5. PSİKİYATRİ ZİRVESİ
12. ANKSİYETE KONGRESİ

Teoriden Pratiğe Köprüler Kurmak: Çocukluktan Yaşlılığa Bütüncül Yaklaşım

28 - 31 Ekim 2020

ONLINE KONGRE

www.psikiyatrizirvesi.org

SERENASLive

Konuşma Özetleri
Sözlü Bildiriler
Poster Bildiriler

BİLİMSEL SEKRETERYA

PSİKİYATRİ BİLİMLERİ VE ARAŞTIRMALARI DERNEĞİ
Dr. Tevfik Sağlam Cad. No:13/2, 34147 Bakırköy/ İstanbul
URL: www.pibad.org
E-mail: bilimsel@psikiyatrizirvesi.org

ORGANİZASYON SEKRETERYASI

SERENAS ULUSLARARASI TURİZM KONGRE ORGANİZASYON A.Ş.
Hilal Mahallesi, Cezayir Caddesi No:13 06550 Yıldız, Çankaya / Ankara
Tel: 0 (312) 440 50 11 Faks: 0 (312) 441 45 62
Web: www.serenas.com.tr

Yayın Hizmetleri
BAYT Bilimsel Araştırmalar
Basın Yayın ve Tanıtım Ltd. Şti.
Ziya Gökalp Cad. 30/31, Kızılay, Ankara
Tel. (0312) 431 30 62
E-mail: info@bayt.com.tr

Ekim 2020

içindekiler

ÖNSÖZ **4**

KOMİTE VE KURULLAR **5**

BİLİMSEL PROGRAM **7**

- *28 EKİM 2020, ÇARŞAMBA* *7*
- *29 EKİM 2020, PERŞEMBE* *9*
- *30 EKİM 2020, CUMA* *11*
- *31 EKİM 2020, CUMARTESİ* *13*

KONUŞMA METİNLERİ **15**

SÖZLÜ BİLDİRİ SUNUM PROGRAMI **209**

SÖZEL BİLDİRİLER **214**

POSTER BİLDİRİLER **259**

YAZAR DİZİNLERİ **312**

Önsöz

Değerli Meslektaşlarımız,

Konuşmacıları ve katılımcıları ile her geçen yıl büyüyen ve özlenen kongremiz bu yıl Dünya'nın ve Ülkemizin COVID-19 Pandemisi açısından bulunduğu durum sebebiyle 5. Psikiyatri Zirvesi ve 12. Anksiyete Kongresi olarak 28 – 31 Ekim 2020 tarihleri arasında Online Olarak yapma kararı almış bulunmaktayız.

Psikiyatri Bilimleri ve Araştırmaları Derneği tarafından kongremizin bu yılki teması "Teoriden Pratiğe Köprüler Kurmak: Çocukluktan Yaşlılığa Bütüncül Yaklaşım" olup alanında yetkin ve değerli konuşmacılarımızı psikiyatri çalışanları ile buluşturmayı ve bilgilerimizi dinamik oturumlarla güncellemeyi hedeflemiş bulunuyoruz.

Bu yıl kongremizde, temamıza uygun olarak psikiyatride biyopsikososyal yaklaşımı tüm boyutları ile ele alarak hem tanı hem tedavi süreçlerinde ve tüm yaş gruplarında psikiyatride bütüncül yaklaşımı gündeme alacağız. Dünyada ve ülkemizde yaşlanan nüfusla birlikte, ruh sağlığı hizmetlerine ulaşılabilirlik arttıkça sunduğumuz hizmetlerin artık çok daha geniş bir yaş aralığına ulaştığını biliyoruz. Bu anlamda klinik öncesi ve klinik kanıtlarla desteklenen bilgiyi, ulusal/uluslararası uzman ve yetkin ağızlardan dinleyerek, tanı ve tedavilerimizde tüm yaşlar için etkin ve güvenli yaklaşımı "yaşam boyu psikiyatri" anlayışı ile oluşturmak üzere tartışıyor olacağız. Bu yıl da ruh sağlığı alanında ulusal ve uluslararası yetkin isimlere konferanslar, paneller, uydu sempozyumları ve tartışmalar ile ev sahipliği yapmaya hazırlanıyoruz.

Nörogörüntülemeden genetiğe, psikofarmakolojiden psikoterapiye uzanan psikiyatri pratiğinde uzman isimlerle bir araya gelerek" teoriden pratiğe köprüler" kurmak amacıyla en güncel kanıta dayalı bilgileri paylaşmak üzere sizleri de kongremizde görmek isteriz.

Prof. Dr. Oğuz KARAMUSTAFALIOĞLU
Kongre Başkanı

Prof. Dr. Nesrin DİLBAZ
Kongre Başkanı

Komite ve Kurullar

KONGRE DÜZENLEME KURULU			
Kongre Başkanları			
Prof. Dr. Nesrin DİLBAZ, Prof. Dr. Oğuz KARAMUSTAFALIOĞLU			
Kongre Genel Sekreterleri			
Doç. Dr. Cemal Onur NOYAN, Doç. Dr. Aslı ENEZ DARÇIN			
Kongre Düzenleme Kurulu			
Alessandro Serretti (İtalya)	Çiçek Hocaoğlu (Türkiye)	Hüsnü Erkmen (Türkiye)	Rabia Bilici (Türkiye)
Ali Çayköylü (Türkiye)	David Taylor (İngiltere)	İbrahim Balcıoğlu (Türkiye)	Shahram Naderi (İran)
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 Coşar (Türkiye)	Gül Eryılmaz (Türkiye)	Işıl Göğcegöz (Türkiye)	
Christopher Correll (Almanya)			
Kongre Bilimsel Kurulu			
Abdullah Akpınar	Engin Eker	Kürşat Altınbaş	Ömer Aydemir
Abdullah Atlı	Ercan Abay	Levent Atik	Ömer Böke
Abdurrahman Altindağ	Ercan Dalbudak	Levent Küey	Ömer Şenormancı
Abdülkadir Çevik	Erdal Işik	Levent Mete	Özcan Uzun
Ahmet Rıfat Şahin	Erdal Vardar	Levent Sevinçok	Özlem Bolat Kaya
Ahmet Tiryaki	Erhan Bayraktar	Levent Sütçügil	Özlem Erden Aki
Ahmet Ünal	Erol Göka	Lut Tamam	Özlem Orhan
Akfer Karaoğlan Kahiloğullar	Ertuğrul Eşel	Mecit Çalışkan	R.Hülya Bingöl Çağlayan
Alaaddin Duran	Eylem Özten	Medine Yazıcı Güleç	Ramazan Konkan
Alessandro Serretti (İtalya)	Fagan Zakirov	Mehmet Emin Ceylan	Raşit Tükel
Alp Üçok	Fatih Öncü	Mehmet Yumru	Reha Bayar
Alptekin Çetin	Figen Karadağ	Mehmet Yücel Ağargün	Rüstem Aşkın
Aslı Kuruoğlu Cengiz	Filiz Karadağ	Mehmet Zihni Sungur	Salih Battal
Aslı Enez Darçın	Fulya Maner	Meral Berkem	Sedat Özkan
Aslıhan Dönmez	Füsun Akdeniz	Meram Can Saka	Sefa Saygılı
Atila Erol	Gökay Aksaray	Mesut Çetin	Selçuk Aslan
Aylin Yazıcı	Gül Eryılmaz	Mesut Yıldız	Selçuk Kırlı
Ayşegül Yıldız	Gülcan Güleç	Mine Özmen	Serhat Çıtak
Aytekin Özşahin	Hakan Atalay	Mine Şahingöz	Sermin Kesebir
Baybars Veznedaroğlu	Hakan Kumbasar	Murat Atmaca	Servet Erbinç
Bedriye Öncü	Hakan Türkcapar	Murat Beyazyüz	Sibel Çakır
Bekir Aydın Levent	Haldun Soygür	Murat Demet	Sibel Örsel
Bilge Burçak Annagür	Halise Devrimci Özgülen	Murat Kuloğlu	Siegfried Kasper (Avusturya)
Bilgen Taneli	Haluk Özbay	Musa Tosun	Simavi Vahip

Komite ve Kurullar

Kongre Bilimsel Kurulu			
Bilgin Saydam	Hamdullah Aydın	Mustafa Baştürk	Stephen M. Stahl (ABD)
Bülent Bahçeci	Hasan Kaya	Mustafa Bilici	Sultan Doğan
Bülent Çoşkun	Hatice Güz	Mustafa Güleç	Sunar Birsöz
Bülent Kadri Gültekin	Hayriye Elbi	Mustafa Solmaz	Süheyla Ünal
Cahide Aydın	Hüseyin Güleç	Mustafa Yildiz	Şükrü Kartalcı
Cem Atbaşoğlu	Hüseyin Yazıcı	Muzaffer Çetingüç	Şükrü Uğuz
Cem İncesu	Işıl Göğcegöz Gül	Müfit Uğur	Tamer Aker
Cemal Onur Noyan	Işın Baral Kulaksızoğlu	Nahit Özmenler	Tayfun Turan
Cengiz Tuğlu	İbrahim Eren	Neslihan Akkişi Kumsar	Tijen Şengezer
Cüneyt Evren	İlkin İçelli	Nesrin Karamustafalıoğlu	Timuçin Oral
Çınar Yenilmez	İsmail Ak	Neşe Kocabaşoğlu	Tunay Karlıdere
Çiğdem Aydemir	İsmail Hakkı Aydın	Nevzat Yüksel	Tunç Alkın
Duran Çakmak	İsmet Kırpınar	Nihat Alpay	Vedat Şar
Ebru Damla Bostancı	İsmet Melek	Nuray Atasoy	Vesile Altınyazar
Eduard Vieta (İspanya)	Joseph Zohar (İsrail)	Nurper Erberk	Yakup Albayrak
E. Erdal Erşan	Kazım Yazici	Oğuz Tanrıdağ	Yankı Yazgan
Ejder Akgün Yıldırım	Kemal Arıkan	Olga Güriz	Yavuz Selvi
Elif Oral	Kemal Kuşçu	Onat Yılmaz	Yusuf Sivrioğlu
Elvan Özalp	Köksal Alptekin	Orhan Doğan	Zehra Arıkan
Ender Taner	Kültegin Ögel	Ömer Akil Özer	

Bilimsel Program

28 Ekim 2020, Çarşamba		
Saat	**Salon A**	**Salon B**
09:00 – 10:30	**PANEL 1** **TRSM'NİN SAHADA GERÇEK ETKİNLİĞİ NEDİR?** **Oturum Başkanı:** Gülçin Elboğa - **TRSM'nin Maliyet Yararı Nedir?** Canan Gül Kılıç - **TRSM'de Uygulanan Rehabilitasyon Programının İyileşmeye Etkisi Nedir?** Yasemin Şimşek - **TRSM Savunuculuk Hizmetleri** Fatmagül Dikyar Altun - **TRSM'de Uygulanan Psikoeğitimler TRSM'de Uygulanan Programların Bilişsel Fonksiyonlara Etkisi** Gülçin Elboğa	**PANEL 2** **FELSEFEDEN PSİKİYATRİYE KÖPRÜLER KURMAK** **Oturum Başkanı:** Nihat Alpay - **Mercek Altında Bir Mercek Ustası: Spinoza** Uğur Takım - **Zihin ve Bedene Bütüncül Bir Yaklaşım** Ersin Baltacı - **Eros, Thanatos ve Conatus** Şahabettin Çetin
10:30 – 10:45	**Ara**	
10:45 – 11:15	**KONFERANS 1** **METAKOGNİTİF TERAPİ MUCİZE Mİ? YETERLİLİKLERİ VE YETERSİZLİKLERİ** **Oturum Başkanı:** Kürşat Altınbaş **Konuşmacı:** Murad Atmaca	**KONFERANS 2** **HASTALIK TEDAVİYE YANIT VERİR AMA YAN ETKİLER? YAN ETKİLERİN YÖNETİMİ** **Oturum Başkanı**: Sunar Birsöz **Konuşmacı:** Nesrin Dilbaz
11:15 – 11:30	**Ara**	
11:30 – 12:00	**KONFERANS 3** **BİPOLAR BOZUKLUK VE KRONOBİYOLOJİ** **Oturum Başkanı:** Murad Atmaca **Konuşmacı:** Kürşat Altınbaş	**KONFERANS 4** **EMPATİNİN NÖROBİYOLOJİSİ** **Oturum Başkanı:** Oğuz Karamustafalıoğlu **Konuşmacı:** Ertuğrul Eşel
12:00 – 12:30	**Öğle Yemeği**	
12:30 – 13:00	**KONFERANS 5** **KOGNİTİF TEORİ METAFOR DÜŞÜNCE İLİŞKİSİ** **Oturum Başkanı**: Ertuğrul Eşel **Konuşmacı:** Atila Erol	**KONFERANS 6** **PSİKİYATRİDE YAPAY ZEKA** **Oturum Başkanı:** Hüsnü Erkmen **Konuşmacılar:** Murat Beyazyüz Okan Çalıyurt
13:00 – 13:15	**Ara**	
13:15 – 13:45	**KONFERANS 7** **DEPRESYON TEDAVİSİNİN DÜNÜ BUGÜNÜ, YARINI** **Oturum Başkanı:** Ertuğrul Eşel **Konuşmacı:** Oğuz Karamustafalıoğlu	**KONFERANS 8** **NÖROPSİKİYATRİDE BEYİN BAĞIRSAK EKSENİ** **Oturum Başkanı:** Nesrin Dilbaz **Konuşmacı:** İsmet Melek
13:45 – 14:00	**Ara**	
14:00 – 15:30	**PANEL 3** **TEDAVİYE DİRENÇLİ BİPOLAR BOZUKLUK** **Oturum Başkanı:** Oğuz Karamustafalıoğlu - **Bipolar Bozuklukta Tedaviye Direnç Kavramı** Ömer Şenormancı - **Ataklara Özgü Dirençli Belirtiler** Işıl Göğcegöz - **Tedaviye Dirençli Bipolar Bozuklukta İçgörü, İşlevsellik ve Psikoterapötik Yaklaşımlar** Engin Emrem Beştepe - **Tedaviye Dirençli Bipolar Bozuklukta Akut Dönem ve Sürdürüm Tedavisi** Oğuz Karamustafalıoğlu	**PANEL 4** **ÇOCUKLUK ÇAĞINDAN YETİŞKİNLİĞE NÖROGELİŞİMSEL BOZUKLUKLAR VE DEHB BİRLİKTELİĞİNE YAKLAŞIM** **Oturum Başkanı:** Umut Mert Aksoy - **Gelişimsel Koordinasyon Bozukluğu ile DEHB Eşhastalanımına Yaklaşım** Mustafa Tunçtürk - **Yaygın Gelişimsel Bozukluk ile DEHB Eşhastalanımına Yaklaşım** Doğa Sevinçok - **Entelektüel Yeti Yitimi ile DEHB Eşhastalanımına Yaklaşım** Mutlu Özbek
15:30 – 15:45	**Ara**	

Bilimsel Program

28 Ekim 2020, Çarşamba		
Saat	**Salon A**	**Salon B**
15:45 – 17:15	**PANEL 5** **COVID-19 ve RUHSAL SAĞLIK** **Oturum Başkanı:** Aslı Enez Darçın - **Genel Populasyonda Salgının Ruhsal Etkileri** Aslı Enez Darçın - **COVID-19 ve Ağır Ruhsal Hastalığı Olan Vakalar** Özgecan Tuna - **COVID-19 tedavisi ve psikotroplar** Özlem Kaya - **COVID-19 ve bağımlılık** Özlem Kızılkurt Kazan	**PANEL 6** **ANKSİYETE BOZUKLUKLARI SEYİR VE UZUN DÖNEM TEDAVİSİ** **Oturum Başkanı:** Hatice Güz - **Panik Bozukluk Seyri ve Uzun Dönem Tedavisi** Ramazan Konkan - **Obsesif Kompulsif Bozuklukta Seyir ve Uzun Dönem Tedavisi** Abdülkadir Tabo - **Yaygın Kaygı Bozukluğunda Seyir ve Uzun Dönem Tedavisi** Abdurrahman Altındağ - **Sosyal Kaygı Bozukluğunda Seyir ve Uzun Dönem Tedavisi** Hatice Güz
17:15 – 17:30	**Ara**	
17:30 – 19:00	**PANEL 7** **DEMANSLI HASTALARIN ADLİ PSİKİYATRİK YÖNDEN DEĞERLENDİRİLMESİ** **Oturum Başkanı:** Sefa Saygılı - **Demans** Mustafa Solmaz - **Demanslı Hastaların Cezai ve Hukuki Ehliyeti** İbrahim Balcıoğlu - **Vaka Sunumu** Latif Alpkan	**PANEL 8** **YAŞAM BOYU YAS** **Oturum Başkanı:** Nahit Özmenler - **Çocukluk ve Ergenlikte Yas ve Kayıpla Başa Çıkma** Mehmet Ayhan Göngöloğlu - **Erişkinlerde Yas Süreci ve Yas Danışmanlığı** Mehmet Sinan Aydın - **Yaşamın Son Döneminde Kayıplar ve Kayıplarla Yüzleşme** Kamil Nahit Özmenler
19:00 – 19:15	Ara	
19:15 – 20:00	**UYDU SEMPOZYUM 1** **BİPOLAR BOZUKLUK TEDAVİSİNDE KARŞILANMAMIŞ GEREKSİNİMLER** **Konuşmacılar:** Nesrin DİLBAZ Kürşat ALTINBAŞ	
20:00 – 20:15	**Ara**	
20:15 – 21:00	**UYDU SEMPOZYUM 2** **DEPRESYONDA GÜNCEL TEDAVİLER; DUYGUDURUM BELİRTİLERİ ve İŞLEVSELLİK ODAKLI TEDAVİLER** **Oturum Başkanı:** Nesrin DİLBAZ **Konuşmacı:** Alessandro SERRETTI aris ali raif ilaç sanayi NOBEL	
21:00 – 21:15	**Ara**	
21:15 – 22:45	**PANEL 9** **CİNSİYET FARKLILIĞININ PSİKOFARMAKOLOJİK TEDAVİ YANITI ÜZERİNE ETKİSİ** **Oturum Başkanı: Çiçek Hocaoğlu** - **Major Depresif Bozukluk Farmakoterapisinde Tedavi Yanıtı Cinsiyetlere Göre Farklı mıdır?** Ali Görkem Gençer - **Bipolar Bozukluk Farmakoterapisinde Tedavi Yanıtı Cinsiyetlere Göre Farklı mıdır?** Bahadır Geniş - **Şizofreni Farmakoterapisinde Tedavi Yanıtı Cinsiyetlere Göre Farklı mıdır?** Çiçek Hocaoğlu - **Anksiyete Bozukluklarının Farmakoterapisinde Tedavi Yanıtı Cinsiyetlere Göre Tarklı mıdır?** Esra Yancar Demir	**PANEL 10** **BİPOLAR BOZUKLUKTA KOMORBİDİTE ve TEDAVİ YAKLAŞIMLARI** **Oturum Başkanı:** Engin Emrem Beştepe - **Bipolar Bozuklukta Anksiyete Komorbiditesi, Yeni Tedavi Yaklaşımları** Engin Emrem Beştepe - **Bipolar Bozuklukta Alkol-Madde Komorbiditesi, Yeni Tedavi Yaklaşımları** Filiz İzci - **Bipolar Bozuklukta DEHB Komorbiditesi, Yeni Tedavi Yaklaşımları** Batuhan Ayık - **Bipolar Bozuklukta Kişilik Bozuklukları Komorbiditesi, Yeni Tedavi Yaklaşımları** Sümeyye Yasemin Kurtuluş Çallı

Bilimsel Program

29 Ekim 2020, Perşembe		
Saat	**Salon A**	**Salon B**
09:00 – 10:30	**PANEL 11** **BİPOLAR MI BORDERLINE MI?** **Oturum Başkanı:** Ayşe Fulya Maner - **Vaka Sunumu** Dilek Yeşilbaş - **Masterson Kuramına Göre Borderline Kişilik Örgütlenmesi ve Bipolar Bozukluk** İnci Çavuşoğlu - **Ayırıcı Tanı ve Tartışma** Mustafa Tuncer	**PANEL 12** **PSİKİYATRİK BOZUKLUKLAR VE RİSKLİ CİNSEL DAVRANIŞLAR** **Oturum Başkanı:** Neslihan Akkişi Kumsar - **Duygudurum Bozuklukları ve Riskli Cinsel Davranışlar** Sevilay Kunt - **Kişilik Bozuklukları ve Riskli Cinsel Davranışlar** Murat Yalçın - **Bağımlılık ve Riskli Cinsel Davranışlar** Mine Ergelen
10:30 – 10:45	**Ara**	
10:45 – 11:15	**KONFERANS 9** **NEUROSCIENCE BASED NOMENCLATURE** **Oturum Başkanı:** Oğuz Karamustafalıoğlu **Konuşmacı:** Joseph Zohar	
11:15 – 11:45	**KONFERANS 10** **OCD - Standards of Care; Pre-COVID and during the COVID** **Oturum Başkanı:** Oğuz Karamustafalıoğlu **Konuşmacı:** Joseph Zohar	
11:45 – 12:30	**Öğle Yemeği**	
12:30 – 14:00	**PANEL 13** **OTİZM SPEKTRUM BOZUKLUĞU ve ANKSİYETE BİRLİKTELİĞİNE BÜTÜNCÜL YAKLAŞIM** **Oturum Başkanı:** Özlem Orhan - **Otizm Spektrum Bozukluğu Tanılı Çocuk ve Ergenlerde Anksiyete Sıklığı ve Anksiyete için Risk Faktörleri** Ferhat Yaylacı - **Otizm Spektrum Bozukluğu Tanılı Çocuk ve Ergenlerde Anksiyetenin Görünümü ve Değerlendirilmesi** Barış Güller - **Otizm Spektrum Bozukluğu Tanılı Çocuk ve Ergenlerde Anksiyetenin Psikofarmakolojik ve Psikoterapotik Tedavi Yöntemleri** Begüm Şahbudak - **Erişkin Dönemde Otizm Spektrum Bozukluğu ve Anksiyete Birlikteliğinde Klinik Görünüm, Tedavi Yöntemleri** Fikret Poyraz Çökmüş	**PANEL 14** **GEÇMİŞTEN GÜNÜMÜZE PSİKİYATRİDE İLAÇ DIŞI MÜDAHALELER** **Oturum Başkanı:** Behçet Coşar - **Geçmişten Günümüze EKT** Aruz Bozkurt - **Geçmişten Günümüze Derin Beyin Stimülasyonu** Hakan Aksu - **Geçmişten Günümüze Transkraniyal Manyetik Stimülasyon** Melike Küçükkarapınar - **Geçmişten Günümüze Gama Knife** Refika Yamanel Aşık
14:00 – 14:15	**Ara**	
14:15 – 15:45	**PANEL 15** **TEDAVİYE DİRENÇLİ DEPRESYON YÖNETİMİ** **Oturum Başkanı:** Oğuz Karamustafalıoğlu - **Tedaviye Dirençli Depresyon Kavramı** İbrahim Eren - **Bipolar Depresyon mu Dirençli Depresyon mu?** Kürşat Altınbaş - **Tedaviye Dirençli Depresyonda Tedavi Algoritmaları** Gül Eryılmaz - **Tedaviye Dirençli Depresyon Güncel Uygulamalar** Oğuz Karamustafalıoğlu	**PANEL 16** **CİNSEL İŞLEV BOZUKLUKLARINDA FARMAKOLOJİK TEDAVİLERE DAİR GÜNCEL YAKLAŞIMLAR** **Oturum Başkanı: İbrahim Balcıoğlu** - **Kadın Cinsel İşlev Bozukluklarında Farmakolojik Tedaviler** Nazife Gamze Usta Sağlam - **Erkek Cinsel İşlev Bozukluklarına Farmakolojik Tedaviler** Şenol Turan - **Psikofarmakolojik Tedavilere Bağlı Cinsel Yan Etkiler ve Başa Çıkma Yöntemleri** Hasan Bakay
15:45 – 16:00	**Ara**	

29 Ekim 2020, Perşembe		
Saat	**Salon A**	**Salon B**
16:00 – 17:30	**PANEL 17** **PSİKİYATRİDE NÖROGÖRÜNTÜLEME VE EE** **Oturum Başkanı:** Nevzat Tarhan - **Psikiyatrik bozukluklarda beyin bağlantısallığı** Barış Metin - **Türk psikiyatrisinde qEEG ve beyin haritasının tarihçesi** Kemal Arıkan - **Prognostik Belirteç olarak qEEG** Nevzat Tarhan - **Duygudurum ve qEEG** Sermin Kesebir	**PANEL 18** **PSİKOLOJİK DAYANIKLILIĞIN A, B, C'Sİ** **Oturum Başkanı:** Nesrin Karamustafalıoğlu - **Psikolojik Dayanıklılıkla İlgili Temel Kavramlar** Özlem Devrim Balaban - **Psikolojik Dayanıklılığın Nörobiyolojisi** Şakir Gıca - **Psikiyatrik Hastalıklar, Psikolojik Dayanıklılık ve Çocukluk Çağı Travmaları** Cenk Kılıç
17:30 – 17:45	**Ara**	
17:45 – 19:15	**PANEL 19** **BAĞIMLILIKTA EZBERLERLERİ BOZAN YENİ YAKLAŞIMLAR VE HEPATİT C** **Oturum Başkanı:** Nesrin Dilbaz - **Bağımlılık Tedavisinde somatik tedaviler: Derin TMU uygulamaları** Onur Noyan - **Opioid kullanım Bozukluğunda yeni tedavi yaklaşımları: uzun etkili tedavi seçenekleri** Sertaç Ak - **Stimulan kullanım bozuklukları tedavilsi: Aşıların yeri** Ebru Aldemir - **Damar içi madde kullanıcıları ve Hepatit C: AMATEM modeli** Oğuzhan Doğan	**PANEL 20** **VAKA ÖRNEKLERİ İLE ADLİ PSİKİYATRİDE AZ KONUŞULAN KONULAR** **Oturum Başkanı:** Erkan Aydın - **Adli Psikiyatride Değerlendirme Süreçleri** Abdulkadir Tabo - **Perinatal Dönemde Bilişkişilik Süreçleri** Sevilay Umut Kılınç - **Adli Psikiyatrik Olgularda Tedavi Süreçleri** Özlem Devrim Balaban - **Adli Psikiyatrik Olgularda Uzun Süreli Yeni Bakım Modeli** Erkan Aydın
19:15 – 19:30	**Ara**	
19:30 – 20:15	**UYDU SEMPOZYUM 3** **FARMAKOLOJİDEN KLİNİK PRATİĞE PALİPERİDON PALMİTAT** **Oturum Başkanı:** Oğuz Karamustafalıoğlu **Konuşmacı:** David Taylor janssen PHARMACEUTICAL COMPANIES OF Johnson & Johnson	
20:15 – 20:30	**Ara**	
20:30 – 21:15	**UYDU SEMPOZYUM 4** **SUSTAINABLE TREATMENT AND SUSTAINABLE LIFE IN CHRONIC MENTAL DISORDERS (STAMP)** **Konuşmacılar:** Nesrin Dilbaz Christopher Correll aio ABDİ İBRAHİM OTSUKA	

Bilimsel Program

30 Ekim 2020, Cuma		
Saat	**Salon A**	**Salon B**
09:00 – 10:30	**PANEL 21** **(SOSYAL) MEDYADA SAĞLIKTA ŞİDDET** **Oturum Başkanı:** Murat Beyazyüz - **Sağlıkta Şiddet: Twitter'da Neler Oluyor?** Onat Yılmaz - **Sağlıkta Şiddet: Diğer Sosyal Medya Platformlarında Neler Oluyor?** Gülşah Meral Özgür - **Sağlıkta Şiddet: Görsel/Yazılı Medyada Neler Oluyor?** Demet Zihni Çamur	**PANEL 22** **BİLİNÇDIŞINA KURULAN KÖPRÜLER** **Oturum Başkanı:** Umut Mert Aksoy - **Bilinçdışının Keşif Süreci** Önder Küçük - **Beyin ve Bilinçdışı Arasında Köprüler Kurmak: Erken Yaşantılara Nöropsikanalitik Bir Bakış** Bahadır Turan - **Bilinçdışının Bizimle İletişimi Olarak Dil** Berkant Sağır
10:30 – 10:45	**Ara**	
10:45 – 11:15	**KONFERANS 11** **DEPRESYON TEDAVİSİNDE AP KULLANIMI** **Oturum Başkanı:** Oğuz Karamustafalıoğlu **Konuşmacı:** Alessandro Serretti	
11:15 – 11:30	**Ara**	
11:30 – 12:00	**KONFERANS 12** **KLOZAPİNİN ANLAŞILMASI VE KULLANIMININ AVANTAJLARI** **Oturum Başkanı:** Oğuz KARAMUSTAFALIOĞLU **Konuşmacı:** David Taylor	
12:00 – 12:30	**Öğle Yemeği**	
12:30 – 14:00	**PANEL 23** **POZİTİF PSİKOTERAPİ VE KLİNİK UYGULAMALARI** **Oturum Başkanı:** Gül Eryılmaz - **Kaygı Bozukluklarında Kapasite, Yetenekler ve Pozitif Psikoterapi** Rukiye Hayran - **Hasta Olmak ve Pozitif Psikoterapi** Dilek Demirezen - **Bağımlılık ve Pozitif Psikoterapi** Ahmet Yılmaz - **Ruh Sağlığı Çalışanlarında Özbakım ve Pozitif Psikoterapi** Melis Demircioğlu	**PANEL 24** **VAJİNİSMUS: DUVAR NEREDE?** **Oturum Başkanı:** Esra Yancar Demir - **Beyindeki Duvar** Sinay Önen - **Çiftler Arasındaki Duvar** Gülin Özdamar Ünal - **Tedavideki Duvar** Memduha Aydın - **Kadınların Cinsel Eşitsizliği** Ecenur Aydın Aşık
14:00 – 14:15	**Ara**	
14:15 – 15:45	**PANEL 25** **KONSULTASYON-LİYEZON PSİKİYATRİSİNDE ZOR VAKALAR** **Oturum Başkanı:** Ahmet Rıfat Şahin - **Organ Nakli Öncesi ve Sonrası Psikiyatrik Değerlendirme** Selçuk Özdin - **Obesite Cerahisi Adayı Hastalarda Psikiyatrik Değerlendirme** Aytül Karabekiroğlu - **Derin Beyin Stimülasyonu Öncesi Psikiyatrik Değerlendirme, Postoperatif Komplikasyonlar ve Baş Etme Yöntemleri** Hatice Özyıldız Güz - **Psikiyatri Konsultasyonlarında Etik ve Mediko-Legal Sorunlar** Ahmet Rıfat Şahin	**PANEL 26** **ADLİ TIP KURUMU GÖZLEM İHTİSAS DAİRESİNDE GÖZLEM SÜRECİ, CEZAİ SORUMLULUK DEĞERLENDİRMESİ ve TARTIŞMALI TANI GRUPLARINA YAKLAŞIM** **Oturum Başkanı:** Sefa Saygılı - **Adli Tıp Kurumu Gözlem İhtisas Dairesi ile İlgili Genel Bilgiler, Gözlem Sürecinde Dikkat Edilenler ve Hekimi Yanıltıcı Davranışın Değerlendirilmesi** Emre Çakıroğlu - **Cezai Ehliyet Açısından Tartışmalı Tanılara Yaklaşım: Dürtü Kontrol Bozukluklar, Parafililer, Dissosiatif Bozukluklar ve Diğer Tanı Gruplarında Dünyada ve Ülkemizde Uygulamalar** Barış Sancak - **Gözlem Sürecinde Tartışmalı Vaka Örnekleri** Ayşe Fulya Maner
15:45 - 16:00	**Ara**	

Bilimsel Program

30 Ekim 2020, Cuma		
Saat	**Salon A**	**Salon B**
16:00 – 17:30	**PANEL 27** **DERİM Mİ HASTA RUHUM MU?** **Oturum Başkanı:** Behçet Coşar - **Psikodermatoloji Nereden Nereye?** Behçet Coşar - **Psikodermatolojik Hastalıkların Epidemiyolojisi** İrem Ekmekci Ertek - **Psikodermatolojik Hastalıkların Sınıflandırılması** Erman Şentürk - **Psikodermatolojik Hastalıkların Klinik Görünümü** Bahadır Geniş - **Psikodermatolojik Hastalıkların Tedavisi** Hakan Aksu	**PANEL 28** **ANTİPSİKOTİKLERE BAĞLI GELİŞEN HAREKET BOZUKLUKLARINDA GÜNCEL TEDAVİ YAKLAŞIMLARI** **Oturum Başkanı: İbrahim Eren** - **Akut Distoni ve Parkinsonizmde Tedavi Yaklaşımı** Medine Gıynaş Ayhan - **Akatizide Tedavi Yaklaşımı** Ali Metehan Çalışkan - **Tardif Diskinezi ve Diğer Tardif Sendromlarda Tedavi Yaklaşımı** Şenay Yıldız Bozdoğan - **Nöroleptik Malign Sendromda Tedavi Yaklaşımı** İsmet Esra Çiçek
17:30 – 17:45	**Ara**	
17:45 – 19:15	**PANEL 29** **HER PENCEREDEN ŞİZOFRENİYE BÜTÜNCÜL YAKLAŞIM** **Oturum Başkanı:** Ersin Hatice Karslıoğlu - **Ruh Sağlığı Hastanesinde Şizofreniye Yaklaşım: Tedaviye Dirençli Vakalar** Fikret Poyraz Çökmüş - **Üniversite Hastanesinde Şizofreniye Yaklaşım: Başka Bir Tıbbi Duruma Bağlı; Zor Vakalar** Ayşe Nur İnci Kenar - **Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde Şizofreniye Yaklaşım** Umut Karasu - **Ruh Sağlığı Hastanesinde Şizofreniye Yaklaşım: Adli Vakalar** Didem Sücüllüoğlu	**PANEL 30** **TÜM YÖNLERİYLE PSİKİYATRİ'DE "POLİFARMASİ"** **Oturum Başkanı:** Erdal Erşan - **Neden Polifarmasi?** E. Erdal Erşan - **Şizofreni ve Psikotik Bozuklarda Polifarmasi** Fatma Çoker - **Duygudurum Bozukluklarında Polifarmasi** Aydın Kurt - **Anksiyete ve Diğer Ruhsal Bozukluklarda Polifarmasi** Deniz Deniz Özturan - **Yan Etkiler Açısından Polifarmasi** Ender Kaya
19:15 – 19:30	**Ara**	
19:30 – 20:15	**UYDU SEMPOZYUM 5** **TÜRKİYE›DE ANKSİYETE BOZUKLUKLARI TEDAVİ KILAVUZU GÜNCELLEMESİ** **Oturum Başkanı:** Nesrin Dilbaz **Konuşmacılar:** - **Panik Bozukluk** Tunç Alkın - **Sosyal Kaygı Bozukluğu** Hatice GÜZ - **Agorafobi** Mehmet Demet - **Yaygın Anksiyete Bozukluğu** Şebnem Pırıldar	
20:15 – 20:30	**Ara**	
20:30 – 21:15	**UYDU SEMPOZYUM 6** **USE OF LONG-CTING INJECTABLES IN SCHIZOPHRENIA AND BİPOLAR DISORDER** **Oturum Başkanı:** Nesrin Dilbaz **Konuşmacı:** Leslie Citrome	
21:15 – 21:30	**Ara**	
21:30 – 23:00	**PANEL 31** **AYRILIK ANKSİYETESİ** **Oturum Başkanı:** Vesile Altınyazar - **Bebeklik ve Erken Çocukluğun Ayrılık Kaygılarında Normallik ve Patoloji** Aybüke Tuğçe Mustan - **Çocukluk Çağı Ayrılık Kaygısı Bozukluklarına Psikodinamik Yaklaşım** Nazlı Kapubağlı Çetin - **Ergenlikte Ayrılık Kaygısı Bozukluklarına Kimlik Gelişimi Üzerinden Bakış** Begüm Şahbudak	**PANEL 32** **DAVRANIŞ BAĞIMLILIĞI MI, DÜRTÜ KONTROL BOZUKLUĞU MU?** **Oturum Başkanı:** Merih Altıntaş - **Kumar Bağımlılık mı, Dürtü Kontrol Bozukluğu mu?** Merih Altıntaş - **Alışveriş Bağımlılık mı, Dürtü Kontrol Bozukluğu mu?** Başak Ünübol - **Seks Bağımlılığı mı, Dürtü Kontrol Bozukluğu mu?** Hüseyin Ünübol - **İnternette Oyun Oynama Bağımlılık mı, Dürtü Kontrol Bozukluğu mu?** Alptekin Çetin

Bilimsel Program

31 Ekim 2020, Cumartesi		
Saat	**Salon A**	**Salon B**
10:00 – 11:30	**PANEL 33** **OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK'TA NÖROBİLİM ÇALIŞMALARININ TARİHSEL SÜRECİ** **Oturum Başkanı:** Behçet Coşar - **1920-1960 Arası: Encephalitis Lethargica'dan, Cerrahi Uygulamalar ve İlk Psikotrop İlaçların Keşfi** Yasemin Taş Torun - **1960'lardan 1990'lara: Hayvan Modellerinin Oluşturulması, PET CT ve fMRI ın İcadı** Melike Güveli Bozkurt - **1990'lı Yıllardan Günümüze: fMRI Çalışmalarının Gelişimi, Genetik Çalışmalar, Günümüz ve Gelecekteki Çalışmalar** Aruz Bozkurt	**PANEL 34** **DEHB'DE DİKKAT GEREKTİREN DURUMLAR** **Oturum Başkanı:** Güliz Özgen Hergül - **Sluggish Bilişsel Tempo: Güncel Durum** Demet Zihni Çamur - **DEHB ve Ertelemecilik** Gülşah Meral Özgür - **Yaşam Boyunca DEHB** Onat Yılmaz
11:30 – 11:45	**Ara**	
11:45 – 12:30	**UYDU SEMPOZYUM 7** **ARIS DETECT DEDEKTİFLERİ DEHB'Yİ ARAŞTIRIYORLAR: TÜRKİYE DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU TANI VE TEDAVİ KONSENSUS RAPORU** aris ali raif ilaç sanayi **Konuşmacılar:** Nesrin Dilbaz Eyüp Sabri Ercan Umut Mert Aksoy Ali Evren Tufan	
12:30 – 13:00	**ÖĞLE YEMEĞİ**	
13:00 – 14:30	**PANEL 35** **OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUKTA (OKB) TRANSDİAGNOSTİK FAKTÖRLER** **Oturum Başkanı:** İbrahim Taymur - **OKB'de Sıkıntıya Dayanma** Ayşegül Kart - **OKB'de Belirsizliğe Tahammülsüzlük** Bengü Yücens - **OKB'de Anksiyete Duyarlılığı** Fatih Yığman - **OKB'de Mükemmeliyetçilik** Canan Efe	**PANEL 36** **NEW APPROACHES TO THE TREATMENT OF ADDICTIVE DISORDERS** **Oturum Başkanları:** Onur Noyan, Aslı Enez Darçın - **Oxytocin is a New Hope in Therapeutic Approaches** Shahram Naderi - **Testosterone Ambiguities And Approaches To Treatment** Nader Charkhgard - **CRF Antagonists in The Treatment of Addiction** Mohammad Javad Morabi - **Epigenetics of Addiction, Threats And Hopes** Seyed Reza Hosseini - **Drug Treatment Court in Iran** Amin Afshar
14:30 – 14:45	**Ara**	
14:45 – 15:15	**KONFERANS 13** **DÜNYA NASIL DEĞİŞTİ, İNSAN NASIL DÖNÜŞTÜ** **Oturum Başkanı:** Atila Erol **Konuşmacı:** Hüsnü Erkmen	**PANEL 37** **PSİKOTROPLARA BAĞLI YAN ETKİLERİN YÖNETİMİ** **Oturum Başkanı:** Süheyla Bulut - **Metabolik Yan Etkiler** Salih Cihat Paltun - **Kardiyolojik Yan Etkiler** Süheyla Doğan Bulut - **Dermatolojik Yan Etkiler** Özlem Bolat Kaya - **Nörolojik Yan Etkiler** Ayça Kaloğlu
15:15 – 15:30	**Ara**	

31 Ekim 2020, Cumartesi

Saat	Salon A	Salon B
15:30 - 17:00	**PANEL 38** **ANKSİYETE KONTROLÜNDE MİNDFULNESS UYGULAMALARININ ETKİSİ** **Oturum Başkanı:** Işıl Göğcegöz - **Ebeveynlik Süreçlerinde yaşanan Anksiyeteye Mindfulness Egzersizlerinin Etkisi** Alev Elmas - **Tüp Bebek Yaptıran Kadınlarda Yaşanan Ansiyeteyi Azaltmada Mindfulness İyi Bir Seçenek Olabilir Mi?** Aysel Karaca - **Onkoloji Hastalarında Anksiyete ve Mindfulness** Dilek Anuk	**PANEL 39** **YATARAK TEDAVİ GÖREN PSİKOZ HASTALARINDA KANITA DAYALI TEDAVİ ALGORİTMALARI: ERENKÖY UYGULAMALARI** **Oturum Başkanı:** Hüseyin Güleç - **İlk Atak Psikotik Bozukluk Tedavi Algoritması** Onur Durmaz - **Madde Kullanımına Bağlı Psikotik Bozukluk Tedavi Algoritması** Mehmet Fatih Üstündağ - **Şizofrenide Akut Alevlenme ve Sürdürüm Tedavi Algoritması** Hüseyin Güleç - **Dirençli Şizofrenide Tedavi Algoritması** Neslihan Akkişi Kumsar
17:00 – 17:15	**Ara**	
17:15 – 18:00	**UYDU SEMPOZYUM 8** **TÜRK TV DİZİLERİNDE PSİKİYATRİK HASTALIKLAR** **Oturum Başkanı:** Oğuz Karamustafalıoğlu **Konuşmacı:** Emrem Beştepe Santa Farma	
18:00 – 18:15	**Ara**	
18:15 – 19:45	**PANEL 40** **OLGU ÖRNEKLERİYLE ERİŞKİN DEHB'DE EŞ TANIYA YAKLAŞIM** **Oturum Başkanı:** Umut Mert Aksoy - **Anksiyete Bozuklukları ve Obezite Eş Tanısı ve Yaklaşım** Kadir Coşkun - **Duygudurum Bozuklukları Eş Tanısı ve Yaklaşım** Esin Erdoğan - **Kişilik Bozuklukları Eş Tanısı ve Yaklaşım** Mehmet Sinan Aydın - **Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları Eş Tanısı ve Yaklaşım** Sinem Yeşilyurt	**PANEL 41** **2020 YILINDA PSİKOFARMAKOLOJİDE YENİ UMUTLAR** **Oturum Başkanı: Çiçek Hocaoğlu** - **Şizofreni Tedavisinde Yeni Bir Umut 'Lumateperon'** Fatma Gül Helvacı Çelik - **Parkinson Psikozu Tedavisinde 'Pimavanserin'** İlknur Kiraz Avcı - **Şizofreni Tedavisinde 'Olanzapine ve Samidorphan' Kombinasyonu'** Ali Erdoğan - **Şizofreni Tedavisinde Transdermal Patch 'Blonanserin'** Mehmet Baltacıoğlu
19:45 – 20:00	**Ara**	
20:00 – 20:45	**UYDU SEMPOZYUM 9** **DEPRESYONDA BÜTÜNCÜL YAKLAŞIM: NÖROBİYOLOJİDEN TEDAVİYE** **Konuşmacılar:** Nesrin Dilbaz Behçet Coşar Lundbeck	
20:45 – 21:00	**Ara**	
21:00 – 22:30	**PANEL 42** **VAKA ÖRNEKLERİYLE AKUT DÖNEMDE PSİKİYATRİ HASTASININ YÖNETİMİ** **Oturum Başkanı:** Erol Göka - **Akut Dönemde Psikiyatri Hastasına Yaklaşım** Erol Göka - **Yas Reaksiyonunda Psikoterapötik Müdahaleler** Rabia Nazik Yüksel - **Akut Stres Reaksiyonunda Psikoterapötik Müdahaleler** Emine Merve Akdağ - **İntihar Girişiminde Psikoterapötik Müdahaleler** Aybeniz Civan Kahve - **Ajitasyon ve Alevlenme Döneminde Psikofarmakolojik Müdahaleler** Hasan Kaya	**PANEL 43** **PSİKİYATRİK HASTALIKLARDA SELF-MUTİLASYON** **Oturum Başkanı:** Filiz İzci - **Yeme Bozukluklarında Self-Mutilasyon** Filiz İzci - **Alkol-Madde Bozukluklarında Self-Mutilasyon** Öznur Bülbül - **Dissosiyatif Bozukluklarda Self-Mutilasyon** Filiz Kulacaoğlu - **Kişilik Bozukluklarında Self-Mutilasyon** Gamze Usta Sağlam

Konuşma Metinleri

KOGNİTİF TEORİ, METAFOR VE DÜŞÜNCE İLİŞKİSİ

Prof. Dr. Atila EROL

Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Sakarya

Psikoterapi, hasta ya da danışanla konuşma ve iletişime dayanan; bireye acı veren belirtileri azaltarak bireyin sosyal varlık olarak uyumunu artıran yöntem ve tekniklerin bütünü olarak tanımlanmaktadır. Sözkonusu yöntem ve tekniklerden biri de metaforların kullanılmasıdır ki son dönemde bu konu çok popüler olmuştur ve farklı psikopatolojiler için kullanılabilecek metaforlar ayrıntılı olarak ele alınmaktadır. Bilişsel Davranışçı Terapide metafor kullanım amacı şöyle özetlenmektedir: soyut ve hastaya karmaşık kavramların anlaşılmasını kolaylaştıran bir yöntemdir. Lyndon ve ark. metafor kullanımının psikoterapi sürecindeki işlevlerini şöyle özetlemişlerdir: İlişki kurmaya destek sağlamak; yaşantılarını simgelemek ve yaşantılarıyla ilişkili duygulara erişimini sağlamak; örtük varsayımları ortaya çıkarmak, yüzleştirmek ve değişime zemin hazırlamak; dirençli yönler üzerinde çalışmak ve keşif aracı olarak yeni bakış açıları sağlamak. Metaforun iletişimi zenginleştirmek ve meselenin daha iyi anlaşılmasını sağlamak amaçlı kullanımı her tür terapi için sözkonudur.

Modern dilbilim kurucusu olarak kabul edilen Saussure un 'yapısalcı' kuramı ve Skinner ın davranışçı 'sözel davranış' yaklaşımları bilinmektedir. Ancak davranışçılığın zihin için kapalı kutu yaklaşımının yetersizliği ve eksikliği Chomsky tarafından çarpıcı ve ayrıntılı bir şekilde gösterilmiş ve lisan-düşünce-beyin ilişkisi açısından çok daha zengin ve verimli olan Evrensel Gramer (EG) (Dil Edinme Cihazı-DEC) kuramı egemen paradigma olmuştur. Bilişsel psikoloji, hepimizin zihninde yaşadığımız dünyanın işleyişine ilişkin model oluşturduğumuzu; bu modelin, zihindeki sembol olduğunu ve beyinin bilgisayar gibi sembol maniple ettiğini yani düşündüğünü öne sürmektedir. Bu biliş yaklaşımı lisanbilim, psikoloji, yapay zeka, sinirbilim alanlarında 1950 den 1975 e kadar egemen olmuştur. EG, lisanı beynin sembol maniplasyonu şeklinde izah etme teşebbüsüdür.

Chomsky, Skinner'in yaklaşımına kognisyonu içermediği için karşı çıkmıştır; Lakoff, Chomsky nin kuramına bilgisayar modeli olduğu için itiraz etmiştir; EG teorisi vücutsuz, cansız bir bilgisayardır ve anlam içermemektedir. Lakoff ve Jhonson 1980 de metaforu yeniden tanımlamış ve metafora kavramsal açıdan radikal bir yaklaşım getirmiştir; kavramsal metafor kuramına göre, düşünme süreçleri metafora dayanır; metaforlar doğrultusunda düşünmekte ve eylemler gerçekleştirilmektedir. Metaforu lisan bağlamının ötesinde düşüncenin temelinde bulunan hatta zihni kuran, temel bir özellik olarak yeniden kavramlaştırmıştır. Düşünce – lisan faaliyetlerini sinir hücresi-beyin temelinde ele aldığı için 'neural theory of thought and language' denmektedir.

GELİŞİMSEL KOORDİNASYON BOZUKLUĞU İLE DEHB EŞHASTALANIMINA YAKLAŞIM

Uzm. Dr. Mustafa TUNÇTÜRK

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

Gelişimsel Koordinasyon Bozukluğu (GKB), günlük yaşam aktivitelerini ve akademik başarıyı etkileyen motor koordinasyon problemlerini içeren nörogelişimsel bir durumdur. Bu çocuklar, tipik gelişmekte olan çocukların çoğunun kolayca başarabilecekleri hareketlerde sıklıkla performans zorlukları yaşamaktadır. Sıklık, DSM-IV'te 5-11 yaş arası çocuklar için %5-6, DSM-5'te ise okul çağı çocuklarında yaklaşık %5 olarak belirtilmektedir. Yapılan çalışmalarda GKB ile ileri anne yaşı (>35 yaş), prenatal alkol maruziyeti, 20. haftadan önce düşük tehditi, erkek cinsiyette olma, doğum sırasındaki fetal distres, erken doğum (<37 gebelik haftası), doğum ağırlığının gebelik yaşına göre düşük olması (Small for Gestational Age, SGA), çok düşük doğum ağırlığı (<1500 gram), yenidoğan patolojik sarılığı, doğum sonrası steroidlere maruz kalma ve 15 ay ve sonrasında bağımsız yürüme arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Kaplan ve arkadaşları, GKB, Öğrenme bozuklukları ve Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) arasında büyük bir çakışma/üst üste binme (overlap) olduğu için 'eştanı' terimini sorgulamakta ve "Atipik Beyin Gelişimi" terimini tercih etmektedir. En sık eşlik eden hastalığın DEHB olduğu, çoğunlukla klinik örnekleri inceleyen birçok çalışmada GKB'ye %50 veya daha yüksek bir oranda eştanı sıklığı öne sürülmektedir. Kadesjo ve Gillberg'in yaptıkları çalışmada; DEHB'li çocukların %47'sinde GKB eştanısı olduğu, eşik altı DEHB şikayetleri olan çocukların da %47'sinde GKB eştanısı olduğu saptanmıştır. GKB'yle birliktelik gösteren bozukluklarda, müdahale için öncelikli olarak her hastalığın türüne ve şiddetine göre değerlendirme yapılması önerilmektedir. Eştanı durumuna göre ilaç tedavisi kullanılabilmektedir. Metilfenidat'ın dikkatle ilgili semptomlardaki etkisinin yanında; DEHB'deki davranışsal problemler, yaşam kalitesi ve motor belirtiler (el yazısı) üzerinde de olumlu bir etkisi olduğuna dair göstergeler mevcuttur. Buna rağmen GKB ve DEHB eştanısı olan ve tedavide Metilfenidat alan, psikososyal-eğitimsel yardım alan çocukların %50'si hala ek olarak motor beceri tedavileri alma ihtiyacı duymaktadır. DEHB ve GKB eştanısı olan çocuklarda Metilfenidat kullanımının, ince motor becerilerinde ve el yazısında sorunları olan için faydalı olabileceği bildirilmektedir.

YAYGIN GELİŞİMSEL BOZUKLUK İLE DEHB EŞHASTALANIMINA YAKLAŞIM

Dr. Doğa SEVİNÇOK

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Aydın

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) ve Otizm Spektrum Bozukluğu (OSB) tipik olarak çocukluk çağında başlayan nörogelişimsel bozukluklar arasındadır. DEHB 12 yaşından önce başlayan, iki veya daha fazla alanda sorun oluşturan dikkatsizlik ve/veya hiperaktivite/dürtüsellik belirtileriyle karakterize iken OSB kısıtlı, tekrarlayıcı davranışlar, ilgi alanları veya duyusal belirtilerle ortaya çıkan, sosyal iletişim ve etkileşimde kısıtlılıkların belirgin olarak görüldüğü bir bozukluktur. OSB, DSM-5 ile nörogelişimsel bozukluklar başlığı altında sınıflandırılmış ve tanısında bir dizi değişikliğe gidilmiştir. DSM'nin önceki sürümlerinde DEHB ve otizm tanısı birlikte konulamazken DSM-5'te bu dışlama kriteri kaldırılmış, dikkatsizlik ve hiperaktivite semptomlarının OSB belirtilerine ikincil değil, ek DEHB tanısına bağlı olabileceği gündeme gelmiştir. OSB ve DEHB sıklıkla bir arada görülmekte olup araştırmalarda OSB tanısı olan olguların %40-70 kadarında ek DEHB tanısının olduğu saptanmaktadır. Bununla birlikte, OSB'li çocukların kardeşlerinde DEHB gelişmesi riskinin dört kat arttığı ve ortak nörobiyolojik mekanizmaların her iki bozukluğun birlikte gelişiminde rol oynayabileceği bildirilmiş, çeşitli çalışmalarda iki bozukluk arasındaki örtüşmenin nedenleri genetik, nörobiyoloji, yürütücü işlevler ve sosyal biliş kavramları üzerinden açıklanmaya çalışılmıştır. OSB'ye DEHB belirtileri eşlik ettiğinde başta uyumsal işlevler, anksiyete ve duygudurum bozuklukları olmak üzere birçok sorunun görülme olasılığı artmaktadır. DEHB belirtilerinin varlığında OSB'li çocuklarda bozukluk daha ağır seyretmekte, sosyal iletişim daha olumsuz hale gelmekte ve bu çocuklar eğitsel tedavilerden daha az yararlanabilmektedir. Bu nedenle her iki bozukluğun birlikte ele alınması ve eşlik eden DEHB'nin tedavisi oldukça önemlidir. OSB'nin tedavisinde ilaçlar rutin olarak kullanılmazken DEHB ek tanısı varlığında metilfenidat, atomoksetin veya bir alfa-2 agonist kullanımı önerilmektedir. Ancak bir çalışmada OSB eşhastalanımı varlığında DEHB'de metilfenidat tedavisine cevabın azaldığı bildirilmiştir. Bununla birlikte, OSB'de kullanıldığında sosyal içe çekilme, depresyon ve irritabilite gibi yan etkiler daha fazla görülebilir. OSB'de yararı gösterilen sosyal beceri eğitimi gibi bazı müdahalelerin ise DEHB'de işe yaramadığı saptanmıştır. Bu nedenle, her iki bozukluğun birlikte görüldüğü durumlarda etkili olabilecek yaklaşımların araştırılması oldukça önemlidir.

ENTELEKTÜEL YETİ YİTİMİ VE DEHB EŞ HASTALANIMINA YAKLAŞIM

Dr. Mutlu Muhammed ÖZBEK

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Kliniği, Aydın

Zeka günümüzde hem bilişsel yetenek hem de toplumsal uyum ölçütlerini kapsayacak şekilde tanımlanmaktadır. Zihinsel yetersizlik (ZY)/zihinsel gelişim bozukluğu (ZGB) kavramsal, sosyal ve uygulamalı alanlarda hem entelektüel hem de uyumsal işlev eksikliklerini kapsayan, gelişimsel evre sırasında başlayan heterojen bir bozukluk grubudur. Son yıllarda sağlık ve eğitim gibi alanlarda "zihinsel yetersizlik" terimi, hem daha az incitici olduğu hem de engeli daha iyi vurguladığı için tercih edilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü de "Mental Retardasyon" terimini bırakıp yerine "Zihinsel Yetersizlik" terimini kullanmaya başlamıştır. Geçtiğimiz 30 yıla oranla, son yıllarda bu bireylere yönelik eğitim ve sosyal destek imkanları artmıştır, bu sayede geçmişe kıyasla daha çok toplumun içerisinde yer almaktadırlar. Dünya genelinde yaygınlığı belirlemeye yönelik çalışmalarda oran %**1-3** arasında değişmektedir. Türkiyede anlıksal yetiyitimi ile ilgili yapılan çalışmalarda daha sınırlı sayıdadır.2002 yılında Türkiye Engelliler Araştırması sonuçlarına göre yaygınlık %5.49 olarak saptanmıştır. Zihinsel yetersizliğin (ZY) nedenleri heterojendir. Tüm hastalarda nedeni belirlemek mümkün olmamaktadır. Vakaların yaklaşık %40'ında etken saptanamamaktadır. Hafif düzeydeki zihinsel yetersizliği olan olgular okul dönemine kadar hekime başvurmayabilir. Ancak orta ve ağır düzeyde gerilik olan bireylerde gelişim basamaklarındaki aksaklıklar daha erken dönemde belirgin hale geldiğinden ve özellikle ağır düzeyde geriliği olan bireylerde motor gelişimde de gerilikler görüleceğinden kliniğe daha erken yaşlarda başvururlar. Eşlik eden genetik veya fiziksel sorunları olanların başvuru yaşı daha erken yaşlardır ve genelde ilk başta pediyatristlere başvururlar. Psikiyatrik başvurular sıklıkla **konuşmada gecikme** ve **hiperaktivite, agresivite** gibi **davranışsal sorunlardır.** Dürtü denetiminde sorun yaşadıklarından **ani tepkiler ve uygunsuz davranışlar** gözlenebilmektedir. Duygusal regülasyonda da sorun yaşayan bu bireylerde gün içinde **emosyonel dalgalanmalar** da sık gözlenir. Alan yazın incelendiğinde bir çok çalışmada ZY/ZGB'li popülasyonda tıbbi eş tanıların daha yüksek olduğu ve yaşam beklentisinin genel popülasyondan düşük olduğu gösterilmiştir**.** Zihinsel yetersizliği olan kişilerde dikkat problemleri, hareketlilik, dürtüsellik gibi belirtiler kısıtlı olan işlevselliği daha fazla bozmaktadır. Bu nedenle komorbid DEHB tanısı bu grupta daha dikkatli değerlendirilmelidir.

MAJOR DEPRESİF BOZUKLUK FARMAKOTERAPİSİNDE TEDAVİ YANITI CİNSİYETLERE GÖRE FARKLI MIDIR?

Uzm. Dr. Ali Görkem GENÇER

Başakşehir Devlet Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, İstanbul

Kadınlarda yaşam boyu major depresyon (MD) prevalansı %23.3 iken bu oran erkeklerde %12.7'dir. Her iki cinsiyet arasında görülen bu farkın kaynağı persistans ve rekürrensten çok ilk atak MD oluşma riskinin kadınlarda daha fazla olmasıdır. Her iki cinsiyet arasında MD görülme oranı arasındaki fark ergenlik çağında başlamaktadır. MD kaynaklı işgücü kaybının maliyeti kadınlarda daha fazladır[1]. Kadınların MD kaynaklı sorunları için tedavi arayışı erkeklere göre üç kat fazladır. Semptomatolojide, kadınlarda ters vejetatif semptomlar daha sık ve genel olarak semptom çeşitliliği –özellikle uyku bozuklukları, psikomotor retardasyon, değersizlik ve suçluluk duyguları, kaygı ve somatizasyon- daha fazla görülmektedir[2].

Menstrüel siklus, gebelik, hormon kullanımı gibi etkenlerin ilaçların farmakokinetik ve tedavi dozlarını etkilemesinin yanında kadınlarda ilaç plazma seviyeleri daha yüksek düzeyde seyretmektedir. Özellikle premenstruel dönemde bazı ilaçların plazma seviyeleri azalırken bazılarınınki ise değişmemektedir. Kadın ve erkeklerin MD farmakoterapisine verdikleri yanıtlar ilaçtan ilaca değişmektedir. Trisiklik antidepresanlar (TSA) erkeklerde daha etkiliyken, postmenapozal dönemde kadınların tedavi yanıtları erkeklere yaklaşmaktadır. Kadınların sertralin ve moklobemide tedavi yanıtlarının erkeklere göre daha iyi olduğu bildirilmektedir[3]. Bir meta analiz çalışmasında; postmenapozal kadınların TSA daha iyi yanıt verdikleri, TSA ve fluoksetin yanıtında cinsiyetler arası fark bulunmadığı, moklobemide yanıtın ise kadınlarda daha iyi olduğu, Seçici Serotonin Gerialım İnhibitörleri'ne (SSGİ) tedavi cevabının cinsiyet veya menapozal durumdan etkilenmediği saptanmıştır[1]. Venlafaksin ve üç ayrı SSGİ'nin (fluoksetin, paroksetin, fluvoksamin) karşılaştırıldığı bir başka meta analiz çalışmasında ise cinsiyetten bağımsız olarak venlafaksin ile daha hızlı remisyon sağlandığı ve gruplar arasında tedavi yanıtı açısından bir fark saptanmadığı belirtilmiştir. Çalışmada genç kadınların SSGİ'lere yaşlılara göre daha iyi cevap verdikleri, venlafaksin cevabının ise iki grupta birbirine yakın olduğu saptanmıştır[4]. MD farmakoterapisine cevap konusunda kadın ve erkekler arasında görülen farklılıklar multifaktöriyeldir. Yaş, menapozal durum, eksojen hormon kullanımı, komorbidite tedavi yanıtlarını etkileyebilmektedir.

Kaynaklar

1- Sloan, D. M, & Kornstein, S. G. (2003). Gender differences in depression and response to antidepressant treatment. Psychiatric Clinics of North America, 26(3), 581–594.
2- Kornstein SG, Schatzberg AF, Thase ME, et al. Gender differences in chronic major and double depression. J Affect Disord 2000;60:1–11.
3- Kornstein SG, Schatzberg AF, Thase ME, et al. Gender differences in treatment response to sertraline versus imipramine in chronic depression. Am J Psychiatry 2000;157:1445–52.
4- Thase ME, Entsuah AR, Rudolph RL. Remission rates during treatment with venlafaxine or selective serotonin reuptake inhibitors. Br J Psychiatry 2001;178:234–41.

BİPOLAR BOZUKLUK FARMAKOTERAPİSİNDE TEDAVİ YANITI CİNSİYETLERE GÖRE FARKLI MIDIR?

Uzm. Dr. Bahadır GENİŞ

Zonguldak Çaycuma Devlet Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Zonguldak

Yapılan çalışmalar, cinsiyetler arasındaki ilaçların farmakokinetiği ve farmakodinamiği arasındaki belirgin farklılıklar olduğunu göstermiştir. İlaçların emilimi temel olarak ince bağırsakta olmaktadır. Bu emilimde gastrik asit düzeyi, gastrik boşalma hızı, ince bağırsağa geçiş hızı, ilacın lipofilitesi gibi değişkenler oldukça önemlidir. İlacın emildikten sonra dağılmasında kalp atım hacmi, organların büyüklüğü, ilaçların plazma proteinlerine bağlanma durumu, kas/yağ doku oranı etkili olur. İlaçların atılımı ise sıklıkla karaciğerde metabolitlere biyotransformasyon veya böbreklerden atılım yoluyla olur. Bu iki organın cinsiyetler arasındaki çalışma farklılıkları yine ilaçların atılımlarını etkiler. Bu değişiklikler her ilaç grubunda olduğu gibi bipolar duygulanım bozukluğunun tedavisinde kullanılan psikotroplarda da gözlenir. Bipolar duygulanım bozukluğunun tedavisinde antidepresan, antipsikotik, duygudurum dengeleyici ve sedatif-hipnotikler gibi birçok psikotrop ilaç kullanılmaktadır. Bununla birlikte, tedavideki temel ilaç tedavileri duygudurum dengeleyici ilaçlar ve ikinci kuşak antipsikotik ilaçlardır. Bu tedavilerin cinsiyetler arası farklılıkları kadar, ilaçların farmakokinetiği ve farmakodinamiği üzerine gebelik dönemi, menstrüel döngü ve menopoz dönemininde etkileri olabilmektedir. Valproik asitle ilgili yapılan çalışmalarda, benzer ilaç doz alımından sonra kadınlarda valproik asidin kan plazma seviyesi ve plazma konsantrasyonunun daha yüksek olduğu görülmektedir (1). Lityumla ilgili yapılan bir çalışmada lityumun kadınlarda ortalama kan seviyesinin daha düşük olmasına rağmen, etkinliğinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir (2). Geriye dönük değerlendirmenin yapıldığı bir çalışmadaki analizler ise lamotrijin ve karbamazepin için doz/plazma konsantrasyon oranları arasında anlamlı farklılık olmadığını göstermiştir. Bununla birlikte 51-55 yaş arasındaki kadınlarda lamotrijinin doz/plazma konsantrasyon oranlarının azaldığını saptamış ve bu durum üzerine menopozal bir etki olabileceğini öne sürmüştür (3). Görüldüğü gibi yapılan çalışmalar psikotrop ilaçların her iki cinsiyet üzerinde birçok farklılık olduğunu göstermekle birlikte henüz bu farklılıkların ne kadar anlamlı ve tutarlı olduğu üzerine yeterince kanıtlar ortaya koymamıştır. Bununla birlikte psikotropların farmakokinetik farklılıkları hakkında görece daha çok bilgimiz olmasına rağmen, farmakodinamik farklılıklar hakkındaki bilgimiz neredeyse hala bilinmezlik noktasındadır.

Kaynaklar

1. Ibarra M, Vázquez M, Fagiolino P, Derendorf H. Sex related differences on valproic acid pharmacokinetics after oral single dose. J Pharmacokinet Pharmacodyn 2013; 40(4): 479-486.
2. Viguera AC, Baldessarini RJ, Tondo L. Response to lithium maintenance treatment in bipolar disorders: comparison of women and men. Bipolar Disord 2001; 3(5): 245-252.
3. Tomson T, Lukic S, Ohman I. Are lamotrigine kinetics altered in menopause? Observations from a drug monitoring database. Epilepsy Behav 2010; 19, 86–88.

ŞİZOFRENİ FARMAKOTERAPİSİNDE TEDAVİ YANITI CİNSİYETLERE GÖRE FARKLI MIDIR?

Prof. Dr. Çiçek HOCAOĞLU

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

Şizofreni, yaşam boyu bu en yaygın görülen ve ciddi yeti yitimi ile seyreden ruhsal bozuklardan biridir. Erkek ve kadınların başlangıç yaşı, semptomlar, hastalık şiddeti ve tedavi süresi açısından hastalığın farklı sonuçlara sahip oldukları kanıtlanmıştır. Daha erken yaşta başlangıç, negatif belirtilerin ağırlıklı olarak klinik görünümde yer alması, sosyal işlevsellikte bozulma ve eş tanılı madde kötüye kullanımı kadınlardan daha fazla erkeklerde görülür iken, kadınlarda hastalığın göreceli olarak daha geç yaşta ve daha çok duygudurum semptomları ile başlaması cinsiyete göre en önemli farklılıklardır. Bu nedenle son yıllarda şizofreni tedavisi için cinsiyete özgü ilaç dozu, yan etkiler ve uyum gibi konuları içeren farmakolojik tedavi stratejileri önerilmiştir. Çünkü cinsiyet farklılıklarının dikkate alınması daha etkili bir tedavinin uygulanmasında önemli olabilir. Kadın hastaların erkeklerden daha iyi tedavi yanıtı gösterdiği, yaklaşık %50 daha az hastaneye yatırıldığı, erkeklerin ise genellikle daha yüksek dozlarda antipsikotik ilaç kullanımına gereksinim duyduğu ve daha fazla sigara kullanımının olduğu çalışmalarda bildirilmiştir. Öte yandan genç kadınlara kıyasla menopoz sonrası kadın hastalarda endojen östrojen seviyelerindeki azalma ile ilişkili olarak daha yüksek dozlarda antipsikotik ilaç kullanımı gerektirir. Östrojen tedavisinin tek başına ya da antipsikotik ilaçlarla birlikte kullanımının şizofreni tanılı erkeklerde ve kadınlarda daha hızlı iyileşme gösterdiğini gösteren çalışmalar vardır. Ayrıca, çoğu antipsikotik ilacın hiperprolaktinemi, hipotansiyon, kilo alımı gibi yan etkileri daha çok kadın hastalarda görülmektedir. Bununla birlikte, kadınlar tedaviye daha iyi uyum gösterir ve tedavi yanıtı olarak erkeklerden daha iyi sonuçlar alınmaktadır. Bunun nedenlerinden biri kadınların daha iyi korunmuş sosyal becerileri ile ilgili olabilir. Erkekler ve kadınlar arasındaki şizofreni tedavisine verilen yanıtlara dayanarak, özellikle erkeklerde madde kötüye kullanımını ortadan kaldırmaya, sosyal-mesleki becerileri geliştirmeye ve dışa vuran olumsuz davranışları azaltmaya odaklanılırken, kadın hastalarda ise daha çok eş tanılı depresyon ve anksiyeteyi gidermek için duygudurum semptomları tedavide öncelikli olarak ele alınabilir. Birçok kadında hastalığın geç başlaması ve daha fazla sosyal-mesleki kayıplara sahip olduğundan, çalışmalarda kadınlar için tedavide özellikle sosyal rol ve ilişkilerin yeniden yapılandırılmasının hedeflemesini önerilmiştir. Sonuç olarak, klinik gözlemler, erkek ve kadınların şizofreni dahil olmak üzere çeşitli psikiyatrik bozuklukların yaygınlığı, semptomları ve yanıtlarında farklı olduğunu göstermektedir. Şizofrenide cinsiyet farklılıklarının etiyolojisi sadece kısmen anlaşılmış olsa da, son genetik çalışmalar, erkekler ve kadınlar arasındaki şizofrenide cinsiyete özgü önemli yolları önermektedir. Bu ciddi ruhsal bozukluğun cinsiyete özgü tedavisini geliştirmek için şizofrenide cinsiyet farklılıklarının nedensel rollerini anlamak için daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır. Bu sunumda, şizofreninin hastalık başlangıcı, semptomları ve tedavisi ile cinsiyetle ilişkili faktörlerin etkileşimi hakkındaki mevcut kanıtlar ana hatlar ile ele alınıp, şizofreni patogenezinde olası mekanizmalar tartışılacaktır.

Anahtar sözcükler: Tedavi yanıtı, cinsiyet, şizofreni

Kaynaklar

1. Usall J, Suarez D, Haro JM; SOHO Study Group. Gender differences in response to antipsychotic treatment in outpatients with schizophrenia. Psychiatry Res. 2007;153(3):225–31. doi:10.1016/j.psychres.2006.09.016
2. Dama M, Veru F, Schmitz N, et al. Sex Differences in Clinical and Functional Outcomes among Patients Treated in an Early Intervention Service for Psychotic Disorders: An Observational Study. Can J Psychiatry. 2019;64(10):708–17. doi:10.1177/0706743719854069.
3. Eugene AR, Masiak J. A pharmacodynamic modelling and simulation study identifying gender differences of daily olanzapine dose and dopamine D2-receptor occupancy. Nord J Psychiatry. 2017;71(6):417–24. doi:10.1080/08039488.2017.1314011.
4. Lei W, Li M, Deng W, et al. Sex-Specific Patterns of Aberrant Brain Function in First-Episode Treatment-Naive Patients with Schizophrenia. Int J Mol Sci. 2015;16(7):16125–43. doi:10.3390/ijms160716125.
5. Ascher-Svanum H, Stensland M, Zhao Z, Kinon BJ. Acute weight gain, gender, and therapeutic response to antipsychotics in the treatment of patients with schizophrenia. BMC Psychiatry. 2005;5:3. doi:10.1186/1471-244X-5-3

ANKSİYETE BOZUKLUKLARININ FARMAKOTERAPİSİNDE TEDAVİ YANITI CİNSİYETLERE GÖRE FARKLI MIDIR?

Doç. Dr. Esra YANCAR DEMİR

Medical Park Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Ordu

Anksiyete ve depresif bozukluklar tüm psikiyatrik bozukluklarda en yaygın olanıdır. Demografik analizler sadece yaygınlıklarını değil, aynı zamanda bu duygudurum bozukluklarındaki yaygın cinsiyet farklılıklarını da göstermektedir. Kadınların duygudurum bozukluklarından etkilenmesi erkeklerin iki katından daha fazladır. Bu cinsiyet eşitsizliği, gonadal hormonlar için anksiyete ve depresif bozuklukların etiyolojisinde potansiyel bir rolü gösterir. Aslında, araştırmalar kadınların ergenlik, menopoz, perimenstrüel ve doğum sonrası dönemler gibi hormonal dalgalanma dönemlerinde duygudurum bozuklukları, endişe ve depresyon yaşama olasılıklarının daha yüksek olduğunu ortaya koymaktadır. Kadınlarda hormonal dalgalanma, duygudurum bozuklukları yaşama olasılığını arttırırken, erkeklerde klinik ve klinik öncesi çalışmalar, testosteronun anksiyete ve depresyona karşı koruyucu faydalar sağladığını göstermektedir.

YAB prevalansında cinsiyet farklılıkları bildirilmiştir. Farklı çalışmalarda değişen oranlar bildirilmiş olmakla birlikte, Yaygın Anksiyete Bozukluğunun 12 aylık prevalansı kadınlar için% 5 ve erkekler için% 2.4 olarak bildirilmiştir. YAB'daki bu cinsiyetler arasındaki prevelans farklılığı 4-6 yaşından itibaren bile tespit edilmiştir. Prevalans, komorbidite ve yardım aramada cinsiyet farklılıkları bulgularına rağmen, literatürde YAB için farmakolojik ajanlara tedaviye yanıtta cinsiyet farklılıklarını inceleyen çok az çalışma bulunmaktadır. Tedaviye yanıttaki cinsiyet farklılıklarının muhtemel olabileceğini varsaymak için birkaç neden vardır. Bu nedenler metabolizmadaki cinsiyete bağlı farklılıkları ve farklı psikofarmakolojik tedavilerin yan etkilerini içermektedir. 1997 yılında yapılan bir çalışmada YAB'luğuna sahip kadınlarda, genç erkeklere kıyasla daha yüksek sertralin plazma konsantrasyonları bulunmuş, ek olarak, serotonerjik sistemdeki polimorfizmlerde genetik varyasyon cinsiyet ile ilişkilendirilmiştir. Ancak 2005 tarihli görece daha yeni başka bir çalışma YAB'da sertraline yanıtta cinsiyet farklılığının olmadığını tespit etmiştir. Bu konuda yapılacak kapsamlı araştırmalara ihtiyaç vardır.

BİPOLAR BOZUKLUKTA ANKSİYETE KOMORBİDİTESİ, YENİ TEDAVİ YAKLAŞIMLARI

Doç. Dr. Engin Emrem BEŞTEPE

Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Egitim ve Arastırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, İstanbul

Anksiyete bozuklukları bipolar bozukluğu (BAB) olan hastalara konulan en yaygın komorbid tanılardır. BAB varlığında anksiyete bozukluğunun ömür boyu yaygınlığı %45 ile %80 oranında verilmektedir.; genel populasyona kıyasla BAB olan hastaların anksiyete bozukluğu tanısı için gereken kriterleri karşılaması 3 ile 7 kat daha fazla olasıdır. Panik, travma sonrası stress ve yaygın anksiyete bozukluğu en yaygın olanlarıdır (%13-%60). Bunları obsesif kompulsif bozukluk takip etmektedir.Son yıllarda yapılan araştırmalar,anksiyete bozukluğu komorbiditesinin BAB için bir istisnadan çok kural olduğunu ortaya koymaktadır. Ansiyete bozkluğu varlığında BAB tedavisinin de güçleşeceği aşikardır. BAB hastalarında ,karma belirtiler ve hızlı dögülülük artar. İntihar riski,madde kullanımı,geç remisyona girme ve aralarda kalıntı belirtilerin artması beklenen durumlardır.İlaç uyumu belirgin şekilde azalır.

Komorbid BAB ve anksiyete bozuklukları için tedavide polifarmasi esas alınır. Duygudurum düzenleyici monoterapinin tüm semptomlar için etkin olma olasılığı azdır. Anksiyete bozukluğunun etkin tedavisine ihtiyaç olduğunun kabul edilmesi hayat kalitesini arttırmak ve intihara teşebbüsü azaltmak açısından oldukça önemlidir. Duygudurum düzenleyiciler ve ikinci kuşak antipsikotikler antidepresanlarla tedavi öncesi baslangıç tedavisi olarak kullanılmalıdır. Bunların arasında ilk tercih bir çok kılavuza göre ketiapidir. Antidepresanlar tek başına kullanılmaz ve SNRI ve trisiklikler manik kaymaya yol açacağı için tercih edilmezler. Benzodazepinler madde bağımlılığı riskini arttırdıkları için tercih edilmezler.Gabpentin ve pregabalin son dönemde adlarından söz ettiren ajanlardır.

Anahtar kelimeler: bipolar bozukluk, ansiyete bozuklukları, komorbidite

BİPOLAR BOZUKLUK HASTALARINDA ALKOL-MADDE KOMORBİDİTESİ VE YENİ TEDAVİ YAKLAŞIMLARI

Doç. Dr. Filiz İZCİ

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

Bipolar bozukluğu olan hastalarda madde kullanımı yaygın ve önemli bir sağlık sorunudur. Ulusal Epidemiyolojik Yakalama Alanı Çalışmasında (ECA), bipolar bozukluğu olan kişiler arasında yaşam boyu madde bağımlılığı %56 oranında bir prevalans bulunmuştur. Bu komorbit hastaların, yüksek inkâr ve zayıf içgörü oranları, bilişsel bozukluk, intihar eğilimi ve tedaviye uyumsuzluk gösterdikleri saptanmıştır. Eşlik eden bir psikiyatrik bozukluğu varsa, madde bozukluklarının tedavisini takiben hastalarda nüksetme olasılığı daha yüksektir. Buna karşılık, eşzamanlı madde kullanım bozukluğu bipolar bozukluğun kronikliğini, işelvselliğini ve mortalitesini arttırır. Bu grup hastalarda; yaşam boyu anksiyete bozuklukları eştanısı madde kullanım bozukluğu olmayan hastalara göre üç kat daha fazladır. Ayrıca Eksen II bozuklukları eşzamanlı olma olasılığı daha yüksektir. Benzer çalışmalarda, madde kullanımı eslik eden bipolar hastalarda TSSB daha fazla saptanmıştır. Bunun yanısıra bu hasta grubunda madde tipinin de ek hastalık oranı ve çesidini değiştirdiği saptanmıştır. Alkol bağımlılığı olan bipolar hastalarda anksiyete bozuklukları eslik etmesi kokain bağımlılarında daha fazla bulunurken, kokain bağımlılarında ise TSSB yaygınlık oranları anlamlı derecede yüksek görülmüştür. Alkol bağımlılığı depresif duygudurum ile ilişkiliyken, kokain bağımlıların mix duygudurum ve Bipolar I tanısı görece daha fazladır. Bu nedenle madde kullanım bozukluğu bipolar bozukluk tedavisini zorlaştırr. Yapılan son derlemelerde; madde kullanım bozukluğu ve bipolar bozukluk hastalarında entegre grup terapilerinin madde kullanımına etki ettiği ancak duygudurum semptomlarına etki etmediği saptanmıştır. Psikofarmakolojik olarak ise; eşzamanlı alkol kullanım bozuklukları olan bipolar hastalarda depresyonun tedavisinde bazı antidepresanların (trisiklik, nefazodon) kullanımını desteklemektedir. Antidepresanlar ve alkol kullanım bozukluğu ilaçlarının kombinasyonları (örneğin, naltrekson ile sertralin ve esitalopram ile akamprosat), hem alkol kullanım bozuklugunda hem de depresif belirtiler için olumlu sonuçlarla birlikte ortaya çıkan bu bozuklukların tedavisi için umut vaat etmektedir.

Anahtar kelimeler: bipolar bozukluk, madde kullanımı, komorbidite

BİPOLAR BOZUKLUKTA DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU KOMORBİDİTESİ, YENİ TEDAVİ YAKLAŞIMLARI

Uzm. Dr. Batuhan AYIK

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

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB), çocukluk çağında sıklıkla görülen nörogelişimsel bir hastalıktır. Çocukluk çağında DEHB tanısı alan vakaların yaklaşık yarısında erişkin dönemde de tanı ölçütlerinin karşılandığı bildirilmiştir. Genel popülasyonda erişkin DEHB prevalansı %3.4- 4.5 arasında değişmektedir. Bipolar bozukluk (BB) ve DEHB komorbiditesi uzun yıllardır bir çok araştırmanın konusu olmuştur. İki bozukluğun yüksek oranda birlikte görüldüğünü bildiren pek çok araştırma bulunmaktadır. BB tanısı olanlarda DEHB tanısı alma riskinin 4 kat arttığı, BB ve DEHB eş tanısına sahip bireylerin ailelerinde BB görülme olasılığının yaklaşık 5 kat arttığı saptanmıştır. BB ve DEHB farklı tanı kategorileri içerisinde değerlendirilmektedir, ancak aşırı konuşma, dikkatsizlik, dürtüsellik, motor aktivitede artış gibi birbiriyle örtüşen belirtileri bulunmaktadır. Eş tanının daha kötü hastalık seyri, daha şiddetli duygudurum belirtileri, daha kötü işlevsellik, nörobilişsel performansta daha fazla bozulma ve lityuma daha az yanıt verme ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Yüksek eş tanı oranları, örtüşen belirtilerinin fazla olması, bozuklukların ailesel kümelenme göstermesi, her iki bozukluğun birlikteliğinde daha ciddi klinik bozulma olması, her iki bozuklukta da gösterilebilen benzer bilişsel bozulmalar gibi etkenler nedeniyle, bu iki bozukluk arasında ortak genetik faktörlerin olduğu akla gelmektedir. Bu nedenle, BB ve DEHB komorbiditesinin tanınması ve saptanması prognoz açısından büyük önem taşımaktadır. BB hastalarında DEHB semptomlarının tedavisi klinisyenler için bazı zorluklar içerebilir. DEHB tedavisi için yayınlanan kılavuzlar ilk sırada psikostimulanlar ve atomoksetini önermektedir. Ancak özellikle psikostimülanların maniyi ve hızlı döngülülüğü tetikleyebileceğine dair yaygın bir kanı vardır. Son yıllarda yapılmış bazı çalışmalar bu riskin sanılandan daha düşük olduğunu ortaya koymuştur. Sonuç olarak bu hasta grubunda öncelikli hedef duygudurum kontrolü olmalıdır, duygudurum kontrolü sağlandıktan sonra DEHB tedavisinin başlanmasının uygun bir yaklaşım olacağı düşünülmektedir.

Anahtar kelimeler: bipolar bozukluk, dikkat eksikliği, komorbidite

BİPOLAR BOZUKLUKTA KİŞİLİK BOZUKLUKLARI KOMORBİDİTESİ, YENİ TEDAVİ YAKLAŞIMLARI

Uzm. Dr. Sümeyye Yasemin ÇALLI

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

Bipolar Bozuklukta komorbid kişilik bozukluğu tanısı oldukça yaygındır. Bu durum hastalığın seyirini kötüleştirir. Tüm kişilik bozukları eşlik edebilir. Sıklıkla B ve C küme kişilik bozuklukları eşlik ederken bunların arasında en sık eşlik eden Borderline ve narsisistik kişilik Bozukluğudur. Bir çalışmaya göre bipolar bozukluk tanılı hastaların yaklaşık %47.7 sinde eşlik eden bir kişilik bozukluğu tanısı mevcuttur.

Bipolar I bozukluk tanısı olanlarda borderline kişilik bozukluğu eşlik etme sıklığı %11'ken bipolar II bozukluğu olanlarda bu oran %16'dır . Bipolar bozukluk ve borderline kişilik bozukluğu ayrımını zorlaştıran ortak özelliklerin bulunması borderline kişilik bozukluğunun bipolar spektrumun bir parçası olabileceğini düşündürmüştür.

Tedaviyi zorlaştıran faktörlerden bazıları, terapötik ittifaka uyumun az olması, kendine zarar verme, madde kullanımı sayılabilir. Araştırmalar gösteriyor ki komorbid durumlarda hastanın atak sayısı, yatış sıklığı, intihar girişimleri sayısı, ek hastalık tanıları artmakta, tedaviye cevap ve remisyon oranları ve işlevsellik de azalmaktadır.

Daha çok klinik gözleme dayalı tedavi protokolleri uygulanır.

Hali hazırda en sık kullanılan tedaviler lityum, valproik asit, lamotrijin, karbazamepin, atipik ve tipik antipsikotikler, antidepresan , benzodiazepinler ve komorbid tedavilerdir. Komorbid durumlarda tedavi yaklaşımlarının antidepresan ilaçlarının tedaviye daha sık olarak eklendiğini de gözlenmiştir.

Son yıllarda yapılan çalışmalarda uzun etkili antipsikotik tedavinin remisyon sürelerini artırıp, hastane yatışını, asenapinin dürtüselliği ve agresyonu azalttığı gösterilmiştir.

Anahtar kelimeler: Bipolar, borderline, komorbid

METHAMFETAMİN VE KLİNİK ETKİLERİ

Muhsin Koray KILIÇ

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

Metamfetamin halk arasında kristal, ateş buz, met gibi isimlerle de bilinen, kuvvetli bağımlılık yapıcı etkisi olan renksiz ve kokusuz bir maddedir. Burundan, ağız yoluyla veya damar yoluyla kullanılabilmektedir. Metamphetamin, N-metilamfetamin, metilamfetamin ve dezoksiefedrin olarak da bilinen metamfetamin, psikoaktif maddelerin fenetilamin ve amfetamin sınıfından bir psikostimülanıdır. Metamfetamin kimyasal olarak amfetaminden daha güçlü etki ve daha uzun yarılanma süresine sahip olması nedeniyle daha büyük zarar verme potansiyeli taşımaktadır. Metamfetaminin kısa ve uzun süreli kullanımı kişide fiziksel ve ruhsal birçok soruna neden olmaktadır.

Metamfetaminin kısa süreli etkileri öfori, atiklik, uyanıklık, artan güven, hiperaktivite ve iştahsızlığı kapsar. Dopamin salınımı, metamfetaminin öforik etkilerinden sorumludur, ancak metamfetaminin uzun süreli kullanımı, dopamin sisteminde moleküler değişikliklere neden olmakta ve beyindeki sinir ucu terminal hasarına katkıda bulunmaktadır. MSS'deki bu değişimler nedeniyle, metamfetaminin akut öforijenik etkileri, genellikle aşırı kullanımda psikiyatrik sorunlara dönüşmektedir. Daha yüksek dozda metamfetamin saldırganlık, huzursuzluk, tekrarlı davranışlar, ajitasyon, konfüzyon, kaygı, sinirlilik, disfori, şiddet davranışları, psikomotor bozukluklar, stereotipi, işitsel halüsinasyonlar ve paranoyaya neden olur. Metamfetamin kullananların %6-46'sında "metamfetamin ile ilişkili psikoz" geliştiği tahmin edilmektedir. Tek doz kullanım ya da yoksunluk sırasında görülebilen psikoz genellikle geçici olsa da yüksek doz kullanıma bağlı olarak gelişen psikozların kalıcı olma olasılığı yüksektir. Metamfetaminin yüksek doz kullanımının ilerleyen dönemlerinde, öfori negatif semptomlarla yer değiştirir.

