağır bir suçluluk hissetme, içe kapanma şikayetleri başlamış ve ardından buna küfürlü ve cinsel içerikli konuşmaları eklenmiş. Hasta psikotik depresyon ön tanısıyla servismize yatırılmış. H-5: 25 yıldır bipolar afektif bozukluk (BAB) ile takipli hastanın etrafına ilgisizlik, iştahsızlık, öz bakımında azalma ve çok aşırı kaygılı olma gibi şikayetleri başlayınca BAB depresif epizot ön tanısı ile servismize yatırılmış. H-6: BAB tanısı ile 35 yıldır takipli hasta ailede yaşadığı bir tartışmadan sonra mutsuzluk, içe kapanma, sinirlilik gibi şikayetlerle BAB depresif epizot ön tanısı ile servismize yatırılmış.

Sonuç: 4'ü kadın, 2'si erkek olmak üzere son 3 yılda kliniğimizde en küçüğü 41, en büyüğü 76 yaşında olan 6 FTD olgusu görülmüştür. Hastalardan 2'si orta, 4'ü ilkökul mezunu olmak üzere genel olarak eğitim seviyeleri düşüktür. 4 hastanın ilk çekilen MR görüntülemeleri normal sınırlarda olarak raporlanmıştır. Tanıları FDG-PET ile desteklenerek konmuştur. Bu da sadece MR görüntülemeleri değerlendirilerek FTD'yi ekarte edemeyeceğimizi, hastanın kliniğini ayrıntılı ve dikkatli değerlendirmemiz gerektiğini işaret etmektedir. Bir hasta disosiyasyon, bir hasta psikoz, bir hasta psikotik depresyon, iki hasta BAB depresif epizot, bir hasta demans ön tanıları ile servismize yatırılmıştır. Literatürdekine benzer şekilde çıkan sonuçlar değerlendirildiğinde bu ön tanılar ile yatışı yapılan hastaların ayrılcı tanısında FTD akılda tutulmalıdır. 5 hastanın şikayetlerinin ortaya çıkışı bir stresör faktörden sonra ortaya çıkmıştır. Stresör faktörlerin psikiyatrik bir tanıya yönlendirmeden önce organik hastalıkların da alevlenmesinde rolü olabileceği düşünülmelidir. Bu olgu serisinde 5 hastanın mini mental test (MMT) sonuçlarına ulaşılabildi ve 4'ünün MMT puanları düşüktü. Beş hastanın beşi de saat ve üç boyutlu bir şekil çizememiş, beşi de kayıt hafızasından tam puan alırken hatırlamadan biri 1 puan, dördü 0 puan almış. Beş hastanın da oryantasyonu korunmuş.

Anahtar kelimeler: FTD, psikotik belirtiler, davranış değişikliği, Frontotemporal demans

Tablo 1.

	<i>Yaş</i>	<i>Cinsiyet</i>	<i>Medeni durum</i>	<i>Eğitim durumu</i>	<i>Stresör</i>	<i>İlk şikayetler</i>	<i>Ön tanı</i>	<i>Mmt</i>	<i>Testler</i>
H-1	41	Kadın	Evli	İlkokul	Ailevi	Depresif belirtiler	Disosiyasyon	23	MR
H-2	46	Erkek	Evli	İlkokul	Maddi	Depresif belirtiler	Psikotik bozukluk	22	MR, FDG-PET
H-3	58	Kadın	Evli	İlkokul	Trafik kazası	Davranış Değişiklikleri (DD)	Demans	6	MR, FDG-PET
H-4	42	Kadın	Evli	Ortaokul	Maddi, Ailevi	Depresif belirtiler , DD	Psikotik depresyon	28	MR, FDG-PET
H-5	65	Kadın	Evli	İlkokul	-	Depresif belirtiler , DD	BAB depresif epizot	19	MR, FDG-PET
H-6	76	Erkek	Evli	Ortaokul	Ailevi	Depresif belirtiler	BAB depresif epizot	-	MR, FDG-PET

DE CLERAMBAULT SENDROMUNUN OBSESİF-KOMPULSİF BOZUKLUK VE BİPOLAR AFFEKTİF BOZUKLUKLA BERABER GÖRÜLDÜĞÜ BİR VAKA

Ceyhan Hacıyev¹, Behçet Coşar²

¹Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı; Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı

²Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı

Giriş: Erotomani ilk defa De Clerambault tarafından tanımlanmış çok nadir görülen bir sanrısız bozukluktur. Genellikle birey kendisinden statü olarak yüksek birisine aşk hisleri geliştirir. Erotomani literatürde primer ve sekonder olarak tanımlanmıştır. Sekonder erotomani başka psikiyatrik hastalıklarla, özellikle de şizofreni, şizoaffektif bozukluk, bipolar affektif bozukluk ve akut ve kronik organik sendromlarla birlikte görülür. Literatürde Obsesif-Kompulsif Bozukluk ile erotomani birlikteliği de vurgulanmıştır.

Metod: Olgu sunumu

Özet: Obsesif-kompulsif bozuklukta belirtilerin psikotik boyutlarda görülmesi araştırmacıların dikkatini çeken bir konudur ve bipolar affektif bozuklukta da psikotik belirtilerin görülebildiği bilinmektedir. Bu yazıda OKB ve BAB-1 tanısıyla tedavi gören ve remisyonda olan hastanın manik alevlenmeyle birlikte erotomanik sanrılar geliştirdiği bir vaka sunulmaktadır.

Olgu: E., 50 yaşında, 24 senelik evli, 2 çocuk sahibi, sendikada finans sorumlusu olarak çalışmakta olan bir kadın. 28 senedir OKB tanısıyla, 10 senedir de BAB-1 tanısıyla takipli. Son bir buçuk aydır çok çalışma, az uyuma, aşırı enerjik hissetme, gereksiz alışveriş yapma ve ünlü bir kemancıya aşık olup onu mektuplarla şantaj etme şeklinde şikâyetlerle ailesi tarafından kliniğimize yatırıldı. Hasta getirildiğinde kendisinin sağlıklı olduğunu, tek rahatsızlığının takıntıları olduğunu söylüyordu. Hasta sürekli ve baskınlı bir konuşma tarzı ile yaşamakta olduğu "kara sevdâyı" anlatıyordu. Aynı zamanda aşk nesnesi olan kişi, radyoda yayın yaptığı için kesintisiz bir şekilde yayını dinliyordu. Beyefendinin katıldıkları bir gecede kendisine aşk dolu bir bakışla baktıktan sonra en sevdiği şarkıyı çalması ile bir aydınlanma yaşamış, onun kendisine aşık olduğunu ancak evli olduğu için bunu itiraf edemediğini anlamış. Hastanın şikâyetleri 2 ay önce ilaçlarını almayı bırakmasıyla başlamış. Hastanın geldiğindeki ölçek puanları: BPRS=13; YMRS=32; Y-BOCS=18. Ruhsal durum muayenesinde; özbakımı abartısız, düşünce yapısı primer, düşünce akışında sanrılar ile ilgili konuşulduğunda çağrışımlarda yer yer dağınıklık ve çevresellik, fikir uçuşması mevcut, düşünce içeriği erotomanik sanrısız, aşırı uğraş ve obsesyonlar mevcut, duygudurumu öforik, yargılama ve impuls kontrolü normal, sanrıları ve manik semptomlarıyla ilgili içgörüsünün olmadığı, obsesyonlarıyla ilgili ise tam içgörüsünün olduğu gözlemlendi. Hastanın MR ve EEG raporları normal sınırlarda tespit edildi. Hastaya tedavi olarak karaciğer fonksiyon testlerindeki bozukluk nedeniyle Amisulpirid 400mg/gün monoterapi şeklinde başlandı. Günde bir kere olmak üzere sanrısız içerikle ve mani semptomlarıyla ilgili görüşmeler yapıldı. Birinci haftanın sonunda Amisulpirid dozu 800mg/gün'e çıkıldı. Üç haftalık tedavinin ardından hastanın belirtilerinde remisyon elde edildi. Ölçek skorları: BPRS=6; YMRS=8; Y-BOCS=5. Hastanın taburcu edilirken ruhsal durum muayenesinde düşünce yapısı sekonder, düşünce akışı ve içeriğinde sanrısallık ve obsesyonlar belirlenmedi, duygudurumu öforik, içgörüsünün tam olduğu gözlemlendi.