Psikiyatrik etkileri yanı sıra iştah kaybı, kalp atış hızında, kan basıncında ve solunum hızında artma, göz bebeklerinin genişlemesi ve vücut ısısının yükselmesi, terleme, baş ağrısı, bulanık görme, baş dönmesi, mide krampları, kas yorgunluğu ve kramplar, göğüs ağrısı ve titreme, dehidratasyon, bulantı ve kusma, hipertermi, hipertansiyon, kardiyak aritmi, inmeler, serebral kanama, iskemik infarkt, böbrek yetmezliği gibi bedensel etkiler de metamfetamin kullanımında görülebilmektedir.

METAMFETAMİNLE İLİŞKİLİ PSİKOZ

Doç. Dr. Ömer ŞENORMANCI

SBÜ Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Bursa

Amfetaminlerin dünya genelindeki prevalansı %0.8'dir. Dünyadaki amfetamin pazarının yaklaşık %70'inde ise metamfetamin hakimiyeti bulunmaktadır. Metamfetamin bağımlılığı olan kişilerde %26 ile %46 arasında MİP (metamfetaminle ilişkili psikoz) saptanmaktadır. Metamfetamin kullanımının sıklığı ve süresi arttıkça psikotik epizodları tetikleme olasılığı artar. MİP mekanizması henüz anlaşılamamıştır. Bir görüşe göre; NMDA reseptörlerinin bozulması ile kortikal internöronların zarar görmesi ve artan nörotoksisite glutamat düzensizliğine neden olabilir. Bu da korteksin zarar görmesine neden olarak psikotik ve MİP ile ilgili diğer semptomların ortaya çıkışına neden olabilir. MİP geçici veya süreğen (persistent) olabilir. Süreğen MİP ile izlenen hastalar uzun dönemli izlemlerde yüksek oranda şizofreni tanısı almaktadırlar. Akut MİP ile şizofreni ile ilişkili psikoz ayırt edilemeyebilir. MİP'te ağırlıklı olarak perseküsyon ve referans hezeyanları ve işitsel varsanılarla giden paranoid şizofreni benzeri belirtiler olurken, negatif semptomlar daha nadirdir. En önemli risk faktörü kullanım sıklığı, miktarı ve süresidir. Depresyon, antisosyal kişilik bozukluğu, alkol bağımlılığı, şizoid ve şizotipal kişilik özellikleri, cinsel istismar ve ailede şizofreni öyküsü olması diğer risk faktörleridir. MİP ilaç kullanımı olmadan 1 hafta içinde kendiliğinden düzelebilir. Geçici MİP psikososyal müdahale, psikoeğitim ve gerekirse antipsikotiklerle tedavi edilirken, süreğen MİP'te uzun dönemli antipsikotik tedavi gerekmektedir. Schneider belirtileri gibi birincil psikotik bozukluğa özgü semptom profili olan hastalarda psikotik bozukluklardaki algoritmalara uygun bir şekilde müdahale edilmeliyken, diğer semptom profiline sahip olanlar klinik olarak izlenmelidir. Benzodiyazepinlerin antipsikotiklere göre daha güvenli olabileceği ve alternatif olarak kullanılabileceği önerilse de antipsikotiklerin nörotoksisiteye karşı koruyucu etkileri vardır ve antipsikotiklere ek olarak kısa dönem benzodiyazepinlerin kullanılması önerilmektedir. Kendine ve çevreye zarar verme riski yüksek olan ve antipsikotik tedavisine dirençli hastalarda elektrokonvülsif tedavi (EKT) seçeneği düşünülmelidir

METAMFETAMİN KULLANIM BOZUKLUĞU VE DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU EŞ TANISI

Dr. Çetin TURAN

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

Metamfetamin; amfetamin grubu bir uyarıcı maddedir. Dünyada cannabisten sonra en sık kötüye kullanılan maddedir. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) en yaygın psikiyatrik hastalıklardan biridir. Madde Kullanım Bozukluğu (MKB) ve DEHB' nin her ikisinde dürtüsellik, hiperaktivite, dikkat ve davranış alanlarında bozukluk olabilmektedir. Bu benzerlik her iki bozuklukta ayırıcı tanı ya da eş tanı koymayı güçleştirir. Çocukluk çağında DEHB tanısı almış hastaların ergenlik ve erişkinlik döneminde madde kullanım bozukluğu açısından risk taşımaktadır. Her iki bozukluğun birlikte görülme oranları yüksektir. Ayrıca DEHB nin doğru tanı alma oranı düşüktür. Hastaların yanlış tanı alması tedavide yetersizlik oluşturmaktadır. Hastaların DEHB tanısının; MKB'nin remisyon dönemi sonrası konulmalsı önerilir.

Nörokimyasal olarak DEHB'nin dopamin iletiminde yetersizlik nedeniyle oluştuğu bilinmektedir. Uyarıcı etkili maddeler dopamin iletimini arttırır. Bu maddelerin DEHB' de belirtileri azaltması nedeniyle MKB eş tanısı sıklıkla konulur. DEHB tedavisinde; uyarıcı ve uyarıcı olmayan ilaçlar kullanılmaktadır. Uyarıcı madde kötüye kullanan hastaların, dopaminerjik etkili ilaçlara karşı duyarlılığı azalır. Bu durumda başta metilfenidat olmak üzere DEHS tedavisinde kullanacağımız dopaminerjik etkili ilaçların yüksek dozlarına ihtiyaç duyulur. Dopaminerjik etkili ilaçlar metamfetamin tarafından indüklenen dopamin iletimini bloke ederler. Bu nedenle metamfetamin bağımlılığı tedavisinde kullanılabilirler. Bu panelde metamfetamin kullanım bozukluğu olan hastalarda DEHB eş tanı, ayırıcı tanı ve tedavisi güncel bilgiler eşliğinde gözden geçirilecektir.

EBEVEYNLİK SÜREÇLERİNDE YAŞANAN ANKSİYETEYE MİNDFULNESS EGZERSİZERİNİN ETKİSİ

Dr. Alev ELMAS

Üsküdar Üniversitesi, Psikoloji Bölümü, İstanbul

Ebeveynlik stresi, çocuk, ebeveyn ve aralarındaki ilişki kapsamında, bir ebeveyn için sadece çocukla etkileşimde doğmaz. Ebeveynliğe, kendine ve ilişki kurma biçimine dair geçmiş tecrübeleri ve gelecek projeksiyonlarını içeren duyguları, düşünceleri, bunlarla paralel reaksiyon ve davranışları da ebeveynlik stresinin öğelerini oluşturur. Ayrıca çocuğun büyüme süreci, ebeveynlik açısından da bir gelişim sürecidir ve bu uzun süre-de yaşanan problemlerin değişkenliği, ebeveyn için değişken stress kaynakları olarak karşımıza çıkar. Hem iç uyaranlara, hem de sosyal ve çevresel faktörlerden oluşan dış etkenlere, doğrusal olmayan ve değişken problemler eşlik eder. Bütünlüğümüz için risk teşkil eden durumlara karşı verdiğimiz bedensel ve psikolojik tepkiler olan stresin yönetimi, özellikle ebeveynlik gibi kompleks bir yapıda pek çok zorluk taşır. Mindfulness egzersizleri ebeveynleri, kognisyonları üzerinde farkındalık sağlayarak, içgörü, buna bağlı karar verme ve planlama süreçlerinde etkinlik kazandırma yoluyla destekler. Beyin görüntüleme içeren araştırmaların dikkati geliştirdiğini ortaya koyduğu mindfulness egzersizleri, kognisyonlar ve onların yarattığı duygular üzerinde sağladıkları farkındalıkla beraber, duygu düzenleme becerileri konusunda da destek verir. Böylece ebeveynlerin, iç faktörler, ilişki ve çevresel koşullara dair farkındalık ve değişen bir zihinsel tutumla beraber stresle ilişkilerini dönüştürebilirler.

TÜP BEBEK YAPTIRAN KADINLARDA YAŞANAN ANKSİYETEYİ AZALTMADA MİNDFULNESS İYİ BİR SEÇENEK OLABİLİR Mİ?

Doç Dr. Aysel KARACA

Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Düzce

İnfertil kadınların %50'sinin bu süreci yaşamları boyunca karşılaştıkları en stres verici durum olarak tanımladıkları (Herrman et al. 2011) ve yaşadıkları psikososyal acı çekmenin, kanser ve kalp yetmezliği gibi yaşamı tehdit eden hastalığı olanlarla benzer olduğunu ortaya konmuştur (Domar et al. 1993). Bireysel, çift ya da grup temelli psikolojik destek ve müdahale programlarının infertilitede hem doğum oranlarını hem de psikolojik sağlığı olumlu yönde etkilediği bildirilmektedir. Stres düzeylerinin azaltılmasıyla gebelik oranlarının arttığı birçok çalışma ile kanıtlanmıştır. Son yıllarda infertil kadınlarda stres düzeylerini azaltmada kullanılan yöntemlerden biri de Mindfulness temelli stres azaltma programlarıdır (MBSR, MBCT). Çoğunlukla stres, kaygı ve depresyonun eşlik ettiği ağrı, fibromiyalji ve kanser gibi hastalığa sahip olan bireylerin iyilik halinin ve yaşam kalitesinin arttırılmasında oldukça etkili olan Mindfulness uygulamalarının benzer sorunlar yaratan infertilite ve infertilite tedavilerinde de etkili olduğu bildirilmektedir.

İnfertilite tedavisi olan kadınlarda uygulanan Mindfulness programlarının kadınlarda tedaviye bağlı gelişen aksiyete oranlarını düşürdüğü bilinmektedir. Anksiyete oranlarının düşmesinde mindfulness uygulamarının birçok yolla yardımcı olmaktadır. Spontan yolla çocuk sahibi olmakta zorlanan ve infertilite tedavilerine başvuran kadınların zihinlerinde geçmiş (neden olmadı, önceki gibi yine olmayacak) ve gelecekle (ya bu tedavide işe yaramazsa, ya adet olursam, çocuğum hiç olmazsa, eşim beni bırakırsa vb) ilgili oldukça dolu olduğunu biliyoruz . Bu nedenle şimdiki an'da olmayı sağlayacak egzersizlerle (beden tarama meditasyonu, nefes, oturma meditasyonu, stres cevapları, mindful hareket) şu andaki tedaviye odaklanabilmelerini sağlamakla birlikte anksiyete düzeyleri düşmektedir. İnfertil kadınların en büyük sorunlardan biri olan cinsel ilişkinin görev olarak algılanıp an'daki hazzı hiç yaşayamamaları nedeniyle oluşan cinsel isteksizlik sorunları ile ilgili farkındalıkları artmaktadır. Çoğunlukla bedenlerinin sadece rahim ve yumurtalıklardan ibaret olduğunu ve kendini yarım bir kadın gibi hisseden kadınlar mindfulness uygulamaları sayesinde bedenini bir bütün olarak yeniden hissetme ve yeniden beden duyumlarına odaklanabilmenin önemini fark edebilmektedir. Ayrıca bu uygulamalarla hayattaki tek iyi sonucun çocuk sahibi olabilmek olarak algılayan kadınların var olan duruma (gebe kalamamaya/çocuk sahibi olamamaya) kabul verebilmeleri ile ilgili farkındalıkları artmaktadır. Psikososyal acı çekme oranları çok yüksek olan infertil kadınların acı çekmek (birincil) ve ızdırap çekme (ikincil) arasındaki farkı fark edebilmeleri ile anksiyete düzeyleri düşmektedir. Belki de en önemlisi çocuk sahibi olamadıkları için en güçlü hissettikleri duygulardan biri olan suçluluk için öz-şefkatin iyileştirici gücü ile tanışmış olmaları da anksiyete şiddetini azaltmaktadır. Şu nokta unutulmamalıdır; birçok çalışma göstermiştir ki anksiyete oranlarının düşmesi gebelik oranlarını arttırmakta ve sağlıklı gebelik sürecini desteklemektedir.

ONKOLOJİ HASTALARINDA ANKSİYETE VE MINDFULNESS

Dr. Psk. Dilek ANUK

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı Anabilim Dalı, Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Bilim Dalı, İstanbul

Kanser birçok toplumda ölümle özdeşleştirilmiş kronik bir hastalıktır ve hastalar kanser tanısı sonrasında, zorlu tedavi süreçleri ve beklenmedik gelişmeler yaşayabilir. Bu nedenle, anksiyete ve depresyonun kanser hastalarında çok yaygın olması şaşırtıcı değildir. Kanser sürecinde gözlenen psikolojik yanıtlar "normal" kaygı ve depresif reaksiyonlardan "klinik" anksiyete ve majör depresyona kadar geniş bir spektrumda dağılır. Bir meta analiz çalışması kanserli hastalarda psikiyatrik semptom sıklığını %30-40 olarak göstermiştir (1). Aynı çalışmada kanser hastalarında anksiyete sıklığı %5.1 - 17 olarak bildirilmiştir. Başka bir çalışmada depresyon tanısı almış kanser hastalarının eş zamanlı olarak %24 oranında yaygın anksiyete bozukluğu, %18 panik bozukluk, %30 PTSB tanı ölçütlerini karşıladıkları bildirilmiştir (2). Kanser hastalarında anksiyete için risk faktörleri arasında; şiddetli ağrı, tanı anında anksiyete, işlevsel sınırlamalar, sosyal destek eksikliği, ilerleyen hastalık veya travma öyküsü ve anksiyete bozukluğu öyküsü olması sayılabilir.

Kanserin olumsuz psikolojik etkilerini yönetmeye yardımcı olmak için çeşitli psikolojik müdahaleler geliştirilmiştir. Bunlardan birisi de Mindfulnes Temelli Yaklaşımlardır (MTY). Bu yaklaşımlar arasında Mindfulnes Temelli Stres Azaltma (MBSR), Mindfulnes Temelli Bilişsel Terapi (MBCT), Kanser Hastalarına Yönelik Mindfulnes Temelli Bilişsel Terapi (MBCT-CA), Mindfulnes Temelli Sanat Terapisi (MBAT) ve diğerleri sayılabilir. Bu müdahaleler temelde beceri kazandırma gruplarıdır ve beden taraması gibi meditasyon ve farkındalık egzersizlerini kapsayan uygulamalara dayanırlar. Kanser hastalarıyla yapılan çok sayıda çalışmanın sonuçları, MTY'ın stresin periferik belirtilerini, uyarılmanın kardiyopulmoner semptomlarını, merkezi nörolojik semptomları, gastrointestinal semptomları, anksiyete / korku ve duygusal dengesizlik gibi stres belirtilerini, uykusuzluk, yorgunluklarını yakınmalarını azalttığı, kansere zihinsel uyumu ve yaşam kalitesini arttırmakta etkili olduğunu göstermektedir (3-6).

Kanser hastalarında anksiyete yönetiminde MTY'ın etki mekanizmasını kaçınma ve ruminasyon üzerine etkilerinden yola çıkarak açıklayabiliriz. Kanser tanısıyla birlikte bireyler yaşamları ve gelecek hakkında yaşadıkları kontrol kaybı ve belirsizlikten kaynaklanan olumsuz duygu ve düşünceler yaşarlar ve bunlardan kaçınmaya çalışır. Endişeli meşguliyet döngüsü, onları 'duygusal acı yaşarsam, kanserim daha da kötüleştirebilir' gibi felaketçi düşüncelere ve kaçınmaya götürür ve bu durum anksiyete, stres semptomlarını arttırır. Anksiyetenin bedensel semptomları hastalık sebebiyle endişenin bedene odaklanmasına ve daha çok kaçınmaya neden olur. Farkındalık, hastaların otomatik olarak gelişen bedensel ve duygusal tepkilerini tanımlamalarına, farkındalıkla kontrol edebilmelerine ve duyguların kendilerini rahatsız etmeden ortaya çıkmasına izin verme cesaretini geliştirmelerine yardımcı olur. Kanser hastalarında MTY'ın etkisinin temelinde yer alan diğer önemli müdahale alanı ruminasyonlardır. Kanserde, ruminasyonların odağı genellikle gelecekte neler olabileceği ile ilişkilidir. Örn "hastalık geri gelecek mi?" "hastalık tedavi edilebilecek mi?", "Çok acı çekecek miyim? "Çocuklarım bensiz nasıl idare edecek?" vb. MTY özellikle MBCT ana odaklanarak kişinin düşünce, duygu bedensel duyumları arasındaki bağlantıları tanımlamasını ve meditasyonlar aracılığıyla zihnin sakinleşmesini sağlayarak ruminasyon döngüsünü kırmaya yardımcı olur.

Kaynaklar

1. Mitchell AJ, Chan M, Bhatti H et al. Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies. Lancet Oncol 2011;12: 160–174
2. Kadan-Lottick NS, Vanderwerker LC, Bkock SD, Zhang B, Prigerson HG. Psychiatric disorders and mental health service use in patients with advanced cancer. Cancer 2005; 104:2872 -2881.
3. Garland, S.N., Tamagawa, R., Todd, S.C., Speca, M., & Carlson, L.E. (2013). Increased mindfulness is related to improved stress and mood following participation in a mindfulness-based stress reduction program in individuals with cancer. Integrative Cancer Therapies, 12, 31–40.
4. Hoffman, C.J., Ersser, S.J., Hopkinson, J.B., Nicholls, P.G., Harrington, J.E., & Thomas, P.W. (2012). Effectiveness of mindfulness-based stress reduction in mood, breast- and endocrine-related quality of life, and well-being in stage 0 to III breast cancer: A randomized, controlled trial. Journal of Clinical Oncology, 30, 1335–1342.
5. Monti, D.A., Kash, K.M., Kunkel, E.J., Brainard, G., Wintering, N., Moss, A.S., . . . Newberg, A.B. (2012). Changes in cerebral blood flow and anxiety associated with an 8-week mindfulness programme in women with breast cancer. Stress and Health, 28, 397–407.
6. Würtzen, H., Dalton, S.O., Elsass, P., Sumbundu, A.D., StedingJensen, M., Karlsen, R.V., . . . Johansen, C. (2013). Mindfulness significantly reduces self-reported levels of anxiety and depression: Results of a randomised controlled trial among 336 Danish women treated for stage I–III breast cancer. European Journal of Cancer, 49, 1365–1373.

GENEL POPULASYONDA SALGININ RUHSAL ETKİLERİ

Doç. Dr. Aslı Enez DARÇIN
İstanbul Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, İstanbul

COVID-19 salgını ve karantinası tüm dünyada korku ve kaygı duygusunu artırmıştır. Bu fenomen aynı zamanda her yaştan insanlar için kısa ve uzun dönemli psikososyal ve ruhsal sağlık sorunlarına neden olmaktadır. Toplumun yaşamı tehdit eden salgın problemine karşı savunması enfekte ya da yüksek riskli kişilerin izole edilmesi, sosyal etkileşimin azaltılması, sık el yıkama gibi bazı hijyen kurallarına daha sıkı uyulması gibi önerilere uymaktır. Beraberinde getirdiği ekonomik sorunlar genel popülasyon üzerinde ayrıca kaygıya yol açmaktadır. İzolasyon uygulamaları her ne kadar enfeksiyonun yayılmasını azaltsa da insanların ailelerine, arkadaşlarına ve diğer sosyal destek sistemlerine ulaşmalarını azaltmış ve kaygı ve depresyonu artıran yalnızlığı artırmaktadır (Zhou et al.i 2020). COVID-19 salgını küresel olarak belirsizliğe neden olmuştur. Günlük rutin aktivite ve etkileşimden uzak olan ve pandeminin getirdiği stres yükü ve belirsizlik altında yalnızlık, depresyon, uyku bozuklukları, zararlı alkol ve madde kullanımı, kendine zarar verme davranışı ve öz kıyım davranışlarının giderek artması mümkün görünmektedir (Gualano et al, 2020).

Salgının sağlık hizmetlerine ulaşımla ilgili sorunlara yol açması, kronik sağlık sorunları olan hastalar gibi kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin de tedavilerini aksatmalarına, mevcut hastalıklarının kontrolleri ve tedavileri açısından risk yaratmaya devam etmektedir. Toplum içerisinde COVID-19 ile ilgili korkunun yayılması, bu hastalığın belirtilerini yaşayanların, hasta olanların, hastalığı geçirenlerin ve yakınlarının izole edilmelerinin yanında belirli derecelerde damgalanmalarına da yol açabilir (Katherine et al, 2020).

Bu sunumda son yüzyılın en büyük krizlerinden biri olan COVID-19 salgının genel popülasyon üzerindeki ruhsal etkilerinin literatür ışığında tartışılması planlanmıştır.

Kaynaklar

Gualano, M.R.; Lo Moro, G.; Voglino, G.; Bert, F.; Siliquini, R. Effects of Covid-19 Lockdown on Mental Health and Sleep Disturbances in Italy. Int. J. Environ. Res. Public Health 2020, 17, 4779.

Katherine J. Roberto, Andrew F. Johnson & Beth M. Rauhaus (2020) Stigmatization and prejudice during the COVID-19 pandemic, Administrative Theory & Praxis, 42:3, 364-378, DOI: 10.1080/10841806.2020.1782128

Zhou X., Snoswell C.L., Harding L.E., Bambling M., Edirippulige S., Bai X., Smith A.C. The role of telehealth in reducing the mental health burden from COVID-19. Telemed. E-health. 2020 doi:10.1089/tmj.2020.0068. tmj.2020.0068.

MADALYONUN İKİ YÜZÜ: KANNABİS YAZI

Doç. Dr. C. Onur NOYAN

Üsküdar Üniversitesi Tıp Fakültesi, NPİstanbul Beyin Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, İstanbul

Esrarın içerisinde yaklaşık olarak 400 farklı bileşen bulunmakla birlikte Tetrahidrocannabinol (Δ9-THC) ve Cannabidiol (CBD) 2 ana bileşendir. THC, esrarın psikotropik özelliklerinden sorumludur. THC parsiyel agonist etki gösterirken cannabinoid 1 reseptörlerine (CB1Rs) bağlanır. CBD ise endojen cannabinoidlerin ve anandamid'in yıkımını azaltır. CB1 ve CB2 reseptörlerine antagonist etki gösterirken, Serotonin 1A parsiyel agonistik etki gösterir.

CBD, öğrenmeyi arttırır, antipsikotik ve anti anksiyete etkisi gösterir. THC ile birlikte alındığında THC'nin zararlı etkilerini azaltır. THC ise öğrenmeyi bozar, psikoz benzeri etki ile birlikte anksiyeteyi arttırır. Esrar ve türevlerinin içermiş olduğu THC/CBD oranları son 20 yılda giderek artmaktadır. Esrarın yan etkilerine de bu artışın sebep olduğu belirtilmektedir. Tüketilen esrar türevlerinin içerdiği THC oranı artmasının ve CBD oranının düşmesinin psikoz riski neredeyse 5 kat arttırdığı belirtilmektedir.

Esrar ve psikoz ilişkisi hakkında yapılan çalışmalarda bazı sorunlar bulunmaktadır. Öncelikle birbirleri olan etkileşimleri ve esrarın psikofarmakolojik etkileri ile karışan psikotik belirtilerin birincil olarak mı ortaya çıktığı yoksa esrar kullanımına mı bağlı olarak ortaya çıktığı ayrıntılı bir şekilde araştırılmalıdır.

Psikotikbozuklukta gözlenen endokannabinoid sistemindeki bozulmalar esrarın pro-psikotik etkisi hakkında ipuçları verebilir. Beyin omurilik sıvısındaki yüksek anandamid (AEA) seviyeleri, şizofreni tanılı bireylerde, esrar içmeyen ve şizofreni tanısı olmayan esrar kullanan prodromal belirtileri olan bireylerde düşük psikotiksemptomlarla ilişkilendirilmiştir. AEA'nın beyinde nöromodülatörbir rolü olduğu bilinmektedir; Bu nedenle, prodromal veya birinci bölüm psikoz sırasında, düzensiz beyin dopaminini kontrol etmek için AEA seviyeleri arttırılabilir.

Kaynaklar

1. Volkow ND, Swanson JM, Evins AE, DeLisi LE, Meier MH, Gonzalez R, Bloomfield MA, Curran HV, Baler R. Effects of cannabis use on human behavior, including cognition, motivation, and psychosis: a review. JAMA psychiatry. 2016 Mar 1;73(3):292-7.
2. Vaucher J, Keating BJ, Lasserre AM, Gan W, Lyall DM, Ward J, Smith DJ, Pell JP, Sattar N, Pare G, Holmes MV. Cannabis use and risk of schizophrenia: a Mendelian randomization study. Molecular psychiatry. 2018 May;23(5):1287-92.
3. Whitfield-Gabrieli S, Fischer AS, Henricks AM, Khokhar JY, Roth RM, Brunette MF, Green AI. Understanding marijuana's effects on functional connectivity of the default mode network in patients with schizophrenia and co-occurring cannabis use disorder: A pilot investigation. Schizophrenia research. 2018 Apr 1;194:70-7.
4. Hiemstra M, Nelemans SA, Branje S, Van Eijk KR, Hottenga JJ, Vinkers CH, Van Lier P, Meeus W, Boks MP. Genetic vulnerability to schizophrenia is associated with cannabis use patterns during adolescence. Drug and alcohol dependence. 2018 Sep 1;190:143-50.

PSİKİYATRİDE YAPAY ZEKA

Doç. Dr. Murat BEYAZYÜZ

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

Dijital sistemlerin ve onlara entegre olmuş makinelerin yükselişi insanoğlunda birbirinden farklı duygu ve düşünceler uyandırıyor. Kimileri makinelerin dünyanın efendileri haline geleceğini ve bunun insanlığın da sonu olacağını düşünürken daha iyimser olanlar makineler sayesinde sınırlı var oluş zamanımızı daha çok haz ile geçirebileceğimizi ve makinelerin insanlığın hizmetinde kalarak insan mutluluğunu arttıracağını öngörüyor.

Yapay zeka, makine öğrenmesi, yapay sinir ağları, derin öğrenme ve nesnelerin interneti gibi kavramlar etrafında şekillenen ve her geçen gün yükselen teknoloji insanın yanında mıdır? Bu sorunun yanıtını kesin biçimde vermek mümkün değil. İnsanlık ve doğa tarihine dair bütüncül bir bilgi kümesine sahip olan ve bu bilgiyi olasılıklar dizgesi bağlamında çözümleyebilen süper bir yapay zekanın savaşa, sermayenin tek elde birikimine, adaletsizliğe hizmet etmesini beklememeliyiz. Yapay zeka böyle bir yola girecekse yeterince zeki olmadığına hükmedilebilir.

Uzun erimde insan ve makine arasında nasıl bir ilişki olacağı konusunda kötümser mi olmalıyız?

Bilim felsefesi nasıl ki bilimin konusu değilse, yapay zekanın gelecekte kendi kendine nelere niyetleneceğine dair tahminlerde bulunmak da yapay zeka teknolojisinin işi değildir. Bu tahminler kenardan yapay zekayı izleyen bizlerin zihinsel uğraşlarıdır. Bu nedenle bu tartışma bilimsel değil felsefi bir tartışmadır. Bu tartışmada temel bir önerme olarak ben şunu ileri sürüyorum: yapay zeka, insanın karşısına dikilse bile bir gün kendi üreticisine ihtiyaç duyacaktır. çünkü gerçek zeka tarafından insan ihtiyaçlarına cevap vermesi için geliştirilen yapay zeka insanın olmadığı bir evrende gerçek zekanın yaşadığı var oluş ve anlam sorunuyla karşı karşıya kalacaktır ve anlamsızlık girdabından çıkabilmek için üreticisini yeniden üretip ya ondan anlam bulmayı öğrenecek ya da onunla anlam bulacaktır.

PSİKİYATRİ'DE YAPAY ZEKA

Prof. Dr. Okan ÇALIYURT

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Edirne

Yapay zeka, aslında yapay olmayan insanlar tarafından gerçekleştirilen, insanlar tarafından kullanılan ve insanlık için kullanılan gerçek bir olgudur. Özellikle son 10 yıl içerisinde geliştirilen algoritmaların belli bir düzeye erişmesi, bilgi işlem gücünün yeterli düzeye çıkması ve yapay zekanın makine öğrenmesi aracılığı ile insandakine benzer bir öğrenme gerçekleştirebilmesi için yeterli verinin birikmesi ve kullanılması sayesinde bir patlama yaşanmaktadır. Başlıca oyun endüstrisi, ses ve görüntü tanıma, sürücüsüz otomobiller gibi alanlar ilk adımlar olmasına rağmen gittikçe artan bir şekilde tıpta kullanımı söz konusu olmaya başlamıştır. Bilim insanları tarafından insanlık için endüstriyel devrime eşdeğer bir etki oluşturacağı düşünülen yapay zeka ve uygulamaları halen radyoloji, patoloji ve cildiye gibi alanlarda tıbbın içinde yerini almaya başlamıştır. Tıbbi branşlar içerisinde teknolojiden en uzağı olarak değerlendirilebilecek alan olan psikiyatri belki de birçokları için yapay zekanın da en son uğrayacağı alan olarak düşünülebilir. Terapötik ilişkinin önemi, anamnez ve ruhsal durum muayenesinin tanı ve tedavideki yeri ve empati gibi en insani süreçler psikiyatrik değerlendirme, izeleme ve tedavide başlıca yer almaktadır. Dolayısı ile makinelerin bu insanlara has süreçleri daha çok uzun süre gerçekleştiremeyeceği düşünülebilir.

Fakat, özellikle insan beynindeki nöronların çalışmasını taklit etmek üzere geliştirilen derin nöral ağ tabanlı makine öğrenmesi yöntemleri başarılı olmaktadır. Bugün içen yapay zeka, emosyonların anlık olarak değerlendirilmesine, insan yüzündeki mimik ve jestlerin saptanmasına, konuşmanın içerik veya sürecinin değerlendirilmesine, postür ve hareketin tanınması ve takip edilmesine, DEHB, otizm, demans, şizofreni ve depresyon gibi psikiyatrik bozuklukların tanısının konmasına veya intihar riski gibi gelecek olayların önceden kestirilmesine yardımcı olmaktadır. Daha neredeyse başlangıç dönemide olarak kabul edilen yapay zeka ile ilgili bu gelişmeler önümüzdeki dönemde psikiyatrik tanı süreçlerini gözden geçirmemize ve yeni paradigmaları kullanmamıza, hastalarımızın takibinde çok daha etkin yöntemler geliştirmemize, tedavi süreçlerinde daha başarılı kararlar almamıza ve riskli grupları çok önceden belirlememize katkıda bulunacaktır. Bu süreçlerin tamamının ölçülebilir ve objektif ölçütler ile yapılıyor olması psikiyatride yeni bir bakış ve yaklaşımı bugün için başlatmıştır.

BİPOLAR BOZUKLUKTA TEDAVİYE DİRENÇ KAVRAMI

Doç. Dr. Ömer ŞENORMANCI

SBÜ Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Raştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Bursa

Psikiyatrik bozukluklarda tedaviye direnç kavramı ilk olarak unipolar depresyon için tanımlanmıştır. Yalancı direnç kavramı ise tedaviyi tolere edemeyip, yeterli süre ve dozda ilaç alamayan hastalar olarak değerlendirilmiştir. Bipolar bozukluğu olan hastaların tedaviye rağmen %37'sinde 1 yılda, %60'ında 2 yılda depresif ya da manik yineleme gorülebileceği bildirilmiştir. Bipolar bozuklukta tedavi yanıtını, remisyonu, dirençliliği her nöbet ve her dönem için ayrı ayrı tanımlamak gerekmektedir. Bipolar bozuklukta tedaviye direnç oranı belirsiz olmakla birlikte, gözlemsel çalışmalarda hastaların yaklaşık üçte birinin tedaviye cevapsız olduğu belirtilmiştir. Tedaviye direnci tanımlamadaki en büyük zorluk, hastalığın yüksek oranda tekrarlaması, kayma eğilimi göstermesi ve klinik olarak zamanla değişim göstermesidir. Bu sebeple kısa dönem etkinlik gösterilebilse de etkinliğin kalıcılığı belirsiz kalmaktadır. Birçok tanımlamada tedaviye direnç sendrom ve belirtilere dayalı olsa da, işlevsellik nadiren göz önüne alınmıştır. Direnç kavramının geleneksel olarak kullanılan bazı tedavi rejimlerine göre yapılmış olması, günümüzde tedavi etkinliği ile ilgili kanıt düzeylerinin değişmiş olması açısından bir zorluk yaratmaktadır.

Kaynaklar

Binbay Z, Solmaz M, Kurt E. Tedaviye dirençli ki uçlu bozukluk. Journal of Mood Disorders 2015;5(2): 69-77.

Özalp E, Karslıoğlu EH. Tedaviye dirençli bipolar bozukluk. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar 2015;7(4): 401-418.

ATAKLARA ÖZGÜ DİRENÇLİ BELİRTİLER

Doç. Dr. Işıl GÖĞCEGÖZ

Üsküdar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

Bipolar bozukluğun uzun dönem seyri değerlendirildiğinde kalıcı yeti yitimine neden olabilen çoklu ataklar ile giden, tedavi altında olmalarına rağmen belirgin işlevsellik kaybının olduğu dönemleri içermektedir. Bu hastaların yaşam sürelerinin yarısında semptomatik oldukları saptanmıştır. Bu panel sunusunda bipolar bozuklukta tedaviye direnç ve ataklara özgü dirençli belirtiler literatür ışığında değerlendirilecektir.

TEDAVİYE DİRENÇLİ BİPOLAR BOZUKLUKTA İÇGÖRÜ, İŞLEVSELLİK VE PSİKOTERAPÖTİK YAKLAŞIMLAR

Doç. Dr. Engin Emrem BEŞTEPE

Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Egitim ve Arastırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, İstanbul

Tedaviye dirençli biplar afektif bozukluk (BAB) klinisyen için zorlayıcı bir durumdur. Direnç BAB da tek başına epizotlardaki direnci anlatabildiği gibi tedavi uyumsuzluğu sonucu ortaya çıkan direnci de anlatabilir. Bu sunumda BAB da tedavi direnci olarak tedavi uyumsuzluğu sonucu ortaya çıkan direnç bahsedilecektir.

BAB da direnç bir çok faktörle ilişkilidir. İçgörü bunlardan biridir. Atak sırasında ve ataklar arasında içgörüyü ölçen bir çok çalışma vardır. Ataklar sırasında içgörü sırasıyla manik, mikst ve depresif ataklarda bozulur. Ötimik dönemde içgörünün düzelebildiğini gösteren çalışmalar vardır. Depresif dönemdeki içgörünün ötimik döneme eşit olduğunu bulan çalışmalar da vardır. Sık manik atak geçiren kişilerin içgörüsünün kötü olacağı açıktır. İçgörü ve işlevselliği araştıran çalışmalar, içgörü arttıkça tedavi uyumunun ve işlevselliğin arttığını gösterir.

Tedavi uyumunu arttırmak için bir çok psikoterapötik yaklaşımdan faydalanılır. Bunların en temelinde psikoeğitim vardır ancak son çalışmalar psikoeğitimin tek başına yetersiz kaldığını göstermektedir. Motivasyonel geliştirme terapisi, psikoeğitimle birlikte uygulanan grup terapileri, bilişsel davranışçı terapi, 'Individualized texting for adherence building' (iTAB) yeni geliştirilen tekniklerdir.

Anahtar kelimeler: bipolar bozukluk, tedavi direnci, içgörü, psikoterapotik teknikler

TEDAVİYE DİRENÇLİ BİPOLAR BOZUKLUKTA AKUT DÖNEM VE SÜRDÜRÜM TEDAVİSİ

Prof. Dr. K. Oğuz KARAMUSTAFALIOĞLU

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Adli Tıp ve Adli Bilimler Enstitüsü, İstanbul

Bipolar bozuklukta direnç kavramını tanımlamak çok güç olmuştur. Halen uzlaşma halinde olunan bir direnç kavramı yoktur. Bipolar depresyon tedavisinde unipolar depresyon tedavisinde uygulanan protokol etkili olmamaktadır. Mani tedavisinde etkili tedaviler olmakla birlikte dirençli durumlarla karşılaşılabilmektedir. Hem bipolar depresyon hem de bipolar bozukluk ile ilgili dirençli tablolarda uygun seçenekler gözden geçirilecektir.(1)

1. Karamustafalıoğlu KO. Bipolar bozuklukta karşılanmamış ihtiyaçlar. Karamustafalıoğlu KO, editör. Bipolar Bozukluk. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2019. p.1-2.

ŞİZOFRENİDE UYKU BOZUKLUKLARI

Prof. Dr. Vesile ALTINYAZAR

Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Aydın

Şizofreni hastalarında uyku bozuklukları hastalığın şiddetine bağlı olarak %30-80 gibi yüksek oranlarda görülmekle beraber pozitif ve negatif semptomlar, intihar, bilişsel ve psikososyal bozuklukların yanı sıra yaşam kalitesinin kötüleşmesi ile ilişkili bulunmuştur. Yapılan çalışmalarda, uyku bozuklukları paranoya ve halusinasyonlar gibi psikotik semptomların başlaması ve devamında öngörücü olarak saptanmıştır ve her iki durum arasında karşılıklı negatif bir etkileşim tespit edilmiştir. Şizofreni hastaları çoğunlukla daha uzun bir uyku latansı, total uyku süresinde azalma ve uyku verimliliğinde azalma göstermektedirler. Hastalar, non-REM, yavaş dalga ve REM latensinde azalma göstermekle birlikte REM uykusu hastalık boyunca stabil olarak saptanmıştır. Şizofrenide en sıklıkla saptanan uyku bozukluklarına insomnia, hipersomnia, parasomnialar, solunum ve hareketle ilişkili uyku bozuklukları ve sirkadiyen ritim bozukluğu dahildir. Uyku bozukluklarına yönelik tüm psikolojik müdahalelerin faydalı olduğu saptanmıştır. Farmakolojik tedaviler arasında melatonin, eszopiklon, sodyum oksibat, ve antipsikotikler yer almaktadır.

BİPOLAR BOZUKLUKTA UYKU BOZUKLUKLARI

Prof. Dr. Fatma Özlem ORHAN

KSÜ Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Kahramanmaraş

Bipolar bozukluğun hem manik hem depresif ataklarında uykunun nicelik ve niteliği ile ilgili değişiklikler sıklıkla görülür. Bipolar hastalarda, uyku örüntüsünde ayırt edici bir özellik gösterilememiş olmakla birlikte gece sık uyanma, uyku kalitesinde düşme, toplam uyku süresinde azalma ya da artma, gündüz aşırı uykululuk ve kabus sıklıkla bildirilen yakınmalardandır (1). Bipolar ötimik hastalarda bile uykunun bozulmuş olduğu bilinmektedir (2).

Günümüzde bipolar depresyon ile unipolar depresyonda uyku özelliklerinin benzer olduğu görüşü ağırlık kazanmıştır (3).

Manide uyku sürekliliği bozulmuş, derin uyku ve toplam uyku süresi azalmıştır. REM latansı ile ilgili sonuçlar çelişkilidir.

Bipolar bozuklukta uyku bozukluklarından insomniye manik atakta, hipersomniye ise depresif atakta daha sık karşılaşılır.

Sirkadiyen ritim de, bipolar bozukluğun hem akut alevlenme dönemlerinde hem de remisyon dönemlerinde sıklıkla bozulmuştur.

Kötü uyku kalitesi, bipolar hastalarda kötü hastalık gidişi, azalmış işlevsellik ve yaşam kalitesi ile ilişkilidir.

Kaynaklar

1. Giglio LM, Andreazza AC, Andersen M, Ceresér KM, Walz JC, Sterz L et al (2009) Sleep in bipolar patients. Sleep Breath, 13:169-173.
2. Ritter PS, Höfler M, Wittchen HU, Lieb R, Bauer M, Pfennig A et al (2015) Disturbed sleep as risk factor for the subsequent onset of bipolar disorder--Data from a 10-year prospective-longitudinal study among adolescents and young adults. J Psychiatr Res,68:76-82.
3. Riemann D, Voderholzer U, Berger M (2002) Sleep and sleep-wake manipulations in bipolar depression. Neuropsychobiology,45:7-12.

VAROLUŞÇU YAKLAŞIM VE UYKU BOZUKLUKLARI

Prof. Dr. Ayşe Fulya MANER

Kırklareli Üniversitesi, Sağlık Yüksek Okulu, Çocuk Gelişimi Bölümü, Adli Tıp Kurumu, Gözlem İhtisas Dairesi

Varoluşçu terapist danışanın dolu ve zengin bir yaşamı olmasını amaçlar. Danışanın inanış ve değerlerinin nasıl toplum, kültür ve dışarıdan gelen güçlerden etkilendiğini ortaya koyar. Kişilerin hayatlarını nasıl yaşadıklarını, nasıl gördüklerini değiştirerek ve hayatlarına anlam bularak yardımcı olur. Kişi kendi yaşamının amacına göre yaşamayı reddediyorsa, otantik ve özgün yaşayamayacaktır. Danışanın durumu bilişsel davranışçı tedavi yada çözüm odaklı terapi gerektiriyorsa, varoluşçu terapist bunları da uygulayacaktır. Örn; uykusuzluk sorununda varoluşçu terapist bilişsel davranışçı terapistin uyguladığı gevşeme tekniklerini uygulayacaktır. Aynı zamanda altta yatan psikolojik bağlantıyı ve uykusuzluk ile danışanın iyi olma hali ile ilgili diğer bağlantıları da ortaya koyacaktır. Örn;stres uykusuzluğu alevlendirebilir ve danışanın güncel yada geçmiş hayatındaki yalnızlık, kararsızlık, ölüm kaygıları gibi birçok konudan kaynaklanabilir yada ''hayatımın anlam ve amacı nedir?'' gibi sorularla içsel çatışmalarının sonucu olabilir.

Bu yaklaşım danışanların iyi yaşamalarına yardımcı olmaya ve emosyonlarından birtakım şeyler öğrenmelerine odaklanır.

Çocukların uyku ve ölümü eşleştirmesi çok iyi bilinmektedir. Uyku durumu çocuğun bilinçsiz olma haline en yakın deneyimdir. Ölmüş olma halinin ne olduğuna dair tek ipucudur

Genel anlamda ölüm, canlı varlıkların canlılığının son bulmasını ifade eden, insanlarda yok oluş, belirsizlik, korku, umutsuzluk uyandıran, kavram olarak soğuk, gizemli,merak edilen ve sürekli olarak araştırılan bir olgudur. Ölüme karşı olan tutumlar, düşünceler ve davranışlar kişinin aynı zamanda hayata bakış açısını ortaya koymakta, hayatı nasıl algıladığını göstermektedir. Ölüm, yokolma kaygılarına neden olabilir.

Uyku yalnızlık, kaçış, yabancılaşma temaları ile ilişkilidir. Rüya ile başka evrenlere, hayali beldelere sığınılır. Gerçeklerden kaçmak, uzaklaşmak, yaşanılan ortamdan memnuniyetsizlikten kurtulmak uyku ile mümkün olur.

Yalom'a göre ölüme karşı sergilenen tutumlar yaşam tarzımızı, dolayısıyla yaşamdaki tüm seçimlerimizi etkilemekte, yaşamın anlamlı hedeflerine ulaşabilmek ölümü kabullenmeye yol açmaktadır.

Ölüm korkusu her zaman ve her yerde bulunmakla birlikte yaşamımızda farklı şekillerde kendini göstermektedir. Savunmalarımız güdülerimiz, rüyalarımız, anıtlarımız, dinler, ideolojiler, mezarlıklar, uzaya açılmamız, başarılı olma dürtümüz, şöhret arzumuz, zamanı doldurmamız, meslek seçimimiz ve diğer birçok yaşam aktivitemiz ölüm korkumuza hizmet etmektedir.

KİMLER PSİKOZ AÇISINDAN YÜKSEK RİSK TAŞIYOR?

Doç. Dr. Armağan ÖZDEMİR
Özel Muayenehane Hekimi, İstanbul

Şizofreni çalışmalarında tedavi başlama süresindeki gecikmenin gidişatı belirleyen en önemli faktörlerden biri olduğu tutarlı olarak gösterilmektedir. Tedaviye başlama süresini kısaltabilmek için kimlerin psikoz açısından daha riskli olduğunu belirlemenin en önemli adım olduğu düşünülmektedir ve bu alandaki çalışmalar giderek artmaktadır. Prodromal dönem psikoz tablosunun öncülü ve belirtilerin ortaya çıkma süreci olarak değerlendirilmektedir. Psikoz için riskli durumları tanımlama ve hangilerinin daha yüksek risk taşıdığını belirleme süreci hala devam etmektedir ancak bazı tabloların riskin şiddeti açısından daha dikkat çekici olduğu gösterilmektedir. Psikoz açısından en yüksek riskli durumlar; kısa süreli yineleyen psikotik belirtiler, zayıf düzeyde psikotik olmayan belirtiler veya genetik riski olan kişilerde işlevsellikte önemli düzeyde bozulma olarak sınıflandırılmaktadır. Bu belirtilerin kimlerde psikoza dönüştüğü en çok merak edilen ve araştırılan konulardan biridir. Çalışmalarda psikoza dönüşüm riskini en çok artıran faktörler; zayıf pozitif belirtilerin şiddetli ve uzun süreli devam etmesi, bizar düşünce ve davranışlar, işlevsellikte dramatik düşüş, aile öyküsü mevcudiyeti ve madde kullanımı olarak gösterilmektedir.

Bu sunumda kimlerin psikoz açısından yüksek riskli durumda olduğu ve bu kişileri belirlemenin klinik önemi literatürdeki çalışmalar eşliğinde tartışılacaktır.

PSİKOZ AÇISINDAN YÜKSEK RİSKLİ DURUMLARDA TEDAVİ YAKLAŞIMLARI

Doç. Dr. Canan Aksoy POYRAZ

Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

Şizofreni ya da şizofreni spektrumunda bir bozukluğu olabilecek kişileri önceden tespit etmek ve bu kişilerde koruyucu/geciktirici tedavi girişimlerini belirlemek için yürütülen araştırmaların sayısı her geçen gün artmaktadır. Psikoz için yüksek risk gurubu olarak adlandırılan bu genç insanları saptamak için öncelikle tanımlayıcı bazı ölçütler saptanmıştır. Bu ölçütler yaklaşık yirmi yıldır dünyanın farklı ülkelerinde, bu kişilerin takip edildikleri özel polikliniklerde kullanılmaktadır. Bu ölçütlere göre, psikoz için yüksek riskli kişilerin 1 yıl içinde %15-30'unda, 3 yıl içinde ise %36'nın üstünde tam bir psikoz kliniği ortaya çıkmaktadır. Bu oranlar genel toplumdaki insanlarda psikozun ortaya çıkma oranlarından çok daha yüksektir. Psikoz için yüksek riskli kişilerin saptanması tam bir psikoz tablosunun başlamasını önleyebilir ya da en azından başlangıcını geciktirebilir. Tedavi girişimlerinin amacı hem semptomların giderilmesi hem de psikozun oraya çıkma ihtimalini azaltmaktır. Ayrıca işlev kaybının önlenmesi de amaçlanmaktadır. Bu konuda yürütülen çalışmalarda düşük dozlarda antipsikotik ilaçların kullanılmasının, bilişsel davranışçı tedavi uygulamasının, omega-3 yağ asitlerinin ve aile tedavisi, bilişsel iyileştirme, sosyal beceri eğitimi, bilişsel davranışçı terapi gibi birçok yöntemin birarada uygulanmasının hem kısa vadede hem de 2-4 yıl gibi uzun bir süre zarfında psikoza geçiş ihtimalini azaltmada etkili yöntemler olduğu bulunmuştur. Bununla birlikte bu etki zaman içinde azalmaktadır, yani girişimler en azından bu kişilerin bir grubunda korumaktan çok geciktirici bir etki göstermektedir. Yine de, bu da azımsanmayacak bir etkidir, zira erken tedavi gören bireylerde daha iyi bir seyir olabileceği yönünde bulgular vardır. Yakın zamanda, yüksek risk gruplarında özellikle altta yatan patofizyolojiye yönelik olabilecek, daha yeni tedavi girişimleri denenmeye başlamıştır, bu pilot çalışmaların da sonuçları olumludur. Ancak henüz hastaların farklı seyirler göstermesini ve bunun altında yatan biyolojik süreçleri açıklayabilecek bir bilgi bütünlüğüne ulaşılamamıştır dolayısıyla tedaviler bireyselleştirilememektedir. Bu sunumda psikoz için yüksek risk taşıyan bireylerin tedavisi hakkında yürütülen yeni araştırmalar ve sonuçları ve bu alandaki boşluklar ele alınacaktır.

MADDEYE BAĞLI PSİKOZDA DİRENÇLİ PSİKOTİK BELİRTİLER VE ŞİZOFRENİYE DÖNÜŞÜM

Cansu Çakır ŞEN

Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 14. Psikiyatri Kliniği, İstanbul

Şizofreni, maddeye bağlı psikoz ve madde kullanım bozukluğu arasındaki ilişki ruh sağlığı hekimleri açısından her zaman merak uyandırıcı olmuştur. Şizofreni hastalarında madde kullanımının neden yüksek olduğu, madde kullanımının hangi kişilerde psikoza neden olduğu, maddeye bağlı psikozların bir kısmının tamamen düzelirken diğerlerinin neden şizofreniye dönüştüğü sorularına yanıt arayan çok sayıda çalışma vardır. Psikoaktif madde(PAM) kullanımına bağlı gelişen psikotik bozukluklar, madde kullanımını takiben tetiklenen, bazen kısa, bazen gün, hafta hatta aylara yayılan psikotik bozukluklardır. PAM kullanımına bağlı gelişen psikoz tanısı olan hastaların önemli bir bölümü geç dönemde şizofreni tanısı almaktadır. Yapılan çalışmalarda PAM kullanımına bağlı gelişen psikozdan şizofreniye dönüşüm için oldukça geniş bir oran aralığı verilmekte, en yüksek riskin kannabis ve amfetamin ile olduğu belirtilmektedir. Tanının şizofreniye evrilmesini etkileyen diğer faktörlerin; erkek cinsiyet, kentsel yaşam, PAM kullanımına erken yaşta başlama, tedavi edilmemiş psikozun süresi, semptom profili, kannabis ya da diğer PAM kullanımına psikotik epizoddayken de devam etme ve psikoz için familyal risk skorunun yüksek olması olarak bulunmuştur.

Şizofreni hastalarında madde kullanımının normal popülasyona göre daha yüksek olduğu birçok çalışmada gösterilmesine rağmen aralarındaki ilişki ve nedenleri henüz net olarak açıklanamamıştır. Şizofrenide madde kullanım sıklığının artışını açıklayacak değişik teoriler ortaya atılmıştır: PAM kullanımının psikoza yol açması, psikozun PAM kullanımına neden olması, madde kullanımı ve psikozun ortak bir sebepten kaynaklanması, PAM kullanımı ve psikozun rastlantısal olarak bir arada gelişmesi ve birbirinin şiddetini arttırması bu konudaki temel dört teoridir.

Sonuç olarak; PAM kullanımına bağlı gelişen psikotik bozukluğun şizofreniye eşlik eden madde kullanım bozukluğundan ayrımı ve madde kullanımı sırasında ya da sonrasında gelişen psikozun etiyopatolojik, prognostik ve klinik sonuçlarının değerlendirilmesi gibi konulardaki bilgi henüz yeterli düzeyde değildir ve gelecekte yapılacak araştırmalar ile aydınlatılması beklenmektedir.

MADDEYE BAĞLI PSİKOZDA TEDAVİ

Doç. Dr. Ömer Faruk DEMİREL

İstanbul Üniversitesi – Cerrahpaşa Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

Maddeye bağlı psikoz DSM 5'e göre hezeyanlar ve/veya halüsinasyonların görüldüğü, bu semptomların maddeye bağlı yoksunluk, intoksikasyon döneminde veya alımını takiben başladığı ve ilişkili maddelerin hezeyan ve/veya halüsinasyonlara neden olabilen maddelerin olması gerektiği bir durum olarak tanımlanmaktadır. Psikotik bir sürecin maddeye bağlı psikoz tanısı alabilmesi için madde ile ilişkili olmayan psikotik bozukluk tanısının dışlanması veya maddenin bırakılması sonrası belirtilerin 1 aydan kısa sürmesi gerekmektedir. Şizofreni veya diğer psikotik bozukluğu olan hastalarda da madde kullanım bozukluğu eş tanısının toplumdan yüksek olduğu düşünüldüğünde özellikle madde kullanımı sık ve yoğun olan hastalarda tanısal karmaşalar gözlenebilmektedir. Çoğunlukla kullanılan madde bırakılınca belirtiler gerilese dahi başlangıç semptomlarının benzerliği nedeniyle ilk dönemde primer bir psikotik tablodan ayırt etmek de kolay olmayabilir. Bu alanda ki diğer bir sorun da bazı hastalarda madde kullanımı devam ettikçe psikotik belirtilerin de sebat edebilmesidir. Bu yüzden maddesiz dönem takibi kliniğin netleşmesi açısından önem arzetmektedir. Bu durumlarda özellikle maddeye bağlı psikozu öngördüren atipik başlangıç yaşı veya gidişat gibi özellikler de primer psikoz kliniğinden ayırt etmede ön plana çıkabilmektedir. Stimulan, kanabis veya halusinojen kullananların küçük bir kısmında psikoz görülmektedir. Bu yüzden bu maddelerle gelişen psikotik belirtiler gözlendiğinde psikoz-şizofreni açısından yüksek risk grubu açısından değerlendirmek tedavi planlamasında önem arzetmektedir. Madde kullanımı şüphesi olan psikotik tablolarda geliş zamanında idrar-kan madde düzeyi ölçümlerinin yapılması, psikoz için yüksek risk açısından takibe alınması, antipsikotik tedavinin ancak yakın takiple kesilmesi, madde kullanımının bırakılması için girişimlerde bulunulması, primer psikoz tablosu da başladı veya eşlik ediyorsa eştanı açısından takip ve tedavinin sürdürülmesi, yeterli dozda antipsikotik kullanımına rağmen psikotik belirtilerin sebatı durumunda madde kullanımının devam ettiği ihtimalinin göz önünde bulundurulması gerekmektedir. Psikoz tablosuna neden olabilen birçok madde olmasına karşın literatürde bu durumların tedavisi ve yönetimine dair kısıtlı sayıda veri bulunmaktadır. Bu sunumda literatür verileri ve kılavuzlar doğrultusunda madde kullanımına bağlı psikoz tablolarında tedavi süreçleri konuşulacaktır.

Anahtar kelimeler: Maddeye bağlı psikoz, şizofreni, madde psikozunda tedavi

MADDEYE BAĞLI PSİKOZ HASTALARININ YAKINLARI PSİKOZ AÇISINDAN RİSK ALTINDA MI?

Dr. Merve ÇUKUROVA

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

Psikoaktif maddeler bağımlılık, kötüye kullanım, intoksikasyon ve yoksunluk sendromu gibi psikiyatrik bozukluklara neden olabilmektedirler. Madde kullanımıyla ilişkili psikiyatrik bozukluklardan birisi de madde kullanımına bağlı psikotik bozukluktur.

Madde kullanımının mı psikoza yol açtığı, var olan psikiyatrik hastalığın etkilerini hafifletmek amacıyla mı madde kullanımına başvurulduğu yoksa altta yatan psikiyatrik hastalığın madde kullanımıyla mı tetiklendiği madde kullanımı-psikotik bozukluk ilişkisinde üzerinde durulan sorulardır. Bu sorulara yönelik kannabinoid kullanımı olan, sonrasında psikotik bozukluk geliştiren hastalarda genetik çalışmalar yapılmış ve ilişkili gen varyasyonları gösterilmiştir. Metamfetamin kullanım bozukluğu olan hastalarla yapılan bir çalışmada, metamfetamin kullanımına bağlı psikotik bozukluk geliştiren ve geliştirmeyenler ailesel şizofreni riski açısından incelenmiş ve metamfetamine bağlı psikotik bozukluk geliştiren kişilerin ailesel şizofreni risk skorunun geliştirmeyenlere önemli derecede yüksek olduğu saptanmıştır. Madde kullanımına bağlı psikotik bozukluk başlangıcının ön görülmesi ve bu tanının ileride şizofreniye progresyonunu araştıran başka bir çalışmada ise maddeye bağlı psikozun, psikoz için ailesel riski yüksek olan bireylerde madde kullanımı sonrasında ortaya çıktığı; maddeye bağlı psikoz sonrası gelişen şizofreninin ise madde maruziyetinin neden olduğu bir sendrom değil, büyük ölçüde yatkınlığı olan bireylerde maddeyle tetiklenen bir sendrom olduğu bildirilmiştir.

Maddeye bağlı psikoz gelişiminin ailesel yatkınlıkla ilişkili olabileceğine dair genetik ve epidemiyolojik çalışmalar yapılmaktadır. Bu başlık altında maddeye bağlı psikoz hastalarının yakınlarının psikoz açısından risk durumları, bu hastaların ailesel psikoz risklerini araştıran çalışmalar üzerinden incelenecektir.

HASTA OLMAK VE POZİTİF PSİKOTERAPİ

Öğr. Üyesi Dilek DEMİREZEN

Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Düzce

Fiziksel bir hastalıkla karşılanan birey ağrı-acı, belirsizlik, beden imajının zedelenmesi, sorumluluklarını yerine getirememe, gelecek planlarının tehlikeye düşmesi, fonksiyonel veya görünmez kayıplar gibi çeşitli güçlüklerle karşı karşıya kalabilmektedir. Bu nedenle hastaların birçoğunda davranışsal, duygusal, kognitif tepkiler gelişebilmektedir. Hastanedeki genel servislerde yatan hastaların %30-60'ında önemli ruhsal bozuklukların geliştiği, en sık görülen bozukluğun depresyon ve anksiyete bozuklukları olduğu bilinmektedir. Fiziksel hastalığın tedavisinde psikolojik tedavi ve bakım, genel tedavi ve bakımın ayrılmaz bir parçasıdır. Psikolojik bakım, "hastayı anlamadan, hastalığı ve tepkileri anlayamayız" ve "sadece vücut organları ile değil, bir bütün olarak insan varlığı ile uğraşılması gerekir" anlayışını temel alır. Fiziksel hastalıklarda psikolojik bakım müdahalelerinde bilişsel terapi, davranışçı yöntemler aile terapileri, dinamik yaklaşımlı terapiler, sanat terapisi gibi terapi yöntemlerinden yararlanılmaktadır. Odak noktası insanı varlığını anlamak, pozitif olanı bulmak ve semptomları/rahatsızlıkları pozitif olarak yeniden yorumlamak ve en nihayetinde bireyin yaşamında dengeye ulaşmasına yardım etmek olan "pozitif psikoterapi" fiziksel hastalığı olan bireylerin psikolojik bakımında bir terapi yöntemi olarak kullanılabilir.

Pesesschkian (1970) tarafından kuramsallaştırılmış bir yaklaşım olan Pozitif Psikoterapi (PPT)'nin umut, denge ve konsültasyon olmak üzere üç önemli ilkesi vardır. Bir başka önemli nokta, pozitif psikoterapide fiziksel ve psikolojik semptomlar gerçek yeteneklerle ilişkilendirilmesi ve yeniden anlamlandırılmasıdır. Bu yaklaşıma göre sadece sağlıklılar değil, fiziksel, psikolojik sorunlar yaşayan bireyler de temel yeteneklere sahiptirler. Her semptomun bir işlevi olduğuna inanılır ve semptomu olumsuz olarak ele almak yerine olumlu olarak ele alır. Bu bakış açısı fiziksel hastalığın getirdiği kayıplar nedeniyle uyum güçlükleri yaşayan bireylerin var olan yeteneklerine yeniden odaklanması ve semptomu ile pozitif bir ilişki kurmasına yardımcı olmaktadır. Var olan semptomun kişinin hayatında neyi kolaylaştırdığı bulunmaya çalışılır ve daha sonra o semptoma ihtiyaç duymadan kişini aynı kolaylığı nasıl yaşayabileceği üzerinde durulur. Fiziksel hastalığı olan bireyin denge modelini kullanarak ve hastaların kapasiteleri belirleyerek hızlı ve etkin bir şekilde biyopsikososyal verileri oluşturulabilir. Umut prensibi, durumsal cesaretlendirme, hikâyelerin kullanımı gibi PPT'nin temel prenspleri ile gerekli psikososyal müdahaleleri planlanabilir.

BAĞIMLILIK VE POZİTİF PSİKOTERAPİ

Psk. Ahmet YILMAZ

NP İstanbul Beyin Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, İstanbul

Madde bağımlılığı dünya genelinde olduğu gibi Türkiye'de de ciddi bir artışa geçmiş ve önemli bir sorun alanı hâline gelmiştir. Gerek bireysel ve gerekse toplumsal nedenlerden kaynaklanan bağımlılık süreci, fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik birçok olumsuzluğa neden olmaktadır. Dünya genelinde bağımlılıkla mücadelede yaklaşık 1200 terapi çeşidinin kullanıldığı bilinmektedir. Pozitif psikoterapi de bu yaklaşımlardan biridir. Pozitif psikoterapi yaklaşımlarında amaçlar, bireylerin çatışma ile başa çıkma kaynakları olarak görülmektedir. Pozitif Psikoterapi içinde diğer terapi kuramlarını barındırmakla birlikte kendine özgü prensip ve müdahale yöntemleri olan kaynak-yönelimli, çatışma-çözüm temelli ve kültüre duyarlı bir terapi yaklaşımıdır. Pozitif Psikoterapide kullanılan "pozitif" sözcüğünün özel bir anlamı vardır. Özgün kullanımında (positum) olduğu gibi, bu kullanımda da gerçek ve var olanı ifade eder. Bunun yanında, Pozitif Psikoterapinin özü beş adımlı bir süreçtir: 1. Gözlem/uzaklaşma evresi, 2. Envanter evresi, 3. Durumsal cesaretlendirme evresi, 4. Sözelleştirme evresi, 5. Hedefleri genişletme evresi. Beş aşamalı model terapiyi şekillendirme için yardımcı olan bir rehberdir.

RUH SAĞLIĞI ÇALIŞANLARINDA ÖZBAKIM VE POZİTİF PSİKOTERAPİ

Uzm. Psk. Melis DEMİRCİOĞLU

Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Travma ve Afet Çalışmaları Uyg. Ruh Sağlığı Anabilim Dalı, Kocaeli

Ruh sağlığı çalışanları için mesleki tükenmişlik önemli bir sorundur. Özellikle heterojen hasta gruplarıyla çalışmak yerine bağımlılık, travma ve benzeri gibi belli alanlara odaklı spesifik hasta gruplarıyla çalışanlar söz konusu olduğunda bu daha belirgin bir risk halini alabilir. Ruh sağlığı profesyonellerinin iyilik halini korumaları klinik çalışmalarına etki edebilecek bir faktör olarak kabul edildiğinden ötürü, bireysel psikolojik iyi oluşa önem vermek ve özbakım gibi konular etik olarak da bir gerekliliktir. Bununla birlikte, pek çok kurumda hali hazırda işler durumda olan, çalışanların tükenmişlik sendromundan korunmasını; fiziksel, zihinsel ve psikolojik iyi olma halinin desteklenmesini amaçlayan çalışana destek uygulamaları yaygın değildir. Bireyler, kurumlar ve hatta toplumlar için refahı, üretken ve tatmin edici yaşam sürmeyi destekleyen bir yerde duran pozitif psikoloji bakış açısı ve buradan temellenen pozitif psikoterapi müdahaleleri, genel hasta popülasyonuna uygulanan bireysel ve grup müdahalelerinin yanı sıra ruh sağlığı çalışanlarındaki mesleki tükenmişlik için de önemli bir panzehir olabilir. Pozitif psikoterapi en genel haliyle bireyin iyi oluşunu odağına alan bir bakış açısına sahiptir ve bu psikolojik özbakım için önemli bir kesişim noktasıdır. Bu perspektiften yola çıkılarak pozitif psikoloji uygulamalarını içeren yapılandırılmış bir müdahale programının önermesini yapmak amaçlanmaktadır. Bu gibi programların başta ruh sağlığı çalışanı popülasyonu olmak üzere mesleki tükenmişlik riski yüksek farklı iş kollarına mensup gruplar için de katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Benzer nitelikte çalışmaların artması ile pozitif psikoterapinin kullanım alanının yaygınlaştırılmasının ruh sağlığı alanı, hastalar ve toplum açısından faydalı olacağı düşünülmektedir.

Anahtar kelimeler: Pozitif psikoterapi, pozitif psikoloji, özbakım, ruh sağlığı çalışanları.

BEYİNDEKİ DUVAR(!)

Sinay ÖNEN

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

Cinsel birleşmenin olmaması yakınması ile başvuran çiftlerde, kadınlar sıklıkla cinsel birleşme denemesi esnasında vajina girişinde, penis girişini engelleyen bir 'duvar' varmış gibi hissettiklerini dile getirirler. Vajinanın girişinde olan bu kasılmayı neden girişi tamamen kapatan bir 'duvara' benzetmektedirler? Gerçekte var olmayan bu 'duvar' aslında zihindeki hangi süreçlerin bir ürünüdür?

Etiyolojisi tam olarak aydınlatılamamakla birlikte, cinselliğinin kadınlar tarafından ifade edilememesinin, kadın cinselliğinin evliliğe kadar tabu olarak kalmasının, bekarete atfedilen yüceleştirilmiş anlamın batı toplumuna göre vajinismus sıklığının ülkemizde artmasına neden olan kültürel faktörler olduğu ileri sürülmüştür.

Wijma ve Wijma'nın (1997) davranışsal kuramında koşulsuz bir uyaran olan cinsel birleşme ile koşulsuz tepki (ağrı) arasında bir ilişki oluşmakta, ilerleyen zamanlarda cinsel birleşme düşüncesinin kendisi koşullu uyaran haline gelmekte ve koşullu tepki olarak vajinal tepki ve ağrıya dönüşmektedir. Bu noktada kadının verdiği tepki, ağrıdan kaçınma davranışıyla devam etmektedir.

Evrimsel olarak tiksinme (iğrenme); organizmayı patojenlerin kontaminasyonundan koruyan bir savunma düzeneği olarak görülmektedir. Kadınlar için de vajinanın en yüksek kontaminasyon duyarlılığı olan beden bölgesi olduğu, yabancı bir erkeğin penisinin de en yüksek kontaminasyon potansiyeline sahip bölge olarak değerlendirildiği bildirilmiştir. Pelvik taban kaslarında istemsiz kasılmanın da genel savunma mekanizmasının bir parçası olduğu, vajinismusun da tiksinme ile tetiklenen bir savunma tepkisi olabileceği ileri sürülmüştür. (van der Velde ve Everaerd, 2001).

Vajinismus tanısı alan kadınların; korkulan uyarana maruz kaldığında (penetrasyon sırasında) yaşadığı anksiyete, bazı vakalarda panik ve ardından gelen kaçınma davranışı vajinismusun özgül bir fobi olduğu varsayımını güçlendirmektedir. Vajinismusun özgül bilişsel ve davranışsal bileşenleri ağrıyı felaketleştirme, olumsuz kendilik imajı, cinsel tiksinti duygusu, yakınlık ve kontrolü kaybetme korkusudur (Borg ve ark., 2012). Penetrasyon esnasında kontrolünü kaybetme ile ilgili endişeler ile genital uyumsuzluk bilişlerinin de vajinismuslu kadınlarda daha fazla görüldüğü bildirilmiştir (Klaassen ve Ter Kuile,2009).

Vajinismusun etiyolojik bağlantılarına yönelik yapılan çalısmalarda erken dönem uyum bozucu bilişsel şemalar ve ara inanaçlara da odaklanılmış; vajinismus grubundaki kadınların cinsel açıdan daha az olumlu kendilik şemasına sahip oldukları saptanmıştır. Yakın zamanda ülkemizde yapılan bir çalışmada "istenilmeme / yetersizlik", "bağımlılık", "iç içe geçme" ve "fedakarlık" temalı erken uyum bozucu şemaların vajinismus tanısını yordadığı belirtilmiştir.

ÇİFTLER ARASINDAKİ DUVAR

Dr. Öğr. Üyesi Gülin ÖZDAMAR ÜNAL

Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Isparta

Cinsel duygular ve deneyimler hakkında çiftlerin açık bir iletişim kurmamasının cinsel sorunların başlıca nedenlerinden olduğu bilinmektedir. Hem kadın hem de erkeğin cinselliğe yönelik bilgi ve tecrübe eksikliği, korkuları, kaygıları ve çatışmaları cinsel deneyime kendilerini bırakamamalarına ve cinsel sorun yaşamalarına yol açmaktadır. Cinsel sorunlar her zaman bireysel bir ruhsal çatışmanın göstergesi değildir. Genellikle çift ilişkisinden kaynaklı sorunlar da ortaya çıkmasında önemli bir etmendir.

Vajinismun ortaya çıkışında ve semptomların devam etmesinde kadınla ilgili faktörlerin yanı sıra eşin kişilik yapısı, sorun çözme becerileri, vajinismus karşısında tutum ve davranışları, sahip olduğu cinsel işlev bozukluklarının katkılarının göz önünde bulundurulması gerekmektedir.

Tamamlanmamış evliliklerin en sık nedenlerinden biri olarak değerlendirilen vajinismus sadece kadın üzerinde değil aynı zamanda erkek üzerinde de örseleyici boyutta olumsuz psikolojik etkide bulunabilmektedir. Cinsel birleşme konusunda tekrar tekrar yaşanan zorluklar 'başarısızlık' olarak tanımlanıp çiftte yetersizlik duygusuna yol açabilmektedir. Vajinal penetrasyon denemeleri yoğun anksiyete ve öfke yaratabilmekte ve vajinismik yanıta ikincil olarak daha önce cinsel sorunu olmayan eşte erken boşalma, sertleşme bozukluğu gibi cinsel işlev bozuklukları gözlenebilmektedir.

Dolayısıyla vajinismus kadına ait bir sorun/bozukluk olarak değerlendirilmemeli, çift sorunu olarak ele alınıp her iki eşin katılımı ile cinsel terapi uygulanmalıdır.

TEDAVİDEKİ DUVAR

Yrd. Doç. Dr. Memduha AYDIN

Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Konya

Vajinismusun tedavisinde cinsel terapiler bilimsel olarak başarısı kanıtlanmış en etkili tedavi yolu olma özelliğini sürdürmektedir. Cinsel terapiye en iyi ve en kısa sürede yanıt veren cinsel işlev bozukluğu olan vajinismusun tedavisinde bu iyimser tabloyu bozabilecek birtakım engellerle karşılaşabilmekteyiz. Bu engelleri bireye, çifte, terapi seanslarına, terapiste gibi alt başlıklara ayırabiliriz. Bu sunumda öncelikli olarak terapi seanslarına ve terapiste ait engeller değerlendirilerek terapideki duvar tartışılacaktır.

Tedavide oluşabilecek engellerin klinisyen tarafından biliniyor ya da tahmin edilebiliyor olması bu terapi yolculuğunda önümüze çıkabilecek duvarları daha ustalıkla atlamamızı sağlayacaktır. Bu amaçla sunumda vajinismusda cinsel terapide klinisyenlerin tedavi uygulamalarında karşılaşabilecekleri zorluklara ve olası çözüm yollarına değinilmesi amaçlanmaktadır.

KADINLARIN CİNSEL EŞİTSİZLİĞİ

Ecenur AYDIN AŞIK

Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Manisa

Cinsel sağlıkla ilgili sorunlar sık yaşanmasına rağmen kültürel, dini ve sosyal etmenlerden dolayı genellikle bastırılır. Birçok toplumda özellikle kadınlar için mahrem kabul edilen cinsel sorunlar yeterince ifade edilemez(1,2).

Kadın cinsel işlev bozuklukları ile erişkin kadınların benlik saygısı, cinsel mit inanışı ve cinsel bilgi düzeyleri arasında bir ilişkinin olduğu görülmektedir(3).

Evlenmeden önce eş ile tanışma şekli, görüşme süresi, evlenme şekli, eşler arasındaki ilişkinin niteliği, akrabalık/ yakın aile ilişkisi olup olmadığı, evlilikte uyulması gereken gelenek ve görenekler, eşinin sevmediği özellikleri, evliliğini nasıl değerlendirdiği, eşinin cinsel konulardaki bilgi düzeyi ve evini paylaştığı kişi sayısı gibi pek çok faktörün cinsel yaşamı etkileyebileceği belirtilmektedir(4).

Erkekler cinsel ilişkiyi başlatıcı, kadınlar ise cinsel ilişkinin devamına izin veren veya vermeyen (gate-keepers) şeklindeki sosyoseksüel şifreler toplumda kabul görmektedir. Buna göre, kadınlar cinsiyete bağlı kültürel yasaklamalara ve beklentilere daha uyumlu olduklarından, kadınlar için erotik olarak esnek deyimi kullanılmaktadır. Bu nedenle kadınların yetişkinlikte cinsel problemlerde yüksek insidansa sahip olma eğilimde oldukları bildirilmektedir (5).

Cinsel işlev bozukluğu olmayan çiftler ile orgazm bozukluğu yaşayan çiftler karşılaştırıldığında, anorgazmik kadın partnerleri olan çiftlerin cinsellik ve cinsellik dışı ko- nularla ilgili iletişimlerinde suçlayıcı ve anlayıştan yoksun tavır sergiledikleri saptanmıştır (6).

Kingsberg ve arkadaşları (2011), birçok kadın hastasının cinsel sağlığıyla ilgili endişe duyduğunu ve bunun kadınların hayatındaki ilişkileri, günlük stresörleri ve diğer sosyo-kültürel faktörleri etkilediğini vurgulamışlardır(7).

Kaynaklar

1. Impett, E. A., Schooler, D., Tolman, D. L. (2006). To Be Seen and not Heard: Femininity Ideology and Adolescent Girls' Sexual Health. Archives of Sexual Behavior, 35(2), 129-142.
2. Mollaoğlu, M., Tuncay, F. Ö., Fertelli, T. K. (2012). Dahiliye Kliniklerinde Yatan Kadınlarda Cinsel İşlev Bozukluğu ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Yeni Symposium, 50, 4.
3. Diker, Gizem. Kadın cinsel işlev bozukluğunda cinsel mitlere inanma düzeyi, cinsel bilgi ve benlik saygısı. MS thesis. Işık Üniversitesi, 2017.
4. Kütmeç C. Kadınlarda cinsel fonksiyon bozuklugu ve hemsirelik bakımı. Fırat Saglık Hizmetleri Dergisi, 2009; 4: 111-136.
5. Althof SE et al. Cinsel işlev ve işlev bozukluğunun psikolojik ve kişiler arası boyutları (İçinde) Seksüel tıp erkek ve kadında seksüel fonksiyon bozuklukları. Kadıoğlu A. (Çev.). İstanbul, İstanbul Tıp Kitapevi, 2005; 75-109.
6. Kelly MP, Strassberg DS, Turner CM. Behavioral assessment of couples' communication in female orgasmic disorder. Journal of Sex & Marital Therapy, 2006; 32: 81–95.
7. Kingsberg, S. A., Iglesia, C. B., Kellogg, S., Krychman, M. L. (2011). Handbook on Female Sexual Health and Wellness. ARHP by Boehringer Ingelheim Pharmaceuticals, Inc.

DEPRESYON TEDAVİSİNİN DÜNÜ, BUGÜNÜ, YARINI

Prof. Dr. K. Oğuz KARAMUSTAFALIOĞLU

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Adli Tıp ve Adli Bilimler Enstitüsü, İstanbul

Depresyon tedavisinde hedefler değişmekle birlikte ana hedefler belirtileri gidermek ,işlevselliği düzeltmek ve yeni atakları engellemek şeklinde tanımlanabilir.(1) EKT mevcut tedavilerin en eskilerinden olmakla birlikte halen güncelliğini korumaktadır.En eski farmakoterapi ajanları olan imipramin , amitriptilin ve MAOI inhibitörleri de depresyon tedavisinde güncelliğini korumaktadır.Daha sonra gündeme gelen SSRI ve SNRI tedavilerinin yanısıra etkinliği olan ve farklı mekanizmalarla etkinlik gösteren depresyon ilaçları mevcuttur(2).Yeni ilaçlardan esketamin içlerinden en umut vaat edenlerden olup depresyon ilaçlarının en önemli eksikliklerinden biri olan hızlı etkisizlik sorunu da gidermektedir.

Depresyonu ölçmek ,remisyonu ve rezidüel belirtileri tespit etmek gidermek için pratik yöntemlerde gerekmektedir(3).Yeni ajanlar ,yeni alt tipler ve yeni uygulamalarla depresyon pratiğimizi geliştirmek mümkün olacaktır

Kaynaklar

1. Karamustafalıoğlu KO,Yumrukçal H.Depresyon ve anksiyete bozuklukları Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni .45(2), 65-74 ;2011
2. Nutt DJ, Davidson JRT. Gelenberg AJ, Higuchi T, Kanba S, Karamustafalıoğlu O, PapakostasGI , Sakamoto K, Terao T ,Zhang M. International Consensus Statement on Major Depressive Disorder J Clin Psychiatry 2010;71(suppl E1):e08
3. Karamustafalıoğlu KO,Yavuz BG.Major Depresif Bozukluk Tedavisinde Yetersiz Yanıtın Yönetimi ve Yeni Tedavi Seçenekleri Klinik Psikofarmakoloji Bülteni .21Supp1 20-25 ;2011

AĞIR RUHSAL HASTALIĞI OLAN BİREYLERİN COVID-19 SALGININDA ELE ALINMASI

Özgecan Tuna

Dünyada önceki salgınlardan edinilen tecrübelerle ve öngörülerle bilinmektedir ki, salgın durumlarında ciddi ruhsal hastalığı olan ve özellikle sürecin sonuçları konusunda endişe duyan hastaların uyumları bozulabilmektedir. Şizofreni, şizoaffektif bozukluk veya bipolar bozukluk gibi ciddi ruhsal hastalığı olan bireylerde relaps riski artar, riskli davranışlar, ilaç uyumunun bozulması, madde kullanımı ve anksiyete düzeyleri gibi hastalığın prognozunu olumsuz etkileyecek durumlarda belirgin artış gözlemlenir (1). Bunun yanı sıra ciddi ruhsal hastalığı olan bireyler, gerek hastalığın etkisi gerekse ilaçların ve sosyal zorluklarının etkisiyle hijyen kurallarına, genel kamu talimatlarına ve yasaklarına uymakta zorluk yaşayabilirler ve sonuç olarak da enfeksiyona yakalanmaya daha yatkındırlar (1,2). Tüm bunların yanında, olağan zamanlarda dahi genel tıbbi hizmetlere ulaşma konusunda ruhsal hastalığı olan bireylerin, olmayanlara göre dezavantajlı olduğu bilinmektedir ve pandemilerde de ruhsal sağlık ile ruhsal hastalığı olan bireyler ihmal edilmektedir.

COVID-19 salgınında da virüs büyük bir hızla birçok ülkeye yayılmışken 10 Mart 2020 tarihinde Türkiye'nin en kalabalık ve kozmopolit şehri olan İstanbul'da ilk defa Avrupa'dan dönen bir kişide tespit edildi. Ertesi gün, 11 Mart 2020 tarihinde Dünya Sağlık örgütü (DSÖ) COVID-19'u bir pandemi olarak ilan etti. Sonraki günlerde tüm önlemlere rağmen İstanbul başta olmak üzere ülkenin büyük bir kesiminde virüse bağlı hastalık yayılım göstermiştir.

Ağır ruhsal hastalığı olan bireylerde tedavi uyumunda bozulmalar ve hastalık belirtilerinde alevlenmeler bildirilirken, bazı bireyler de daha önce hiçbir ruhsal hastalık yokken psikotik belirtiler gibi ağır belirtilerle ruh sağlığı kliniklerine başvurmaya başladılar. Henüz ülkedeki ilk vakanın tespitinin üzerinden bir ay geçmeden ruh sağlığı hastanelerinde koğuşlardaki hastalarda koronavirüs tespit edilmeye başlandı, acil servislere homisid, suisid riski olan ajite olan tedavi reddi olan ve aynı zamanda bilgisayarlı tomografi ve/veya PCR testi ile COVID-19 tespit edilen hastalar için uygun klinik ihtiyacı gündeme geldi. Salgın döneminde ruhsal hastalığı olanların enfeksiyona daha yatkın olmalarının yanı sıra salgının olumsuz etkileri ve alevlenmelerin sık olması gibi unsurlar göz önüne alındığında içinde bulunduğumuz COVID-19 salgınında da bu hastalardan infekte olanların takip ve tedavi edilebileceği psikiyatri kliniklerine ihtiyaç duyulması kaçınılmazdır (3,4).

Kaynaklar

1. Preparing for the Outbreak, Damir Huremović, 65-77 https://doi.org/10.1007/978-3-030-15346-5

2. Xiang YT, Zhao YJ, Liu ZH, Li XH, Zhao N, Cheung T, Ng CH. The COVID-19 outbreak and psychiatric hospitals in China: managing challenges through mental health service reform. Int J Biol Sci. 2020 Mar 15;16(10):1741-1744. doi:10.7150/ijbs.45072. eCollection 2020. Review. PubMed PMID: 32226293; PubMed Central PMCID: PMC7098035.

3. Druss BG. Addressing the COVID-19 Pandemic in Populations With Serious Mental Illness. JAMA Psychiatry. 2020 Apr 3. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2020.0894. [Epub ahead of print] PubMed PMID: 32242888.

4. Fagiolini A, Cuomo A, Frank E. COVID-19 Diary From a Psychiatry Department in Italy. J Clin Psychiatry. 2020 Mar 31;81(3). pii: 20com13357. doi:10.4088/JCP.20com13357. PubMed PMID: 32237301.

COVID-19 VE BAĞIMLILIK

Özlem Kızılkurt Kazan

Küresel bir halk sağlığı acil durumu olan Koronavirüs (COVID-19) salgını, virüsün benzersiz özellikleri nedeniyle dünyaya hızla bir yayılım göstermiştir. Özellikle kronik pulmoner, kardiyovasküler ve serebrovasküler hastalık gibi tıbbi eş tanıları olanlar kişilerde COVİD-19 nedenli morbidite ve mortalitenin daha yüksek olduğu izlenmektedir (1). Bu riskli durumların yanında, alkol ve madde bağımlılarının da genel popülasyona kıyasla fiziksel olarak daha kötü sonuçlar ile karşı karşıya oldukları ve riskli grup içerisinde oldukları bildirilmektedir (2). Diğer taraftan salgının hem kendisi hem de kontrol altına almak amacı ile uygulanan önlemler, insanların yaşam düzenlerinde değişimlere, sosyal ve ekonomik sıkıntılara neden olmaktadır. Bu kriz döneminde dünyanın dört bir yanındaki insanların panik, fobi, sağlık kaygısı, uyku bozuklukları, dissosiasyon benzeri belirtilere kadar çeşitli ruhsal sağlık zorluklarıyla karşılaşmaları beklenmektedir (3). Bununla birlikte, karantina döneminde ve sonrasında potansiyel sıkıntılar nedeni ile bağımlılık davranışlarında artış olabileceği düşünülmektedir. COVİD-19 Pandemisinin ve neden olduğu kısıtlama önlemlerinin bağımlılık üzerine olan etkisi ile ilgili henüz bilimsel bir kanıt olmamakla beraber, daha önce yaşanmış olan salgınlara ve krizlere bakarak bağımlılık davranışlarında artış yaşanabileceği düşünülmektedir. Özellikle stres, işsizlik, yaşam değişikliği bağımlılık davranışlarını arttırabilecek faktörler olarak değerlendirilmektedir. Hem fiziksel hem de ruhsal hastalık eş tanı oranları yüksek olan bağımlı hasta popülasyonu COVİD-19 pandemisi nedeni ile daha büyük risk altındadır. Pandeminin getirdiği önlem alma davranışları ve yaşam tarzı değişikliklerinin özellikle riskli gruplarda uzun vadede davranışsal bağımlılıkların ortaya çıkmasına zemin hazırlayabileceği öngörülmektedir. Pandemi döneminde bağımlılık alanında yaşanabilecek sorunları engelleyebilmek için klinik ve halk sağlığı hizmetleri sunmaya devam etmenin yenilikçi yollarını bulmaya ihtiyaç vardır. Çevrimiçi sağlanan bireysel ve grup tabanlı psikososyal müdahaleler bu dönemde ihtiyaç duyulan yaklaşımlardır. Bilişsel davranışçı terapi, stres azaltma yaklaşımları, başa çıkma beceri eğitimleri, motivasyonel görüşme ve nüks önleme müdahaleleri için uyarlanmış yaklaşımlar pandemi döneminde odaklanılması gereken temel psikososyal müdahalelerdir.

Kaynaklar

1. Zhou F, Yu T, Du R, Fan G, Liu Y, Liu Z, et al. Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. Lancet. 2020;
2. Arya S, Gupta R. COVID-19 outbreak: Challenges for Addiction services in India. Asian J Psychiatr. 2020;51:102086.
3. Banerjee D. The COVID-19 outbreak: Crucial role the psychiatrists can play. Asian J Psychiatr. 2020;50:102014.

PANİK BOZUKLUK SEYRİ VE UZUN DÖNEM TEDAVİSİ

Doç. Dr. Ramazan Konkan
S.B.Ü Bağcılar SUAM, Psikiyatri Kliniği, İstanbul

Geçmişte daha ılımlı seyirli ve düşük dozlarda ilaç tedavilerine yanıt verdiği düşünülse de Panik Bozukluk genellikle yinelemelerle yada kronik seyreden bir durumdur. Seyir hastalara göre değişkenlik gösterir. Panik bozukluğunun mevcut uzun izlem çalışmaları tedavi etkisi açısından kontrolü yapılan çalışmalar değildir bu yüzden tutarlı bir yoruma ulaşmak güçtür. Yinede genel anlamda söylenecek olursa hastaların %30-40 uzun süreli izlemde semptomsuz bulunmuştur. Hastaların %50 kadarında ise günlük yaşamı yada işlevselliğini etkilemeyecek derecede kalıntı semptomlar vardır. Ancak %10-20 hasta ise ciddi semptomlarla yaşamını sürdürmektedir. Panik bozukluğu seyri hakkındaki 16 izlem çalışmasının gözden geçirmesine göre hastalar çoğu semptomları açısından 15-60 ay arası bir dönemde iyileşmeler gösterirler ancak çok azı tam bir çözüm yaşarlar. Kötü seyri öngörmede Panik bozukluğa Depresyon, Agorafobi ve Kişilik bozukluğunun eşlik etmesi faktör olarak öne çıkmıştır (Roy-Byrne, 1994-1995). Panik bozukluklu hastalar yaşamlarının herhangi bir döneminde %59.1 halen durumları için tedavi almaktadırlar.