Tartışma: Sanrısız bozukluk, Obsesif-Kompulsif Bozukluk ve Bipolar Affektif Bozukluk aynı spektrumda benzer belirtiler ortaya çıkarabilmektedir. Bu hastalıkların birlikteliğine dair literatürde yayınlar mevcut olmakla birlikte, sınırlarının anlaşılması için yetersiz olduğu görülmektedir. Böyle vakaların daha çok bildirilmesi bu çeşit durumların aydınlatılmasına ışık tutacaktır.

Anahtar kelimeler: Obsesif-kompulsif bozukluk, De Clerambault sendromu, Bipolar affektif bozukluk, Erotomani, Amisulpirid

GANSER SENDROMU İLE SEYREDEN, KİSMİ HEKİMİ YANILTICI DAVRANIŞ

Zozan Kaçmaz¹, Özlem Gül¹, Özlem Devrim Balaban¹

¹T.c. Sağlık Bakanlığı İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü İstanbul Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı Ve Sinir Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Giriş ve Amaç: Ganser Sendromu , 1898 yılında Alman Profesör Sigbert J. Ganser tarafından tanımlanmış, sorulan sorulara yaklaşık cevaplar verme ile karakterize, çeşitli psikiyatrik rahatsızlıklarla birlikte görülebilen bir durumdur. Sigbert J. Ganser'in bu sendromu üzerlerinde tanımladığı 4 hastasının 3 tanesinin mahkum olması nedeniyle ,araştırmacıların bu semptomlar kümesini hekimi yanıltıcı davranışın potansiyel belirtileri olarak yorumlamasına neden olmuştur. Psikiyatri klinik deneyimlerinde nadir görülen bu semptomların gözden kaçma ihtimali göz önünde bulundurularak, Ganser Sendromu ile takip ettiğimiz olguyu sunmayı hedefledik.

Olgu: 45 yaşında erkek hasta polis ekibi eşliğinde, ambulans ile acil servisimize; ağabeyin ifadesine göre, babasını darp etme nedeniyle getirildi. Tedavi reddi ve homisid riski gerekçesiyle servisimize yatırılıp gerçekleştirildi. Ağabey ile yapılan görüşmede, şikayetlerin 1 ay önce başladığı, hastaneye getirilmeden önce babasını darp ettiği, babasının yoğun bakım ünitesinde tedavi gördüğü ve bu konuda hukuki yollara başvuracağı tarafımıza belirtildi. Atipik duygudurum bozukluğu tanısıyla yatışları olan; 2017 tarihli hakaret suçu nedeniyle adli öyküsü bulunan, bilinen ek hastalığı bulunmayan hastanın bilinci açık, yer ve kişi oryantasyonu bozuk, zaman oryantasyonu tam ve özbakımı olağandı. Görüşmede çocuksu ve regresif tutum içerisindeydi. Konuşma miktarı azalmış,hızı normaldi. Kaygılı ve şaşkın duygulanım içindeydi, iritabl duygudurum tarifledi. Düşünce hızı azalmıştı, amaca yöneliyordu, çağrışımları düzenliydi. Sorulara yaklaşık cevaplar veriyordu. Sanrı, obsesyonel düşünceler, varsanı tariflemedi. Muhakeme ve soyut düşünce yetersizdi. Bilgi dağarcığı azalmıştı. Basit aritmetik işlemlere yakın cevaplar veriyordu. Anlık bellek korunmuş, yakın ve uzak bellek yetersizdi. Kayıt çağırma yetersiz ve içgörü yoktu. Ganser sendromunun eşlik ettiği kısmi hekimi yanıltıcı davranış düşünüldü. Fizik muayenesi ve nörolojik muayenesi doğal olan hastanın istenen rutin laboratuvar tetkiklerinde patoloji saptanmadı. Organik patolojilerin ekartasyonu amacıyla çekilen MR'da ve EEG'de patolojik bulgu saptanmadı. Hastaya Haloperidol 20 mg/gün IM ve Biperiden 10 mg/gün IM tedavi başlandı. Hasta klinik içerisinde kaygılı ve huzursuz duygulanıma sahipti. Yapılan görüşmelerde hasta; hastaneyi otel sandığını, dinlenme amacıyla annesinin kendisini otele bıraktığını, babasıyla bir tartışma yaşadığını ama olayı hatırlayamadığını belirtti. Hastaya sorulan temel sorulara verdiği yanıtların yaklaşık cevaplar olarak devam ettiği gözlemlendi. Hasta sürekli "Cezai ehliyetim var mı? Bana nasıl bir rapor vereceksiniz?" gibi sorular yöneliyor ve sürekli kendisinin şizofreni hastası olduğunu hatırlatıyordu. Yatışının 10. gününde sorulara doğru cevaplar vermeye başladı. Aktif homisidal ve suisidal fikir tariflemeyen, yaklaşık cevap verme durumunun kısmi kaybolduğu gözlenen hastanın gözaltı kararı bulunması nedeniyle polis ekiplerine teslimlen klinik kısmi salah halinde taburculuğu gerçekleştirildi.

Tartışma ve sonuç: Ganser sendromunun etiolojisi ve tanımlı konularında ortak karara varılamamıştır. Ganser sendromu bir semptomlar kümesidir ve psikiyatrik bozukluklardan nörolojik hastalıklara birçok duruma eşlik edebilir. Ganser Sendromunun psikiyatri klinik deneyimlerimizde karşımıza çıkan birçok rahatsızlığa, ayırıcı tanısı konusunda tartışmaların sürdüğü hekimi yanıltıcı davranışa dahi eşlik edebilen semptomlar olarak değerlendirilmesi önerilir.

Anahtar kelimeler: Ganser sendromu, hekimi yanıltıcı davranış, yaklaşık cevaplar

BİLATERAL MASTEKTOMİ İLE SONUÇLANAN ZORLAYICI BİR YAPAY BOZUKLUK VAKASI

Ertuğrul Saral¹, Aynur Görmöz¹, Serhat Çıtak¹

¹*Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Ana Bilim Dalı*

Amaç: Yapay bozukluk hastası, hasta olup olmadıklarından bağımsız olarak tıbbi ilgi görmek adına hastalığı taklit eder, başlatır veya alevlendirirler. Birincil amaçları görevlerinden kaçınma, finansal veya herhangi bir somut kazanç değildir. Amaçları basitçe tıbbi bakım almak ve tıbbi sistemde yer almaktır. Kısıtlı epidemiyolojik veriler sıklığını %0.8-1 olarak göstermektedir. Tedavisinde özellikle etkinliği kanıtlanmış bir yöntem yoktur. Tanı konması güç olan yapay bozukluğu organik patolojilerden ayırmak ve tanı konusunda yönetmek oldukça zordur.

Vaka: 47 yaşında kadın hasta, 5 kardeşin 2.si, 2. evliliği, son evliliğinden 1 tane olmak üzere toplam 3 oğlu var, ortaokul mezunu, şu anda ev hanımı, 15 yıl kadar önce bir özel göz hastanesinin mutfağında çalışma öyküsü mevcut. Bilateral pretibial deri lezyonlarının ileri tetkik ve tedavisi amacıyla dermatoloji servisinde yatarak tarafımıza konsülte edildi. Hastanın yaklaşık 9 yıldır dermatolojik şikayetlerinin olduğu, çoklu antibiyotik ve immünsupresan tedavilerine yanıt vermeyen lezyonlar nedeniyle bilateral mastektomi öyküsü de olan hastanın operasyon materyalinin patoloji raporunda "yabancı cisim artefaktı?" olduğu görülmüştür.

Hastanın özgeçmişinde migren, meme fibroadenomu eksizyonu, kranial kemiklerde fraktür ve sol hemikraniumda yapısal değişikliklerle sonuçlanan araç içi trafik kazası ve epilepsi hastalığı mevcuttur. Aile öyküsünde kız kardeşinin metastatik meme kanseri nedeniyle tedavi gördüğü, teyzenin serviks kanseri öyküsü olduğu öğrenildi.

Hastanın yapılan ruhsal durum muayenesinde, hasta rolü ile ilgili aşırı zihinsel uğraşları, sorunlarına karşı kayıtsız tutum ve düşünceleri, mevcut hastalıklarını normalize etme eğiliminde olduğu, gözlenmiştir. Trafik kazası öncesindeki yaşantılarına dair amnezi dikkati çekmiştir.

Tartışma: Doğru tanıyı koymanın oldukça zor, zaman alıcı ve tedavisi konusunda yeterli kanıt olmayan yapay bozukluk, bizim hastamızda da sağlık sistemini ve sosyal çevresini oldukça meşgul etmiş ve halen etmektedir.

Bizim vakamızda da yapılan psikiyatrik muayeneler ve mevcut lezyonlarının kliniği nedeniyle yapay bozukluk düşünülüp ileri tetkik ve tedavi amacıyla servisimize hastanın yatırışı yapılmıştır.

Anahtar kelimeler: yapay bozukluk, munchausen sendromu



Resim 1. bacak proksimalinde iğne deliği izleri



Resim 2. Lezyon çevresinde iğne deliği izleri

FLUOKSETİN KULLANIMINA BAĞLI HİPERPROLAKTİNEMİ: OLGU SUNUMU

Alparslan Asil Budaklı¹, Onat Yılmaz², Özgün İyigün¹

¹Bahçeşehir Üniversite Hastanesi Medicalpark Göztepe

²Okmeydanı Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Hiperprolaktinemi çeşitli fizyolojik, patolojik etkenlerle ortaya çıkabilen yaygın görülen bir endokrinolojik bozukluktur. Birçok ilaç kan prolaktin düzeyini arttırabilir. Psikofarmakolojik ilaçlardan tipik antipsikotik kullanımı hiperprolaktineminin en sık sebepleridir. İlaçlara bağlı hiperprolaktinemi sıklıkla galaktore, menstüel bozukluklar ve impotansa neden olmaktadır. Fluoksetin, Selektif Serotonin Gerilim İnhibitör (SSGİ) grubu antidepresanlar arasında yer almaktadır. Major depresyon, yaygın anksiyete bozukluğu, panik bozukluk, yeme bozukluklarında sıklıkla kullanılmaktadır. Bu bildiride; fluoksetin kullanımı sırasında hiperprolaktinemi ve amenore gelişen bir olgu sunmayı amaçladık.

Olgu: 23 yaşında kadın, bekar, cinsel aktif olmayan hasta; yalnız evden çıkamama, huzursuzluk, sürekli tedirginlik hali, sinirlilik, iş yerinde konsantre olamama şikayetiyle psikiyatri polikliniğine başvurdu. Alınan anamnez ve yapılan ruhsal muayene sonucunda anksiyete bozukluğu tanısıyla fluoksetin 20 mg/gün başlandı. Tedavinin 4. Haftasında anksiyetesi gerilemişti ve işlevselliği yerindeydi. Tedavinin 4. ayında olguda amenore gelişti. Fluoksetin dışında bir tedavi öyküsü olmayan hasta, iç hastalıkları polikliniği tarafından değerlendirildi. Hastanın yapılan kan tetkikleri sonucunda patognomik olarak Kan prolaktin düzeyi 31,38 ng/mL (Normal aralık: 4.79-23.3 ng/mL) olarak ölçüldü. Hastanın fluoksetin tedavisi kesildi. Tedaviye düzenli poliklinik kontrolleri ve Bilişsel Davranışçı Terapi ile devam edildi. Hastanın anksiyete bozukluğunda remisyon hali devam etti. Tedavi kesilmesinden 3 hafta sonra hastanın amenoresi düzeldi.

Tartışma: SSGİ ile antipsikotiklere oranla daha nadir ve az miktarda prolaktin artışına neden olmaktadır. Yapılan çalışmalarda SSGİ ilaçlar arasında sadece paroksetin ile prolaktin salgısının uyarılması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Fluoksetin de 5HT reseptör aracılı prolaktin salgılanmasını uyabilir. Fluoksetinin prolaktin düzeylerini trisikliklerden daha fazla arttırdığı bildirilmiştir.

Sonuç: Bizim vakamızda anksiyete bozukluğu tanısıyla başlanan fluoksetin tedavisinin ilerleyen aşamalarında hiperprolaktinemi ve amenore görülmüştür. Fluoksetin kesilmesi sonrası hiperprolaktinemi ve amenore düzelmiştir. Vakamızda Fluoksetine bağlı hiperprolaktinemi görülmesi Naranjo algoritmasına göre 7 (muhtemel advers etki) olarak değerlendirilmiştir.

Kaynaklar

- La Torre, D., & Falorni, A. (2007). Pharmacological causes of hyperprolactinemia. *Therapeutics and Clinical Risk Management*, 3(5), 929.
- Nebhinani, N. (2013). Sertraline-induced galactorrhoea: case report and review of cases reported with other SSRIs. *General hospital psychiatry*, 35(5), 576-e3.
- Molitch, M. E. (2005, August). Medication-induced hyperprolactinemia. In *Mayo Clinic Proceedings* (Vol. 80, No. 8, pp. 1050-1057). Elsevier.
- Meltzer, H., Bastani, B., Jayathilake, K., & Maes, M. (1997). Fluoxetine, but not tricyclic antidepressants, potentiates the 5-hydroxytryptophan-mediated increase in plasma cortisol and prolactin secretion in subjects with major depression or with obsessive compulsive disorder. *Neuropsychopharmacology*, 17(1), 1.
- Chatterjee, S. S., Mitra, S., & Mallik, N. (2015). Emerging hyperprolactinemic galactorrhoea in obsessive compulsive disorder with a stable dose of fluoxetine. *Clinical Psychopharmacology and Neuroscience*, 13(3), 316.