Panik bozukluğu tedavisinde en çok kullanılan ilaçlar SSRI, SNRI ve Benzodiazepinlerdir. Bağımlılık ve kötüye kullanım potansiyeli olmadığı için uzun süreli tedavide en sık kullanılan SSRI'lar birinci sıra ilaç seçeneğidir. SSRI'ların sitalopram, fluvoksamin, paroksetin) uzun dönem (ortalama 2 yıl) etkinliği gösterilmiştir (Holland, 1994; Lecrubier, 1997; Lepola,1998).Venlafaksin uzun erimli kullanımında yinelemenin plasebo grubuna göre daha düşük olduğu gösterilmiştir (Ferguson, 2007).

Terapi olarak en etkin panik bozukluğu terapisi Bilişsel Davranışçı Terapidir. Bilişsel davranışçı terapinin hem akut hem de uzun dönem tedavide etkinliği gösterilmiştir. Uzun dönem sürdürüm Bilişsel Davranışçı Terapi 21 aylık izlemde bekleme gurubuna göre yineleme oranını oldukça azaltmıştır (5.2%) ve (18.4%). Akut tedavi sonrasında kalıntı Agorafobik belirti kalmasının bağımsız olarak yineleme öngörücüsü olduğu ortaya çıkmıştır (Barlow,2013)

OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUKTA SEYİR VE UZUN DÖNEM TEDAVİSİ

Dr. Abdulkadir TABO

Adli Tıp Kurumu, İstanbul

Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB)'ta yaşam boyu prevalans yaklaşık %1-2 olarak bildirilmektedir. OKB kronik seyirli bir hastalıktır. Hastalar genel olarak daha düşük bir yaşam kalitesi, akademik ve mesleki işlevsellikte düşme, kişilerarası ilişkilerde sorunlar gösterirler . OKB'nin uzun süreli seyrine (5 yıldan fazla) ilişkin çok az çalışma mevcuttur.

OKB genellikle belirtilerde artma ve azalmalarla giden, dalgalanan bir seyir ile karakterizedir. Tam remisyon oranları düşüktür.144 hastada yapılan 40 yıllık bir takip çalışmasında,başlangıca göre her ne kadar önemli oranda (%83) semptom şiddetinde bir düşüş yaşansa da,hastaların %52'sinde klinik olarak hala anlamlı OKB semptomları saptanmıştır. Hastaların sadece %20'sinde tam düzelme görülmüştür. Hem obsesif hem de kompulsif semptomlara sahip olma, erken başlangıç yaşı, başlangıçta düşük sosyal işlevsellik ve kronisite öyküsü,majik obsesyon ve kompulsif ritüeller daha kötü bir seyirle ile ilişkili bulunmuştur Hastaların %58'inde nitel semptom değişiklikleri meydana geldiği görülmüştür. 213 hastayı kapsayan 5 yıllık bir takip çalışmasında ise hastaların yüzde otuz dokuzunda kısmi (% 22.1) veya tam (%16.9) remisyon saptanmıştır. Hastaların yüzde elli dokuzunda sonrasında relaps görülmüştür. Başka bir çalışmada serotonin geri alım inhibitörleri ile tedavi edilen 83 hastanın 10-20 yıllık seyri değerlendirilmiştir. Bu hastaların sadece %20'sinde OKB semptomlarında remisyon görülmüştür. Hastaların yüzde kırk dokuzunda klinik olarak anlamlı OKB semptomları saptanmıştır. Başlangıçta tedaviye iyi yanıt uzun dönem sonuçlarıyla ilişkili bulunmuştur.Farmakoterapinin kesilmesiye relapslar sıklıkla görülürken, bilişsel-davranışçı terapide tedavi kazancının daha uzun sürdüğü ve daha az relaps yaşandığı bildirilmiştir.

Kaynaklar

1. Bloch MH ve ark. Long-termoOutcome in adults with obsessive compulsive disorder. Depress Anxiety. 2013 August ; 30(8): 716–722
2. Skoog G ve Skoog I. A 40-year follow-up of patients with obsessive-compulsive disorder .Arch Gen Psychiatry. 1999; 56:121–127
3. Eisen JL ve ark. Five-year course of obsessive-compulsive disorder: predictors of remission and relapse

YAYGIN KAYGI BOZUKLUĞUNDA SEYİR VE UZUN DÖNEM TEDAVİSİ

Prof. Dr. Abdurrahman ALTINDAĞ

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

Yaygın kaygı bozukluğu (YKB) yaklaşık %5 yaşam boyu prevalansı ile en sık karşılaşılan psikiyatrik bozukluklardan biridir. YKB, en az 6 ay süreyle, pek çok durum ya da aktivite ile ilgili aşırı ve kontrol edilemeyen kaygı ve endişe ile karakterizedir. Klinik gidişi sıklıkla kronik olup hastaların %40'ından fazlası 5 yıldan uzun süren hastalık dönemi tarif ederler. YKB işlevsellikte belirgin bir bozulma ve azalmış yaşam kalitesine neden olur. Hastalar sıklıkla ayaktan tedavi arayışında olup, bu durum tedavi maliyetlerini arttırmaktadır. Uzun dönem tedavide başlıca seçenekler SSRI'lar (başta parksetin ve essitalopram), SNRI'lar (venlafaksin ve duloksetin) ve bilişsel davranışçı terapidir. Benzodiazepinler bağımlılık potansiyelleri nedeniyle uzun dönem tedavide tercih edilmemelidir.

SOSYAL KAYGI BOZUKLUĞUNDA SEYİR VE UZUN DÖNEM TEDAVİSİ

Prof. Dr. Hatice ÖZYILDIZ GÜZ

Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Samsun

Sosyal Anksiyete Bozukluğu (SAB) epidemiyolojik verilere göre en yaygın 4. psikiyatrik hastalık olmasına rağmen tedavi arayışı oranı %4 olarak belirlenmiştir. Bu arayışla genellikle eş tanı olan hastalık ile ilgilidir.Tedaviye başvuranlar arasında yaklaşık 3'te biri iyileşmekte, 3'te biri stabil kalmakta, diğer 3'te birlik kısımda ise kısmi düzelme olmaktadır.Remisyon ölçütü ise Hamilton Anksiyete ölçeği ≤7, Hamilton Depresyon ölçeği ≤7, Sheehan Yeti kaybı ölçeği ≤ 1, Liebowitz Sosyal Fobi Ölçeği ≤30 puan olarak belirlenmiştir.SAB'nun farmakolojik tedavisinde ilk sıra önerilen ilaçlar fluvoksamin, sertralin, paroksetin, essitalopram ve venlafaksin gelmektedir.Fenelzin, klonazepam ve pregabalinde etkili olmakla beraber risk etkenleri göz önüne alındığında ikinci sıra tercih olmaktadır. Sitalopram, gabapentin, tranilsipromin ve olanzapinle yapılan çalışmalarda kanıt düzeyi zayıf bulunmuş, moklobemid, fluoksetin ve atomoksetin ile yapılan çalışmalar tutarsız sonuçlar vermiştir. Mirtazapin, levatirasetam, ketiyapin ve alprozolam çalışmalarında ise tedaviye yanıt olumsuz bulunmuştur.ilaç dışı çalışmalarda BDT'nin etkinliği kanıtlanmış, d-sikloserin ile beraber yapılan BDT tedavisinin daha etkili olduğu bildirilmiştir. Farmakolojik tedavide doğrudan yüksek doz başlanması önerilmemek ile birlikte, SAB'da yüksek dozlara çıkılması gerektiği, etkinliği değerlendirmek için en az 12 hafta beklenmesi gerektiği , eğer yanıt bu sürede yok ise ilaç değişimine karar verilmesi gerektiği önerilmiştir. SSRI'lara yanıt vermeyen hastalarda SSRI ile benzodiyazepin, beta bloker, antikonvulzan, venlafaksin, atipik antipsikotik yada buspiron kombinasyonu yapılabilir. Yine de yanıt alınamaz ise kombine tedaviye geçmek gerekir. İlaç etkileşimini de göz önüne alarak SSRI, SNRI, GABAerjik veya atipik antipsikotikler bir arada kullanılabilir. Bu seçimde hastanın eş tanısı var ise göz önüne alınması da faydalı olacaktır. Relapsları önlemek açısından da tedavi süresinin 1-2 yıl kadar sürmesi gerekmektedir. Yapılan çalışmalarda 6 ay içinde farmakoterapi sonlandırılırsa hastaların %35-40'ında depreşme görülmektedir. Depreşmeyi önlemede en önemli noktalardan biride BDT ye devam etmektir.

Kaynaklar

1. Katzman MA, Bleau P, Blier B et al.Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders BMC Psychiatry 2014, 14(Suppl 1):
2. Stein DJ, Baldwin DS, Bandelow B et al. A 2010 evidence based algoritm fort he pharmacotherapy of social anxiety disorde. Curr Psychiatry Rep 2010;12:471-477
3. Bandelow B, Michaelis S, Wedekind D.Treatment of anxiety disorders.Dialogues in Clinical Neuroscience 2017:19(2)

KANSER HASTALARINDA ANKSİYETENİN GÖRÜNÜMLERİ

Doç. Dr. Hayriye Dilek HAMURCU

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

Anksiyete, bireyi potansiyel tehlike veya tehdide karşı savunmaya hazırlamada bilişsel, affektif, fizyolojik ve davranışsal bileşenleri olan doğal, genellikle uyuma yönelik bir yanıttır. Kanser tanısıyla ortaya çıkan kaygı kişinin iyilik haline tehdit olarak değerlendirilmekte, bu kaygı kişiyi uygun destek ve tedavi seçeneklerini aramaya motive etmektedir. Bazı hastalarda bu kaygı düzeyi anksiyete bozukluğu tanısını karşılayacak düzeye geldiğinde belirgin sıkıntı ve işlev bozukluğuna neden olmaktadır. Kanser teşhisiyle birlikte hastalarda, tedavi sürecinin doğasında bulunan birçok belirsizlikler gündeme gelerek hastanın kaygı düzeylerini artırabilmektedir. Fobiler nedeniyle biyopsi ve görüntüleme tetkiklerini reddetme, tedavi ekibinden sürekli güvence talebinde bulunma ve hastalığın ilerlemesiyle ilgili yoğun kaygılar hastanın tedaviye uyumunu bozabilmektedir.

Kanser hastalarında anksiyete prevalansının yönteme ve değerlendirme zamanlamasına bağlı olarak yaklaşık % 10 ile 30 arasında değiştiği bildirilmektedir. Türkiye'de yapılan bir çalışmada, son dönemde kanser hastalarında anksiyete insidansının %50'nin üzerinde olduğu ve yaklaşık %30'unda kronik anksiyete bulunduğu belirtilmektedir. Anksiyetenin genellikle depresyon, dispne, bulantı ve ağrı gibi semptomlarla birlikte ortaya çıktığı ve sağlıkla ilişkili kötü yaşam kalitesi ile güçlü bir bağımsız ilişkiye sahip olduğu bildirilmektedir.

Kanser bakımı boyunca, birçok hasta yaşam rollerindeki geçişler, işleyiş kaybı, finansal baskılar ve ölümleri ile ilgili varoluşsal endişeler yaşamaktadırlar. Anksiyete bozukluğu öyküsünün varlığı, şiddetli ağrı, tanı sırasındaki anksiyete, hastalığın evresi, fonksiyonel sınırlılık, sosyal destek azlığı, ilerlemiş hastalık, travma öyküsü, santral sinir sistemi metastazları, kortikosteroid, proklorperazin gibi antiemetik ve diğer ilaç tedavileri kanser hastalarında anksiyeteye ilişkin risk faktörleri olarak değerlendirilmektedir. Kanser teşhisi ve sonraki tedavi deneyimi yeni bir anksiyete bozukluğunun başlamasını tetikleyebilse de, hastaların daha sık tıbbi strese bağlı anksiyete bildirdikleri görülmektedir. Hastalık ve tedaviyle ilişkili birçok faktör, kanserli hastalarda anksiyete belirtileri için ayırıcı tanıyı özellikle zorlaştırmaktadır.

Onkoloji ve ruh sağlığı çalışanları arasında işbirlikçi bir model kullanarak başa çıkmayı artırmak, uygun müdahalelerin yapılmasını, hastaların kaygı semptomlarının doğasının ve sonuçlarının tanımlamasını sağlayacaktır.

ŞİZOFRENİ HASTASINDA KANSER

Doç. Dr. Ersin Hatice KARSLIOĞLU

Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Ankara

Beklenen yaşam süresi genel popülasyonda artmasına rağmen, şizofreni hastaları ve sağlıklı bireyler arasındaki yaşam süresi farkı giderek artmaktadır. Şizofreni ve kanser riski arasındaki ilişki çoğu zaman merak ve tartışma konusu olmuştur. Şizofreni hastalarında kanser gelişme riskinin bazı çalışmalarda arttığı bazılarında ise azaldığı bildirilmiştir. Şizofreni hastalarının birinci derece akrabalarında da bazı kanser türlerinin daha az görülmesi, genetik faktörlerin koruyucu olabileceği savının öne sürülmesine neden olmuştur. Şizofreni hastalarında en sık ölüm nedeni kardiyovasküler hastalıklar (KVH) iken, kanser ikinci en yüksek ölüm nedenidir. Ayrıca hastaların çoğunun, ellili yaşlarında KVH'tan ölmesi, birçok kanser türünün gelişmesi beklenen yaşa ulaşılmasını engellemektedir (1). İlginç olarak; tipik antipsikotiklerden pimozid, klorpromazin, tiyoridazin ve trifluoperazinin otofaj engelleyici ve mitozda hücreyi stabilize edici özellikleri olduğu, böylece kanser tedavisine yanıtı artırdıkları bildirilmiştir (2).

Öte yandan kadın şizofreni hastalarında meme kanserinin, her iki cinste akciğer kanserinin arttığı da bildirilmiştir. Sedanter ve sağlıksız yaşam şekli, sigara, alkol/madde kullanımı, obesite ve kronik hastalık bakımının yeterli olmaması; özellikle kadın hastalarda obesite, nulliparite ve hiperprolaktinemi kanseri artıran nedenler olabilir (3).

Şizofreni hastalarında kanser gelişimi daha az olabilirken, kansere bağlı ölüm sağlıklı popülasyondan daha yüksek orandadır. Çoğu şizofreni hastası kanser tanısı aldıktan kısa süre sonra ölmektedir. Kötü gidişatın nedenleri net değildir. Bununla birlikte; taramaların yapılmıyor olması, kanserin genellikle ilerlemiş dönemde tespit edilmesi neden olabilir. Kansere bağlı ölümlerin üçte biri erken tanı ile önlenebilmekteyken, şizofreni hastalarının tıbbi hizmetlere erişim zorluğu, ulaşılsa bile uygun hizmetleri alamama, tıbbi hastalığın tedavisine şizofreni belirtileri ve ekiple uygun iletişimin kurulamaması gibi uyum sorunları kansere bağlı ölümü artırmaktadır (1,2).

Şizofreni hastalarında kanserden korunma ve bakımın iyileştirilmesi için, kanser taramasının ruh sağlığı hizmetlerine eklenesi, şizofreni hastalarında kanser tedavisinin bireyselleştirilmesi ve modifiye edilmesi gerekir (2).

Kaynaklar

1. Newcomer JW , Strassnig MT, Fahnestock PA, Pergadia ML. Medical health in schizophrenia. S: 3947-3955. In: Kaplan and Saddock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 10. Ed.(2017).
2. Zhang X, Xu R, Li X. Trifluoperazine, a novel autophagia inhibitor, increases radiosensitivity in glioblastoma by impairing homologous recombination.J Exp Clin Cancer Res 2017;36:118.
3. Holland JC, Breitbart WS, Butow PN, Jacobsen PB, Loscalzo MJ, McCorkle R. S: 345-392 Psycho-Oncology 3. Ed (2015).

BEBEKLİK VE ERKEN ÇOCUKLUKTA AYRILIK KAYGILARINDA NORMALLİK VE PATOLOJİ

Aybüke Tuğçe MUSTAN

Dr. Ersin Arslan Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, Gaziantep

- Varolma(ma) kaygısı
- Yok olma kaygısı
- Arzu nesnesini yitirme kaygısı
- Sevecen nesneyi yitirme kaygısı
- Nesne tarafından saldırıya uğrama kaygısı
- Ölüm kaygısı
- Tekrar birleşememe kaygısı…

Margaret Mahler'e göre ayrılma bireyleşme dönemi 5.ayda başlar ve 36 ay ve ötesine değin uzanır. *Alıştırma alt evresi* (9-15. aylar)'nde çevreye ilginin artması ile ayrılma kaygılarında yatışma, annenin kendine ait olmadığını anlama ile yeniden alevlenme olur. Bu evrelerde *Kararma durumu*'nu tariflemiştir Mahler. Bebek, alıştırma alt döneminde, annenin yokluğunda düşme vb durumlara duyarsızlaşır, jest ve performansları yavaşlar, bu sırada anneden başka birisi çocuğu etkin şekilde rahatlatmaya çabaladığında çocuk bu indirgenmiş coşkusal dengesini yitirir ve ağlamaya başlar. Bu durum kısa sürede ortaya çıkan anneye kavuştuğunda sona erer. Bu Rosenblum ve Kaufmann'ın tariflediği *Korunma geri çekilişi*'ne benzetilir: annenin ayrılığında bebek maymunda ilk tepki distresstir, ancak bu ayrılık uzun sürerse, annenin dönüşüne kadar iç kaynakları korumaya yönelik bir geri çekilme meydana gelir.

Melanie Klein'ın tariflediği *paranoid – şizoid pozisyon* bu döneme denktir; 3-4 ay civarında ortaya çıkan en erken anksiyete, kontrol edilemeyen aşırı güçlü nesne tarafından tahrip edilme korkusu olarak yaşanan yok edilme korkusudur. Yok olma korkusu, yıkıcı iç nesnenin yani ölüm dürtüsünün sonucu! Paranoid şizoid pozisyonda, çocuğun fantezileri ile doldurduğu anneden kaynaklanan anksiyetesini yatıştırmak için gerçek sevecen anneye ihtiyacı vardır. Klein'a göre bu dönemin aşılması ile bebek *depresif pozisyona* geçer. Tekrarlayan doyum yaşantıları ile haset yatışır ve nesne tüm iyi ve kötü yanlarıyla bütünleşir. Erken aşamalarda korku, gerçek-sevecen annenin yitirilmesinin korkusudur. Burada ise anksiyete ikili duygulardan kaynaklanır. Ayrılma arzuları → suçluluk duyguları → bağımlı olma kaygısı → saldırgan duygular → saldırganlığıyla yaraladığı hissi → kaybetme korkusu.

Donald Winnicott, geçiş nesnelerini tanımlamıştır; bu sayede bebeğin ayrılığı inkar edebildiğini belirtir. Ona göre gerçekliği kabul etme işi hiçbir zaman tamamlanmaz. Gerçeklikle bir baş etme biçimi olarak geçiş nesneleri bebekle birincil bakım verenin ayrı olduğu durumda, 6-12 ay arası ortaya çıkar ve ayrılığın inkarını sağlar ancak ara deneyim bölgeleri hayat boyu vardır (sanat, din vb). Winnicott ayrıca 'Ben varım evresi'nden bahsetmiştir. Bu evre Klein'ın depresif konumuna benzer özellikler taşır. Bebeğin kendisini dışındaki nesneden harici olarak fark ettiği evre. Böylece aslında ayrılığın farkındalığı ve kaygısı ile birlikte çocuk nesne ilişkisi kurma ve iç ve dış gerçeklikleri sınama kapasitesine giriş yapar, yaratıcı oyun oynama ve kültürel potansiyeli kullanma becerisi buradan itibaren gelişebilir. Şizoid pozisyon/şizofrenide ise bu evre aşılmamıştırr, bireyin var olduğuna dair bir kanıt yoktur - var mı yok mu? canlı mı ölü mü? – ve intihar önemini kaybeder.

DC 0-5 sistemine göre 0-2 yaş arasında kaygı bozukluğundan bahsedilemez ancak çocuğun yeni olaylar karşısında çekinme davranışı gösterdiği ve sonraki yaşlarda kaygı bozuklukları olacağına dair işaretler veren bir tanım vardır: Yeniliğe Karşı İnhibisyon Bozukluğu (Inhibition to Novelty Disorder). Bu bozukluk için aşağıdaki tüm kriterler kaşılanmalı.

A) İnfant/küçük çocuk yeni/bilinmeyen nesneler, kişiler ve durumlarla karşılaştığında korku semptomları gösterir. Hemen her zaman şunları yapar:
   1) Donar veya geri çekilir(ör: susar, göz temasından kaçınır) ve bu yeni nesne, kişi veya deneyimden saklanarak veya bakım vereni arayarak kendini uzaklaştırmaya çalışır.
   2) Belirgin, yaygın ve kalıcı negatif affekt gösterir.

B) İnhibe davranış TSSB veya uyum bozukluğunda olduğu gibi bir travma veya stresle ilişkili bir semptom olarak daha iyi açıklanamaz ve spesifik bir uyarana karşı fobik bir tepki değildir.

C) Bozukluğun bulguları veya bakım verenin bulgulara karşı uyumu çocuğun ve ailenin işlevselliğini bir veya daha fazla şekilde bozar

1) Çocuk için zorluk oluşturur.
2) Çocuğun ilişkilerine etki eder
3) Çocuğun gelişimsel olarak beklenen rutinlere veya aktivitelere katılımını sınırlar
4) Ailenin günlük aktivite ve rutinlere katılımını sınırlar
5) Çocuğun yeni beceriler öğrenme ve geliştirme yetisini sınırlar veya gelişimsel ilerlemeye etki eder.

Çocuk 24 aydan küçük ve semptomlar en az 1 aydır olmalı.

Mahler'e göre 2 yaştan sonra erken çocukluk evresi başlar - Bireyliğin sağlamlaşması ve coşkusal nesne sürekliliğinin başlangıcı alt evresi (2-3. yaş ve sonrası). Bu evrede Mahler'e göre artık anne-babanın içselleştiğine dair işaretler vardır, ego yapısı güçlenmiştir, ayrılık kaygıları sonlanmıştır. Kendini büyük grubun bir parçası olarak hisseder, çaresizlik ve yalnızlık tehditlerinden kurtulmuştur, yutulma tehdidi bitmiştir. Baba artık temel üç nesneden biridir. Bu evrede en kıymetli kazanım sevgi ile bağlanılan başka bir yetişkinin varlığı!

John Bowlby, bağlanmayı ve önemini tanımlamış ve her gelişim döneminde ayrılığın farklı sonuçları olduğunu göstermiştir. Bowlby'e göre çok erken dönemdeki ayrılıklarda tam anlamıyla ayrılık kaygısı ve ayrılık acısı nöbetleri görürüz. Her dönemdeki çocuk ayrılıkla kaygılanır ve ayrılığı protesto eder, bu yeniden birleşmeyi yani hayatta kalmayı sağlayan sağlıklı bir davranıştır! Bir süre sonra içsel nesne ile ilişki kurar ve yatışır. Ancak bu süre uzarsa veya nesne sürekliliği öncesinde meydana gelirse, umutsuzluk olabilir: Hareketler azalır, ağlamalar azalır. Çocuk üzgün görünür. Ilişki kurmaktan uzak durur. Ortamdaki başka bir çocuğa ya da evden getirdiği oyuncağına karşı daha hostil olur. Kopma olabilir (Detachment): bakım verenin dönüşüne kadar anormal davranmaya devam edebilir.

Yaygın tanı sistemlerine göre, 2 yaştan sonra var olan ayrılık kaygılarına dair işlevsellik de göz önünde bulundurularak artık ayrılık kaygısı bozukluğundan bahsedilebilir. DC 0-5 sisteminde Çocukluk Çağının Ayrılık Kaygısı Bozukluğu ve DSM 5'te Ayrılma Kaygısı Bozukluğu isimleri ile tanımlanmıştır.

ÇOCUKLUK ÇAĞI AYRILIK KAYGISI BOZUKLUKLARINA PSİKODİNAMİK YAKLAŞIM

Uzm. Dr. Nazlı KAPUBAĞLI ÇETİN

Denizli Devlet Hastanesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, Denizli

Hayatın ilk yıllarında ortaya çıkan ayrılık kaygısı bir çocuğun temel bağlanma figüründen ayrılmaya gösterdiği tepkidir. Ayrılık kaygısı bozukluğu ise, kişinin temel bağlanma figürlerinden veya evinden ayrı kalmaya karşı gösterdiği, aşırı korku ve kaygı ile kendini gösteren bir psikiyatrik bozukluktur. Ayrılma kaygısı bozukluğunun bilinen bir biyolojik ya da nörolojik sebebinin henüz bulunmamış olması, bize bunun çevresel süreçlerle ilişkili olabileceği ve/veya ruhsal gelişimdeki bazı sapmalardan kaynaklanabileceğini gösterir. Yapılan çalışmalara göre çocuklardaki AKB genellikle temel bağlanma figürlerinden ilk kez ayrı kalınan okula başlangıç zamanlarında daha sık başlamaktadır.

Psikanalitik kuramlar, ayrılık kaygısının doğası ve çocuk gelişimindeki yeri konusunda farklılıklar gösterir. Freud, ilk anksiyete deneyiminin doğum anında anneden ayrılma esnasında yaşandığını ve bebeklik yıllarındaki bağlanma davranışının altında yatan temel motivasyonun oral haz arayışı olduğunu iddia etmiştir. Horney her yeni doğanın anne babası tarafından terk edilme korkusuna sahip olduğunu, bu kaygının boyutunun da ailedeki güven ortamına bağlı olarak değişiklik gösterdiğini söyler. Psikodinamik yaklaşıma göre; ayrılık kaygısı bozukluğu tanısı alan çocuk, daha önceki gelişim dönemlerinden geçişinde sorunlar (bağlanma sorunları, önceki ayrılma güçlükleri gibi) yaşamış ve başarısız olmuştur. Bowlby, Bağlanma Kuramında çocuğun anne veya birincil bakımverene bağlılığının önemini ve içgüdüselliğini vurgular. Ainsworth'e göre ayrılma kaygısı her bağlanma stilinde ortaya çıkmasıyla genel olarak bağlanmanın doğal bir sonucudur. Ancak bu kaygının düzeyinin aşırı, normal ya da çok az olmasında bağlanma stillerinin rolü yadsınamaz bir gerçektir.

Mahler'in Nesne İlişkileri Kuramı açısından bakıldığında ise, normal gelişim; normal otistik dönem, simbiyotik dönem ve ayrılma bireyleşme dönemi olarak şekillenir. Bu süreçlerden özellikle simbiyotik dönem ve daha sonrasında ayrılma bireyleşme döneminin alt aşamalarından olan yeniden yaklaşma dönemi anneyle optimal mesafenin ayarlanması ve intrapsişik anneye ulaşılabilirliğin yeterince sağlanamaması ile sonuçlandığında ayrılık kaygısı bozukluğu için hazırlayıcı ve sürdürücü olabilir.

Çocuk ve bakımvereni arasındaki mesajlar ve anlaşmalar karşılıklı bir düzenleyici sistem oluşturur. Anneler sağlıklı bir benlik duygusuna sahip olmadıklarında kendilerini çocuktan ayrı görmelerinin daha zor olduğu ve ayrılık deneyimlerinin kişisel kayıp ya da reddedilme duygularına yol açtığı öne sürülmektedir. Bu duruma annenin ayrılık kaygısı adı verilir. Bu da annede daha korumacı davranışlara sebebiyet verebilir. Öne sürülen bir başka mekanizma, müdahaleci ve kontrolcü ebeveynlerin çocuklarının bağımsızlık konusunda deneyimsiz olmaları, yeni ve belirsiz durumları tehdit edici olarak algılayabilmeleridir. Bu deneyimsizlik de ayrılık temalı bağlamlarda kaygıyı tetikleyebilir. Tam tersine çocuğun bazı yapısal özellikleri de annenin bakım tarzını etkilemektedir. Örneğin ayrılığa aşırı tepki vermede yapısal bir yatkınlığı olan bir çocuk, annede aşırı koruyucu bir tutumu uyarabilir.

Son olarak Ayrılma kaygısı bozukluğu, içinde bulunulan kültür bağlamında değerlendirilmesi de son derece önemli olan bir bozukluktur. Bağlanmayla olan ilişkisi, içinde bulunulan kültürdeki bağlanma alışkanlıklarına veya aile geleneklerine hakim olunmasını gerekli kılmaktadır. Çocuklarda en sık rastlanan bozukluklardan biri olmasına karşın Türkiye'deki alan yazında, özellikle de gelişimsel süreçlerin çalışılması konusunda yeteri kadar ilgi görmediği söylenebilir. Geleneksel toplumsal aile yapısının ketleyici, özgürleşmeye izin vermeyen, bağımsızlıktan ziyade ebeveynlere tam bir yapışıklığı öven yapısının da hem karşılaşılan sıklık, hem de çocuk ve genç ruh sağlığı profesyonelleri olarak bozukluğa bağlı işlev kayıpları yerleşik hale geldiğinde başvurularla karşılaşmamız gibi günlük pratiğimize bir takım yansımaları olduğunu akıldan çıkarmamak gerekmektedir.

ERGENLİKTE AYRILIK KAYGISI BOZUKLUKLARINA KİMLİK GELİŞİMİ ÜZERİNDEN BAKIŞ

Dr. Begüm ŞAHBUDAK

Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir

Ayrılık doğum ile başlar ve birliğe ''açlık'' yaşam boyu sürer. Mahler bu durumdan insanın kaynaşmaya ve yapayalnız kalmaya karşı ebedi kaynağı olarak söz eder. Ayrılık; bedensel olarak bebeğin emeklemesi ve ilk adımları ile başlar, bir dönüm noktası olarak tanımlanır. Çocukluktan yetişkinliğe geçişte bir ara durak olan ergenlik döneminde ise ayrılık hem bireyin çocukluğundan ve çocuksu özelliklerinden ayrılma hem de ebeveynlerinden farklı ve özerk bir kimlik arayışında deneyimlenir.

Psikanalitik kuram açısından bakıldığında Peter Blos, kişiliğin ergenlik döneminde tekrar yapılandığını ve son şeklini aldığını tanımlamış ve bu süreci ikinci bireyselleşme olarak isimlendirmiştir. Blos'a göre kişilik yapısında belli bir sürekliliğe ve kalıcılığa ancak ikinci bireyselleşme sürecinin tamamlanması ile ulaşılabilir. Blos, "kişilik yapısının ulaştığı gelişimsel hedef", "dürtü ve ego yapısının uyumu" ve "sürekli bir kendiliğin yapılanması" gibi cümleleri ancak ergenlik sonrası dönemi anlatırken kullanır.

Mahler in kuramına göre birinci bireyselleşme yaşamın ilk 3 yılı içinde, kendilik ve nesne sürekliliğinin sağlanması ile tamamlanır. Bu sürecin sonunda, sembolik bir membranın yırtılarak bebeğin bireyselleştiği belirtilir. İkinci bireyselleşme süreci dürtüsel yapıda ve ego işlevlerinde önemli değişiklikler ile birlikte ergenlik döneminde olur. Ego, ide oranla görece olarak zayıflar. Süperego gücünü kaybederken yeni ego ideallerinin oluşturulması için arayış başlar. İkinci bireyselleşme süreci regresif (gerileme) ve progresif (ilerleme) hareketlerin birbirini izlediği bir süreçtir. Blos a göre regresyon ergenlik dönemi için bütünleyici ve sağlıklı olarak ele alınır. Bu döneme özgü regresyon, duygusal olgunluğa ulaşmada ilerlemenin ön koşuludur. Nesne ilişkilerinin ayrımlaşmamış düzeyine kısmi bir regresyon gerçekleşir ve erken dönem ayrılıklarına yönelik infantil tutkular ile ilişki içine girilir. Olgunlaşma için eski yapıların tekrar ele alınması ve kısmen değiştirilmesi gerekmektedir. Psikolojik anlamda progresyon ve regresyon salınım kapasitesi yaşamın başka hiçbir dönemi ile bu kadar uyumlu değildir.

Bu konuşmada; ergenlik döneminde yaşanan ayrılık anksiyetesi ve ilişkili bozuklukların ve kimlik gelişimi üzerine etkilerinin Nesne İlişkileri Kuramı bağlamında anlatılması amaçlanmıştır.

ALIŞVERİŞ BAĞIMLILIK MI, DÜRTÜ KONTROL BOZUKLUĞU MU?

Dr. Öğr. Başak ÜNÜBOL

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi/AMATEM, İstanbul

Bağımlılık terimi genel olarak maddeler için kullanılmış olsa da günümüzde birçok davranışın da bağımlılık türü olduğu görülmektedir. Bu davranış türleri arasında alışveriş, kumar, egzersiz, seks, video oyunları ve internet kullanımı sayılabilir. Alışveriş her ne kadar gündelik bir ihtiyaç olarak algılanarak sorun değilmiş gibi görünse de anlık istek ve dürtülerle, ihtiyacı olmadığı halde satın alma davranışı bir bağımlılık biçimidir. Alışveriş bağımlılığında satın alınan üründen çok satın almanın verdiği haz ön plandadır.

Genellikle zorlayıcı satın alma bozukluğu olarak adlandırılan 'Alışveriş Bağımlılığı' Kraepelin ve Bleuler (1924) tarafından dürtü kontrol güçlüğü olarak kavramsallaştırılmış ve 'dürtüsel olarak bireyin satın alma davranışını denetleyememesi' olarak tanımlanmıştır. Kontrol edilemeyen alışveriş kişisel ve ailevi zorluğa yol açan, tekrarlayan aşırı satın alma nöbetleri olarak tanımlanır. Hasta tipik olarak tekrarlayıcı, karşı konulamayan alma isteği ve yalnızca satın alma ile azalan gerginlik yaşamaktadır. Alışverişi gerçekleştirdikten sonra kısa bir rahatlama ardından pişmanlık hissedilse de kişi kendini daha iyi hissetmek ve özgüvenini yerine getirmek adına davranışı sürdürmeye devam eder. Satın alma sırasında uyuşturucu madde almanın verdiği hazza benzer hoş duygular tarifleyen olgular tariflenmektedir. Başlangıçtaki bu olumlu duyguların yerini bir süre sonra suçluluk, kızgınlık, pişmanlık ve üzüntü duyguları alır. Alışveriş davranışı kişiye rahatsızlık veren belirtileri azaltmak veya etkisizleştirmek amacıyla tekrarlanması yönü ile kompulsif bir davranışa benzetilebilir.

Kompulsif satın alma bozukluğu ile ilgili yapılan çalışmalara bakıldığında, rahatsızlık dürtü kontrol bozukluğunun yaygın ve geniş kapsamlı bir alt sınıfı olarak kabul görmektedir. Eliot (1994), satın alma davranışının normal davranıştan patolojik bir alışkanlığa dönüştüğünde bağımlılık olarak tanımlanmasının daha uygun olacağını düşünmüştür. Bazı araştırmacılar da kontrol edilemeyen alışveriş davranışının birçok yönden alkol ve madde bağımlılığına benzediğini öne sürmüştür.

SEKS BAĞIMLILIĞI MI? DÜRTÜ KONTROL BOZUKLUĞU MU?

Dr. Öğr. Üyesi Hüseyin ÜNÜBOL

Üsküdar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, İstanbul

Dünya Sağlık Örgütü (WHO), 2018 yılında, 1990'dan beri küresel standart teşhis kataloğunun ilk revizyonu olan Uluslararası Hastalık Sınıflandırması'nın (ICD-11) 11. baskısı için öneri yayınladı. Oldukça önemli bir kilometre taşı olan kompulsif cinsel davranış bozukluğu (KCDB) adı verilen bir zihinsel sağlık durumunun eklenmesini önerdi. Böylece dürtü kontrol bozukluğu olarak sınıflandırılan kategoriye ICD-11'de yer alan kumar bozukluğu ve kleptomani hastalıklarının yanına eklenmiş oldu. ICD-11'deki tanı açıklamasına göre "yoğun, tekrarlayan cinsel dürtüleri veya tekrarlayan cinsel davranışla sonuçlanan dürtüleri kontrol etmede kalıcı bir başarısızlık modeli" ile karakterize bir hastalık olarak açıklandı. Ayrıca bu durum bu hem seks eylemini hem de cinsel fantezileri içerebileceği belirtildi.

"Dürtü kontrol bozukluğu" şemsiye bir kategoridir. ICD'ye göre , "temel özellikleri, bireye veya başkalarına zararlı bir eyleme karşı bir dürtüye direnememek olan" çeşitli psikiyatrik bozuklukları içerir. Bireyler genellikle eylemden önce artan bir gerginlik hissi yaşarlar, ancak daha sonra eylemi gerçekleştirdiklerinde zevk veya tatmini hissi yaşarlar. ICD'ye göre, KCDB'nin ayırt edici belirtileri "Tekrarlayan cinsel aktiviteler, kişinin hayatını sağlık ve kişisel bakımı veya diğer çıkarlarını, faaliyetlerini ve sorumluluklarını ihmal etme noktasına odaklanır; tekrarlayan cinsel davranışları önemli ölçüde azaltmak için sayısı başarısız çabanın olması gerekir; ve olumsuz sonuçlara rağmen, veya bu davranıştan duyulan tatminin az yada hiç olmamasına rağmen tekrarlayan cinsel davranışların devam edilmesi gerekmektedir."

Bunlara rağmen KCDB ile ilgili en büyük tartışma noktası, bozukluğun bir bağımlılık olarak sınıflandırılıp sınıflandırılamayacağıdır. DSÖ sözcüsü Christian Lindmeier "Zorlayıcı cinsel davranış bozukluğunun davranışsal bir bağımlılığın tezahürünü oluşturup oluşturmadığı konusunda sürekli bilimsel tartışmalar var" olduğunu belirtmiş, "DSÖ seks bağımlılığı terimini kullanmıyor çünkü fizyolojik olarak bir bağımlılık olup olmadığı konusunda bir pozisyon almıyoruz." Demiştir.

Ancak, kompulsif cinsel davranış bozukluğu ifadesinin aksine, çoğu insan seks bağımlılığı terimine aşinadır. Ayrıca uzun zamandır akıl sağlığı profesyonelleri tarafından insanlara bu konularda danışmanlık yapılmaktadır. Uzun yıllardır birçok profesyonel birçok terimi birbirinin yerine kullanmaya devam etmiştir: Seks bağımlılığı, cinsel kompulsivite, aşırı cinsellik, kompulsif cinsel davranış gibi terimler çoğu zaman birbirinin yerine kullanılırken aşağı yukarı herkesin ortak bir algısında da buluşabilmektedir.

Bugün ki sunumda KCDB'nun bağımlılık yada dürtü kontrol bozukluğu açısından elde edilen kanıtlar tartışılacaktır.

İNTERNETTE OYUN OYNAMA BAĞIMLILIK MI, DÜRTÜ KONTROL BOZUKLUĞU MU?

Dr. Öğr. Üyesi Alptekin ÇETİN

İstanbul NP Beyin Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, İstanbul

"İnternette Oyun Oynama Bozukluğu" son yıllarda bilgisayar oyunlarının cep telefonu ve tablette oynanabilen oyunların ve oynayan insanların sayılarının artmasıyla ruh sağlığı profesyonellerinin de dikkatini çeken bir sağlık sorunu haline gelmektedir. Bağımlılık hastalığı özelinde davranışsal bağımlılıkların bir komponenti olarak görülen dürtü kontrol sorunları, bu hastalık için "Ayrı sınıflama gerekli midir?" sorusunu akla getirmektedir. Nörofizyolojik olarak benzer özellikler gösteren dürtü kontrol sorunları oyun oynamanın durdurulabilmesi için gerekli mekanizmaları da etkilemektedir.

İLK ATAK PSİKOTİK BOZUKLUK TEDAVİ ALGORİTMASI

Onur DURMAZ

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

İlk atak psikozun tedavisi, genellikle uzun süreceği bilinen bir yolculuğun başlangıcı olan kritik bir süreçtir. Güncel tedavi rehberlerinde sadece farmakolojik yaklaşımlar değil psikososyal müdahaleler, aile bireylerine yönelik psikoeğitim ve psikoterapiler de ilk ataktan itibaren psikozun tedavisinde önerilen müdahaleler arasında yer almaktadır. Tanıda organik nedenlerin dışlanması özellikle önemlidir. Tedavisiz geçen sürenin uzun olması kötü prognoz açısından önemli bir yordayıcıdır. Psikotik bulguların tanısal düzeyde ortaya çıkmasından önce, prodromal dönem bulgularının tespiti ve yüksek riskli kişilerin yakından takibi ilk atak psikozun ortaya çıkışını geciktirebilir. Madde kullanımının, ilk atak psikozun ortaya çıkışını çabuklaştıran bir faktör olması ve genç nüfusta sık karşılaşılan bir ek durum olması, madde kullanımının değerlendirilmesini öncelikli hale getirmektedir. İlk atak psikoz hastalarında metabolik değerlendirmelerin, santral sinir sistemi ile ilgili etiyolojik faktörlerin, görüntüleme yöntemleri de dahil edilerek dışlanması sonrasında süreğen antipsikotik tedavilerin uygulanması önerilir. Ayırıcı tanıda reaktif anksiyete, konversiyon, akut stres bozukluğu, deliryum, intoksikasyon, yoksunluk, katatoni dışlanmalıdır. Tedavide seçilecek antipsikotik ajanların olası metabolik, kardiyak ve ekstrapiramidal yan etkileri baştan itibaren dikkate alınmalı ve yakından takip edilmelidir. Birçok rehber ikinci kuşak antipsikotikleri ilk sıra tedavide önerirken, bazı rehberler antipsikotik tedavi öncesi kısa süreli anksiyolitik tedaviler de önerebilmektedir. Tedavi ajanının değiştirilmesinde dört haftalık süreçte cevap değerlendirilirken genellikle ilk iki haftada belirtilerde kısmi düzelme beklenmektedir. Olası yan etkileri ve ekstrapiramidal duyarlılığın görece fazla olması nedeniyle antipsikotik ajanların mümkün olan en düşük antipsikotik dozda verilmesi önerilir. Risperidon prolaktin yükselmesi ve hareket bozukluğu olan hastalarda önerilmezken metabolik profili bozuk olan kişilerde aripiprazol ve ziprasidon ön plana çıkmaktadır. Olanzapin birçok tedavi klavuzunda metabolik yan etkileri nedeniyle ilk sıra tedaviden çıkarılmıştır. Klozapin kullanımı dirençli olgularda bir tercih sebebi olsa da öncesinde birisi ikinci kuşak olmak üzere iki antipsikotik tedaviye cevapsızlık gözlenmesi önerilir. Depo antipsikotiklerin ilk ataktan itibaren başlanması tedavi katılımının düşük olacağı öngörülen olgularda bir seçenek olabilir.

MADDE KULLANIMINA BAĞLI PSİKOTİK BOZUKLUK TEDAVİ ALGORİTMASI

Uzm. Dr. Mehmet Fatih ÜSTÜNDAĞ

S.B.Ü Erenköy Ruh ve Sinir Hatalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, İstanbul

Madde kullanımı, psikiyatri kliniklerinde yatan hastaların, tanı, tedavi ve prognozlarını olumsuz yönde etkileyen ciddi bir faktördür. Fensiklidin, amfetaminler, kannabinoid, inhalanlar, alkol ayrıca sentetik yeni psikoaktif maddeler ile indüklenen akut psikotik semptomlara dair birçok kanıt bulunmaktadır (1).

Madde Kullanımına Bağlı Psikoz (MBP) tanısı, semptomların çoğunun geçici olduğu ve yoksunluğun/esrikliğin ardından ya da kısa bir süre sonra ortadan kalktığı varsayımına dayanır. MBP tanısı için önemli sorunlardan biri psikozun sınıflandırılması ve birincil-ikincil ayrımının yapılmasıdır. Birincil psikotik bozukluklu bireylerin neredeyse yarısında madde kötüye kullanımı birlikteliği mevcuttur. Maddelerin kronik-yoğun kullanımı psikotik bozukluğa olan genetik yatkınlığı maskeleyebilir. Yoksunluk veya intoksikasyon psikotik bozukluğu taklit edebilir. Ailede psikoz öyküsü, belirtilerin madde kullanımı ve/ve ya bağımlılığının başlangıcından önce olması ve belirtilerin yoksunluk dönemi dışında devam etmesi tanıyı birincil psikoza yaklaştırır.

Yüksek oranda madde kullanımı olduğu bilinen ilk atak psikotik bozukluk olguları, doğru tanı ve tedavinin potansiyel prognostik etkisi nedeniyle odaklanılması gereken önemli bir gruptur. Bu nedenle tanı ve tedavinin belirli bir algoritmayla yapılması klinisyenler için yol gösterici olacaktır. Akut psikotik atağın değerlendirilmesi tanının netleştirilmesi ve karıştırıcı faktörlerin dışlanması için şarttır. Detaylı fizik muayeneyle birlikte radyolojik-biyokimyasal incelemelerin yapılması ve mümkün olduğunca erken zamanda madde taranması önemlidir. Tedavi hedefleri belirlenerek farmakolojik tedaviye başlanılmalıdır. Aripiprazol, olanzapin, ketiapin, haloperidol, risperdion ve klozapin MBP tedavisinde etkinliği kanıtlanmış ajanlardır (2). Yataklı serviste farmakolojik olmayan tedaviler (bireysel-grup terapileri) hastanın tedavi uyumunu arttırabilir. Takip süresinde madde ile ilgili danışmanlık alınması ve ek psikiyatrik hastalıklarında kontrolleri sağlanılmalıdır. MBP olgularında tanının süreç içerisinde yüksek oranda şizofreniye dönüştüğü (3) göz önüne alınarak takip süresi en az 2 yıl olmalıdır. Bu süre 5 yıla kadar uzayabilmektedir.

MBP'de tanı ve akut tedavide yaşanılan zorluklar uzun dönem takip ve rehabilitasyon süreçlerinde de devam etmektedir. MBP'de ilk hedef maddeden uzak kalınmasını sağlamak olmalıdır. Bu nedenle aileler tedavinin ilk dönemlerinde sürece dahil edilmelidir.

Kaynaklar

1. Paparelli, Alessandra, et al."Drug-induced psychosis: how to avoid star gazing in schizophrenia research by looking at more obvious sources of light."Frontiers in Behavioral Neuroscience 5(2011):1.
2. Fluyau, Dimy, et al."Antipsychotics for amphetamine psychosis. A systematic review."Frontiers in psychiatry 10(2019):740.
3. Alderson, Helen L.,et al."Risk of transition to schizophrenia following first admission with substance-induced psychotic disorder: a population-based longitudinal cohort study."Psychological medicine 47.14(2017):2548-2555.

ŞİZOFRENİDE AKUT ALEVLENME VE SÜRDÜRÜM TEDAVİ ALGORİTMASI

Doç. Dr. Hüseyin GÜLEÇ

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

Akut ve idame aşaması tedavisi;

Şizofreni, kronik veya tekrarlayan bir psikiyatrik bozukluktur. Tekrarlayan vurgusu tedavinin devamı misyonuna yani şikayetlerin olup olmamasından bağımsız olarak herhalükarde sürdürülmesi durumuna gönderme yapmaktadır. Kronik vurgusu bu durumda belki de gereksizdir.

İlk sıra ilaç tedavisidir ve antipsikotik ilaçlar ilk seçenektir. Akut ataklarda, "yatışı gerektiren" davranışların ve bozukluk ile ilişkili semptomların tedavisinde etkili oldukları gösterilmiştir.

İlaçların yan etkileri vardır. Bu durumun değerlendirilmesi ve yönetimi tedavinin ta kendisi, kuralıdır. Delege edilmiş (sadece sağlık sisteminin sahiplendiği değil) organizasyonun varlığında, çalışan işbirliği yapısı ve psikososyal müdahale sistemi bu kuralın içinde yer almalıdır. Hatta tedavi (akut ve idame) denilince akla sadece hastane/ilaç gelmemeli (iyi yöneltilerek ilaçların oluşturacağı yan etki sorunu aşılmalı) ve hizmet alacaklar delege edilmiş devletin unsurlarıyla etkin şekilde buluşturulabilmelidir.

Hasta profilinden ötürü, hukuki mevzuatın dikkate alınması (özellikle aydınlatılmış onam) ayrı bir öneme sahip durumlardandır.

Bunun devamında özen ve dikkat yükümlülüğü gereği belgelendirilmiş olarak, Hasta İhtiyaçlarının (yatışı gerektiren şikayetler, PPP); Amaçlarının (tedavi ekibinin misyonu) ve Hasta Yönetiminin (hasta/ailesi, TRSM, sosyal hizmet uzmanlığı, ASPB, sulh HM vs) değerlendirilmesi ayrı bir öneme haizdir.

TEDAVİYE DİRENÇLİ ŞİZOFRENİ'DE TEDAVİ ALGORİTMASI

Doç. Dr. Neslihan AKKİŞİ KUMSAR

S.B.Ü. Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Bölümü, İstanbul

Şizofreni hastalarının ortalama üçte biri tedaviye yanıt vermemektedir. Tedaviye yanıtsızlık, iki farklı kimyasal gruptan olmak üzere antipsikotiklerin, 400-600 mg/gün klorpromazin eş değeri dozlarında 4-6 hafta süre ile kullanılması sonunda BPRS puanında %20'den daha az yanıt alınması veya ilaca intolerans, CGI'ın 3 ün üstünde olması olarak tanımlanmaktadır. Tedaviye direnç kavramı ilk kez Kane ve ark. tarafından tanımlanmış olup zaman içinde tanımlamalarda değişiklikler olmuştur (1). Meltzer ve Ark. İse tedaviye direnci eski işlevselliğe geri dönememe olarak tanımlamıştır (2). Türkiye Psikiyatri Derneğinin Kılavuzunda da Kane ölçütlerine benzer şekilde iki farklı gruptan anitipsikotiğe 4-6 hafta kullanım sonrası yanıt alınamaması olarak tanımlanmıştır. Tedaviye direnç üç şekilde görülebilir. Birincisi ilk antipsikotik denemesinden itibaren yani psikozun ilk başladığı zamanlardan itibaren oluşan direnç, ikincisi tedavi müdahaleleri devam ederken oluşan yapısal beyin dokusu hasarı ile ilişkilendirilen direnç ve son olarak da süper direnç olarak da tanımlanan klozapin tedavisine direnç kavramıdır (3).

Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi kapalı erkek servisinde tedaviye dirençli psikoz vakalarına güncel literatür eşliğindeki tedavi yaklaşımlarımızın sunulması planlanmıştır.

Kaynaklar

1. Kane JM, Honigfeld G, Singer J et al. Clozapine for the treatmentresistant schizpohrenic. Arch Gen Psychiatry 1988; 45:789-96.
2. Conley RR, Kelly DL. Management of treatment resistance in schizophrenia. Biol Psychiatry 2001; 50:898-911.
3. Paton C, Whittington Craig, Barnes TR. Augmentation with a second antipsychotic in patients with schizophrenia who partially respond to clozapine. A meta analysis. J Clin Psychopharmacol 2007; 27:198-204.

TMU UYGULAMALARI KURSU

Dr. Celal ŞALÇİN[1], Doç. Dr. Işıl GÖĞCEGÖZ[2]

[1]NPİstanbul Beyin Hastanesi, Nöroloji Bölümü, İstanbul
[2]Üsküdar Üniversitesi, Psikiyatri, NPİstanbul Beyin Hastanesi, İstanbul

Bu kursun amacı Transkraniyal Manyetik Uyarımının (TMS) öncelikli olarak tedavi ve daha sonra da tanı ve araştırma maksatlı kullanımı açısından temel bilgileri aktarmaktır. Kursta nöromodülasyon tekniklerinden en yaygın olarak kullanılan TMS'nin tarihçesi, çalışma prensipleri, ekipmanı, parametreleri ve güvenlik unsurları anlatıldıktan sonra hasta hazırlığı, eşik değeri tespiti hakkında bilgi verilecektir. Kursun ikinci bölümünde lokalizasyon tespiti, tedavi edici etkisi ve nöropsikiyatrik hastalıklarda uygulama protokolleri tartışılacaktır.

ERİŞKİN DEHB YÖNETİMİ KURSU

Doç. Dr. Umut Mert AKSOY

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

Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) çocuk ve ergen psikiyatrisinde en sık tanı konan ve tedavi edilen bozukluktur. Erişkinlerdegenel nüfusta yaygınlığı %2,5–4,9 arasında bildirilen DEHB erişkinlerde de en sık görülen psikiyatrik bozukluklar arasındadır. DEHB erişkinpsikiyatrisinde halen yeterince tanınmamakta, erişkinlerde DEHB gözden kaçmakta, DEHB'ye bağlı sorunların tedavisi için psikiyatriye başvuran olgular başka tanılarla tedavi edilmeye çalışılmaktadır. Erişkinlerde DEHB'yi tanımak bu çerçevede gerek eş tanılar gerekse DEHB'nin yarattığı morbidite göz önüne alındığında önemli bir sağlık sorunudur.

DEHB nörogelişimsel bir bozukluktur ve bu yönü bu bozukluğu DSM 5'de nörogelişimsel bozukluklar kategorisinde değerlendirilmesi ile somutlaşmıştır; bu anlamda DEHB tanısı klinisyenin temel gelişim basamaklarını ve ruhsal organizasyonun gelişimini bilmesini ve gelişimsel psikopatolojiyi iyi tanımasını gerektirir. DEHB'nin yaygın sorunlarının ele alınması iş yaşamı, aile yaşamı ve evlilik yaşamı, sosyal yaşam ve cinsel yaşam gibi erişkin yaşamın farklı boyutlarının değerlendirilmesini gerekitir. Farklı alanlarda kişinin kendisinden ve toplumun kişiden beklediği bireysel ve toplumsal rolleri ne oranda gerçekleştirebildiği sorunun değerlendirilmesi "underachievment" bir psikopatoloji olan DEHB için büyük önem taşır.

Klinisyen DEHB tanısı söz konusu olduğunda farmakoterapi'ye başlamadan önce danışan kişilerin ilaç tedavisinin ana temeli, etki mekanizması ve tedaviden beklenenler konusunda tam olarak aydınlatmalıdır. Birey DEHB'nin nörobiyolojisi, ilaç tedavisinin etki ve sonuçları, stimulan tedavinin anlamı, tedavinin olası yan etkileri konusunda tam olarak bilgilendirilmeli ve bilgilendirilmiş onam alınmalıdır.

DEHB'nin erişkinlik döneminde tedavisi ile ilgili farklı ülkelerde yayınlanan klinik uygulama kılavuzları DEHB'nin ilk sıra tedavisi'nde psikostimulanlar ve atomoksetine işaret etmektedir. İlk sıra tedavisi olarak önerilen farmakoterapi psikoeğitim, danışmanlık, çevresel yapılandırma ve psikososyal girişimleri de içeren kapsamlı bir tedavinin bir parçası olmalıdır ve DEHB'nin tedavisi için farmakoterapi vazgeçilmez bir unsur olsa da mutlaka psikosoyal girişimler ve psikoterapi ile kombine edilmelidir.

Kaynaklar

1. Öncü Çetinakaya B. "Tanısal değerlendiremede Görüşme, ölçekler ve tanıya yardımcı diğer yöntemler" Erişkinlerde Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Tanı ve Tedavi Kılavuzu Türkiye Psikiyatri Derneği yayınları 2018 sf:129-143
2. Aksoy U.M. "Erişkinlerde DEHB tedavisinde psikostimulan Tedaviler" Erişkinlerde Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Tanı ve Tedavi Kılavuzu Türkiye Psikiyatri Derneği yayınları 2018 sf:249-263
3. Semerci B."Erişkinlerde DEHB tedavisinde Stimulan olmayan Tedaviler" Erişkinlerde Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Tanı ve Tedavi Kılavuzu Türkiye Psikiyatri Derneği yayınları 2018 sf:263-281
4. National Institute for Clinical Excellence. Attention deficit hyperactivitydisorder: the NICE guideline on diagnosis and management of ADHD in children, young people and adults. London: The British Psychological Society and the Royal College of Psychiatrists; 2016; www.nice.org.uk/guidance/cg72
5. Aksoy U.M. (2016) Erişkinlerde Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğ Tedavisinde Psikoterapi ve Psikososyal Yaklaşımlar" Psikiyatri'de Güncel-Update İn Psychiatry 2016 Cilt:6 Sayı 4 : 344-349

AVATARLAR GELİYOR MU? KAYGI BOZUKLUKLARINDA SANAL GERÇEKLİK UYGULAMALARI KURSU

Psk. Ahmet YILMAZ

NP İstanbul Beyin Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, İstanbul

Sanal gerçeklik, bireyi fiziksel olarak sanal ortamın içindeymiş gibi hissetmesine olanak sağlayan üç boyutlu bilgisayar grafikleri temelli teknolojilerin kullanıldığı yeni bir maruz bırakma aracıdır. Sanal gerçeklik çalışmalarının son yıllarda klinik psikoloji alanında da yaygınlaştığı; sanal gerçekliğe dayalı terapilerin başta anksiyete bozuklukları olmak üzere geniş bir yelpazede uygulama alanına sahip olduğu görülmektedir. Sanal gerçekliğin zihinsel imgelemeye kıyasla daha gerçekçi olduğu ve daha güçlü bir "orada olma" hissi yarattığı; maruz bırakmaya kıyasla danışanın kendisini daha güvende hissettiği, daha kullanışlı ve kontrollü bir şekilde uygulanabildiği belirtilmektedir. Gelişen teknolojik ürünler ve yazılım alanındaki ilerlemeler ile birlikte daha gerçekçi ve daha etkili müdahaleler ortaya çıkmaktadır. Ülkemizde sanal gerçeklik ile ilgili çalışmalar oldukça sınırlıdır. Bu konudaki çalışmalar eğitim ve sağlık alanındadır. Ancak son dönemde araştırmacıların sanal gerçeklik uygulamalarına yönelik bir ilgisi olduğu ifade edilebilir.

NÖROPSİKOLOJİK DEĞERLENDİRME VE TESTLER

Psk. Hasan DEMİRCİ

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

Nöropsikolojik testler, beyin davranış ilişkisi temeline dayanarak beynin test sırasındaki işleyişini işlevsel olarak değerlendiren bir ölçüm metodudur. Nöropsikolojik değerlendirmenin amacı; dikkat, bellek, dil, görsel-mekânsal işlevler ve yürütücü işlev becerilerini testler aracılığıyla değerlendirmek ve böylece beynin fonksiyonel incelenmesine katkıda bulunmaktır. Nöropsikolojik 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 nöropsikolojik değerlendirmede bütün kognitif işlev alanları tek tek gözden geçirilir. Nöropsikolojik testlerin yapılma amaçları arasında; ayırt edici tanı, hastalığın izlenmesi ve tedavi etkinliğinin gözden geçirilmesi, bilimsel araştırma vb. sayılabilir.

BİPOLAR BOZUKLUK VE KRONOBİYOLOJİ

Yrd. Doç. Dr. Kürşat ALTINBAŞ

Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Çanakkale

Bipolar bozukluk hastalarında, yalnızca hastalık dönemlerinde değil, aynı zamanda ötimik evrede farklı biçimlerde uyku-uyanıklık döngü bozuklukları bildirilmektedir. Hastaların, özellikle uyku değişkenlerini değerlendiren çalışmaların meta-analizleri, toplam uyku süresinin uzamış olduğunu, uyku başlangıcından sonra uyanıklığın arttığını ve uyku-uyanıklık döngü değişkenliğinin arttığını ve uyku verimliliğinin azaldığını ortaya koymaktadır. Bu araştırmaların pek çoğunda ortak olarak, bipolar bozukluk tanılı hastaların, yatakta daha uzun süre kaldıkları, daha fazla parçalanmış uykuya sahip oldukları ve daha dengesiz uyku-uyanma düzenleri olduğu saptanmıştır. Bu değişikliklerin temelde melatonin hormonu olmakla birlikte pek çok farklı nörobiyolojik ve genetik yatkınlık belirleyicileri ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Özellikle melatonin ve sirkadiyen genlerin ekspresyonu çalışmaları, depresif dönemde sirkadiyen faz gecikmesi ve manik dönemde ise faz ilerlemesi olduğunu göstermektedir. Bu alanda yapılan araştırmalar; bipolar bozukluk tanılı hastalarda sirkadiyen ritim bozukluklarının daha sık hastalık dönemleri, daha kısa dönemler arası remisyon süresi, daha kötü psikososyal işlevsellik ve yaşam kalitesi ile ilişkili olduğunu göstermiştir. Sirkadiyen ritim ile tedavi yanıtı ilişkisini inceleyen araştırmalar ise emekleme döneminde olup, özellikle lityum olmak üzere duygudurum dengeleyici ilaçların, uyku-uyanıklık döngü bozukluklarında olumlu etkileri olduğunu işaret etmektedir. Farmakolojik tedavilerin yanı sıra sosyal ritim tedavilerinin de duygudurum belirtilerini ve işlevselliği düzenlemede kısmi etki gösterdiği saptanmıştır. Bu panelde bipolar bozukluk tanılı hastalarda sirkadiyen ritim düzensizlikleri ile, hastalık seyri ve tedavi ilişkisi kapsamlı olarak tartışılacaktır.

Kaynaklar

Alloy LB, Ng TH, Titone MK, Boland EM. Circadian Rhythm Dysregulation in Bipolar Spectrum Disorders. Curr Psychiatry Rep. 2017;19(4):21. doi: 10.1007/s11920-017-0772-z.

Takaesu Y. Circadian rhythm in bipolar disorder: A review of the literature. Psychiatry Clin Neurosci. 2018 Sep;72(9):673-682. doi: 10.1111/pcn.12688.

Wehr TA. Bipolar mood cycles and lunar tidal cycles. Mol Psychiatry. 2018;23(4):923-931. doi: 10.1038/mp.2016.263.

Walker II ve ark. Circadian rhythm disruption and mental health. Translational Psychiatry (2020)10:28

TEDAVİYE DİRENÇLİ BELİRTİLER

Doç. Dr. Özlem Devrim BALABAN

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

Şizofreninin klinik semptomatolojisinin tanımlanabilmesi için birçok çalışma yapılmıştır; yapılmaya da devam etmektedir. Şizofreni için ilk olarak tanımlanan negatif belirtiler ve pozitif belirtiler dikotomisi, faktör analizi temelli çalışmalar ile güncellenmiştir. Bu faktörler bir anlamda psikopatolojiye işaret eden alanlar olarak da nitelendirilmiş, özgül etiyolojik, patofizyolojik ya da terapotik süreçler ile ilişkili olabileceğine dair çalışmaları da beraberinde getirmiştir. Literatür incelendiğinde, farklı araştırmaların üç, dört, beş ya da daha fazla sayıda faktöre yani psikopatolojik alana işaret eden farklı sonuçlara ulaştığı görülmektedir. Tedaviye dirençli şizofreni tanımı, kılavuzların ve algoritmaların çoğunluğunda farklı iki gruptan antipsikotiğin yeterli doz ve süre kullanılmasına rağmen yanıt alınamadığı hasta grubunu tanımlamak için kullanılmaktadır. Hastaların yaklaşık %30-40'ını oluşturan bu grubun farklı bir şizofreni alt grubu olabileceği bildirilmektedir. Dolayısıyla tedaviye dirençli şizofreni grubunda farklı bir semptom kümelenmesi olabilir mi sorusu gündeme gelmektedir. Bu sunumda yukarıda bahsedilen faktör analizi çalışmalarının bulguları çerçevesinde tedaviye dirençli şizofrenideki semptom kümelenmeleri ile ilgili bilgilerin gözden geçirilmesi amaçlanmıştır.

Kaynaklar

1. Freitas R, dos Santos B, Altamura C ve ark. (2019). Can the Positive and Negative Syndrome scale (PANSS) differentiate treatment-resistant from non-treatment-resistant schizophrenia? A factor analytic investigation based on data from the Pattern cohort study. Psychiatry Research 276:210-217.
2. Alves TM, Pereira JC, Elkis H (2005). The psychopathological factors of refractory schizophrenia. Revista Brasileira de Psiquiatria 27:108–112.

TEDAVİYE DİRENÇLİ ŞİZOFRENİDE İÇGÖRÜ VE İŞLEVSELLİK

Doç. Dr. Ersin Hatice KARSLIOĞLU

Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Ankara

Günümüzde pek çok antipsikotik ilaç olmasına karşın, şizofreni hastalarının önemli bir kısmı tedavi yanıtına ulaşamamaktadır. Klinik kılavuzlarda 2 veya daha fazla antipsikotik ilaçla, uygun doz ve uygun sürede tedaviye rağmen, şizofreni belirtilerinde yanıtın yetersiz olmasına tedaviye dirençli şizofreni (TDŞ) denilmektedir. TDŞ olan hastalarda klinik yük daha fazladır; hastalık daha şiddetli ve kronik seyreder. (1).

TDŞ, uzun süredir kabul görmesine rağmen ortak ölçütler olulşturulamamış ve literatürde karmaşaya neden olmuştur. Bu nedenle Psikozda Tedavi Yanıtı ve Direnci (Treatment Response and Resistance in Psychosis - TRRIP) Çalışma Grubu tarafından TDŞ ölçütleri geliştirilmiş ve minimum gereklilikler belirlenmiştir. Belirtilerde iyileşme olmaması yanında, işlevsellikte bozulmanın ve işlevsellikte tedaviyle yeterli düzelme olmamasının da ölçüt olması kararına varılmıştır (2).

İşlevselliğin değerlendirilmesinde Rol İşlevselliği Ölçeği (RFS) veya Sosyal ve Mesleki İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği (SOFAS) kullanılması ve TDŞ demek için işlevsellikte orta veya daha şiddetli bozulma olması (SOFAS puanı <60) ölçüt olarak önerilmiştir.

Birçok çalışmada başlangıç yaşının genç olması, tedavi edilmemiş hastalık süresinin uzunluğu, negatif belirtiler ve bilişsel bozukluk yanında premorbid işlevselliğin düşük olması tedavi direnciyle ilişkili bulunmuştur. Aynı zamanda, içgörü azlığı, tedavi uyumu sorunları da dirençte önemli bulunmuştur. Bilişsel işlevleri daha iyi olan hastalarda suisid girişimleri daha fazla olmaktadır. Bu literatürde bilişsel bozukluğun hastalık içgörüsünü bozmasına bağlanmıştır. İçgörü azlığı dolaylı olarak iyileşmeyi olumsuz etkilemektedir. Örneğin; içgörü azlığı, bireyin belirtileri fark etmemesine ve rahatsızlık duymamasına neden olur ve tedavi arayışını engeller.

Şizofreni tedavisinde klinik, semptomatik iyileşme yanında işlevsel iyileşme ana hedeflerden biridir. Bu nedenle antipsikotik ilaç tedavisi yanında psikososyal tedavi programları giderek önem kazanmaktadır (3). Semptomatik tedaviye rağmen işlevselliği düzelmeyen dirençli hasta grubu hakkında daha fazla çalışmaya gerek vardır.

Kaynaklar

1. Howes OD, McCutcheon R. Correll CU ve ark. Treatment resistant schizophrenia: Treatment Response and Resistance in Psychosis (TRRIP) working group consensus guidelines on diagnosis and terminology Am J Psychiatry. 2017, 174(3): 216–229.
2. Lasalvia A, Bonetto C, Lenzi J, Rucci P, Iozzino L, Cellini M, et al. Predictors and moderators of treatment outcome in patients receiving multi-element psychosocial intervention for early psychosis: results from the GET UP pragmatic cluster randomised controlled trial. Br J Psychiatry 2017, 210:342–9.
3. Harvey PD, Bellack AS. Toward a Terminology for Functional Recovery in Schizophrenia: Is Functional Remission a Viable Concept? Schizophrenia Bulletin 2009, 35 (2): 300–306.

TEDAVİYE DİRENÇLİ ŞİZOFRENİDE TEDAVİ OPTİMİZASYONU

Prof. Dr. Nesrin DİLBAZ

Üsküdar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, İstanbul

Tedaviye Dirençli Şizofreni prevalansı %13-43 arasındadır. Ilk haftada yanıt alınmamış olması yanıtsızlığın bir göstergesi olarak kabul edilmektedir.

Eğer tedaviye yetersiz yanıt var ise:

Antipsikotiğin plazma düzeyinin ölçülmesi önerilmektedir. %60-80 D2 işgalini sağlayacak optimum doz uygulanması gereklidir.

1- Yüksek doz antipsikotik monoterapi

2- Başka bir antipsikotik monoterapiye değiştirme

3- Klozapin monoterapi

Ilacın farmakokinetik ve farmakodinamik yetersizliğine göre doz ayarlaması yapılır.

Tablo 1'de %60–80 D2 işgalini sağlamak için antipsikotik olağan dozlari verilmiştir.

Tablo 1.

	Olağan doz aralığı(mg/d)	*Min terapötik düzey*	Maks terapötik düzey
FLUPH		0.8 ng/mL	4 ng/mL
HAL		5 ng/mL	30 ng/mL
PERPH		0.8 ng/mL	4 ng/mL
KLOZ	300–450	350 ng/mL	1,000 ng/mL
RISP	2–8	28 ng/mL	112 ng/mL
PALI	3–6	28 ng/mL	112 ng/mL
OLANZ	10–20	40 ng/mL	200 ng/mL (point of futility)
KETY	400–800	100 ng/mL	500 ng/mL
ZIP	40–200	50 ng/mL	200 ng/mL
ARIP	15–30	150 ng/mL	500 ng/mL
ILOP	12–24	5 ng/mL	10 ng/mL
ASEN	10–20	2 ng/mL	5 ng/mL
LURAS	40–160	>70 ng/mL	?
KARIP	2–4	?	?

Klozapin neden yetersiz kullanılmaktadır?

ABD de Klozapin kullanımı Tedaviye dirençli hastalarda yaklaşık %5.5. Klozapin tedavisine başlamak için tedaviye direnç NICE kriterlerini karşılamak için ortalama gecikme ise 4 yıldır. Klozapine başlamadan önce Antipsikotik polifarmasi kullanımı %36; Yüksek tedavi dozu kullanma oranı ise %34.

Klozapin, Psikotik belirtilerde, Tedaviye direncli psikozda, Agresyon veya şiddetngösteren hastalarda ve Intiharı azaltmak onuşunda daha etkilidir. EPS, hiperprolaktinemi ve tardif diskinezi oluşturma riski yok veya çok düşüktür. Hatta TD tedavisinde kullanılabilir. Lewy cisim demans veya Parkinson psikozunda da kullanılabilir

Kullanım şeklinde Yanıt eşiği: 350 ng/mL. 350 ng/mL ulaştıktan sonra yanıt için ortalama zaman 3 hafta beklemek gereklidir. Tolerabilite eşiği ise 700 ng/mL. Klozapin biyoyararlanımı doza bağımlı olduğu için Doz titrasyonunda dikkatli olmak gerekir hatta bazı hastalarda Klozapin birikebilir. Plasma yarı ömrü günlük iki dozu önermektedir, ama pratikte tek doz olarak gece de verilebilir . Sigara ile kullanımda dikkatli olunmalı (CYP450 1A2)

Uzun etkili enjektabl ilaçlar

Ilk Araştırmalara göre Ilk atağı takiben risperidone LAI (RKÇ)[1], paliperidone LAI (randomized açık etiketli l)[2] pozitif sonuçlar vermiş olsa da Açık etiketli ve RKÇ veriler üstünlük göstermemiştir.

Klinik uzman görüşlerine göre ise 8 US/UK uzman paneli: "yeni veri tabanı ve RKÇ lar erken dönemde şizofreni hastalarda uzun etkililerin kullanımı lehine"

Fransiz Biyolojik Psikiyatri ve Nöropsikofarmakoloji Birligi (AFPBN)[7]: "psikiyatristler …uzun dönem antipsikotik tedavi gerektiren hastalarına ilk başlangıçta uzun etkili enjektabl tedavi önermelidirler.

Polifarmasi

En sona bırakılmalıdır. Genellikle terapötik etkinin artırilması veya daha hızlı başlaması için polifarması tercih edilmektedir. Ayrıca bir antipsikotigin yan etkileri nedeniyle dozunun artırılamadığı durumlarda, agresyon gibi zorlu belirtilerde, yan etkiyi tedavi etmekte (aripiprazol ve hiperprolaktinemi), bir ilaçtan diğerine geçişte ve tedaviye dirençli olgularda ikinci bir antipsikotik ile klozapin güçlendirmesi sırasında polifarması kullanılmaktadır.

DEMANS

Doç. Dr. Mustafa SOLMAZ

Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kiniği, İstanbul

Demans, bağımsız bir şekilde günlük işleyişe müdahale edecek kadar önemli olan bilişteki düşüş durumudur. Demans en iyi şekilde belirli bir hastalıktan ziyade bir sendrom olarak tanımlanır. Demansın nedenleri sayısızdır ve nörolojik, nöropsikiyatrik hastalıkları ve tıbbi durumları içerir. Hastanın Demans sendromuna birden fazla hastalığın katkıda bulunması sıklıkla gözlenir. Nörodejeneratif demanslar Alzheimer hastalığı, Vasküler demans, Lewy cisimcikleri ve benzerleri gibi durumlar şeklinde yaşlılarda sık görülürken, travmatik beyin hasarı ve beyin tümörleri genç erişkinlerde yaygın nedenlerdir. Son on yılda moleküler nörogörüntülemede, klinik-patolojik korelasyonun anlaşılmasında ve yeni biyobelirteçlerin geliştirilmesinde önemli ilerlemeler görülmesine rağmen, klinisyenler nörodejeneratif demanslar için hastalık düzenleyici tedavileri beklemektedir. O zamana kadar, çeşitli disiplinlerden ve tıp uzmanlıklarından klinisyenler acı çekmeyi hafifletmek, demans durumuna katkıda bulunan koşulları agresif bir şekilde tedavi etmek, bilişsel, nöropsikiyatrik ve motor semptomları iyileştirmek, kanıta dayalı sağlıklı davranışları teşvik etmek ve genel yaşam kalitesini iyileştirmek için ilaçlar kullanılmaktadır.

DEMANSIN ADLİ PSİKİYATİRK YÖNÜ

Prof. Dr. İbrahim BALCIOĞLU
Haliç Üniversitesi

1

DEMANSTA ADLİ PSİKİYATRİK DEĞERLENDİRME:

- DEMANSTAKİ EN ÖNEMLİ BULGU **UNUTMA** İLE BİRLİTE KOGNİTİF FONKSİYONLARDAKİ BOZULMALARDIR. BU BOZULMALAR İLERLEYİCİDİR.
- TEDAVİ, PATOLOJİYİ ORTADAN KALDIRMAZ, ANCAK HIZI DÜŞÜRÜLEBİLİR.

2

DEMANSI OLAN OLGULARDA;

- 1. EKSİBİSİYONİZM
- 2. KÜÇÜK ERKEK VE KIZLARA SATAŞMA
- 3. YANGIN ÇIKARMA
- 4. HIRSIZLIK
- MÜSTEHCEN VE ADABA AYKIRI DAVRANIŞLARDA BULUNMA GÖRÜLÜR.

3

- DEMANSLI OLGULARA PSİKOTİK TABLO VE MAJOR DEPRESYON EKLENİRSE CİNAYET VB. AĞIR SUÇLAR İŞLEYEBİLİRLER.
- DEMANSI OLAN VAKALAR MEDENİ HUKUKU DAHA ÇOK UĞRAŞTIRIRLAR. ***ALIM-SATIM, EVLENME, MAL BAĞIŞLAMA, SENET İMZALAMA, KEFİL OLMA*** GİBİ KONULAR

ADLİ PSİKİYATRİ BİLİM DALINA GİRERLER.

4

- DEMANSLI OLGULARIN İŞLEDİKLERİ SUÇLAR VARDIR. BU SUÇLARIN DİKKATİ ÇEKEN ÖZXELLİKLERİ MEVCUTTUR.
- A) SUÇ EYLEMİNDE ÖNCEDEN TASARLAMA **(TAAMMÜT)** SÖZ KONUSU DEĞİLDİR.
- B) SUÇ EYLEMİ GERÇEĞE VE AKLA AYKIRIDIR; ANLAMSIZX SEYİR GÖSTERMEKTEDİR.
- C) DEMANSLI OLGUNUN İŞLEDİĞİ ***SUÇ EYLEMİ SOSYAL DURUMUNA VE YAŞINA UYGUN DEĞİLDİR***; KİŞİ BU TABLONUN FARKINDA DEĞİLDİR.
- D) *İŞLENEN SUÇ EYLEMİ GENELLİKLE İNKAR EDİLİR, ÇÜNKÜ PATALOJİK UNUTKANLIK SÖZ KONUSUDUR*.

5

TCK MADDE 32:

- AKIL HASTALIĞI NEDENİYLE İŞLEDİĞİ FİİLİN HUKUKİ ANLAM VE SONUÇLARUNI ALGILAYAMADIĞI VEYA BU FİİLLE İLGİLİ OLARAK DAVRANIŞLARINI YÖNLENDİRME YETENEĞİ ÖNEMLİ DERECEDE AZALDIĞI İÇİN KİŞİYE CEZA VERİLMEZ
- BU BAĞLAMDA DEMANSLI OLGULARDA ***CEZA SORUMLULUĞU BULUNMAMAKTADIR.***

6

- DEMANSLILARDA TCK MADDE 57 UYGULANMAZ. BU OLGULAR YÜKSEK GÜVENLİKLİ ADLİ PSİKİYATRİ SERVİSLERİNDE GÖZLEM VE TEDAVİ ALTINA ALINIRLAR. DEMANSIN BU KURUMLARDA TEDAVİSİ VE TAKİBİ ZORDUR, BEKLENMEYEN PROBLEMLER ORTAYA ÇIKAR. ZİRA DEMANS İLERLEYİCİ VE SONU ÖLÜMLE SONUÇLANAN BİR RAHATSIZLIKTIR.
- DEMANSLI OLGULARI CUMHURBAŞKANLIĞI AFFINA SUNMAK BİR ÇÖZÜMDÜR.

7

- DEMANSIN TANISINDA VE CEZA SORUMLULUĞUNUN BELİRLENMESİNDE HEKİMLER AÇISINDA ZORLUK YOKTUR. ANCAK DEMANSIN BAŞLANGIÇ DÖNEMİNDE OLGUDA ARZU EDİLMEYEN DAVRANIŞLAR ORTAYA ÇIKAR, ONUN OLAYLARA BAKIŞINDA VE ALIŞKANLIKLARINDA DEĞİŞİMLER MEYDANA GELİR.
- DEMANSIN BAŞLANGIÇ DÖNEMLERİNDE VE 50 YAŞ CİVARINDA CEZA SORUMLULUĞUNU BELİRLEMEK DİKKATLİ OLMAYI GEREKTİRİR (DOSYA İNCELENMESİ VE PSİKOMATİK TESTLER, PSİKİYATRİK MUAYENELER AÇISINDAN)

8

- DEMANSLI OLGULARDA CEZALARIN İNFAZI VE ERTELENMESİ;
- HERHANGİ BİR PSİKİYATRİ KLİNİĞİNDEN SAĞLIK RAPORU ALINIR VE BU RAPOR ADLİ TIP KURUMUNCA ONAYLANIR. SONUÇTA ADLİ PSİKİYATRİ SERVİSİNDE OLGU YATIRILIR.
- *DEMANSLI OLGULAR MAHKEMEDE TANIKLIK YAPABİLİRLİLER*.

9

- KENDİNİ SAVUNAMAYAN DEMANSLI OLGULARIN HAKLARINI SAVUNABİLMELERİ ZORDUR. *BUNDAN DOLAYI DEMANSLI OLGULAR DURUŞMAYA KATILAMAZLAR*.

10

- FİİL EHLİYETİNE SAHİP OLANLARIN AYIRT ETME VE SEZGİNLİK GÜCÜ VARDIR. AKIL HASTALARININ VE AKIL ZAYIFLIĞI OLANLARIN AYIRT ETME GÜCÜ YOKTUR.
- TCK MADDE 13: DEMANSLI OLGULARDA AYIRT ETME GÜCÜ YOK OLUR VE BUNLAR FİİL EHLİYETİNİ KULLANAMAZLAR. **DEMANSIN BAŞLANGIÇ DÖNEMİ GÖZDEN KAÇIRILMAMALIDIR.**

11

- DEMANSI TESPİT VE TEŞHİS EDİLEN OLGULARDA AYIRT ETME GÜCÜ YOKTUR VE BUNDAN DOLAYI EVLENEMEZLER.
- **DEMANSIN BAŞLANGIÇ DÖNEMİNDE HEKİM MUAYENESİ GÖZ ARDI EDİLİRSE SONRADAN HUKUKİ PROBLEMLER ORTAYA ÇIKABİLİR.**

12

GEÇERSİZ EVLİLİKLER:

- EVLENME AKDİ SIRASINDA VE SONRASINDA ÇİFTLERDEN BİRİSİNİN AKIL HASTALIĞI VEYA ZAYIFLIĞI KANITLANIRSA, SAĞLAM OLAN *EŞ DAVA AÇARSA İŞLEM İPTAL EDİLİR, EVLİLİK GEÇERSİZ SAYILIR.*
- DEMANS TANISI SAĞLIK RAPORU İLE KESİNLEŞİRSE EVLİLİK GEÇERSİZ (**BUTLAN**) DURUMA GELİR.

13

BOŞANMA:

- EVLİLİK İŞLEMİ SIRASINDA DEMANSI FARK EDİLMEYEN TARAF OLABİLİR. SAĞLAM TARAF EVLİLİĞİN GEÇERSİZ SAYILMASI (BUTLAN) İÇİN MAHKEMEYE BAŞVURABİLİR.
- EVLİLİK SIRASINDA KİŞİ DEMAN TANISI OLABİLİR. BU DURUMDA EVLİLİĞİN ÇEKİLMEZ HAL ALDIĞINI SÖYLEYEREK DAVA AÇABİLİR.

14

VESAYET:

- DEMANSI TESPİT VE TEŞHİS EDİLEN OLGULARDA MAHKEME VESAYET KARARI VEREBİLİR. BUNUN İÇİN SAĞLIK KURULU KARARI GEREKLİDİR. ÇÜNKÜ AĞIR DEMANS OLGULARI SÜREKLİ BAŞKASININ BAKIMINA MUHTAÇTIR VE KENDİ İŞLERİNİ GÖREMEZLER.

15

VASİYET DÜZENLEME:

- DEMANSLI OLGULARDA AYIRT ETME GÜCÜ YOKTUR. DİĞER BİR ***İFADEYLE FİİL EHLİYETİ OLMADIĞINDAN YAPTIĞI İŞLEMİN NE OLDUĞU VE SONUÇLAR HAKKINDA YETERLİ VE GEREKLİ MALUMATA SAHİP DEĞİLDİR***.
- DOLAYISIYLA DEMANSLI OLGULAR VASİYET DÜZENLEYEMEZLER.

16

MAL BAĞIŞLAMA – HİBE:

- DEMANSLI OLGULAR TASARRUFA DAHİL DEĞİLDİR. DOLAYISIYLA DENABSLI OLGULAR HİBE YOLU İLE MAL BAĞIŞLAYAMAZLAR. BU TİP İŞLEMLER OLGUNUN YASAL VARİSLERİNCE GERÇEKLEŞTİRİLİR.

17

- DEMANSİYEL SÜZEÇ SIRASINDA KİŞİ YAKINLARININ TELKİNİ İLE TASARRUFTA BULUNABİLİRLER. TAPU MÜDÜRLERİ VE NOTERLERİ KUŞKULU DURUMLARDA, OLGUDAN PSİKİYATRİK MUAYENE İSTEYEBİLİRLER. BUNA RAĞMEN DEMANSİYEL SÜREÇLERDE HUKUKİ PROBLEMLER ORTAYA ÇIKABİLİR.

18

- DEMANSİYEL OLGULARIN YAKINLARI, VAKA ÖLDÜKTEN SONRA ONUN İŞLEM SIRASINDA DEMANS TABLOSU İÇİNDE OLDUĞUNU İLERİ SÜRERLER. BU AMAÇLA MAHKEMEYE BAŞVURUDA BULUNURLAR.

19

- MİRASIN SATILMASINI ÖNLEMEK İÇİN VERESELER, KİŞİNİN DEMANSI OLDUĞUNU İLERİ SÜRERLER. *BU TABLO OLGU ÖLDÜKTEN SONRA DAHA SIK GÖRÜLÜR*.

20

- KİŞİ ÖLDÜKTEN SONRA VERESELER, OLGUNUN DEMANS TABLO İÇİNDE İLERİ SÜREREK MİRASTAN PAY ALMAK İSTERLER. ZOR OLAN OLGULARDA GÖREV, ADLİ PSİKİYATRİ UZMANINA DÜŞER. **HEKİM OLGUNUN DOSYASINI AYRINTILI BİÇİMDE İNCELEMEDİLİDİR**.
- ÖZELLİKLE OLGUNUN GEÇMİŞİ, HERHANGİ BİR KURUMDAKİ MUAYENESİ VE TEDAVİSİ DİKKATLİ BİR ŞEKİLDE GÖZDEN GEÇİRİLMELİDİR.

VAKA SUNUMU

Dr. Latif Ruhşat ALPKAN
İstanbul Gelişim Üniversitesi, Psikoloji Bölümü, İstanbul

Demans ile ilgili Adli Psikiyatrik değerlendirme konuları aşağıda özetlenmiştir.

1- Ceza Hukuku ile ilgili konular:

a) Ceza Sorumluluğu:

Ceza sorumluluğunun değerlendirilmesi istendiğinde, demansın ilerleyici süreci göz önüne alınarak, kişinin olay tarihindeki demans derecesine göre karar verilmelidir.