Anahtar kelimeler: Anksiyete bozukluğu, Fluoksetin, Hiperprolaktinemi

SAĞLIK ALANINDA EĞİTİM GÖREN ÖĞRENCİLERDE PSİKOLOJİK DEĞİŞKENLER VE UYKU KALİTESİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN ARAŞTIRILMASI

Murat Eren Özen¹

¹*Özel Adana Hastanesi*

Amaç: Sağlık bilimleri alanında eğitim gören öğrenciler birçok duygusal ve ruhsal sorunlara maruz kalmaktadırlar. Uyku kalitesinin öğrenme üzerindeki önemi göz önünde bulundurularak, bu çalışma, psikolojik değişkenler (stres, kaygı ve depresyon) ile uyku kalitesi arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Bu araştırma, Adıyaman Üniversitesi'nde 2017-2018 yılında eğitim gören lisans, ön lisans ve doktora öğrencilerinin seçildiği kesitsel analitik bir çalışmadır. Çalışmaya katılmayı kabul eden (n=139) öğrenciler alındı, şizofreni ve diğer psikotik bozukluk (n=3), bipolar bozukluk (n=3), alkol-madde kötüye kullanımı/bağımlılığı (n=2), epilepsi (n=2) gibi nörolojik hastalığı olan ve diyabet (n=3) gibi ciddi tıbbi hastalığı olan öğrenciler dışlandı. Demografik form ile birlikte öğrencilerin stres, kaygı ve depresyon değerlerini incelemek için standardize edilmiş 21 maddelik Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği (DASS-21) ve uyku kalitelerini değerlendirmek üzere Pittsburg Uyku Kalitesi Ölçeği(PUKİ) kullanılmıştır. Verilerin analizi için t-testi, ki-kare, tek yönlü varyans analizi ve korelasyon katsayısı gibi tanımlayıcı ve çıkarımsal istatistiksel yöntemler kullanıldı. Anlamlılık düzeyi olarak $p < 0.05$ kabul edildi. Çalışma için Adıyaman Üniversitesinden etik kurul onayı ve katılımcılardan yazılı onam alındı.

Bulgular: Çalışmanın sonuçları, öğrencilerin %72.3'ünün orta ve şiddetli strese sahip olduğunu ve %46,5'inin ≥ 5 PUKİ puanına sahip olduğunu göstermiştir. Öğrencilerin ortalama uyku kalitesi puanı $4,56 \pm 2,73$ ve stres puanı $8,19 \pm 5,24$. Öğrencilerin stres düzeyleri ile uyku kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p < 0.001$).

Sonuç: Yüksek stres seviyesi öğrencilerin uyku kalitesini düşürmektedir. Yüksek stres seviyeleri ve ayrıca stres değeri ile öğrencilerin uyku kalitesindeki düşüş arasındaki anlamlı ilişki, öğrencilerin duygusal ve ruhsal sorunlarına daha fazla dikkat edilmesini, zamanında ve uygun müdahalesini gerektirir.

Anahtar kelimeler: anksiyete, depresyon, uyku kalitesi

Tablo 1. Cinsiyete dayalı stres, kaygı ve depresyon sıklığı.

<i>Değişken</i>		<i>Erkek %</i>	<i>Kadın %</i>	<i>Toplam %</i>
Stres	Normal	34.1	24.2	27.7
	Orta	45.4	48.5	47.5
	Şiddetli	20.4	27.3	24.8
Anksiyete	Normal	67.9	55.1	59.7
	Orta	29.8	33.6	32.4
	Şiddetli	2.3	11.3	7.9
Depresyon	Normal	51.5	47.5	48.9
	Orta	37.1	35.9	36.3
	Şiddetli	11.3	16.6	14.7
Uyku Kalitesi	Tatmin edici	62.1	49.1	53.5
	Tatmin etmeyen	37.9	50.9	46.5

Tablo 2. Öğrencilerin ortalama stres, kaygı, depresyon ve uyku kalitesi puanlarının karşılaştırılması

<i>Değişken</i>	<i>Erkek</i>	<i>Kadın</i>	
	<i>Ort±SS</i>	<i>Ort±SS</i>	<i>p-değeri</i>
Stres	7.19±4.98	8.61±5.09	0.892
Anksiyete	3.54±3.39	5.31±4.41	0.001
Depresyon	5.19±4.87	6.30±5.40	0.271
Uyku kalitesi	4.23±2.32	4.91±2.41	0.139

Tablo 3. Öğrencilerin eğitim derecesine göre ortalama stres, anksiyete, depresyon ve uyku kalitesi puanlarının karşılaştırılması

		<i>Eğitim Derecesi</i>		
	<i>Lisans</i>	<i>Ön lisans</i>	<i>Doktora</i>	
<i>Değişken</i>	<i>Ort±SS</i>	<i>Ort±SS</i>	<i>Ort±SS</i>	<i>p-değeri</i>
Stres	6.19±4.98	8.49±5.11	7.59±5.19	0.061
Anksiyete	3.89±3.29	4.91±4.19	4.19±3.98	0.339
Depresyon	4.21±4.19	6.39±5.27	4.89±4.78	0.028
Uyku Kalitesi	4.34±2.09	4.78±2.44	3.87±1.99	0.027

ESSİTALOPRAMA YANIT VEREN PATOLOJİK GÜLME AĞLAMA, OLGU SUNUMU

Fevziye Bulca Karadem¹, Duru Kuzugüdenlioğlu Ulusoy¹

¹Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Psikiyatri Anabilim Dalı

Giriş: Patolojik gülme ağlama (PGA) uyaran olmaksızın, ani, abartılı ortaya çıkan, kontrol edilemeyen gülme-ağlama ataklarıdır (1-5). Lentikülokapsüler bölge, pontoserebellar sistemler, medulla oblongata veya serebellum lezyonlarında görülebilir. Gülmeden ağlamaya ya da ağlamadan gülmeye geçiş olabilir (6,7). PGA' nın sanılandan daha sık olduğu düşünülmektedir (8). PGA, hastaların sosyal işlevselliğini bozmaktadır (9).

Antifosfolipit antikor sendromu (AFAS) tanısı olan hastamızda iskemik atak sonrasında PGA görülmüştür. Bu olguyu sunmaktaki amacımız PGA ya dikkat çekmektir.

Olgu: Hastamız otuz bir yaşında kadındı. AFAS tanısı mevcuttu. Varfarin ve asetil salisilik asit tedavisi kullanmaktayken tedavi uyumsuzluğu sonrasında iskemik atak yaşamıştı. Sol alt ve üst ekstremitelerde güçsüzlük ardından, gülme ve ağlama atakları ortaya çıkmıştı. Ataklarını engelleyemediğini; atakların günde yaklaşık on kez olabildiğini ifade etti. Beyin görüntülemesinde, en büyüğü ponsta 9mm çapta olmak üzere mezensefalonda, sağ oksipital lob ve serebellar hemisferde milimetrik çapta çok sayıda akut iskemik ile uyumlu diffüzyon kısıtlılığı saptandı. Nöroloji tarafından olası epilepsi dışlandı.

Hastamızın ruhsal yakınması yoktu. Ruhsal durum muayesinde bilinci açık, yönelimi tam, dik-kati ve belleği olağan, duygudurumu ötimik, duygulanımı labil, düşünce süreci olağandı. Düşünce içeriği olağandı. Hezeyan ve suicidal içerik saptanmadı. Uykusu, iştahı, algılama, yargılama, soyutlaması olağandı. Geçmişte psikiyatrik yakınması ve başvurusu, mani ve çökkünlük lehine afektif ve psikotik dönemi saptanmadı. Aile öyküsünde ruhsal hastalık yoktu. PGA ölçeğinden aldığı puan 32 idi.