Kişinin olay tarihinde Demans nedeniyle, yaptığı eylemin hukuki anlam ve sonuçlarını algılama ya da bu eylemi ile ilgili davranışlarını yönlendirme yeteneği önemli derecede azalmışsa ceza sorumluluğu yoktur (TCK 32/1). Kısmi azalmış ise, azaltılmış ceza uygulanır (TCK 32/2). Geçici nedenler sebepli demans saptandıysa (TCK 34/1) önerilebilir.

b) Güvenlik Tedbirlerinin Uygulanması:

Hükümlüde demans ortaya çıkarsa, kişinin cezası, iyileşmeden sonraya bırakılır. Yüksek güvenlikli sağlık kurumlarında tedaviye alınır (TCK 57).

2- Medeni Kanun ile ilgili durumlar:

a) Fiili ehliyet, medeni hakları kullanma ehliyetidir. Fiili ehliyetin en önemli koşulu olan, ayırt etme gücüne sahip olma; kişinin davranışlarının sebep ve sonuçlarını değerlendirme yeteneği ve telkin altında kalıp kalmadığıdır. Fiil ehliyetinin tüm demans hastaları için varlığı ya da yokluğundan bahsedemeyiz. Kişinin karara nasıl vardığı, yaptırmak istediği işlemin sonuçları ve parasal büyüklüğünün farkında olup olmadığı, bağımsız karar verme yeteneğinin olumsuz etkilenip etkilenmediği, istismar edilip edilmediği, mali varlığını yönetme yeterliliğinin olup olmadığı değerlendirilmelidir.

Demans hastaları ile ilgili olarak; evlenme, mülk edinme, mal satma, vasiyetname düzenleme, evlat edinme gibi konularda adli psikiyatrik değerlendirme istenebilir.

Sıklıkla bu değerlendirme, akit tarihinden çok sonra ya da kişinin vefatından sonra gerekebilir.

Bunun değerlendirilmesinde;

- tüm tıbbi kayıtlar,
- sosyal ve mesleki performansını gösterebilecek deliller,
- yapılan işlemin mahiyetinin ne olduğu,
- tanık ifadeleri, yakınları ile ayrıntılı görüşme ve
- mahkeme dosyası

incelenerek yorum yapılmalıdır.

b) Butlan: Evliliğin geçersiz sayılması:

Demanslı ya da yaşlı kişinin evliliğinin butlan olup olmaması fiili ehliyet ile ilgilidir. Ayırt etme gücü olmayan demans hastaları evlenemezler. Ve evlenmişlerse evliliğin iptali söz konusudur (TMK-madde 145/2).

Bu sunumda, iki Demans olgusu, medeni hukuk ve ceza hukuku yönünden ele alınacaktır.

ÇOCUKLUK VE ERGENLİKTE YAS VE KAYIPLA BAŞA ÇIKMA

Prof. Dr. Ayhan CÖNGÖLOĞLU

SBÜ Gülhane Tıp Fakültesi, Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

Yas, bizim için çok fazla önemi olan birisini ya da bir şeyi kaybettiğimizde hissettiğimiz üzüntüden doğan duygular olarak tanımlanabilir. Çocuklarda ve ergenlerde yası tutulan kayıp sevilen bir kişi veya evcil bir hayvan olabileceği gibi güvenli aile ortamı, şehir ve okul değişikliği ile öğretmen veya arkadaşlar hatta bir takıma seçilememek ile yaşanan popülarite bile olabilmektedir. Bu nedenlerle çocuk ve ergenlerde yas yaşantıları daha sık gözlenmektedir. Yapılan çalışmalar yas sürecinde çocukların erişkinlere oranla depresyon ve anksiyete bozukluğu geliştirme riskinin daha belirgin olduğunu göstermektedir. Bu konuşmada çocuklarda çok sık gözlenen belirsiz kayıp ve ölüm kavramının gelişimi gibi temalar ile birlikte çocuk ve ergenlerin yas ile başa çıkma yöntemleri tartışılacaktır.

ERİŞKİNLERDE YAS SÜRECİ VE YAS DANIŞMANLIĞI

Mehmet Sinan AYDIN

Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Gülhane Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara

Yas, kaçınılmaz kayıplara yönelik gelişen karmaşık bir duygusal işlemle sürecidir. Bu kayıp nesnel veya psişik bir nesne olabilir. Yas süreci düşüp yaralanma ve yara iyileşmesi metaforu ile tanımlanabilir. Yaralar çoğunlukla kendi kendine iyileşir, yaranın derinliği iyileşmeyi etkiler ve bıraktığı iz ona göre olur. Yara iyileşmesinde komplikasyonlar gelişir. Çeşitli bilim insanları yası farklı evrelere göre tanımlamıştır. En bilineni Ross'un evrelemesidir ve inkar, öfke, pazarlık, depresyon ve kabullenme evrelerinden oluşur. Yasın böylece dönemler halinde yaşandığı fikri onu anlamak için yol gösterici olsa da dönemler çok geçişkendir ve zaman zaman farklı evreler aynı zamanda yaşanabilir ve bazen bir önceki evreye gerileme olabilir. Yas danışmanlığında amaç kaybın gerçekliğini artırmak, danışanın hem dışa vurduğu hem de gizil kalan duygularıyla uğraşmasını sağlamak, kayıptan sonraki yaşama uyum sağlaması sağlamak ve hayata kaldığı yerden devam etmesini sağlamaktır. Bu konuşmada yas sürecinde yapılması gerekenlerin anlatılması amaçlanmıştır.

YAŞAMIN SON DÖNEMLERİNDE KAYIPLAR VE KAYIPLARLA YÜZLEŞME

Prof. Dr. Kamil Nahit ÖZMENLER

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Ankara

İnsanoğlunun ortak ve kaçınılmaz bir deneyimi olmasına ve yaşam boyu yüzleşmelere rağmen, kayıplar yaşlılar için de üzücü durumlardır. Çoğunlukla bu acı da başarıyla çözümlenebildiği halde %20-30'a varan oranlarda klinik psikiyatri açısından anlamlı düzeyde kabul edilebilecek belirti kümelerinin de eşlik edebildiği bildirilmektedir.

Uzayan insan ömrü ile birlikte, yaşlı nüfusta artış, bir yakınını ve özellikle de eşini kaybetmiş yaşlı nüfus artışına dikkat çekilmektedir. Uzun yaşam süresi bir yandan uzun süren evliliklere ve dolayısıyla daha derin bağlılıklara, rollerin daha çok pekişmesine ve bir anlamda diğerine bağımlı olmaya yol açarken, diğer yönden daha çok sayıda kayıpla karşılaşma olasılığını da sağlamaktadır. Yaşlıda kayıplar, yalnızca sevilen birinin kaybını değil aynı zamanda uzun sürede pekişmiş bir yaşam biçiminde de değişiklikleri gündeme getirmektedir. Sosyal birlikteliklerdeki kayıplar, bir amaç duygusunun da kaybına yol açabilir. "Bir kişinin duygularını, dikkatini, zamanını, enerjisini veya hayallerini yatırdığı her şeyin kaybolması" başa çıkılması güç bir durum yaratmıştır.

Eşin kaybından sonra yalnız yaşamanın getirdiği sosyal değişiklikler, kayıp sonrası adaptasyonu zorlayabilir. Özellikle rol değişimleri sonucu, günlük yaşamda öncesine göre farklı olarak ihtiyaçları kendi kendine karşılama gerekliliği kayıp sonrası adaptasyonu zora sokan unsurlardandır. Çoğu yaşlı, sevilen birinin kaybına uyum sağlar. Yaşamlarını, yaşama bakış açılarını ve beklentilerini yeniden şekillendirir. Bazılarında ise bu normal adaptasyon gerçekleşemez ve süreç komplikasyonlu yasa doğru kayar.

Yasın komplikasyonlu seyrine neden olabilen birçok faktör tanımlanabilir. Yaşlılarda yasın komplikasyonlu seyrine neden olarak vurgulanan yaygın etkenlerden biri "yaşlanma"dır. Yaşlı olanın, daha tecrübeli, acıya daha alışkın ya da dayanması gereken olarak beklenilmesi acıların ifadesini, duyguların paylaşılmasını geciktirebilmektedir. Aileler, kayıp sonrası genç aile üyelerine daha kolay odaklanırken, yaşlıların ikinci sırada kalması acıların ötelenmesine yol açmaktadır. Aile, arkadaş ve toplumdan gelen "daha metanetli olma" beklentisi yasın komplikasyonlu seyri olasılığını artırmaktadır.

Hemen bütün toplumlarda yaşlılar arasında dul kadın oranı dul erkek oranından yüksektir. Eş kaybı sonrası yaşamı sürdürmede önceden alışık olmadık sorumlulukları yerine getirmek, rol değişimleri, kayıp sonrası yaşama uyumda önemli güçlükler yaratabilmektedir. Yalnız yaşamak ve sosyal izolasyon zihinsel sağlığın zayıflaması açısından risk faktörüdür. Önceki ruhsal sorunlar, sosyal izolasyon, kayıp öncesi zorlu sağlık sorunları, eşlik eden diğer hastalıklar, bağlanma stilleri, kayba eşlik eden zorlayıcı diğer yaşam olayları kayıp sonrası yasın komplikasyonlu seyretmesi açısından risk faktörleri olarak tanımlanmıştır.

Yaşlılarda kayıp sonrası komplikasyonlu yas çeşitli çalışmalarda genel popülasyonda %25'e varan oranlarda bildirilmektedir. Yaşlılarda komplikasyonlu yas oranının genç yaş grubuna göre 2 kat daha yüksek olduğu ileri sürülmektedir. Yaşlı kadınlarda yaşlı erkeklere göre daha yüksek oranlar bildirilmektedir. Psikiyatrik tanısı olan vakalara dayalı klinik çalışmalarda unipolar depresyon hastaların %20, bipolar depresyon hastalarında ise %25'e varan oranlarda komplikasyonlu yas üzerinde durulmaktadır. Yaşlılarda tedavi edilmeyen komplikasyonlu yasın uzun sürede fonksiyonel kayıplara yol açtığı gösterilmiştir. Yaşlılarla çalışanların, kayıpların fiziksel ve ruhsal sağlığı etkilediğine, yaşam kalitesini bozduğuna ve mortalite riskini artırdığına dikkat etmesi gerekmektedir.

OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK'TA SIKINTIYA DAYANMA

Dr. Ayşegül KART

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

Sıkıntıya dayanma (SD), olumsuz psikolojik durumları yaşantılama ve bunlara dayanma kapasitesi olarak tanımlanmıştır. Sıkıntı bilişsel ya da fiziksel süreçlerin bir sonucu olarak ortaya çıkabilmekte, ancak kendini duygusal bir durum olarak göstermektedir. Sıkıntıya dayanma bütün duygusal durumları kapsamakta ve bunların kontrol altına alınıp alınamayacağını ifade etmektedir. Ayrıca sıkıntıya dayanma, algılanmış ya da gerçekten olmakta olan olumsuz duygulanım ve caydırıcı psikolojik ve/veya fiziksel durumlara dayanma kapasitesi olarak tanımlanmıştır. Bu bağlamda, sıkıntıya dayanma bireyin olumsuz duygusal durumlarla ilgili değerlendirme ve beklentilerinden oluşan bir meta-emosyon olarak kabul edilir. SD, Obsesif Kompulsif Bozukluk'un (OKB) tanısı ve tedavisi ile ilişkilendirilmiştir. Düşük SD düzeyinin, OKB bulgularının daha şiddetli olması ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Ayrıca düşük SD düzeyinin obsesyon başlangıcı ve sıkıntıyı nötralize etme çabaları ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. SD düzeyinin, OKB tanı ve tedavisinde önemli bir rolünün olduğu fakat bu alanda yeterli çalışmanın bulunmadığı görülmektedir.

OKB'DE BELİRSİZLİĞE TAHAMMÜLSÜZLÜK

Dr. Fatih YIĞMAN

T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Ruh Sağlığı Dairesi Başkanlığı

Belirsizlik, özellikle anksiyete ile ilişkili patolojiler için vurgulanan bir kavramdır ve belirsizliğe tahammülsüzlük (BT), birçok klinik tabloda transdiagnostik bir faktör olarak gözükmektedir.

Güncel tanımlar göz önüne alındığında BT, olasılıklardan bağımsız olarak, öngörülemeyen durumlara karşı olumsuz inançlar ve tepkiler olarak ortaya çıkan; belirsizliğe karşı bilişsel, duygusal ve davranışsal tepkileri açıklayan bir kavramdır (1).

Literatürdeki araştırmalara göre BT 4 ana tablo ile ilişkilidir. Bunlar; öngörülebilirlik arzusu (örneğin, "Her zaman gelecekte neler olacağını tam olarak bilmeliyim"), belirsizlik felci (örneğin, "Belirsizlik benim harekete geçmemi engeller"), belirsizlik karşısında sıkıntı (örneğin, "Belirsizlik karşısında mutsuz/gergin olurum") ve katı belirsizlik inançları (örneğin, "Bu durumun %100 garantisinin olmaması haksızlıktır") olarak sınıflandırılabilir. Bu açıdan değerlendirildiğinde, BT üstbilişsel inançları, bilişleri, duyguları ve davranışları değerlendirir (2).

Literatürdeki araştırmalar BT kavramını iki açıdan değerlendirmiştir. Birincisi, geleceğe dönük BT ve engelleyici BT'dir. Geleceğe dönük BT, gelecekteki belirsizlikle ilgili bilişsel değerlendirmeleri temsil eder; engelleyici BT ise belirsizlikle ilgili davranışsal tutumları (ör. Kaçınma) tanımlamaktadır. (Carleton, 2012; Carleton, Norton ve Asmundson, 2007; Einstein, 2014).

BT ile ilgili diğer bir değerlendirme ise, kişisel özelliklerle ilişkili olan kişiye özgü BT ve klinik semptomlarla ilişkili olan ve duruma daha spesifik olan bozukluğa özgü BT olarak tanımlanabilir. Çalışmalarda kişiye özgü BT'nin yaygın anksiyete bozukluğu ve obsesif kompulsif bozuklukla daha yakından ilişkili olduğunu gösterirken; bozukluğa özgü BT, sosyal anksiyete bozukluğu ve panik bozukluğuyla daha yakından ilişkilendirilmiştir.

Başlangıçta yaygın anksiyete bozukluğu ile ilişkili araştırmalarla geliştirilen BT; daha sonra obsesif kompulsif bozukluk, sosyal anksiyete bozukluğu, agarafobi ve panik bozukluk, sağlık anksiyetesi, travma sonrası stres semptomları ve bozukluğu, depresyon ve yeme bozukluklarında önemli bir psikolojik faktör olarak gösterilmiştir. Birçok bozukluk için BT, belirsizliği hafifletme veya önleme çabaları olarak öne sürülmüştür. Bütün bu bulgular sonuçlar, BT'yi bir dizi bozuklukla bağlantılı bir transdiagnostik faktör olarak işaret etmektedir.

Bu bulguların ışığında BT, potansiyel bir transdiagnostik tedavi hedefi olabilir. Belirsizlikle ilgili inançların ele alınması, yapılandırılması veya baş etme stratejilerinin geliştirilmesini içeren müdahalelerin, tedavi protokollerine dahil etmesi faydalı olabilir.

Kaynaklar

1. Freeston MH, Rhéaume J, Letarte H, Dugas MJ, Ladouceur R. Why do people worry? Personality and individual differences. 1994;17(6):791-802.
2. Einstein DA. Extension of the transdiagnostic model to focus on intolerance of uncertainty: a review of the literature and implications for treatment. Clinical Psychology: Science and Practice. 2014;21(3):280-300.

OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUKTA ANKSİYETE DUYARLILIĞI

Dr. Öğr. Üyesi Bengü YÜCENS

Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Denizli

Anksiyete duyarlılığı 'anksiyete ile ilişkili psikolojik duyumlardan korkma eğilimi' veya 'anksiyete semptomlarının kalp krizi, utanma, çıldırma gibi olumsuz sonuçlara yol açacağı inancıyla anksiyete semptomlarına korkuyla yanıt verme' olarak tanımlanabilir. Anksiyete duyarlılığında korkulan dış uyaran değil anksiyete belirtileridir. Anksiyete duyarlılığı yüksek olan kişilerin iç uyaranlara dikkatleri artmıştır ve bedensel belirtilerine karşı daha duyarlıdırlar. Görece daha az değişken olduğu düşünülen anksiyete duyarlılığının yapısal bir özellik olduğu ve süreklilik gösterdiği öne sürülmüştür. Obsesif kompulsif bozukluk (OKB) hastalarında da anksiyete duyarlılığının yüksek olduğu ayrıca anksiyete duyarlılığının obsesif kompulsif semptomlarla pozitif yönde ilişkili olduğu gösterilmiştir. OKB hastalarında anksiyete duyarlılığı yüksek olanlar obsesyonel düşüncelerin kendisini tehdit edici olarak algılamanın yanı sıra obsesyonlarla ilişkili fizyolojik uyarılma belirtilerini de tehdit edici olarak algılayabilirler ve bu da genel sıkıntı düzeyini şiddetlendirir. Ayrıca anksiyete duyarlılığı yüksek olanlar obsesyonel düşüncelere eşlik eden anksiyete duyumlarının farkına varmaya ve bunları katastrofik yorumlamaya daha eğilimlidirler. Örneğin uygunsuz cinsel davranışlarla ilgili obsesyonları olan bir kişi anksiyete ile ilişkili fizyolojik belirtileri sıklıkla cinsel uyarılma belirtisi olarak yorumlar (çocuklara yaklaşınca artan kalp atım hızını pedofili belirtisi olarak yorumlayabilir). Bu tür deneyimler anksiyete duyarlılığı ile ilişkili kaçınma davranışlarıyla işlevsellikte bozulmaya yol açtığında depresif belirtiler de artabilir. Buchholz ve ark. 2019 yılında yaptıkları çalışmada 93 OKB hastasında anksiyete duyarlılığı, belirsizliğe tahammülsüzlük ve endişe gibi transdiagnostik faktörlerin depresif belirtilerle ilişkisini araştırmışlar ve OKB semptom şiddeti kontrol edildiğinde anksiyete duyarlılığı ve endişenin depresif belirtileri yordadığını saptamışlardır. Capron ve ark. (2012) ise anksiyete duyarlılığı ile intihar düşüncesi arasında bir ilişki olduğunu göstermişlerdir ve buradan yola çıkarak, önemli intihar eğilimi olan bireyler için anksiyete duyarlılığı iyileştirme müdahaleleri önermişlerdir. Diğer yandan anksiyete duyarlılığının tedavi yanıtı ve süresine etkisine dair sonuçlar çelişkilidir. Anksiyete duyarlılığının bilişsel davranışçı terapi süresini ve yanıtını etkilemediğini gösteren çalışmaların yanı sıra anksiyete duyarlılığı yüksek olanların tedavi sonrasında semptom şiddetlerinin daha yüksek olduğunu gösteren çalışmalar da mevcuttur.

Kaynaklar

Buchholz JL, Blakey SM, Abramowitz JS, Leonard RC, Riemann BC. Predictors of concurrent depressive symptoms in patients with obsessive-compulsive disorder, Psychiatry Research. 2019; 279:267-271

Capron, D.W., Fitch, K., Medley, A., Blagg, C., Mallott, M., Joiner, T., 2012. Role of anxiety sensitivity subfactors in suicidal ideation and suicide attempt history. Depress. Anxiety 29 (3), 195–201.

Zavos, H.M.S., Rijsdijk, F.V., & Eley, T.C. (2012). A longitudinal, genetically informative, study of associations between anxiety sensitivity, anxiety and depression. Behavior Genetics, 42, 592–602.

Calamari JE, Rector NA, Woodard JL, Cohen RJ ve ark. Anxiety sensitivity and obsessive--compulsive disorder. Assessment 2008; 15(3):351–63

OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUKTA TRANSDİAGNOSTİK FAKTÖRLER / MÜKEMMELİYETÇİLİK

Uzm. DR. Canan EFE

Gölbaşı Şehit Ahmet Özsoy Devlet Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Ankara

Psikiyatri tanı ve sınıflamalar, almış olduğu eleştiriler doğrultusunda sürekli bir arayış ve kendini yenileme süreci içerisindedir. Ruhsal bozuklukların altında yatan ortak patolojik süreçlerin fark edilmesi, tanısal süreçte kesitselden ziyade boylamsal izlemin önerilmesi, yüksek eştanı oranları ve benzer belirtilerin farklı hastalık gruplarında olması gibi nedenlerden ötürü transdiagnostik yaklaşımlara son dönemde önem verilmektedir. Transdiagnostik yaklaşımlar psikopatolojilerin altında yatan ortak patolojik süreçlere tanı bağımsız yaklaşmayı ve bu doğrultuda ruhsal bozuklukları tedavi etmeyi amaçlamaktadır. Dikkat ve bellek üzerine olan yanlılıklar, zihinsel süreçlere hakim olan hatalı bilgi işleme süreçleri, kaçınma ya da güvenlik sağlayıcı davranışlar, kişilik özellikleri, obsesif inanışlar, mükemmeliyetçilik transdiagnostik faktörlerden sadece bazılarıdır.

Mükemmeliyetçilik standartları hep ve her konuda yüksek tutmak, sergilenen performans için yüksek beklenti ve tüm performansa yönelik olarak katı, yapıcı olmaktan uzak eleştiri özellikleri olarak tanımlanmaktadır. Mükemmeliyetçilikte beklenti kişinin kendisine ya da çevresine yönelik olabilmektedir. Mükemmeliyetçi özelliklere sahip bireyler için hata yapma ve hatanın olası sonuçlarına yönelik hatalı bilgi işleme süreçleri vardır. Gerçekçi ve uygulanabilir olmayan bu yüksek beklentiler genel olarak işlevsel olmayan yeni inançları, bunlara bağlı hatalı değerlendirmeleri beraberinde getirir ve kısır bir döngü oluşturur.

Mükemmeliyetçiliğin OKB belirtilerini yordadığını gösteren pek çok çalışma vardır. Sadece belirtilerin oluşumuna değil aynı zamanda hastalığın şiddeti üzerine etkisi olduğu bilinmektedir. Bu nedenle hem sürdürücü hem de risk faktörü olarak ele alınabilir. OKB dışında anksiyete bozuklukları, yeme bozuklukları, depresyon, obsesif kompulsif kişilik bozuklukları ve somatoform bozukluğu ile de ilişkili görülmektedir. Yine anksiyete bozukluklarında tedavi yanıtını azaltabileceği ve özellikle buna yönelik müdahalenin tedavi yanıtını arttıracağını gösteren çalışmalar bulunmaktadır.

Obsesif kompulsif bozukluk, anksiyete bozuklukları, depresyon, yeme bozuklukları başta olmak üzere klinik psikopatoloji ile ilişkisi çalışmalarla gösterilmiş olan mükemmeliyetçilik; tedavi yaklaşımlarında önemli bir role sahiptir. Bu sebepten ruhsal bozuklukların altında yatan ve patolojik süreçlerin gelişmesine yol açan bir etken olan mükemmeliyetçiliğe transdiagnostik olarak yaklaşım sadece OKB sürecinde değil olması muhtemel eş tanılar üzerinde de etkili olacaktır. Bu nedenle alanda mükemmeliyetçilik ile ilgili daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

SLUGGISH BİLİŞSEL TEMPO: GÜNCEL DURUM

Dr. Demet ZİHNİ ÇAMUR

Sultangazi Haseki Eğitim Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, İstanbul

Sluggish (Yavaş) Bilişsel Tempo (YBT), hayale dalıp gitme, uyanık kalmada zorlanma, enerjide düşüklük, kendi dünyasında yaşama, şaşkın görünümde olma gibi klinik belirtiler gösteren bir bilişsel uyarılma ve uyanıklık bozukluğudur (Becker ve ark. 2013). SCT'li bireyler genellikle; hayale dalıp gitme (hayal kurmaya yatkınlık), uyanık kalmada ve harekete geçmede zorlanma, zihin bulanıklığı , boş gözlerle uzunca bakma, dikkatini çevresinde olanlara verememe; aklı başka yerde gözükme, enerjik olmama; akranlarına kıyasla çabuk yorulma, akranlarına kıyasla daha az aktif olma, yavaş/uyuşuk hareket etme, akranları kadar hızlı bir şekilde sorunları/anlatılanları anlıyor gibi görünmeme, uykulu ya da uykulu bir görünüme sahip olma, ilgisizlik, akranlarına göre aktivitelere daha az katılma, düşüncelerinde kaybolma (sisli,bulanık düşünce), kendine verilen görevi yerine getirmede yavaşlık, bir işe başlamakta zorlanma gibi semptomlara sahiptir.

YBT ve DEHB

Bazı çalışmalar DEHB-dikkat eksikliği baskın tipte DEHB-kombineden daha fazla YBT skorları bulurken, DEHB-Kombine tipte kontrolden daha yüksek YBT skorları olduğu gösterilmiştir (Willcutt ve ark, 2014). Barkley'in çocuk ve ergenlerde yaptığı çalışma ise beklenmedik bir şekilde, DEHB-kombine tipte(%55) DEHB-dikkat eksikliği baskın(%31) tipe göre daha fazla SCT görüldüğünü göstermiştir. önceden daha önce DEHB-Dikkat eksikliği baskın tipin bir alt sınıflandırması olarak düşünülmekteydi. Son yıllarda yapılan araştırmalar ise YBT'nin DEHB ile birlikte görülebileceği fakat ayrı bir bozukluk olduğunu öne sürmektedir. 19.000 kişinin dahil edildiği bir meta-analiz sonucuna göre, SCT'nin DEHB'nin dikkat eksikliği ve hiperaktif-dürtüsel semptom boyutlarından farklı bir faktör oluşturduğunu doğrulamıştır (Becker ve ark. 2016).

Aralarındaki ilişki depresyon ve anksiyete gibi; ayrı bozukluk ama bir arada bulunma olasılığı yüksek şeklinde tanımlanmaktadır. Barkley'in çalışmasında SCT ve DEHB'nin birlikte bulunma oranının %39 ile %59 oranında olduğundan bahsedilmektedir. Çocuk ve yetişkinlerde son zamanlarda yapılan toplum temelli çalışmalarda, DEHB'nin yokluğunda da YBT'nin bulunmasının, YBT'nin DEHB'nin alt türü yerine DEHB ile sık görülen ayrı bir bozukluk olduğunu önermektedir (Barkley ve ark, 2013). Özetle, YBT semptomlarının dikkatsizlik semptomları ile hiperaktif/dürtüsel semptomlardan daha ilişkili olduğu ancak DEHB-I ve DEHB-C tipleri birbirinden ayırmada yardımcı olmadığı gösterilmiştir.

YBT ile yapılan ilk çalışmalar, klinik özelliklerinin tanımlanmasına ve tanılama sürecine odaklanmıştır. Bu alanda araştırmacıların ortak görüşü; YBT olan çocukların, daha kaygılı mizaca sahip oldukları, içe kapanık, utangaç görünümlü,ihtiyaçlarını ifade edemeyen ve sosyal ipuçlarını yakalama konusunda kısıtlılıkları olan çocuklar olduğu yönündedir. YBT'de DEHB'ye benzer şekilde erkek cinsiyet egemenliğinin olduğunu öne süren çalışmalarla birlikte beraber, baskın bir cinsiyetle ilişkili olmadığını gösteren çalışmalarda mevcuttur.

Sosyal işlevsellikte bozulma, DEHB'de sık gözlenen ve beklenen bir durumdur. Ancak araştırmacılar, YBT ve DEHB'deki bozulma nedenlerinin birbirinden farklı ve hastalığa özgü olduğunu öne sürmektedir. Shaughency yaptığı araştırmada öğretmenlerin ve öğrencilerin kendi sınıfında bulunan öğrencileri popülarite ve sosyal dışlanma gibi özelliklere göre oylamalarını istemiştir. Bu çalışmada dikkat sorunları ve ağırkanlı (sluggish) olma, arkadaş ilişkileri ile negatif ilişkili olarak bulunmuştur.

YBT'yi DEHB'den ayıran en önemli özellik sosyal beceri alanı gibi görünmektedir.

YBT ve TEDAVİ

SCT'nin psikososyal tedaviye yanıt verdiği gösterilmiştir (Pfiffner ve ark. 2007).Önceki araştırmalar kesitsel çalışma tasarımlarında SCT ve DEHB semptomlarının kısmi bağımsızlığını ortaya koymuştur (Becker ve ark. 2016). Bununla birlikte, bu semptomlardaki değişikliklerin nasıl ilişkili olabileceğini değerlendiren çalışma eksikliği vardır. Yalnızca DEHB ve disleksi veya disleksi olan çocuklarda randomize, plasebo kontrollü bir çalışmadan yapılan bu post hoc analizde, atomoksetin tedavisi ile ybt semptomlarında plasebo tedavisine kıyasla daha fazla iyileşme olduğu gösterilmiştir (McBurnett ve ark.).

DEHB VE ERTELEMECİLİK

Dr. Gülşah MERAL ÖZGÜR
Psikiyatrist & Psikoterapist

Dr. Timothy A. Pychyl, Carleton Üniversitesi psikoloji bölümünde öğretim üyesi olarak çalışmaktadır ve "Solving the Proscrastination Puzzle: A Concise Guide to Strategies for Change" yani Türkçe'ye çevrilmiş ismiyle "Prokrastineyşın" kitabında açıklıyor; erteleme, oyalanma, savsaklama nedir ve bu eylemleri yapanlar bunu neden yaparlar…

'Prokrastineyşin' , 'yarın yaparım' dediğimiz ve o yarının hiçbir zaman gelmediği işleri ertelemek anlamına geliyor ve bundan şikayetçi olanların sayısı azımsanmayacak kadar çok.

İşinizin başına oturdunuz ve aklınıza yapabileceğiniz – ve keyif alacağınız- başka bir şey geldi. İlk yapmanız gereken şey kıpırdamadan durmak. Eğer kendinizi iyi hissettirecek bir şeye doğru yönelirseniz kaybettiniz demektir…

Günümüzde erteleme davranışını en çok besleyen yerle ilgili en önemli tespit : internet teknolojileridir. Artık çoğumuz bilgisayarda çalışıyoruz ve internet hem bilgisayar hem de yanı başımızda duran telefonlarla dikkatimizi dağıtma konusunda büyük bir usta. Dr. Pychyl'in bu konuda da önerdiği çok basit bir yöntem var; çalışmaya başlamadan önce bilgisayarınızda işinize yaramayacak her şeyi kapatın, e-maillere bakmayın, telefonunuzun mesajlaşma uygulamalarını da bir zahmet kapatın.

Herkes bazen işleri savsaklar ancak erteleyiciler kronik olarak zor işlerden kaçınır ve dikkatlice, dikkat dağıtıcı şeyler ararlar. Erteleme büyük ölçüde, yarın ya da ertesi gün nasıl hissedeceğimizi doğru bir şekilde tahmin edememenin yanı sıra, kendini kontrol etmeyle ilgili çok yıllık mücadeleleri yansıtır. "Kendimi hazır hissetmiyorum" hedeflere göre önceliklidir; maalesef ki gelecekteki çabayı caydıran olumsuz duyguların aşağı yönlü bir sarmalına işaret eder. Mükemmeliyetçiler çoğu zaman erteleyicidir; onlar için bir görevle başlamamak, performansta yetersiz kalma ihtimaliyle yüzleşmekten psikolojik olarak daha kabul edilebilirdir.

Erteleme ayrıca bir dereceye kadar kendini aldatma ile ilgilidir; erteleyiciler yaptıkları eylemin gerçekliğinin bir düzeyde farkındadırlar. Çabayla "erteleme"nin üstesinden gelmek mümkündür. Davranışı değiştirmek, yapılandırılmış bilişsel davranışçı terapi ile mümkündür. Yine de, başarılı bir şekilde değişen davranış mutlaka kişinin içsel olarak değiştiği anlamına gelmez.

Zaman zaman DEHB ile erteleyecilik birbirine karışabilen tablolar olmakla birlikte dikkat eksikliği aslında yaşam boyu var olan, sadece yaşla birlikte işlevsellikteki yansımaları değişen bir tablo olduğu için ertelemecilikten ayrılmaktadır.

Siz de bir erteleyiciyseniz unutmayın: "Değişim yalnızca okumakla mümkün olabilecek bir şey değildir, eyleme geçmeniz gerekir."

TEDAVİYE DİRENÇLİ DEPRESYON KAVRAMI

Prof. Dr. İbrahim EREN

Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Bolu

Depresyon en sık gözlenen psikiyatrik hastalık olup tedavi edilmediğinde çok ciddi tıbbi, ruhsal toplumsal ve ekonomik sorunlara yol açmaktadır. Depresyon önemli derecede yetiyitimi yapan bir hastalıktır. Depresyonda tedavi hedefleri semptomları kontrol etmek, remisyon sağlamak ve hastaların işlevsellik düzeylerini normal seviyesine döndürmektir.

Farmakolojik stratejiler tedavinin temel taşı olmaya devam etmektedir, ancak birinci basamak antidepresana yanıt oranları orta düzeydedir (%40-60) ve hastaların az bir kısmında remisyon elde edilir (%30-45). STAR*D çalışmasında, 4 antidepresan tedavisinden (14 ay içinde) sonra yapılan kümülatif remisyon oranı sadece% 67'dir (Rush ve ark. 2006). Birinci basamak ve psikiyatri kliniklerinden alınan hastaların yarısından fazlasının ilk antidepresan tedaviden sonra remisyona ulaşmadığı ve üçte birinin dört akut tedaviden sonra remisyon yaşamadığı bulunmuştur. Hatta ardışık tedavilerden sonra bile Major Depresif Bozukluk hastalarının %10-20'si 2 yıl veya daha uzun süre belirgin olarak semptomatik kalmaktadır.

Tedaviye Dirençli Depresyon (TDD) yaşam kalitesi bozukluğu, yeti yitimi ve intihar gibi ciddi sonuçlara yol açabilir. TDD'si olan bireylerin hastaneye yatış ihtimalleri iki kat daha fazladır; bu hastaneye yatışın maliyeti tedaviye dirençli olmayan depresyon hastalarının ortalama toplam maliyetinin altı katından fazladır. Antidepresan tedavisine verilen kötü yanıt psikososyal faktörler, mevcut depresif dönemin klinik özellikleri, psikiyatrik ve fiziksel komorbiditeler veya biyolojik faktörler gibi çeşitli risk faktörleri ile ilişkilendirilmiştir.

TDD'nin evrensel, kabul edilmiş tanımı mevcut değildir. Klinik uygulanabilirliğe sahip, evrensel olarak kabul edilen bir TDD tanımının olması, TDD tanısını ve yönetimini standartlaştırabilir ve hastalığın sonuçlarını ve hastaların yaşam kalitesini olumlu etkileyebilecek doğru ve erken tanı ve erken tedavinin önünü açabilir.

TDD son değerlendirmeler ışığında MDB döneminde 6-8 hafta boyunca yeterli dozlarda verilen ≥2 antidepresan tedavinin başarısızlığı olarak tanımlanmaktadır. Tedavi başarısızlığı tedavi yanıtının olmaması veya remisyona ulaşmama olarak değerlendirilmektedir. Tedavi yanıtı ve remisyon depresyon ölçekleri, genel psikiyatrik derecelendirme ölçekleri ve işlevsellikteki düzelme ile değerlendirilmektedir. Hastanın tedavi uyumunun da göz önünde bulundurulması gereklidir. Klinik araştırmalarda günlük pratiğe göre tedavi süresi daha uzun, tedavi dozları daha yüksek tutulmaktadır.

TDD tanımlanmasında evreleme yöntemi de kullanılmaktadır. Beş TRD evreleme modeli (direnç derecesini bir spektrum boyunca tanımlayan) vardır; güvenilirlik ve geçerlilik ile ilgili araştırmalar sınırlıdır. Antidepresan Tedavi Öyküsü Formu, Thase ve Rush Evreleme Modeli, Avrupa Evreleme Modeli, Massachusetts Genel Hastane Evreleme modeli, Maudsley Evreleme Yöntemi bu alanda kullanılan evreleme modelleridir. Bu yöntemler içinde en sık kullanılan yöntem Thase ve Rush yöntemidir. Evreleme sistemi akademik ve klinik araştırmalar için kullanışlı ve faydalıdır. Ancak günlük pratikte zaman kısıtlılığı nedeni ile kullanımı sınırlıdır.

Convey ve ark. iki evreli, kullanışlı bir evreleme yöntemi önermişlerdir. Bu yönteme göre şimdiki epizodda farklı sınıflardan (kombinasyon halinde veya art arda) yeterli doz ve sürede 2 antidepresan veya psikoterapi tedavisinin başarısızlığının (STAR*D, seviye 3) Evre I TDD olarak tanımlanmasını önermiştir. Bu direnç derecesinde daha az invaziv, yeni mekanizmalara sahip tedaviler (örneğin, rTMS, ketamin, nitröz oksit, buprenorfin veya bazı durumlarda elektrokonvülzif tedavi) kullanılabileceğini öne sürmüştür. Şimdiki epizodda (STAR*D, level 4) farklı sınıflardan (kombinasyon halinde veya art arda) 3 veya daha fazla yeterli antidepresan veya psikoterapi tedavisinin başarısızlığının Evre II TDD olarak tanımlanmasını önermiştir. Bu direnç derecesi daha invaziv veya daha yüksek riskli antidepresan tedavileri (örneğin, cerrahi müdahaleler [vagus sinir stimülasyonu veya derin beyin stimülasyonu] veya elektrokonvülzif tedavi) gerektirebileceğini öne sürmüştür.

TDD yaygın karşılaşılan bir klinik bir durum olmasına rağmen uzlaşı sağlanmış ve yaygın kabul edilen kriterler belirlenememiştir. Bu konuda uzlaşı sağlanması tanı ve takibinde zorluklar yaşanan bu alanda çözümler üretilmesine aracılık edecektir.

BİPOLAR DEPRESYON MU? DİRENÇLİ EPRESYON MU?

Yrd. Doç. Dr. Kürşat ALTINBAŞ

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 tablolardır. Ayrıca bipolar depresyonda tamamlanmış intihar oranı daha yüksek ve ailede bipolar bozukluk öyküsü daha sıktır. Klinik görüngüdeki 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 etkilikleri değil uzun dönemde korumada da manik kayma, döngü hızlanması gibi riskler nedeniyle kullanımları kısıtlıdır. Sonuç olarak bipolar bozukluk depresif dönemi tanısal açıdan unipolar depresyon ile aynı ölçütlere göre değerlendirilse de; klinik görüngü, tedavi ve seyir açısından önemli faklılıklar göstermektedir. Bu panelde dirençli depresyonun ile bipolar depresyon ayırımı ve tedavi farklılıkları 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.

TEDAVİYE DİRENÇLİ DEPRESYON TEDAVİSİNDE GÜNCEL UYGULAMALAR

Prof. Dr. K. Oğuz KARAMUSTAFALIOĞLU

İstanbul Üniversitesi Adli Tıp ve Adli Bilimler Enstitüsü, İstanbul

Depresyon tedavisinde direnç nadir karşılaşılan bir durum değildir. Depresyon tedavisinde direnci yenmek üzere çeşitli algoritmalar oluşturulmuştur. Farmakoterapinin yanısıra TMS ve EKT direnci aşmakta etkili olabilmektedir(1). Son yirmi yıl içerisinde depresyon tedavisi ile ilgili yeni ilaçlar çok nadir çıkmaktadır.

Bu konuşmada hem mevcut algoritmalar gözden geçirilecek hem de farklılıklar arasında seçilecek yöntem değerlendirilecektir.Yeni seçenek olan esketamin ve pratik uygulamalar sunulacaktır(2).

Kaynaklar

1. Nutt DJ, Davidson JRT. Gelenberg AJ, Higuchi T, Kanba S, Karamustafalıoğlu O, PapakostasGI , Sakamoto K, Terao T ,Zhang M. International Consensus Statement on Major Depressive Disorder J Clin Psychiatry 2010;71(suppl E1):e08
2. Karamustafalıoğlu KO,Yavuz BG.Major Depresif Bozukluk Tedavisinde Yetersiz Yanıtın Yönetimi ve Yeni Tedavi Seçenekleri Klinik Psikofarmakoloji Bülteni .21Supp1 20-25 ;2011

ORGAN NAKLİ ÖNCESİ VE SONRASI PSİKİYATRİK DEĞERLENDİRME

Dr. Öğr. Üyesi Selçuk ÖZDİN

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Samsun

Terminal dönem organ yetmezliklerinin kesin tedavisi organ nakli ile yapılmaktadır. Nakil öncesi ve sonrası hastaya ciddi bir biyopsikososyal yük getirmektedir. Psikiyatrik açıdan hastaların nakil öncesi değerlendirmesinde standart bir yaklaşım yoktur. Nakil öncesi uygunluk açısından en önemli parametre tedavi uyumudur. Tedavi uyumu sadece ilaca uyum değil aynı zamanda kontrollere düzenli gitme, alkol almama, düzenli fiziksel aktivite yapma gibi farklı parametreleri de içermektedir. Listeye alınma ile organ nakli arasındaki süre uzadıkça alıcı adaylarında öfke, üzüntü gibi rahatsız edici duygular gelişebilmektedir. Nakil öncesi depresif yakınmaların nakil sonrasında mortalite ile ilişkili olabileceği gösterilmiştir (1). Bu nedenle nakil öncesi depresif belirtilerin tanınması ve tedavi edilmesi gerekmektedir. Aktif psikotik bulgu olması durumunda transplantasyon, psikotik bozukluğun tedavi ile remisyona ulaşmasından sonra gerçekleştirilmelidir. Psikotik hastaların transplantasyon sonrasındaki tıbbi sürecinin kontrol grubu ile benzer olduğu bilinmektedir (2). Alkolik hepatite bağlı karaciğer nakli geçiren kişilerin %22'sinde alkol kullanım bozukluğu nüksü görülmektedir (3). Madde kullanım bozukluklarında da nakil öncesinde hastaların remisyonda olması, düzenli olarak kontrollerini sürdürmesi önerilmektedir. Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hastaların nakil öncesi ve sonrasında dikkatli izlemi önerilmektedir. Nakil öncesinde hastadaki kognitif bozukluğun nedeni süreç öncesinde de bulunan demans ise nakil için kontrendikedir. Ancak hepatik veya üremik ensefalopati gibi organ yetmezliğine bağlı kognitif etkilenme söz konusu ise acil transplantasyon endikasyonu söz konusudur (4). Ameliyatın kendisi, kullanılan immünsupresif ilaçların yan etkileri, ameliyat sonrası ağrı veya komplikasyonlar nedeniyle daha önceden var olan psikiyatrik hastalıklarda alevlenme olabildiği gibi ameliyat sonrasında da yeni psikiyatrik hastalıklar ortaya çıkabilmektedir. Böbrek nakillerinden sonra %20, karaciğer nakillerinden sonra %30, kalp nakillerinden sonra ise %60 sıklıkta nakil sonrası bir yıl içinde depresif bozukluk veya anksiyete bozukluğu geliştiği bildirilmiştir (5).

Kaynaklar

1. Dew MA, Rosenberger EM, Myaskovsky L, DiMartini AF, DeVito Dabbs AJ, Posluszny DM, et al. Depression and Anxiety as Risk Factors for Morbidity and Mortality After Organ Transplantation: A Systematic Review and Meta-Analysis. Transplantation. 2015;100(5):988-1003.
2. Evans LD, Stock EM, Zeber JE, Morissette SB, MacCarthy AA, Sako EY, et al. Posttransplantation Outcomes in Veterans With Serious Mental Illness. Transplantation. 2015;99(8):e57-65.
3. Chuncharunee L, Yamashiki N, Thakkinstian A, Sobhonslidsuk A. Alcohol relapse and its predictors after liver transplantation for alcoholic liver disease: a systematic review and meta-analysis. BMC gastroenterology. 2019;19(1):150.
4. Teperman LW. Impact of pretransplant hepatic encephalopathy on liver posttransplantation outcomes. Int J Hepatol 2013;2013:952828.
5. Dew MA, Rosenberger EM, Myaskovsky L, DiMartini AF, DeVito Dabbs AJ, Posluszny DM, ve ark. Depression and Anxiety as Risk Factors for Morbidity and Mortality After Organ Transplantation: A Systematic Review and Meta-Analysis. Transplantation. 2015; 100(5):988-1003.

OBEZİTE CERRAHİSİ ADAYI HASTALARDA PSİKİYATRİK DEĞERLENDİRME

Doç. Dr. Aytül KARABEKİROĞLU

Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Samsun

Obezite Beden Kitle İndeksinin 30 kg/m^2 üzerinde olması olarak tanımlanmaktadır. Obezite mortalite ve morbidite açısından önemli bir halk sağlığı sorunudur. Obezite tedavisinde diyet, egzersiz, yaşam stili değişiklikleri ve ilaçla tedavi önerilmektedir. Bu tedavi yöntemlerinin başarısızlığı durumunda Amerikan Ulusal Sağlık Enstitüsü BKİ 40 kg/m^2 üzerinde olan ya da BKİ 35-40 kg/m^2 arasında olup obezite ile ilişkili hipertansiyon, hiperlipidemi, obstruktif uyku apnesi, işlevselliği etkileyen artrit vs.. hastalıkların varlığında bariatrik cerrahi uygulanabileceği kararını vermiştir (1). Ulusal sağlık Enstitüsü bariatrik cerrahi uygulanacak tüm hastalarda kapsamlı, multidisipliner değerlendirmenin gerekli olduğu, bu kapsamlı değerlendirme içinde ruhsal değerlendirmenin de mutlaka bulunması gerektiğini bildirmiştir. Şu anda dünyada obezite cerrahisi uygulanan merkezlerden %80'inden fazlasında bariatrik cerrahi öncesinde psikolojik değerlendirme yapılmaktadır.

Dünyada kabul gören ve sık uygulanan bu değerlendirmeler ile ilgili henüz kabul görmüş tek bir uygulama klavuzu bulunmamaktadır. Ulusal Sağlık Enstitüsü psikiyatrik hastalıklar açısından bakıldığında bariatrik cerrahi uygulaması için kesin bir kontraendikasyon bulunmadığını bildirmiştir. Bauchowitz ve ark (2005) tüm dünyada bariatrik cerrahi uygulayan merkezlerin değerlendirmelerini göz önünde bulundurarak aktif alkol ve madde kullanım bozukluğu olanlarda, depresyon, obsesif-kompulsif bozukluk, psikotik bozukluk ve bipolar duygulanm bozukluklarının aktif dönemlerinde, ağır zeka gerilikleri ve demans olgularında bariatrik cerrahinin uygulanmamasını önermemişlerdir(2). Bariatrik cerrahi öncesinde klinik görüşmede obezitenin kişi üzerindeki etkileri, geçmişteki kilo verme girişimleri, yaşam stili, yeme davranışları, yaşam olayları ve mevcut stresörleri, sosyal destek sistemi, travmatik yaşam olayları, baş etme becerileri de değerlendirilmeli, tüm bu bilgiler ışığında ameliyat öncesi ve sonrası müdahaleler ile ilgili bir planlama yapılmalıdır.

Kaynaklar

1. NIH Consesnus Development Conference Panel. Gastrointestinal Surgery For Severe Obesity. Consensus Development Conference Panel Ann Intern Med 1991; 115: 956-961.

2. Bauchowitz AU, Gonder-Fredricj LA, Olbrisch ME, azarbad L, Ryee MY, Wodson M, et al. Psychosocial evaluation of bariatric surgery candidates: a survey of present practices. Psycho-som Med 2005; 67: 825-832.

DBS ÖNCESİ PSİKİYATRİK DEĞERLENDİRME, POSTOPERATİF KOMPLİKASYONLAR VE BAŞ ETME YÖNTEMLERİ

Prof. Dr. Hatice ÖZYILDIZ GÜZ

Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, samsun

Derin Beyin Stimülasyonu (DBS) beynin hedeflenmiş bölgesine görüntü eşliğinde ve 3 boyutlu hesaplama sistemi yardımıyla ulaşma disiplinidir. FDA onaylı olarak, Parkinson hastalığı, primer distoniler, esansiyel tremor, Obsesif kompulsif bozukluk (OKB) ve epilepside uygulanmaktadır. Yeni araştırma alanları ise Huntington hastalığı, Alzheimer, obesite, Anoreksiya nervosa, bağımlılıklar (kumar, madde), otizm, depresif bozukluklar ve ağrı alanlarında çalışmalar sürmektedir.Psikiyatristin dikkat etmesi gereken noktaların başında, kontrol altına alınamayan psikiyatrik hastalık öyküsü olanlar, orta-ileri düzeyde demansı olanlar, kesin kontrendike olmamakla beraber 75 yaş üzeri olanlar gelmektedir. Hastanın İlaçlardan önce halüsinasyonu varsa, motor belirtilerden önce demans başlamış ise, ağır depresyonu, aktif halüsinasyonları, sanrıları, ilaçla indüklenmiş psikotik belirtileri, dürtü kontrol bozukluğu varsa, cerrahi işlemi bilme ve anlamama kapasitesi yoksa, tedavi uyumu-aile desteği yok ise onay verilmemesi gerekir. Geçmiş öyküde intihar mutlak sorgulanmalı ve o anki muayenede intihar düşüncesi varsa DBS sonrası bu düşüncelerde artış olabileceğinden hasta izleme alınmalıdır. Operasyon öncesi, psikotik bozukluklar, depresif bozukluk, hipomani, dürtü kontrol bozukluğu dışında dikkat edilmesi gereken diğer bir nokta Dopamin disrelülasyon sendromu olduğu için hastaların bu belirtileri saklama olasılığını göz önüne alarak aile görüşmesi de yapılması gerekmektedir.

OKB için yapılan planlamada üç psikiyatri, bir nöroloji, bir nöropsikoloji ve bir nöroşirurji uzmanın oluştuğu etik kurul önerilmektedir. Hastanın 20-65 yaş arası olması, hastalık süresinin 5 yıldan uzun olması, psikososyal işlevsellikte belirgin bozulma olması, farmakolojik tedavilerin en az 5 yıl süre ile uygulanmasına rağmen yeterli sonuç alınamaması ve dirençli tanımına uyması gerekir.

Opreasyon sonrası psikiyatrik belirtileri araştıran bir çalışmada, %41 oranında kognitif değişiklikler, %8 depresyon, %4 hipomani-mani, %2'den az oranda anksiyete, %5.5 ten düşük oranda da kişilik değişiklikleri, hiperseksüalite, apati ve agresyon görüldüğü bulunmuştur.

DBS öncesi ve sonrası bu nedenler ile nöroloji, beyin cerrahisi ve psikiyatristin hasta izlenimini kontrollünü özenle yapması gerekmektedir.

Kaynaklar

Temel Y. Kocabıçak E, Akbostancı C, Doğu O, Savaş A.Nörolojik ve psikiyatrik hastalıklarda derin beyin stimülasyonu el kitabı.us akademi 2019 izmir

Temel Y, Kessels A Tan S et al. Behavioral changes after bilteral subtalamic stimulation in advanced Parkinson disease: a sistemic review Parkinsonism and related disorder 2006, 265-272

Altıntaş E. Tedaviye Dirençli Obsesif Kompulsif Bozuklukta Cerrahi Yaklaşımlar: Lökotomiden Gama Bıçağı Cerrahisine. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi . Archives Medical Review Journal 2015; 24(2):239-250

ADLİ TIP KURUMU GÖZLEM İHTİSAS DAİRESİ İLE İLGİLİ GENEL BİLGİLER, GÖZLEM SÜRECİNDE DİKKAT EDİLENLER VE HEKİMİ YANILTICI DAVRANIŞIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Emre ÇIRAKOĞLU

Adli Tıp Kurumu Başkanlığı, 3. Adli Tıp İhtisas Kurulu, İstanbul

Gözlem ihtisas dairesi, ilgili ihtisas kurullarının isteği doğrultusunda veya mahkemelerin kararıyla haklarında Ceza Muhakemeleri Usulü Kanununun 74üncü maddesine göre gözlem kararı verilmiş tutuklu ve tutuksuz kişilerle, hukuk mahkemelerince hukuki ehliyetleri bakımından gözlemi gerekli görülen kimseleri kabul etmektedir. Gözlem sürecinde kişilerin varsa suçtan önceki tıbbi kayıtlarının ve daha önceki suçlarına ait kayıtların gözden geçirilmesi, ayrıca sosyal çevresinin ayrıntılı olarak incelenmesi gerekmektedir. Adlî psikiyatride bir olgu hakkında karara varılırken, kişinin sadece gözlem altındaki veya muayene edildiği zamandaki tespit edilen bulgular değil, aynı zamanda kişinin suç tarihindeki ruhsal durumunun da değerlendirilmesi gerekmektedir. Ceza sorumluluğu kavramı, kişinin suçu işlediği andaki mental durumunun tespit edilmesidir. Kişinin gözlem ve muayeneleri sırasında kendisinde ceza ehliyetini etkileyebilecek psikopatolojik bir bulgu tespit edilmemesi, kişinin suç tarihinde de bu durumda bulunduğu anlamına gelmemektedir. Bir adlî dosya incelenirken, kişinin suç öncesi, sırası ve sonrası tutum ve davranışları, kişinin işlemiş olduğu suça karşı kendini savunma mantığı, adlî makamlarda vermiş olduğu ifadeler, suçun türü ve işleniş şekli, tanık ifadeleri, kişinin tıbbi ve kriminal geçmişi, gözlem ve muayene bulguları ile birlikte bir bütün olarak değerlendirilir.

Adlî psikiyatri ile klinik psikiyatrinin uygulama alanları birbirinden oldukça farklılık göstermektedir. Adli psikiyatri ile uğraşan psikiyatristler çoğunlukla ceza sorumluluğu araştırılan kişilerde ruhsal hastalık iddialarıyla karşılaşırlar. Klinikte karşı tarafın söylemlerine inanmak kişinin kendisini güvende hissetmesinin önemli bir unsurudur. Bilirkişilik yaparken, yani kişiyi yasal bir açıdan değerlendirirken, hekimle muayene edilen kişi arasında böyle bir güven ilişkisi yoktur. Adlî psikiyatride suçluların kendini hasta gösterme çabalarına çok sık rastlanılmaktadır. Hekimi yanıltıcı davranış hekime başvuran ya da gönderilen kişinin, bir kazanç sağlamak, bir yükümlülükten veya sorumluluktan kurtulmak, ceza almasını engellemek gibi çıkar amaçlı ve bilinçli bir şekilde hasta olmadığı halde kendisini hasta olarak göstermesi veya var olan hastalık belirtilerini abartmasıdır. Bedensel hastalıklarda, öznel yakınmalara nesnel belirtiler de eşlik ettiğinden, ruhsal hastalıkları taklit etmek eskiden beri kişilerin daha sık başvurduğu bir yöntemdir.

CEZAİ EHLİYET AÇISINDAN TARTIŞMALI TANILARA YAKLAŞIM: DÜRTÜ KONTROL BOZUKLUKLAR, PARAFİLİLER, DİSSOSİATİF BOZUKLUKLAR VE DİĞER TANI GRUPLARINDA DÜNYADA VE ÜLKEMİZDE UYGULAMALAR

Uzm. Dr. Barış SANCAK

Adli Tıp Kurumu, Gözlem İhtisas Dairesi, İstanbul

Türk ceza kanunu, kişinin bir suça yönelik cezai ehliyetinin olduğunun söylenmesi için algılama yeteneğinin ve davranışlarını yönlendirebilme kabiliyetinin olması gerektiğini ifade etmektedir. TCK 32/2. maddede ifade edilen "davranışlarını yönlendirme yeteneği azalmış" ifadesi bu tartışmalı tanılara nasıl yaklaşılması gerektiği ile ilgili yol gösterici olabilir.

Dürtü kontrol bozuklukları, kişilik bozuklarının dürtüsel davranışları ile karışabilir. Piromani tanısı, yangın çıkarma davranışı ile gelen kişilerin çok azında görülmüştür. Kleptomani tanısı daha sık karşımıza çıkmakla birlikte, ayrıntılı bir incelemeyi gerektirir. Aşırma yolu ile hırsızlık yapan kimselerin en fazla %5'inin kleptomani tanısını karşıladığı görülmüştür. Adli bir süreç sonucu "kleptomani" olduğunu söyleyerek tedaviye başvuran kimselerde öncelikli olarak temaruz düşünülmelidir. Dürtü kontrol bozukluklarında, antisosyal örüntünün olmadığı kişilerde, yalnızca rahatsızlıkları ile ilişkili suçlarda ceza sorumluluğunun azaltılabileceği teorik olarak söylenebilir.

Parafilik bozukluklar, adli olgular olarak karşımıza gelebilme potansiyeli taşımasına rağmen, cinsel taciz ve benzeri suçlar ile gelenlerin çok azı parafili tanısı almaktadır. Pedofili, teşhircilik, frottörizm tanıları daha çok suç ile ilişkili olmakla birlikte, dikkat edilmesi gereken nokta dürtü kontrol bozukluklarına benzer şekilde, kişinin kişilik örüntüsü ve eylem ile ilişkisidir. Parafilik bozukluklarda, başka yolla cinsel uyarım oldukça güçtür ve kişinin bu durum ile ilgili bir yardım arayışı olmuş olabilir. Parafilik fantaziler, kişilik örüntüsü ile alakalı olabilen ve ceza sorumluluğu etkilemeyecek durumlardır.

Dissosiatif bozukluklar, cezai ehliyet açısından en kafa karıştırıcı tanı grubudur. Bu vakalar suçu işlediklerini hatırlamadıklarını veya o sırada bir gücün etkisi altında olduklarını ifade edebilirler. Temaruz ile gelen vakaların sıklıkla benzer semptomları ifade etmesi, tanı koymayı güçleştirmektedir. Kişilik örüntüsü, geçmiş tıbbi kayıtları, yapılacak sosyal inceleme ve dava dosyasının ayrıntılı bir incelemesi bunu netleştirmeye yardım eder. Dissosiatif bozukluklarda da, belirli durumlarda ceza sorumluluğun azaltıldığı vakalar bildirilmiştir.

Bahsi geçen bu bozuklukların, organik sendromlarda da sıklıkla görüldüğünü unutmamak gerekir. Kullanılan ilaçlar, kafa travması, ensefalitler ve benzeri sebeplerden dolayı belirli bir yaştan sonra ortaya çıkan bu tür davranışlarda kişinin ceza sorumluluğu olmadığı söylenebilir. Bu kişilerin ceza alması değil, tedavi edilmesi daha uygundur.

GÖZLEM SÜRECİNDE TARTIŞMALI VAKA ÖRNEKLERİ

Prof. Dr. Ayşe Fulya MANER

Kırklareli Üniversitesi, Sağlık Yüksek Okulu, Çocuk Gelişimi Bölümü, Adli Tıp Kurumu, Gözlem İhtisas Dairesi, Kırklareli

Adli Psikiyatride ceza sorumluluğu olup olmadığının değerlendirilmesi büyük önem taşır. Hangi hastalığın ceza sorumluluğu yoktur sorusuna yanıt ararken öncelikle bireyde suç anında kavrama, bilme, yargılama, karar verme yada istenç yetilerinin gelişmesinde bir gerilik yada önemli derecede yada kısmen bozulmaya yol açan bir akıl hastalığı yada akıl zayıflığı olup olmadığı araştırılır. Değerlendirme suçun işlenmiş olduğu zamana göre yapılır. Hastalığın kalıcı yada dönemsel olup olmadığını ve hastalık sürecinin suç anını kapsamasını saptamak önemlidir. Amaç görünenin gerisindeki 'doğruyu' araştırmaktır. Ancak bireyde akıl hastalığı yada yetersizliği olsa bile suçun niteliğine, planlanma derecesine ve mükerrer oluşuna göre bazı özel durumlarda ceza sorumluluğu olduğu kabul edilebilmektedir. Burada hasta yararı yerine daha ağırlıklı olarak insan ve toplumun yararının dikkate alınması söz konusudur. Her olgu kendine özgü değerlendirilmelidir. Suç öncesinde hastalığın sinsi ve negatif belirtilerle seyrettiği ve dolayısıyla önceden herhangi bir tıbbi kayıt olmadığı durumlarda, stresör faktörlerin etkisi ve travma sonrası stres bozukluğunun varlığında, ağır kişilik bozuklukları, (örneğin sınır kişilik bozukluklarındaki kısa psikotik dönemlerin olması), nörogelişimsel bozukluklar, sağırlık ve dilsizlik, similasyon durumlarında ceza sorumluluğu değerlendirilirken ve savurganlık, alkol yada uyuşturucu madde bağımlılığına bağlı malvarlığını kötü yönetme nedeniyle devamlı korunmaya ve bakıma muhtaç olup olmama değerlendirilirken zaman zaman farklı görüşler ve değerlendirmeler olabilmekte ve çelişkili raporlar görülebilmektedir. Bu durumlarda tıbbi belgelerin, sosyal çalışmacı raporlarının eksiksiz olması önemlidir.

Bu sunumda Adli Tıp Kurumu Gözlem İhtisas Dairesinde gözlem sürecinde tartışmalı Adli Kurul raporları düzenlenmiş olgu örnekleri sunulacaktır.

YEME BOZUKLUKLARINDA SELF-MUTİLASYON

Doç. Dr. Filiz İZCİ

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

Çalışmalarda self-mutilasyon (kendine zarar verme) ve yeme bozuklukları arasında güçlü bir ilişki olduğunu doğrulamaktadır. Yeme bozukluğu olan hastalarda self-mutilasyon prevalansı %13 ile 68 arasında değişmektedir. Bulimia nervoza ve anoreksiya nervoza binge-tipi hastalarda, anoreksiya nervoza restriktif-tipte olanlara göre daha yüksek self-mutilasyon prevalansı bildirilmiştir. Yeme bozuklugu hastalarında self-mutilasyon ortaya çıkmasında olası faktörler olarak; dürtüsellik, obsesif kompulsif özellikler, ayrışma, olumsuz öz değerlendirme, travma, aile ortamında yüksek çatışma düzeyi ve kültürel eğilimlere duyarlılık gibi etkenler sayılmaktadır. Benzer sekilde depresif, obsesif, kontrolcü anneye sahip, baba kaybı olan bireylerden daha sıklıkla olustugu bilinmektedir. Kendine zarar veren yeme bozukluğu hastalarındaki self-mutilasyonun sebebi, cinsel dürtüleri ortadan kaldırmaya çalışma; kaygı, cinsel gerginlik, öfke veya ayrışmış boşluk durumlarını modüle ettiği ve yarı-fiziksel rahatlama duygusu getirdiği yönündedir. Self-mutilasyon ve yeme bozukluğunun her ikisinin de, duygulanım düzenlenmesinde bozukluk/yetersizliğe neden oldugu düşünülmektedir, her iki hastalık semptomlarının aktif başa cıkma savunma mekanzimalarını kullanma seklinde kendini gösterdiği belirtilmiştir. Yeme bozuklugu ve self mutilasyonun kadınlarda daha sık görülmesinin nedeni ise; kadınların bedensel deneyimlerinin erkeklerden daha fazla belirsiz ve direncli yasadığı, vücutlarına daha fazla yabancılaşmış ve daha uyumlanmış durumda oldukları hipotezine dayanmaktadır. Yapılan benzer çalışmalarda ise; yeme bozukluguna madde kullanımın eslik etmesi kendini sakatlama gibi self mutilasyon belirtilerinin daha fazla oldugu, cinsel travma öyküsü olan hastalarda self-mutilasyon gösterenlerde yeme bozukluğu, olumsuz beden algısı daha fazla bulunmuştur. Ayrıca yeme bozukluğu hastalarında self-muutilasyon ve intihar girişimleri dissosiyatif özelliklerle ilişkili bulunmuştur.

Anahtar kelimeler: yeme bozukluğu, self-mutilasyon, komorbidite

ALKOL-MADDE BOZUKLUKLARINDA SELF-MUTİLASYON

Uzm. Dr. Öznur BÜLBÜL

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

Self-mutilasyon, intihar etme niyeti olmadan bir kişinin kendi vücuduna doğrudan ve kasıtlı olarak verilen zarar olarak tanımlanmıştır (1). Yaygın formları arasında bedeni kesme, ciddi çizme, yakma, vurma gibi davranışlar bulunur ve çoğu kişi birden fazla yöntemi kullanmıştır (2) Self-mutilasyon kişilik bozuklukları (özellikle borderline ve antisosyal kişilik bozukluğu), alkol-madde kullanım bozuklukları, travma sonrası stres bozukluğu, yeme bozuklukları gibi birçok psikiyatrik bozuklukta tanımlanmıştır. Self-mutilasyon madde kullanım bozukluğu olanlarda yaygın bir sorundur. Kendine zarar veren kişilerin %90'ında madde kullanımının olduğu, çoğunun birden fazla madde kullandığı (%66.7) ve madde kullanımının büyük oranda (%71.1) bağımlılık düzeyinde olduğu belirtilmiştir (3) Kendine zarar veren kişilerin, kendine zarar vermeyenlere göre daha küçük yaşlarda madde kullandığı belirlenmiştir. Kendine zarar vermenin en yaygın bildirilen nedeni, olumsuz veya istenmeyen duygu veya duyguları azaltmaktır. Benzer şekilde, duygusal ağrı, kaygı ve sıkıntıyı yönetmek için alkol, tütün, esrar ve diğer uyuşturucu maddelerin kullanımı literatürde iyi bir şekilde kanıtlanmıştır (4). Avusturalya genel popülasyonunda yapılan bir araştırmada genç ve orta yaşlı yetişkinlerde kendine zarar verme davranışı, mevcut sigara içme, esrar ve 'bağımlı' alkol kullanımı ile ilişkili görünmektedir. Diğer bağımsız öngörücüler arasında genç yaş, erkek cinsiyeti, biseksüel yönelim, finansal zorlanma, eğitim düzeyi, psikolojik sıkıntı, olumsuz yaşam olayları ve ebeveyn tarafından cinsel istismar bulunmaktadır (5). Bu risk faktörlerini azaltmak, genel popülasyonda kendine zarar verme davranışını önlemede önemli bir strateji olabilir. Williams ve Hasking, hem alkol kullanımının hem de kendine zarar verme davranışının azalmış dürtü kontrolü ile ilişkili olduğunu ileri sürmektedir (6) Dürtüsellik ile madde kullanımını ilişkilendiren kapsamlı araştırma kanıtları vardır. Maddelerin akut kullanımı ile kendine zarar verme arasında gözlenen doz-yanıt ilişkisinin, artan saldırganlık ve dürtüsellik veya bozulmuş bilişsel işlevin sonucu olabileceği vurgulanmıştır (7)

Kaynaklar

1. Favazza, A., Rosenthal, R., 1990. Diagnostic issues in self-mutilation. Hospital and Community Psychiatry 44, 134–140.
2. Evren C, Cinar O, Evren B, Celik S. Relationship of self-mutilative behaviours with severity of borderline personality, childhood trauma and impulsivity in male substance-dependent inpatients. Psychiatry Res. 2012;200(1):20–25.
3. Ögel K., Aksoy A. Kendine Zarar Verme Davranışı Raporu. Yeniden Yayın no:18, Istanbul 2006
4. Nock M. K., Prinstein M. J. A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior. J Consult Clin Psychol 2004; 72: 885–90.
5. Moller CI, Tait RJ, Byrne DG. Self-harm, substance use and psychological distress in the Australian general population. Addiction. 2013;108(1):211–220.
6. Williams F., Hasking P. Emotion regulation, coping and alcohol use as moderators in the relationship between non-suicidal self-injury and psychological distress. Prev Sci 2010; 11: 33–41
7. Breet E, Bantjes J. Substance Use and Self-Harm: Case Studies From Patients Admitted to an Urban Hospital Following Medically Serious Self-Harm. Qual Health Res. 2017;27(14):2201–2210.

DİSSOSİYATİF BOZUKLUKLARDA SELF-MUTİLASYON

Uzm. Dr. Filiz KULACAOĞLU

Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, İstanbul

Self mutilasyon, bilinçli bir intihar amacı olmaksızın, beden dokularına zarar verici karmaşık bir grup davranış olarak tanımlanmaktadır. Psikiyatrik popülasyonun 7-10% unda görülen, sıklıkla kişilik bozukluklarına, dissosiyatif bozukluklara ve depresyon ve anksiyete bozukluklarında eşlik eden ciddi bir problemdir. En sık karşılaşılan kendine zarar verme davranışı kol ve ayakları kesme veya yakma davranışıdır. Klinik araştırmalar göstermiştir ki, erken yaşta ebeveyn kaybı, çocuklukta geçirilen hastalıklar, çocukluk çağında fiziksel ve cinsel travmaya maruz kalmış olma, alkolik ebeveyn, ailede şiddete maruz kalma, dürtü kontrol bozuklukları self- mutilasyon davranışı için risk faktörleridir. Dissosiyasyon normalde bütünlük içerisinde olan bilinç, bellek, kimlik, duygu, algı, beden temsili, motor kontrol ve davranışta ayrışma ve/ya da süreksizlik olmasıdır. Dissosiyatif bozukluklar etiyolojik olarak çevre etkenleri ile çok fazla ilişkilidir. Dissosiyatif bozukluklar psikiyatride en yüksek oranda çocukluk çağı ruhsal travmaları (örn. istismar ve ihmal) bildirilen tanı grubudur. Dissosiyatif bozuklukların prevalansının genel populasyonda %2-3, klinik populasyonda %10 civarında olduğu öngörülmektedir. Self mutilasyon yapan hastaların çoğunda dissosiyatif semptomların olduğu gösterilmiştir. Kendine zarar verici davranışı olan hastaların çoğunda hissizlik ya da uyuşma olduğu ve dissosiyatif semptom geliştirerek acıya katlanabildikleri görülmüştür. Ayrıca yapılan araştırmalar self mutilasyonun duygulanım regülasyonunda rol oynadığı ve depresyon ve anksiyete belirtilerinin, yalnızlık hissinin, gerilimin ve dissosiyatif semptomların azalmasında işlevsel rol oynadığı öne sürülmüştür. Bu konuşmada, self mutilasyonun etiyolojisi ve dissosiyatif bozukluklarla olan ilişkisi ve tedavi yaklaşımları tartışılacaktır.

KİŞİLİK BOZUKLUKLARINDA SELF MUTİLASYON

Uzm. Dr. Nazife Gamze USTA SAĞLAM

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

Self mutilasyon, kişinin bilinçli intihar niyeti olmadan vücut dokularına kasıtlı ve doğrudan zarar vermesi anlamına gelmektedir. Literatürde aynı zamanda 'kasıtlı kendine zarar verme davranışı' olarak da kullanılan self mutilasyon, özellikle geç adölesan dönemde (14-17yaş) yoğun olarak gözlenir. Birçok kişilik bozukluğu (antisosyal, histrionik, bağımlı, kaçıngan, obsesif-kompulsif kişilik bozukluğu) ile birlikte görülebilmekle birlikte özellikle sınırda kişilik bozukluğu self mutilatif davranış riskini belirgin derecede arttırır. Self mutilasyon/intihar davranışı sınırda kişilik bozukluğunda adölesan grupta en sık karşılanan tanı ölçütüdür. Sınırda kişilik bozukluğu, DSM-5'de yineleyici kendine zarar verme davranışını tanı kriterini olarak içeren tek psikiyatrik rahatsızlıktır. Kasıtlı kendine zarar verme davranışının sınırda kişilik bozukluğunun gelişimsel bir prekürsörü olduğu düşünülmektedir. Duygu düzenlenmesinde güçlükler, olumsuz kendilik algısı hem sınırda kişilik bozukluğunda hem kendine zarar verme davranışında temek çekirdek özelliklerdendir. Kendine zarar verme davranışı SKB hastalarının yaklaşık yarısında görülür. Sınırda kişilik bozukluğu tanısı olan hastalarda daha düşük fonksiyonelliğe sahip, eşlik eden birden fazla ruhsal rahatsızlığı olan, daha yüksek dürtüsellik seviyelerinin eşlik ettiği hastalarda bu davranışların sıklığı artmaktadır. Çocukluk çağındaki olumsuz yaşam deneyimleri ve taklit yoluyla öğrenme (çevre, medya, diğer hastalar vb.) self mutilatif davranış gelişiminde önemli faktörlerdir.

Biyolojik, psikolojik ve sosyal riskler dahil olmak üzere birçok nedensel faktör self mutilatif davranışı etkilemektedir. Self mutilatif davranış sınırda kişilik bozukluğu olan hasta için disforik afekti düzenlenme, dissosiyatif durumlarla baş etme, emosyonları ifade etme, gerilimi azaltma, distraksiyon ile ruhsal acıdan kaçınma, bakım alma gibi işlevleri olabilir. Bu ruhsal işlevleri anlamak, hastaya uygulanan terapötik müdahalenin etkinliğinin artmasına yardımcı olacaktır.

QEEG PSİKİYATRİK HASTALIKLARDA PROGNOSTİK DEĞERİ

Prof. Dr. Nevzat TARHAN
Üsküdar Üniversitesi, İstanbul

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

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

QEEG nin prediktif, diagnostic ve prognostik biyobelirteç olarak değeri üzerinde son yıllarda yayın sayısında çok miktarda artış vardır.

Dijital ve kantitatif EEG için nomenklatür, AMERİCAN NÖROLOJİ AKADEMİSİ 2014 RAPORUNDAN

- Dijital EEG
- Kantitatif EEG (QEEG)
  - Sinyal analizi
    - Otomatik olay algılama
      - İzleme ve yönelme
      - Kaynak analizi
      - Frekans analizi
- Topografik görüntüler ("beyin haritalama")
- İstatistiksel analiz
  - Normatif değerlerle karşılaştırma
  - Tanısal diskriminant analizi

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

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

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

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

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

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

Cordans çalışmaları ise Depresyon da yeni prediktif sonuçları işaret etmektedir.

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

Anahtar kelimeler: Tanısal, öngörücü ve prognostic belirteçler, biyobelirteç, Nörogörüntüleme, Elektrofizyoloji, QEEG, DEHB, Depresyon

PSİKOLOJİK DAYANIKLILIKLA İLGİLİ TEMEL KAVRAMLAR

Doç. Dr. Özlem Devrim BALABAN

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

Dayanıklılık, travmatik yaşantılara (stres) verilen bireysel ya da toplumsal tepkinin farklılığı ve karmaşıklığını açıklayabilmek ve tanımlayabilmek için son yıllarda artan sıklıkla kullanılan bir terim olarak karşımıza çıkmaktadır. Yönetilebilir stres kişinin gelecekte yaşayacağı zorluklarda baş etme gücünü artırırken (aşılama etkisi), aşırı miktarda stres ise kompansatuar sistemlere zarar vererek ileriki psikopatolojilere zemin hazırlayabilmektedir. Son yıllarda stresin büyüklüğünden çok stres yanıtının nasıl düzenlendiğinin ve iyileştirildiğinin önemi üzerinde durulmaktadır. Strese yanıt sürecindeki zihinsel esneklik ise dayanıklılık olarak tanımlanmaktadır. Evrimsel açıdan bakıldığında tehlike ile ilgili duyusal ipuçlarını hatırlamak ve bunları ilgili tehdit ile ilişkilendirmek hayatta kalma avantajı sağlar. Örneğin tehdidin devam ettiği durumlarda (savaş bölgesi) travma sonrası stres bozukluğu belirtileri (hipervijilans) aslında avantaj sağlar. Bir taraftan da hayatının bir döneminde stres yaşayan (şiddet, kayıp, işkence, yoksulluk vb.) herkeste travma sonrası stres bozukluğu gelişmez ve bu kişilerde strese yanıtta oluşan değişiklikler geçicidir. Tüm bunlar bir araya getirildiğinde travma sonrası stres bozukluğu anormal yanıtların oluştuğu bir durumdan çok strese verilen yanıtın iyileştirilememesi olarak kavramsallaştırılabilir. Dayanıklılık penceresinden bu durum " Bükülebilen dayanıklıdır, kırılan dayanıksız " olarak kavramsallaştırılabilir. Bu panelde bu kavramsallaştırma çerçevesinde dayanıklılık, dayanıklılıkla ilişkili temel kavramlar ve bu kavramla ilişkili etmenler ele alınacaktır.

Kaynaklar

1. Wu G, Feder A, Cohen H, Kim JJ, Calderon S, Charney DS, Mathe AA. Understanding resilience. Front Behav Neurosci. 2013;7-10.
2. Levinsohn EA, Ross DA. To Bend and Not Break: The Neurobiology of Stress, Resilience, and Recovery. Biol Psychiatry 2017; 82(12): 89–90.

DAYANIKLILIĞIN NÖROBİYOLOJİSİ

D. Öğr. Üyesi Şakir GICA

Konya Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Konya

Son dönemde psikiyatrik hastalıklarla dayanıklılıkla ilgili yapılan çalışma sayılarında artış dikkat çekmektedir. Aslında resilience terimi Türkçe'de her ne kadar dayanıklılık olarak yaygın şekilde kullanılsa da dirençlilik, çabuk iyileşme kapasitesi, esneklik ve değişime karşı koyma anlamlarını da kapsamaktadır. Bu bağlamda değerlendirilecek olursa resilience terimi basit bir şekilde duyarlılık/yatkınlık oluşturan etkenlerin olmaması tanımından daha geniş kapsamlı bir anlam içermektedir. Nöropeptid Y, seratonin ve hipotalamopitüiter eksen ile ilgili genetik faktörler, daha önce strese maruz kalma derecesi ve bir takım epigenetik değişikliklerin resilience ve strese yanıt üzerinde etkili olduğuna dair yayınlar bulunmaktadır. Bu sunumda psikiyatrik hastalıklarda dayanıklılık üzerinde etkili olabileceği düşünülerek son dönemdeki çalışmalarda araştırılan nöroendokrin, genetik, çevresel etkenler ve moleküler/ hücresel değişikliklerden bahsedilicektir. Konu ile ilgili özellikle son dönemde yapılan güncel çalışmalar gözden geçirilmiştir.

PSİKİYATRİK HASTALIKLAR, PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK VE ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI

Cenk KILIÇ

Akşehir Devlet Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Konya

Psikolojik dayanıklılık aktif başa çıkma, bilişsel esneklik, sosyal destek gibi psikososyal faktörlerden ve nörobiyolojik faktörlerden etkilenen, gelişen bir süreç olarak tanımlanmaktadır. Ruhsal hastalıklarda düşüktür ve yüksek düzeylerde bir hastalığın gelişimini veya hastalığın şiddetinin fazla olmasını engelleyebilir. Psikolojik dayanıklılık ile ilgili ilk çalışmaların yapıldığı 1970'li yıllardan sonra travma sonrası stres bozukluğu ve depresyon üzerine yapılan çalışmalar yoğunluktayken, son yıllarda bipolar bozukluk ve şizofreni hastalarında psikolojik dayanıklılığın hastalıkla ilişkisi üzerine araştırmalar da göze çarpmaktadır.

Bipolar bozukluk tanılı hastalarda, düşük dayanıklılığın depresif atak sayısının önemli bir göstergesi olduğu gösterilmiştir. Yine bipolar bozukluk tanılı hastalarla yapılan çalışmalarda psikolojik dayanıklılığın yaşam kalitesi üzerine etkileri ortaya konulmuştur. Ayrıca düşük psikolojik dayanıklılık düzeyleri ile subsendromal depresif belirtiler ve sosyal işlevsellikte azalma da saptanmıştır. Şizofreni hastalarıyla yapılan çalışmalarda düşük dayanıklılık düzeyleri; işlevsellikte azalma, düşük benlik algısı, depresif duygudurum ve umutsuzluk ile ilişkili bulunmuştur. Özellikle son yıllarda yapılan çalışmalarda da dayanıklılığın, yaşam kalitesinin önemli bir yordayıcısı olduğu gösterilmiştir.

Çocukluk çağının olumsuz yaşantıları, toplumun üçte birini etkileyen ortak bir deneyimdir. Çocukluk çağı travmaları psikiyatrik bozukluk gelişme olasılığını arttırmaktadır. Ayrıca çocukluk çağı travmaları bireylerin psikolojik dayanıklılık düzeylerini azaltmaktadır.

Bipolar bozukluk tanılı hastalarda yapılan bir çalışmada, çocukluk çağı travmaları olan hastalarda psikolojik dayanıklılık düzeylerinin anlamlı düzeyde düşük olduğu saptanmıştır. Aynı çalışmada psikolojik dayanıklılık düzeyleri ile depresif belirtiler, kaygılı ve kaçınmacı bağlanma puanları arasında negatif ilişki saptanmıştır.

Remisyonda şizofreni hastaları ile yaptığımız çalışmamızda ise çocukluk çağı travması olan hastalarda hem psikolojik dayanıklılık düzeyleri hem de yaşam kalitesi düzeylerinin daha düşük olduğunu saptadık. Bununla birlikte psikolojik dayanıklılığın, çocukluk çağı travmalarının yaşam kalitesi üzerindeki etkisinde aracı rolü olduğunu gösterdik.

Bilişsel eğitim, fiziksel ve sosyal müdahaleler gibi bazı müdahaleler ile değiştirilebilir ve geliştirilebilir olduğu düşünülen psikolojik dayanıklılığın, psikiyatrik hastalıkların olumsuz etkilerini azaltabileği düşünülebilir. Çocukluk çağı travmaları olan hastalarda ise psikolojik dayanıklılığın desteklenmesi hastalığın olumsuz etkileri yanı sıra travmatik olayların hastalık üzerinde olumsuz etkilerini de hafifletilebilir.

DUYGUDURUM BOZUKLUKLARI EŞ TANISI VE YAKLAŞIM

Dr. Esin ERDOĞAN

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, İzmir

Erişkinlerde dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) ve duygudurum bozuklukları birlikteliği sık görülmekte olup, eş tanı varlığında her iki hastalığın şiddeti artmakta, bireylerin toplumsal ve mesleki işlevsellikleri önemli oranda bozulmaktadır. Araştırmalarda major depresyon (MD) ve DEHB ilişkisinden bahsedilmekte, depresif duygudurumun en sık eşlik eden belirtiler arasında yer aldığı bildirilmektedir.[1,2] Erişkin DEHB ve MD birlikteliğinin, hem genetik, hem de çevresel etmenlerden kaynaklanabileceği belirtilmektedir. Bu iki tanının birbirlerinin farklı görünümleri olabileceği, her iki tanının diğer tanıya yatkınlık yaratabileceği veya ikincil olarak gelişebileceği ortaya atılmıştır.[3] Her iki bozuklukta da tanı kategorilerinin farklılığına rağmen, dikkatte bozulma, çelinebilirlik, aşırı hareketlilik, öfke patlamaları, enerji artışı, irritabilite, aşırı konuşma, duygudurum dalgalanmaları gibi çok sayıda belirti örtüşmektedir.[4,5] Yine DEHB eş tanılı erişkin bipolar bozukluğu (BB) olan hastalar, DEHB eş tanısı olmayanlara göre farklı bir görünüm ve gidiş göstermektedir. Bu hastalarda özellikle daha erken başlangıç, daha ağır duygu denetimsizliği ve daha fazla karma ya da depresif ataklar olmaktadır. Ayrıca tedavide duygudurum düzenleyici ilaçlara verilen yanıtların azaldığı gösterilmiştir. DEHB tanılı hastalarda kullanılan psikostimulan ilaçların bipolar bozukluğun gelişiminde etkili olabileceği ya da erken başlangıçlı bipolar bozukluğa neden olabileceği bildirilirken, bazı çalışmalarda ise aksine yararlı olabildiği ileri sürülmektedir. DEHB eş tanılı bipolar çocuk ve ergenlerde yapılan bir çalışmada, valproat tedavisine ek olarak DEHB belirtileri için plasebo ve stimulan tedavisi kullanılmış; plaseboya göre stimulan eklenen hastalarda hem manik hem de DEHB belirtilerinde önemli düzeyde azalma gözlenmiştir.[6] Diğer taraftan DEHB öyküsü olan manik hastaların, DEHB öyküsü olmayanlara göre lityum yanıtının daha düşük olduğu bildirilmiştir.[7] MD atağı olan ile başvuran olgularda, altta yatan DEHB belirtilerinin bu duruma yol açmada veya var olan belirti şiddetinin artmasında rolü olabileceği bildirilmiş, bu nedenle bu olgularda eşlik eden belirtilerin taranmasının prognostik önemi mevcuttur.[1] DEHB eş tanılı durumlarda tedavi yönetiminde ilk yaklaşım olarak duygudurum stabilizasyonu sağlanmalıdır. Duygudurum atağı yatıştıktan sonra, basamaklı tedavi uygulanarak DEHB tedavisine başlanması önerilir. DEHB tanısına yönelik psikoeğitim, davranışçı yöntemler ve diğer psikoterapötik müdahalelerin de tedaviye dahil edilmesi bütüncül yaklaşım açısından önemlidir.

OLGU C.R

C.R, 20 yaşında bekar, erkek, yalnız yaşıyor, bir restoranda kasa görevlisi-barmen

Başvuru nedeni:

Sinirlilik, sabırsızlık, mutsuz hissetme, uykusuzluk, kendine zarar verme düşünceleri nedeniyle psikiyatri polikliniğine 2 yıl önce ilk kez başvurdu.

Hastalık öyküsü:

C.R ile yapılan görüşmede 2 aydır yalnız yaşadığı, kendi geçimini çalışarak sağladığı, sık sık iş değiştirdiği, iş yerinde basit sorunlar nedeniyle ani kararlar alarak işi bıraktığı, üniversite okumaya yönelik bir amacının olmadığı öğrenildi.

Anne ve babasının boşanması sonrası babasıyla görüşmüyordu, anne ve ablasıyla yaşadığı evden yine iletişim sorunları nedeniyle ayrılmıştı. Evin düzeni ve işleri planlamak konusunda zorluk yaşıyordu. Sık sık eşyalarını kaybediyordu (anahtar, kimlik, cüzdan, şarj aleti vb..), işyerinde hesap açığı veriyor, siparişleri karıştırıyordu. Son 6 aydır çökkün, neşesiz hissediyordu, iştahsızlık nedeniyle 8 kg vermişti, gece 2-3 e kadar uyuyamıyordu, yatmadan önce daha yoğun olarak yaşadığı kaygı verici düşüncelerini kontrol edemiyordu, özkıyım düşünceleri mevcuttu (yüksek bir yerden atlamak vb..). Sevdiği etkinliklere karşı ilgisini yitirmişti, iş saatleri dışında evden çıkmıyordu, arkadaşları ile iletişimini kesmişti. Kısa süreli dikkati ve konsantrasyonu azalmıştı. C.R. psikiyatri poliklinik randevu günlerini karıştırıyor, randevu saatine geç kalıyor, verilen reçeteleri kaybediyordu. Daha önce intihar girişiminde bulunmamıştı. Maninin aktif

semptomları ya da geçmişte mani öyküsü, halen psikotik bulgusu yoktu. Geçmiş öyküde ilkokul ve ortaokulda sayısal derslerde oldukça zorlandığı, ortaokul döneminde ablasının desteğiyle ödevlerini tamamladığı öğrenildi. Arkadaşları arasında şakacı, konuşkan ve sakar olarak biliniyordu. Lise döneminde projeleri tamamlamakta güçlük yaşamış, derslerde çoğunlukla uykulu hissetmişti. Derslerinde başarılı olamayacağına yönelik kaygıları yoğun yaşadığı için meslek lisesini seçmişti. 14 yaşında sigaraya başlamış, son 3 aydır 3 paket/gün sigara, ortalama 5-9 std içki/gün alkol tüketimi mevcuttu. Hastanemize başvurmadan 3 ay önce essitalopram 20 mg/gün kullanımından yarar görmediği öğrenildi.

Aile öyküsü: Anne-babası boşanmıştı, babasında yoğun alkol kullanımı olduğu, sık sık iş ve şehir değiştirdiği, 1 yıldır iletişimi kestikleri öğrenildi. Annesi ve ablası ayrı bir evde birlikte yaşıyor, her ikisi de çalışıyordu. Annesinde boşanma öncesi dönemde başlayan unipolar depresyon nedeniyle AD kullanımı mevcuttu.

Tanısal yaklaşım ve tedavi planı

Olgunun suisidal düşünceleri ve öncelikli risk faktörleri (yalnız yaşama, aile ve sosyal desteğin azlığı, majör depresif epizodun şiddeti, yoğun alkol tüketimi) değerlendirildi. Olgu ile terapötik anlaşma sağlandı, ayrıntılı kan tetkikleri istendi. Sık yapılan değerlendirmeler ile süreçte sırasıyla sertralin, trazodon, venlafaksin, mirtazapin kullanımından yararlanım sağlanmadı. Bupropiyon 150 mg/gün, ketiyapin 100 mg/gün tedavisi altında depresif belirtileri ve yoğun sigara kullanımı belirgin azaldı, uyku sürekliliği sağlandı. Ancak iş yerinde dikkati sürdürme güçlüğü, ardışık işleri tamamlayamaması, öfke denetiminde güçlüğü devam etti. Olguya uygulanan sürekli performans testlerinde "Anlık ve Gecikmiş Hafıza Alanlarında" bozulma olduğu, sık oranda çeldiricilere takıldığı görüldü. Psikiyatrik-psikometrik inceleme ve geçmiş öykü sonucu olguda bileşik tip DEHB tanısı düşünüldü. Kademeli olarak metilfenidat başladı, metilfenidat-uzun etkili form (36 mg/gün) ve kısa etkili form (10 mg/gün) ile iş performansı arttı. Aralıklı olarak organizyona yönelik beceriler, öfke yönetimi, sosyal beceriler konusunda terapötik görüşmelere devam edildi. Ailesiyle daha yakın duygusal iletişim kurabildi. 1. yılın sonunda uygunsuz para harcamaları azaldı, 2. yılın sonunda finansal birikim oluşturmasının verdiği güvenle üniversite sınavına hazırlanmak üzere işten ayrıldı, etüd merkezinde eğitime başladı. Son 1 yıldır sigara ve alkol kullanmıyor, halen depresif belirtisi yok.

Kaynaklar

1. Sobanski E. Psychiatric comorbidity in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. Eur Arch Psychiatry clin Neurosci 2006;275(7): 371-377.
2. Seo JY, Lee CS, Park CS, et.al. Mediating effect of depressive symptoms on the relationship between ADHD and quality of life. Psychiatry Investig 2014;11(2):131-136.
3. Tamam L, Demirkol ME. Erişkin Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu ve Duygudurum Bozuklukları. Turkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics 2012; 5(1): 48-53.
4. Tuğlu C, Şahin ÖÖ. Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu: Nörobiyoloji, Tanı Sorunları ve Klinik Özellikler. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar 2010; 2(1): 75-116.
5. Canadian Attention Deficit Disorder Resourse Alliance (CADDRA). Canadian ADHD Practice Guideline, 3rd Edition, 2011
6. Scheffer RE, Kowatch RA, Carmody T. Randomized, placebo controlled trial of mixed amphetamine salts for symptoms of comorbid ADHD in pediatric bipolar disorder after mood stabilization with divalproex sodium. Am J Psychiatry 2005;162:58-64.
7. Strober M, DeAntonio M, Schmidt-Lackner S, Freeman R, Lampert C, Diamond J. Early childhood attention deficit hyperactivity disorder predicts poorer response to acute lithium therapy in adolescent mania. J Affect Disord 1998; 51: 145-151.

DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞUNDA ALKOL VE MADDE KULLANIM BOZUKLUKLARI EŞ TANISI VE YAKLAŞIM

Dr. Sinem YEŞİLYURT

Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, İzmir

Madde kullanım bozukluğu (MKB), dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunda (DEHB) yaygın görülen bir tanıdır. Bazı çalışmalar erişkin DEHB'nin %33'nde alkol kullanım bozukluğu, %20'sinde MKB öyküsü olduğunu göstermektedir. Ayrıca MKB olan erişkinlerin 4'te birinde DEHB vardır[1].

DEHB ve MKB ilişkisi iki yönlüdür ve bu ilişki nörobiyolojik bağlantılar, diğer görülen komorbid psikiyatrik hastalıklar, yenilik arama, dürtüsellik gibi davranışsal örüntüler ve DEHB belirtilerine yönelik self medikasyon arayışı ile açıklanmaktadır [2].

DEHB ve MKB arasındaki nörobiyolojik ilişki nedeniyle, bazı araştırmacılar DEHB tedavisinin madde kullanımı relapsı riskini azaltacağı görüşündedirler. Her ne kadar literatür erken psikostimulan tedavinin, ergende madde kullanımı başlangıcını azaltacağını belirtse de, bu etki erişkinde görülmemektedir[2,3].

MKB komorbiditesi olan DEHB tedavisinde öncelik madde kullanımını kontrol altına almaktır, ardından psikoterapiyle birlikte farmakolojik ajanlar DEHB belirtilerini azaltmada kullanılabilir[3]. DEHB tedavisinde metilfenidatın kısa etkili formunun ezilerek parenteral kullanımı riskine karşın, OROS (yavaş salınımlı) formunun kullanılması önerilir. Bu hasta grubunda psikostimulanlar ikinci olarak tercih edilecek ajanlar olup, aktif madde kullanımında atomoksetin ve bupropion öncelikli olarak düşünülmelidir[4].

Kaynaklar

1. Wilens, T. E.; Adler, L. A.; Adams, J.; Sgambati, S.; Rotrosen, J.; Sawtelle, R.; Utzinger, L.; Fusillo, S. Misuse and Diversion of Stimulants Prescribed for ADHD: A Systematic Review of the Literature. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry 2008, 47 (1), 21–31.
2. Katzman, M. A.; Bilkey, T. S.; Chokka, P. R.; Fallu, A.; Klassen, L. J. Adult ADHD and Comorbid Disorders: Clinical Implications of a Dimensional Approach. BMC Psychiatry 2017, 17 (1), 302.
3. Clinician's Guide to Adult ADHD Comorbidities: Case Studies; Springer Berlin Heidelberg: New York, NY, 2016.
4. J. Klassen, L.; S. Bilkey, T.; A. Katzman, M.; Chokka, P. Comorbid Attention Deficit/Hyperactivity Disorder and Substance Use Disorder: Treatment Considerations. CDAR 2012, 5 (3), 190–198.

ŞİZOFRENİ TEDAVİSİNDE YENİ BİR UMUT 'LUMATEPERON'

Fatma Gül HELVACI ÇELİK

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

Lumateperon, şizofreni tedavisi için geliştirilen yeni bir ajandır. Etki mekanizması benzersizdir çünkü aynı anda ciddi psikiyatrik hastalıklarda rol oynayan önemli nörotransmitterler olan serotonin, dopamin ve glutamat nörotransmisyonunu modüle ederek nöropsikiyatrik bozuklukların tedavisinde yeni bir yaklaşım sunmaktadır. Güçlü 5-HT2A reseptör antagonisti, D2 presinaptik kısmi agonisti ve postsinaptik antagonisti, D1 reseptörüne bağımlı glutamat modülatörü ve serotonin geri alım inhibitörü olarak işlev görür. Mezolimbik/mezokortikal dopamin fosfoprotein modülatörü olarak işlev görecek şekilde dopamin D1 ve D2 reseptörlerine bağlanır. Ayrıca mTOR proteini yoluyla hem NMDA hem de AMPA akımlarının D1'e bağlı arttırılması ile indirek glutamaterjik (GluN2B) fosfoprotein modülatörüdür. Lumateperonun diğer antipsikotiklerin yan etkilerine katkıda bulunabilen histaminerjik, α1 adrenerjik ve muskarinik reseptörlerle etkileşimi çok düşüktür. D2 afinitesi birçok ikinci kuşak antipsikotikten daha düşük iken, 5-HT2A/D2 reseptör afinite oranı daha yüksektir. Kısa süreli klinik çalışmalarda EPS/akatizi oranı plaseboya yakın saptanmıştır. Şizofreni tedavisinde faz III çalışmaları yapılmış olup, 42 mg/gün en etkili doz aralığı olarak saptanmıştır. Metabolitleri için 13 ila 21 saatlik etkili yarı ömrü ile hızla emilir ve günde bir kez yemekle uygulanması uygun bulunmuştur. Aralık 2019'da, erişkin şizofreni tedavisi için ABD'nde onay almış olup, Mart 2020'de piyasaya sürülmesi planlanmıştır.

Bu çalışmada şizofreni ve birçok psikiyatrik hastalıkta yer alan çoklu nörotransmitter ve reseptörler üzerinden çalışan ve yan etki profili diğer ikinci kuşak antipsikotiklerden daha az saptanan, en yeni ikinci kuşak antipsikotiklerden olan lumataperonun, şizofreni tedavisindeki yerinin literatür bilgileri eşliğinde değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Kaynaklar

1. Blair, H A (2020). Lumateperone: First Approval. Drugs, 1-7.
2. Brady, L S, Potter, W Z, & Gordon, J A (2019). Redirecting the revolution: new developments in drug development for psychiatry.

PARKİNSON PSİKOZU TEDAVİSİNDE 'PİMAVANSERİN'

Uzm. Dr. İlknur KİRAZ AVCI

Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, Psikiyatri Kliniği, Rize

Parkinson Hastalığı, özellikle bazal ganglionları etkileyen, dopaminerjik iletide bozukluklа seyreden, başlıca belirtileri istirahat tremoru, rijidite, bradikinezi ve postüral instabilite olan nörodejeneratif bir hastalıktır. Dejenerasyonda genetik faktörler, çevresel toksinler ve yaşlanmanın rol oynadığı bilinmektedir. Prevalansı 65 yaş üzeri kişilerde yaklaşık %1'dir (1).

Parkinson hastalığında, her ne kadar motor belirtiler üzerinde durulsa da; depresyon, demans ve psikoz gibi motor olmayan belirtiler de sık görülmektedir. Bu belirtiler hastaların yaşam kalitesini en az motor belirtiler kadar etkilemekte, bakım verenin yükünü artırmakta, hastaneye yatış ve huzurevine yerleşmede etkili olmaktadır.

Parkinson hastalığı psikozunun, Parkinson hastalığının bir belirtisi mi, motor belirtileri hafifletmek için verilen dopaminerjik tedaviye bir yanıt mı yoksa tamamen bağımsız bir patoloji mi olduğu henüz netlik kazanmamıştır. Parkinson hastalığı psikozunda dopaminin oynadığı rol de belirsizdir. Antiparkinson ilaçlarla tedavi edilen hastalarda, halüsinasyonların tezahürü şizofreniden genellikle farklıdır. Parkinson hastalığı psikozunda en yaygın olarak görsel halüsinasyonlar bulunur ve prevalansı yaklaşık %50'dir. Sanrılar da her iki hastalık durumunda farklı biçimde ortaya çıkar. Şizofrenide her çeşit sanrı görülebilirken, Parkinson hastalığı psikozunda sanrılar nadirdir ve genellikle terk edilme veya sadakatsizlik üzerinedir (2).

Parkinson hastalığı psikozunda, kullanılan dopaminerjik ilacın dozunu azaltmak ya da tedaviye bir atipik antipsikotik eklemek mümkündür. Tedavide en sık kullanılan ajan klozapindir. Klozapinin Parkinson hastalığı psikozunda düşük dozlarda etkili olduğu ve motor semptomlarda kötüleşmeye yol açmadan psikotik belirtileri azalttığı gösterilmiştir. Son dönemde yapılan randomize kontrollü çalışmalar, Parkinson hastalığı psikozunda pimavanserin'in FDA tarafından onay almasını sağlamıştır. Çalışmalar, 5HT2A ters agonisti olan pimavanserinin motor fonksiyonu olumsuz etkilemeden, halüsinasyon ve hezeyanlar üzerinde faydalı olduğunu göstermiştir (3).

Anahtar sözcükler: Parkinson hastalığı, Parkinson hastalığı psikozu, Pimavanserin

Kaynaklar

1. Akbayır, E., Şen, M., Ay, U., Şenyer, S., Tüzün, E., & Küçükali, C. İ. (2017). Parkinson hastalığının etyopatogenezi. Deneysel Tıp Araştırma Enstitüsü Dergisi, 7(13), 1-23.
2. Combs, B. L., & Cox, A. G. (2017). Update on the treatment of Parkinson's disease psychosis: role of pimavanserin. Neuropsychiatric disease and treatment, 13, 737.
3. Hacksell, U., Burstein, E. S., McFarland, K., Mills, R. G., & Williams, H. (2014). On the discovery and development of pimavanserin: a novel drug candidate for Parkinson's psychosis. Neurochemical research, 39(10), 2008-2017.

ŞİZOFRENİ TEDAVİSİNDE OLANZAPİN VE SAMİDORPHAN KOMBİNASYONU

Öğr. Gör. Dr. Ali ERDOĞAN

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anablim Dalı, Antalya

Şizofreni, kalıcı bilişsel, davranışsal ve duygusal semptomlarla karakterize kronik bir hastalıktır. Güncel kılavuzlar semptomları yönetmek, sosyal işlevselliği ve yaşam kalitesini iyileştirmek ve nüksetmeyi önlemek için farmakolojik ve psikososyal müdahalelerle uzun süreli tedaviyi önermektedir. Şizofreninin tedavisi için mevcut en etkili atipik antipsikotik ilaçlardan birisi Olanzapin'dir (OLZ). Bununla birlikte, kilo alımı ve metabolik yan etkiler gibi güvenlik endişeleri, klinik kullanımını sınırlandırmıştır. Preklinik çalışmalar, opioid sisteminin gıda ödülünü, beslenme davranışını ve metabolizmayı yönetmedeki kilit rolünü belirlemiştir. Şizofreni hastalarında yapılan araştırmalar, bir opioid antagonistinin birlikte kullanımının antipsikotik ajan ile ilişkili kilo alımını hafifletmede faydalı olabileceğini düşündürmektedir. Samidorphan (SAM), in vivo olarak, bir μ-opioid antagonisti olarak işlev gördüğü gösterilen yeni bir opioid sistem modülatörüdür. In vitro olarak, samidorphan insan μ-, κ- ve δ-opioid reseptörlerine yüksek afinite ile bağlanır ve μ-opioid reseptörlerinde bir antagonist görevi görür ve κ-ve δ-opioid reseptörlerinde düşük intrinsik aktiviteye sahiptir. OLZ/SAM tedavisi, şizofreni hastalarında yapılan 3 aylık bir faz 2 çalışmasında OLZ benzer antipsikotik etki ile sonuçlanmıştır. Esnek bir doz OLZ (5, 10, 15 veya 20 mg) ve sabit bir doz 10 mg SAM (OLZ/SAM) (ALKS 3831) kombinasyonu iki tabakalı tabletler geliştirilme aşamasındadır. Klinik farmakokinetik, güvenlik ve etkinlik çalışmalarında, OLZ/SAM genellikle sadece olanzapine benzer bir güvenlik profili ile iyi tolere edilmiştir. Faz I ve Faz II klinik çalışmalarında, SAM'ın OLZ ile birlikte uygulanması OLZ'ye bağlı kilo alımını azaltmıştır. SAM ile birlikte uygulamanın OLZ kaynaklı kilo alımını azalttığını, oysa naltreksonun azaltmadığı gösterildi. SAM öncelikle CYP3A4 aracılı hepatik metabolizma ve renal atılım yoluyla elimine edilir. OLZ ve SAM'ın farklı metabolik yollarla eleminasyonuyla tutarlı olarak farmakokinetik ilaç-ilaç etkileşimi bildirilmemiştir. ALKS 3831, günde bir kez oral kullanılır. OLZ/SAM'ın QT/QTc uzaması dahil EKG parametreleri üzerinde klinik olarak anlamlı bir etkisi olmadığı gösterilmiştir. Antipsikotik kullanımına bağlı metabolik yan etkiler için SAM umut vaat etmektedir.

ŞİZOFRENİ TEDAVİSİNDE TRANSDERMAL PATCH 'BLONANSERİN'

Uzm. Dr. Mehmet BALTACIOĞLU

Rize Devlet Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Rize

Şizofreni, pozitif, negatif, duyusal ve bilişsel semptomlarla karakterize heterojen yıkıcı bir psikiyatrik bozukluktur. Genellikle geç ergenlik veya erken erişkinlik döneminde ortaya çıkmakla birlikte sosyal ve mesleki işlevsellikte azalma ile ilişkilidir. Ömür boyu farmakolojik müdahale gerektiren bir durumdur. Farmakolojik tedavinin altın standardı antipsikotik ilaçlar olmasına rağmen şizofreni tedavisinde bazı ihtiyaçlar henüz tam olarak karşılanabilmiş değildir.

Blonanserin bu amaçla Japonya' da yeni nesil ikinci kuşak bir antipsikotik olarak geliştirilmiş ve 2008'de Japonya'da, 2009'da Kore'de son olarak da 2017'de Çin'de şizofreni tedavisi için endikasyon alarak kullanılmaya başlanmıştır. Reseptör özgüllüğü sayesinde diğer atipik antipsikotiklerden ayrılmaktadır. Dopamin D2/D3 ve Seratonin 5-HT2A reseptörlerine karşı oldukça güçlü afinite ve antagonistik etki göstermekle birlikte diğer reseptörler (Dopamin D1, D4 ve D5, Adrenoseptörler a1, α2 ve β, Serotonin 5-HT1A, 5-HT2B ve 5-HT2C, Histamin H1, Muskarinik M1 ve M3) üzerindeki etkisi ise minimal ya da ihmal edilebilecek düzeydedir. Bu özelliği sayesinde şizofreninin pozitif, negatif ve bilişsel semptomları üzerinde etkili olduğu ve yine bu reseptör bağlanma profilleri sayesinde ortostatik hipotansiyon, sedasyon, kilo alımı, metabolik anormallikler ve periferal antikolinerjik etkiler gibi yan etkiler açısından da oldukça güvenli olduğu yapılan çalışmalarla ortaya konmuştur.

Yine yapılan çalışmalarla Blonanserinin tolarabilitesinin oldukça iyi olduğu, oral uygulamadan yaklaşık 2 saat sonra maksimum plazma konsantrasyonuna, 5 gün içerisinde de kararlı durum konsantrasyonuna eriştiği bildirilmiştir. Yetişkinler için başlangıç dozu yemeklerden sonra günde 2 kez 4 mg'dır. İdame doz hastanın yaşı ve semptomlarına göre yine günde iki kez olmak üzere 4-8 mg olarak önerilmektedir. Günlük maximum doz 24 mg'ı geçmemelidir. Yaşlı ve karaciğer bozukluğu olan hastalarda dikkatli kullanılmalıdır. Önceleri sadece tablet ve %2'lik granül formu mevcut iken 2019 yılında transdermal formu geliştirilmiştir. Transdermal form gerek kullanım kolaylığı ve gerekse de uzun dönem kan konsantrasyonunun sağlanması açısından önemlidir.

Sonuç olarak blonanserin hem etkinlik, hem güvenilirlik ve hem de tolarabilitesi açısından şizofreni tedavisi için yeni bir umut olarak gözükmektedir.

Anahtar Kelimeler: Blonanserin, Şizofreni, Antipsikotik

Kaynaklar

1. Deeks ED, Keating GM. Blonanserin: a review of its use in the management of schizophrenia. CNS Drugs. 2010 Jan;24(1):65-84.
2. Tenjin T, Miyamoto S, Ninomiya Y, Kitajima R, Ogino S, Miyake N, Yamaguchi N. Profile of blonanserin for the treatment of schizophrenia. Neuropsychiatr Dis Treat. 2013;9:587-94.
3. Deepak TS, Raveesh BN, Parashivamurthy BM, Kumar MN, Majgi SM, Nagesh HN.Clinical Assessment of Weight Gain with Atypical Antipsychotics - Blonanserin vs Amisulpride. J Clin Diagn Res. 2015 Jun;9(6).
4. Harvey PD, Nakamura H, Miura S. Blonanserin vs risperidone in Japanese patients with schizophrenia: A post hoc analysis of a phase 3, 8-week, multicenter, double-blind, randomized controlled study. Neuropsychopharmacol Rep. 2019 Dec 1. doi: 10.1002/npr2.12089.
5. Kishi T, Yoshimura R, Matsuda Y, Sakuma K, Iwata N.Blonanserin patch vs. Other Antipsychotics for Acute Schizophrenia: A Systematic Review of Double-blind, Randomized, Placebo-controlled, Phase 3 Trials in Japan. Pharmacopsychiatry. 2020 Jan 30. doi: 10.1055/a-1096-1266.

OTİZM SPEKTRUM BOZUKLUĞU TANILI ÇOCUK VE ERGENLERDE ANKSİYETE SIKLIĞI VE ANKSİYETE İÇİN RİSK FAKTÖRLERİ

Uzm. Dr. Ferhat YAYLACI

Bursa Dörtçelik Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Bursa

Otizm Spektrum Bozukluğu (OSB) temelde kişiler arası etkileşim ve iletişimde süreğen yetersizlikler ve tekrarlayıcı, kısıtlı, basmakalıp davranış ve ilgilerin varlığı ile karakterize olup DSM-5'te nörogelişimsel bozukluklar başlığı altında sınıflandırılmıştır. OSB'nin her ne kadar temel yetersizliği sosyal-duygusal gelişme ve iletişimsel beceriler ile tekrarlayıcı davranışlar alanında olsa da, pek çok olgu hekimlere bu belirtilerin dışındaki sebeplerle başvurur. Özellikle hırçınlık, huysuzluk, öfke, uyku problemleri, öğrenme sorunları en sık görülen başvuru sebepleridir. Anksiyete belirtileri ve bozuklukları da bu grupta çok sık görülmektedir. Bazı çalışmalar, anksiyete bozukluklarını, OSB'lilerde en sık rastlanılan bozukluk grubu olarak bildirmektedir. Çeşitli araştırmaların OSB'lilerde bildirdiği anksiyete bzouklukları oranı %11-84 arasında değişmektedir. OSB'lilerde anksiyete bozukluğunun yaygınlığını inceleyen bir meta-analiz çalışmasında ise, OSB'lilerin %39,6'sında en az bir anksiyete bozukluğu olduğu bildirilmiştir. Aynı çalışmada, bu grupta en çok rastlanılan anksiyete bozukluklarının sırasıyla özgül fobi, obsesif kompulsif bozukluk (OKB) ve sosyal anksiyete bozukluğu olduğuna dikkat çekilmiştir.

Günümüzde anksiyete OSB'nin karakteristik bir belirtisi olarak görülmemektedir. Diğer yandan, OSB'ye eşlik eden anksiyeteyi, OSB'nin karakteristik belirtilerinden ayırmak da çeşitli nedenlerle zor olabilmektedir. Bundan dolayı çalışmaların önemli bir kısmı yüksek işlevli olgularda anksiyete bozukluklarını değerlendirmiştir. Ancak, OSB'lilerin tümünde eşlik eden anksiyetenin ayrıntılı değerlendirmesi ve etkin biçimde tedavi edilmesi oldukça önemlidir. Çünkü, anksiyete ciddi sıkıntılara neden olarak bu grupta işlevselliği belirgin derecede bozabilir. Örneğin sosyal fobi, sosyal durumlardan kaçınmaya neden olarak ve/veya garip etkileşimlere katkıda bulunarak OSB'li çocuk ve ergenlerde daha fazla sosyal izolasyona neden olabilir. Bu sunumda OSB'lilerde anksiyete sıklığı ve anksiyete için risk faktörlerinin yazın çerçevesinde gözden geçirilmesi amaçlanmıştır.

OTİZM SPEKTUM BOZUKLUĞU TANILI ÇOCUK VE ERGENLERDE ANKSİYETENİN GÖRÜNÜMÜ VE DEĞERLENDİRİLMESİ

Barış GÜLLER

Dörtçelik Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Çocuk Psikiyatrisi Anabilim Dalı, Bursa

Otizm spektrum bozukluğunda komorbid psikiyatrik bozukluklar, olguların eğitimden yararlanabilme derecelerini ve yaşam kalitelerini önemli oranda etkilemektedir. Sözel becerileri gelişmiş, zeka düzeyi daha iyi olan grupta eşlik eden psikiyatrik bozukluklarda belirtiler, OSB tanısı olmayan gruba benzemekte iken; sözel becerisi daha düşük grupta klinik görünüm atipik ve karmaşık olabilmektedir. (1,2). OSB ve Anksiyete Bozuklukları komorbiditesini inceleyen çalışmaların büyük kısmı, sözel becerisi olan ve zihinsel kapasitesi daha iyi olgularda kaygı bozukluklarını araştırmıştır. (3). Sözel becerisi olmayan OSB tanılı bireylerde kaygı bozukluğu komorbiditesi için daha çok kalp atım hızı gibi otonom sinir sistemi belirtilerinin araştırılmasının uygun olabileceği belirtilmektedir. OSB tanılı çocuk ve ergenlerde eşlik eden özgül fobide bazen karanlık korkusu, hayvan korkusu gibi tipik gelişen çocukların yaşadığı korkular görülürken, bazen de tamamen farklı ve tuhaf nesneler veya olaylar korku nedeni olabilmektedir. Bazı cansız objeler (örn. plastik eldiven), oyuncaklar (Şirinler, Barbie), perdenin oynaması ve rüzgârın sesi gibi pek çok olay ve nesne OSB'li çocuk ve ergenlerin fobileri arasında yer alabilmektedir. Bazen bu korku reaksiyonu duyusal hipo-hipersensivite ile ortaya çıkar. Örneğin sese hassasiyeti olan OSB'li çocukların, ani, yüksek veya belli seslerden veya alışveriş merkezleri gibi çok gürültülü ortamlardan korkmaları, daha çok duyusal hipo-hipersensiviteleri ile ilgilidir.(4)

OSB'li grupta anksiyeteyi değerlendirmek için kullanılabilecek çeşitli ölçekler bulunmaktadır. Ancak,özellikle OSB tanılı bireyler için spesifik olarak geliştirilmiş ve bu grupta geçerlik güvenirlik araştırması yapılmış ölçekler henüz mevcut değildir(5). OSB ve anksiyete bozukluğu birlikteliğini araştıran çalışmalarda kullanılan ölçeklerden bazıları şunlardır; Autism Comorbidity Interview–Present and Lifetime Version (ACI-PL), Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV–Child and Parent Versions (ADIS), Autism Spectrum Disorders–Comorbid for Children(ASD-CC), Baby and Infant Scale for Children with Autistic Traits (BISCUIT), Behavioral Assessment System for Children-2 (BASC-2), Child Behavior Checklist (CBCL), Spence Children's Anxiety Scale (SCAS). OSB tanılı grup için geliştirilmiş, anksiyete belirtilerini değerlendirmeye yönelik ölçek eksikliği çalışmalarda ortak olarak belirtilen sorun olarak göze çarpmaktadır. Bu gruba spesifik yeni ölçüm araçları geliştirirken; kalp atış hızı, cilt iletkenliği, kas gerginliği veya beyin aktivasyonu gibi kaygı bozukluklarını yansıtan fizyolojik belirtilerle ilişkili maddeler eklenmesinin avantajlı olacağı bu alanda yapılmış az sayıdaki çalışmada belirtilmiştir.

Kaynaklar

1. Ghaziuddin M. Mental Health aspects of Autism and Asperger Syndrome. London: Jessica Kingsley Publisher; 2005
2. Mukaddes NM. [Autism Spectrum Disorders:Diagnosis and Follow-up]. Otizm Spektrum Bozuklukları: Tanı ve Takip. 1. Baskı, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2013
3. High Rate of Psychiatric Comorbidity in individuals with Asperger Disorder. World Journal of Biological Psychiatry Apr 1-7. Van Stenseel FJ, Bögels SM, Perrin S. ve ark. (2011) Anxiety Disorders in Children and Adolescents with Autistic Spectrum Disorders: A Meta-Analysis.
4. Mayes, S. D., Calhoun, S. L., Murray, M. J., Ahuja, M., & Smith, L. A. (2011). Anxiety, depression, and irritability in children with autism relative to other neuropsychiatric disorders and typical development. Research in Autism Spectrum Disorders, 5, 474–485
5. White, S. W., Ollendick, T., Scahill, L., Oswald, D., & Albano, A. M. (2009). Preliminary efficacy of a cognitive-behavioral treatment programs for anxious youth with autism spectrum disorders. Journal of Autism and Developmental Disorders, 39, 1652–1662.

OTİZM TANILI ÇOCUK VE ERGENLERDE ANKSİYETE BOZUKLUĞUNUN PSİKOFARMAKOLOJİK VE PSİKOTERAPÖTİK TEDAVİ YÖNTEMLERİ

Dr. Begüm ŞAHBUDAK

Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir

Anksiyete bozuklukları Otizm Spektrum Bozukluklarına(OSB) sıklıkla eşlik eder. Eşlik eden anksiyete bozukluklarının tedavisi otizmin çekirdek belirtilerini tedavi etmese de genel işlevsellik ve yaşam kalitesinin düzelmesinde önemlidir. OSB tanılı çocuk ve ergenlerde anksiyete bozukluğu ve eşlik eden diğer psikiyatrik bozukluklar suicid girişimi için de önemli bir rik faktörüdür. Çoğunlukla klinik pratikte ele almakta zorlandığımız bir durumdur.

Sosyal fobi ve ayrılık anksiyetesi OSB tanılı çocuk ve ergenlerde en sık görülen anksiyete bozukluklarındandır. Eşlik eden anksiyete bozukluklarında bilişsel davranışçı terapinin etkinliğine dair çalışmalar sınırlı olmakla birlikte genellikle klinik değerlendirmeye göre BDT bir tedavi seçeneği olarak değerlendirilmelidir. Bu bireylerde BDT' nin etkinliğine dair az sayıda çalışma bulunmaktadır. BDT'nin OSB tanılı çocuk ve ergenlerde komorbid anksiyete bozukluklarında etkinliğini değerlendiren bir metaaanalizde etki gücü 1,19-1,21 (Cohen d değerleri) olarak bildirilmiştir. Stresi azaltmaya yönelik davranışsal stratejiler, çevresel düzenleme, sosyal becerilerin iyileştirilmesine yönelik pratikler ve farmakolojik tedavi anksiyete bozukluğu olan OSB tanılı çocuk ve ergenlerde tedavi seçenekleri arasındadır. Selektif serotonon geri alım inhibitörleri(SSGİ) ise en sık tercih edilen farmakolojik ajanlardandır. SSGİ ilaçların etkinliği kısıtlı olmakla birlikte bu çocuk ve ergenler yan etkilere daha duyarlıdır. Davranışsal aktivasyon gibi yan etkiler irritabilite ve agresyonu artırabilir. Trisiklik antidepresanların etkinliğine dair bulunan küçük örneklemli az sayıda çalışmada ise bu ajanların etkinliği gösterilememiştir. İlaç tedavisi dışında ebeveynler için anksiyete belirtilerini azaltmaya yönelik eğitim ve okul temelli müdahale programları da bulunmaktadır. Tedaviler için de en etkili ya da birinci tercih bir yöntem olmamakla birlikte çocuğa özgü kombine tedavilerin daha etkin olabileceği düşünülmektedir. Bununla birlikte literatürde farklı ilaç tedavilerinin ve tedavi yöntemlerinin tedavide etkinliğini değerlendiren daha çok çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

ERİŞKİN DÖNEMDE OTİZM SPEKTRUM BOZUKLUĞU VE ANKSİYETE BİRLİKTELİĞİNDE KLİNİK GÖRÜNÜM, TEDAVİ YÖNTEMLERİ

Uzm. Dr. Fikret Poyraz ÇÖKMÜŞ

Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi, Manisa

Otizm spektrum bozukluğu (OSB) toplumsal iletişim ve etkileşimde güçlükler ile sınırlı, yineleyici davranış örüntülerinden oluşan nörogelişimsel bir bozukluktur. Toplumsal iletişim ve etkileşimde güçlükler; ilişki kurma ve sürdürmede zorlanma, göz kontağı kuramama, duyguları ifade edememe ve etkileşim başlatma ve sürdürmede zorlanma şeklinde açıklanabilir. Sınırlı, yineleyici davranış örüntüleri ise basmakalıp ve tekrarlayıcı motor hareketler, aynılıkta ısrar, rutine sıkı bağlılık, sınırlı ve yoğun ilgi alanı ve duyusal az veya çok uyarılma şeklinde açıklanabilir.

OSB tanılı bireylerde eş tanı oranı yüksektir (Mannion & Leader 2013; Lai ve ark., 2014). OSB'lilerde duygudurum bozuklukları ve anksiyete bozuklukları sıklıkla görülmektedir (Lecavalier, 2006). Anksiyete bozukluğu OSB tanılı bireylerin %50-56'sında gözlemlenmektedir (Lugnegard ve ark., 2011; Hofvander ve ark., 2009). Genel popülasyonda anksiyete bozukluğu görülme yüzdesi çok daha düşüktür, %3-12 arasında değişmektedir. Bilişsel davranışçı terapi ve özelinde adaftif duygu düzenleme stratejilerine odaklanmak OSB tanılı bireylerde iyi sonuçlar vermektedir (Clark, 2011). OSB tanılı bireylerde Bilişsel Davranışçı Terapinin etkilerini araştıran çalışmalar ise kısıtlıdır.

Erişkin psikiyatrisi günlük pratiğinde OSB tanılı hastalarla karşılaşma nadirdir ve genellikle OSB tanısından ziyade eşlik eden diğer tanılar ön plandadır (psikotik bozukluklar gibi). Ülkemizde de erişkin OSB tanılı hastalarla ilgili çalışmalar çok kısıtlıdır. Panelde erişkin çağında OSB tanılı hastalar ve eşlik eden anksiyete bozukluklarından bahsedilecek ve tedavi seçeneklerinden bahsedilecektir.

GEÇMİŞTEN GÜNÜMÜZE EKT

Dr. Aruz BOZKURT

Ağrı Devlet Hastanesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, Ağrı

Konvulzif terapiler, psikiyatrik hastalıkları tedavi etmek ya da yatıştırmak amacıyla kullanılan bir grup medikal prosedürü tanımlamaktadır (1). Konvulzif terapinin psikiyatrik hastalıkların tedavisinde işe yarayacağı görüşü epilepsi görülme sıklığı ile şizofreni sıklığı arasındaki ters korelasyon olduğu gözlemine dayanmaktadır. Bazı çalışmalar sonucunda bu hastalıklardan birine sahip olmanın diğerine karşı koruyucu olduğu algısı oluşmuştur (2). 3o'lu yıllarda yapılan nöropatolojik çalışmaların sonuçları ise şizofreni hastalarında sinir lifi kalınlığının epilepsi hastalarındakinden daha ince olduğunu ve konvulziyon ile sinir hipertrofisi sağlamak yoluyla psikiyatrik hastalıkların tedavi edilebileceğini öne sürmektedir (3). Dolayısı ile bir epilepsi hastasında şizofreni gelişmesi durumunda epilepsi şiddeti azalacağı gibi, bir şizofreni hastasında epileptik nöbet olması durumunda da şizofreni şiddetinin azalacağı düşünülmüştür (2).

Bir hastada konvulziyon oluşturmak için çeşitli yöntemler denenmiştir. Meduna, intravenöz kardiazol enjeksiyonu ile konvülziyon oluşturarak ilk hastasını 23 haziran 1934'te tedavi ettiğini, sene sonuna kadar ise 26 hastada daha cevap aldığını duyurmuştur (3).Bundan sonraki yaklaşık 20 yıllık süreçte, kardiazol tedavisinin yerini EKT net olarak alamamış, birçok merkezde iki tedavi yöntemi de uygulanmıştır (1). Benzer şekilde insülin şok tedavisi de uygulanmış ve dünyada tartışılmıştır (4). Kalinowsky ve arkadaşlarına göre insülin şok tedavisi; eksite hastada, delirium tremenste, yemeiçme reddinde kullanılabilmektedir (5).Manfred Sakel'e göre adrenalin bir çok mental hastalıktan sorumludur ve insülin kullanımı adrenalini normal seviyeye çekerek etki etmektedir (6).

Bundan sonraki süreçte bu üç yöntem karşılaştırılmış ve EKT haricindeki yöntemler yavaş yavaş terk edilmiştir. Yeni ilaçların keşfiyle beraber, EKT çekiciliğini kısmen yitirse de birçok merkezde aktif olarak kullanılmaya devam edilmiştir. Hatta uzunca bir süre herhangi bir kas gevşetici ya da anestezik kullanılmadan uygulanmaya devam edilmiştir (6). Günümüzde ise EKT; başta majör depresyon olmak üzere psikotik bozukluklarda da yaygın olarak kullanılan bir yöntemdir. Klinisyenin tercihine göre unilateral, bilateral temporal veya bilateral frontal olarak kullanılabilmektedir. Elektrotların yerlerine göre çeşitli yan etkilerin değişebileceği düşünülmektedir. Yaygın olarak kullanılan etkin bir yöntem olmasına karşın; idame tedavisindeki zorluklar, bilişsel bozulma gibi yan etkiler kullanımını günümüzde de çeşitli derecelerde kısıtlamaktadır (7).

Kaynaklar

1. Berrios GE. The scientific origins of electroconvulsive therapy: a conceptual history. History of psychiatry. 1997;8(29):105-19.
2. Nyiro J, Jablonsky A. Einige daten zur prognose der Epilepsie. Psychiatr Neurol Wochenschr. 1929;31:547-9.
3. v. Meduna L. 5. GENERAL DISCUSSION OF THE CARDIAZOL THERAPY. American Journal of Psychiatry. 1938;94(6S):40-50.
4. James FE. Insulin treatment in psychiatry. History of psychiatry. 1992;3(10):221-35.
5. Kalinowsky LB, Hippius H. Pharmacological, convulsive and other somatic treatments in psychiatry. LWW; 1969.
6. Lebensohn ZM. The history of electroconvulsive therapy in the United States and its place in American psychiatry: a personal memoir. Comprehensive psychiatry. 1999;40(3):173-81.
7. Ali SA, Mathur N, Malhotra AK, Braga RJ. Electroconvulsive therapy and schizophrenia: a systematic review. Molecular neuropsychiatry. 2019;5(2):75-83.

GEÇMİŞTEN GÜNÜMÜZE DERİN BEYİN STİMÜLASYONU

Uzm. Dr. Muhammed Hakan AKSU

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

Derin beyin stimülasyonu (DBS), tedaviye dirençli hareket ve affektif bozuklukları olan hastalar için dikkate değer terapötik faydalar göstermiştir [1]. Bu teknik sadece klinik olarak yararlı değildir, aynı zamanda birçok farklı türdeki hem lokal hem de yaygın beyin ağlarının doğrudan manipülasyonu yoluyla temel beyin fonksiyonlarına yeni bakış açıları sağlayabilir [1]. DBS ile ilgili ilk modern çalışmalar geçen yüzyılın ortalarında başlamıştır [2]. 1952'de Delgado ve ark. psikotik hastalarda kayıtlama ve stimülasyon için elektrot implantasyonu tekniğini tanımlamışlardır [3]. Bu teknikle psikotik hastaların birkaçında pratik önemi olabilecek bir düzelmeler olduğunu [4] ve lokal stimülasyonun terapotik etkinliğinin elektroşok ile kıyaslanabilir olduğunu ifade etmişlerdir [2]. 1961'de Sheer "Beynin Elektriksel Stimülasyonu" isimli bir kitap yayınlamıştır. Bu kitapta epilepsi, obezite, agresifl ik ve bazı nörolojik durumlarda subkortikal kayıtlama ve stimülasyondan bahsedilmiştir [5]. Jacobsen 1963'te psikotik hastalarda, frontal lobun ventromedialinin bazı bölgelerinin elektriksel stimülasyonu sonucu semptomların geçici düzelmesinden tamamen yok olmasına kadar değişen sonuçlar elde ettiğini belirtmiştir [6]. Daha sonra 1972'de "derin elektrografik stereotaktik nörocerrahi" tekniğiyle izlediği psikiyatrik tanılı hastaların sonuçlarını yayınlamıştır. Fakat bu stimülasyon çalışmaları tedavi amaçlı olmasından ziyade hedef bölgeyi değerlendirmek ve bu hedef bölgenin kalıcı lezyon oluşturulmadan önce stimülasyona cevabını değerlendirmek amacıyla yapılmıştı [2]. Escobedo ve ark. ise 1972'de epilepsi, mental retardasyon ve agresif davranışlara sahip hastalarda kaudat nükleusun uyarımı ile motor ve davranışsal cevaplar tanımlamışlardır [7]. 1979'da Dieckman fobili bir kadında nondominant talamusun stimülasyonu ile fobilerin tedavisinde başarılı olduğunu bildirmiştir [8]. Yakın dönemdeni bir çalışma, subgenual singulat beyaz cevheri DBS'sinin tedaviye dirençli depresyonu olan altı kişiden dördünde ruh halini iyileştirdiğini bulmuştur [9]. Birkaç çalışmada ise caudat nükleus crus anterior stimülasyonu ile obsesif kompülsif bozukluk (OKB) belirtilerinin azaldığı belirtilmiş bununla birlikte ventral caudat nükleus stimülasyonu ile depresyon ve OKB belirtilerinin azaldığı öne sürülmüştür [10]. Geçmişten günümüze DBS cerrahisinin gelişmesi lezyon cerrahisinin daha az kullanılmasına neden olmuştur. Fakat DBS'nun klinik başarısına karşın etki mekanizması hala tartışmalıdır [2].

Kaynaklar

1. Kringelbach, M.L., et al., *Translational principles of deep brain stimulation.* Nature Reviews Neuroscience, 2007. **8**(8): p. 623-635.
2. KILIÇ, B.B. and S. PEKER, *Derin Beyin Stimülasyonu (DBS). Tarihçesi, Etki Mekanizmaları, Kullanım Alanları.*
3. Delgado, J.M., H. Hamlin, and W.P. Chapman, *Technique of intracranial electrode implacement for recording and stimulation and its possible therapeutic value in psychotic patients.* Stereotactic and Functional Neurosurgery, 1952. **12**(5-6): p. 315-319.
4. Bickford, R.G., et al. *Observations on depth stimulation of the human brain through implanted electrographic leads.* in *Proceedings of the staff meetings. Mayo Clinic.* 1953.
5. Delgado, J.M., et al., *Intracerebral radio stimulation and recording in completely free patients.* Journal of Nervous and Mental Disease, 1968.
6. Sem-Jacobsen, C., *DEPTH-ELECTROGRAPHIC OBSERVATIONS IN PSYCHOTIC PATIENTS: A System Related to Emotion and Behavior.* Acta Psychiatrica Scandinavica, 1959. **34**: p. 412-416.
7. Escobedo, F., A. Fernandez-Guardiola, and G. Solis, *Chronic stimulation of the cingulum in humans with behaviour disorders.* Surgical approaches in psychiatry, 1973: p. 65-68.
8. Dieckmann, G., *Chronic mediothalamic stimulation for control of phobias.* Modern Concepts in Psychiatric Surgery, 1979: p. 85-93.
9. Mayberg, H.S., et al., *Deep brain stimulation for treatment-resistant depression.* Neuron, 2005. **45**(5): p. 651-660.
10. Perlmutter, J.S. and J.W. Mink, *Deep brain stimulation.* Annu. Rev. Neurosci., 2006. **29**: p. 229-257.

GEÇMİŞTEN GÜNÜMÜZE TRANSKRANİYAL MANYETİK STİMÜLASYON

Öğr. Gör. Dr. Melike KÜÇÜKKARAPINAR

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabllim Dalı, Ankara

TMS; kafa derisi üzerine yerleştirilmiş, serebral korteksin ve beyaz cevher yolakların yalıtılmış bir bobin kullanarak elektromanyetik indüksiyonuna dayanan, invazif olmayan bir beyin stimülasyon yöntemidir. İlk TMS cihazı 1985 yılında Anthony Barker ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. TMS ile yapılan uyarıların etki çeşitliliği, uyarım şiddeti, sıklığı, her bir uyarım dizisinin süresi, her bir tedavi seansında verilen uyarım dizilerinin toplam sayısı, dizi aralığı ve uyarım bölgeleri gibi pek çok parametreyi içeren farklı kombinasyonlardan oluşan uyarım protokolleri ile sağlanmaktadır. Nadiren de olsa rTMS ile indüklenen epileptik nöbet riski olmasına rağmen, beyin uyarım yöntemleriyle yapılan diğer tedaviler değerlendirildiğinde noninvazif bir teknik olmasından dolayı görece güvenli ve iyi tolere edilebilen bir tedavidir. Modern farmakolojik tedaviler çoğu psikiyatrik hastanın semptomlarını azaltsa da, hala ilaca dirençli semptomlar ve nükslerden yakınan sayısız hasta bulunmaktadır. Bu sebeplerle de TMS, psikiyatride geniş bir kullanım alanına sahiptir: Özellikle depresyon ve şizofreninin pozitif semptomlarının tedavisinde TMS etkinliği umut vermektedir. Bununla birlikte, tedaviye dirençli depresyon, ciddi negatif semptomlar ve şizofreninin bilişsel semptomları üzerindeki etkiler hala belirsizdir ve optimal rTMS protokollerini bulmak için daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır. Ek olarak, rTMS'nin anksiyete bozuklukları, OKB ve maddeye/ besine aşerme gibi diğer durumlar üzerindeki mevcut potansiyel etkilerini doğrulamak için daha büyük ve iyi tasarlanmış randomize kontrollü çalışmalara ihtiyaç vardır.

GEÇMİŞTEN GÜNÜMÜZE GAMMA KNIFE

Uzm. Dr. Refika YAMANEL AŞIK

Dr. Sami Ulus Kadın Doğum, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara

Psikiyatrik hastalıklarda cerrahi geçmişine bakıldığında; Burckhardt 1891'de demans, mani ve şizofreni tanısı alan toplam 6 hastada sol frontotemporal serebral korteksi seçici olarak eksize etmiş ve 3 hastada başarılı sonuçlar elde etmiştir. Modern anlamda, psikiyatrik bozukluklarda cerrahi tedavi ilk defa 1935'te Moniz uygulamış ve şizofreni, bipolar bozukluk ve anksiyete bozukluğu olan 20 hastada prefrontal lobotomi yöntemini geliştirmiştir. Nobel kazandıran bu yöntem kısa sürede yaygın hale gelmiştir. Ancak zaman içinde prefrontal lökotominin endikasyonlarının yeterince belirlenmemiş olması, geri dönüşümü olmayan komplikasyonlar ve psikofarmakolojideki gelişmeler nedeniyle psikocerrahi daha az yapılmaya başlanmıştır. 1949'lara gelindiğinde ise prefrontal lobotominin yerini, temelleri Talairach tarafından oluşturulan steorotaktik psikocerrahi almış ve çeşitli psikiyatrik hastalıklarda hızla kullanılmaya başlanmıştır. Yaygın anksiyete bozukluğu ve OKB'de anterior singulotomi; bağımlılık, bipolar bozukluk, OKB, şizoaffektif bozukluk, depresyon ve şizofrenide singulotomi; Tourette sendromu için talamotomi uygulanmıştır (1-3).

Çağdaş nörobiyolojik anksiyete modelleri üzerinde yapılan çalışmalar, limbik sistemin temel rolü le ilgili katkılar sağlamıştır. Örneğin; orbitofrontokorteks, kaudat nukleus ve anterior singulat korteks ile OKB patofizyolojisinin ilişkili olduğu gösterilmiştir. Son yılarda OKB cerrahisinde anterior singulotomi, anterior kapsülotomi, subkaudat traktomi ve limbik lökotomi yöntemleri stereotaktik olarak uygulanmakta ve başarılı sonuçlar alınmaktadır (4).

Gamma knife uygulamasına bağlı olarak kısa dönem devam eden yan etkiler, ödem ve buna bağlı olarak baş ağrısı, konfüzyon ve inkontinans; daha uzun dönemde ortaya çıkan ve nadir görülen yan etkiler ise kilo kaybı, yorgunluk, hafıza kaybı, inkontinans ve epileptik nöbet şeklinde bildirilmiştir (5).

Sonuç olarak, bu tedavinin tedaviye dirençli OKB'de, etkili ve komplikasyon oranının düşük olmasından dolayı güvenilir bir yöntem olduğu söylenebilse de cerrahi girişimler uygulanmadan önce hasta seçiminin dikkatli yapılması; psikiyatri, nöroloji ve beyin cerrahi uzmanları tarafından ayrı ayrı değerlendirilmesi oldukça önemlidir. Ayrıca psikocerrahiden sonra hastaların farmakoterapi ve psikoterapi desteğinin devam edip etmeyeceğine dair konular operasyon öncesinde konuşulmalıdır (5).

Kaynaklar

1. Luigjes J, de Kwaasteniet BP, de Koning PP, Oudijn MS, van den Munckhof P,Schuurman PR et al. Surgery forpsychiatric disorders. World Neurosurg.2013;80:17-28.
2. Lapidus KA, Kopell BH, Ben-Haim S, Rezai AR, Goodman WK. History of psychosurgery: a psychiatrist's perspective. World Neurosurg.2013;80:27.E16
3. Mashour GA, Walker EE, Martuza RL. Psychosurgery: past, present, and future. Brain Res Brain Res Rev.2005;48:409-19. 19.
4. Hollander E, Bienstock CA, Koran LM ve ark. Reftactory obsesive-compulsive disorder: State of the art treatment. J Clin. Psychiatry. 2002;63:20-9.
5.Altıntaş E. Surgical Approaches in Refractory Obsessive Compulsive Disorder: From Leukotomy to Gamma Knife Surgery. Archives Medical Review Journal. 2015; 24(2):239-250

DR. FAHRİ CELAL GÖKTULGA (PSİKİYATRİST, EDEBİYATÇI VE ÇANAKKALE GAZİSİ) (20 MAYIS 1895 - 3 HAZİRAN 1975)

Dr. Latif Ruhşat ALPKAN

İstanbul Gelişim Üniversitesi, Psikoloji Bölümü, İstanbul

23 Mart 1945 - 20 Haziran 1960 tarihleri arasında, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nde Başhekimlik yapmış olan Dr. Fahri Celal Göktulga, tıp fakültesinde öğrenci iken Çanakkale savaşına gönüllü olarak katılmış bir gazidir. Doktorluğu yanında, Cumhuriyet döneminin ilk kuşak öykücülerindendir. Öykülerinde F. Celalettin imzasını kullanmıştır. Psikiyatri camiasında ismi unutulan Göktulga, öykücü olarak da edebiyatımızda hak ettiği ilgiyi görememiştir.

1918'de tıp fakültesini bitirmiş ve Üsküdar'daki Toptaşı Akliye ve Asabiye hastanesinde Mazhar Osman'ın yanında nöropsikiyatri ihtisası yapmıştır. Manisa Akıl Hastanesine beş yıl başhekimlik yaptıktan sonra bir buçuk yıl Paris'te mesleki araştırmalar için bulunur.

Dönüşte Bakırköy'e atanır. Klinik şefi olarak çalışırken 1945'te başhekimliğe getirilir.

Bakırköy'deki başhekimliği döneminde daha çok hastaların yaşam koşullarını iyileştirmek için çaba harcamıştır. Servisleri tamir ettirmek, yeni pavyonlar inşa etmek, servis bahçeleri düzenleyip heykellerle süslemek gibi. Ayrıca, hastaların güvenliği için hastane bahçesini çevreleyen tel örgünün yerine, 4 metre yükseklikte ve 4000 metre uzunlukta bir duvar yaptırmış; boş alanlara binlerce ağaç diktirmiştir. Su ihtiyacı için, artezyen kuyuları açtırmış, Düşünen Adam ve Mazhar Osman heykellerini yaptırmıştır.

Hekimliği, bilim adamlığı, idareciliği yanında, sanat ve edebiyat adamıydı.

Öykü yazmaya daha tıp öğrencisi iken başladı. Servet-i Fünun, Şair, Nedim, Ümit, Dördüncü Kitap, Ayine gibi dergilerde çıkan hikayeleri ile tanındı. Öykülerinde, insanın psikolojik çatışmalarını ve mizacını ortaya çıkarmaya yönelik çabası dikkati çeker.

Çeşitli hikayelerinin yer aldığı kitapları şunlardır: Talak-ı Selase, Kına Gecesi, Eldebir Mustafendi, Avurzavur Kahvesi, Salgın ve Rüzgar. Çanakkale'deki Keloğlan isimli uzun hikayesi ise, 1965'te "Çanakkale Aslanları" adı ile filme alınmıştır.

Başarılı bir psikiyatrist olmasının yanı sıra içinde yaşadığı toplumun sorunlarına duyarlı bir aydın olan Göktulga, Cumhuriyet (1952-1959) ve Yeni İstanbul (1959-1961) gazetelerinde haftalık fıkralar yazdı. Dönemin ünlü edebiyatçıları yakın dostlarıydı. Yahya Kemal bir beytinde, beynindeki kargaşalık çıldırma derecesine gelince Dr. Fahri Celal'in Taksim Lamartin caddesindeki muayenehanesini nasıl aradığını şöyle anlatır.

"Şuurun ihtilali tecennün raddesinde

Arar Fahri Celal'i Lamartin caddesinde."

GEBELİK VE POSTPARTUM DÖNEMDE ZOR İLAÇLARIN KULLANIMI: DUYGUDURUM BOZUKLUKLARI TEDAVİSİ

Prof. Dr. Nesrin DİLBAZ

Üsküdar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Kliniği, İstanbul

Bu sunumda Gebelik ve postpartum dönemde duygudurum bozukluklarının tedavi edilmesi ile edilmemesinin risklerinin değerlendirilmesi ve gebelikten önce, gebelik sırasında ve sonrasında Duygudurum Bozukluklarının tedavisinde kanıta dayalı stratejilerin elealınması planlanmıştır.

Antidepresan tedavisi ile malformasyonların riskinde artış: Riskli antidepressanlar

Monamine oksidaz inhibitörlerinin (MAOs) gebelikte kullanımından mutlaka kaçınılmalıdır.

Paroksetin kullanımından mutlaka kaçınılmalıdır

- 18 çalışmada major ve kardiyak malformasyonların riskinde artış (OR 1.28, 95% CI 1.11)
- 15 çalışmada herhangi bir konjenital anomali riskinde aşırı artış (OR 1.23, 95% CI 1.10, 1.38)
- Doza bağlı spontan düşük riski

Diğer SSRIlar için

- Bulgular çok tutarlı değil: SSRI ların plasentadan geçişi fluvoksemin için %35- fluoksetin için %75 farklılık göstermektedir
- Spontan düşük riskinde artış
- Bupropion
  - Sınırlı veri: konjenital kalp defektlerinde olası artış
- Diğer yeni antidepresanlar
  - Çok sınırlı veri
- Büyük, populasyon temelli kohort çalışmada: relative risk vs. Depresyonu olan kadın 1.06

Yenidoğanda Persistan Pulmoner Hipertansiyon (YPPH) ve antidepresanlar: Riski anlama

Erken gebelikte SSRI kullanımı ile YPPH arasında bir ilişki bulunmazken (odds ratio 1.23, 95% güvenilkir aralık 0.58 to 2.60; P=0.58), gebeliğin geç döneminde ki kullanımın riski artırabildiği gösterilmiştir (2.50, 1.32 to 4.73; P=0.005). Gebeliğin geç döneminde SSRI kullanan gebelerde absolute risk 1000 bebekte 2.9-3.5 arasındadır. Yani ek bir bebeğin YPPH olabilmesi için gebeliğin geç döneminde 286-351 kadının SSRI kullanması gerekmektedir.

Doğum Sonrası Adaptasyon Sendromu (PNAS)

Gebeliğin geç döneminde SSRI maruz kalan yeni doğanların %20–30 da irritabilite, anormal ağlama, tremor, letarji, hipoaktivite, beslenmede azalma, takipne ve solunumda zorlanma gelişmektedir.

Yenidoğan davranış sendromu veya yenidoğan kötü uyum sendromu olarak adlandırılan PNAS doğumdan sonra birkaç gün içinde başlar ve günler veya haftalar sonunda sona erer. Genel olarak veriler SSRI veya SNRI maruz kalan yenidoğanlarda PNAS oluşabilir . En sık paroksetin, fluoksetin, veya venlafaksine maruz kalanlarda görülmektedir.

Gebelik sırasında antidepresan kullanımının uzun dönem nörogelişimsel sonuçları

Bu konuda Çok sınırlı veriler mevcuttur. Anne karnında iken antidepresana maruz kalındığında nörogelisimsel teratojenite olacağına dair kesin kanıt olmamasına karşın anne karnında iken SSRI maruz kalanlar ve buna bağlı otistik spektrum bozukluğu (OSB) gelişimi ile ilişkili de çelişkili kanıtlar mevcuttur. İlk trimesterda antidepresana maruz kalan Çocuklarda (15 y) preterm doğum riski (OR 1.47), gestasyonel yaşa göre daha küçük (OR 1.15), OSB (hazard ratio HR 2.02), ve dikkat eksikliği hiperktivite sendromu (DEHB) (HR 2.21). Annenin mental durumu kontrol edildiğinde fark sadece preterm doğum riskinde devam etmektedir. Var olan çalışmalar ikna edici olsa da kısıtlılıkları mevcut: Bir çoğunda anne IQ kontrol edilmemiş veya annenin tedaviye uyumu ölçülmemiş ve birçoğu okul yaşına dek takip edilmemiştir.

Depresyon Tedavi Kılavuzu

Gebelikte SSRI lar ilk düzey tedavi olarak kabul edilir. Özellikle gebelikte gereksiz ilaça maruz kalmayı önlemek amacıyla öncelikle kadının halen yanıt verdiği veya geçmişte vermiş olduğu ilaç düşünülmelidir. Mümkün olan en düşük doz kullanılmalı ama yetersiz doz kullanımından mümkün olduğunca kaçınılmalıdır (bu şekilde hem depresyona hem de ilaca maruz kalmış olur). Ilaç dışı kanıta dayalı tedavilere yoğunlaşmalıdır. Tam

olarak endike olmadıkça polifarmasiden kaçınılması uygun olacaktır.

Üçüncü trimesterde ilaçın azaltılmasının postnatal uyum sendromu insidansini azalttığı veya infantın sonuçlarını düzelttiği gösterilememiştir

Eğer hasta ilacı kesmeyi istiyorsa

Postpartum depresyon riskini azaltmak için doğumdan kısa süre sonra antidepresan tedavinin tekrar başlanması konusunda tavsiye vermek önemlidir. Herhangi bir depresif belirti başlarsa bildirmesini tavsiye etmek ve hızla Takip randevusu düzenlemek gerkemektedir. Kadın Doğum doktoru ile iletişime girmek ve Depresyonunu yönetebilmesi için ilaç dışı yaklaşımlar konusunda yardımcı olmak hasta için yardımcıolacak yöntemlerdir.

Bipolar Bozukluk

Unipolar bozukluktan daha sonra çalışılan bir bozukluk olan Bipolar Bozukluk ilacın kesilmesine bağlı rekürrens riski yüksek olan bir hastalıktır.

Duygudurum Düzenleyicilerin gebelikte kullanımı ve/veya kesilmesi:

Lityum

Erken raporlar Ebstein anomali riskinin büyük oranda arttığı biçiminde iken daha sonra yapılan çalışmalar, prospektif çalışma dahil riskin daha önce düşünüldüğünden daha düşük oranda (olası 1/2500) olduğunu göstermektedir. Ultrasonografik olarak rahim içinde tespit edilebilir; sıklıkla doğumdan sonra cerrahi olarak düzeltilebilir

Lityum ile Maternal poliüri alevlenebilir. Sodyum kaybettiren konkominant ilaçlar veya düşük sodyum diyeti maternal veya neonatal lityum zehirlenmesine yol açabilir .Dogum sırasında lityum düzeyi >0.64 mEq/L olan infantlarda belirgin olarak düşük Apgar skoru

Geç dönem neonatal lityuma maruz kalmanın fiziksel ve MSS sekeli lityum kesilince geri döner; 5 yıllık takipte uzun dönem nörodavranışsal sonuçlara rastlanmamıştır

Lityum kullanan hastalarda klinik öneriler

Gebelik öncesinde Folat suplementasyon başlanması önerilmektedir.

Gebelik sırasında ise en düşük etkili dozun kullanılması (tedavi aralığında), her 4 haftada bir serum lityum düzeyinin ölçülerek takibi, 36. haftada her hafta takip önerilmektedir. Sabah yaşanılan sorunlara bağlı olarak gelişen dehidratasyon hızla lityum düzeyinin artışına yol açabilir. Kalp gelişimi için USG ve/veya fetal ekokardiyografi ile takip önerilmektedir.

Doğum sırasında Anne ve infantta lityum toksisite riskinde artış olabileceği için En çok önerilen doğumdan 24-48 saat öncesine dek lityum tedavisine devam etmek ve sıvı Dengesinin takip sırasında izlenmesidir.

Doğumdan sonra yeni doğan 48 saat "floppy baby syndrome" için takip edilmelidir

Valproat

Ilk trimesterde kullanılırsa nöral tüp defektleri (spina bifida gibi) ve diğer konjenital anomaliler riskinde artış olabilir. Fetal olarak maruz kalındığında gelişim geriliği de olabilir.

Gebelik sırasında anneleri valproat alan çocuklarda bilişsel test skorlarının düşük olma riski yüksektir. Anne karnında iken yüksek doz valproata (>800mg/gün) maruz kalan 6 yaş çocuklarda IQ<85 olma riski 8x daha yüksektir. Düşük dozlarda maruz kalan bebeklerin <800mg/gün), sözel becerileri daha düşük ve maruz kalmayan çocuklara göre eğitim konusunda daha sık yardıma ihtiyaçları olmaktadır . Polifarmasi ile riskler daha da artmaktadır.

Valproat kullanan hastalarda klinik öneriler

Gebelik öncesi Üretken dönem kadında kullanılmaması önerilmektedir. Eğer kullanılıyorsa doğum kontrolu konusunda eğitim verilmelidir. Eğer gebe kalmak planlanıyorsa mümkünse başka bir tedaviye geçilmeli ve gebe kalmadan önce folat başlanmalıdır

Gebelik sırasında başka yeterli bir seçenek yoksa ancak kullanılmalıdır. Doz ≤1 g/gün, yavaş salınımlı ve düşük dozda olmalıdır. Folata devam edilir ve Pıhtılaşma parametreleri takip edilerek ve doğum defektlerini tetkik edecek testler yaptırılır. Kanama riskini azaltmak için gebeliğin son 6 haftasında K vitamini kullanılması önerilmektedir.

Karbamezapin

Ilk trimesterde kullanılırsa nöral tüp defektleri (spina bifida gibi) ve diğer konjenital anomaliler riskinde artış olabilir . Polifarmasi ile riskler daha da artmaktadır.

Karbamezapin kullanan hastalarda klinik öneriler

Gebelik öncesi Üretken dönem kadında kullanılmaması önerilmektedir. Eğer kullanılıyorsa doğum kontrolu konusunda eğitim verilmelidir. Eğer gebe kalmak planlanıyorsa mümkünse başka bir tedaviye geçilmeli ve gebe kalmadan önce folat başlanmalıdır.

Gebelik sırasında başka yeterli bir seçenek yoksa ancak kullanılmalıdır. Doz ≤1 g/gün, yavaş salınımlı ve düşük dozda olmalıdır. Folata devam edilir ve Pıhtılaşma parametreleri takip edilerek ve doğum defektlerini tetkik edecek testler yaptırılır.

Lamotrijin

Kuzey Amerika anti-epileptik ilaç kayıtlarına göre (AED) Ilk trimester maruz kalma ile izole yarık damak veya yarık dudak riski artmaktadır (1000 de 8.9 vs. Binde 0.37). Diğer kayıtlarda böyle bir artış gösterilememiştir (1000 de 2.5).

Lamotrijin kullanan hastalarda klinik öneriler:

Gebelik öncesinde eğer kullanılıyorsa doğum kontrolu konusunda eğitim verilmelidir. ebe kalmadan önce folat başlanmalıdır. Eğer ilaca devam edilirse gebelik sırasında plazma konsantrasyonları azaltılabilir. Doğumdan sonra muhtemelen doz tekrar artırılabilir.

Antipsikotikler

Atipik antipsikotiklerde majör malformasyon riskleri

Literatür çok detaylı gözden geçirildiginde herhangi bir spesifik malformasyon ile ilişki bulunamamıştır. Isveç Tıbbi Doğum Kayıtları ve prospektif kontrollü çalışmalarda Atrium ve ventriküler septum defektleri riskinde istatistiksel olarak anlamlı artış saptanmıştır ama bu Herhangi bir ilaca özel değildir.

Atipik antipsikotikler icin ulusal Gebelik kayıtlarına göre öncül sonuçlar major malformasyon riskinde artış olmadığını göstermektedir.

Atipik antipsikotiklere bağlı anormal kas hareketeleri ve yoksunluk riskleri Tablo 1'de gösterilmiştir. Tablo-1: Atipik antipsikotiklere bağlı anormal kas hareketeleri ve yoksunluk riskleri

Atipik antipsikotiklere bağlı diğer riskler

Doğum ağırlığı: Bazı çalışmalar düşük doğum ağırlığı göstermiştir, bazıları yüksek doğum ağırlığı, bazısında fark saptanmamıştır. Gestasyonel metabolik komplikasyonlarda önemlidir.

Uzun dönem nörogelisimsel etkiler açısından Antidepresana maruz kalanlar veya hiçbir şeye maruz kalmamış olanlarla kıyaslandığında 6 aylık nöromotor performans skorları daha düşük bulunmuştur. 2 aylık iken gelişimsel yaşında gecikme varken 12 ayda ise fark kalmamıştır.

Atipik antipsikotik kullanan hastalarda klinik öneriler

Gebelikte, Kilo ve gestasyonel diabet açısından takip edilmelidir. 4-16 hafta içinde Glukoz challenge testi yerine Glukoz tolerans testi yapılmalı ve 28. haftada tekrarlanmalıdır. Ayrıca Fetal büyüme ve doğum defektleri için testler yapilması önerilmektedir.

Doğumda özellikle yenidoğan yoksunluğu, toksisitesi, EPS ve sedasyon için takip yapılmalıdır. Klozapin alan hastalarda ilk 6 ayda haftalık olarak infantın Beyaz küresinin takibi önemlidir.

Sonuç

Var olan kanıtlara göre Gebelik ve postpartum dönemde Duygudurum Bozukluklarının tedavisinin yararları risklerinden ağır basmaktadır. Duygudurum Düzenleyicileri arasında valproat ve karbamazepin en son tercih olmalıdır. Antidepressan olarak genellikle SSRI lar tercih edilir ama paroksetin konusunda dikkatli olunmalıdır. Postpartum dönemde antidepresan veya duygudurum düzenleyicileri kullanılıyorsa emzirmeyi bırakmak mutlaka gerekli değildir. Sonuçta karar hastanındır; hastayı desteklemeli ve gerektiğinde tedavi konusunda tavsiyelerde bulunulmalıdır

Tablo 1.

Çalışma	*Katılımcılar*	*İlaç tdv*	*Sonuc*
Retrospektif gözden geçirme 1	69 rapor edilmiş gebelik	Herhangi bir antipsikotik	Yenidoğan döneminde yoksunluk ile ilişkili olarak motor ve davranış belirtileri
Retrospektif ve prospektif gözlemsell2	713 gebelik: 516 prospektif, 197 retrospektif	Risperidon	37 retrospektif perinatal sendrom, 21 'i motor ve davranıs belirtileri ile
Prospektif gözlemsell3	54	Olanzapin, haloperidol, risperidon, ketiapin	6 yeni doğan yoğun bakıma yatış , 7 solunum komplikasyonları, 12 Kardiyovaskuler komplikasyon , 2 hipotoni
Prospektif olgu kontroll4	29 psikiyatrik olarak iyi olmayan kadın 12 antipsikotik alan	Herhangi bir antipsikotik	Anne karnında maruz kalmış yeni doğanlar kontrollara göre daha kötü motor fonksiyon; yoksunluk sendromunu yansıttığı speküle edilir

KADIN CİNSEL İŞLEV BOZUKLUKLARINDA FARMAKOLOJİK TEDAVİLER

Uzm. Dr. Nazife Gamze USTA SAĞLAM

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

Kadın cinsel işlev bozuklukları oldukça yaygın görülmesine rağmen tedavi için çok az sayıda farmakolojik ajan mevcuttur. Laboratuvarda kadın cinsel işlevlerini tanımlamanın ve nesnel olarak ölçmenin güçlüğünün yanı sıra güvenlik endişeleri, Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi (FDA) onayı ile ilgili zorluklar, kadın cinselliğine ve cinsel/üreme sağlığına dair sosyokültürel önyargılar kadın cinsel işlev bozuklukları için yeni farmakolojik tedavilerin geliştirilmesinin önündeki engellerdir. Günümüzde kadın cinsel işlev bozukluklarının tedavisinde altın standart, cinsel terapidir.

Multifonksiyonel serotonin agonist/antagonisti etkilere sahip *flibanserin* kadın cinsel işlev bozuklukları için FDA tarafından onay alan ilk ilaçtır. Premenopozal kadınlarda, edinilmiş hipoaktif cinsel istek bozukluğunda kullanım endikasyonu almıştır. Yakın zamanda FDA tarafından onaylanan bir diğer farmakolojik ajan olan *bremelanotid*, melanokortin reseptör agonistidir. Flibanserin ile benzer endikasyonda, subkutan yolla, kendi kendine-lüzum halinde uygulanabilen bremelanotidin genel olarak iyi tolere edildiği gözlenmiştir. Etkinliklerine dair sınırlı verilere rağmen santral etkili *bupropion* ve *buspiron* da kadın hipoaktif cinsel istek bozukluğunda kullanılan hormonal olmayan, endikasyon dışı tedavilerdir. *Testosteron, östrojen* ve *tibolon* kadın cinsel istek/uyarılma bozukluklarında kullanılan hormonal tedavilerdir. *PDE-5 inhibitörleri, testosteron / buspiron kombinasyonu (Lybridos) testosteron / sildenafil kombinasyonu (Lybrido), topikal lubrikantlar* kadın cinsel ilgi/uyarılma bozukluğu tedavisinde kullanılabilen diğer farmakolojik seçeneklerdir. Orgazm bozukluğu ve genitopelvik ağrı/penetrasyon bozukluğu için onaylanmış herhangi bir farmakolojik tedavi bulunmamaktadır. Bu rahatsızlıklarda standart tedavi cinsel terapilerdir. Kadın cinsel işlev bozukları üzerine etkisi olduğu düşünülen, gelecekteki tedavi hedeflerinin bazıları DRD3 dopamin agonisti, apomorfin, oksitosin, testosteron ürünleri, alprostadil, DHEA, L-arginin'dir. Kadın cinsel işlev bozukluklarının etyolojisinde somatik, psikososyal ve nörobiyolojik birçok faktörün rol oynadığı göz önünde bulundurularak, tedavide biyopsikososyal bir model izlenmeli ve multidisipliner bir yaklaşım sergilenmelidir.

ERKEK CİNSEL İŞLEV BOZUKLUKLARINDA FARMAKOLOJİK TEDAVİLER

Doç. Dr. Şenol TURAN

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

Erkeklerde görülen cinsel işlev bozuklukları her yaştan erkeği etkileyebilir ve DSM-5'e göre, Erken Boşalma (EB), Geç Boşalma (GB), Sertleşme Bozukluğu (SB) ve Erkekte Hipoaktif Cinsel İstek Bozukluğu'nu (EHCİB) içerir. Farmakolojik tedavilerin cinsel işlev bozukluğu olan erkekler için önemli bir tedavi seçeneği olduğu söylenebilir.

EB, erkeklerde en sık görülen cinsel işlev bozukluğudur ve tedavisinde çeşitli oral veya topikal farmakolojik ajanlar kullanılmaktadır. Bu ilaçlar arasında seçici serotonin geri alım inhibitörleri (SSGİ'ler), trisiklik antidepresanlar, topikal anestezikler, tramadol ve fosfodiesteraz tip 5 (PDE-5) inhibitörleri bulunur. SSGİ'ler EB'nin farmakolojik tedavisi için ilk sıra tedaviler olarak öne çıkmaktadır. Mevcut klinik çalışmalar, paroksetinin SSGİ'ler arasında en etkili ilaç olduğunu göstermiş olsa da, EB'nin tedavisi için yalnızca dapoksetinin kullanımı onaylanmıştır. SSGİ'ler etkisiz ise veya tolere edilemezse, klomipramin tercih edilebilir. EB'yi tedavi etmek için benzokain, lidokain veya prilokain içeren topikal anestezik kremler veya spreyler de kullanılabilir. Topikal anestezik ajanlar EB tedavisinde etkilidir ve iyi tolere edilirler; ancak geçici his kaybı ve cinsel hazda azalma gibi potansiyel yan etkileri vardır. Opioid reseptörleri üzerinden etki eden bir analjezik ajan olan tramadol, serotonin ve nöropinefrin geri alımını da inhibe etmektedir. EB'nin farmakolojik tedavisinde SSGİ'ler ve klomipramin etkili olmadığında tramadol düşünülebilir. PDE-5 inhibitörlerinin EB hastalarında etkili olduğuna dair yayınlar bulunmaktadır. GB hastalarını tedavi etmek için araştırılan çok sayıda ilaç olmasına rağmen (testosteron, kabergolin, bupropion, amantadin, siproheptadin, mitodrin, imipramin, efedrin, psödoefedrin, yohimbin, buspiron, oksitosin ve betanekol) halihazırda hiçbir farmakolojik ajanın etkinliği kanıtlanmamıştır. SB, orta ve ileri yaştaki erkekleri etkileyen en önemli cinsel işlev bozukluklarından biridir ve tedavisinde çoğu zaman farmakolojik ajanlar tercih edilmektedir. İlk sıra tedavi olan PDE-5 inhibitörleri (sildenafil, vardenafil, tadalafil, avanafil, udenafil), SB hastaları için oldukça etkilidir ve iyi tolere edilirler. EHCİB hastalarında ise nedene bağlı olarak PDE-5 inhibitörleri ya da testosteron kullanılabilir.

PSİKOFARMAKOLOJİK TEDAVİLERE BAĞLI CİNSEL YAN ETKİLER VE BAŞA ÇIKMA YÖNTEMLERİ

Hasan BAKAY

Nizip Devlet Hastanesi, Psikiyatri Birimi, Gaziantep

Özellikle psikotrop ilaçlarla tedavi altında olanlar olmak üzere, psikiyatrik bozukluğu olan hastalarda, cinsel işlev bozukluğu (CİB) prevalansı genel popülasyona göre oldukça yaygındır. Bu hastalarda görülen CİB, psikiyatrik bozukluğun kendisine ek olarak kişilerin hastalık öncesi cinsel aktiviteleri, komorbid psikiyatrik sorunlar, fiziksel hastalıkların bulunması ve başka fiziksel hastalıklar nedeniyle alınan ilaçlar ve özellikle psikotrop ilaçlarla ilişkili olabilir. Birçok cinsel belirti psikiyatrik bozukluğun düzelmesi ile birlikte çözüme kavuşabilmektedir; ancak psikotrop ilaçlara bağlı CİB tedavi boyunca devam etme eğilimindedir ve klinisyenler tarafından yeterince tanınmayabilmektedir. Antipsikotik ilaç kullanan şizofreni hastalarının %30-60'ının, depresyon ve anksiyete bozukluğu olan hastaların %80'inin cinsel yan etkilerden (CYE) muzdarip olduğu bildirilmiştir. Birçok psikotrop ilaç, cinsel istek azalması, erektil disfonksiyon (ED), gecikmiş boşalma, anorgasmi ve nadiren retrograd ejakülasyon (RE), ağrılı boşalma, priapizm, huzursuz genital sendrom ve vajinal veya penil anestezi dahil olmak üzere CİB'e neden olabilir. Psikotrop ilaçların neden olduğu CİB insidansı ve şiddeti, ilaçların etki mekanizmalarındaki farklılıklara göre değişkenlik gösterebilmektedir. Ağırlıklı olarak serotonerjik aktiviteye sahip antidepresanlar, hiperprolaktinemiye neden olabilecek antipsikotikler ve hormonal etkileri olan duygudurum düzenleyicileri genellikle orta veya şiddetli CİB ile bağlantılıdır. Literatürde CYE'nin antidepresanlardan agomelatin, amineptin, bupropion, moklobemid, mirtazapin, nefazodon, vilazodon ve vortioksetin ile yaygın olmadığı bildirilmiştir. Hemen hemen tüm diğer antidepresanların CİB ile anlamlı derecede ilişkili olduğu bulunmuştur. Haloperidol, risperidon, paliperidon ve amisülpirid gibi hiperprolaktinemiye neden olan antipsikotiklerin cinsel problemlerle ilişkili olma olasılığı daha yüksektir (libido ve/veya uyarılma güçlüklerinde azalma). Aksine, aripiprazol, ketiyapin, olanzapin ve ziprasidon nispeten daha düşük cinsel problem oranları ile ilişkilendirilmiştir. Bipolar bozukluktaki ilk tedavi seçeneklerinden biri olan lityumun CİB'e neden olabileceği bilinmektedir (cinsel istekte azalma, erektil disfonksiyon ve cinsel memnuniyette azalma). Valproat, serum testosteronu, androstenedion ve dehidroepiandrosteron sülfat seviyelerini arttırır, bu da kadınlarda cinsel uyarılmada azalmaya neden olabilmektedir. Karbamazepin, estradiol, progesteron ve testosteron seviyelerini azaltarak ve seks hormonu bağlama globulin seviyelerini artırarak CİB'e (cinsel istekte azalma, libido azalması, erektil sorunlar) yol açar. Her ne kadar anorgasmi ve RE vakaları bildirilmiş olsa da, okskarbazepin ve lamotrijin genellikle hormonal değişiklikler ve CİB ile ilişkili bulunmamıştır. Psikiyatrik tedavi alan hastalarda normal cinsel yaşamı sürdürmek ve CİB'yi tedavi etmek (veya en azından CİB'nin yükü hakkında konuşmak), yaşam kalitesini, ruh halini, benlik saygısını, ilaç almaya karşı tutumu ve tedavi uyumunu olumlu yönde etkileyebilir. Bir diğer önermli husus, hastalar cinsel yaşamları hakkında hekimleri ile konuşma eğiliminde olmayabilirler. Bu nedenle, klinisyenler, hastaların ilaca bağlı cinsel problemleri hakkında fikir sahibi olabilmeleri için hastanın cinsel hayatı hakkında konuşabilmesi için uygun ortamı hazırlamalıdırlar. Bu oturumda psikofarmakolojik tedavilere bağlı CİB'ler ve bu durumların optimal yönetimi tartışılacaktır.

Kaynaklar

1. Waldinger MD. Psychiatric disorders and sexual dysfunction. Handb Clin Neurol. 2015;130:469-89.
2. Just MJ. The influence of atypical antipsychotic drugs on sexual function. Neuropsychiatr Dis Treat. 2015 Jul 8;11:1655-61.
3. Montejo AL, Montejo L, Navarro-Cremades F. Sexual side-effects of antidepressant and antipsychotic drugs. Curr Opin Psychiatry. 2015 Nov;28(6):418-23.

YAS REAKSİYONUNDA PSİKOTERAPÖTİK MÜDAHALELER

Uzm. Dr. Rabia Nazik YÜKSEL

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Şehir Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Ankara

"Ölüm kayıpların en somut ve en acı olanıdır. Ölüme karşı verdiğimiz tepkilerimizde farkında olmaksızın, geçmişimizdeki yarım kalmış, dayatılmış ya da aceleye gelmiş ayrılıklarımızın bilinçaltımızdaki kalıntılarını da bir arada yaşarız. Yas tutma, sadece ölüme karşı verilen bir yanıt değildir. Yas tutma herhangi bir yitim ya da değişikliğe verdiğimiz psikolojik yanıt ve iç dünyamız ile gerçeklik arasında uyum sağlayabilmemiz için yaptığımız uzlaşmalardır." Gidenin Ardından - VAMIK VOLKAN

Yaşamın doğal akışı içinde hepimiz birçok kayıp ve kayıp tehdidi ile karşılaşırız. Bir sevdiğimizin kaybı, bir ilişkinin bitmesi, bir uzuv kaybı, mesleki kayıplar, bir ideal, bağımsızlık duygusu özgürlük duygusu gibi düşünsel-soyut bazı değerlerin kaybı bu kayıplara örnek verilebilir.

Yas, bir hastalık değil, hayatın doğal akışında gelişen bir tepkidir. Bu tepki sırasında bireyin yaşadıkları bazen bir depresyon süreci gibi görülse de, sağlıklı bir yas sürecini ta kendisi olabilir. Her birey, kayba farklı tepki verecektir. Worden (2001) yas sürecini etkileyen faktörleri şu şekilde sıralamıştır : ölen kişinin kimliği, ölen kişi ile ilişkinin doğası, ölüm biçimi, geçmiş kayıpların varlığı, kişilik özellikleri, sosyal destek, yas sürecinde yaşanan sıkıntılar.

Ölümün bir sona eriş olması ve geri dönülmezliği, insanın yaşadığı en acı verici ve derin kayıplardan biridir. Böyle bir kaybın ardından, bireyde kaybı inkar etme, öfke, suçluluk, terk edilme, hüzün, yalnızlık gibi bir çok duygu hissedilebilir ve yaşanan ambivalans birey için zorlayıcı olabilir. Bu duyguların yas sürecinde evrensel olarak görüldüğü, birbirine zıt duyguların aynı anda görülmesinin olağan ve beklenen bir durum olduğu, zaman zaman bu duyguların kişiyi sıkışmış, çaresiz, bunalmış hissettirebileceği bilgisi, akut dönemde yas reaksiyonu yaşayan bireylere yardımcı olabilir.

Akut dönemde yas reaksiyonuna psikoterapötik müdahale, bireyin yaşadığı süreci tanımasına ,kaybın gerçek olduğunu anlamasına ve duygularını ifade etmesine yardım etmeyi içermelidir. Bireyin gelecek yaşam planlarının ve etkinliklerinin olumsuz şekilde etkilenmesi önlenmeye çalışılmalı, fiziksel ve zihinsel sağlığı korumak için desteklenmelidir. Bu süreçte, her birey, kendi şartlarına, kişilik özelliklerine, mevcut durumuna özgü değerlendirmeli ve bireysel bir destek planı oluşturulmalıdır. Bireysel psikoterapi, grup psikoterapisi gibi psikoterapötik müdahaleler yardımcı olabilir.

Kaybın ardından altı aydan fazla süre geçmesine rağmen, bireyin sosyal ve mesleki işlevseliğinin giderek bozulması, patolojik yas olarak tanımlanır ve yine bireye özgü durumlar göz önünde bulundurularak tedavi edilmesi gerekir.

AKUT STRES REAKSİYONUNDA PSİKOTERAPÖTİK MÜDAHALELER

Uzm.Dr. Emine Merve AKDAĞ

Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği

Travmaya maruz kalan kişilerde erken dönemde, çökkünlük, kaygı, korku, apati, öfke, kontrolünü kaybetme hissi şeklinde duygusal; çarpıntı, nefes darlığı, uyku bozukluğu, mide-bağırsak sorunlarını içerebilen şekilde bedensel; konsantrasyon güçlüğü, durumla sürekli uğraş, konfüzyon gibi bilişsel; hatırlatıcılardan kaçınma, sosyal izolasyon ve gevşeyememe gibi davranışsal belirtiler gözlenebilir. Bu akut stres belirtileri, sıklıkla olağandır ve ruhsal bir bozukluk olarak tanımlanmaz. Bir hafta içinde ya da tehdit edici durum ortadan kalktıktan sonra azalmaya başlar. Şiddetli disosiyatif belirtiler ve yeniden yaşantılamalar, aşırı kaçınma ve uyarılma hali, yoğun anksiyete ve depresyon, alkol-madde kötüye kullanımı ve psikotik belirtiler ise kişinin ruhsal açıdan ayrıntılı değerlendirilmesini, takibini ve gerekirse erken müdahaleyi gerektiren ruhsal belirtilerdir. Ayrıca kadın, çocuk, yaşlı ve azınlık olmak, düşük sosyaekonomik düzey, sosyal desteğin az olması, çocukluk çağı travması, ek psikiyatrik hastalık, olay sırasında yoğun korku yaşama- donakalma- yaralanma, madde kullanımı, sevilen birinin kaybı gibi durumları yaşayan kişiler, belirtilerin kronikleşmesi açısından risk altındadırlar. Erken dönemde psikolojik ilk yardım (PİY) esastır. PİY; kişilerin temel ihtiyaçlarını karşılamalarına, güvende ve sakin hissetmelerine yardımcı olur, sosyal ve duygusal destek sunar. Travmanın türüne göre değişkenlik göstermekle birlikte akut dönemde; kayıt tutma, güvenlik, haberleşme ve temel ihtiyaçların karşılanması, travmatik olaya maruziyet süresinin azaltılması, disosiyatif belirtiler açısından tetikte olunması, ağrı ifadesinin azalma riskine karşı ağrıyı ayrıntılı sorgulama önemlidir. Takip eden günlerde; bu müdahalelere ek olarak ruhsal belirtilerin ve risk gruplarının gözlenmesi, intihara eğilim ve alkol- madde kullanımı/yoksunluğu açısından dikkatli olunması, sürekli kullanılan ilaçların tesbiti ve temini gerekmektedir. Erken dönem belirtilere karşı psikoterapi uygulamaları tartışmalıdır. Kişinin kendi kaynakları ve baş etme mekanizmalarıyla olayı işlemesine izin vermek yararlı olabilmektedir. Belirtiler işlevselliği yoğun şekilde etkilemiyorsa izlemek ve 1 ay sonra kontrol etmek; işlevselliği bozuyorsa ve akut stres bozukluğu geliştiyse travma odaklı bilişsel davranışçı terapi müdahaleleri uygulamak, ilaç tedavisi gerektiren ek tanı olmaması halinde ilk bir ay farmakolojik tedaviden uzak durmak önerilmektedir.