PGA tanısı konulan hastaya, essitalopram 10 mg/gün dozunda başlandı. Yaklaşık dördüncü günden itibaren önce ağlamalarında, ardından gülmelerinde belirgin azalma oldu. 1. aydan sonra atak sıklığındaki azalma duraklamaya girdi. Essitalopram dozu 15mg/gün' e çıkıldı. Bir hafta içerisinde ataklara yine azalma gözlemlendi. Hastamızın tedavisi halen devam etmektedir.

Tartışma: PGA, uyararla orantısız ortaya çıkan bir patolojidir (10). Gülme ve ağlama amigdala, talamik ve subtalamik alanlar, dorsal tegmental beyin sapı, prefrontal korteks, motor korteks, ventral beyin sapı, piramidal sistemce gerçekleştirilir. Mezencephalon ve gri cevher; facial, vokal ve solunumsal hareketler ile gülme ve ağlamanın kontrolünde rol almaktadır. Serebellar mekanizmalar; emosyonel uyarı ile birlikte gülme ve ağlamanın bilişsel ve durumsal uyarılar ile oluşmasını sağlamaktadır (9).

PGA, Alzheimer hastalığı (13), serebrovasküler hastalıklar (14,15,16), ALS (17), MS (12,18), epilepsi, posterior fossa tümörleri (5), vasküler malformasyonlar, Parkinson hastalığı (19), travmatik beyin hasarları (20) ile ilişkilendirilmiştir. Ayırıcı tanıda epileptik nöbetler akıldan tutulmalıdır (5). Tedavide SSRI/SNRI'lar fayda sağlamaktadır (21). Depresyon tedavisinde kullanılan dozlardan daha düşük dozlar tercih edilebilir (22). TCA'lar, levodopa, amantadin, lamotrijin de kullanılabilir (23). Bizim olgumuz essitalopram 10 mg/gün tedavisine hızlı bir şekilde yanıt vermiştir. Bir ay sonra iyileşmede duraklama oluşmuş ve essitalopram dozu 15 mg/gün e çıkılmıştır. Tedavi devam etmektedir.

Sonuç: PGA, ani ve kontrol edilemeyen ataklarla seyreden, hastalara sosyal ortamlarda sorun oluşturan, kolaylıkla uygunsuz afektif durum olarak tanımlanıp atlanabilen bir patolojidir. Hastalar bu açıdan daha detaylı sorgulanmalıdır.

Anahtar kelimeler: patolojik gülme ağlama, emosyonel labilite, SSRI, nörolojik patolojiler

TOPLUM RUH SAĞLIĞI MERKEZİ'NİN AĞIR RUHSAL HASTALARA YÖNELİK REHBERLİK HİZMETİ

Demet Duman¹, Gülçin Elboğa¹, Şengül Şahin¹

¹Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi

Bu çalışmada Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nin hizmetlerinden biri olan kendine bakamayacak kadar ağır hastalar için devlet desteği konusunda hasta ve hasta yakınlarına verilen rehberlik hizmetinin sonuçları araştırılmıştır. Bu retrospektif çalışma; DSM-V tanı kriterlerine göre şizofreni, şizoafektif bozukluk, bipolar bozukluk ve diğer psikotik bozukluk tanısı alan XXX-Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde tedavi edilen 391 hastayı içermektedir. Hastaların TRSM'ye ilk kayıt oldukları dönemde engelli ya da bakım maaşı alan hastalar ve 1 yılın sonunda bilgilendirme ve rehberlik sonrası bu oranlardaki değişim incelenmiştir. Verilerin analizinde SPSS 22,0(IBM Corporation,Armonk,New York)software kullanılmıştır.

Bu retrospektif çalışmada; hastaların yaş ortalaması 41,58 yıldır, hastalık başlangıç yaşı ortalama 23,58 idi. Çalışma grubunun %62,2 sini erkek, %37,8'ini kadın hastalar oluşturmaktaydı. Hastaların %31,4 'ü evli, %68,6'sı bekardı, %55,9 'unda sigara kullanımı mevcutken, %44,1'i sigara kullanmaktaydı. Hastaların eğitim yılı ortalama 4,13 yıldır. Hastaların ilk kayıt sırasında 112'sinin (%28,6) engelli maaşı aldığı, 53'ünün (%13,6) hem bakım hem engelli maaşı aldığı görülmüştür (Total 165, %42,4). Bilgilendirme ve rehberlik hizmetleri sonrası tekrar yapılan değerlendirmede hastaların 93'ünün (%23,8) engelli, 79'unun %20.2sinin hem bakım hem engelli maaşı aldığı tespit edilmiştir (Total 173, %44). Toplamda engelli ya da bakım şeklinde maaş alanların oranı açısından öncesi ile sonrası arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (p=0,052). Bununla birlikte işlevselliği düzeldiği için engelli kadrosundan işe başvuran 4 hastanın maaşı kendi başvuruları ile kesilmiştir. 4 hastanın dışlanması ile yapılan tekrar değerlendirmede sonuçların istatistikî olarak anlamlı olduğu görülmüştür (p<0.05).

Bu çalışma bakıma muhtaç ağır ruhsal bozukluğu olan hastaların doğru bilgilendirme ve rehberlik hizmetiyle ihtiyaç duydukları bakıma daha kolay ulaşabileceğini göstermektedir. TRSM'nin devlet desteği konusunda hasta ve hasta yakınlarına rehberlik etmesinin anlamlı katkısı olduğu görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Toplum Ruh Sağlığı Merkezi, Rehberlik Hizmeti, Psikotik Bozukluk

ALPRAZOLAM KULLANIMINA BAĞLI OLARAK GELİŞEN BİR DAVRANIŞSAL DİSİNHİBİYON OLGUSU

Ferit Şahin¹, Behcet Coşar²

¹Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Abd

²Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Abd

Benzodiyazepinler kullanıldıklarında sıklıkla sedasyon ve rahatlatıcı etki sağlarlar da bazı hastalarda anksiyete artışı, duyguların dışavurumunda artış, seksüel disinhibisyon, aşırı öfke, agresyon ve impuls kontrolünde bozulma ile karakterize davranışsal disinhibisyona diğer adıyla paradoksik reaksiyona yol açabilirler.

53 yaşında kadın hasta, ilköğretim mezunu, evli, 2 çocuk sahibi, 21 yıldır tekrarlayan unipolar depresyon ve konversiyon bozukluğu nedeniyle polikliniğimizde takipli. Hastanın klinik durumuna göre venlafaksin 75-225 mg dozlarında kullanılmaktadır. Uyku problemi yaşadığı dönemlerde ek olarak 7,5 mg dozunda mirtazapin almaktadır. Hastada sigara, alkol ve madde kullanım öyküsü yoktur. Ek hastalıklarının migren, hipertansiyon ve nörodermatit olduğu öğrenilmiştir.