İNTİHAR GİRİŞİMİNDE PSİKOTERAPÖTİK MÜDAHALELER

Uzm. Dr. Aybeniz Civan KAHVE

SBÜ, Ankara Şehir Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Ankara

Kişiler olumsuz yaşam olayları karşısında çoğu zaman etkili çözümler geliştirebilmekte ve belirgin bir kriz durumu ortaya çıkmamaktadır. Son zamanlarda gündemde olan "psikolojik dayanıklılık" kavramı kriz anlarında kişilerin verdiği ruhsal yanıtları yordamaya çalışmaktadır. Bir kriz durumu olan "intihar girişimleri"; kişilerin yardım çağrısı ve iletişim çabası olarak değerlendirilmektedir. Bu kişiler ümitsizlik ve kontrolü kaybetmiş olma duyguları içinde, yalnız ve sosyal yönden yardımsız hissederler. Genellikle kişiler arası ilişki sorunları, kayıplar veya travmatik olaylar sonrası ortaya çıkan intihar girişimlerine müdahale ve yönetmek profesyonel yaklaşımı gerektirmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre; her dakikada bir kişinin, yılda yaklaşık bir milyon insanın intihar sonucu yaşamını yitirdiği, her üç saniyede bir intihar girişiminin olduğu tahmin edilmektedir. Bu durum intiharın önemli bir halk sağlığı sorunu olduğunu açıkça göstermektedir. Daha önce intihara teşebbüs edenlerin intihar hızı, özellikle intihar girişimlerini takip eden ilk yıllarda önemli ölçüde artış göstermektedir. Tamamlanmış intiharların yaklaşık %50'sinin daha önce bir intihar girişimi öyküsünün bulunduğu, %25'inin ölümünden bir yıl önce intihar girişiminde bulunduğu bilinmektedir. Önceki intihar girişimi, yıllar önce gerçekleşmiş olsa bile intiharın önemli bir belirleyicisi olabilir. O halde intihar girişimi sonrası yapılacak ilk müdahale konusunda ruh sağlığı profesyonellerinin yaklaşımları "hayati" bir müdahale niteliğindedir.

Etkili müdahalelerin geliştirilmesi ve uygulanması, intihar oranlarını ve ilgili davranışları azaltmak için zorunludur. İntiharı önlemeyi amaçlayan müdahalelerde "bireyleri, aileleri ve toplumu hedef alan, yaygın olarak erişilebilir, etkili ve verimli psikososyal müdahaleler geliştirmek" öncelikli olmalıdır. İntihar yalnız bireysel olarak ele alındığında, özellikle koruyucu ruh sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesi yetersiz kalacaktır. Avrupa Psikiyatri Birliği (European Psychiatric Association, EPA) tarafından intiharın önlenmesi ve tedavisi için oluşturulan kılavuzda; kişiyi hayatta tutmaya yönelik ilk müdahalelerin ardından tanısal değerlendirme yapılması ve müdahalelerin yapılandırılması gerektiği belirtilmiştir. İntiharı tamamlayanların % 90 kadarında altta yatan bir psikiyatrik bozukluk mevcuttur. Depresyon, anksiyete, madde bağımlılığı ve kişilik bozuklukları ile eş tanılar ise yüksektir. İntiharın başarılı bir şekilde önlenmesi için, yeterli tanısal değerlendirme ve altta yatan bozukluk için uygun tedavi gereklidir.

Mevcut kanıtlar, intihar davranışını önlemede farmakolojik tedavinin ve bilişsel davranışçı terapinin (BDT) etkinliğini desteklemektedir. Araştırmalar, antidepresan tedavinin depresif hastalarda intihar riskini azalttığını göstermektedir. Bununla birlikte, antidepresanlarla tedavi edilen depresif hastalarda intihar davranışı riski, tedavinin ilk 10-14 günü boyunca mevcuttur ve bu, dikkatli bir izleme gerektirir. Anksiyete ve uykusuzluk durumunda, anksiyolitikler ve hipnotikler kısa süreli tamamlayıcı ilaçlar olarak önerilir. Lityum ile uzun süreli tedavinin, unipolar ve bipolar depresyonu olan hastalarda hem intiharı hem de intihara teşebbüsü önlemede etkili olduğu gösterilmiştir. Klozapin tedavisi şizofreni hastalarında intihar davranışını azaltmada etkilidir.

Özellikle kronik intihar eğilimi olan hastalar için farmakolojik, psikolojik ve sosyal rehabilitasyon entegrasyonu önerildiğinden, psikiyatrist ve psikolog, sosyal hizmet uzmanı gibi diğer profesyonellerden oluşan multidisipliner tedavi ekipleri her zaman tercih edilmektedir. İntihar eğilimli hastaların çoğunun ilişkiler, iş, okul sorunları ve işlevsel sosyal ağları olmadığı için psikososyal tedavi ve destek önerilir. İntihar araçlarına erişimi olmayan güvenli bir ev, kamu ve hastane ortamı, intiharı önlemede gerekli bir stratejidir. Her tedavi seçeneği, ilaç reçetesi ve hastanın hastaneden taburcu edilmesi, ilgili risklere karşı dikkatle değerlendirilmelidir.

İntihara müdahalede hem akut dönem hem de uzun dönemde klinisyenlerin çoğu etik ikilemler yaşayabilmekte, özellikle yasal prosedürlerle ilgili

ne yapacağını tam bilememekte veya adli bir sorun yaşama ihtimalini düşünerek tedavi etme motivasyonlarını kaybedebilmektedirler. Bu nedenle müdahale programlarının yapılandırılmış olması, ruh sağlığı profesyonellerinin kendilerini daha rahat hissetmelerini sağlayabilir.

Bir kriz durumu olan intihar girişimi sonrası tüm bunların değerlendirilmesi, hasta için en uygun olacak yaklaşım planının belirlenmesi ve uygulanması yineleyen girişimleri önlemede etkili olacaktır.

Kaynaklar

1. WHO; Preventing suicide; a resource for police, firefighters and other first line responders (2009)
2. Wasserman, D., Rihmer, Z., Rujescu, D., Sarchiapone, M., Sokolowski, M., Titelman, D., ... & Carli, V. (2012). The European Psychiatric Association (EPA) guidance on suicide treatment and prevention. European psychiatry, 27(2), 129-141.
3. Interian, A., Chesin, M., Kline, A., St. Hill, L., King, A., Miller, R., ... & Stanley, B. (2019). Coping with suicidal urges: An important factor for suicide risk assessment and intervention. Archives of Suicide Research, 1-14.
4. Borecky, A., Thomsen, C., & Dubov, A. (2019). Reweighing the ethical tradeoffs in the involuntary hospitalization of suicidal patients. The American Journal of Bioethics, 19(10), 71-83.
5. Levine, J., & Sher, L. (2020). How to increase the role of social workers in suicide preventive interventions. Acta neuropsychiatrica, 32(4), 186-195.

AJİTASYON VE ALEVLENME DÖNEMİNDE PSİKOFARMAKOLOJİK MÜDAHALELER

Uzm. Dr. Hasan KAYA

Ankara Şehir Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Ankara

Ajitasyon; psikiyatri servisinde ve acil serviste yaygın olan, hastanın kendisinin, yakınlarının ve tedavi ekibinin güvenliğini tehlikeye sokabilen, tıbbi müdahale gerektiren sesli, sözlü ve motor davranışlar kümesidir. Akut ajitasyon tedavisi için çeşitli birinci ve ikinci kuşak antipsikotikler ve benzodiazepinler kullanılmaktadır. Ajitasyonun farmakolojik tedavisi, ajitasyonun etiyolojisinin belirlenmesine dayanmalıdır. Şizofreni, bipolar bozukluk, major depresif bozukluk, anksiyete bozukluğu, akut stres reaksiyonu, kişilik bozuklukları, otizm, deliryum, demans, psikoaktif maddeye bağlı intoksikasyon ve yoksunluk gibi çok çeşitli psikiyatrik bozukluklara bağlı olarak ortaya çıkmaktadır. Ajitasyon deliryum veya başka bir tıbbi durumdan kaynaklanıyorsa klinisyenler basitçe antipsikotikler veya benzodiazepinler ile müdahale etmekle beraber öncelikle altta yatan nedenin tanısını koyup tedavi etmelidir.

RUH SAĞLIĞI HASTANESİNDE ŞİZOFRENİYE YAKLAŞIM: TEDAVİYE DİRENÇLİ VAKALAR

Uzm. Dr. Fikret Poyraz ÇÖKMÜŞ

Aydın Nazilli Devlet Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Aydın

Gelişmiş ülkelerdeki özürlülüğün ilk 10 nedeninden biri olan şizofreni, sadece bireyi değil ailesini de etkilemekte ve tedavisi de toplumlara ciddi bir ekonomik yük getirmektedir. Şizofreni tedavisinde birincil seçenekler antipsikotikler olmasına rağmen ne yazık ki hastaların tümünde aynı sonucu vermemektedir. Klorpromazinin keşfinden sonra antipsikotik ilaçlarda önemli ilerlemeler kaydedilmesine rağmen günümüzde hastaların yaklaşık üçte biri tedaviye yanıt vermemektedir ve bu tedaviye direnç olarak nitelendirilir. Tedaviye dirençli şizofreni ile ilgili birçok tanımlama olmakla birlikte 1988 yılında Kane ve ark. iki antipsikotik tedaviye dört ile altı hafta süreyle 400-600 m/gün klorpromazin eşdeğer dozunda yanıt alınamama olarak tanımlamıştır.

Tedaviye dirençli şizofrenide etkinliği kanıtlanmış tek antipsikotik klozapindir. Ancak klozapin kullanan hastaların yarısı da klozapin tedavisine yanıt vermemektedir. Bu durum süperdirenç olarak da tanımlanmaktadır.

Ruh sağlığı hastalıkları hastanelerinde ne yazık ki sıklıkla tedaviye dirençli, hatta klozapine dirençli şizofreni hastaları ile karşılaşılmaktadır. Panelde de klozapine dirençli iki vaka ve tedavi süreçleri ile birlikte literatür bilgileri verilecektir.

ERİŞKİN DEHB'DE KİŞİLİK BOZUKLUĞU EŞ TANISINA YAKLAŞIM

Mehmet Sinan AYDIN

Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Gülhane Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara

DEHB doğası gereği çocukluktan itibaren süregelen özelliklere sahip olduğu için bir çok özelliği sebebiyle kişilik gelişimi ile karşılıklı etkileşim halindedir. Örneğin zaman yönetim güçlükleri, öfke patlamaları, dürtüsellik, uyaran arayışı ve bunlara ikincil olarak ortaya çıkan sıcak DEHB belirtileri B kümesi kişilik bozuklukları ile, dikkatsizlik ve yürütücü işlevlerde bozulmanın aşırı telafisi olarak obsesif bir kişilik örüntüsünün gelişmesi, karar verme sorunları sebebiyle bağımlı kişilik örüntüsünün gelişmesi gibi C kümesi kişilik bozuklukları ile birbirini etkileyen bir doğada ilerlerler.

DEHB – Kişilik Bozukluğu komorbiditesi üzerine yapılan çalışmalar genellikle Antisosyal Kişilik Bozukluğu ve Sınırda Kişilik Bozukluğu özelinde yapılmıştır. SKB erişkinlerde çocuklukta DEHB tanısı %41,5, erişkinlikte DEHB tanısı %16,1 oranında birliktelik gösterir. ASKB öncülü olarak kabul edilen Davranım Bozukluğu'nun da en sık sebebi DEHB'dir.

Tanısal olarak birarada bulunmanın yanında, tedavide de ilginç ortaklıklar bulunmaktadır. Erişkin DEHB – SKB komorbid hastalarda metilfenidat etkinliği üzerine yapılan bir çalışmada bu ilacın sadece DEHB belirtilerini değil aynı zamanda agresif davranışları ve SKB'nin bazı karakteristik özelliklerini de tedavi ettiği saptanmıştır. Bu konuşmada da bu birliktelik ve yönetimi üzerine bir sunum yapılacaktır.

ÜNİVERSİTE HASTANESİNDE ŞİZOFRENİYE YAKLAŞIM: BAŞKA BİR TIBBİ DURUMA BAĞLI; ZOR VAKALAR

Doç. Dr. Ayşe Nur İNCİ KENAR

Denizli Devlet Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Denizli

Altta yatan tıbbi bir durum şizofreni benzeri semptomlara sebep olabilir. Travmatik beyin hasarı, psikoz riskini 2 ile 5 kat artırabilmektedir. En sık temporal lob, şiddetli, diffüz, frontal ve temporal lobları içeren travmatik hasarlarda görülür. Epilepsili hastalarda genel popülasyona göre kronik psikozun ortaya çıkma riski 3-9 kat artmıştır. Serebrovasküler hastalık sonrası psikoz prevalans oranları %3-4 olarak tahmin edilmektedir. En sık temporo-parietal-oksipital lezyonlardaki inmeler sonrası görülmektedir. Demiyelizan / Dejeneratif hastalıklardan ise; Multipl sklerozda psikiyatrik olarak daha sık affektif semptomlara yol açmakla birlikte, son dönem yapılan çalışmalarda %2-4 arasında psikotik semptomlara yol açabileceği saptanmıştır. Yine Alzheimer hastalığının erken dönemlerinde vakaların %50'sinde sanrı ve varsanılar görülmektedir. Frontotemporal demansta da diğer demans alt tiplerinden daha sık olmakla beraber, psikotik semptomlar hastaların yaklaşık %20'sinde görülür. Metabolik ve otoimmün hastalıklardan ise; hiper/hipotiroidi, Addison hastalığı, hiper/hipoparatiroidi, panhipopitüiterizm, üremi, hiperkalsemi, hiponatremi, hepatik ensefalopati, hipoglisemi, niasin eksikliği, folat, tiamin, B12 eksikliğinde psikotik belirtiler görülebilir. Ayrıca sistemik lupus eritematozus'un serabral tutulumuna bağlı olarak daha sık nöbet ve deliryum görülse de nadir olarak psikotik semptomlar görülebilir. Yüksek dozda glukokortikoid, yüksek dozda antikolinerjik özellikleri olan ilaçlar, benzodiazepinler, izoniazid, klorokin ve meflokin içeren antimalarial ilaçlar, antidepresanlar, antikonvülsanlar, antiemetikler, antiparkinson ajanlar,opioidler, histamin antagonistleri, antibiyotikler özellikle toksik kan seviyeleri ulaştığında psikotik semptomlarla ilişkilendirilen diğer ilaçlardır. En açık psikojenik özelliklere sahip maddeler ise; uyarıcılar (amfetamin, kokain), esrar ve psikomimetiklerdir (fensiklidin, ketamin). Kurşun, cıva ve arsenik de başta olmak üzere ağır metallere uzun süre maruziyet durumlarında da psikotik belirtiler ortaya çıkabilir. MSS enfeksiyonları, özellikle Herpes, meningokok, toksoplazma, malarya, tüberküloza bağlı gelişen merkezi sinir sistemi enfeksiyonları sonrası psikotik belirtiler daha sık görülmektedir. Psikotik belirtiler en çok limbik ensefalit ile ilişkilidir. Temporal loblarda veya limbik yapılarda yer alan tümörlere bağlı psikotik semptomların görülme olasılığı en yüksektir.Kalıtsal hastalıklardan ise; Velokardiofasiyal sendrom, Prader-Willi Sendromu, Akut İntermittan Porfiria, Huntington Hastalığı, Fahr Hastalığı, Metakromik Lökodistrofi psikotik semptomlarla ilişkilendirilen bazı kalıtsal hastalıklardır.

TOPLUM RUH SAĞLIĞI MERKEZLERİNDE ŞİZOFRENİ'YE YAKLAŞIM

Umut KARASU

Balıkesir Devlet Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Balıkesir

Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri (TRSM), başta şizofreni olmak üzere ağır ruh sağlığı sorunları bulunan bireylerin; hastaneye yatırılmalarını önlemek, yeti yitimlerinin azalmasını sağlamak ve İşlevlerinin iyileşmesini sağlamak amacıyla tıbbi ve psikososyal müdahaleler sunmayı ve bu bireylerin ailelerine odaklı destek ve psikoeğitim vermeyi amaçlamaktadır (1).

TRSM çalışmasının en önemli hedefi, sosyal işlevin istikrarlı hale getirilmesi ve bireyin toplum hayatı içerisinde geçirdiği sürenin artırılmasıdır. Kuşkusuz böyle bir hedef, klasik bir hastane tedavi modelinin çok ötesinde, farklı çalışma yöntemleri ve farklı kurumlarla iş birliğini gerektirmektedir.

TRSM'lerde, hastanelerde geleneksel olarak uygulanan ilaç ve psikoterapiye dayanan tedavi yöntemi yerine tedavi hizmetleri, kesintisiz sosyal destek, iş olanakları, özürlülük hakları gibi farklı alanlara yönelmiş olup hastalara destek sunulup hastanın toplum içerisindeki sosyal rollerine kavuşması hedeflenmektedir.

TRSM çalışması sadece hasta odaklı olmayıp hastanın ailesini de kapsamakta ve hasta ile ailesine yapılandırılmış psikoeğitim programları uygulanmaktadır. Psikoeğitim süreçleri hastalıkla baş edebilme kapasitesini artırmakta, uyarıcı belirtiler ortaya çıktığı anda hastanın ve ailenin kazandığı iç görü nedeniyle hastalık alevlenmesi olmadan hastalığın kontrol altına alınmasını sağlamakta ve hastane yatışlarını belirgin olarak azaltmaktadır.

TRSM'de şizofreni hastaları ile çalışırken, hastalığı olan bireylere sadece hastalığa yönelik değil çeşitli ihtiyaçlarına göre hizmet verilmektedir. Verilen hizmetin süresi esnek olup her zaman ve gerektiği kadar hizmet verilmesi esastır. Bu çalışmalarla hastanın kimlik duygusu geliştirilmeye ve kişinin kendi hayatı üzerinde kontrolü olmasının önü açılmaya çalışılmaktadır.

Bu sunumda vaka örnekleri ile TRSM'lerde şizofreniye yaklaşım gösterilmeye çalışılacaktır.

Toplum Ruh Sağlığı Çalışma Rehberi. Erişim: http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/sb/tedk/pdf/TRSM_rehber.pdf

RUH SAĞLIĞI HASTANESİNDE ŞİZOFRENİ'YE YAKLAŞIM: ADLİ VAKALAR

Uzm. Dr. Didem SÜCÜLLÜOĞLU DİKİCİ

Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Manisa

Adli psikiyatri hukuk ile tıbbın kesişme noktasında bulunan bir disiplindir. Her ülkenin hukuku farklılıklar gösterdiğinden, adli psikiyatri uygulamaları da ülkeden ülkeye farklılıklar göstermektedir. Bu nedenle bütün dünyanın üzerinde hemfikir olduğu bir kılavuz yoktur. Gerek adli bilgilere hakim olma gerekse olguların çeşitliliği ve karar verme aşamasındaki zorluklar nedeniyle aslında yan dal olması gereken adli psikiyatri uygulamaları, ülkemizde her psikiyatri uzmanından günlük yoğun poliklinik rutinlerinde bile beklenmektedir. Hatta Türkiye'deki uygulamalarda her psikiyatri uzmanı görevlendirildiği takdirde adli vakalarda bilirkişilik yapmak zorunda kalmaktadır.

Adli psikiyatri birçok uygulama alanına sahip olmakla birlikte iki ana kategori öne çıkar. Bunlardan birincisi herhangi bir suç sırasında işlediği fiilin hukukî anlam ve sonuçlarını algılayıp algılayamadığı veya bu fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneğinin önemli derecede azalıp azalmadığı konusudur. Ceza ehliyeti olarak da adlandırılan bu durum psikiyatristlerin en sık karşı karşıya kaldığı adli tablodur. Diğer ana kategori ise kişinin haklarını kullanıp kullanamayacağının saptanacağı fiili ehliyet değerlendirilmesi, vesayeti gerektirecek bir psikiyatrik hastalığının olup olmamasıdır. Bunlara ek olarak zorunlu yatış yapılma durumlarıdır.

Ruh Sağlığı Hastaneleri de adli uygulamaların yoğun olduğu, adli psikiyatri servislerinin bulunduğu ve bölge hastaneleri olarak birçok devlet hastanesi ve hatta üniversite hastanelerinden hasta kabul eden dal hastanesi olarak hizmet vermektedir. Bu panelde psikoz bozukluk tanılı 2 tane adli hasta, tanı, tedavi ve adli karar süreçleriyle ilgili anlatılacak ve teorik bilgi paylaşılacaktır.

ADLİ PSİKİYATRİDE DEĞERLENDİRME SÜREÇLERİ

Dr. Abdulkadir TABO
Adli Tıp Kurumu, İstanbul

Adli psikiyatri;hukuk ve psikiyatri gibi bilgi ve uygulama alanı birbirinden farklı iki öğretinin ortak işlev gerçekleştirdiği bir kesişme noktasıdır.Yargının talebi ile, dava sürecinde dava konusu olay ve tıbbi durumların psikiyatrik yönden değerlendirmesi ile adli psikiyatrik rapor oluşturulur. Bir anlamda adli psikiyatrik raporlama işleminde "*tıbbi bilgi, hukuki bilgi niteliği kazanır*".

"Kişinin bir eylem veya işlemi yapma yetkinliğine sahip olup olmadığı, kişinin biyo-psiko-sosyal gelişiminin yeterliliği, çocuk ve erişkinlerde ceza sorumluluğu,hukuk sorumluluğu, maluliyet ve ruhsal patolojilerin kişinin yaşam standartlarına ve çalışma gücüne etkisinin belirlenmesi, travmanın ruhsal boyutlarının değerlendirilmesi, malpraktis uygulamaları gibi konular adli psikiyatri alanına girmektedir.

Adli psikiyatrik değerlendirme ağırlıklı olarak psikiyatrik göruşme ilkeleri ve muayeneye dayanmaktadır. Adli psikiyatrik değerlendirme tanı koyma amaçlı olmakla birlikte görüşmenin ilişki ağırlıklı temelde yürütülmesi önerilmektedir. Görüşmenin amaçları; olay ve öykü ile ilgili bilgi toplamak, tanı koymak, gerektiğinde tedavi uyumu/işbirliğini sağlamaktır. Muayenenin psikiyatrik belirtileri saptayacak şekilde yapılandırılması (bilinç, duygudurum, motor bozukluklar, düşünce, konuşma, algı, bellek, zeka, iç-görü ve yargı) ve formlar kullanılması önerilmektedir. Adli psikiyatrik muayene ve değerlendirme, nörolojinin yanı sıra diğer tıbbi nedenlerden kaynaklanan ruhsal patolojilerin ayırıcı tanısını yapabilecek şekilde yapılandırılmalıdır. Psikometrik incelemeler ve yapılandırılmış psikiyatrik görüşme ölçekleri ile tanının desteklenmesi gerekmektedir. Adli olgularda temaruz, psikiyatik muayenede dikkate alınması gereken önemli bir husustur.

Adli psikiyatrik incelemelerde "kişinin bedensel, ruhsal ve sosyal gelişimi, ruhsal sağlık ve durumu (olay sırasındaki ruhsal durumu, yapmış olduğu eylemi değerlendirme şekli, olay öncesi-sırası- sonrası tutum ve davranışları), tıbbi ve kriminal öyküsü, olayın türü, eylem veya suçun gerçekleştirilme biçimi ve koşulları" dikkat edilmesi gereken başlıklar olarak özetlenebilir. Adli dosya içeriğinin ayrıntılı olarak incelenmesi adli psikiyatrik değerlendirme sürecinin çok önemli bir parçasıdır.

Kaynaklar

1. Adli Psikiyatri Uygulama Kılavuzu.Yayına Hazırlayan:Uygur Niyazi ve ark. Türkiye Psikiyatri Derneği -Güncellenmiş 3.Baskı,2018-Ankara
2. Birinci Basamakta Adli Tıp. Ed:Prof.Dr.Sermet Koç-Yrd.Doç. Dr.Muhammet Can. Adli Psikiyatri, 242-252;2011- İstanbul Tabip Odası
3. Güler G ve ark. Adli psikiyatrik değerlendirme ve çocuk ile iletişim. Adli Psikiyatri Bülteni 2016; 21 (2): 98-106

PERİNATAL DÖNEMDE BİLİRKİŞİLİK SÜREÇLERİ

Dr. Sevilay UMUT KILINÇ

Bakırköy Prof. Dr Mazhar Osman Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, Psikoterapi Uygulama ve Eğitim Merkezi, İstanbul

Doğurganlığın yüksek olduğu dönemler, her türlü psikiyatrik hastalığın, özellikle kanunlarda"Ağır Akıl Hastalığı" olarak nitelenen, kişinin algılama ve yönlendirme yeteneğinin bozulmasına neden olabilecek psikiyatrik hastalıkların da sıklıkla görülmesi nedeniyle özelliklidir.

Bu sunumda;

- Ağır Psikiyatrik hastalığı olan kişilerde gebelik veya sonlandırma istemi, hukuki ehliyet
- Perinatal dönemde psikiyatrik hastalıkların eşlik ettiği filisidler, ve yordayıcılar
- Gebelik öncesi, gebelik dönemi ve sonrasında koruma tedavi, sosyal şifa takibi konuları tartışılacaktır.

Hak ve fiil ehliyetine sahip olanlar, ayırt etme gücü açısından yeterli olarak kabul edilen kadınlar gebelik isteyebilir veya istenmeyen gebeliklerini, ilk 10 hafta içerisinde mazeret belirtmeksizin sonlandırmak için onam verebilirler. Evli kadınlar için gebelik sonlandırma işlemi için aynı zamanda eşinin onamı da gerekmektedir. Evli olup bebeğin babasının başka bir kişi olduğu durumlar için ise onam biraz daha karışık bir boyut almaktadır. Kısıtlı olan kişilerin gebelik sonlandırması için ise vasi kararı ile birlikte Sulh hakiminin onayı gereklidir. Yasal olarak kısıtlı olmayan fakat ayırd etme gücünden yoksun kişilerin gebelik sonlandırma konusunda onamlarının alınması söz konusu olduğunda, psikiyatri konsultasyonu istenmesi gerekir. Kadın hastalıkları ve doğum bölümü tarafından istenen konsultasyonların %3-25'inin karar verme kapasitesi ile ilgili olduğunu belirten yayınlar mevcuttur.

*Bu değerlendirmenin ise kısa zaman içinde yapılması önerilmektedir.**

Perinatal dönemde suç nitelikli davranışlar arasında çocuk istismarı, ihmali dikkat çekmektedir. En ağır suç ise filisid olarak gözlenmektedir.

Filisid, kişinin kendi çocuğuna karşı yaptığı öldürme eylemidir.Doğumdan sonra ilk 24 saatte yapılan filisidler neonatisid, ilk bir yılda yapılanlar infantisid olarak ayrıca adlandırılmıştır. Çalışmalar incelendiğinde neonatisidlerde bekar anne olmak, ekonomik zorluklar, gayri meşru çocuğun kabul edilememesi, fark edilemeyen gebelikler ve ağır psikiyatrik hastalık sıklığının az olması ortak özellik olarak bulunduğu, diğer gruplarda ise sıklıkla psikiyatrik hastalığın eşlik ettiği, özellikle postpartum depresyon görüldüğü, evlilik problemleri olduğu belirtilmiştir.

İnfantisid vakaları incelendiğinde ise; psikotik belirtilerin olması veya psikotik belirtiler ile giden hastalıklardan birine sahip olma, depresyon annede intihar düşüncesi geçmişte psikiyatrik hastalık nedeniyle tedavi görmüş veya görmeye devam ediyor olma erken 20'li yaşlar eşlik eden kişilik bozukluğu eşlik eden madde kullanım bozukluğu sosyal olarak izole olma, tam gün bakım verme işsiz ve bekar anne olma, ekonomik sorunların olması fiziki anomalilere sahip bebekler eşlik eden çocuk istismarı gibi özellikler sıklıkla gözlenmiştir.

Filisidal anneler ile yapılan en eski çalışmada ise " Depresyon, psikotik belirtiler, önceden tedavi öykülerinin bulunması ve suisid düşüncelerinin olması" gibi ortak özellikleri olduğu belirtilmiştir.

Filisid vakalarının %16-29'una annenin tamamlanmış intiharının eşlik ettiği, aynı zamanda intihar davranışı da olan annelerde altruistik düşünceler ve ciddi akıl hastalıkları sık görülmüş. Filisid vakalarının gözlendiği psikiyatrik hastalıklar "Psikotik Özellikli Depresyon, Major Depresyon, Şizofreni, Psikotik Bozukluk, Postpartum Psikoz, Bipolar Bozukluk"olarak sıralanmıştır. Ayrıca bunlara kayda değer düzeyde kişilik bozuklukları, özellikle "Borderline Kişilik Bozukluğu" eşlik etmektedir.

Hastalık şartı aranmaksızın aile içi şiddet, eşin madde bağımlısı olması, cinsel istismar sonrası gebelik, göçmenlik, maddi zorluklar, sosyal desteğin yetersizliği durumlarında filisid vakalarının sıklığının arttığı gözlenmiştir.

Günümüzde perinatal dönemde karşılaşılabilecek adli değerlendirmelerin veya sorunların sıklığı artmış bulunmaktadır. Bu sunumda da psikiyatri hekimlerinin karşılaşabilecekleri bu sorunlara yönelik güncel yaklaşımların tartışılması amaçlanmıştır.

Kaynaklar

Sağlık Bakanlığı Hasta Hakları Yönetmeliği
TTB Aydınlatılmış Onam Klavuzu
2827 Sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun
TTB Etik Bildirgeler Çalıştayı Sonuç Raporları, 2008
Biyoloji ve Tıbbın Uygulanması Bakımından İnsan Hakları ve İnsanın Haysiyetinin Korunması
Sözleşmesi: İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi
Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi
Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrası Hakkında Kanun
Türk Medeni Kanunu
Taguchi H.(2007).Maternal filicide in Japan:Analyses of 96 cases and future directions for prevention.Psychiatria et Neurology Japonica
Aydın, N., Omay, O.,Yazici, E., Dönmez, M., Kıvrak, Y., Cıvan, H. Y., Cenker, Ö. Ç., & Yuvacı, H. U. (2017). Fark Edilmeyen Gebelikler: Bir Gözden Geçirme. Klinik Psikiyatri Dergisi, 20(4).
Resnick, P. J. (1969). Child murder by parents: a psychiatric review of filicide. American Journal of Psychiatry, 126(3), 325-334.
Friedman, S.H.,R. (2012). Commentary: postpartum psychosis, infanticide, and insanity-implications for forensic psychiatry. Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law Online, 40(3), 326-332
Bourget D. J Am Acad Psychiatry Law 35:74-82, 2007 A Review of maternal and paternal filicide
Razali S East Asian Archieves of psychiatry volume 25:2 2015 Maternal filicide among women admitted to forensic psychiatric institutions in Malaysia: Case series

ADLİ PSİKİYATRİK OLGULARDA TEDAVİ SÜREÇLERİ

Doç. Dr. Özlem Devrim BALABAN

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

Zorunlu ya da şartlı tedavi, hastaların kendi rıza ve istekleri dışında, mahkeme kararı ile, ayaktan ya da hastaneye yatırılarak tedavilerinin düzenlenmesidir. Ülkeler arası değişmekle beraber, kişi, suç varsa şiddet derecesi, psikiyatrik bozukluğun ağırlığı, gelecekteki potansiyel suç riski göze alınarak uygun merkezde tedaviye alınır. Amaç, tedavi ile şiddet davranışını bastırmak ve hedeften/silahtan uzaklaşma sağlamaktır. Zorunlu yatış klinik pratikte psikiyatristlerin sıkça karşılaştığı adli psikiyatrik uygulamalardan biridir. Bununla birlikte bu durum ruh sağlığı alanında en çok tartışılan konulardandır. Etik açıdan halen tartışılan bir kavram olsa da zorunlu tedavilerin yineleyici suçu önleme, yinelese de suçun şiddetini azaltma, hastaneye yatış sayısını azaltma ve süresini kısaltma ve işlevsellik ve tedaviye uyumu artırma gibi olumlu sonuçlarının olduğu bildirilmektedir. Ülkemizin psikiyatrik bozukluğu olan hastaların zorla tedavi edilmelerine yönelik yasal düzenlenmelerin olmadığı az sayıdaki ülkelerden biri olması ve halen bir ruh sağlığı yasasının yürürlükte olmaması bu alanda çalışan profesyonellerin diğer zorluklarıdır. Bu panelde yukarıda bahsedilen konular çerçevesinde zorunlu ve şartlı tedavilerin tartışılması, halen yürürlükte olan zorunlu/şartlı tedaviler ile ilgili kanunlar ile ilgili bilgiler verilmesi amaçlanmıştır.

Kaynaklar:

1. Öncü F, Ger C (2014). Adli Psikiyatride Tedavi Uygulamaları, Adli Psikiyatri Uygulama Kılavuzu, 2. Baskı, Ed. Niyazi Uygur, BAYT Ltd. Şti, Ankara, sf. 87-117.
2. Stefano A, Ducci G (2008). Involuntary admission and compulsory treatment in Europe. International Journal of Mental Health, 37(3), 10-21.

ADLİ PSİKİYATRİK OLGULARDA UZUN SÜRELİ YENİ BAKIM MODELİ

Doç. Dr. Erkan AYDIN

Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 15. Psikiyatri Servisi, İstanbul

Türk Ceza Kanununun 57/1 ve devamı maddeleri gereğince ruhsal hastalıklarının etkisinde suç işleyen hastalar, koruma ve tedavi amacıyla yüksek güvenlikli servislerde "toplum açısından tehlikeliliğinin ortadan kalkmasına veya önemli ölçüde azalmasına kadar" zorunlu olarak yatırılıp tedavi edilmektedirler. Her ne kadar kanunda tehlikeliliği geçene dek denilmiş olsa da; pek cok ülkede olduğu gibi ülkemizde de cinayet ve benzeri ağır suçlar işleyen hastaların yüksek güvenlikli hastanelerde zorunlu yatış süresi çok daha uzun olmaktadir. Şuçun niteliği ile tedavi direncı arasında herhangi bir ilişki bulunmamasına rağmen , daha ağır suç işleyen hastalar için uzun zorunlu yatış süreleri tedavinin ötesinde cezaya dönüşmektedir. Bazı gelişmiş ülkeler bu çelişkili durumun üstesinden gelebilmek için suç işleyen hastaların akut yataklı tedavi sürelerini kısaltan, toplum temelli hizmetleri esas alan taburculuğun hemen ardında başlayan zorunlu rehabilitasyon modelini uygulamaya başlamışlardır. Ülkemizde ruh sağlığı hizmet sunumu son 10 yılda TRSM'ler aracılığıyla insan haklarını gözetme bağlamında hızla ilerlemektedir. Öte yandan ruh sağlığı hizmet sunumunun adli psikiyatri hastaları için de çağdaş ölçütlere kavuşturulması için rehabilitasyon modellerinin tartışılması gerekmektedir.

PSİKOTROPLARA BAĞLI METABOLİK YAN ETKİLERİN YÖNETİMİ

Uzm. Dr. Salih Cihat PALTUN

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, ANKARA

Modern dünyanın sağlık sisteminin en önemli sorunları arasında; aşırı kilo (BMI:25-29,9 kg/m2) ve obezite (BMI>30 kg/m2) dikkat çekmektedir. Dünya Sağlık Örgütüne göre 1980'den bu yana bu kişilerin sayısının dünya genelinde ikiye katlandığı ve 2014'te 1.9 milyardan fazla kilolu ve obez birey olduğu bildirilmektedir. Obezite yaygınlığındaki artış bazı spesifik komorbiditeler (Tip 2 diyabetes mellitus, dislipidemi, arteriel hipertansiyon (özetle metabolik sendrom) ve artmış ölümle ilişkilendirilmektedir. Bu sayılan durumlar; ateroskleroz, miyokard infarktüsü, inme, retinopati, nefropati gibi sakatlık ve ölüme yol açabilen tablolara neden olabilmektedir. Kilolu ve obez popülasyondaki bu endemik artış; yaşam tarzı değişiklikleri, sosyal, çevresel ve beslenme faktörlerine bağlanmaktadır.

Şizofreni ve depresyon gibi ruhsal hastalıkları olan bireylerde obezite ve ilişkili bozuklukların (özellikle kardiyovasküler bozukluklar) genel popüasyona kıyasla belirgin olarak artmış olduğu göze çarpmaktadır. Diğer yandan obezitenin kendisi de sıklıkla anksiyete ve depresyon belirtileriyle ilişkilidir. Bunun yanında psikiyatrik bozuklukların antidepresan, antipsikotik, duygudurum düzenleyici ve anksiyolitik ilaçlarla tedavisi de sıklıkla kilo alımı (bazı bireylerde 30 kg'dan fazla olduğu bildirilen) ile ilişkilendirilir.

Tarama ve takip, psikiyatri hastalarındaki metabolik yan etkilerin gözlenmesi açısından basit, önemli, az efor ve kaynak gerektiren bir araç olmasına rağmen; psikotrop kullanan kişilerde tarama sıklığı ve kalitesi halen yeterli düzeyde olmamakla birlikte geliştirilmeye ihtiyaç duymaktadır. Klinik takibin yanı sıra, psikotrop ilaç seçimi de hastanın bireysel olarak metabolik risk değerlendirilmesini de göz önüne almayı gerektirir. Örneğin halihazırda obez olan hastalarda klozapin ve olanzapin gibi ilaçların yüksek kilo aldırma potansiyeli mutlaka dikkate alınmalıdır. Bunun yanında psikiyatrik açıdan bu ilaçların kullanımı endikeyse en düşük etkin dozun kullanımı metabolik riskleri en aza indirecektir. Metabolik riski azaltmak için başka grup psikotrop ilaçlara geçiş de diğer taraftan akılda tutulmalıdır.

PSİKOTROPLAR VE KARDİYAK YAN ETKİLERİN YÖNETİMİ

Doç. Dr. Süheyla DOĞAN BULUT

S.B.Ü Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Ankara

Psikotropların kardiyovasküler sistem üzerine olumsuz etkilere yol açtığı bilinmektedir. ancak her psikotrop benzer yan etki profiline sahip değildir. Sıklıkla karşılaşılan kardiyak yan etkiler aritmiler (uzamış QT sendromu, torsa de pointes, ventriküker taşikardi ve ani ölüm); kan basıncı değişiklikleri (ortostatik hipotansiyon ve hipertansiyon); ventriküler fonksiyon bozuklukları, kardiyomyopati ve kardit tablolarıdır. Bu panelde psikotropların potansiyel olumsuz kardiyovasküler yan etkileri gözden geçirilerek bunlardan kaçınmaya yönelik pratik yaklaşımlar tartışılacaktır.

Genel olarak, hastaya göre ilaç seçimi yapmak, karşılaşılabilecek yan etkiler konusunda hastaları bilgilendirmek, düzenli aralıklarla yapılan psikiyatrik izlemlerinde karşılaşılabilecek yan etkilere yönelik tetkikleri yapmak önemlidir. Kardiyovasküler yan etki korkusu nedeniyle hastaları uygun psikoaktif ilaç tedavisinden mahrum bırakılmaması da çok önemlidir. Tedaviye düşük dozlarla başlanmalı, dikkatli doz titrasyonu yaparak ilaç rejimi klinik yanıtlara göre ayarlanmalıdır.

COVID-19 TEDAVİSİ VE PSİKOTROPLAR

Özlem BOLAT KAYA
Serbest Psikiyatrist

COVID-19 pandemisi psikotropların güvenli bir şekilde reçete edilmesine olan ihtiyacı arttırmakla birlikte, hem yüz yüze poliklinik hizmetlerindeki sınırlama hem de ilaç yan etki ve etkileşimleri nedeniyle güvenli ilaç reçete edilmesini zorlaştırmıştır. Sosyal mesafenin hekim-hasta ilişkisinde meydana getirdiği bazı değişiklikler nedeniyle ilaç tedavilerinde hastane ziyaretlerini minimuma indirmeye yönelik düzenlemeler yapılmasında fayda vardır. Covid-19 tedavisinde kullanılan ilaçlar ile psikotroplar arasındaki etkileşimlere dikkat edilmelidir. Ayrıca psikofarmakolojik açıdan dikkat edilmesi gereken özel alanlar klozapin, lityum, benzodiazepinler ve uzun etkili antipsikotiklerin kullanımı ile D vitamini replasmanıdır.

PSİKOTROPLARA BAĞLI NÖROLOJİK YAN ETKİLER

Uzm. Dr. Hatice Ayça KALOĞLU

SBÜ Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Raştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Ankara

Psikiyatrik hastalıkların tedavisinde kullanılan psikotrop ilaçların çeşitli sistemleri etkileyen yan etkileri olduğu bilinmektedir. Nörolojik yan etkiler bu yan etkiler içinde en önemlilerdendir. Psikotroplara bağlı görülen nörolojik yan etkiler, hastanın işlevselliğini az etkileyen baş ağrısı gibi semptomlardan mortalitesi %10-15'lere kadar uzanan çok ciddi sendromlara kadar değişkenlik gösterebilir. Psikotroplara bağlı görülen en önemli nörolojik yan etkiler arasında ekstrapiramidal sistemle ilişkili yan etkiler, konvülsiyonlar ve bilişsel bozulmalar sayılabilir.

Ektrapiramidal sistemle ilişkili yan etkiler (EPS), akut distoni, akatizi, tremor ve Parkinsonizmden; kronik distoni tabloları , tardif diskinezi ve mortalitesi %10-15 olan nöroleptik malign sendroma kadar ilerleyen geniş bir spektrumda olabilirler. EPS yan etkileri en sık tipik antipsikotiklerin kullanımıyla ortaya çıkmakla beraber, atipik antipsikotikler ve diğer psikotropların kullanımında da görülebilmektedir.

Konvülsiyonlar psikotrop kullanımında görülebilen önemli nörolojik yan etkilerdendir. Antipsikotikler özellikle düşük potensliyse konvülsiyon riski artar, fenotiyazin ve klozapinle risk yüksektir. Konvülsiyonlar antipsikotik dozuyla ilişkili olup sıklıkla tedavinin erken dönemlerinde görülme eğilimindedir ve hızlı doz artırımında konvülsiyon gelişme riski artar.

Bilişsel işlevlerde bozulma bir diğer önemli yan etkidir. Lityum kullanan hastalarda bellek bozukluğu, afazi gibi nörolojik yan etkiler görülebilir. SILENT (the syndrome of irreversibl effectuated neurotoxıcıty) lityuma bağlı geri dönüşümsüz nörotoksisite sendromu olarak tanımlanmıştır. Gelişebilecek nörolojik defisitler, nistagmus ve periferik nöropatiden; ataksi, dizartri gibi kalıcı serebellar disfonksiyon bulguları ve demansa kadar geniş bir yelpazede olabilir.

Psikotrop ilaç kullanımı sırasında nörolojik yan etkilerin ortaya çıkma olasılığı bireysel faktörlerle ilişkili olabilir. Tardif diskinezi ve EPS yan etkilerinin gelişiminde genetik polimorfizmin rolü olabileceği gösterilmiştir. Gerek psikotropların metabolizmasından sorumlu enzimler gerekse reseptör ve fonksiyonel proteinler için tedavi yanıtı ya da yan etkilerle ilişkilendirilmiş bazı genetik varyantlar gösterilmiştir.

Polifarmasi varlığında hem farmakokinetik hem de farmakodinamik etkileşimler yönünden nörolojik yan etki görülme olasılığının arttığı göz önünde tutulmalıdır.

LIER AND LIER: PATOLOJİK YALAN

Prof. Dr. Nesrin DİLBAZ

Üsküdar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, İstanbul

Patolojik yalan halen tanımı dahil çok tartışmalı bir konudur. PY görünür bir psikolojik motif veya dışl bir yarar olmaksızın sık ve tekrarlayan yalan söyleme durumudur. PY söyleyen kişiler bir süre sonra yalanlarına inanmaya başlarlar (başkalarına hezeyan gibi görünmesine karşın); diğer bir çok konuda muhakemeleri tamdır; Patolojik yalanın bilinçli bir olay olup olmadığı ve kişinin yalanlarını kontrol edebilme gücü hep sorgulanmaktadır; sıklıkla yalan söyleme konusunda dış neden (mali kazanç gibi) yoktur ve psikolojik amaçta belirsizdir; yalanlar sıklıkla planlanmadan hatta dürtüsel olup sonuçta PY söyleyen kişiler yalanlarının esiri haline gelirler; istenen kişilik gerçek kişiliğin üstündedir.

Olgu

Bay A ailesi ile birlikte geldi. Aile çok kötü bir durumda idi. Çocuklarının ..... fakültesini bitirdiği ve yaklaşık 3 yıldır da öğretim görevlisi olarak çalıştığını sanıyorlardı. 2 yıl önce tanıştığı kız arkadaşı ile bir yıl önce nişanlanan Bay A'nın nişanlısı ve ailesi de tüm akrabalar gibi onun öğretim görevlisi olarak Çalıştığı bilgisine sahip idi. Bir gün nişanlısı aynı fakültede çalışan biri ile tanıştığında kendi nişanlısından söz etmiş ama kişi orada böyle birisi olmadığını olsa idi bileceğini bildirince daha önceki olaylarla birleştiren nişanlı (nişanlısını işyerinde ziyaret etme taleplerini red etme gibi) önce internetten sonra da fakülteye giderek nişanlısının orada çalışmadığından emin olduğunda önce kendi ailesine sonra da Bay A'nın ailesini durumdan haberdar etmişler.

Bay A halen üniversite ikinci sınıfta okula gitmek ve ders çalışmaktan hoşlanmayan birisi. Her gün işe gidiyorum diyerek evden çıkıyor sokaklarda veya kütüphanede zaman geçiriyormuş.

Acaba yalan söylemesi tamamen onun kontrolunda mı veya yalan söyleme paterninde bir farklılık var mı?

Yalan söyleme Webster sözlükte ' başkalarını aldatmak amacı ile doğru olmayan söylemlerde bulunma". "Herkes yalan söyleyebilir ve siz bunu durduramazsınız" cümlesi ise gerçektir. PY için bazen pseudolojia fantastika daha az sıklıkla mitomani veya morbid yalan kavramları da kullanılmaktadır. Bunlar aynı durumlar mi farklı durumlar için mi kullanıldığı konusu hala tartışmalıdır.

Genel toplumda görülme sıklığı tam olarak bilinmemekle birlikte tekrarlayan suç işleyen gençlerde %1 sıklıkta görüldüğü bildirilmiştir. Genellikle başlama yaşı 16 civarında farkedilme yaşı ise 22.4 civarındadır. Cinsiyet farkı olmamakla birlikte bu kişilerin IQ normal veya biraz normalin altındadır.

PY Tartışmalı noktalar

PY kişiler lojik düşünürler ama yalanlarının hezeyan olduğu noktaya kadar yalanlarına inanırlar. PY dürtüsel ve planlanmamış olarak tanımlanır. Bazan söyledikleri yalanlardan çok zarar görmelerine karşın yalan söylüyor olmaları kontrol edebildikleri düşüncesinde de şüphe uyandırmaktadır. Diğer yandan bazen PY fantazi yalan gibi gündüz rüyalarının gerçek gibi algılandığı ve söylenerek kişiye haz verdiği durumlardır. Fantazi yalanlar kişinin stresli yaşam olayından uzaklaşmasına veya gelişimsel travmalarını kompanse etmeye yarar. PY söyleyen kişilerin diğer bütün alanlarda muhakemeleri çok iyi olabilir. Bazıları yaşam boyu herhangi bir suça karışmamış olabilirler.

Ayırıcı tanı

Aldatma ile ilişkili psikiyatrik durumlardan ayırıcı tanısı yapılmalıdır. Bazı kişilik bozuklukları ve Yapay Bozukluk en sık karışan durumlardır.

Temaruz

Temaruzda yalan söylemenin amacı çok belirgindir mutlaka bir dış kazanç vardır. Hasta fiziksel ve psikolojik belirtilerini abartarak maddi kompansasyon veya işten, askerden kaçma gibi ikincil kazançlar elde etmeyi amaçlamaktadır. Bazan PY da da dış kazançlar vardır ama bu yalanlar elde edilecek kazanç ile orantılı değildir hatta saçma görünmektedir.

Konfabulasyon

Organik kaynaklı meydana gelen amnezide yalancı anılardır. Kişi bellek boşluklarını konfabule materyal ile doldurmaya çalışmaktadır. Konfabulasyonda yakın bellek etkilenmektedir anlık bellek ve dikkat, konsantrasyonda sorun yoktur. Genellikle Maddeye bağlı Amnestik Sendrom(Wernike ve Korsakof Sendromu) Anton Sendromu (Kortikal körlük) ve anosognosia'da meydana gelmektedir.

Ganser Sendromu

Genellikle yaklaşık yanıtlar verirler. Bilinçte sislenme, halüsinasyonlar ve histerik biçimde duyu değişiklikleri de eşlik edebilir

Yapay Bozukluk

Psikolojik veya fiziksel belirtilerin oluşturulmasında ki ana amaç hasta görünmektir. PY söyleyen kişi hasta görünmek istemez. DSM-IV-TR *pseudologia fantastica* yapay bozuklukta sık görülen bir özellik olarak tanımlamıştır. Ama tanı için mutlaka gerekli değildir.

Borderline Kişilik Bozukluğu

Borderline Kişilik Bozukluğu, genç erişkinlik döneminde başlayan, kişilerle olan ilişkilerde, kendilik algısında ve duygulanımda tutarsızlıklar ve ani dürtüsel davranışlarla karakterize bir durumdur. Duygu durumunda aşırı tepkililiğe bağlı olarak sürekli duygusal değişkenlik hali (saatler içinde değişen sürelerde birbirini izleyen öfkelilik, üzüntü, kaygı, sevinç dönemleri), Kişinin kendisini sürekli olarak boşlukta hissetmesi, Öfkeye hakim olamama (sık sık kavgalara karışma, yüksek sesle hakaret, çığlık atma), Stresle ilişkili, gelip geçici, kendine kötülük yapılacağı düşünceleri ya da dissosiyatif belirtiler sıklıkla görülmektedir.

Bu hastalar sıklıkla sabit bir self-identity konusunda eksiklik yaşarlar. Sıklıkla kendileri için değişen ve birbiri ile çelişen görüşler ortaya koyarlar. Yapılandırılmamış durumlarda düşünme becerileri bozulabilir ve geçici de olsa gerçeği değerlendirmeleri bozulabilir. Dürtü kontrol bozukluğu ve inkar, idealizasyon ve devalüasyon gibi ilkel savunma düzeneklerini kullanmaları patolojik yalan için zemin hazırlamaktadır.

Antisosyal kişilik

DSM-IV-TR ye göre kişisel kar ve haz için tekrarlayan yalan söyleme ve aldatma durumlarından söz edilmektedir. Ama bu hastalarda patolojik egosentrisite patolojik yalan söylemenin gelişimsel temelini oluşturmaktadır. Antisosyal kişilik Bozukluğunda sıklıkla patolojik yalan görülse de her patolojik yalan söyleyen antisosyal değildir.

Histriyonik ve Narsistik Kişilik Bozukluğu

Histriyonik Kişilik Bozukluğu olan bireyler sıklıkla dikkat çekmek istemektedirler ve bu amaçla yalan söylerler. Bazı şiddetli olgularda yalanlar pseudolojia fantastika'yı andırırlar. Yüzeysel ve dramatik kişilikleri, sürekli dikkat çekme isteği farkı oluşturmaktadır.

Narsistik Kisilik Bozukluğu olanlar ise başkalarından sürekli bir onay almak adına kendi egolarıni yükselten öyküler söylerler. Kendilerini büyük gösterme gereksinimi o denli yoğundur ki dışardakiler bunu kolayca fark ederler.

Sonuç

Klinisyenler tarafından yeterince bilinmemesi cok nadir tanınmasına yol açabilen tanımı tam olmayan komplika bir hastalıktır. Patolojik yalan söyleyen kişi ile karşı karşıya gelen psikiyatrist detaylı bir psikiyatrik muayene ve yalanın çevresel ve bireysel öyküsünü uzunlamasına almalıdır. Psikoterapi kadar impulsivite ve kompulsivite için gerektiğinde ilaç tedavisi de kullanılmalıdır.

BİR YALAN SANATÇISI

Zehra ER

Tekirdağ Namık Kemal Üniverstesi Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, Tekirdağ

Mitomani patolojik yalan söyleme, psödoloji fantastika olarak da bilinen durdurulamayan ve sürekli yalan söyleme durumudur. Bu yazıda, ailesinin ve kendisinin isteği üzerine tarafımıza başvuran 26 yaşında erkek bir olgu sunuldu. Olgunun çocukluğundan beri olan sürekli, karşı koyamadığı, belirgin motivasyonu olmadan yakın ve uzak çevresine yalan söyleme durumu mevcuttu. Olgunun formülasyonu kişiler arası ilişkileri ve bu bağlamda yakın çevresinin ve kendisinin yaşadığı mağduriyet göz önünde bulundurularak Karma Özellikli Kişilik Bozukluğu teşhisi konuldu. Tanı ve takip sürecindeki zorluklar açısından bilgilendirme amaçlı olgu sunumudur.

PSİKODERMATOLOJİDE NERDEN NEREYE?

Prof. Dr. Behçet COŞAR

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Ankara

Deri bedenin en büyük organı olup, çevre ve birey arasındaki sosyal, psikolojik ve metabolik ilişkide işlev gören bir organ olduğundan deri hastalıklarının psikososyal ve psikiyatrik birlikteliği şaşırtıcı değildir [1]. Psikodermatoloji; aslında görünüşte birbiri ile ilişkisi çok uzak gibi görünen iki tıbbi branşın – dermatoloji ve psikiyatri- nasıl bir biri ile ilişkili olabileceklerinin önemli bir göstergesidir

Psikodermatolojinin eski bir tarihi olmasına karşın geçmişi uzun değildir. Tarihte deri – ruhsal durum ilişkisinden bahsedildiği görülmekteyse de, bir klinikler arası disiplin olarak ele alınmaya başlanması 20. yüzyılın ortalarından sonra başlayabilmiştir.

Çok eski çağlarda Hipokrat (I.Ö. 460 – 377) yazılarında stresin deri üzerindeki etkisinden bahsetmiş ve strese karşı tepki olarak saçlarını yolan olgulardan bahsetmiştir. Yine vücuttaki sıvıların dengesinin bozulması sonucu dört farklı kişilik tipi tanımlanmıştır. Öte yandan Aristotoles (İ.Ö. 384 – 322) ruh ve bedenin birbirinden ayrı ele alınamayacağını vurgulamıştır. Yine Galen beden ruh etkileşimini vurgulamıştır [2]

1857 de İngiliz dermatolog ve cerrah William James Erasmus Wilson "Derinin Hastalıkları" adlı kitabında deri nörozlarından bahsetmiştir. Bu kitapta stresle ilişkilendirdiği deri lezyonlarını tanımlamıştır [3]

Hipokrat yıllarca önce bahsetmiş olmasına rağmen trikotillomani ancak yıllar sonra1889 yılında Fransız dermatolog Hallopeau Francois Henri tarafından tanımlanmıştır [2].

Psikodermatoloji alanındaki en önemli hastalıklardan biri olan Delüzyonel Parazitoz'dan ilk bahseden kişi 1799 yılında İngiliz Dermatolog Robert Willan'dır. 1801 yılında bu tanı Johann Heinrich Jordens tarafından yine ele alınmıştır. 1894'de ise Thibierge Georges ise "akrofobi" olarak adlandırdığı detaylı olgusunu sunmuştur. 1938 yılında bu tablonun sadece böcekten korkmakla ilgili basit bir durum olmadığını vurgulayan Karl Axel Ekbom bu tabloya "dermatozoic delizyon" adını vermiştir. "Ekbom Sendromu" halen günümüzde kullanılan bir tanıdır. 1946 yılında ise Wilson ve Miller "delüzyonel parazitoz" terimini literatüre geçirmişlerdir [2]

1886 yılında İtalyan Enrique Morselli tarafından tanımlanan Beden Dismorfik Bozukluğu o dönemde "dismorfofobi" olarak adlandırılmıştır. Daha sonra Freud da beden dismorfisi olan bir olgu tanımlamıştır [2]. DSM V tanı ölçütleri Beden Dismorfik Bozukluğu'nu Obsesif Kompulsif ve İlişkili Bozukluklar başlığı altında ele alınmaktadır.

1891'de Fransız dermatologlar Brocq ve Jacquet deriye psikosomatik yaklaşım konusundaki ilk bilimsel yaklaşımı gösteren bilim adamlarıdır. Bu iki bilim adamı kronik egzemanın bir formu için "nörodermit" terimini kullanmışlardır. 1925 yılında Joseph Klauder deri hastalıklarının ortaya çıkmasında psikoterapinin öneminden bahsetmiştir. Deri ile ruhsal olgular arasındaki ilişkinin aydınlatılması psikosomatik kuramın önemli bir bileşenidir. [4]

1925 yılında Philadeliphia'da dermatolog Joseph Klauder psikosomatik ilişkiler üzerine "belirli bir deri hastalığının psikolojik evresinin tedavide göz ardı edilmemesi" konulu bir metin ele almıştır. Ancak 1927 yılında bu görüş WT Sacks tarafından nadir görülen bir durum olarak eleştirilmiştir. Psikodermatoloji Whitlock tarafından" Deri Hastalığının Psikofizyolojik Yönleri" adlı monografларının yayınlanmasıyla 1970-80'lerde yeniden gündeme gelmeye başlamıştır

Deri bir "dışavurum organı" olarak değerlendirilir ve kendimizle dış dünya arasındaki ilk temas noktası olarak ele alınır. Bu iletişimi sağlayan önemli bir organ olan deri patolojileri bireyin hem ruhsal durumu, hem ailesi üzerinde çeşitli etkilere neden olmaktadır.

Dermatolojik Hastalıkların Psikolojik Etkileri:

Olumsuz Beden İmgesi: Beden dismorfik bozukluğu ve blumia gibi primer psikiyatrik durumlarda beden imgesi bozulmaktadır. Alopesi, psörizasi, vitiligo gibi psikosomatik ve somatopsişik

bozukluklarda ise beden algısındaki bozulma derideki görünür şekil bozukluklarına bağlıdır. Yine deride renk değişikliklerine neden olan hastalıklar da beden imgesinin bozulmasına yol açmaktadır. Öte yandan genital organlarda ortaya çıkan deri hastalıkları hastada cinsel yakınlaşma ve partneri tarafından reddedilme kaygılarını artırmaktadır. Tüm bu durumlar da kişilerarası ilişkilerde bozulma, kendine güvende azalma, sosyal geri çekilme ile sonuçlanabilmektedir. Daha ileri dönemlerde sosyal fobi, anksiyete, depresyon hatta intihar düşünceleri de ortaya çıkabilmektedir [5, 6].

Başetme ve Uyum Sorunları: Dermatolojik hastalığı olan bireyler kişisel, sosyal, psikolojik ve fiziksel streslerle baş etmek durumundadırlar. Aleksitimi, utanç ve kaçınma davranışı özellikle görünür yerlerde lezyonları olan hastalarda sık izlenmektedir. Bu durum bireyin eşe, aile bireylerine ve çocuklarına bağlanmasını da olumsuz etkilemektedir. Diğer kişiler tarafından yapılan olumsuz eleştiriler de bu utanç, kaçınma ve sosyal izolasyon belirtilerinin artmasına neden olurken hastalığa uyumun bozulmasına yol açmaktadır [7].

Sosyal Geriçekilme: Dalgalanmalı seyirleri, alevlenme dönemleri, görülebilir şekil değişiklikleri ya da pigmentasyon, sosyal etiketlenme, hastalıkla baş etme güçlükleri, destek sistemlerinin zayıf olması gibi çeşitli nedenlerden dolayı kronik deri hastalıklarında sosyal geri çekilme sık izlenen bir durumdur. Özellikle bedenin görülebilir yerlerinde lezyonları olan kişiler sosyal aktivitelerden ve insan ilişkilerinden daha fazla kaçınmaya başlamaktadırlar. Bu hastalarda fobi, panik ataklar, anksiyete ve depresyon görülebilmektedir. Ortaya çıkan bu psikiyatrik tablolar var olan sosyal izolasyonu daha da artırmaktadır. Bu süreçte tüm bu belirtiler hastanın yaşam kalitesinde belirgin bozulmaya yol açarak kendine güvensizlik ve depresif duyguların artması ile birlikte intihar düşünce ve riskinin artmasına da neden olabilmektedir.[8]

Dermatolojik Hastalıkların Hastanın Ailesi Üzerindeki Psikolojik Etkileri:

Hastalık aile üyeleri ve hasta arasındaki iletişimin kalitesini olumsuz etkileyebilmektedir. Aile bireyleri de hasta gibi etiketlenme kaygısı yaşarken, bu kaygı düzeyi onlarda da anksiyete ve gelecek le ilgili olumsuz düşüncelere yol açabilmektedir. Bu hastalara bakım verenler de de dönem dönem öfke nöbetleri, duygu durumlarında bozulma, depresyon ve anksiyete izlenebilmektedir[9]. Hatta belirli bir süre sonra tükenmişlik sendromu olan hasta yakınları kendileri için psikiyatrik yardım almaya başlamaktadırlar. Öte yandan hastaların eşleri ya da birliktelik yaşadıkları kişilerde süreç içinde yakınlaşma, dokunma, cinsellik konularında yoğun anksiyete, kaçınma, isteksizlik yaşanırken, bu duygular suçluluk hissetmelerinde de yol açabilmektedir. Doğal olarak bu davranışları fark eden hastada da var olan etiketlenme duygusu, depresyon, anksiyete daha da beslenmektedir.

Dermatolojik Hastalıkların Toplum Üzerindeki Psikolojik Etkileri:

Kronik dermatolojik hastalığı olan bireylerin, özellikle lezyonları görülebilir bir yerde ise toplumda gözlenen en önemli belirti etiketlemedir. Bu toplumsal yaklaşım hastanın genel psikolojisi üzerinde yoğun olumsuzluklara neden olurken, toplum içinde de bu hastalardan uzak durulmaya, yakıştırmalarda ve yorumlarda bulunulmaya başlanır. Bu kişilerin hastalıklarının bulaşıcı olduğu düşüncesi onları daha da yalnızlaştırır [10]

DERİ İLE RUH ARASINDAKİ İLİŞKİYİ AÇIKLAYAN FARKLI GÖRÜŞLER

- Ingram, derinin zihnin bir uzantısı olduğunu, bu nedenle huy ve kişiliğin değerlendirmesinde ele alınması gereken önemli bir organ olduğundan bahsetmiştir. [11]
- Epidermis ve sinir sistemi aynı embriyolojik kökene sahip olup ektodermden gelişmektedirler. Epidermis insanı dış dünyadan ayıran ve dış dünyaya karşı kişinin vitrini olan bir tabakadır. Bu nedenle deri, bireysel varoluşumuzda çok özel bir yere sahiptir ve sinir sisteminin "dışa çevrili" bölümü olarak tanımlanabilir [12].
- Önemli libidinal işlevi olan bir organdır. Deri dokunma, okşamanın yanı sıra ağrı ve acıyı da algılayan bir organdır. Duygusal durumun "aynası" olarak kabul edilir. Sössüz iletişime aracılık eden, açığa vurulmamış duyguların dışa yansıtıldığı bir aracıdır. Deri önemli bir erojen bölgedir ve dokunma, ısı ve ağrı da erojen haz kaynaklarıdır. Bebeklik çağından itibaren annenin dokunması, okşaması gibi erotik ödüllendirmenin de kaynağıdır. Eğer deriyi olağan biçimde kullanma güdüsü bastırılmış ise, deriyi uyarıcı ve ona karşıt olan yineleyici eğilimler derideki değişimler aracılığıyla beden üzerinden bir anlatım bulabilir.
- Deri fizyolojik açıdan en önemli emosyonel anlatım organlarından biridir (tüylerin diken diken olması, korkudan sararma, utançtan kızarma vb). Emosyonel strese deri kadar çabuk tepki gösteren hemen hemen herhangi başka bir organ yoktur. Ayrıca utanma, kızgınlık gibi bazı emosyonel durumlarımızı istemsiz olarak dışarıya ilettiği için deri bir kaygı kaynağı da

olabilir. [13]. Deri; duyguları açıkca ifade etme, kişinin kendilik imajı ve özgüvenini sağlama ile yaşamda sosyalleşme sürecinde önemli rol oynar [14] [15].

- Doğumdan itibaren derinin bağlanmada çok önemli bir işlevi vardır ve yaşam boyu iletişimde çok önemli rolü olan bir organdır. Gelişimsel faktörler derinin bir iletişim organı olarak rolünü etkilemektedir. Örneğin; ergenlik döneminde derideki şekil değişiklikleri akneler ya da farklı kültürler ait derideki renk ya da şekil farklılıkları sosyal durum, çekicilik vb durumlarda önemli rol oynamaktadır. Özellikle görünür deri patolojileri söz konusu olduğunda intihar girişimleri, dışa vuruk davranışlar gibi davranış değişiklikleri ortaya çıkabilmektedir [1]Yine görünür deri patolojilerinin varlığında sosyal etiketlenme de söz konusudur. Bu durum sosyal izolasyon, sıkıntı, anksiyete, depresyonla sonuçlanabilir. Öte yandan şekil bozukluğu ve görüntü bozukluğuna neden olabilen bir deri lezyonu ile birlikte yaşamak zorunda olmak stresle ilişkili dermatolojik tabloların alevlenmesinde neden olabilmektedir [1] Deri, duyguların dışavurum organı ve kaygının dışarı boşalım yeridir[16]
- Psikodinamik açıdan deri benliğin organik örtüsü, en dış sınırıdır. İnsan bedeninin dünya ile iletişşimini sağlayan kısımdır.
- Psikosomatik kurama göre; kişinin bütünlüğü temelinde endişe ve yaralanma oluşturan herhangi bir çatışma durumu, bedensel bir hastalığa dönüşebilmektedir. Deri hastalıkları konusunda Cazzullo"nun işaret etmekte olduğu gibi, "bir çatışma durumundan bir "yüzeyselleştirme düzeneği"nin fitili ateşlenmektedir[4] Cormia da benzer biçimde, psikodermatolojik hastalığı olan kişilerin yaşamlarındaki zor durumların üstesinden gelemediklerini ve bu zorlanmanın yarattığı gerginlik, stres sonucunda otonom mekanizmaların kullanılmasının deri hastalıklarına yol açabileceğini ifade etmiştir. [17]
- Psikanalistler, psikosomatik hastalıkların açıklamasında sadece çatışmalara değinmekle yetinmemişler, kişilik, yaşam olayları gibi başka faktörleri de ele almışlardır. Dunbar ve Alexander'a göre, her bir psikosomatik rahatsızlık için özgül kişilik özellikleri bulunmaktadır. Onlar, bu düşünce doğrultusunda "kişilik profilleri" oluşturmuşlar ve bu kişilik profilleri ile bedensel rahatsızlıklar arasında bağlantı kurmaya çalışmışlardır. Alexander (1950) çatışmalar ve yaşam olaylarının hastalık gelişimindeki birlikte etkisinin önemini vurgulayarak, çözümlenmemiş psikolojik çatışmanın varlığı ile savunmaları zayıflayan kişiler, belirli yaşam olayları karşısında en zayıf beden bölgelerinde rahatsızlık yaşamaktadırlar demektedir. [18] Deri gerek kolay ulaşılabilir olmasıyla, gerekse erken dönemde bağlanmadaki birincil rolü nedeniyle gerilimi azaltıcı davranışların odaklandığı yerdir. Deri en göz önünde olan organ olmasından dolayı, psikolojik içgörüsü az olan somatizasyona eğilimli kişilerde görülen deri lezyonları emosyonel rahatsızlıkların ifadesi için tek yol olabilir. [19]
- Öte yandan en ulaşılabilir beden bölgesi olduğundan, bireylerde agresif, impulsif, kendine zarar verici davranışları ifade edebilme organı da derinin olması akla yatkın bir görüştür [20].
- Dermatoloji kliniklerine başvuran hastalarla yapılan çalışmalar bu hastalarda psikiyatrik bozukluk görülme sıklığının %40 – 70 oranında değiştiğini göstermektedir.
- Deri lezyonları bir ruhsal bozukluğun belirtisi olabilir. Deri lezyonaları kişinin ruhsal durumunu etkilemektedir. Ruhsal durum deri lezyonlarını başlatabilir ya da alevlendirebilir. Hem organik hem de ruhsal durumun birbiri ile etkileşimi sonucu deri leyonları ortaya çıkabilir
- Deri hastalıklarının tedavisinde kullanılan ilaçlar psikiyatrik bozukluklara, psikiyatrik bozuklukların tedavisinde kullanılan ilaçlar ise deri hastalıklarına neden olabilir
- Deri lezyonları ile etkilenen deri bölgesi kişi için simgesel, estetik ve duyguları yansıtıcı anlam taşır. Lezyonun yeri ile duygusal çatışmanın simgesel anlamı arasında ilişki vardır
- Çatışma işte ve kişilerarası ilişkilerde ise lezyon ellerde
- Cinsel çatışmalar söz konusu ise lezyon cinsel organlarda
- Affektif nitelikli sorunlarda ise lezyonlar yüzde ortaya çıkmaktadır
- Görünür lezyonlar saklı lezyonlardan daha yüksek oranda nörotik eğilimleri yansıtmaktadır
- Deri lezyonlarının varlığı da kişide önemli düzeyde strese neden olmaktadır. Deri bütünlüğünün bozulması, estetik ve sosyal sorunları birlikte getirmektedir. Beden algısının değişmesine, benlik saygısının azalmasına neden olmaktadır.
- Deri lezyonlarının başlaması, ya da alevlenmesiden önce genellikle kaygı, depresyon ve suçluluk duygularının varlığı nedeniyle deri lezyonları "duygudurumu eşdeğeri" olarak kabul edilebilir.
- Yaygın pruritis ve agresyon, genital-anal pruritis ve cinsel engellenme, hiperhidrozis ve anksiyete-sosyal fobi, rosecea ve suçluluk duyguları, ürtiker ve öfke, atopik dermatit ve sevgi gereksinimi arasında ilişki olduğu söylenmektedir

Psikodermatolojide günümüze dek hastalıklar için çeşitli sınıflandırma sistemleri geliştirilmiştir. (Bkz. Psikodermatolojide sınıflandırma sistemleri). Bu girişimlerin temel hedefi DSM V'i dermatolojik literatüre entegre etmek ve farklı psikodermatolojik durumların DSM V eşdeğerlerini sınıflandırmaktır. Öte yandan psikodermatolojik durumların altta yatan psikopatolojiye (örn; depresyon, anksiyete, OKB vb) göre sınıflandırılması da yapılmıştır. Psikodermatolojik bozuklukların DSM IVTR ve DSM V de yer alan eşdeğerlerine örnek vermek gerekirse;

Yapay Bozukluk: dermatitis artefacta, yapay dermatit, dermatitis factitia vb

Somatik Tıp Sanrılı Bozukluk: delüzyonel parazitoz, Ekbom Sendromu, psikojenik parazitoz vb

Deri Yolma Bozukluğu: Genel Dürtü Kontrol Bozuklukları başlığı altında

Ekskoriyasyon Bozukluğu: dermatilomani, psikojenik keskoriyasyon, emosyonel ekskoriyasyon

Trikotillomani: Obsesif Kompulsif ve İlişkili Bozukluklar başlığı altında

Trikofaji ve Onikofaji: Yeme Bozuklukları başlığı altında

Kütanoz Duyu Bozukluğu: Somatik Belirti Bozukluğu başlığı altında

Beden Dismorfik Bozukluğu: OK ve İlişkili Bozukluklar başlığı altında ele alınmaktadır.

Psikodermatolojik Hastalıklar ve Stres

Stres; organizmanın dinamik olan dengesine (homeostasis) yönelik içsel veya dışsal bir tehdit sonrasında, organizmanın bu yeni duruma uyum (adaptasyon) çabası olarak tanımlanmaktadır. [21]. Genel tıp ve psikiyatride "stres" terimi davranışta fiziksel veya zihinsel hastalığı da içeren bozukluklar oluşturabilen psikososyal durumlar için kullanılır. [22]

Stresin tam olarak anlaşılabilmesi için, iki bilim adamının düşünceleri önemlidir. Bu bilim adamları Walter Cannon ve Hans Selye"dir. Cannon"un tanımına göre, stres, günümüzdeki kullanılan olumsuz anlamının aksine, aslında işlevsel bir yaşantıdır. Tehlike veya tehdit durumlarında organizmanın durumla baş edebilmesine yardımcı olan, savaşması veya kaçması için gerekli enerji ihtiyacını karşılamaya yönelik fizyolojik ve biyokimyasal tepkiler örüntüsüdür[23, 24]. Selye ise stresi şöyle tanımlamıştır: „Stres, herhangi bir talep karşısında bedenin gösterdiği, talebe özgü olmayan (spesifik olmayan) tepki örüntüsüdür". Bu tanım ile Selye, bedenin tepkisinin stresöre göre çeşitlenmediğini, bedenin her stresör karşısında kalıplaşmış bir şekilde aynı biyolojik değişimlerle tepki verdiğini anlatmak istemektedir. Selye"nin 1946"da yayınladığı „Genel Adaptasyon Sendromu" hakkındaki çalışması, konu için bir dönüm noktası olmuştur. Biyolojik bir sisteme etkide bulunan herhangi bir iç veya dış uyaran otonom bir tepkiyle adrenalin ve ACTH salgılanmasına yol açar. Böylece sempatik sistem tonusu yükselir. Buna „alarm reaksiyonu" denir. Organizma parasempatik sistemin de aktivasyonuyla homeostatik dengesini orijinal düzeyden farklı bir düzeyde tekrar kurmaya çalışır ki bu „Genel Adaptasyon Sendromu" dur. Alarm dönemi sonrası "direnç" dönemi ortaya çıkar. Bu dönemde uyaranlara karşı uyarılma eşiği yükselmiştir. Uyaranlar devam ederse „bitkinlik dönemi" ortaya çıkar. Eğer iki sistemden birinde yoğun uyaran nedeniyle gerilim diğeri tarafından karşılanamayacak kadar yüksekse bitkinlikten daha ileri bir durum olan „şok durumu" oluşur, sistem çöker. Organizma hayatını yitirmemişse yeniden dengeyi kurar[25]

Birçok somatik hastalıkta olduğu gibi, stres ve diğer psikolojik etmenler birçok dermatolojik hastalığın ortaya çıkmasını ya da belirtilerin alevlenmesini tetikler[3, 26] Son yıllarda yapılan çalışmalar bu görüşü desteklemiş, çalışmalarda stresli yaşam olayları ile deri hastalıklarının ortaya çıkışı arasında bir ilişki olduğu üzerinde görüş birliğine varılmıştır[27, 28] Emosyonel stresin bağışıklık sistemini etkilediği anlaşılmış ve psikodermatolojik durumların stresin nöroendokrinoimmunolojik durumlarının karmaşık etkileşimleriyle tetiklenebileceği düşünülmüştür. Son 30 yıllık calışmalar duygudurumu ve stresin immun sistemi nasıl değiştirdiğini göstermektedir [29-31]. Farelerle yapılan calısmalarda, kontakt hipersensitivitesi olan deneklerin stres altında olduklarında tepki gösterdikleri gözlenmistir. Böylece psikosomatik etkenlerin cilt belirtilerini etkilediği sonucuna varılmıştır [32]. Epidermal geçirgenliğin stres tarafından bozulduğu gösterilmiş ve stresin yara iyileşmesini geciktirdiği saptanmıştır[33].

Deri ve ruh arası ilişki hücresel düzeyde de ele alınmıştır. Nöroimmünokütanözendokrin (NICE) model beden-ruh arası köprüde rol oynayan dört organ sisteminden oluşmaktadır. Bu birbiri ile ilişkili sistemler nöropeptidler, sitokinler, glukokortikoidler ve diğer etkili moleküller aracılığı ile iletişim kurmaktadırlar. Çevresel faktörlerden kaynaklı uyarılar nörotransmitter, hormon ve sitokinler gibi biyokimyasal bilgiye dönüştürülürler [34]

1970"li yıllarda stres yaşayan her kişinin hastalanmadığı ileri sürülerek bir ara değişken aranmış başa çıkma kavramı ortaya atılmıştır. 1980"li

yıllarda stresle başa çıkma süreciyle ilgili çalışmalar yapılmaya başlamıştır[35] Lazarus (1986), başetmeyi şöyle tanımlamıştır. „Kaynakları aştığı düşünülen içsel veya dışsal talepleri ve tehlikeyi kontrol altına alabilmek için gösterilen değişken (dinamik) bilişsel ve davranışsal çabadır". [36, 37]. Psikodermatolojik hastalıklarda stres ile başa çıkma tarzlarını inceleyen ve belli tarzları kullanan kişilerin daha fazla psikolojik distres (örn; depresyon, anksiyete) yaşadıklarını gösteren araştırmalar bulunmaktadır[35] Psikosomatik hastalıkların stres yaratan belirli durumlarda ortaya çıktığı görüşü yerine; kişilerin stres karşısında yaşadıkları öznel deneyimin ve stres ile başa çıkma tarzının daha belirleyici olduğu görüşü benimsenmiştir. [38]

Kaynaklar

1. Gupta, M.A., *Commentary: Psychodermatology.* Clinics in Dermatology, 2013. 31(1): p. 1-2.
2. Basner, J.E., et al., *Measuring the evolution and output of cross-disciplinary collaborations within the NCI Physical Sciences-Oncology Centers Network.* Research Evaluation, 2013. **22**(5): p. 285-297.
3. Koo, J.Y.M. and C.T. Pham, *Psychodermatology - Practical Guidelines on Pharmacotherapy.* Archives of Dermatology, 1992. 128(3): p. 381-388.
4. Di Prima, T.M., et al., *[Preliminary approach to the mental component in dermatologic patients].* Giornale italiano di dermatologia e venereologia : organo ufficiale, Societa italiana di dermatologia e sifilografia, 1989. 124(4): p. 147-150.
5. Nakamura, M. and J. Koo, *Personality disorders and the "difficult" dermatology patient: Maximizing patient satisfaction.* Clinics in Dermatology, 2017. **35**(3): p. 312-318.
6. Jafferany, M., *Psychodermatology: a guide to understanding common psychocutaneous disorders.* Prim Care Companion J Clin Psychiatry, 2007. **9**(3): p. 203-13.
7. Korabel, H., et al., *Stress coping mechanisms in patients with chronic dermatoses.* Archives of Psychiatry & Psychotherapy, 2013. **15**(3): p. 33-39.
8. Velez-Muniz, R.D., et al., *Psychological Profile and Quality of Life of Patients with Alopecia Areata.* Skin Appendage Disorders, 2019. **5**(5): p. 293-298.
9. Manzoni, A.P., et al., *Assessing depression and anxiety in the caregivers of pediatric patients with chronic skin disorders.* An Bras Dermatol, 2013. **88**(6): p. 894-9.
10. Chaturvedi, S.K., G. Singh, and N. Gupta, *Stigma experience in skin disorders: an Indian perspective.* Dermatol Clin, 2005. **23**(4): p. 635-42.
11. Ingram, J., *THE PERSONALITY OF THE SKIN.* The Lancet, 1933. **221**(5721): p. 889-892.
12. Whitelaw, W.A. and U.o.C.F.o. Medicine, *The Proceedings of the 13th Annual History of Medicine Days, Faculty of Medicine, University of Calgary, March 19th and 20th, 2004 in the Health Sciences Centre, Calgary, AB*. 2004: Faculty of Medicine, University of Calgary.
13. Sheppard, N.P., S. O'Loughlin, and J.P. Malone, *Psychogenic Skin Disease: A Review of 35 Cases.* British Journal of Psychiatry, 1986. 149(5): p. 636-643.
14. Basavaraj, K.H., M.A. Navya, and R. Rashmi, *Relevance of psychiatry in dermatology: Present concepts.* Indian journal of psychiatry, 2010. **52**(3): p. 270-275.
15. Koblenzer, C.S., *Psychosomatic Concepts in Dermatology - a Dermatologist-Psychoanalysts Viewpoint.* Archives of Dermatology, 1983. 119(6): p. 501-512.
16. Niemeier, V. and U. Gieler, *Observations during Itch-Inducing Lecture.* Dermatology and Psychosomatics / Dermatologie und Psychosomatik, 2000. 1(suppl 1)(Suppl. 1): p. 15-18.
17. Fruensgaard, K., *Psychotherapeutic Strategy and Neurotic Excoriations.* International Journal of Dermatology, 1991. **30**(3): p. 198-203.
18. Rice, P.L., *Stress and health.* 1999, Pacific Grove: Brooks/Cole.
19. Gupta, M.A., *Somatization disorders in dermatology.* International Review of Psychiatry, 2006. 18(1): p. 41-47.
20. Das, K. and T.S. Rao, *Psychosomatic interface: psychological distress and perceived stress in psoriasis patients in a tertiary care hospital in South India.* Open Journal of Psychiatry & Allied Sciences, 2018. 9: p. 123.
21. Hinkle, L.E., *Stress and Disease - the Concept after 50 Years.* Social Science & Medicine, 1987. **25**(6): p. 561-566.
22. Rees, L., *The role of stress in the aetiology of psychosomatic disorders.* Proceedings of the Royal Society of Medicine, 1959. **52**(4): p. 274-278.
23. Cannon, W.B., *The wisdom of the body*. 1939, New York: W.W. Norton & Company, Inc.
24. Landis, C., *Walter B. Cannon. Bodily Changes in Pain, Hunger, Fear and Rage. (2nd ed., revised and enlarged.) New York: Appleton, 1929. Pp. xvi+404.* The Pedagogical Seminary and Journal of Genetic Psychology, 1930. 38(1-4): p. 527-531.
25. Selye, H., *Confusion and controversy in the stress field.* J Human Stress, 1975. 1(2): p. 37-44.
26. Van Moffaert, M., *Psychodermatology: an overview.* Psychother Psychosom, 1992. 58(3-4): p. 125-36.
27. Ortonne, J.-P., D.B. Mosher, and T.B. Fitzpatrick, *Miscellaneous Hypomelanoses*, in *Vitiligo and Other Hypomelanoses of Hair and Skin*, J.-P. Ortonne, D.B. Mosher, and T.B. Fitzpatrick, Editors. 1983, Springer US: Boston, MA. p. 613-672.
28. Papadopoulos, L., R. Bor, and C. Legg, *Coping with the disfiguring effects of vitiligo: A preliminary investigation into the effects of cognitive-behavioural therapy.* British Journal of Medical Psychology, 1999. **72**: p. 385-396.
29. Urpe, M., G. Buggiani, and T. Lotti, *Stress and psychoneuroimmunologic factors in dermatology.* Dermatologic Clinics, 2005. **23**(4): p. 609-+.
30. Glaser, R., *Stress-associated immune dysregulation and its importance for human health: a personal history of psychoneuroimmunology.* Brain Behavior and Immunity, 2005. 19(1): p. 3-11.
31. Kiecolt-Glaser, J.K., et al., *Psychoneuroimmunology and psychosomatic medicine: Back to the future.* Psychosomatic Medicine, 2002. 64(1): p. 15-28.
32. Hosoi, J., M. Tanida, and T. Tsuchiya, *Mitigation of stress-induced suppression of contact hypersensitivity by odorant inhalation.* British Journal of Dermatology, 2001. 145(5): p. 716-719.
33. Garg, A., et al., *Psychological stress perturbs epidermal permeability barrier homeostasis - Implications for the pathogenesis of stress-associated shin disorders.* Archives of Dermatology, 2001. 137(1): p. 53-59.
34. Poot, F., F. Sampogna, and L. Onnis, *Basic knowledge in psychodermatology.* Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology, 2007. 21(2): p. 227-234.
35. Sahin, N.H. and A. Durak, *A Brief Coping Styles Inventory for University-Students.* Turk Psikoloji Dergisi, 1995. 10(34): p. 56-73.
36. Folkman, S., et al., *Dynamics of a stressful encounter: cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes.* J Pers Soc Psychol, 1986. **50**(5): p. 992-1003.
37. Folkman, S., et al., *Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms.* J Pers Soc Psychol, 1986. 50(3): p. 571-9.
38. Mercan, S. and I.K. Altunay, *Psychodermatology: A collaboration between psychiatry and dermatology.* Turk Psikiyatri Dergisi, 2006. 17(4): p. 305-313.

PSİKODERMATOLOJİK HASTALIKLARIN EPİDEMİYOLOJİSİ

Dr. Öğr. Üyesi İrem EKMEKCİ ERTEK

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri AnaBilim Dalı, Ankara

Genel tıbbi kliniklerdeki ruhsal sorunların sıklığı %30 oranlarında bildirilmektedir. Dermatoloji kliniklerinde bu oranların %25,2, %30 ve %33,4 olarak belirtildiği çalışmalar bulunmaktadır. Dermatolojide yatan hastalarda %9, %21, %31 hatta %60 kadar yüksek oranlarda ruhsal sorunların olduğu bildirilmektedir. Dermatoloji hastalarında psikosomatik bozukluk prevalansı, tıbben sağlıklı olan kontrol grubuna oranla üç kat daha fazladır.

Literatürdeki geniş kanıtlar, birçok cilt hastalığının seyrinin stres ve psikolojik olaylardan etkilendiğini göstermektedir. Dermatolojik hastalıklarda izlenen kronik seyir ise psikolojik morbiditelere ve sonuçta sekonder psikiyatrik hastalıklara yol açar. Deri bulguları ile birlikte en sık görülen psikiyatrik hastalıklar depresyon ve anksiyete bozuklukları olup prevalans oranları sırasıyla %20 ve %17'dir. Obsesif kompulsif bozukluklar, sosyal anksiyete bozukluğu ve delüzyonel bozukluklar da dermatolojik hastalıklarda sık görülen diğer psikiyatrik hastalıklardır. Bu yüksek komorbidite oranları, ruh ve deri arasındaki karmaşık ve çift yünlü ilişkiyi yansıtmaktadır. Atopik dermatit, akne, psoriazis, vitiligo, ütiker ve alopesi areata sekonder psikiyatrik yakınmalarla birlikte görülebilen primer deri hastalıklarındandır.