Hasta, Ekim 2017'de 3 aydır olan isteksizlik, mutsuzluk, ağlama nöbetleri, sinirlilik, öfke patlamaları, uykuya dalmada sorunlar, sürekli geçmişini düşünme, son 1 haftadır stres yaşadığı sırada ortaya çıkan istemsiz kasılma ve titremeler, konuşamama nedeniyle polikliniğimize başvurmuştur. Polikliniğe başvurduğunda venlafaksin 150 mg/gün kullandığı öğrenilmiştir. Hastanın venlafaksin dozu 225 mg/gün yapılmış ve tedavisine alprazolam 0,5 mg 3x1 eklenmiş, 2 gün sonra tedavi düzenlenmesi amacıyla psikiyatri servisine yatırılmıştır. Ruh hal durum muayenesinde duygudurumun çökkün ve anksiyeteli olduğu, psikomotor deviniminin artmış olduğu saptanmıştır. Yatışının ilk 3 gününde hastanın sık görüşme talebinin olduğu, ağız kuruluğu nedeniyle günde 6 litre su tükettiği öğrenilmiştir. Bu nedenle alprazolam dozu yatışının 2. gününde 0,5 mg 2x1 olarak düzenlenmiştir. Uyku problemi için ketiyapin 50-100 mg/gün dozlarında gece yatmadan önce hastaya verilmiştir. Yatışının 4. gününde hastanın gündüz saatlerinde nispeten daha huzursuz olduğu gözlenmiştir.

Günün ilerleyen saatlerinde huzursuzluğu daha da artan hastaya gece uyuyabilmesi için ketiyapin 100 mg verilmiş ancak buna rağmen uyuyamayan hastaya ketiyapin 100 mg daha verilmiştir. Hasta, gece boyunca hiç uyuyamamış ve sıklıkla doktor odasına gelerek huzursuz olduğunu, kendisini çok kötü hissettiğini belirtmiştir. Sabah saatlerinde yalvarma, yakarma, balkona gidip idrarını yapma, yüksek sesle ve normalden hızlı konuşma, kendisini odaya kilitleme, banyoya giyinirken gidip üzerine su dökme gibi davranışlar sergilemiştir. Hastanın çağrışımlarının oldukça hızlandığı, amaca yönelik olmayan davranışlar sergilediği, impuls kontrolünün ve yargılamasının bozulduğu gözlenmiştir. Servis içerisinde kontrol edilemeyen hastaya 2 ampul klorpromazin enjeksiyonu yapılmış ve hasta fiziksel tespite alınmıştır. Öğleden sonra uyanan hastanın bütün belirtileri kaybolmuştur. Hasta, olanları hatırladığını ancak kendisine engel olmadığını ve bu duruma bir mana veremediğini ifade etmiştir. Hastanın alprazolam tedavisi de semptomları başladıktan sonra kesilmiştir.

Bu olguda alprazolam kullanımına bağlı davranışsal disinhibisyon diğer adıyla paradoksik reaksiyon olduğu düşünülmüştür. Dietch ve arkadaşları 1988 yılında yayınladıkları bir gözden geçirme çalışmasında, benzodiyazepin kullanımı sonucu ortaya çıkan paradoksik reaksiyonların insidansının yüzde 1'den daha az olduğunu öne sürmüşlerdir(2). Vaka bildiriminin çoğunda etyolojik sebep midazolam olarak belirtilmektedir. Risk faktörlerinin 65 yaş ve üstü olmak, ergenlik dönemi, MSS dejeneratif hastalıkları, kısa etkili benzodiyazepin kullanımı, mental retardasyon ve kişilik bozuklukları olduğu bildirilmektedir.

Anahtar kelimeler: Alprazolam, Disinhibisyon, Tekrarlayan Unipolar Depresyon, Konversiyon Bozukluğu

KLOZAPİN'E BAĞLI OBSESİF KOMPULSİF BELİRTİLER GELİŞEN 2 OLGUDA KLONAZEPAM KULLANIMININ ETKİLİLİĞİ VE GÜVENLİLİĞİ

Sultan Efsun Tamdemir¹, Mehmet Ünler¹, İrem Ekmekçi Ertek¹, Zehra Arkan¹

¹Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Psikiyatri Anabilim Dalı

Giriş: Birçok rehberde tedaviye dirençli şizofrenide altın standart tedavi olarak klozapin (CLZ) önerilmektedir. CLZ negatif ve pozitif belirtiler üzerinde güçlü etkileri olan bir molekül olmakla beraber agranülositoz gibi ciddi, doz bağımsız ve sedasyon, kilo alımı gibi uyum bozucu, doz bağımlı yan etkilere sahiptir. Uyum sürecini olumsuz etkileyen bir diğer yan etki ise ortaya çıkan obsesif kompulsif semptomlardır (OKS). Farklı çalışmalarda farklı sıklıklar (% 5-76.7 aralığında) verilmekte olup atipik antipsikotikler (AAP) içerisinde en sık CLZ'e bağlı OKS gelişmektedir. OKS gelişimi sıklıkla 5-HT_{2A} ve 5-HT_{2C} antagonizmasına bağlanmakla birlikte glutamat sisteminin de neden olabileceği ileri sürülmüştür. Burada CLZ kullanımına bağlı OKS gelişen 2 olguda klonazepam (CLN) kullanımının etkililiği ve güvenliği tartışılacaktır.

Olgular: Çalışmaya alınan bir olguda şizofreni, bir olguda ise bipolar bozukluk saptanmış olup tüm hastalarda CLZ kullanımı sonrası OKS gelişmiştir. Hastaların farklı zamanlarda farklı farmakolojik ajanlar kullanımı olmasına rağmen OKS ile zamansal ilişki sadece CLZ ile kurulabilmiştir. Hastalar ait klinik ve sosyodemografik değişkenler tabloda belirtilmiştir. Bu hastalar önce tedavi düzenlenmesi açısından servisimizde tarafımızca takip edilmiş taburculuk sonrası da komplikasyonlar açısından yakın izlenmiş olup herhangi bir olumsuz durum gelişmemiştir.

Tartışma: APA, AAP'e bağlı gelişen OKS de doz azaltımı, aripirazol gibi serotonerjik antagonizma üzerinde daha az etkili antipsikotiklerin eklenmesi ya da monoterapi şeklinde kullanımı, BDT ve SSRI tedavilerini önermektedir. Bu 2 olgudan birisinde bipolar bozukluk tanısı olup halihazırda Venlafaksin aldığı için tedaviye sadece CLN eklenmiştir. Diğer olguda ise hastanın OKS belirtileri için geçmişte aripirazol, essitalopram kullanımı olup fayda görmemesi nedeniyle antidepresan tedavi yerine CLN kullanımı tercih edilmiştir. Her 2 olguda da OKS belirtileri kısmi fayda görmüştür.

Benzodiazepinlerin obsesif-kompulsif bozukluk üzerindeki etkililiği üzerinde farklı çalışmalarda çelişkili sonuçlar alınmıştır, AAP'e bağlı OKS de etkililiği ise bilinmemektedir. Genellikle mevcut SSRI tedavisini güçlendirme amaçlı kullanımları söz konusu olup en sık kullanılan ajan klonazepamdır. CLN'in serotonerjik etkileri olduğu, bu nedenle OKS üzerinde etkisi görüldüğü ileri sürülmüştür. Yakın tarihli bir çalışmada benzodiazepinlerin en sık komorbid anksiyete bozukluğu varlığı, sıklıkla tedaviye dirençli olgular ve cinsel/dini obsesyonların ön planda olduğu OKB hastalarında tercih edildiği saptanmıştır. Bu 2 olguda da ön planda cinsel obsesyonlar ortaya çıkmış olup tedaviye dirençli seyretmeleri nedeniyle yatırılarak tedavileri düzenlenmiştir.