Psikiyatrik nedenlere bağlı olarak gelişen dermatolojik sorunlarda hastalar tipik olarak psikiyatrist yerine dermatologlar, enfeksiyon hastalıkları ya da plastik cerrahi uzmanlarına başvururlar. Bu hastalıkların tanı ve tedavi sürecinde psikiyatristlerin mutlak yer almaları gerekirken; çoğu psikiyatri konsültasyonu ne yazık ki günümüzde azalmakla birlikte hala devam eden psikiyatrik hastalıklara karşı olan damgalama, yetersiz bilgilendirme ya da hasta direnci gibi nedenlerle hastanın başka bir dermatoloğa başvurması ile sonuçlanır.

Kaynaklar

1. Harth W, Gieler U, Kusnir D, Tausk FA. Clinical management in psychodermatology. Springer Science & Business Media. 2008.
2. Krooks JA, Weatherall AG, Holland PJ. Review of epidemiology, clinical presentation, diagnosis, and treatment of common primary psychiatric causes of cutaneous disease. J Dermatolog Treat. 2018; 29(4): 418-427.
3. Yadav, S, Narang T, Kumaran MS. Psychodermatology: A comprehensive review. Indian J Dermatol Venereol Leprol. 2013; 79(2), 176.

PSİKODERMATOLOJİK HASTALIKLARIN SINIFLANDIRILMASI

Uzm. Dr. Erman ŞENTÜRK
Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

Emosyonel ve fizyolojik uyaranlara yanıt vererek heyecan, öfke, utanç, korku gibi duyguları dış dünyaya ileten, hem kendilik imajı hem de kişiler arası ilişkiler üzerinde büyük rol oynayan, vücudumuzun en büyük ve görünür organı olan deri ve hastalıklarının, psikiyatri ile ilişkisi önemli bir çalışma alanı olan psikodermatolojinin doğuşuna neden olmuştur. Derinin beyinle olan ilişkisi embriyonik döneme uzanırken her iki yapı da ektodermden köken almaktadır (1-3).

Dermatoloji polikliniklerine başvuran hastaların yaklaşık %30'unda deri bulgularını daha da karmaşık hâle getiren psikiyatrik yakınmalar bulunmaktadır (4,5). İngiltere Dermatoloji Birliği'nin 2016 yılında yayınladığı raporda dermatolojiye başvuran hastaların, %3'nün primer psikiyatrik hastalığının olduğu, %17'sinin derilerinin durumuna sekonder psikiyatrik hastalık belirtisi taşıdığı ve psikiyatrik desteğe ihtiyaç duyduğu, %85'inin deri hastalıklarının en önemli bileşenlerinden biri olarak psikiyatrik durumlarını belirttikleri görülmüştür (6).

Psikodermatoloji, birçok hastalık türünü içeren kapsamlı bir alandır. Alanı bütünüyle anlamak için sistematik bir sınıflandırma sistemi geliştirilmiştir (7). Bu sınıflandırma sistemi DSM V'te tam olarak temsil edilmediğinden psikodermatolojiye özgüdür. Örneğin, DSM V'te emosyonel stres ile şiddeti artan deri hastalıklarına ilişkin içerik bulunmamaktadır (8).

Psikodermatolojik bozuklukluklar, psikofizyolojik bozukluklar, primer psikiyatrik bozukluklar, sekonder psikiyatrik bozukluklar ve kutanöz duyu bozuklukları başlıklarıyla dört ana kategoride incelenmektedir (9).

Psikofizyolojik bozukluklar, psikosomatik faktörlerin önemli rol oyandığı primer deri hastalıklarıdır. Bu grupta yer alan hastalıklar, poligenetik kalıtımsal bir etkene ek olarak çok sayıda iç ve dış faktörle katkısıyla ortaya çıkabilen ya da klinik seyirleri değişebilen genellikle kronik ve tekrarlayıcı hastalıklardır. Atopik dermatit, psoriasis, akne vulgaris, liken simplex kronikus, rosacea, alopesi areata ve seboreik dermatit gibi stres veya emosyonel tetikleyicilerle kötüleştiği bilinen tüm deri hastalıkları bu gruba dahildir (10).

Primer psikiyatrik bozukluklar, sanrısal veya obsesif düzlemdeki hastaları içerir. Altta yatan temel patoloji psikiyatrik olmasına karşın hastaların neredeyse tamamı ilk olarak dermatologlara başvururmaktadırlar. Bu gruptaki hastalıkların çoğunda organik etiyoloji yokluğunda hastanın kendi kendine indüklediği cilt lezyonları bulunmaktadır(9). Hastalık grubunda delüzyonel parazitoz, nörotik ekskoriasyon, trikotillomani, beden dismorfik bozukluğu, dermatitis arteafakta yer almaktadır (11).

Sekonder psikiyatrik bozukluklar deri hastalığı ve hastalığın beraberinde getirdiği psikososyal yükün neden olduğu psikiyatrik bozukluklardır. Kistik akne, psoriasis, vitiligo, alopesi areata, hemangioma gibi hastalıklar bu grupta yer almaktadırlar(11). Lezyonlar bireyin kendilik algısı, çevresiyle olan iletişimi üzerinde önemli rol oynayabilir. Stigmatize edici davranışlara maruz kalan bireylerde sosyal izolasyon, distimik bozukluk, depresyon, anksiyete bozukluğu, cinsel işlev bozukluğu, alkol bağımlılığı, intihar girişimleri gibi ciddi psikiyatrik sorunlar görülmektedir (12,13).

Kutanöz duyusal bozukluklar, primer psikiyatrik hastalık kategorisinde olduğu gibi doğrudan deri hastalığı içermez. Hastalar derileri üzerinde kaşıntı, yanma, ağrı veya batma gibi anormal duyumlar yaşadıklarını tarif etmektedirler. Kutanöz duyusal bozukluklar, nöropatik bir etiyoloji içerebilir(8,14).

Kaynaklar

1. Ashwanikumar BP, Das S, Punnoose VP, Basavaraj U, Malathesh BC, Shoib S, et al. Interphase between skin, psyche, and society: A narrative review. Indian Journal of Social Psychiatry. 2018;34(2):99.
2. Koblenzer CS. Psychosomatic concepts in dermatology: A dermatologist-psychoanalyst's viewpoint. Archives of dermatology. 1983;119(6):501-12.
3. Levin EC, Koo JY. Psychodermatology: an overview. , 32, 2. 2013;32(2):64-7.
4. Dalgard FJ, Gieler U, Tomas-Aragones L, Lien L, Poot F, Jemec GB, et al. The psychological burden of skin diseases: a cross-sectional multicenter study among dermatological out-patients in 13 European countries. Journal of Investigative Dermatology. 2015;135(4):984-91.
5. Picardi A, Abeni D, Melchi C, Puddu P, Pasquini P. Psychiatric morbidity in dermatological outpatients: an issue to be recognized. British Journal of dermatology. 2000;143(5):983-91.
6. Bewley A, Affleck A, Bundy C. Workıng party report on mınımum standards for psycho-dermatology servıces 2012. November; 2012.
7. Jafferany M, Stoep AV, Dumitrescu A, Hornung RL. The knowledge, awareness, and practice patterns of dermatologists toward psychocutaneous disorders: results of a survey study. International journal of dermatology. 2010;49(7):784-9.
8. Nguyen CM, Danesh M, Beroukhim K, SORENSON E, ARGENTINA LEON M, KOO J. Psychodermatology: A Review. Pract Dermatol. 2015;4:49-54.
9. Koo JY, Lee CS. General approach to evaluating psychodermatological disorders. Basıc and Clınıcal Dermatology. 2003;25:1-12.
10. Huynh M, Gupta R, Koo JY. Emotional stress as a trigger for inflammatory skin disorders. , 32, 2. 2013;32(2):68-72.
11. Koo J, Lebwohl A. Psychodermatology: The Mind and Skin Connection. American family physician. 2001;64(11).
12. Barankin B, DeKoven J. Psychosocial effect of common skin diseases. Canadian Family Physician. 2002;48(4):712-6.
13. Kimball A, Gieler U, Linder D, Sampogna F, Warren R, Augustin M. Psoriasis: is the impairment to a patient's life cumulative? Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology. 2010;24(9):989-1004.
14. Nowak DA, Wong SM. DSM-5 update in psychodermatology. Skin Therapy Lett. 2016;21(3):4-7.

PSİKODERMATOLOJİK HASTALIKLARIN KLİNİK GÖRÜNÜMÜ

Uzm. Dr. Bahadır GENİŞ

Zonguldak Çaycuma Devlet Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Zonguldak

Deri bedenin en büyük organıdır. Bununla birlikte, çevre ve birey arasındaki sosyal, psikolojik ve metabolik ilişkide işlev görür. Bundan dolayı deri hastalıklarında psikososyal sorunların birlikteliği şaşırtıcı değildir (1).

Deri erken dönemde bağlanmadaki önemli rolü vardır. Bundan dolayı gerilim azaltma davranışlarının veya gerilimin yansıması direkt olarak görülebilir. Örneğin dokunma ve okşanma gibi deriye temaslar insanlarda gerilimi ve stresi azaltır. Bununla birlikte agresif ve dürtüsel bireylerde de deri, kendine zarar verici davranışların ifade edildiği yer olabilir. Duygularını zor ifade edebilen veya İç görüsü az olan kişilerde görülen deri lezyonları psikiyatrik bozuklukların ifadesi için bazen tek yol olabilir (2). Dermatolojik hastalıkların yaklaşık %30'una psikiyatrik bozukluklar eşlik etmektedir. Bu oran çalışmaların örneklem büyüklüğüne, metodolojisine göre değişmektedir (3).

Emosyonel olaylar birçok deri hastalığını önemli ölçüde etkilemektedir. Stresli yaşam olayları ile hastalık alevlenmeleri arasındaki ilişki hem dermatolojide hem de psikiyatride oldukça iyi bilinmektedir. Deri, stres hormonları ve bağışıklık modülatörleri için bir hedef organdır. Nöro-immüno-kutanöz-endokrin (NICE) model, organ sistemleri, nörotransmitterler, hormonlar, sitokinler ve çeşitli geri bildirim döngüleri arasındaki etkileşimi açıklar (3). Bu gruptaki dermatolojik hastalıklarda stres bazen ortaya çıkartıcı bazen de hastalığı şiddetlendirici faktör olarak görülmektedir. Stresör olarak görülen tetikleyicilerin saptanması, psikiyatrik hastalıkların zamanında teşhis ve tedavi edilmesi bu hastalıkların tedavisinde oldukça önemlidir. Deri lezyonları bir ruhsal bozukluğun belirtisi olabileceği gibi bir sonucu da olabilir.

Hastalar dermatologlara saç veya deri ile ilgili belirtilerle başvururlar. Bu belirtilerin önemli bir kısmı ise sistemik ya da ruhsal hastalıklarla yakından ilişkilidir. Deri belirtileriyle ortaya çıkan birincil psikiyatrik bozukluklarda hastalar bilinçli veya bilinçdışı bir şekilde derilerine zarar verirler. Bu hastalar sadece deri belirtilerinin olduğunu ve psikiyatrik bozukluklarının olmadıklarını düşünürler. Bundan dolayı psikiyatrik tedaviye yönlendirmek oldukça zorludur. Bu hastaları psikiyatrik tedaviye yönlendirmek hastalıklarda görülen intiharı ve hastalığın şiddetini azaltacaktır. Temelde güven ilişkisinin bulunduğu bir hasta-hekim ilişkisi bu yönlendirmeyi kolaylaştıracaktır.

Kaynaklar

1. Gupta M (2013) Commentary: psychodermatology. Clin Dermatol, 31: 1-2.
2. Gupta MA (2006) Somatization disorders in dermatology. Int Rev Psychiatry, 18: 41-47.
3. Gupta MA ve Gupta AK (2003) Psychiatric and psychological co-morbidity in patients with dermatologic disorders: epidemiology and management. Am J Clin Dermatol, 4: 833-842.

PSİKODERMATOLOJİK HASTALIKLARIN TEDAVİSİ

Uzm. Dr. Muhammed Hakan AKSU

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

Deri ve beyin embriyolojik olarak ektodermden köken alırlar [1]. Psiko-nöroimmünoendokrin mekanizmalarla yaşam boyunca birbirine bağlı kalmaya ve etkileşime devam ederler [2]. Bir dizi inflamatuar, immun ilişkili ve davranışsal deri hastalıkları psikosomatik faktörlerden etkilmektedir [3]. Psikodermatolojik hastalıklara psikolojik çatışlmalar, depresyon, anksiyete bozuklukları ve sanrısal bozukluk gibi psikiyatrik bozukluklar eşlik edebilmektedir [4]. Bu psikiyatrik bozuklukların tedavisi deri hastalıklarının prognozu üzerine olumlu etkilere sahiptir. Dolayısıyla psikodermatolojik hastalıkların tedavisinde her hasta bireysel özellikleri, psikolojik çatışmalar, psikiyatrik komorbidite açısından değerlendirilmedir. Bireysel ihtiyaca göre tedavi planı ön plana çıkmaktadır [4]. Psikodermatolojik hastalıkların tedavisinde antidepresanlar, antipsikotikler ve anksiyolitik ilaçlar gibi standart psikotrop ilaçların yanı sıra biofeedback, bilişsel davranışçı terapi, ve hipnoz gibi ilaç dışı tedavi seçenekleri mevcuttur. Gerekli durumlarda ilaç kombinasyonları veya ilaç dışı tedavilerin güncel tedaviye eklenmesi düşünülmelidir. İnflamatuar veya otonomik bileşenli deri hastalıkları, stresi azaltan nefes egzersizleri veya bilişsel davranışçı müdahaleler gibi ilaçsız tedavilerden fayda görebilir. Deriyi etkileyen primer psikiyatrik bozuklukların tedavisi sıklıkla deri hastalıklarının iyileşmesi ile sonuçlanır. Deri bozuklukları tarafından tetiklenen anksiyete, ve depresyon gibi sekonder psikiyatrik bozuklukların tedavisi önem arz etmektedir [2]. Psikodermatolojik hastalıkların tedavi süreçlerinde dermatolog ve psikiyatristin yakın işbirliği içerisinde çalışması gerekmektedir [4].

Kaynaklar

1. Koblenzer, C.S., Psychosomatic concepts in dermatology: A dermatologist-psychoanalyst's viewpoint. Archives of dermatology, 1983. 119(6): p. 501-512.
2. Shenefelt, P.D., Update on psychodermatological disorders. Expert Review of Dermatology, 2010. 5(1): p. 95-107.
3. Panconesi, E., Psychosomatic factors in dermatology: special perspectives for application in clinical practice. Dermatologic clinics, 2005. 23(4): p. 629-633.
4. Turan, Ş. and M. Özmen, Psikodermatolojik Hastalıklarda Tedavi Modelleri. Archives of the Turkish Dermatology & Venerology/ Turkderm, 2010. 44.

AKUT DİSTONİ VE PARKİNSONİZMDE TEDAVİ YAKLAŞIMI

Uzm. Dr. Medine GIYNAŞ AYHAN

Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Konya

Antipsikotik ilaçlar psikiyatride sık kullanılan ilaçlardandır. Bu ilaçların en sık görülen yan etkilerinden biri hareket bozukluklarıdır. Bu yan etkiler antipsikotiklerin ekstrapiramidal motor sistem üzerine olan etkileri nedeni ile ortaya çıkarlar.Ekstra piramidal belirtiler hastada yoğun sıkıntıya, tedaviye uyumsuzluğa ve yeti kaybına neden olabileceğinden ve nadiren de olsa yaşamı tehdit edebileceğinden erken tanı ve tedavisi önemlidir.

Akut distoni, çoğunlukla yüksek potensliantipsikotiklere bağlı olarak kas gruplarının tonik ve uzun süreli kasılmalarıdır. Ani başlangıçlı, ağrılı ve hasta ve yakınlarını rahatsız edici olabilen bir tablodur. Genellikle antipsikotik ilaç başlanması veya doz artırılmasından sonraki ilk 3 günde ortaya çıkar. En yaygın olarak ağız, dil, boyunda ve daha az sıklıkla gövdede, gözlerde ve ekstremitelerde görülür. Antipsikotik alan hastaların %10 kadarında görülebilir. Genç yaşta ve erkek cinsiyette olmak, kokain kullanımı ve akut distoni öyküsünün bulunması risk faktörlerindendir. Çoğunlukla ağrılı ve şiddetli kasılmaların olması hızlı tedavi gerektirir. Tedavide biperiden, difenhidramin, benztropin kullanılabilecek seçeneklerdir. Akut laringeal distoni hava yolu tıkanıklığı nedeniyle hayatı tehdit edebilir ve acil müdahale gerekir.

Antipsikotik kullanımına bağlı parkinsonizmtipik olarak bradikinezi, rijidite ve tremor ile karakterizedir. Bu belirtilerin yanında ağızdan salya akması, yutmada zorluk, kas ağrıları, postürde ve yürüyüşte öne eğiklik, posturalinstabilite, apati, bilişsel yavaşlama ve maske yüz de görülebilir. Antipsikotiklerin bazal gangliyonlardaki D2 reseptörlerini bloke etmesine bağlı olarak dopamin-asetilkolin dengesinde olan bozulma sonucunda ilk haftalar içinde ortaya çıkar. İleri yaş ve kadın cinsiyet risk faktörlerindendir. İlaca bağlı parkinsonizmde belirtiler tek taraflı, iki taraflı simetrik ya da asimetrik olabilir. İdiopatikparkinsonizmde ise belirtiler asimetrik olarak başlama eğilimindedir. Tedavide ilaç dozunun azaltılması, düşük potensli başka bir ilaca geçilmesi, antikolinerjik etkili bir ajan eklenmesi (biperiden, bornaprin, difenhidramin, benztropin) ve gerekirse klozapine geçilmesi kullanılabilecek yöntemlerdendir.

AKATİZİDE TEDAVİ YAKLAŞIMI

Ali Metehan ÇALIŞKAN

Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Konya

İlaca bağlı akut akatizi DSM-5'te, bir ilaca (nöroleptik gibi) başlandıktan, ilacın dozunu artırdıktan ya da ekstrapiramidal belirtileri tedavi etmek için kullanılan ilacın dozunu azalttıktan sonra, birkaç hafta içinde gelişen, öznel huzursuzluk yakınmalarının yanı sıra sıklıkla gözlenen aşırı devinimlerdir (örn. bacakların yerinde duramama devinimleri, bir ayağını, sonra diğer ayağını sallanma, adımlayıp durma, oturamama ya da kıpırdamadan duramama) olarak tanımlanmıştır (1). Akatizi, dopamin-reseptör antagonistleri olan antipsikotik ilaçların kullanımı ile sıklıkla ilişkilidir. İnsidansının %21 ile %75 (haloperidol: %24.8; klorpromazin: %15.9, ikinci kuşak antipsikotiklerle %3,3-%16.4), prevalansının da %20 ile %35 arasında değiştiği bildirilmektedir (2).

APA, antipsikotiklere bağlı akatizisi olan hastalar içini antipsikotik ilacın dozajını düşürmeyi, başka bir antipsikotik tedaviye geçmeyi, benzodiazepin eklemeyi ve beta-adrenerjik bloker eklemeyi önermektedir. Ayrıca akatizinin önlenmesine standart bir titrasyon programı ve ikinci kuşak antipsikotiklerin tercih edilmesi yararlı olabilir. Propranolol, benzodiazepinler, biperiden, mirtazapin, mianserin, amantadin, difenfidramin, tetrabenazin, trazodon ve vitamin B6 yararlı olabilmektedir.

Non-selektif bir beta-adrenerjik antagonisti olan propranolol, antipsikotiklere bağlı ortaya çıkan akatizi için en çok çalışılan ilaçtır. Yedi çalışmanın altısında plaseboya göre etkin bulunmuştur. Antikolinerjikler de akatizinin kontrolü amacıyla kullanılabilse de literatürdeki destekleyici bilgiler azdır ve ilk basamak tedavi seçeneği olarak kabul edilmemektedir. Son zamanlarda yalnızca 5HT2A antagonistleri ulaşılabilir olmamakla birlikte 5HT2A antagonizmasına sahip olduğu düşünülen ritanserin, siproheptadin ve mianserinin de akatizinin tedavisinde etkin olduğunu bildir. Mirtazapinin plasebo ve propranolol ile karşılaştırıldığı kontrollü bir çalışmada; akatizinin tedavisinde ilk sıra tedavi seçeneği olabileceği bildirilmiştir (3). Akatizi tedavisi için mirtazapin haricinde 5HT2A antagonistlerinin kullanımını destekleyen sınırlı kanıtlar vardır.

B6 vitamini, dopamin, serotonin ve GABA dahil olmak üzere çeşitli nörotransmitterin sentezi için metabolik reaksiyonlarda bir kofaktör görevi görür. Antipsikotik kaynaklı akatizi tedavisi için B6 vitamini ile plaseboyu karşılaştıran yayınlanmış 2 çalışma mevcut. Her iki çalışma da Barnes Akathisia Derecelendirme Ölçeğinde plaseboya göre B6 vitamini ile önemli bir iyileşme bildirmiştir (4).

Kaynaklar

1. Amerikan Psikiyatri Birliği (APA). Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı,Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı (E Köroğlu Çev). Ankar: Hekimler Yayın Birliği; 2013a.
2. Janno, S.; Holi, M.; Tuisku, K.; Wahlbeck, K. Prevalence of neuroleptic-induced movement disorders in chronic schizophrenia inpatients. Am. J. Psychiatry, 2004, 161(1), 160-163.
3. Poyurovsky M, Pashinian A, Weizman R, Fuchs C, Weizman A. Lowdose mirtazapine: a new option in the treatment of antipsychoticinduced akathisia. A randomized, double-blind, placebo- and propranolol-controlled trial. Biol Psychiatry. 2006;59:1071-7.
4. Miodownik C., Lerner V. Vitamin B6 in treating mood and related disorders. In: Lerner V., Miodownik, C. (eds). "New Hope for Mental Disturbances". Nova Science Publishers, Inc. New York, 2009, pp.57-66.

TARDİF DİSKİNEZİ VE DİĞER TARDİF SENDROMLARDA TEDAVİYE YAKLAŞIM

Uzm. Dr. Şenay YILDIZ BOZDOĞAN

Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Konya

Tardif diskinezi (TD) sıklıkla orabukkal bölgede gözlenen ancak boyun, gövde ve ekstremiteleri de tutabilen, istemsiz ve tekrarlayıcı hareketlerden oluşan, kişinin yaşamını önemli derecede etkileyen bir hiperkinetik hareket bozukluğudur. Uzun yıllardır kullanılmakta olan antipsikotik ilaçların kullanımının yaygınlaşması ile ortaya çıkan en önemli yan etkilerinden birisidir. Klasik TD, sıklıkla oro-fasiyal, bukkal ve dil bölgesinde tekrarlayan hareketleri tanımlamak için kullanılır ancak kore, miyoklonus, distoni ve anormal yürüyüşleri de içeren çeşitli anormal hareketlerle de ortaya çıkabilir.

Tardif diskinezinin yıllık insidansının %2 ile %5 arasında olduğu tahmin edilmektedir. Bir çalışmada tipik antipsikotik kullananlarda TD oluşumu sıklığı %32.4, atipik antipsikotik kullananlarda ise bu oran %13.1olarak bildirilmiştir.

Uzun süre antipsikotik kullanımı sonucu ekstrapiramidal belirtilerin görülmesi, antikolinerjik ilaçların kullanımı, organik beyin hasarı, zekâ geriliği, şizofreninin negatif belirtilerinin olması, duygudurum bozuklukları, sigara, alkol ve madde kullanımı, diyabetes mellitus, HIV pozitifliği, malnütrisyon ve vitamin eksiklikleri TD açısından risk faktörleri olarak belirtilmektedir.

TD patofizyolojisinde, dopaminerjik aşırı duyarlılık, dopaminerjik ve kolinerjik sistemler arasındaki denge bozukluğu, GABAerjik, nigrostriatal nöronların işlevlerinde bozulma ve oksidatif strese bağlı ortaya çıkan yapısal anormallikler yer almaktadır.

TD tedavisinde altın standart olan bir yöntem bulunmadığından, koruyucu önlemler alarak ve başlangıç belirtilerini tespit ederek TD gelişmesini önlemek önemlidir. Antikolinerjik ilaç kullanıyor ise kesilmelidir. Antipsikotik ihtiyacı değerlendirilmelidir. Kullanılan antipsikotik etkinlik, dozaj ve yan etki profili açısından değerlendirilmeli, atipik bir antipsikotik ajana mümkünse ketiapin veya klozapine geçilmelidir. İlaç düzenlemesine rağmen belirtileri devam eden olgularda antidiskinetik ajanlar tedaviye eklenebilir. Gingko biloba, krosin, vitamin E, melatonin, selejilin, vitamin B6 gibi serbest oksijen radikallerini azaltan antioksidanlar, levetirastem, pirasetam, klonazepam gibi GABA'erjik ajanlar, propranolol, amantadin ve dallı zincirli aminoasitler kullanılabilir. Dirençli olgularda, artmış dopaminerjik aktiviteyi azaltan tetrabenazin, valbenazin, deutetrabenazin tedaviye eklenebilir. Oromandibular ve blefarospazm gibi fokal olgularda BOTOX alternatif bir tedavi yöntemidir. EKT, DBS gibi tedavi protokolleri de uygulanabilmektedir.

NÖROLEPTİK MALİGN SENDROM TEDAVİSİNDE GÜNCEL YAKLAŞIMLAR

Dr. İsmet Esra ÇİÇEK

Konya Eğitim Araştırma Hastanesi, Beyhekim Psikiyatri Kliniği, Konya

Nöroleptik malign sendrom (NMS) antipsikotik kullanımına bağlı nadir görülen, idiyosenkratik ve ciddi bir yan etkidir. Musküler rijidite, tremor, hipertermi, otonom sistem disregülasyonu, bilinç değişikliği, lökositoz ve kreatinin kinaz (CK) yükselmesi ile karakterizedir. Gerekli takip ve tedavisi yapılmadığında ölümcül olabilir veya sekel bırakabilir.

Patogenezinde nigrostriatal yolak, mezokortikal yolak ve hipotalamik nükleustaki dopamin (D2) reseptörlerinin blokajının rol oynadığı düşünülmektedir.

Birinci kuşak antipsikotiklerin kullanımı, ikinci kuşak antipsikotiklere göre NMS riski ile daha yakından ilişkilidir. İkinci kuşak antipsikotiklere bağlı NMS tabloları atipik seyirli olabilir, şiddeti ve letalite riski daha düşüktür.

NMS ile ilgiili diğer risk faktörleri dehidratasyon, hiponatremi ve diğer elektrolit dengesizlikleri, fiziksel tespit, mental retardasyon, affektif bozukluk, geçmişte NMS öyküsü, antipsikotik tedavinin parenteral yolla uygulanması ve hızlı doz artışı şeklinde sıralanabilir.

Ayırıcı tanıda malign hipertermi, intrakranyal kitle, santral antikolinerjik sendrom, santral sinir sistemi enfeksiyonları, serotonerjik sendrom ve intoksikasyonlar göz nünde bulundurulmalıdır.

Bu sunumda NMS etyolojisi, epidemiyolojisi ve kliniği ile ilgili literatür bilgisi gözden geçirilecek ve güncel tedavi yaklaşımları tartışılacaktır.

NEDEN POLİFARMASİ?

Doç. Dr. E. Erdal ERŞAN

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

Bu konudaki araştırmalar yetersiz olmakla birlikte, klinik deneyimlere dayanarak yapılan çoklu ilaç (polifarmasi) uygulaması, uzun zamandır ruh hekimliğinde sık kullanılan bir tedavi şeklini almıştır.

Psikiyatrik Hastalıklarda Polifarmasi Nedeni Olabilecek Durumlar:

- Hastalıkların süregen seyri,
- Tedaviye direnç karşısında ilaç tedavisinden alınan sonuçların sınırlı oluşu,
- İlaç yan etkileri,
- İlaç etkisini güçlendirme isteği,
- Yeterli dozda tek ilaç uygulamama, Araştırmalar ne yazık ki yeterli doz ve sayıda tekli ilaç denemesi yapılmadan çoklu ilaç kullanımına geçildiğini göstermektedir.
- Klinik tabloya egemen olmada aceleci davranma,
- Belirti şiddetine bağlı (psikotik) kaygının doğurduğu zorluklar,
- Hastane yatışını kısaltmaya çalışma

Ancak unutulmamalıdır ki polifarmasi, (a) advers etkilerde artış ve daha da önemlisi ortaya çıkan istenmeyen olayların hastalıktan mı, kullanılan ilaçlardan mı, ilaçlardan ise hangisinden olduğunun ayırt edilmesinde güçlük, (b) ilaç-ilaç etkileşmeleri, (c) maliyette artış, (d) hastanın tedaviye uyumunda zorluk ile (d) morbidite ve mortalitede artış gibi birçok önemli sakıncayı da içinde barındırıyor.

Neler yapılmalıdır?

- Hastalar en az ilaç ve en düşük maliyet ile etkili ve güvenli bir şekilde tedavi edilmeli,
- Etkinliği ve güvenliği henüz kanıtlanmamış kombinasyonlardan kaçınmalı, en iyi bilinen ve en iyi tanınan ilaçlara öncelik verilmeli,
- Tedavi algoritmaları ve kılavuzlar yakından izlenilmeli,
- Bilgiler sürekli güncellenmeli
- Tek bir müstahzarda toplanmış belli ilaç kombinasyonlarının, psikiyatri özelinde geliştirilmesi ve kullanılması,
- Hekimleri kolayca çoklu ilaç uygulamasına yönlendiren nedenler iyi araştırılmalı ve riskleri olan bu uygulamadan kaçınmaları için daha dikkatli olmalarını sağlamaya yönelik eğitimlere ağırlık verilmelidir.

ŞİZOFRENİ VE PSİKOTİK BOZUKLUKLARDA POLİFARMASİ

Uzm. Dr. Fatma ÇOKER

Samsun Ruh Sağlığı Hastalıkları Hastanesi, Pelitköy Toplum Ruh Sağlığı Merkezi, Samsun

Polifarmasi ya da çoklu ilaç kullanımı , birden fazla ilaç kullanımı olarak tanımlamakta ve psikiyatrinin tüm alanlarında olduğu gibi, psikotik bozukluklar ve şizofreni tedavisinde de tercih edilmektedir. Psikiyatride çok sayıda ilacın birlikte kullanımı hem ülkemizde hem de tüm dünyada hızla yaygınlaşan bir uygulama haline gelmiştir. Psikiyatrik hastaların tıbbın diğer branşlarına başvuran hastalardan daha fazla sıklıkta birden çok ilaç kullandığı görülmektedir. Yapılan çalışmalarda psikotik bozukluk vakalarında, monoterapiye göre daha hızlı ve daha etkin tedavi elde etmek amacıyla %60'ye varan oranlarda çoklu ilaç kullanımı olduğu bildirilmiştir.

Pek çok tedavi klavuzu şizofrenide monoterapiyi önermesine karşın, klinik pratikte; hastalığın kronik seyri, tedaviye direnç karşısında tedaviden alınan sonuçların sınırlı oluşu ve ilaç tedavisi dışındaki olanakların yetersizliği gibi nedenlerle antipsikotik ilaçlar sık olarak birlikte kullanılmaktadır. Tedaviye direnç sorunu, klinisyenleri yeni çıkan antipsikotikleri denemeye ve birlikte kullanmaya yönlendirmektedir. Ancak polifarmasinin etkinliği ve güvenilirliğine dair yeterince klinik çalışma olmadığından, bu uygulamalarda da kanıtlardan çok hekimlerin kişisel deneyimi ön plana çıkmaktadır.

Şizofreni ve psikotik bozuklukların tedavisinin sonuçları değerlendirilirken, hastanın daha bütüncül bir yaklaşımla ele alınması gerekmekte; depresyon ve anksiyete bulguları, bilişsel işlevler, beden sağlığı, ekstrapiramidal yan etkiler, hastaneye yatış sayısı, hastanede geçirilen süre, yaşam kalitesi ve üretkenlik gibi unsurlar da dikkate alınmalıdır.

Sunumda, şizofreni ve psikotik bozukluklarda uygulanan ''polifarmasi'' kavramının tüm yönleriyle tartışılması, bu alanda yapılmış güncel çalışmaların gözden geçirilmesi ve ilaç tedavisinin yanında psikososyal ve destekleyici rehabilitasyon hizmetlerinin öneminin vurgulanması hedeflenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Polifarmasi, antipsikotikler, şizofreni ve psikotik bozukluklar

Kaynaklar

1. Ersan EE, Yıldız M. Antipsychotic Use Pattern in People with Psychotic Disorder Living in Board and Care Facilities. Arch Neuropsychiatr 2015; 52: 145-50.
2. Akkişi Kumsar N, Dilbaz N. Şizofrenide antipsikotik polifarmasi uygulamaları:Bir gözden geçirme. NPAKADEMİ. 2012; 1(1):28-37.
3. Albayrak-Özalmete O, Ceylan ME, Özalmete O, Efe Sevim M. Yatan Şizofreni Hastalarında Çoklu Antipsikotik Kullanımı. Nöropsikiyatri Arşivi 2010; 47(1): 23-8.

DUYGUDURUM BOZUKLUKLARINDA POLİFARMASİ

Uzm. Dr. Aydın KURT
Niğde Devlet Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Niğde

Bipolar bozukluk (BB) manik, depresif, mikst ve ötimik dönemlerle seyreden tekrarlayıcı, hastanın sosyal ve mesleki işlevselliğini etkileyebilen ruhsal bir hastalıktır. Polifarmasi ise en genel tanımıyla bir hastalığın tedavisi için birden fazla ilaç kullanılması olarak tanımlanabilir. BB'un seyrinde çok farklı belirtiler olan dönemlerin görülmesi, akut dönemde belirtilerin yatıştırılması ve uzun dönemde hastalığın tekrarlamasını önlemek için farklı tedavi stratejileri gerekmesi ve BB ile anksiyete bozukluğu, alkol ve madde bağımlılığı komorbiditesinin sık görülmesi sebebiyle günümüzde polifarmasinin sıklıkla uygulandığı bir ruhsal hastalıktır.

BB'ta polifarmasi, tedavi uyumunun bozulmasına yol açan kilo alımı ve sedasyon gibi yan etkilerin artmasına ve tedavi maliyetinin artmasına yol açabilir. Fung ve arkadaşlarının (2019) yaptığı, 482 BB hastasının dahil edildiği çalışmada, hastaların %43'ünün 3 ve daha fazla ilaç kullandığı, bu durumun tedavi uyumunu bozan bir faktör olduğu ve tedavi uyumu bozuk olanlarda tedavi cevabının daha kötü olduğu, ancak yan etki sıklığını monoterapiye göre arttırmadığı anlaşılmıştır. Yapılan çalışmalarda daha belirgin depresif belirtileri olan, daha önce intihar girişiminde bulunan ve komorbid anksiyete bozukluğu bulunan BB hastalarında daha fazla polifarmasi uygulandığını göstermiştir. Bu konuyla ilgili yapılan çalışmalarda çelişkili sonuçlar olmasına rağmen, BB'ta iki duygudurum düzenleyicinin (DD) veya DD ile atipik antipsikotik kombinasyonunun monoterapiden daha etkili olduğu çok sayıda çalışmada gösterilmiştir (Fagiolini, 2015).

Unipolar Depresyonda (UD) duygudurum, anksiyete, davranışsal ve bilişsel belirtilerin bir arada görülebildiği ve anksiyete spektrum bozukluklarıyla sıklıkla birlikte seyreden bir duygudurum bozukluğudur. Gerek semptom çeşitliliği gerekse diğer psikiyatrik hastalıklarla komorbiditesinin fazla olması nedeniyle UD'da polifarmasi tüm dünyada yaygın bir şekilde uygulanmaktadır. Nitekim; Japonya'da 7000'den fazla yeni başlangıçlı UD tanılı hastanın katılımıyla yapılan çalışmada, hastaların sadece %12'sine tek bir antidepresan ilaçla monoterapi başlandığı, bir yılın sonunda bu oranın %3'e düştüğü, %37 ile en sık kombinasyon stratejisinin antidepresan ve benzodiazepin olduğu gösterilmiştir (Onishi, 2013). UD'da polifarmasi akılcı bir şekilde yapıldığında hayat kurtarırken, akılcı olmayan bir şekilde yapılırsa yan etkilerin artmasına, tedavi uyumunun bozulmasına ve tedavi maliyetlerinin artmasına yol açabilmektedir.

ANKSİYETE VE DİĞER RUHSAL BOZUKLUKLARDA POLİFARMASİ

Dr. Öğr. Üyesi Deniz DENİZ ÖZTURAN

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

Psikiyatride polifarmasi prevalansı %13-%90 arasında değişmekte ve psikiyatri kliniklerinde çoğu ruhsal hastalık için uygulanmaktadır. 1980 yılı öncesinde psikotrop ilaçların monoterapi olarak uygulanma oranı yüksekken; zamanla bu oran azalmış, polifarmasi uygulama oranı ise artmıştır. Polifarmasinin yaygın kullanıldığı ruhsal hastalıklar; şizofreni ve diğer psikotik bozukluklardır. Anksiyete bozukluklarında polifarmasi diğer ruhsal hastalıklara göre daha az olmakla birlikte, psikiyatri kliniklerinde sık uygulandığı bilinmektedir. Anksiyete bozukluklarında ilk seçenek ilaç tedavileri serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI) ve serotonin noradrenalin geri alım inhibitörleri (SNRI) olmakla birlikte bazı durumlarda tedaviye başka ilaçlar eklenebilmektedir. Tedaviye direnç, uyku bozuklukları ve hastalıktaki anksiyete düzeyinin şiddetli olması gibi durumlar polifarmasi nedenleri olarak sayılabilir. Anksiyete bozukluklarında genelde kullanılan polifarmasi, SSRI ve benzodiazepin birlikte kullanımıdır. Obsesif kompulsif bozukluk (OKB) tedavisinde de ilk basamak tedavisi olarak SSRI grubu ilaçlar kabul edilmektedir, ancak buna karşın SSRI ile tedavi edilen hastaların yaklaşık yarısında tedavi direnci görülebilmektedir. OKB tedavisinde polifarmasi sıklıkla tedaviye direnç durumunda uygulanmaktadır. Posttravmatik stres bozukluğu (PTSB) tedavisinde polifarmasi genellikle hastalıkta gözlenen uyku bozukluklarında uygulanmakta, ayrıca tedaviye direnç durumlarında da kullanılan tedaviye ek ilaçlar eklenmektedir. Polifarmasi uygulanırken hastanın tedaviye uyumu ve ilaç etkileşimleri dikkate alınmalı; hastalığın şiddetinde azalmanın sağlanması ve hastanın işlevselliğinin artması amaçlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Polifarmasi, Anksiyete bozuklukları, Obsesif kompulsif bozukluk

Kaynaklar

1. Patterson B, Van Ameringen M. Augmentation Strategies for Treatment-Resistant Anxiety Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. Focus (Am Psychiatr Publ). 2017 Apr;15(2):219-226.
2. Albert U, Marazziti D, Di Salvo G, Solia F, Rosso G, Maina G.A. Systematic Review of Evidence-based Treatment Strategies for Obsessive- compulsive Disorder Resistant to first-line Pharmacotherapy. Curr Med Chem. 2018;25(41):5647-5661.
3. Lipinska G, Baldwin DS, Thomas KG. Pharmacology for sleep disturbance in PTSD. Hum Psychopharmacol. 2016 Mar;31(2):156-63.

YAN ETKİLER AÇISINDAN POLİFARMASİ

Uzm. Dr. Ender KAYA

Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Birimi, İstanbul

Polifarmasinin olumlu etkilerinin olduğuna dair bilgiler kısıtlı iken yan etkilerine ait araştırmalar gittikçe artmaktadır. Polifarmasi; yan etki ve ilaçlar arası etkileşim riskinde, tedavi maliyetinde, hospitalizasyon gereksiniminde, medikal tedaviye uyumsuzluk oranlarında ve buna bağlı gelişen problemlerde artışa neden olmaktadır.

Polifarmasi, çeşitli farmakodinamik ve farmakokinetik etkileşimlere yol açabilir. Bir ilaç, başka bir ilacın emilimini, vücut içindeki dağılımını veya metabolizmasını veya atılımını etkileyebilir, böylece diğer ilaçların kan seviyelerini değiştirebilir

İlaç etkileşimleri 3 temel nedene bağlı olarak değişir.

1. İlaçla ilgili nedenler

a) Farmakokinetik etkileşmeler
   - Emilim düzeyinde etkileşmeler
   - Dağılım düzeyinde etkileşmeler
   - Taşıyıcı proteinler ve ilaç etkileşmeleri
   - Metabolizma düzeyinde etkileşmeler

b) Farmakodinamik etkileşmeler

c) İdiosinkratik etkileşmeler

2. Hasta ile ilgili nedenler

3. Epidemiyolojik etkenler

Farmakokinetik etkileşim;

Farmakokinetik etkileşim vücudun ilaç üzerinde neler yaptığını tanımlarlar ve ilaçların emilmesi, dağılması, metabolize olması ve vücuttan atılması ile ilişkilidirler. Bu farmakokinetik özellikler, ağırlıkla karaciğer P450 enzim sistemi sayesinde düzenlenirler.

Farmakodinamik etkileşimler

Birlikte kullanılan iki ilaçtan birisinin etki mekanizması diğerinin etki mekanizmasının ortaya çıkardığı etkileri artırır veya azaltırsa, farmakodinamik etkileşimden söz edilir. O halde bu tür etkileşimler biyolojik olarak aktif (reseptör) yerlerde ikinci bir ilacın etkisinin sonucu olarak bir ilacın farmakolojik etkilerinde ortaya çıkan değişiklikleri kapsar.

Psikiyatrik ilaç reçete edilmeden önce ve özellikle polifarmasiyi düşünürken bir bireyin klinik tanısı iyice değerlendirilmelidir. Klinisyenler hangi ilacın daha önce başarılı ve hangilerinin başarısız olduğunu belirlemek için hastanın geçmiş ilaç kullanımını gözden geçirmelidir. Geçmiş denemeleri gözden geçirirken, klinisyenler ilacın etkisini değerlendirmek için monoterapinin dozunu ve süresini dikkate almalıdır. Birden fazla ilaç reçete ederken ilaç etkileşimlerini düşünmek ve hastayı dikkatle izlemek çok önemlidir.

ZİHİN KURAMI: GELİŞİMSEL BİR BAKIŞ

Uzm. Psk. Taner AKBAŞ

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

Zihin kuramı bir insanın dünya ile ilgili yanlış bir kanıya sahip olabileceğini anlama ön fikriyle tanımlanmıştır. Zihin, yapısı gereği dünyanın kopyası olmadığı için dünya ile ilgili yanlış önermelere ev sahipliği yapabilir. Gelişimsel açıdan zihin kuramının hiç olmadığı gibi görünen bir zihinsel durumdan tamamen gelişmiş bir duruma nasıl geldiği önemli hale gelir. Bu durumda zihin kuramının nasıl bir beceri olduğu; başka hangi becerilere bağlı ve hangi becerileri etkilediği soruları önem kazanır. Çünkü görünüşe göre sadece sosyal bir biliş olmadığı gibi oldukça temel zihinsel becerilerle (zihinsel temsillerin yapısıyla) de ilişkili görünmektedir. Bildiğimiz kadarıyla zihin kuramını ölçmeye yönelik görevlerde zorlanan çocuklar herhangi bir zihnin yanlış kanısı olmadan ve hatta bir zihin tümden söz konusu olmadığında da aynı zorlukları yaşamaktadır. Örneğin karşı olgusallık (counter factuality), görevleri zihin kuramı görevlerinin birisinin yanlış kanısı olmadan sorulması ile ilgili temel bir fenomenle ilgilidir. Zihin kuramı görevi, dünyanın bir değişimden sonraki halini bilmeyen birinin dünya ile ilgili nasıl düşüneceğini bilmekle ilgiliyken; karşı olgusallık görevi "eğer o değişim olmasaydı dünya nasıl olurdu?"'yu bilmekle ile ilgilidir. Diğer yandan çocukların bir kart destesinin bir kurala göre dizerken başka bir kurala göre dizmeleri istendiğinde de zihin kuramı becerilerine benzer zorluklar gösterirler. Perspektif alma görevleri de benzer biçimde zorluk yaşanan görevlerdir. Hatta nedensel akıl yürütmede önemli bir yere sahip olan bloklama da çocuklar tarafından benzer örüntüler gösterir. Bu sunumda zihin kuramının ne kadar sosyal bir beceri olduğu ve hangi becerilerle ilgili olduğu tartışılacaktır.

KARAR VERME VE SOMATİK İŞARETLEYİCİLER

Psk. Hasan DEMİRCİ

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

Karar verme, bir çok seçenek arasından avantajlı tepkiyi seçme yeteneği olarak tanımlamaktadır. Karar verme sürecinde, kesinliği belli olan durumlarda bir takım mantıksal analizler yapılır, pek çok kişi kesin ve kolay karar almaktadır. Belirsiz durumlarda ise, seçimlerin sonuçları belirsizdir; avantajlı ya da dezavantajlı olabilir. Bir çok teorisyen, belirli yada belirsiz durumlarda karar verme davranışının bilişsel bir süreç ve duygudan yoksun olduğunu düşünmüştür. Karar verme sürecinde ortaya çıkan duygusal durumun karar vermeyi yönlendirebildiğini ortaya koyan çalışmalar da mevcuttur. Damasio ve Bechara'nın geliştirmiş oldugu somatik işaretleyici hipotezi, somatik işaretleyicilerin karar verme davranışını örtük bir şekilde yönlendirdigini savunur. Somatik işaretleyiciler, dikkati, bir eylemin olası olumsuz sonucuna yönlendirir. Bu eylemi eleyerek, daha az seçenek arasında seçim yapmayı sağlayarak isabetli ve verimli karar almayı sağlar. Dikkati belirli bir eylemin yol açabileceği olumsuz sonuca yönelmeye zorlar ve otomatik bir sinyal gibi çalışır. Otomatik sinyal kişiyi daha fazla ileri gitmeden gelecekteki zararlara karşı korur, sonra da daha az sayıdaki seçenek arasından seçim yapmayı sağlar.

SOSYAL NÖROBİLİM PENCERESİNDEN AYNA NÖRONLAR VE EMPATİ

Uzm. Dr. Bekir Alp KAMAZOĞLU

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

Bir yanda hikayesi 80'li yıllarda makak maymunlarının beyninde keşfedilmesiyle başlayan ve 90'lı yıllarda aynı nöronların insan beyninde Broca alanında da yer aldığının saptanmasıyla birlikte literatürde farklı bir düzleme yerleşen ayna nöronlar; bir yanda Baron-Cohen'in 70'lerin sonunda tartışmaya açılan zihin kuramı meselesini otizmli bir çocuğun zihin kuramına sahip olup olmadığı sorusu yıllar içerisinde birlikte hareket etmeye başlamış ve tartışmayı klinik alana taşımıştır. Son yıllarda sosyal nörobilim konusunda en çok tartışılan ve popülerliği günden güne artan zihin kuramı için bugünkü genel tanım daha çok diğerlerinin bilgi, duygu, inanç, niyet ve zihinsel durumlarını anlama becerisidir. Başkalarının eylemlerini izlerken niyetlerini anlamak, sosyal davranışların temel yapı taşlarından biridir. Bu yeteneğin altında yatan sinirsel ve fonksiyonel mekanizmalar hala tam olarak anlaşılamamış olmakla birlikte günümüzde bu sorunun cevabına ulaşmak için çokça çalışma yapılmıştır. Bu sunumda ayna nöron-zihin kuramı-empati birlikteliği ve psikopatoloji ile ilişkisinin irdelenmesi amaçlanmaktadır.

1920-1960 ARASI: ENCEPHALİTİS LETHARGİCA'DAN, CERRAHİ UYGULAMALAR VE İLK PSİKOTROP İLAÇLARIN KEŞFİ

Dr. Öğr. Üyesi Yasemin TAŞ TORUN

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

Başlıca obsesyon ve kompulsiyonların oluşturduğu, üç yüzyılı aşkın zamandır bilinen hastalık tablosu, tarihsel süreçte pek çok araştırmacının ilgi odağı olmuştur. Bunlardan özel önem taşıyanları 1838'de Esquirol'ün sözünü ettiği monomaniler ve içgörülü delilik, 1864'te Falret'nin tanımladığı folie de doute (tereddüt manisi/deliliği), 1945'te Fenichel'in tanımladığı obsesif kompulsif nevrozdur. Obsesif kompulsif görüngüler klasik anlamda Freud'un (1957) terimi kullanış şekliyle nevrotik olarak adlandırılsa da, erken dönemlerdeki tanımlar bu semptomların psikotik ve nörolojik durumlarla yakın bağlantıları olduğu şeklindedir. İlk nörolojik temelli OKB tanımı, 1916'da Constantin von Economo'nun ciddi influenza enfeksiyonları sonrası bazal gangliyonlarda yapısal hasar oluşan hastalardaki, postensefalitik Parkinson hastalığı üzerine olan tezinden kaynaklanmaktadır. Von Economo, bu hastalarda kompulsif doğadaki motor tikler ve ritüel benzeri davranışlardan bahsetmiştir. Bu olguların tıpkı OKB hastalarındaki gibi, istemedikleri halde bazı davranışları yerine getirmekte oldukları ve davranışları üzerinde kontrol kaybı yaşadıkları gözlenmiştir. Bu bulgudan yola çıkarak OKB hastalarında bazal gangliyonların işlevleriyle ilgili bozulma olduğu önesürülmüştür. OKB'de nöroanatomi çalışmalarının bir başka boyutu da psikocerrahi uygulamalarıdır. Bu alanda en önemli çalışmalardan biri 1930'lu yıllarda Egaz Moniz tarafından yapılan ve 1949 yılında Nobel ödülü alan "lobotomi" çalışmasıdır. OKB tedavisinde kullanılan psikotrop ilaçların tarihsel sürecine bakıldığında, bu alandaki ilk çalışmaların özellikle şizo-obsesif hasta grubunda klorpromazin tedavisinin obsesif belirtiler üzerine olan etkilerine odaklandığı gözlenmiştir.

Bu sunumda, OKB' de nöroantomik çalışmaların tarihsel sürecinin değerlendirilmesi, ilk cerrahi uygulamalardan örnekler sunulması ve ilk psikotrop ilaçların gözden geçirilmesi planlanmıştır.

1960'LARDAN 1990'LARA: HAYVAN MODELLERİNİN OLUŞTURULMASI, PET CT VE FMRI'IN İCADI

Dr. Melike GÜVELİ BOZKURT

Ağrı Devlet Hastanesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, Ağrı

Psikotropların keşfiyle birlikte obsesif kompulsif bozukluk (OKB) dahil olmak üzere bütün psikiyatrik hastalıklar için yeni bir dönem başlamıştır. Klomipraminin OKB tedavisindeki etkinliğinin serotonin hipotezi ile açıklanması ise sonraki süreçler için basamak olmuştur (1).

OKB'de hayvan çalışmaları ise obsesyonların düşünsel olması ve hangi hareketin kompülsiyon olduğu konusundaki belirsizlik ve bozukluğa özgü bir hayvan modelinin olmayışı nedeniyle uzunca bir süre yapılamamıştır (2). Primatlarla çalışma yürüten Mishkin'e göre, primatlar iki ana nöral sistemden oluşmaktadır (3, 4). Birincisi filogenetik olarak daha primitif olan ve bazal gangliyonları da içeren kortiko-striato-pallidal sistem; ikincisi ise hafıza ile ilişkili olan kortiko-limbo-diensefalik sistemdir. Devenport ve arkadaşlarına göre ise hipokampus davranışlardaki çeşitliliği sağlamaktadır ve işlevlerindeki azalma amaca yönelik davranışların yerini streotipik davranışların almasına neden olmaktadır (5). Hipokampus ve amigdalanın çıkarılması gibi bellek ile ilgili sistemlerin hasarlanmış olduğu primatlarda, davranış paterninin stimulus-yanıt şeklindeki non-kognitif öğrenme biçimine dönüşmekte olduğu görülmüştür (4).

70li yıllardan itibaren kognitif teorilerde de gelişme gözlenmiştir. 1968 yılında Atkinson ve Shiffrin tarafından kısa ve uzun süreli bellek tanımlarının yapılmasının ardından (6), bir bilginin dikkate değer olup olmadığının belirlenebilmesi için ayrı bir bölümün olması gerektiği düşünülerek işlem belleği (working memory) tanımlanmıştır (7). İşlem belleği ile yakın ilişki içinde olduğu düşünülen örtük öğrenme (implicit learning) de benzer dönemlerde kavramsallaştırılmıştır (8). Decission making process (karar verme süreci) kavramı açıklanarak tüm bu durumların OKB'deki bilişsel süreçler ile ilişkili olabileceği hipotezi öne sürülmüştür (9).

Bilgisayarlı tomografi gibi yapısal görüntüleme araçları ile yapılan çalışmaların bir kısmında anlamlı sonuçlar ortaya çıkarken, bir kısmında ise çıkan sonuçların yeterince spesifik olmadığı düşünülmüştür (10, 11). Görüntüleme yöntemlerindeki gelişmelerle birlikte yalnızca yapısal değil fonksiyonel düzeyde değişikliklerin varlığı da önem kazanmıştır. Tüm bunlar sonucunda OKB'de kortiko-striato- talamokortikal döngü teorisi ortaya atılmıştır (12).

Kaynaklar

1. Volavka J, Neziroglu F, Yaryura-Tobias JA. Clomipramine and imipramine in obsessive-compulsive disorder. Psychiatry Research. 1985;14(1):85-93.
2. Korff S, Harvey BH. Animal models of obsessive-compulsive disorder: rationale to understanding psychobiology and pharmacology. Psychiatric Clinics. 2006;29(2):371-90.
3. Pitman RK. Animal models of compulsive behavior. Biological psychiatry. 1989;26(2):189-98.
4. Bachevalier J, Mishkin M. An early and a late developing system for learning and retention in infant monkeys. Behavioral neuroscience. 1984;98(5):770.
5. Devenport LD, Hale RL, Stidham JA. Sampling behavior in the radial maze and operant chamber: Role of the hippocampus and prefrontal area. Behavioral neuroscience. 1988;102(4):489.
6. Atkinson RC, Shiffrin RM. Human memory: A proposed system and its control processes. 1968.
7. Baddeley AD, Hitch GJNY, NY: Academicp. Working memory. The psychology of learning and motivation. 1974.
8. Reber AS. Implicit learning and tacit knowledge. Journal of experimental psychology: General. 1989;118(3):219.
9. Group OCCW, Therapy. Cognitive assessment of obsessive-compulsive disorder. Behaviour Research and Therapy. 1997;35(7):667-81.
10. Behar D, Rapoport JL, Berg CJ, Denckla MB, Mann L, Cox C, et al. Computerized tomography and neuropsychological test measures in adolescents with obsessive-compulsive disorder. The American journal of psychiatry. 1984.
11. Insel TR, Donnelly E, Lalakea M, Alterman IS, Murphy D. Neurological and neuropsychological studies of patients with obsessive–compulsive disorder. Biological Psychiatry. 1983.
12. Insel TR. Toward a neuroanatomy of obsessive-compulsive disorder. Archives of general psychiatry. 1992;49(9):739-44.

1990'LI YILLARDAN GÜNÜMÜZE: FMRI ÇALIŞMALARININ GELİŞİMİ, GENETİK ÇALIŞMALAR, GÜNÜMÜZ VE GELECEKTEKİ ÇALIŞMALAR

Dr. Aruz BOZKURT

Ağrı Devlet Hastanesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, Ağrı

Fonkisyonel MR görüntülemenin(fMRG) keşfi ile birlikte psikiyatrik hastalıkların anlaşılması konusunda önemli gelişmeler yaşanmıştır. 90lı yıllara bakıldığında çok sayıda çalışmanın fMRG kullanılarak yapıldığı görülmektedir (1). Fonksiyonel MR Görüntüleme ilk kez gadolinium kullanılarak 1991 yılında uygulanmış (2), yine aynı dönemde kontrast kullanılmadan kan oksijen seviyesinden faydalanılarak fonksiyonel görüntü elde edilmesi başarılmıştır (3). Böyle bir görüntüleme yönteminin avantajı ise kontrast maddeye ihtiyaç duymadan yüksek çözünürlüklü görüntü elde edilmesi ile uygulanan bir test ya da tetikleyici uyarana göre aktif bölgelerin değişiminin kaydedilebilmesidir. Psikiyatride ilk kez kullanımı da 1993 yılında Bretier ve arkadaşları tarafından olmakla birlikte o zamandan beri, OKB gibi birçok psikiyatrik hastalıkta altta yatan patofizyolojinin anlaşılabilmesi için yaygın olarak tercih edildiği görülmektedir (1).

Bazı çalışmalarda OKB popülasyonu ile sağlıklı gönüllüler arasındaki fonksiyonellik açısından farklar araştırılırken, bazılarında ise OKB hastalığında tedavi öncesi ile sonrası arasındaki değişimler araştırılmıştır. OKB tanılı hastalarda işlem belleği (working memory), örtük öğrenme (implicit learning), karar verme süreci (decission making process) gibi bilişsel alanlarda sorunlar olduğu düşünülmektedir. Bu alanları ölçen N-geri testi, Seri Reakiyon Zamanı Testi, IOWA kumar testi gibi çeşitli yöntemlerin fMRG sırasında uygulanması ile beynin hangi alanlarında farklılıklar olduğu anlaşılmaya çalışılmıştır (4-6).

Tüm bu çalışmalar; OKB nörobiyolojisinde kortiko-striato-talamo-kortikal döngüye işaret etmekle beraber; orbitofrontal korteks (OFK), dorsolateral prefrontal korteks (DLPFK), ventromedial prefrontal kortkes (VMPFK) ve anterior singulat korteksin (ASK) en çok üzerinde durulan bölgeler olduğu görülmektedir (7-12).

Kaynaklar

1. Breiter HC, Rauch SL. Functional MRI and the study of OCD: from symptom provocation to cognitive-behavioral probes of cortico-striatal systems and the amygdala. NeuroImage. 1996;4(3):S127-S38.
2. Belliveau J, Kennedy D, McKinstry R, Buchbinder B, Weisskoff R, Cohen M, et al. Functional mapping of the human visual cortex by magnetic resonance imaging. Science. 1991;254(5032):716-9.
3. Kwong KK, Belliveau JW, Chesler DA, Goldberg IE, Weisskoff RM, Poncelet BP, et al. Dynamic magnetic resonance imaging of human brain activity during primary sensory stimulation. Proceedings of the National Academy of Sciences. 1992;89(12):5675-9.
4. Henseler I, Gruber O, Kraft S, Krick C, Reith W, Falkai P. Compensatory hyperactivations as markers of latent working memory dysfunctions in patients with obsessive–compulsive disorder: an fMRI study. Journal of psychiatry & neuroscience 2008;33(3):209.
5. Rauch SL, Wedig MM, Wright CI, Martis B, McMullin KG, Shin LM, et al. Functional magnetic resonance imaging study of regional brain activation during implicit sequence learning in obsessive–compulsive disorder. Biological psychiatry. 2007;61(3):330-6.
6. Norman LJ, Carlisi CO, Christakou A, Murphy CM, Chantiluke K, Giampietro V, et al. Frontostriatal dysfunction during decision making in attention-deficit/hyperactivity disorder and obsessive-compulsive disorder. Biological Psychiatry: Cognitive Neuroscience and Neuroimaging,. 2018;3(8):694-703.
7. Kwon JS, Jang JH, Choi J-S, Kang D-H. Neuroimaging in obsessive–compulsive disorder. Expert review of neurotherapeutics. 2009;9(2):255-69.
8. Evans DW, Lewis MD, Iobst E. The role of the orbitofrontal cortex in normally developing compulsive-like behaviors and obsessive–compulsive disorder. Brain & cognition 2004;55(1):220-34.
9. Russell A, Cortese B, Lorch E, Ivey J, Banerjee SP, Moore GJ, et al. Localized functional neurochemical marker abnormalities in dorsolateral prefrontal cortex in pediatric obsessive-compulsive disorder. Journal of Child & Adolescent Psychopharmacology 2003;13(2, Supplement 1):31-8.
10. Van Den Heuvel OA, Veltman DJ, Groenewegen HJ, Cath DC, Van Balkom AJ, Van Hartskamp J, et al. Frontal-striatal dysfunction during planning in obsessive-compulsive disorder. Archives of general psychiatry. 2005;62(3):301-9.
11. Kühn S, Kaufmann C, Simon D, Endrass T, Gallinat J, Kathmann N. Reduced thickness of anterior cingulate cortex in obsessive-compulsive disorder. Cortex. 2013;49(8):2178-85.
12. Atmaca M, Yildirim H, Ozdemir H, Tezcan E, Poyraz AK. Volumetric MRI study of key brain regions implicated in obsessive–compulsive disorder. Progress in neuro-psychopharmacology & Biological Psychiatry 2007;31(1):46-52.

MERCEK ALTINDA BİR MERCEK USTASI: SPİNOZA

Arş. Gör. Dr. Uğur TAKIM

Atatürk Üniversitesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Erzurum

Benedictus (Baruch) Spinoza (1632-1677), on yedinci yüzyılın önemli düşünürlerinden birisi olup Tanrı kavramını, felsefesinde merkezi bir yere taşımıştır. Kimilerine göre panteist bir Tanrı anlayışını benimsediği iddia edilirken, kimileri onu panenteist, ateist, materyalist ve natüralist olarak tanımlamıştır. Ona, birbirinden farklı, hatta birbirine zıt anlayışların atfedilmesinde, sunduğu yeniliklerin etkisinin büyük oranda olduğu söylenebilir. Hakikat yolculuğunda, aynı varlık sancısıyla bir araya gelerek hazırladığımız panelimizdeki bu sunum, mercek ustasının yaşam öyküsüne mercek tutma gayreti taşımaktadır.

ZİHİN VE BEDENE BÜTÜNCÜL BİR YAKLAŞIM

Uzm. Dr. Ersin BALTACI

Sivas Numune Hastanesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, Sivas

Zihinsel süreçlerin nasıl türediğine çözüm ruhu bedenden ayırarak, zihinsel faaliyetlerin ruhun bir yeteneği olduğu yönünde dualistik bir yaklaşım ile sunulmuştur. Descartes 'a göre Zihin(ruh) ve beden iki ayrı tözdür, Spinoza buna karşı çıkar.

Spinozaya göre insan zihni, bedeninin düşüncesidir (Bölüm II önerme 13). Zihin, bedenin düşünce tavrı altındaki karşı eşidir. Bu paralelizm zihin ve beden arasındaki her türlü gerçek nedensellik ilişkisini ve birinin diğerine üstünlüğünü yadsır. Modern bilim, Descartes'a karşı zihin-beden birlikteliğini kabullenir olsa da zihin ve beden arasındaki ikinci ayrımı çoğunlukla ortadan kaldırmaz. Yalnızca ayrımın yerini kaydırır. Beyin ve zihin bir taraftayken, beyin hariç bütün organizma diğer taraftadır. Ayrım, beyin ve esas beden arasında devam eder.

Spinoza bedene vurgu yapar. Bir bedenin neye muktedir olduğunu bilmiyoruz: ignoramus!. Bu farkında olmadığımız Freudcu bilinçdışından farklı bir perspektif. Ulus Baker, Spinoza felsefesine dayanarak psikanaliz kültüründe bedenin eksik tutulduğunu söyler, Psikanalizin bedeni tanımadığını belirtir. Bedensiz alaşımlar ve olgular: ego-ideali, imago, üstben, benlik vs. Bilinçten ve onun kararlarından, istençten ve onun sonuçlarından, bedeni devindirmenin, bedene ve tutkulara hakim olmanın binlerce yolundan söz ederiz- ama bir bedenin neler yapabileceğini bilemeyiz (Ethica, III, 2; Ethica II, 13). Doğru dürüst bir şey bilmediğimizden, gevezelik eder dururuz, Nietzche'nin söyleyeceği gibi, bilinç karşısında şaşar kalırız ama asıl şaşırtıcı olan bedendir. Ne bir patika Ne bir kral yolu: İşte Spinozacı bilinçdışı: Bir bedenin neler yapabileceğini bilmeyiz..! Spinoza yeni bir model önerir: beden.

Bu panelde Spinoza'nın ruhu ve bedeni birbiri ile bütün ve aralarında herhangi bir nedensellik ilişkisi olmayacak tarzda ele alışı tartışılacaktır.

Kaynaklar

Çetin Balanuye. Spinoza'nın Sevinci Nereden Geliyor? Ayrıntı Yayınları.

Spinoza. Ethica. Çev: Çiğdem Dürüşken. Alfa Yayınları.

Ulus Baker, Ignoramus=Bilmiyoruz: Bilinçdışının bir eleştirisine doğru. Toplum ve Bilim. Özel Sayı Psikanalizle Bakmak.s,7-63.

EROS, THANATOS VE CONATUS

Uzm. Dr. Şahabettin ÇETİN
Denizli Devlet Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Denizli

Freud ve Spinoza yaşadıkları dönemdeki hakim görüş tarafından kolayca kabul edilemeyecek fikirler ortaya atmış iki önemli düşünürdür. Bu konuşmada Freud'un bireyin ruhsallığına dair çalışmaları üzerinden dürtüler ile ilgili kuramsal çalışmalarının Spinoza'nın Etika'sı ile örtüşmeleri ve karşıt olabileceği noktaları, özgürleşme yolundaki çözüm/sağaltım önerilerini ele almaya çalışılacaktır.

Dürtüler

Freud'un dürtü kuramını geliştirmesi ve son haline getirmesi uzun bir sürece dayanır. Önceleri belli belirsiz kullandığı dürtü kavramını cinsellik ve narsisizm üzerine yaptığı çalışmalarda görürüz. "Haz İlkesinin Ötesinde"de dürtülerin türleri ve karşıtlığı üzerine tartışmasını genişletir.

Belli arayışlardan sonra iki tür dürtü olduğunu kabul etmiştir. Önce cinsel dürtüler ve onun karşısında "ben"i koruma amacı taşıyan ben dürtüleri olduğunu öne sürer. Daha sonra kendini koruma dürtülerinin de libido enerjisinin "ben"de toplanarak narsisistik ben oluşumuyla meydana geldiğini keşfeder. Yani ben dürtüleri de libidinal niteliktedir. Ruhsal ekonominin dengesi gereği libidinal dürtülerin karşısına koyacağı dürtüyü arar. Bunu inorganik yaşama dönüşte bulur.

"Yaşamın amacı ölümdür. Canlılardan önce cansızlar vardı. Cansız evreye dönme dürtüsü, ilk dürtü oluyor (…) Ölüm daha çok amaca uygun bir olgudur, dış yaşam koşullarına uyum belirtisidir."

Eros ve Thanatos; Bütünleştirmeye, birleşmeye, yaşamın devamlılığına yönelen libido ile hareketsiz ve cansız yaşama dönüşe yönelen, saldırganlık, sadizm ve mazoşizmin de kökeninde yer alan ölüm dürtüleri.

Spinoza'nın ise en önemli vurgusu zihin ve bedenin ayrı ele alınamayacağı, ortak bir tözün tezahürleri olduğu üzerinedir. Bu haliyle de *insan zihnini oluşturan fikrin nesnesinin beden olduğunu ve zihni yönlendirenin bedenin iştahları olduğunu* ifade etmiştir. Buradaki bedenin iştahları ifadesi Freud'un doyum bekleyen dürtü tanımına denk düşebilir. Freud;*"zihinsel yaşama biyolojik bakış açısından yaklaşacak olursak; dürtü zihinsel olanla bedensel olanın sınırında bir yerde yer almaktadır."* diye ifade ederken, Spinoza'nın da dürtüyü bedene yerleştirdiğini görürüz. *"zihnin kararı, iştahı ve bedenin belirlenimi doğada eş zamanlıdır; bir ve aynı şeydir."*

Buna karşın *"insan bedeninin kısmlarını birbirleriyle tutmak üzere korunmasını sağlayan hareket ve sükun münasebeti iyidir"* önermesi ile homeastaziyi ifade etmekte ancak karşıt dürtülerin bir aradalığını kabul etmemektedir: *"Şeyler, biri ötekini yok edebildiği sürece aykırı doğadadırlar; aynı öznede olamazlar"* Bu önermelerden Freud'un öne sürdüğü cansız yaşama dönmeye dair bir dürtünün olabileceğini Spinoza'nın kabul etmediğini anlayabiliriz. Spinoza, şeyin kendi varlığını ortadan kaldıracak bir isteğin ancak dış nedenlerce gelebileceğini ifade etmiştir.

İnsan bedenini *"çok sayıdaki tek parçanın birleşmiş hali"* olarak tarif edip; *"oluşturan parçalar ve sonuç olarak insan bedeni, diğer bedenlerden çeşitli yollarla etkilenir."* diyerek ilişkilerini kurmuştur. Buradan hareketle intiharın da *"bilmediğimiz dış nedenlerin hayal gücünü tanzim ettiği ve bedeni hayal gücüne zıt, farklı bir doğaya bürünecek derecede etkilediğinde"* gerçekleştiğini ifade etmiştir. Aslında Spinoza bireyin içinde farklı parçalar olduğunu ve bu parçaların ancak dış nedenlerle etkilenip birbirini yok etmesiyle intiharın mümkün olabileceğini öne sürmüştür.

Şeylerin dış nedenler tarafından etkilenmeden kendini yok edemeyeceğini söylerken, aksine kendi içinde bir var kalış çabasının olduğunu belirtmiştir. *"Erdemin ilkesi insanın kendi varlığını koruması için çaba harcamasıdır."* diyerek tanımladığı conatus Spinoza'nın felsefesinin önemli kavramlarından biridir. Doğadaki canlı cansız her varlık gibi, insan da bir çaba içinde olup; kendi varlığını gerçekleştirme istemine, onu koruma ve sürdürme eğilimine sahiptir. Burada sözü edilen yalnızca bireyin kendi gücü, var kalışı değildir. Burada kast edilen bireyin var kalış gücünü olabildiğince artırırken grubun

ortak talepleri ve haklarının gözetilmesiyle mümkün olan bir erdemdir. Conatus bireysel etkinleşme gücü oluşunun yanı sıra sosyal bir farkındalık ve dengeyi de göz etmeyi gerektirir. Bu haliyle dürtünün haz ilkesiyle hareket eden doğasına uzaktır. Yine de Spinozacı erdemlilik yolunda libidinal (cinsel, yaşamda tutan, benliği koruyan…) dürtülerin enerjisi olmazsa olmayacağı vurgulanmalıdır. Sunat'a göre conatus, libidinal ve saldırgan dürtülerin füzyonu olarak tasavvur edildiğinde ancak psikanalitik bakışla örtüşebilir.

Özetle dürtünün insan ruhsallığını yönlendiren bir güç olduğunu ve bedenden kaynaklandığını ifade ederken benzer sularda oldukları anlaşılmaktadır. Fakat şeylerin gücünü azaltanın ancak dış nedenden gelen bir etkileniş ile olabileceği fikri Freud'cu ruhsal karşıtlık ilkesine ters görünmektedir.

Özgürleşme/Sağaltım

Her iki düşünür de, farklı yollarla da olsa insan hareketlerinin bir nedensellik zinciri içinde ve özgürlüğünü kısıtlayan etkilenişler altında olduğunu öne sürmektedir. Her ikisi için de hedef bireyin kısıtlılıkları olduğunu kabul etmesi, bu kısıtlılıklar içinde duygulanım ve fikirlerin nedensellik bağlarının anlaşılarak özgürleşme yoluna gidilmesidir.

Spinoza'ya göre; *"İnsanın gücü son derece sınırlıdır, dış şeyleri kendi kullanışımıza göre uyduracak mutlak bir kudretimiz yoktur."* ve *"Hür insan hiçbir şeyi ölümden daha az düşünmez ve onun bilgeliği ölüm hakkında değil, hayat hakkında derin bir düşüncedir."* Bu kavrayışa ulaşmak da doğanın bütünsel düzeninin ayrılmaz bir parçası olduğunu anlamakla mümkündür Spinoza'da. Bunu yaparken de duyguların, tutkuların ve yetersiz fikirlerin etkisi altındaki birinci türden bilginin köleliğinden kurtularak aklın yolu ile ikinci-üçüncü türden bilgilerle eylemlerin nedenselliğine ulaşmak gerektiğini önermiştir. Ulaşılacak noktayı Balanuye, *"Ben nerede biter, dışarısı nerede başlar" sorusuna yanıt veremeyecek ölçüde evren ile birleşebilecek bir var-kalma sevinci* olarak ifade etmiştir.

Freud'un da hedefinin, bireyin eylemlerinin ardındaki nedensellik bağlarını anlayarak özgürleşmesi olduğunu söyleyebiliriz. Her şeyden önce bir hekim olduğunu ve hikayenin başında belirtileri iyileştirme hedefiyle yola çıktığını akılda tutmamız gerekmektedir. Onun için önemli olan psikoseksüel gelişim sürecindeki takılmalardan dolayı güncel gerçeklikle bağdaşmayan duyguyu bağlantılar içine sokmaktır. Nevrotik çatışmanın ayrıştırılıp bilinçli kılınması ve oluşum sürecinin ayırt edilerek çatışmanın da çözümlenmesi hedeflenir. Belki de çatışmanın bu şekilde çözümlenmesi mutluluk getirmeyecek, sözgelimi, arzu doyurucu düşlemlerimiz de elimizden alınmış olacaktır. Akılcılık ve gerçekçilik el ele yürümek zorundadır. Ancak psikanalitik kazanç çaresiz olunmadığının fark edilmesidir. Sonuç olarak Spinoza için de Freud için de bilmek güçtür.

Abraham Kaplan; "Spinoza ve Freud" isimli yazısını şöyle bitirmiştir: *"Belki de Freud'u Spinoza'ya göre en farklı kılan şey, aynı zamanda, aralarındaki en güçlü köprüdür de. Zira, Freud'a göre, insanın diğer hayvanlara üstünlüğü akılcılığından değil, 'nevroza yakalanma yatkınlığından' kaynaklanır."*

Sonuç olarak konuşmayı toparlamak için konu ile ilgili bir makaleden yararlanabiliriz. (*Rathbun C., 1934)* İkisinin de yaklaşımı net olarak belirlenimcidir. Her ikisi için de her eylem bir öncüle sahiptir. Spinoza'nın öz olarak tanımladığı kişinin muhafazasına yönelik bir itki olarak ortaya koyduğu "conatus" ile Freud'un libido kavramı arasında benzerlikler mevcutur. Fakat conatus ölüm dürtüsünü içermemektedir. Bütünlük, erdem ve mutluluk, her ikisi için de duygulanımların akılcılaştırılmasıyla mümkündür. Ancak gidiş yolları farklıdır. Spinoza için aklın yolunu izlemek temel önerme iken, Freud için çatışmalı duyguların –gerçeklik ilkesi de gözetilerek- uyum içinde benliğe katılması esastır. Etika'da sıklıkla altı çizilen, karışık/yetersiz fikirler toplaşımı bilinçdışı gibi değerlendirilebilir. Bilinçdışı olanın bilince çıkışını, bu fikirlerin açık ve kesin fikirler haline gelişi sürecine benzetebiliriz."

VAKA SUNUMU

Dilek YEŞİLBAŞ

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

Bipolar bozukluk özellikle doğru tanı konamadığı için uygun sağaltımın geciktiği ve ya sağaltım yanıtlarının yeterli olmadığı olgularda işlevselliği önemli ölçüde bozucu ve yaşam kalitesini azaltan bir bozukluktur.(12) Klinik pratikte psikiyatrik ek tanının bir istisna olarak karşılaşabileceğimizden çok daha sık gözlenmesinin, Amerikan Psikiyatri Birliği Ruhsal Hastalıkların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (DSM) ve Dünya Sağlık Örgütü Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırılması (ICD) gibi tanı sınıflandırma sistemlerinin sunduğu bakış açısından kaynaklandığını ileri sürenler bulunmaktadır. (13) Bu sınıflandırma sistemleri her ne kadar dünya çapında standart bir dil kullanımı açısından kolaylık sağlasa da her hastanın kendi öznelliğinin anlaşılmasının tanının doğru konulması ve doğru tedavi stratejilerinin geliştirilmesi için önemi yerini korumaktadır. Hastalıkları anlamlandırmak için bir takım kriterlere ihtiyaç duyduğumuz kadar onları kendi biriciklikleri ışığında değerlendirme zaruretimiz her şeyden önce "insan" olmanın bize getirdiği bir sorumluluktur. Bu bağlamda tek bir vaka sunumu bize öğreteceği pek çok şeyi barındırır.

Masterson Kuramı

Dr. Masterson, ergen kişinin savunmaya yönelik olan eyleme vurmalarının ortadan kaldırılmasına bağlı olarak ortaya çıkan depresyonun , hastaların geçmişine açılan bir pencere olduğunu ve bu pencereden bakıldığı taktirde preödipal ayrışma-bireyleşme sürecinde çocuğun gelişmekte olan benliğinin annesi ya da bakıcısı tarafından gereken duygusal destekten mahrum bırakılmış olduğu sonucuna varmıştır ki buna bağlı olarak ergen kişi ne zaman bir ayrışma bireyleşme ya da kendisini etkinleştirme girişiminde bulunsa bu, Dr. Masterson 'ın terk depresyonu olarak adlandırdığı ve ne pahasına olursa olsun kişinin kendini korumak zorunda olduğu yıkıcı bir etkiyle karşı karşıya kalmaktadır. Bu depresyona bir dizi duygunun da eşlik ettiği görülmüştür. Dr. Masterson "mahşerin altı atlısı"nı bu şekilde tespit etmiştir. 1. İntihara meyille depresyon, 2. Öldürücü öfke, 3. Panik ve anksiyete, 4. Boşluk hissi, 5. Utanç ve suçluluk duyguları, 6. Umutsuzluk ve yardım alamama.

Borderline bir hastanın hayatta varoluş nedeni , terk depresyonu ile ilişkili hisleri uzak tutmak ve ödüllendirme mekanizmasının sürekli işlemesini sağlamaktır.

Bu panelde 7 yıl Bipolar bozukluk tanısıyla takip edilen sonrasında tanısı Masterson kuramına göre Borderline Kendilik bozukluğu olarak düşünülen bir hastamızın tedavi süreci, Masterson yaklaşımı paylaşılmıştır.

Kaynaklar

1. George EL, Miklowitz DJ, Richards JA, Simoneau TL, Taylor DO. The comorbidity of bipolar disorder and axis II personality disorders: prevalance and clinical correlates. Bipolar Disord. 2003; 5: 115-22
2. Akiskal H S (2000) Temperament and mood disorders. The Harvard Mental Health Letter, 1-4
3 Smith D J, Muir W J, Blackwood D H R (2004) Is bordeline personality disorder part of the bipolar spectrum? Har Rev Psychiatry, 12: 133-139.
4. Deltito J, Martin L, Riefkohl J ve ark. (2001) Do patiens with borderline personality disorder belong to the bipolar spectrum?. J Affect Disord, 67:221-228
5. Paris J (2005) Borderline personality disorder. CMAJ, 172:1579-1583.
6. Gunderson JG, Weinberg I, Daversa MT ve ark. (2006) Desciptive and longitudinal observations on the relationship of borderline personality disorder and bipolar disorder. Am J Psychiatry, 163: 1173-1178
7. Türkiye Psikiyatri Derneği resmi internet sitesi
8. Kora K, (2017), Psikiyatrik ektanılı bipolar bozuklukta tanı ve sağaltım. Psikiyatride Güncel, 7: 3: 173-185
9. Masterson Günleri, 9-10 Aralık 2008, Psikoterapi Enstitüsü Yayınları 13
10. Gerçek Kendilik-Gelişimsel kendilik ve nesne ilişkileri yaklaşımı-, James Masterson, Psikoterapi Enstitüsü Yayınları 06
11 Masterson Günleri, 18-19 Aralık 2009, Psikoterapi Enstitüsü Yayınları 37
12. Kora K. (2017) Psikiyatrik ek tanılı bipolar bozuklukta tanı ve sağaltım, Psikiyatride Güncel, 7:3: 173-185
13. Merikangas KR. Comorbidity for anxiety and depression: reviews of family and genetic studies. In: Maser JD, Cloninger CR (eds.) Comorbidty of Mood and Anxiety Disorders. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1990.331-48

MASTERSON YAKLAŞIMINA GÖRE BORDERLİNE KİŞİLİK BOZULUĞUNUN BİPOLAR BOZUKLUKTAN AYIRICI TANISI

Mustafa TUNCER

Masterson (1981); lityumun terapötik etkisinin keşfi, bipolar bozuklukta dikkate değer bir ilginin yeniden başladığından söz etmiştir. Ona göre, bu keşfin handikaplarından biri aşırı-tanı eğiliminin artmış olmasıdır.

"Klinisyenlerin büyük bölümü tanı koyma sürecine Zihinsel Bozuklukların Tanısal ve İstatiki El Kitabı'na (DSM-IV) (1994) başvurarak başlarlar. DSM psikopatolojinin davranışsal bağıntılarının (semptom resmi) açıklanması açısından faydalıdır." Masterson'a göre; Ayırıcı tanının en kısa tanımı, terapistlerin hastanın hikayesindeki farklı yönleri tek bir tutarlı formülasyon altında toplayarak anlatılan hikâyeden anlam çıkarma yoludur.

Masterson yaklaşımı, gelişimsel bağlanma ve nesne ilişkileri kuramlarını nörobiyolojideki güncel gelişmelerle bütünleştiren bir psikodinamik psikoterapi biçimidir. Bu yaklaşım, klinisyenlere farklı karakter yapılarının detaylı bir biçimde kavranarak tedavi edilebilmesini sağlar. Bununla birlikte; bu yaklaşım, terapistin, danışanın özgül gelişimsel zorluklarını saptamak, bu zorlukların psikoterapi sürecinde belirgin hale geldiğini takip etmek ve farklı intrapsişik yapıdaki danışanlara göre gelişimsel olarak uygun müdahalelerle desteklenmesi konusunda netleşebilmesinde de yardımcı olur.

Masterson'a göre; kendilik bozukluklarının tümünde zayıflamış kendilik kapasitesi ve egonun gelişimsel duraklaması söz konusudur. Kuramsal olarak Mahler'in ayrışma - bireyleşme kuramından yola çıkılmaktadır. (Masterson, 1981). Ayrışma; sınırların gelişimini, bebek ve temel bakım veren kişi arasında farklılaşmayı gerektirir. Bireyleşme ise bebeğin egosunun, kimlik duygusunun ve bilişsel becerilerinin gelişimine işaret eder (Masterson, 1993).

Masterson yaklaşımında, kendilik bozukluğunun psikodinamik olarak tanısı, kendilik temsilinin nesne temsili ile nasıl bir ilişki kurduğu, duygulanımın bağı ve ego gelişimine göre egonun fonksiyonları ve kullanılan savunma düzenekleri üzerine temellendirilmiştir. (Masterson, 1993; Masterson ve Klein, 1995). Çocuğun intrapsişik yapısını belirleyen birincil faktör anneyle çocuk arasındaki ilişkinin niteliğidir. Çocuğun gelişmekte olan kendiliğine anneden yeterli libidinal yatırım yapıldığı zaman normal gelişim gerçekleşecektir. Annenin (libidinal yatırımının) yetersiz olduğu zaman, yani ihmal, suiistimal, travma, kronik uyumsuzluk veya çocuğun değil de annenin psikolojik ihtiyaçlarına hizmet etmek için tasarlanmış ilişkisel bir pazarlığa boyun eğmesi için çocuğun üzerinde kurulan sürekli duygusal baskı gibi durumlarda, sonuç bir Kişilik Bozukluğu olacak ve bu bozukluk daha sonra kendine özgü yapısal özellikler gösteren kararlı bir tanısal öğe olarak görülecektir. Nihai teşhise ulaşmak bazen geniş bir tedavi süreci olabilir. Hastanın gerçeklik testinde ve kişilerarası işlevinde ve hizmet ettikleri intrapsişik amaçta önemli fakat çarpıcı olmayan çarpıklıklar bazen yalnızca süregelen etkileşimin ve terapistin müdahalelerinin bir sonucu olarak ortaya çıkar. (Pearson, 2002)

Masterson (1981)'a göre, borderline kişilik bozukluğundaki (BKB) terk depresyonunun çok belirgin görünümü, bazılarını, bunun bipolar bozukluk gibi genetik kaynaklı, döngüsel çift-kutuplu bir bozukluk olduğu şeklindeki kuramı kabul etmeye sevk eder. Stone (1980), şizofreni ve bipolar bozukluğu olan bireylerin akrabalarındaki depresyon sıklığını, BKB'si olan bireylerin akrabalarındaki depresyonun sıklığı ile karşılaştırdı. BKB'si olan bireylerin akrabalarındaki sıklık bipolar bozukluğu olan bireylere daha yakın olduğu için, BKB'nin bir duygudurum bozukluğu olabileceğini kuramlaştırdı. Masterson (1981)'a göre ise, "psikoterapiye cevap verebilecek borderline vakaların erken gelişim döneminden kaynaklandığına dair çok sayıda kanıt vardır." (s.58). Genetik bakış açısını tek başına yetersiz bulur ve 1) Nature (genetik, organik hasarlar, yapısal agresyon), 2) Nurture (annenin bireyselleşmeyi ketlemesi gibi diğer çevresel etkenler), 3) Kültür (kolektif toplum yapısı, normlar ve kültürel yasaklar) ve 4) Kader (bakım verenin kaybı vb.) gibi değişkenlerin etkisi olduğunu aktarır. Bu faktörler arasında BKB oluşumuna katkısının en

çok olduğunu düşündüğü faktör erken gelişim döneminde primer bakım veren kişiyle olan ilişkinin niteliğidir. Kuramına göre, erken çocuklukta bakım veren kişinin libidinal ulaşılabilirliğinin tutarsız olması BKB'nin oluşumunu sağlar. Özellikle 18-24 ay arasında olan, Mahler'in gelişim kuramında tanımladığı "yeniden yakınlaşma" döneminde, bakım veren tutumlarının bireyselleşme üzerindeki olumsuz etkilerinden kaynaklandığını vurgular. Bu durumda, BKB'nin diğer bozukluklardan ayrıştırılması için, hastanın aile öyküsünde bulunan organik ve psikolojik rahatsızlıkların araştırılmasının yanı sıra, gelişimsel bakış açılarından faydalanarak erken çocukluk döneminde nesneyle kurulan ilişkinin değerlendirilmesi gerekir.