Klozapin- benzodiazepin kombinasyonu özellikle solunum depresyonu, kardiyak arrest, ani ölüm gibi komplikasyon gelişimi olan olgu bildirimleri dolayısıyla giderek klinisyenler tarafından daha az tercih edilmektedir. Yakın tarihli 152 hastanın değerlendirildiği bir çalışmada ise herhangi bir komplikasyon saptanmamıştır. CLZ-CLN kombinasyonu alan bu 2 olguda da izlemleri süresince herhangi bir komplikasyon görülmemiştir.

Klozapin- benzodiazepin kombinasyon tedavisinin OKS üzerinde etkililiği ve güvenliği açısından uzun süreli takip çalışmalarına ihtiyaç vardır.

Anahtar kelimeler: klozapin, obsesif kompulsif semptomlar, benzodiazepin

Tablo 1.

	<i>Olgu 1</i>	<i>Olgu 2</i>
Yaş	38	34
Cinsiyet	Erkek	Erkek
Medeni Durum	Evli	Bekar
Eğitim Durumu	Lise Mezunu	Lise Mezunu
Ek hastalıkları	-	-
Ana Tanı	BAB	Şizofreni
Eş Tanılar	OKS	OKS
Ailede Hastalık Yüğü	-	Anne Şizofreni
Hastalık Başlangıç Yaşı	17	18
Son Tedavisi	Klozapin 200mg, Venlafaksin 300mg, Lityum 1500mg, Klonazepam 2mg	Klozapin 300mg, Haloperidol 30mg, Valproat 1000mg, Biperiden 6mg
Klozapin Alma Süresi	5 yıldır(Haziran 2013)	2,5 yıldır(Temmuz 2016)
Klozapin Yan Etkileri	Sedasyon	Kabızlık, hipersalivasyon, kilo alımı, sedasyon, QT uzaması
OKS Belirtileri Görüldüğünde Klozapin Dozu	100mg/g	200mg/g
OKS Belirtileri Çıktığında Ne Kadar Süredir Klozapin Aldığı	4,5 yıldır	1 ay
Daha Önceki Tedavileri	Lityum, Venlafaksin	Olanzapin, Lityum, Valproat, Ketiyapin, Haloperidol, Aripiprazol, Amisülpirid, Essitalopram, Risperidon, Flupentiksol
Klozapin Başlanma Nedeni	Hızlı döngülülük	Tedaviye direnç
Obsesyon Tipi	Cinsel imgeler, dini şüpheler	Saldırganlık obsesyonları, cinsel obsesyonlar, şüphe obsesyonları
Kompulsiyon Tipi	Soru sorma, teyit ettirme	Soru sorma, teyit ettirme
Klonazepam Başlandığında Eşlik Eden Psikiyatrik Belirtiler	Referansiyel düşünceler, depresif duygudurum, somatik sanrılar	Suisidalite, görsel varsanılar, dürtüsellik, dezorganize davranış, dezorganize konuşma, perseküsyon sanrıları
OKS Belirtilerinin Ne Zamandır Olduğu	6 aydır	2 yıldır
OKS Yönetimi	2018-Klonazepam	2016-Klozapin doz azaltımı, 2017-Essitalopram, 2018-Klonazepam
Klonazepam Dozu	1-2mg/g	1-2mg/g
Klozapin-Klonazepam Birlikte Alma Süresi	4 ay	1 ay
İzlem Süresi	4 ay	2 ay
İzlemde Komplikasyon Durumu	-	-

YAZAR DİZİNİ

A

Aggöl, Maruf 192
Akbalat, Muhammet 273
Akcan, Gizem 82
Akdağ, Emine Merve 92
Aker, Derya Adalı 12
Akıncı, Şule 244, 288
Akkaya, Cengiz 167
Akkuş, Merve 241
Aksoy, Dilek Bakış 243
Aksoy, Perihan Gizem 182
Aksoy, Umut Mert 70
Aksu, Muhammed Hakan 126
Alniak, İzgi 202
Alpkan, Latif Ruhsat 4, 5
Altınbaş, Kürşat 67
Altındağ, Abdurrahman 299
Altın, M. Ozan 129
Altıntaş, Merih 278
Altunova, Deniz 282
Ankan, Zehra 44, 188, 242, 244, 275, 316
Aslan, Esmâ Akpınar 77
Asoğlu, Mehmet 225, 230
Aşçıbaşı, Kadir 169
Aşkın, Rüstem 219, 262
Atay, Emine Yağmur 278
Atay, İnci Meltem 227
Atmaca, Murad 150, 224, 243, 253
Avcı, Emin 169
Aydemir, Ömer 169
Aydın, Efruz Pirdoğan 39, 40
Aydın, Emine 56
Aydın, Erkan 55, 213, 251
Aydın, Sadık 240
Aygün, Işıl 186
Ayhan, Medine Gıynaş 177

B

Babayiğit, Asra 195
Bağ, Sevdâ 201
Bağ, Sevdâ 267
Bakım, Bahadır 52
Bakır, Meryem Gül Teksin 201, 267

Balaban, Özlem Devrim 118, 256, 257, 261, 270, 307
Balcıoğlu, İbrahim 88
Balcıoğlu, Yasin Hasan 130
Baltacıoğlu, Mehmet 200
Barak, Ayşegül 200, 255
Baykara, Sema 62, 147, 148, 224, 253, 298, 302
Baz, Fatih 131
Berk, Şule Şirin 148
Beşirli, Aslı 155
Beştepe, Engin Emrem 7, 192
Boyraz, Rabia Kevser 193
Bozkurt, Aruz 172
Budaklı, Alparslan Asil 274, 310
Budak, Mehmet 192, 199

C

Coşar, Behcet 152, 172, 205, 209, 275, 276, 315
Coşar, Behçet 188, 244, 249, 254, 306
Coşkun, Bülent 161
Cömert, İttr Tarı 154

Ç

Çakıcı, Betül 286
Çakıcı, Mehmet 186, 195
Çalışkan, Ali Metehan 124, 231
Çallı, Sümeyye Yasemin Kurtuluş 271, 278
Çelenay, Senay 233
Çelenk, Sinem 164
Çelikel, Güler 258
Çelik, Fatma Gül Helvacı 22
Çetin, Şahabettin 95
Çınar, Bilge 116
Çınar, Meltem 249
Çıray, Remzi Oğulcan 73
Çıtak, Serhat 308
Çoker, Fatma 280
Çolak, Gamze Vesile 207, 236, 237

Çolak, Sabri 207
Çombaş, Müge 193
Çökmüş, Fikret Poyraz 169, 229
Çöldür, Emine Özge 169
Çukurova, Merve 248, 260

D

Dağıstan, Ekin 251
Darçın, Aslı Enez 30
Değerli, Aslıhan 296
Delibaş, Dursun Hakan 141
Demirci, Hasan 42
Demircioğlu, Melis 133, 212, 283
Demirel, Başak 282
Demir, Esra Yancar 106
Demirkol, Mehmet Emin 157
Demirek, Şule 211
Demir, Merve 263, 265
Demir, Merve Umay Candaş 212
Demir, Nevlin Özkan 245
Demiröz, Dudu 231
Denk, Ayşe Merve 147
Derin, Gökrem 86
Dikici, Didem Sücüllüoğlu 169, 229
Dost, Hilal 252, 280, 281
Döndü, Ayşe 287
Dönmez, Aslıhan 296
Duman, Demet 314
Duman, Yasin 152, 209, 276
Durmaz, Onur 113
Durmuş, Hüseyin Toygun 263, 265

E

Elboğa, Gülçin 191, 314
Elmacı, Zeynep Celile 270
Ercan, Seda Kırıcı 34, 282
Erdoğan, Esin 141
Erdoğan, Yakup 233
Eren, İbrahim 177, 231, 259, 282
Ergün, Deniz 132, 186, 195
Ergün, Serhat 273

Erinç, Dilek Meltem Taşdemir 57
Erkmen, Hüsnü 121
Erol, Atilla 3
Erşan, Erdal 23
Erşan, Serpil 28
Ertek, İrem Ekmekçi 114, 188, 244, 249, 254, 316
Erten, Zeynep 175
Erzincan, Erkal 161
Erzin, Gamze 74
Eşkut, Neslihan 141
Evren, Bilge 139

F

Fidan, Yağmur Sever 271

G

Gençer, Ali Gökrem 17
Geniş, Bahadır 21, 152, 205
Gezgin, Ali Emre 294
Gıca, Şakir 117, 246, 258, 268, 269, 270
Göbelek, Meltem 225, 230
Göğceğöz, Işıl 120
Göka, Erol 90
Gönen, Murat 175
Görmez, Aynur 308
Güleç, Hüseyin 109, 199
Gül, Özlem 256, 257, 307
Gümüşlü, Aslıhan 299
Gündüz, Nermin 161
Gündüz, Süleyman 287
Güney, Büşra 221, 239
Gürok, Mehmet Gürkan 150
Gürok, M. Gürkan 66
Gürsoy, Salime 262
Güz, Hatice Özyıldız 38

H

Hacıyev, Ceyhan 306
Hezer, Sitar 192
Hocaoğlu, Çiçek 15, 200, 207, 235, 236, 237, 247, 255, 279

I

İşık, Adem 233

İ

İlhan, Bilge Çetin 35, 36
İnanlı, İkbal 122
İpekçioğlu, Derya 198
İyiğün, Özgün 310

K

Kaçmaz, Zozan 256, 257, 307
Kanat, Muhammet 247
Karaca, Gülistan Merve 262
Karadağ, Filiz 254
Karamem, Fevziye Bulca 227, 313
Karagöl, Arda 163
Karamustafaloğlu, K. Oğuz 29
Karamustafaloğlu, Nesrin 246, 258, 268, 269, 270
Kara, Tayfun 164, 166, 234, 294
Karayağmurlu, Elif 191
Kaya, Derya 299
Kaya, Hasan 69
Kaya, Özlem Bolat 8
Kayar, Yusuf 193
Kaya, Şüheda 298
Kazgan, Aslı 175, 224
Keleş, Merve 257, 261
Kenar, Jülüde Güler 41
Keyvan, Ali 248
Kılıçarslan, Tezer 295
Kılıç, Canan 32
Kılıç, Cenk 246
Kılıç, Faruk 65, 150, 241
Kılıç, Muhsin Koray 278
Kılınçel, Oğuzhan 78, 167
Kılınçel, Şenay 167
Kınay, Duygu 14
Kınık, Çiğdem 193
Kırpınar, İsmet 193, 295
Koçak, Merve Bilgin 252, 280, 281

Koçak, Orhan Murat 172
Koç, Aslı Enzel 207, 237
Korkmaz, Hasan 147, 253
Korkmaz, Sevdâ 147, 175, 243, 253
Kulu, Müberra 184
Kumsar, Neslihan Akkişi 111, 112, 271
Kurtulmuş, Ayşe 193
Kuruoğlu, Aslı 288
Kuru, Tacettin 164
Kutlutürk, Pelin 249, 254
Küçük, Önder 97

M

Maden, Özgür 107
Maner, Ayşe Fulya 49
Menekşeoğlu, Pelin Özkara 239
Mengi, Kıymet Çağlar 213
Menkü, Burak Erman 152, 209, 275, 276
Metin, Sinem Zeynep 60

O

Okumuş, Burak 101
Onur, Özge Şahmelikoğlu 221, 239, 260

Ö

Öncü, Fatih 178
Önür, Nafiye Selcan 193
Örüm, Tuna Güziye Yener 261
Özalp, Elvan 53
Özayhan, Hatice Yardım 123, 177, 259
Özbek, Nilgün 277, 281
Özdemir, Armağan 260
Özdemir, Ayfer 280, 281
Özdemir, Samuray 211, 286
Özel, Enes 192
Özen, Murat Eren 144, 284, 289, 300, 311
Özercan, Ahmet 273
Özhan, Amber Alix 178
Özsoy, Filiz 159

Özturan, Deniz Deniz 252, 277, 280, 281
Öztürk, Erdiç 79
Öztürk, Mehmet 217
Öztürk, Seher Serez 231

P

Pak, Sima Ceren 200
Paltun, Salih Cihat 94
Pirinçcioğlu, Faruk 225, 230
Polat, Selim 105
Puşuroğlu, Meltem 18, 200, 207

S

Sağır, Berkant 98
Salçini, Celal 119
Salkım, Dilek İşlek 293
Salman, Serdar 258, 268, 269
Sancak, Barış 178
Sara, Ertuğrul 308
Sarı, İsmail 27
Songur, Emrah 217
Suma, Merve 193
Suyabatmaz, Güner 235, 279

Ş

Şahan, Ebru 295
Şahin, Ferit 315
Şahin, Müge 275
Şahin, Şengül 182, 299, 314
Şalçini, Celal 296
Şarlak, Deniz 80
Şenormancı, Güliz 143, 219
Şenormancı, Ömer 47, 219
Şentürk, Erman 128, 205
Şimşek, Yasemin 33

T

Tabo, Abdulkadir 54, 210
Tamdemir, Sultan Efsun 316
Tamer, Pınar 141
Taşçı, Gülay 302, 303
Taş, İbrahim 231
Teksin, Meryem Gül 10
Tuna, Özgecan 71

Tunçtürk, Mustafa 72
Turan, Çetin 48
Turan, Şenol 100
Turgut, Celalettin 265
Türkyılmaz, Ece 89

U

Uçar, Seyfullah Önder 188
Uğraş, Seda 154, 293
Ulukan, Dilek 147
Ulusoy, Duru Kuzugüdenlioğlu 313

Ü

Ünal, Berfu 242
Ünal, Berrin 282
Ünal, Gülşen Teksin 11, 201, 267
Ünler, Mehmet 188, 316
Üstündağ, Mehmet Fatih 199

V

Vardar, Erdal 245

Y

Yağcıoğlu, A. Elif Anıl 103
Yalçın, Çağla Pınar Sevinç 84
Yaşar, Alişan Burak 50, 51
Yay, Aysegül 304
Yaylacı, Elif Tatlıdil 31
Yaylacı, Ferhat 99
Yeşilkaya, Ümit Haluk 221
Yıldırım, Ejder Akgün 248
Yıldırım, Hanefi 150
Yıldız, Sevil 147, 175
Yılmaz, Ahmet 135, 212, 283
Yılmaz, Onat 68, 274, 310
Yılmaz, Zeynep Bebek 280
Yorguner, Neşe 75
Yosmaoğlu, Ahmet 59
Yücehan, Zeynep 259
Yükseloğlu, Emel Hülya 154, 293
Yüksel, Rabia Nazik 91
Yürük, Gamze Rabia 154

This image shows a full page of blank, lined paper. It features approximately 20 evenly spaced horizontal grey lines across its entire width, providing a guide for handwriting or typing. The paper itself is a clean, off-white color.

NOTLAR

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

NOTLAR

[illegible]