Bipolar bozukluğun tedavisinde kullanılan ilaçların borderline kişilik bozukluğu olan bir bireyin semptomlarını hafifletebileceği halde iç ruhsal yapıyı inşa edemez (Masterson, 1981). Bu görüş, iç ruhsal yapının değişmesine yönelik hedefleri olan psikanalitik psikoterapinin kişilik bozuklukları üzerindeki etkinliğini arttırmıştır. Buna göre, duygu durum düzenleyicilerin borderline kişilik bozukluğu olan bireylerin eyleme vurmalarını, antidepresanların ise kötü duygulanımı azaltabileceğini, ancak erken gelişim evrelerinden bu yana oluşan intrapsişik yapıda bir değişim yaratmayacağını vurgular.

Masterson (1981), iki bozukluk arasındaki temel ayrımın şu şekilde yapılabileceğini aktarır: "Değişken manik ve depresif evreli vakalarda, düşünceler, duygular ve eylemlerin tümü uyum içinde yükselir ve düşerler" (s.58). Fakat borderline hastalarda aynı durum söz konusu olmayabilir. Borderlinelarda, mani dönemine benzer geçici öfori, ilkel savunma mekanizmaları yoluyla mümkün olabileceği gibi, bölünmüş nesne ilişkilerinin ödüllendirici parça nesne biriminde de görülebilir. Kişi, başa çıkamadığı bir duygulanımı bölme, inkâr, yansıtma, karşıt tepki geliştirme gibi savunma düzenekleriyle kötü duygulanımdan kurtulduğunda ve bağlı olduğu nesne, kişinin gerileyici ve yapışmacı tavırlarını onayladığında maniye benzer bir coşku gösterebilir. Depresif duygudurum ise, kişinin bölünmüş nesne ilişkilerinde, geri çekilen ve agresif parça birimine geçtiğinde ortaya çıkabilir. Kişi nesneyi geri çekilen, eleştirel, kızgın vb. olarak algıladığında ve/veya kendilik aktivasyonu gösterdiğinde; depresyon, panik, suçluluk, çaresizlik gibi terk depresyonu duygulanımlarını yaşar. Bu terk depresyonu duygulanımları depresif duygudurum benzer belirtiler gösterir. Fakat bu noktada, bir duygudurum bozukluğuyla BKB'nin agresif birimine geçtiğindeki terk depresyonunu ayırt etmek gerekmektedir. Buradaki temel fark, duygulanımdaki bu dalgalanmanın nesneden gelen (ya da fantezideki nesneden gelen) reddedici uyaranlar tarafından gerçekleşmesi ve kendilik aktivasyonun hemen ardından ortaya çıkmasıdır. Kurama göre, kişi çocukluğunda bir kendilik aktivasyonu gösterdiğinde, nesne ondan libidinal ulaşılabilirliğini çeker ve çocuk terk depresyonu duygulanımlarını yaşar. Bu ilişki modeli içselleşir ve gelecekte de her kendilik aktivasyonu gösterdiğinde aynı duygulanımları yaşar. Bu durumda BKB'lerde depresif duygulanımın ortaya çıktığı durumlar; kişinin her kendilik aktivasyonu gösterdiğinde, nesneden reddedici bir duygu aldığında, nesneyi reddedici olarak algıladığında veya nesne libidinal ulaşılabilirliğini ondan çektiğinde ortaya çıkmaktadır. Bu duygulanımın tetiklenmesi için bipolar bozuklukta böyle bir koşul gerekmemektedir.

Tura (2000), sınır durumlar ile diğer pek çok psikiyatrik bozukluğun kolayca karıştırılabileceğinden söz eder. Hatta öyle ki, iyi bir doktor, müsteşar, iyi bir eş olan kişiler, bir yüceltme gücü sergileyerek, sanat ve spor gibi uğraşlarla yaşamını zenginleştirebilir. Fakat yakından bakıldığında, genellikle gerileme tehdidi yaratacak uyaranlardan kaçınarak hayatlarını geçirirler. Burada bireylerin kaçındıkları nokta terk tehdidi yaratacak durumlardır. Terk tehdidi ile karşılaştıklarında; öfke nöbetleri, itkisellik, depresyon, intihar girişimleri, şiddetli duygusal değişkenlik, hipomanik defanslar, kendine zarar verici davranışlar, alkol ve madde kötüye kullanımı, kaygı, panik duyguları ve fobik özellikler geliştirmek gibi çeşitli klinik görünümler sergileyebilirler. Bu tür vakalarda, bu psikiyatrik bozuklukların bir terk tehdidi sonrasında yaşanıyor olması, bu kişilerin saf bir duygudurum bozukluğu yaşadığına değil, aslında terk depresyonu duygulanımları yaşadıklarına işaret etmektedir. Bu tür belirtiler göstermediklerinde, aslında temelde yatan terk edilme kaygılarını çeşitli savunmalarla örtmektedir. Ancak bu yüzeysel uyum, adeta temeli çatlak bir bina kadar hassastır; o çatlak bir şekilde uyarıldığında bütün bir yapı dağılabilmektedir. Bireyler savunmalarla temelde terk tehdidi yaratacak durumlardan ve duygulardan kaçınmaya çalışırlar.

Masterson (1981), psikoterapide, hastaların savaştıkları altta yatan depresyonun, genellikle terapist tarafından saptanabildiğini vurgulamıştır. Bu depresyonun ve öfori benzeri duygulanımın doğasını anlamak için nasıl tetiklendiğini anlamak ve intrapsişik yapıya (erken gelişim dönemlerindeki yaşantılar ve önemli ötekilerle deneyimler sonucu oluşan içselleşmiş nesne ilişkileri) bakmak

gerektiğini söyler. Bunun için de erken dönem deneyim ve nesne ilişkileri, şu anki ilişkileri, aktarım ve karşı aktarım gibi pek çok alanın değerlendirilmesi gerekmektedir.

Kaynaklar

Masterson, J. F. (2006). Narsistik ve Borderline Kişilik Bozuklukları. (B. Açıl, Çev.). İstanbul: Litera Yayıncılık. (1981).
Pearson, J. (2012). Ayırıcı Tanı. 2012 "Ne Seninle Ne Sensiz" Konulu Sempozyum. Borderline Sunum.
Tura, S. M. (2000). Günümüzde Psikoterapi. İstanbul: Metis Yayıncılık.

DUYGUDURUM BOZUKLUKLARI VE RİSKLİ CİNSEL DAVRANIŞLAR

Uzm. Dr. Sevilay KUNT

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, Psikiyatri Bölümü, İstanbul

Duygudurum bozuklukları yüksek görülme sıklıkları ile psikiyatrik hastalıkların içinde önemli bir yere sahiptir. Etkiledikleri hasta grubu göz önüne alındığında cinsellik başlığı altında olağan cinsellik, cinsel işlev bozuklukları ve riskli cinsel davranışlar; duygudurum bozukluklarında tanı, tedavi ve prognoz ile ilişkili olarak ele alınması gereken önemli alanlardan biridir. Major depresyon tanılı hastalarda ilaç kullanmayan depresyon hastalarının %36-78'inde cinsel işlev bozukluğu bildirilmektedir. Bu hasta grubunda cinsel isteksizlik ön plana çıkmaktadır. Bipolar bozukluk tanılı hastalarda manik atak sırasında risk alma davranışının, dürtüselliğin ve libidoda artışın bir sonucu olarak uygunsuz cinsel davranışlar yüksek oranda görülmektedir. Rastgele cinsel ilişki, sık eş değiştirme, korunmasız cinsel ilişki önemli sorun alanlarındandır. Mani dönemindeki hastaların yaklaşık %57'sinde hiperseksüelite saptanmıştır. Bipolar depresyon hastalarında unipolar depresyon hastalarına ve kontrol grubuna göre cinsel ilgi artışı ve sık eş değiştirme anlamlı şekilde yaygın bulunmuştur. Bu durum cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve plansız gebelikler açısından ciddi bir risk oluşturmaktadır. Kullanılan duygudurum dengeleyici, antipsikotik ve antidepresan ilaçların da cinsellik üzerine önemli etkileri bulunmaktadır. Duygudurum dengeleyici ajan kullanımı sırasında gerçekleşen gebeliklerdeki teratojenite riski de plansız gebeliklerde önemli bir problem olarak öne çıkmaktadır. Bu nedenle bipolar bozukluk tanılı hastalarda güvenli cinsellik ve kontraseptif metodları oldukça önemli konulardır. Duygudurum bozukluklarında hem riskli cinsel davranışlar hem de madde kullanım bozukluklarının yüksek komorbiditesi enfeksiyon hastalıkları açısından riski oldukça arttırmaktadır. Hıv ve hepatit özellikle bipolar bozukluk tanılı hastalarda yüksek komorbiditesi olan enfeksiyonlardır. Duygudurum bozukluğu hastalarında riskli cinsel davranışlar ve cinsel işlev bozuklukları hastalığın prognozu üzerindeki önemli etkileri ve sonuçları nedeniyle göz ardı edilmemesi gereken önemli alanlardan birisidir.

KİŞİLİK BOZUKLUKLARI VE RİSKLİ CİNSEL DAVRANIŞLAR

Uzm. Dr. Murat YALÇIN

Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, Psikiyatri Kliniği - Psikoterapi Merkezi, İstanbul

Her yıl yaklaşık 1,7 milyon kişi HIV ile enfekte olmaktadır. Riskli cinsel davranışlar HIV ve cinsel yolla bulaşan hastalıkların en önemli bulaş nedenlerinden olmalarına karşın psikiyatri pratiğinde sıklıkla göz ardı edilmekte ve görüşmelerde hasta tarafından söylenmediği sürece genellikle sorgulanmamaktadır. Buna karşın HIV gibi cinsel yolla bulaşan hastalık taşıyanların büyük bir kısmı bulaşın ardından da cinsel aktif olmaya devam etmektedir ve bunların da yaklaşık üçte biri cinsel yaşamlarını korunmasız olarak sürdürür. Riskli cinsel davranışlar enfeksiyon hastalıklarının yanı sıra bireyin yaşamını önemli düzeyde etkileyen istenmeyen gebelik ya da cinsel saldırıya maruz kalma gibi olumsuz durumlara da neden olur. Riskli cinsel davranışlarla ilişkili faktörlerle ilgili olarak özellikle de alkol ve madde kullanım bozuklukları konusunda birçok araştırma yapılmış olmasına karşın literatürde kişilik örgütlenmeleriyle olan ilişkisinin daha nadir olarak araştırma konusu olduğu görülmektedir. Bu nedenle riskli cinsel davranışlara neden olan bireysel farklılıklar yeterince göz önüne alınmamaktadır. Kişilik yapısı ve örgütlenmesi ile ilgili araştırmalarda cinsel kompülsivite, heyecan arama, dürtüsellik, dışa dönüklük ya da nörotisizm gibi kişilik özelliklerinin ve özellikle borderline kişilik bozukluğu başta olmak üzere kişilik bozukluklarının riskli cinsel davranışlarla ilişkili olduğu bildirilmiştir. Bu konuşmada riskli cinsel davranışların söz konusu kişilik özellikleri ve örgütlenmeleriyle olan ilişkisi ve bu davranışların yönetimi ele alınacaktır.

BAĞIMLILIK VE RİSKLİ CİNSEL DAVRANIŞLAR

Mine ERGELEN

Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, Amatem Kliniği, İstanbul

Alkol ve uyuşturucu madde kullanımı bireyin sağlığı üzerinde olumsuz sonuçlar doğurmasının yanı sıra sosyal, kişisel ve mesleki alanda da ciddi sorunlara yol açmaktadır. Bağımlılıkta risk alma davranışı ve dürtüsellik önemli bir yere sahipken, kişinin yargılama, güvenli davranışlarda bulunma ve sağlıklı kararlar verme mekanizmaları olumsuz etkilenebilir. Riskli cinsel davranış sık partner değiştirme, korunmasız cinsel ilişkide bulunma gibi birey ve toplum sağlığı için tehdit oluşturabilecek davranışları içermektedir. Alkol ve madde kullanımı ile ortaya çıkan olumsuz sonuçlardan biri, güvenli olmayan cinsel davranışlar ve özellikle korunmasız cinsel ilişki sonrası cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlara yakalanma riskinde gözlenen artıştır.

Ergenler ve genç yetişkinler alkol ve madde kullanımı ile riskli cinsel davranışların olumsuz sonuçlarına karşı en savunmasız olan grubu oluşturmaktadır. Bu grupta riskli cinsel davranışı etkileyen psikolojik, davranışsal ve sosyal faktörler tanımlanmış olup, alkol kullanımı gibi davranışsal etmenlerin riskli cinsel davranışlarda kritik öneme sahip olduğu çalışmalarda vurgulanmıştır. Korunmasız cinsel ilişki, çoklu partner, ilişki öncesinde veya sırasında madde kullanımı gibi riskli davranışlar cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların edinilmesine neden olabilir. HIV pozitif bireylerde daha fazla oranda eğlence için kullanılan "kulüp ilaçları", çoklu madde ve alkol kullanımı olduğu bildirilmiştir. Birçok çalışmada uyuşturucu madde ve alkol kullanımı ile HIV bulaşma riski arasında bir ilişki olduğu gösterilmiştir. Alkol ve madde kötüye kullanımı, hem riskli davranışlar sonucu HIV bulaşma yolu hem de antiretroviral tedaviye uyumun zayıf olması ile ilişkilendirilmiştir.

Bu panelde alkol ve madde kullanımına eşlik eden riskli cinsel davranışların türü, yaygınlığı, altta yatan nedenleri ve ortaya çıkan sonuçlar ele alınacaktır.

TOPLUM RUH SAĞLIĞI MERKEZLERİNDE UYGULANAN PSİKOEĞİTİMLER VE BİLİŞSEL FONKSİYONLARA ETKİSİ

Dr. Gülçin ELBOĞA

- 2008 yılında Türkiye, geleneksel ruh sağlığı hastanelerine dayalı hizmetler yerine toplum temelli ruh sağlığı modeline geçmiştir ve ülkemizde Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri hızla yaygınlaşmaktadır.
- Toplum temelli ruh sağlığı modelinin temelinde hastaları hastane dışında aktif tedavide tutmak için TRSM bulunmaktadır. Bu merkezler bipolar bozukluk, şizofreni ve diğer psikozlar gibi ağır ruhsal bozukluğu olan hastalara psikososyal destek hizmetleri sağlamak için kurulmuştur. Hastalar TRSM'ye kayıt olduktan sonra, uyumlandırma çalışmaları için ihtiyaçları ve yetenekleri göz önünde bulundurularak hastalara psikoterapi, hastalara ve ailelerine psikoeğitim, halk eğitim merkezlerinden görevlendirilmiş öğretmenler eşliğinde beceri eğitimleri verilmekte, randevuları takip edilmektedir.
- TRSM'de Verilen Hizmetler kısaca takip, eğitim ve terapi başlıkları altında toplanabilir.

Psikoeğitimin Amaçları

Hastalığın bazı semptomlarını iyileştirmek,aileye düşen yükü ve stresi azaltmak,değişim umudunu artırmak,relapsı önlemek,hasta ve ailesinin yaşam kalitesini artırmak,başa çıkma yetenekleri edinmelerine yardım etmek, bilişsel, afektif ve davranış değişiklikleri yapmak, emosyonel destek sağlamak, tedavi uyumunu artırmak .

- Şizofreni hastalarında genel psikopatoloji, bilişsel işlevsellik ve toplumsal işlevsellik üzerine etkili olduğu bilinen iki Ruhsal Toplumsal Terapi yöntemi ÜST BİLİŞ EĞİTİMİ(ÜBE) ve RUHSAL TOPLUMSAL BECERİ EĞİTİMİ (RUTBE)'dir.

ÜST BİLİŞ EĞİTİMİ(ÜBE): Son yıllarda sıkça çalışılmış olan Üstbiliş Eğitimi (ÜBE) ruhsal eğitim, bilişsel iyileştirim ve bilişsel davranışçı tedavi yaklaşımlarının bir karışımıdır ve temel olarak sanrısal düşüncenin sürmesine neden olan bilişsel yanlılığın giderilmesine odaklanır

RUHSAL TOPLUMSAL BECERİ EĞİTİMİ (RUTBE): Toplumsal beceri eğitimi modüllerini temel alarak bilişsel davranışçı grup tedavisi tekniklerini kullanan, etkileşimsel bir tedavi yaklaşımı olan ruhsal toplumsal beceri eğitimi (RUTBE) aile eğitimini de içerecek şekilde uygulanmaktadır.

Günümüzde uygulanan programlar; sosyal beceri kazandırma, davranışçı aile terapileri,sözel iletişim becerilerini geliştirme, destekleyici terapiler, bilişsel terapiler ve aile desteğinin sağlanmasına yönelik bilinçlendirme terapilerinden oluşur .

Çalışmalar şizofreni hastaları ve aileleri ile psikoeğitimsel müdahalenin nüks oluşumunu azaltabileceği, hastaneye yatış, iş günü kaybı, gerginlik, aile ve sosyal endişelerle ilişkili sorunlarda azalmaya katkı sağladığını göstermektedir.

Sonuçlar kısa süreli eğitim; bilgilendirici içeriklerin bile hastaların tedavi programına uyum düzeyini, hastaların ve aile üyelerinin hastalığa karşı tutumunu ve psikiyatri personeline karşı tutumlarını geliştirebildiğini göstermektedir.

BİLİNÇDIŞININ KEŞİF SÜRECİ

Uzm. Dr. Önder KÜÇÜK
Manisa Şehir Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Manisa

Psikanalizin temel uğraş alanı olarak "bilinçdışı"nın keşif süreci, insan ruhsallığını anlamada yol göstericidir. Kendisini bilinçdışının bilimi olarak tanıttığı andan itibaren; psikanaliz yeni bir alanı, o güne kadar görmezden gelinmiş bir alanı işgal etmekle kalmadı, aslında tüm sosyal bilimlerin alanlarını yeniden yapılandırdı. Böylece vücudun kendisinin de bilinçdışının bir parçası olduğunu, ait olduğumuz sosyal grubun, içinde yaşadığımız kültürün de bilinçdışının bir parçası olduğunu keşfetmiş oldu. Konuşmada Freud'un bilinçdışı'nı keşfetmesine olanak sağlayan olgu'dan başlayarak bilinçdışının bilinçte görünümleri tartışılacaktır. Bilimsel, felsefi ve sanatsal eserlerin bilinçdışının keşif sürecindeki etkilerinden ve bilinçdışının dayanaklarından söz edilecektir.

BEYİN VE BİLİNÇDIŞI ARASINDA KÖPRÜLER KURMAK: ERKEN YAŞANTILARA NÖROPSİKANALİTİK BİR BAKIŞ

Uzm. Dr. Bahadır TURAN

Sağlık Bakanlığı

Nöropsikanaliz terimi ile ilk defa 90'lı yıllarda karşılaşmamıza rağmen psikanaliz ve sinirbilim arasındaki ilişki bu terimin kullanımından daha eskidir. Kraepelin'in, serebral lezyonlar, epilepsi ve beyinde fonksiyonel lokalizasyon üzerine çalışmaları; Freud'un ise psikoloji bilmini derinden etkileyen psikanaliz kuramı beynin sadece biyolojik bir organ değil, Northoff'un söylemiyle biyo-psiko-sosyal bir organ olduğuna dair görüşü destekler niteliktedir. Bu bağlamda ruhsal süreçler ve beyin işlevlerinin benzerliklerini, eşzamanlı ve birbirleriyle bir etkileşim içinde olduklarını gösteren çalışmalar son yıllarda dikkat çekmektedir. Örneğin dürtülerin limbik sistemdeki biyolojik kökenlerinin, prefrontal kortekste düşleri yönlendiren düzeneklerin, psikoterapinin somut organik bir değişime neden olup olmadığı ve özellikle erken yaşantıların psikopatolojiye yatkınlığı üzerine açıklanan psikanalitik söylemlerin nörobiyolojik verilerle desteklenmesi 21. Yüzyıl psikoterapisine yön verecek yeni bilimsel perspektiflerin kapısını aralamıştır.

Psikanalitik yaklaşıma göre yaşamın erken dönemlerinde ebeveyn-çocuk ilişkisinin yarattığı içsel 'temsil' (representation) çocuğun daha sonraki gelişimi için can alıcı bir önem taşımaktadır. Bu içsel temsiller gerek bilişsel gerekse nörobiyolojik gelişim çalışmalarından çıkan ilk anahtar kavramlardan biridir. Anna Freud, Spitz ve Harlow'un ebeveyn çocuk üzerine çalışmaları bu ilişki üzerine çalışmaya başlayan John Bowlby tarafından daha da kapsamlı hale getirilmiştir. Sonrasında Levine ve arkadaşları bağlanma sistemindeki değişikliklerin strese yanıt verme yeteneklerini etkileyip etkilemediği üzerine çalışarak bu sistemi ilk kez moleküler düzeye taşımışlardır. Bu sunumda da belleğin nörobiyolojik olarak incelemesi bağlamında ebeveyn-çocuk ilişkisi nöropsikanalitik bir bakış açısıyla tartışılacaktır.

Kaynaklar

Kandel ER. Biology and the Future of Psychoanalysis: A New Intellectual Framework for Psychiatry Revisited. Am J Psychiatry 1999; 156:505–524

Atalay, H., Akbas, N. B., Zahmacioglu, O., & Kilic, E. Z. (2013). Are early maladaptive schemas, temperament and character dimensions correlated?.

Solms, M., & Turnbull, O. (2013). Beyin ve İç Dünya: Öznel Deneyimin Sinirbilimine Giriş [The brain and the inner world: An introduction to the neuroscience of subjective experience].(Hakan Atalay, Trans. & Gökçe Özkarar, Duygu Gürkan, Ed.). Metis Yayınları: İstanbul.

BİLİNÇDIŞININ BİZİMLE İLETİŞİMİ OLARAK DİL

Uzm. Dr. Berkant SAĞIR

M. Akif İnan Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Şanlıurfa

Fransız bir dilbilimci olan Ferdinand Saussure dili toplumsal olgu olarak görürve şöyle devam eder; gerçeklik bizden bağımsız değil,dil yapısı içinde içkindir. Gerçeklikle ilgili her şey tamamiyle söylem içinde inşa edilir. Ontolojik anlamda farkı,gerçeklik dışarda nesnelerde değildir,dil içinde söylemlerde saklıdır. Dilin yapısı bizi sınırlandırır,dilsiz hiçbir gerçeklik mümkün olamaz. Ağacı anlamlı kılan ağaç olmayan şeylerdir. Her şey dil içindeki karşıtlarıyla anlamlı kılınır. Saussere'e göre 'dil bireydeki konuşma yetisinin kullanılabilmesi için, toplumsal yapı aracılığıyla kabul edilmesi gereken anlaşma ve uyuşmalar bütünüdür. Konuşma yetisi dilden ayrı bir olgudur ama dil olmadan kendini gösteremez.' Dil nedir? Bir öğesindeki değişimin bütününde değişim yarattığı ve öğelerden her birinin diğerinin tümünün değerinin fonksiyonu olduğu bir işaretler sistemidir.

Yunus Emre 'bir ben var, ben de öte' diyordu. Rimbaud ise 'ben ötekidir' diye sesleniyordu bize bir şiirinde. En belirleyici ötekimiz bilinçdışımız. Peki nasıl oluyor da sesleniyor bize. Lacan Freud'u yeniden okuduğunu belirterek bize çok karmaşık, tekinsiz ve belirsiz görünen bilinçdışımızın nasıl da bir dil gibi yapılandığını anlatır.

Biz klinisyenlerin sıkça kullandığı 'semptom' kelimesi kendisini dil aracılığı ile dışavurur.Rüyalar bu ifade sisteminin metafor ve metonimler aracılığı ile yer bulduğu bilinç öncesi mekanlardır.

Günlük işleyiş sırasında bize anlamsız, tuhaf, ilginç gelen dil sürçmelerimiz (lapsus) analitik bir sözceleme içerisinde bir anlam ve bütünlük kazanır.

TRSM'DE ŞİZOFRENİ HASTASININ TAKİBİ

Tülay Satı KIRKAN

1

- Ülkemiz 2011 yılında yayınlanan Ulusal Ruh Sağlığı Eylem planıyla toplum temelli bakım hizmetlerini benimsediğini ilan etmiştir.
- TRSM'ler Toplum temelli bakımın en önemli kurumlarıdır.

3

TRSM HİZMETİNİN BİLEŞENLERİ

- Psikiyatrik tedavi
- Fiziksel sağlığın takibi
- Barınma desteği
- Gelir ve sosyal yardım desteği
- Savunuculuk
- Akran desteği
- Aile ve toplum desteği
- Rehabilitasyon hizmetleri

2

TOPLUM TEMELLİ BAKIM

- İlke olarak kurum bakımından toplum bakımına geçiş hedeflenmektedir.
- Kronik ruhsal rahatsızlığı bulunan birey, tedavi kurumlarından çok bulunduğu ortamda gözlenmeye-tedavi edilmeye çalışılır.

- Hizmet kullanıcısı düzeyinde, uzun süreli olarak hastanede yatmakta olan hastaların toplum temelli bir ortama götürülmesi

- Ruh sağlığı hizmet sistemi düzeyinde ise, uzun süredir hastanelerde kalan hastaların taburcu edilerek ve gereksiz yatışları en aza indirerek bakımın odağının uzun süreli kurumlardan (ruh sağlığı hastaneleri, kapalı servisler, bakım merkezleri vs) topluma kaydırılması anlamına gelmektedir.

4

TRSM ÇALIŞMASININ HEDEFİ

Hedef semptomların giderilmesi değil, bütüncül iyilik halidir. Topluma kendi kimliğiyle, insan onuruna yaraşır bir şekilde dönmesi ve kendi hayatını dilediği gibi sürdürmesi hedeflenir. Bu hedef doğrultusunda önündeki engelleri giderecek çalışmalar yapılır (recovery-sosyal içerme süreçleri)

5

- TRSM çalışması bir bakım planı ve bu bakımın koordinasyonu ile yürür.

-TRSM paternal bir yaklaşımla ruhsal rahatsızlığı olan bireye kendisi hedefler belirlemez.

- Hizmet kullanıcısını, bakım hizmetinin pasif alıcısı olarak gören bir bakım modeli yerine, hizmet kullanıcısının kendisine nasıl bakılacağını tanımlayıp yönlendirdiği ve bunun da ötesinde, kendisini her insan gibi haklara sahip bir vatandaş olarak gördüğü çok daha aktif ve dinamik bir ortaklık modeli kurmaya çalışır.

6

TRSM AÇISINDAN İYİLİK SÜRECİ

- *"Bir kişinin tutumlarının, değerlerinin, hedeflerinin, becerilerinin ve/veya rollerinin değiştirildiği son derece kişisel ve eşsiz bir süreçtir. Hastalığın sebep olduğu kısıtlamalar altında dahi olsa tatmin edici, umutlu ve faydalı bir yaşam sürme yoludur. İyileşme, kişinin ruh hastalığının yıkıcı etkilerini aşarken yaşamında da yeni bir anlam ve amaç oluşmasını içerir."*

Anthony (1993)

7

- *"İyileşme, ruh sağlığı sorunlarının devam etmesine veya uzun süreli mevcudiyetine rağmen bunların olumsuz etkilerinin üstesinden gelmeye yönelik kişisel bir süreç olarak tanımlanabilir. Bu süreç, yüzleşilmesi gereken sorunlar olduğunun kabulü, **kişinin kendi yaşamına müdahil olduğu ve yaşamını kontrol ettiği duygusu** ve umudun yeşertilmesinin yanı sıra, ortak sorun çözme çabalarında hizmetler, işçiler ve uzmanların işbirliği gibi başkalarının sunduğu destek de dahil olmak üzere, kişisel gelişimi ve değişimi kapsar. İyileşme bireyle başlar ve içeriden dışarı doğru işler. Bu nedenle kişiselleştirilmiş bir süreçtir ve geleneksel hizmet yaklaşımlarına meydan okumaktadır".*

8

BAKIM PLANI VE KOORDİNASYONU

- TRSM'ler Şizofreni tanılı bireylerin, toplum içerisinde sürdürmek istediği yaşam tarzını bireyin kendisinin belirlemesi gerektiğini var sayar. Bu yaşam tarzını sürdürebilmesi için ihtiyaçlarını analiz eder, önündeki engelleri kaldırmak için çabalar.
- Bunun için TRSM bünyesindeki farklı disiplinde çalışanlardan (Psikiyatri uzmanı, psikolog, SHU, Hemşire, Ergoterapist) ve ildeki diğer kurumlardan destek alır.
- Tüm bu hizmetleri koordine eden kişi TRSM bünyesindeki Vaka yöneticisidir.
- Vaka yöneticisi, hastaya uygun olan seçenekleri tespit etmek için uzmanlığından yararlanır, ancak hastanın kendi kaderini tayin etme hakkı gözetilir. Hasta belirlenen seçeneklerden birini tercih ettiğinde, vaka yöneticisi bir kez daha uzmanlığını devreye sokup seçilen hizmetlere nasıl erişeceği konusunda hastaya yardımcı olur.

9

- Bakım planı ve koordinasyonu yapılırken, ruhsal rahatsızlığı olan bireyin semptomlarına değil, güçlü yanlarına odaklanılır (Birey hasta olmadan önce hangi hobileri vardı? Neleri başarabiliyordu? Hangi kimlikle yaşıyordu vb.).
- Bakım planı, bireyin çevresini de bu tedavinin bir parçası ve iyileşmenin aracı sayar. Çevrede spor yapabilecek bir park, sosyal iletişime destek verecek bir kafe ortamı, sosyal içermeye destek olacak ve kişiye istihdam olanağı sağlayacak bir işyeri en az ilaç kadar iyileşmeye katkıda bulunacak araçlar olabilir.

10

- RİSK DEĞERLENDİRME

- TRSM çalışmasının en önemli parçalarından bir tanesi de Şizofreni hastasının karşılaşabileceği 4 ana risk grubu ile ilgili planlamalar yapması ve bu yönde hastayı da eğitmesidir.
- Kendine zarar verme riski
- Başkalarına zarar verme riski
- Alevlenme riski
- Savunmasızlık riski

11

- TRSM her Şizofrenili birey için ekip olarak bu 4 ana grup riski düzenli olarak değerlendirip ortaya çıkmalarını engellemek için eylem planları yapmaktadır. Bu planlar da Vaka yöneticileri tarafından düzenli olarak takip edilmekte ve risk algısı oluştuğunda psikiyatri uzmanı ile eylem planları yapılmaktadır.

12

TRSM'LERDEKİ MÜDAHALELER

13

PSİKOEĞİTİM

- Şizofrenili bireylere ve ailelerine, hastalıklarının beklenen seyri hakkında bilgilendirme yapılır.
- Bu bilgilere hastalık riskini tetiklediği veya artırdığı bilinen faktörler ve hastalık ve alevlenme riskini azaltıcı faktörler ile ilgili bilgiler de dahil edilir.
- Hizmet alanlara hastalıklarıyla ilgili tedavi seçeneklerine dair iyi uygulamalar hakkında bilgi verilir.
- Psikoeğitim materyalleri temin edilir veya geliştirilir ve TRSM'de hazır bulundurularak hizmet alanlara ve ailelerine sunulur.

14

REHABİLİTASYON ÇALIŞMALARI

A) Uğraşı aktiviteleri ve eğitim ihtiyaçları:
- Hizmet alanların uğraş ve eğitim ihtiyaçları karşılanır.
- Eğitim ve istihdam hizmetleri konusunda bilgilendirmeler yapılır ve gerekli durumlarda bu birimlere sevk yapılır.
- Toplumda mevcut olan ve eğitim ve uğraş terapisi hedeflerine ulaşılması önünde engel oluşturan ayrımcılık ve damgalama ile mücadele için hizmet alanlar adına savunuculuk çalışmaları yürütülür.

15

B) Gündelik yaşam aktiviteleri

- Gündelik yaşam ihtiyaçlarını bağımsız olarak karşılamalarını sağlamaya yönelik çalışmalar yapılır.
- Bu kapsamda hizmet alanların güçlü, zayıf ve savunmasız yönleri ile bunlarla baş etme stratejileri de plana dahil edilir.
- Temel ihtiyaçlarını karşılayabilmeleri konusunda, gerektiğinde diğer toplum destek kurumları ve bakım verenler ile işbirliği içerisinde hizmet alanlara uygulamalı destek verilir.

16

C) Sosyal İçerme

- Şizofrenili bireylerin, toplum hayatının bütün yönlerine katılmalarını ve katkı vermelerini sağlayacak hale gelmelerini sağlamak adına onlarla birlikte çalışma yapılır.

- Tecrit ve marjinalleştirmenin azaltılması, hizmet alanların toplumla bağlarının güçlendirilmesi ve özgüvenlerinin artırılması yönündeki stratejiler de plana dahil edilir.

17

PSİKOLOJİK TERAPİLER

- Psikolojik terapiler (bireysel terapiler ve grup terapileri), ruh sağlığı sorunları ele alınırken ve bakım planlaması yapılırken bir tedavi seçeneği olarak düşünülür.

18

BİR ŞİZOFRENİ HASTASININ ÖRNEK TAKİBİ (BAKIM PLANI)

19

BİR ŞİZOFRENİ HASTASININ ÖRNEK TAKİBİ (BAKIM PLANI)

BAĞIMLILIĞIN GİZLİ YÜZÜ - HEPATİT C VİRÜS

Dr. Oğuzhan DOĞAN

Mersin Toros Devlet Hastanesi, AMATEM Klinik Sorumlusu

Madde bağımlılığı sosyal, ekonomik, genetik, psikolojik ve nörolojik boyutları olan son derece karmaşık bir olgudur. Düzelme (remisyon) ve nüks (relaps) dönemleri ile seyreden kronik bir beyin hastalığıdır (1). Global prevalansının %2.8 olduğu tahmin edilen hepatit C virüsü (HCV), siroz ve hepatosellüler karsinoma gibi ölümle sonuçlanabilen, kronik karaciğer hastalıklarına yol açabilen, kronik bir enfeksiyon nedenidir (2). HCV'nin kan transfüzyonu, güvenli olmayan tedavi amaçlı enjeksiyonlar ve diğer tıbbi girişimler ile bulaşabilmesi olasılığına karşın HCV enfeksiyonlarının büyük bir kısmı, özelikle gelişmiş ülkelerde, yasal olmayan madde enjeksiyonu ile bulaşmaktadır (2).

11 milyondan fazla insan damar içi madde enjekte etmektedir.1,4 milyon damar içi madde kullanıcısı (PWID) HIV ile 5,5 milyon Hepatit C ve 1,2 milyonu hem Hepatit C hem de HIV ile yaşamaktadırlar(3). Viral hepatitlerin önde gelen ölüm nedenlerinden biri olması (2013 yılı için dünya çapında 1.46 milyon ölüm) nedeniyle; Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 2030 yılına kadar hepatit B (HBV) ve HCV'nin elimine edilmesi amacıyla bir eylem planı başlatılmasına karar vermiştir(4). Tekrar enfeksiyon riskini azaltarak HCV prevalansının azaltılması HCV eliminasyonu için en önemli basamaktır. Bu nedenle HCV'nin neden olduğu yükü azaltmayı amaçlayan halk sağlığı otoriteleri "koruma için tedavi et" yaklaşımını mutlaka benimsemelidir (AMATEM'lerde ayaktan ve yatarak takip edilen tüm damar içi madde kullananların rutin olarak HCV açısından taranması ve bu hastalarda HCV tedavisi için öncelikli olarak DEA kullanılmasını sağlayacak yaklaşımların geliştirilmesi ile HCV'nin elimasyonu için belirlenen hedeflere ulaşılabilir (2). Mersin Toros Devlet Hastanesine bağlı Amatem kliniğinde 2017 yılından bu yana ayaktan başvuran her hastaya Hemogram, Tam biyokimya, ANTI-HBSANTI-HCV, ANTI-HIV, HBSA tetkikleri yapılmaktadır. bu konuda bir kan alma ünitesi organize edilmiş bir kan alma hemşiresi tayin edilmiştir. hastanemizde kullanılan işletim sistemine HCV pozitif hastalar için bir uyarı eklenmiş ve hasta nın takip edilmesi kolaylaşmıştır. Aynı merkezde hepatit c virüs yaygınlığı ile ilgili bir çalışma yürütülmektedir. Bu çalışmanın ilk sonuçlarına göre 1190 Opioid Kullanım Bozukluğu Olan Hasta taranmış 850 tane hastada anti-HCV Negatif 340 hastada ise anti-HCV Pozitif bulunmuştur. Opioid kullanım bozukluğu olan hastalarda hcv pozitifliği %28.4 olarak bulunmuştur. Sonuç olarak hepatit c virüs büyük oranda AMATEM hastaları içinde ciddi biçimde yaygındır. Hastalık ile ilgili yeni direk etkili antiviraller bulunmuştur. Hcv enfeksiyonu etkin bir şekilde tedavi edilebilmektedir. Ülkemizde bulunan mevcut AMATEM'ler bütün başvuran hastalar için uygun tarama koşullarına sahiptir. Bu birimlerde her hastanın taranması hcv ve diğer hastalıklar açısından tanı ve tedavi olasılığını arttıracaktır.

Kaynaklar

1. Brust JCM. Neurological Aspects of Substance Abuse. Second Edition, Elsevier Butterworth Heinemann, Philadelphia, PA, 2004
2. Türkiye'de Damar İçi Madde Kullanan Kişilerde Hepatit C Enfeksiyonunu Önlemeye Yönelik Eylem Çağrısı Cüneyt Evren1 , Rabia Bilici2 , Enver Üçbilek3 , Dilara İnan
3. Dusunen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences 2017;30:271-277 Editoryal / Editorial DOI: 10.5350/DAJPN20173004001
4. United Nations World Drug Report2020
5. World Health Organisation. Combating hepatitis B and C to reach elimination by 2030 http://www.who.int/hepatitis/publications/hep-elimination-by-2030-brief/en/

SAĞLIKTA ŞİDDET: TWITTER'DA NELER OLUYOR?

Dr. Onat YILMAZ

Twitter, 2006 yılında kurulan ve kullanıcıların sınırlı sayıda karakter üzerinden iletişim sağlayabildikleri bir sosyal medya platformudur. Kullanıcılar, diledikleri hesapları izleyebilmekte, böylelikle bu hesapların yazdıklarını okuyabilmekte, dilerlerse yazılanlara yanıt verebilmekte veya retweet ederek başkalarına/kendi takipçilerine ulaşmasını sağlayabilmektedir. Böylelikle kullanıcılar, çevrelerindeki veya takip ettikleri kişilerin ne düşündüklerini öğrenebilmekte, araştırmacılar ise toplumun düşünce eğilimleri ve davranışları hakkında kaba çıkarımlar yapabilmektedir (1). Ayda yaklaşık 313 milyon aktif kullanıcıya sahip mikroblog sitesi twitter, günlük gelişmelerin ve olayların duyurulmasında hızlı ve etkin bir rol oynamaktadır. Bununla birlikte kullanıcılar, herhangi bir müdahele olmaksızın, kendi düşüncelerini aktarabilmektedir.

Sağlık çalışanlarının pek çoğu, sağlık hizmeti sunucularında şiddet olayları ile her geçen gün artan sıklıkla karşılaşmakta, genellikle bu şiddetin mağduru olmaktadır. Konvansiyonel medya kaynaklarının konuyla ve gelişmelerle ilgili bilgi sağlamasının yanı sıra, sosyal medya da konu hakkında bilgi sağlamanın yanı sıra kullanıcısını etkileme potansiyeli taşımaktadır. Bu oturumda, dünyada ve özellikle ülkemizde sağlık çalışanlarına yönelik şiddet konusu ile ilgili twitter'da yer alan veriler kabaca gözden geçirilecektir.

Kaynaklar

1. McCormick HT, Lee H, Cesare N, Shojale A, Spiro ES. Using Twitter for Demographic and Social Science Research: Tools for Data Collection and Processing Sociol Methods Res. 2017, 46 (3): 390-421.

YAŞAM BOYUNCA DEHB

Dr. Onat YILMAZ

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, belirtileri çocukluk döneminde ortaya çıkan, şiddeti kişiler arasında değişkenlik gösteren, kronik bir ruhsal bozukluktur. Dikkat eksikliğinden baskın, hiperaktivite baskın ve karışık tip olmak üzere farklı alt tipleri bulunan bozukluk, tanı aldığı yaş dönemine göre bireyin işlevselliğini olumsuz yönde etkilemektedir. Görülme sıklığının yaşla birlikte azalmasının, bozukluğun şiddetinin azalmasıyla uyumlu olduğu varsayılsa da, bozukluğun farklı yaş dönemlerine ait özelliklerinin bilinmesi, tedavi ve takip planlaması açısından yol gösterici olacaktır. Hastaların yanı sıra çevrelerini, bakım verenlerini ve ailelerini etkileyen bu bozuklukta, olası eşlik eden tanılarla ilgili yönetim stratejilerinin de bilinmesinde yarar bulunmaktadır. Bu oturumda, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunun farklı yaş gruplarındaki klinik seyri, eş tanılar ve tedavi yaklaşımları ile ilgili güncel veriler paylaşılacaktır.

Kaynak

1.Cormier E. Attention deficit/hyperactivity disorder: a review and update. J Pediatr Nurs 2008; 23(5): 345-357

Sözlü Bildiri Sunum Programı

Sunum Tarihi	Sunum Saati	Salon	Bildiri No	Bildiri Başlığı
30 Ekim	*12:30-12:40*	*Salon C*	*SS-001*	**DEPRESYON HASTALARINDA POZİTİF PSİKOTERAPİ İLE İŞLEVSELLİĞİN DÜZENLENMESİ** Ahmet Yılmaz, Melis Demircioğlu
30 Ekim	*12:40-12:50*	*Salon C*	*SS-002*	**GERİATRİK DEPRESYON HASTALARINDA BENLİK SAYGISI VE YAŞAM KALİTESİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ** Aslı Beşirli
30 Ekim	*13:10-13:20*	*Salon C*	*SS-005*	**ALDATILAN EŞLERDE BAĞLANMA STİLLERİ, ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI, EVLİLİK DOYUMU VE CİNSEL DOYUM: TANIMLAYICI ÇALIŞMA** Ebru Şahan, Merve Suma, Fatma Büşra Parlakkaya Yıldız
30 Ekim	*13:30-13:40*	*Salon C*	*SS-007*	**SİGARA KULLANIMI İLE HEYECAN ARAMA, DÜRTÜSELLİK, UMUTSUZLUK VE ANKSİYETE DUYARLILIĞI İLİŞKİSİ** Fatih Yığman, Hasan Ünver, Muhammed Hakan Aksu
30 Ekim	*13:50-14:00*	*Salon C*	*SS-009*	**ALKOL-MADDE KULLANIM BOZUKLUĞU OLAN HASTALARDA TEDAVİ MOTİVASYONUNUN MADDE TİPİ VE KİŞİLİK BOYUTLARINA GÖRE İNCELENMESİ** Gürler Güz, Alptekin Çetin, Nesrin Dilbaz
30 Ekim	*14:25-14:35*	*Salon C*	*SS-011*	**OPİYAT KULLANIM BOZUKLUĞU OLAN HASTALARDA SERUM LEPTİN VE GHRELİN SEVİYELERİ İLE YOKSUNLUK VE AŞERME ARASINDAKİ İLİŞKİ** Hüseyin Kara, Halide Akbaş, Mehmet Murat Kuloğlu
30 Ekim	*14:35-14:45*	*Salon C*	*SS-012*	**BAĞIMLILIK ALANINDA ÇALIŞAN RUH SAĞLIĞI UZMANLARINDA TÜKENMİŞLİK** Melis Demircioğlu, Özlem Kızılkurt
30 Ekim	*14:55-15:05*	*Salon C*	*SS-014*	**BİPOLAR AFFEKTİF BOZUKLUĞU OLAN BİREYLERDE SOSYAL MEDYA KULLANIMI** Seda Tanrıverdi, Özlem Devrim Balaban, Özlem Gül, Mustafa Ozan Altın
30 Ekim	*15:05-15:15*	*Salon C*	*SS-015*	**TOPLUM RUH SAĞLIĞI MERKEZLERİNDE TAKİP EDİLEN PSİKOTİK BOZUKLUK HASTALARINDA SOSYAL MEDYA KULLANIMI** Seda Tanrıverdi, Özlem Devrim Balaban, Özlem Gül, Mustafa Ozan Altın
30 Ekim	*15:35-15:45*	*Salon C*	*SS-018*	**ŞİZOFRENİ HASTALARINDA OBSESİF-KOMPÜLSİF BELİRTİLERİN KLİNİK ÖZELLİKLER VE KLOZAPİN KULLANIMI İLE İLİŞKİSİ** Asena Uzdu, Buket Cinemre, Ali Erdoğan
30 Ekim	*16:00-16:10*	*Salon C*	*SS-019*	**ESANSİYEL HİPERTANSİYONLU HASTALARDA ANKSİYETE İLE SERUM ÜROTENSİN-II VE S100B SEVİYELERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ** Aslı Kazğan, Sevler Yıldız, Sevda Korkmaz
30 Ekim	*16:10-16:20*	*Salon C*	*SS-020*	**OBEZLERDE ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI, BAĞLANMA BİÇİMLERİ VE SAVUNMA MEKANİZMALARININ DEĞERLENDİRİLMESİ** Aslı Kazğan, Sevler Yıldız, Osman Kurt, Muhammed Fatih Tabara, Sevda Korkmaz
30 Ekim	*16:40-16:50*	*Salon C*	*SS-023*	**ŞİZOFRENİ HASTALARINDA PSİKOLOJİK DAYANIKLILIĞIN İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALANMA ÜZERİNE ETKİSİ** Aysu Kara, Cenk Kılıç, Özlem Devrim Balaban, Nesrin Karamustafalıoğlu
30 Ekim	*16:50-17:00*	*Salon C*	*SS-024*	**BİR BAĞIMLILIK KLİNİĞİNDE YATARAK TAKİP EDİLEN HASTALARIN DEMOGRAFİK VE KLİNİK ÖZELLİKLERİ** Çetin Turan, Ömer Şenormancı
30 Ekim	*17:00-17:10*	*Salon C*	*SS-025*	**OBEZİTE İLE BARİATRİK CERRAHİ UYGULANAN HASTALARDA KİLO KAYBININ PSİKOLOJİK YORDAYICILARI: BİR SENELİK İZLEM ÇALIŞMASI** Güliz Şenormancı, Oya Güçlü Gönüllü, Ömer Şenormancı
30 Ekim	*17:10-17:20*	*Salon C*	*SS-026*	**İKİ UÇLU BOZUKLUK HASTALARINDA DUYGUDURUM DENGELEYİCİ TEDAVİ DEĞİŞİKLİKLERİ NEDENLERİNİN ARAŞTIRILMASI: ÖN ÇALIŞMA** Azize Beril Taşçı, İbrahim Gündoğmuş, Abdullah Bolu, Kamil Nahit Özmenler

Sözlü Bildiri Sunum Programı

Sunum Tarihi	Sunum Saati	Salon	Bildiri No	Bildiri Başlığı
30 Ekim	*17:20-17:30*	*Salon C*	*SS-027*	**BİR VAKIF ÜNİVERSİTESİ PSİKİYATRİ KLİNİĞİNDEN KEFALETNAME İLE TABURCU OLAN HASTALARIN SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ** Buğra Çetin
30 Ekim	*17:45-17:55*	*Salon C*	*SS-028*	**ROMATOİD ARTRİT HASTALARINDA SOMATİZASYON, ALEKSİTİMİ VE HASTALIK İNKARININ İNCELENMESİ** Ceyhun Hacıyev, Nur Nihal Baltacı, İrem Ekmekçi Ertek , Bahadır Geniş, Nihan Coşkun, Buket Koparal, Aycan Kayalar, Feride Göğüş, Behçet Coşar
30 Ekim	*17:55-18:05*	*Salon C*	*SS-029*	**PSYCHIATRIC DISORDERS IN BARIATRIC SURGERY CANDIDATES: PRELIMINARY RESULTS OF A TURKISH PREBARIATRIC SURGERY SAMPLE** Esin Erdoğan, Dursun Hakan Delibaş, Sinem Yeşilyurt, Ahmet Mücteba Öztürk, Mehmet Yıldırım
30 Ekim	*18:05-18:15*	*Salon C*	*SS-030*	**PERSONALITY TRAITS, CHILDHOOD TRAUMA AND DISSOCIATION IN PATIENTS WITH NREM PARASOMNIA** Esra Aydın Sünbül, Demet Ünsal Çelebi, Gamze Şimşek, Hüseyin Güleç
30 Ekim	*18:15-18:25*	*Salon C*	*SS-031*	**ŞAŞILIK TANISIYLA TAKİP EDİLEN ÇOCUK VE ERGENLERDE ANKSİYETE BOZUKLUĞU VE BENLİK SAYGISI** Fahri Çelebi, Mehmet Serhat Mangan,
30 Ekim	*18:25-18:35*	*Salon C*	*SS-032*	**ÜNİVERSİTE HASTANESİ ACİL SERVİSİNDE TAMAMLANMIŞ İNTİHAR OLGULARININ SOSYODEMOGRAFİK VERİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ** Faruk Kurhan
30 Ekim	*18:35-18:45*	*Salon C*	*SS-033*	**DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞUNDA KOMPULSİF SATIN ALMA İLE ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMATİK YAŞANTILARI İLİŞKİSİ** Feride Yıldırım
30 Ekim	*18:45-18:55*	*Salon C*	*SS-034*	**PSİKİYATRİ HEMŞİRELERİNİN KİŞİLERARASI PROBLEM ÇÖZME BECERİLERİ, BİLİŞSEL DUYGU DÜZENLEME VE BAĞLANMA STİLLERİ** Müberra Kulu, Filiz Özsoy
30 Ekim	*18:55-19:05*	*Salon C*	*SS-035*	**AKROFOBİ TEDAVİSİNDE MARUZ BIRAKILMA TÜRÜNE GÖRE KATILIMCILARIN ÖZNEL KAYGI DÜZEYLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI** Gökçe Vogt, Gülay Dirik
30 Ekim	*19:05-19:15*	*Salon C*	*SS-036*	**ELEKTROKONVÜLZİF TEDAVİ UYGULANAN YAŞLILARIN KLİNİK VE SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNİN ERİŞKİNLERLE KARŞILAŞTIRILMASI** Gözde Ataöv, Özlem Devrim Balaban, Kaan Boran, Özge Atay
30 Ekim	*21:30-21:40*	*Salon C*	*SS-037*	**ELAZIĞ ŞEHİR HASTANESİ'NDE İNTİHAR GİRİŞİMİ SEBEBİYLE İSTENEN KONSÜLTASYONLARIN GERİYE DÖNÜK DEĞERLENDİRİLMESİ** Gülay Taşcı
30 Ekim	*21:40-21:50*	*Salon C*	*SS-038*	**ANKSİYETENİN SOSYODEMOGRAFİK VE PSİKOLOJİK FAKTÖRLERLE OLAN İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ** Hüseyin Ünübol, Diler Özyurt, Gökben Hızlı Sayar
30 Ekim	*21:50-22:00*	*Salon C*	*SS-039*	**ELEKTROKONVÜLZİF TEDAVİ UYGULANAN YAŞLI HASTALARIN TEDAVİYE İLİŞKİN ÖZELLİKLERİNİN ERİŞKİN HASTALARLA KARŞILAŞTIRILMASI** Kaan Boran, Özlem Devrim Balaban, Gözde Ataöv, Özge Atay
30 Ekim	*22:00-22:10*	*Salon C*	*SS-040*	**EVLİ BİREYLERDE EVLİLİK UYUMLARI VE RUHSAL BELİRTİLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ** Fazıl Çağrı Oğuz, Mahmut Onur Karaytuğ, Soner Çakmak
30 Ekim	*22:10-22:20*	*Salon C*	*SS-041*	**RETİNA SİNİR LİFİ TABAKASINDAKİ ARTIŞ ESRARIN NÖROPROTEKTİF ÖZELLİĞİ İLE İLİŞKİLİ OLABİLİR: BİR OKT ÇALIŞMASI** Aysun Kalenderoğlu, Mehmet Hamdi Örüm, Ayşe Sevgi Karadağ, Ali Kuştepe, Mustafa Çelik

Sözlü Bildiri Sunum Programı

Sunum Tarihi	Sunum Saati	Salon	Bildiri No	Bildiri Başlığı
30 Ekim	*22:20-22:30*	*Salon C*	*SS-042*	**PSİKOTİK BOZUKLUK GRUBU HASTALARIN SUÇ NİTELİKLERİ** Mert Batmaz, Fatih Öncü
30 Ekim	*22:30-22:40*	*Salon C*	*SS-043*	**BEHÇET HASTALARINDA DEPRESYON, ANKSİYETE, UMUTSUZLUK, HASTALIK ANLAMI VE OTOMATİK DÜŞÜNCELERİN DEĞERLENDİRİLMESİ** Nur Nihal Baltacı, Ceyhun Hacıyev, İrem Ekmekçi Ertek, Behçet Coşar
30 Ekim	*22:40-22:50*	*Salon C*	*SS-044*	**BİR DUYGUDURUM KLİNİĞİNDE YATARAK TEDAVİ GÖREN 65 YAŞ ÜSTÜ HASTALAR: TANIMLAYICI BİR ÇALIŞMA** Osman Ak, İkbal İnanlı, Deniz Altunova, Berrin Ünal, Ali Metehan Çalışkan, İbrahim Eren
30 Ekim	*22:50-23:00*	*Salon C*	*SS-045*	**DÜŞÜNCE BOZUKLUĞUNUN PENCERESİNDEN:SANRI TÜRLERİNİN KLİNİK TANILAR VE SOSYODEMOGRAFİK VERİLERLE RETROSPEKTİF İNCELENMESİ** Pelin Kutlutürk, Meltem Çınar Bozdağ, Hatice Cansu Selvi, İrem Ekmekçi Ertek, Behçet Coşar
31 Ekim	*10:20-10:30*	*Salon C*	*SS-048*	**POLİKİSTİK OVER SENDROMU TANILI HASTALARDA BORDERLİNE KİŞİLİK BOZUKLUĞU GÖRÜLME SIKLIĞI VE AGRESYON İLE İLİŞKİSİ** Sema Baykara, Burkay Yakar, Faruk Kılınç, Sevda Korkmaz, Murad Atmaca
31 Ekim	*10:30-10:40*	*Salon C*	*SS-049*	**TRAVMATİK YAŞANTILARIN OBSESYON VE KOMPÜLSYONLARLA OLAN İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ** Sevda Korkmaz, Sema Baykara, Mehmet Gürkan Gürok, Şüheda Kaya, Gülay Taşçı, Murad Atmaca
31 Ekim	*10:50-11:00*	*Salon C*	*SS-051*	**PSİKOLOJİK YARDIM ARAMA TUTUMLARI ÖLÇEĞİ TÜRKÇE FORMU GEÇERLİLİK VE GÜVENİRLİLİK ÇALIŞMASI** Şükran Yırtımcı, İbrahim Gündoğmuş, Bahar Yeşil Örnek, Özcan Uzun
31 Ekim	*11:00-11:10*	*Salon C*	*SS-052*	**İLK ATAK PSİKOZ HASTALARINDA TPA-BDNF YOLAĞININ KLİNİK BELİRTİLER VE STRES YOLAĞI İLE İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ** Ümit Haluk Yeşilkaya, Büşra Güney, Pelin Özkara, Şakir Gıca, Nesrin Karamustafalıoğlu
31 Ekim	*11:10-11:20*	*Salon C*	*SS-053*	**KATATONİ NEDENİYLE EKT UYGULANAN HASTALARIN DEMOGRAFİK VE KLİNİK ÖZELLİKLERİ CİNSİYETE GÖRE FARKLILIK GÖSTERİYOR MU?** Zozan Parsanoğlu, Özlem Devrim Balaban, Özge Atay, Mustafa Ozan Altın
31 Ekim	*11:20-11:30*	*Salon C*	*SS-054*	**ALANYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ DENETİMLİ SERBESTLİK POLİKLİNİĞİ BAŞVURULARININ DEĞERLENDİRİLMESİ** Abdullah Burak Uygur, Tacettin Kuru, Veysel Doğan
31 Ekim	*13:00-13:10*	*Salon C*	*SS-055*	**ERKEK ŞİZOFRENİ HASTALARINDA COMT GENİ VAL158MET POLİMORFİZMİ İLE PREMORBİD KANNABİS KULLANIMI ARASINDAKİ İLİŞKİ** Aysegul Ermis
31 Ekim	*13:10-13:20*	*Salon C*	*SS-056*	**OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK ETİYOLOJİSİNDE BDNF VE GDNF GEN METİLASYONUNUN ETKİSİ** Seda Orenay Boyacıoğlu, Metin Çalışkan, Ayşe Döndü
31 Ekim	*13:30-13:40*	*Salon C*	*SS-058*	**İNFERTİLİTE TANILI KADIN HASTALARDA ALEKSİTİMİ, YAŞAM KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ** Kerim Uğur, Sevler Yıldız, Fatma Hilal Yağın, Aslı Kazgan
31 Ekim	*13:40-13:50*	*Salon C*	*SS-059*	**THE ROLES OF EMPATHY, THEORY OF MIND, AND ALEXITHYMIA IN BORDERLINE PERSONALITY DISORDER** Faruk Kılıç, Arif Demirdaş, Ümit Işık, Merve Akkuş, İnci Meltem Atay, Duru Kuzugüdenlioğlu
31 Ekim	*13:50-14:00*	*Salon C*	*SS-060*	**BRUKSİZMLİ HASTALARDA ALEKSİTİMİ VE ÖFKE DÜZEYLERİ** Musa Şahpolat
31 Ekim	*14:00-14:10*	*Salon C*	*SS-061*	**DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU TANILI HASTALARDA ZONULİN VE CLAUDİN-5 KAN DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ** Pınar Aydoğan Avşar, Ümit Işık, Evrim Aktepe, Faruk Kılıç, Duygu Kumbul Doğuç, Halil İbrahim Büyükbayram

Sözlü Bildiri Sunum Programı

Sunum Tarihi	Sunum Saati	Salon	Bildiri No	Bildiri Başlığı
31 Ekim	*14:10-14:20*	*Salon C*	*SS-062*	**GEBE OKULUNUN DOĞUM ANKSİYETESİ ÜZERİNE ETKİSİ** Seda Kırcı Ercan, Tuna Akçal, Fedi Ercan
31 Ekim	*14:20-14:30*	*Salon C*	*SS-063*	**BİR EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ PSİKİYATRİ POLİKLİNİĞİNE YÖNLENDİRİLEN ADLİ OLGULARIN DEĞERLENDİRİLMESİ** Selim Polat, Çiçek Hocaoğlu
31 Ekim	*15:30-15:40*	*Salon C*	*SS-064*	**MAJÖR DEPRESYON HASTALARINA UYGULANMIŞ TTMU TEDAVİSİNİN UYKU KALİTESİNE ETKİSİ: BİR ÖN BİLDİRİM ÇALIŞMASI** Sibel Çakıtlı, Onur Durmaz
31 Ekim	*15:40-15:50*	*Salon C*	*SS-065*	**KADINDAN ERKEĞE CİNSİYET GEÇİŞİNDE HORMON TEDAVİSİNİN YAŞAM KALİTESİ, BEDEN ALGISI VE BENLİK SAYGISI ÜZERİNE ETKİLERİ** Şenol Turan, Hülya Filipov, Yasin Kavla, Mehmet Enes Gökler
31 Ekim	*16:10-16:20*	*Salon C*	*SS-068*	**THE EFFECT OF TEMPERAMENT AND CHARACTER ON ADULT SEPARATION ANXIETY DISORDER COMORBIDITY IN BIPOLAR DISORDER PATIENTS** Merve Babalıoğlu, İzgi Alnıak
31 Ekim	*16:20-16:30*	*Salon C*	*SS-069*	**SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA PSİKOLOJİK DESTEK ALMA GEREKSİNİMİNİ YORDAYAN ETKENLER: ÖNCÜL BİR ÇALIŞMA** Özge Kılıç, Esra Bilir, Merve Yalçınay-inan, Kemal Kuşçu
31 Ekim	*16:30-16:40*	*Salon C*	*SS-070*	**COVID-19 SÜRECİNDE SOSYAL MEDYA KULLANIM ÖZELLİKLERİNİN ANKSİYETE DÜZEYİ VE COVID-19 HASTALIĞI KONTROL ALGISINA ETKİLERİ** Erman Şentürk, Bahadır Geniş, Burak Erman Menkü, Behcet Coşar
31 Ekim	*16:40-16:50*	*Salon C*	*SS-071*	**EREKTİL DİSFONKSİYON VE VAJİNİSMUSTA YARDIM BAŞVURUSUNUN KARAKTER MİZAÇ ÖZELLİKLERİ İLE İLİŞKİSİ, ÖN ÇALIŞMA** Onur Yılmaz
31 Ekim	*18:15-18:25*	*Salon C*	*SS-073*	**PANDEMİ DÖNEMİNDE ÖĞRETMENLERİN ANKSİYETE DÜZEYLERİ** Rukiye Ay, Oğuzhan Kılınçel
31 Ekim	*18:25-18:35*	*Salon C*	*SS-074*	**ERİŞKİN DEHB'DE METABOLİK SENDROM VE PLAZMA ATEROJENİTE İNDEKSİ: VAKA KONTROL ÇALIŞMASI** Nilifer Gürbüzer, Hacer Akgül Ceyhun
31 Ekim	*18:35-18:45*	*Salon C*	*SS-075*	**BARİATRİK CERRAHİ ADAY HASTALARININ ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI İLE BEDEN ALGISI, BENLİK SAYGISI VE YEME TUTUMU İLİŞKİSİ** Ziya Berberoğlu, Çiçek Hocaoğlu
31 Ekim	*18:55-19:05*	*Salon C*	*SS-077*	**ALKOL KULLANIM BOZUKLUĞU'NDA PUPİL ÇAPI DEĞİŞİKLİKLERİ** Mehmet Hamdi Örüm
31 Ekim	*19:05-19:15*	*Salon C*	*SS-078*	**ŞİZOFRENİ SPEKTRUM BOZUKLUĞU OLAN OLGULARDA KENDİNE ZARAR VERİCİ DAVRANIŞLARI YORDAYAN FAKTÖRLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ** Erengül Güney, İzgi Alnıak
31 Ekim	*19:15-19:25*	*Salon C*	*SS-079*	**GENÇ ERİŞKİNLERDE DOLAYLI UTANMA, ANKSİYETE DUYARLILIĞI VE EMPATİK EĞİLİM ARASINDAKİ İLİŞKİ** Hayriye Zeynep Aydede, Fatma Duygu Kaya Yertutanol
31 Ekim	*19:25-19:35*	*Salon C*	*SS-080*	**PEDİATRİK OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUĞUN OKUL ÖNCESİ KLİNİK GÖRÜNÜMÜ** Hatice Gulsen, Miraç Barış Usta, Koray Karabekiroğlu
31 Ekim	*19:35-19:45*	*Salon C*	*SS-081*	**ALKOLİK NÖROPATİDE ELEKTROFİZYOLOJİK BULGULAR: NPİSTANBUL BEYİN HASTANESİ VERİLERİ** Celal Şalçini
31 Ekim	*21:00-21:10*	*Salon C*	*SS-082*	**OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUKTA TİROİD FONKSİYONLARI; VAKA-KONTROL ÇALIŞMASI** Bahadır Demir

Sözlü Bildiri Sunum Programı

Sunum Tarihi	Sunum Saati	Salon	Bildiri No	Bildiri Başlığı
31 Ekim	*21:10-21:20*	*Salon C*	*SS-083*	**BİLİŞSEL DUYGU DÜZENLEME STRATEJİLERİ İLE SOSYODEMOGRAFİK VERİ, DEPRESYON VE KAYGI DÜZEYLERİ İLİŞKİSİNİN ARAŞTIRILMASI** Kübra Sezer Katar, Ayşe Gökçen Gündoğmuş, Esengül Ekici, Sibel Örsel
31 Ekim	*21:20-21:30*	*Salon C*	*SS-084*	**PSİKİYATRİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN HASTALARDA DEPRESYON VE ANKSİYETE BOZUKLUKLARI İLE TİROİD HORMON DÜZEYLERİ İLİŞKİSİ** Elif Karaahmet
31 Ekim	*21:30-21:40*	*Salon C*	*SS-085*	**MEME KANSERLİ HASTALARDA CİNSEL DOYUM VE DEPRESYONUN İNCELENMESİ** Ender Kaya, Özge Kandemir
31 Ekim	*21:40-21:50*	*Salon C*	*SS-086*	**TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNDE SOSYAL ANKSİYETE DÜZEYLERİNİN BAĞLANMA VE KİŞİLİK BOYUTLARI İLE İLİŞKİSİ** Yaşan Bilge Şair, İrem Saraçoğlu, Eda Tansu Topaloğlu
31 Ekim	*21:50-22:00*	*Salon C*	*SS-087*	**MADDE KULLANIMI İLE İLGİLİ PROBLEM ŞİDDETİNİN BAĞLANMA STİLLERİ VE AİLE İŞLEVLERİ İLE İLİŞKİSİ** Özlem Kazan Kızılkurt
31 Ekim	*22:00-22:10*	*Salon C*	*SS-088*	**OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUKTA BELİRTİ BOYUTLARI İLE LEAHY DUYGUSAL ŞEMA ÖLÇEĞİ ALT BOYUTLARININ İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ** Esengül Ekici, Kübra Sezer Katar, Fatih Yığman, Kadir Özdel

Sözel Bildiriler

SS-001

DEPRESYON HASTALARINDA POZİTİF PSİKOTERAPİ İLE İŞLEVSELLİĞİN DÜZENLENMESİ

Ahmet Yılmaz[1], Melis Demircioğlu[2]

[1]*Üsküdar Üniversitesi Npi Beyin Hastanesi*
[2]*Kocaeli Üniversitesi*

Pozitif Psikoterapi Prof. Dr. Nossrat Peseschkian tarafından 1960'lı yılların sonunda geliştirilmiş, kültürlerarası bir yaklaşımdır. Terapist ve hasta tarafından kolaylıkla uygulanabilen, hayata adapte edilebilen bu sistem, son derece olumlu yaklaşımlar içerir. Pozitif psikoterapi; her insanın tek ve bağımsız bir bedeni, düşüncesi, duyguları ve ruhu olduğuna inanan bir metotdur ve "insan, doğuştan getirdiği bir çok beceriye ve potansiyele sahiptir" görüşünü destekler. Amacı insanlığın içinde bulunduğu duruma farklı açılardan bakabilmek, yeni bakış açıları geliştirmektir. Hastaların günlük yaşamını geliştirmeleri için "denge" ye çok önem veren bu terapi yöntemi tüm dünyada yaygın olarak kullanılıyor. Bu araştırmanın amacı, hafif düzeyde depresyon hastalarında pozitif psikoterapi uygulamalarının hastaların işlevselliği üzerindeki etkisini nicelemektir. Bu amaçla Hastanede tedavi gören depresyon hastalarına pozitif psikoterapi uygulanmıştır. Araştırmada, Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği (KİÖ) ve Sosyodemografik anket uygulanmıştır.

Anahtar kelimeler: Pozitif psikoterapi, Depresyon, İşlevsellik

Kaynaklar

Oishi, S. (2000). Goals as cornerstones of subjective well-being: Linking individuals and cultures. In E. Diener & E. M. Suh (Eds.), Culture and sub- jective well-being (pp. 87–112). Cambridge, MA: Bradford.

Pesseschkian, N.(2002a). Günlük yaşamın psikoterapi- si (Çev. H. Fışıloğlu). İstanbul:Beyaz Yayınları

Pesseschkian, N.(1998). Doğu Hikayeleriyle psikotera- pi (Çev. H. Fışıloğlu). İstanbul: Beyaz Yayınları

Schmuck, P., & Sheldon, K. M. (2001). Life goals and well-being: To the frontiers of life goal research. In P. Schmuck & K. M. Sheldon (Eds.), Life goals and well-being: Towards a positive psychology of human striving (pp. 1-17). Göttingen, Germany: Hogrefe & Huber Publishers. directions (pp.15-31). New York:Springer-verlag.

SS-002

GERİATRİK DEPRESYON HASTALARINDA BENLİK SAYGISI VE YAŞAM KALİTESİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Aslı Beşirli[1]

[1]*Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Şişli Hamidiye Etfal Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği*

Amaç: Geriatrik hastalarda, depresyon ve benlik saygısı yaşam kalitesini etkilemektedir. Yapılan çalışmalarda depresyonu olan geriatrik hastaların benlik saygısı düzeyinin düşük olduğu dolayısıyla yaşam kalitesinin de azaldığı gösterilmiştir (1). Bu çalışmanın amacı psikiyatri polikliniğine başvuran geriatrik depresyon hastalarında benlik saygısı ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin değerlendirilmesidir.

Metod: Kadın veya erkek fark etmeksizin 60 yaş ve üzeri DSM-5 tanı kriterlerine göre major depresyon tanısı konan, başvuru esnasında psikiyatrik ilaç kullanmayan ve Geriatrik Depresyon Ölçeği (GDÖ) skoru 14 ve üzeri olan, 40 hasta çalışmaya alınmıştır. Hastalara GDÖ, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ), Yaşlılar İçin Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Modülü (WHOQOL-OLD) Kısa Versiyonu ve Kısa Akıl Muayenesi (KAM) uygulanmıştır. KAM skoru 24 ve üzeri olanlar çalışmaya dahil edilmiştir. Çalışma halen devam etmektedir.

Bulgular: WHOQOL-OLD "özerklik", "geçmiş, bugün, gelecek faaliyetleri", "sosyal katılım", "yakınlık" alt ölçekleri ve toplam WHOQOL-OLD skorları ile RBSÖ skoru arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı (sırasıyla r=-0.667, p=<0.001; r=-0.541, p=<0.001; r=-0.486, p=0.001; r=-0.324, p=0.041; r=-0.562, p=<0.001). WHOQOL-OLD "sosyal katılım" alt ölçeği GDÖ ile negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı derecede ilişkiliydi (r=-0.393, p=0.012) (Tablo 1).

Benlik saygısı yüksek olan hastaların WHOQOL-OLD "özerklik", "geçmiş, bugün, gelecek faaliyetleri", "sosyal katılım" ve toplam WHOQOL-OLD ortalamaları benlik saygısı orta olan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksekti (sırasıyla p<0.001, p=0.006, p=0.006, p=0.015) (Tablo 2).

Tartışma ve Sonuç: Bu çalışmada benlik saygısı düzeyi yüksek olan hastaların yaşam kalitesi skorlarının bir kısmı benlik saygısı düzeyi orta olanlara göre daha yüksek olarak bulundu. Bununla birlikte yüksek benlik saygısı skorları ile "duyusal işlevler" "ve "ölüm ve ölmek" alt skoru dışındaki yaşam kalitesi skorları arasında da negatif ilişki saptandı. Yani benlik saygısı düştükçe yaşam kalitesi de azalmaktaydı. RBSÖ'de alınan puanın yükselmesi benlik saygısı düzeyinin düşmesine işaret etmektedir. Benzer şekilde yapılan bir çalışmada düşük benlik saygısının "ölüm ve ölmek" alt skoru dışında yaşam kalitesi alt skorlarındaki düşme ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (2).

Depresyonu olan geriatrik hastalarda "özerklik" alt skorunun düşük olması yaşlandıkça karar verme yetisindeki bozulmayla ilişkilidir. "Geçmiş, bugün gelecek faaliyetleri" alt skorundaki düşüklük bu hastaların yaşamları boyunca yaptıkları işlerde yeterince tatmin olmadıklarına işaret edebilir. "Sosyal katılım" alt skorundaki düşme hastaların özellikle yaşadıkları çevredeki rutin günlük aktivitelerinin azalması, dolayısıyla kendileri daha işe yaramaz ve değersiz hissetmeleri ile ilişkili olabilir. "Yakınlık" alt skorundaki düşüklük kişisel ve yakın ilişkilerdeki bozulma şeklinde değerlendirilebilir. Bu skorlardaki düşme depresyonu olan geriatrik hastalarda benlik saygısının düşük olmasıyla da ilişkili olabilir (3).

Sonuç olarak, geriatrik depresyon hastalarında yaşam kalitesi benlik saygısı ile yakından ilişkili gibi görünmektedir. Benlik saygısını etkileyen depresyon gibi psikiyatrik hastalıkların tedavisinin yanında, aile ve yakın ilişkilerin güçlendirilmesi ve sosyal katılımı sağlayan aktivitelerin artırılmasına yönelik adımlar yaşam kalitesinin yükselmesine katkıda bulunabilir.

Anahtar kelimeler: Geriatrik depresyon, benlik saygısı, yaşam kalitesi.

Kaynaklar

1. Yao Ching-Teng, Yang Ya-Ping , Chen Yu-Chia. Positive Effects of Art Therapy on Depression and Self-Esteem of Older Adults in Nursing Homes. Soc Work Health Care. 2018; 58 (3): 324-338.
2. Darlene Mara Dos Santos Tavares , Thaís Gabriela Cruz Matias , Pollyana Cristina Dos Santos Ferreira , et al. Quality of Life and Self-Esteem Among the Elderly in the Community. Cien Saude Colet. 2016; 21 (11): 3557-3564.
3. Fleck MPA, Chachamovich E, Trentini C. Development and Validation of the Portuguese version of the WHOQOL-OLD module. Rev Saude Publica. 2006;40(5):785-791.

Tablo 1. Yaşam kalitesi skorları ile RBSÖ ve GDÖ skorları arasındaki korelasyon

		RBSÖ		*GDÖ*	
		r	*p*	*r*	*p*
WHOQOL-OLD	Duyusal işlevler	-0.050	0,759	0.034	0.836
	Özerklik	-0.667	<0.001	-0.290	0.070
	Geçmiş, bugün, gelecek faaliyetleri	-0.541	<0.001	-0.264	0.100
	Sosyal katılım	-0.486	0.001	-0.393	0.012
	Ölüm ve ölmek	0.039	0.809	0.256	0.111
	Yakınlık	-0.324	0.041	-0.166	0.305
WHOQOL-OLD	Toplam	-0.562	<0.001	-0.031	0.850

Tablo 2. Yaşam kalitesi ile benlik saygısı düzeyleri arasındaki ilişki

		Benlik Saygısı Düzeyi		*Benlik Saygısı Düzeyi*		
		Yüksek		*Orta*		
		Ort.±SD	*Min-Maks*	*Ort.±SD*	*Min-Maks*	*p*
WHOQOL-OLD	Duyusal işlevler	11.0±3.1	6-19	9.0±2.5	6-12	0.180
	Özerklik	14.0±1.9	11-18	10.2±2.4	7-13	<0.001
	Geçmiş, bugün, gelecek faaliyetleri	13.9±3.1	5-20	9.2±3.1	6-13	0.006
	Sosyal katılım	13.7±3.5	5-20	9.0±3.1	5-13	0.006
	Ölüm ve ölmek	11.2±4.3	4-19	13.2±4.0	10-20	0.335
	Yakınlık	14.1±3.1	7-20	11.4±3.8	6-15	0.081
WHOQOL-OLD	Toplam	75.7±13.1	20-94	62.0±11.5	49-78	0.015

SS-005

ALDATILAN EŞLERDE BAĞLANMA STİLLERİ, ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI, EVLİLİK DOYUMU VE CİNSEL DOYUM: TANIMLAYICI ÇALIŞMA

Ebru Şahan[1], Merve Suma[1], Fatma Büşra Parlakkaya Yıldız[1]

[1]*Bezmialem Vakıf Üniversitesi*

Amaç: Aldatılan kişilerin bağlanma stillerini, çocukluk travmalarını, evlilikleri ve cinsellikleri hakkındaki öznel değerlendirmelerini araştırarak, iyileşme sürecinde yol gösterici olarak kullanabilmek.

Yöntem: Çalışma süresince psikiyatri polikliniğimize başvuran, görüşmesinde sadakatsizliğe uğramakla ilgili gündem getiren heteroseksüel, evli kişilerden onam veren gönüllü 48 birey isim veya kimlik bilgileri istenmeden Sosyo-Demografik Veri Formu, İlişki Ölçekleri Anketi (İÖA), Evlilik Yaşam Ölçeği (EYÖ), Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği (ACYÖ) ve Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ)' ni hastanede doldurdular.

Bulgular: Aldatılan kişilerin %91,7' si kadın ve %8,3'ü erkekti, yaş ortalaması 38,8 idi. Önemli bir kısmı (%70,8'i) çalışıyordu. Katılımcıların %95,8'inin ilk evliliğiydi. Ortalama evlenme yaşı 22,8 idi, flörtle evlenenlerin evlilik yaşı, görücü usulüyle evlenenlere göre daha yüksekti. Örneklemin %6,3'ü 18 yaşından önce evlenmişti. Kişiler ortalama 16,5 yıldır evliydi. %45,8'i görücü usulüyle, %41,7'si flört ederek evlenmişti. Görücü usulüyle evlenenlerde güvenli bağlananlar, flört ederek evlenenlerde korkulu, kayıtsız bağlanan kişiler daha fazlaydı. Üniversite mezunlarının evlilik doyumu daha yüksekti, evlilik yılı arttıkça cinsel doyumda artış saptandı. Evlilik dışı ilişkiyi itirafla öğrenenlerin, kendi başına öğrenenlere göre çocuklukta emosyonel istismar, fiziksel ihmal, cinsel istismar, toplam ÇÇTÖ skorları daha yüksekti.

Sonuç: Aldatmanın evlilik birliğinde ve eşler arası ilişkide oluşturduğu olumsuz sonuçlar nedeniyle bu türden bir ilişki sorununun çözümü, uzun süreli ve uyumlu evlilikler yaşanmasına ve eşler arasındaki ilişki kalitesinin artmasına fırsat verecektir.

Anahtar kelimeler: sadakatsizlik, evlilik dışı ilişki, ihanet travması, görücü usulü evlilik, flört etmek

Kaynaklar

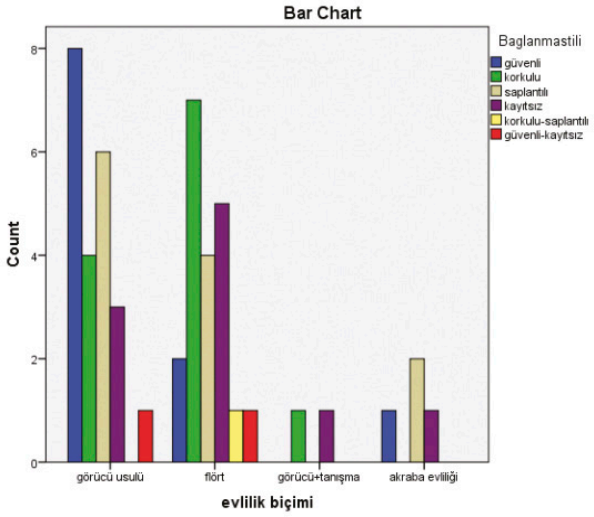
Atak, H., & Taştan, N. (2012). Romantik ilişkiler ve aşk. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 4(4), 520-546.

Kantarcı, D. (2009). Evli bireylerin bağlanma stillerine göre aldatma eğilimleri ve çatışma yönetim biçimlerinin incelenmesi. Istanbul Üniversitesi, Istanbul.

Kışlak, Ş. T., & Çavuşoğlu, P. Ş. (2006). Evlilik uyumu, bağlanma biçimleri, yüklemeler ve benlik saygısı arasındaki ilişkiler. Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi, 9(9), 61-68.

Konyalıoğlu, A. P. (2002). Üniversite öğrencilerinin duygusal ilişki bağlanma tarzları ile kişilik tipleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. Marmara Üniversitesi, İstanbul.

Polat, D. (2006). Evli bireylerin evlilik uyumları, aldatma eğilimleri ve çatışma eğilimleri arasındaki ilişkilerin bazı değişkenler açısından incelenmesi. Ankara Üniversitesi, Ankara.



Şekil 1. Evlilik biçimine göre bağlanma şekilleri

SS-007

SİGARA KULLANIMI İLE HEYECAN ARAMA, DÜRTÜSELLİK, UMUTSUZLUK VE ANKSİYETE DUYARLILIĞI İLİŞKİSİ

Fatih Yığman[1], Hasan Ünver[1], Muhammed Hakan Aksu[2]

[1]*Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Ve Araştırma Hastanesi*
[2]*Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Yenimahalle Eğitim Ve Araştırma Hastanesi*

Giriş: Dünya Sağlık Örgütüne (WHO) ya göre sigara içme davranışı biyo-sosyo-psikolojik zehirlenme hali olarak tanımlanır. Sigara bağımlılığı ile ilişkili bireysel faktörler incelendiğinde, en önemli değişkenlerin sorunlarla baş etmek ve kendisini iyi hissetmek için sigara kullanımı olduğu bildirilmiştir. Öfke kontrolü zayıflığı, depresif duygulanım, içedönüklük ve kopuk ebeveyn ilişkileri de gençlerde sigara kullanımının artması ile ilişkilendirilmiştir(1).

Aynı zamanda anksiyete duyarlılığı, umutsuzluk, dürtüsellik ve heyecan arayışı gibi kişilik boyutları da madde kullanımı ile ilişkilendirilmiştir ve risk profili değerlendirmede kullanılmıştır (2).

Çalışmadaki amacımız bu kişilik boyutları ile sigara kullanımı arasındaki ilişkiyi incelemektir.

Yöntem: Sigara kullanan ve çalışmaya gönüllü olan kişiler araştırmaya dahil edilmiştir. Ek psikiyatrik tanısı olan, okur yazar olmayan kişiler çalışmaya dahil edilmemiştir. 116 kişi çalışmaya dahil olmuş, 8 kişi rastgele işaretleme nedeniyle analize dahil edilmemiş olup, 108 kişi üzerinden analizler tamamlanmıştır. Katılımcılara DSM-5 için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-5-CV), Sosyodemografik Veri Formu, Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT), Madde Kullanımı Risk Profili Ölçeği (MKRPÖ) uygulanmıştır. Katılımcılar Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi'ne göre 0-3 puan arası az bağımlılar olarak, 4-10 puan arası orta ve yüksek bağımlılar olarak gruplara ayrılmış ve analizler buna göre yapılmıştır. Normal dağılım koşulları sağlanmadığı için, nonparametrik analizler kullanılmıştır.

Bulgular: Katılımcılar nikotin bağımlılığına göre gruplandırıldığında, gruplar arasında yaş, eğitim yılı, ve çoklu ürün kullanımında (2'den fazla tütün ürünü denemiş olmak) fark saptanmadı. Cinsiyet açısından erkeklerin orta – yüksek bağımlı grupta daha fazla olduğu, ilk sigara içme yaşının orta – yüksek bağımlı grupta daha küçük olduğu görüldü (Tablo-1)

Tablo 1. Sosyodemografik veriler

		Bağımlılık				
		Az		Orta - Yüksek		
		Ortalama	Sayı (%)	Ortalama	Sayı (%)	p
Yaş		30		29		0.887
Cinsiyet	Erkek		21 (40,4%)		41 (73,2%)	0.001
	Kadın		31 (59,6%)		15 (26,8%)	
Eğitim yılı		18		17		0.538
İlk sigara yaşı		18		16		0.042
Çoklu ürün	Yok		33 (63,5%)		31 (55,4%)	0.394
	Var		19 (36,5%)		25 (44,6%)	

FNBT şiddetine göre, MKRPÖ'nün alt faktörleri analiz edildiğinde; orta – yüksek bağımlı grupta anksiyete duyarlılığının daha düşük, heyecan arayışında daha yüksek puanlara sahip olduğu ve gruplar arasında bu bakımdan fark olduğu görüldü (Tablo -2).

Tablo 2. Bağımlılık şiddeti ile MKRPÖ alt ölçeklerinin ilişkisi

	Bağımlı		
	Az	Orta - Yüksek	
	Ortalama	Ortalama	p
Umutsuzluk	15,63	15,82	0.634
Heyecan Arayışı	14,10	15,73	0.020
Dürtüsellik	10,23	10,62	0.149
Anksiyete Duyarlılığı	13,42	12,30	0.011

FNBT ile, MKRPÖ alt ölçekleri arasındaki ilişkisinin incelenmesi amacıyla uygulanan Spearmann korelasyonuna göre; nikotin bağımlılığı şiddeti ile heyecan arama alt ölçeği ve dürtüsellik alt ölçeği arasında hafif düzeyde korelasyon; anksiyete duyarlılığı ile hafif düzeyde ters korelasyon saptanmıştır (Tablo-3).

Tablo 3. FNBT ile MKRPÖ alt ölçekleri arasındaki korelasyon

	Fagerström	Umutsuzluk	Heyecan Arayışı	Dürtüsellik	Anksiyete Duyarlılığı
Fagerström	1,000	,049	,262**	,219*	-,227*
Umutsuzluk		1,000	,065	,284**	,150
Heyecan Arayışı			1,000	,256**	-,190*
Dürtüsellik				1,000	,070
Anksiyete Duyarlılığı					1,000

Tartışma: Sigara kullanımı, özellikle erken yaşta ortaya çıkan kullanım, önemli bir halk sağlığı problemi olarak nitelendirilmektedir(3). Bu anlamda, sigara bağımlılığı ile ilgili olarak bireysel faktörlerin anlaşılması, bağımlılıkla mücadelede en önemli basamaklardan birisidir. Yaptığımız çalışma ile, MKRPÖ'nün sigara bağımlılığı ile ilişkisini yorumlamaya çalıştık. Bulgularımıza göre nikotin bağımlılığını gösteren FNBT ve MKRPÖ arasında güçlü ilişkiler saptayamadık. Yine de, daha geniş örneklemlerle yapılacak daha kapsamlı çalışmalar faydalı olacaktır.

Anahtar kelimeler: bağımlılık, sigara bağımlılığı, kişilik özellikleri

Kaynaklar

1. Ögel K. Bağımlılık ve tedavisi temel kitabı. İstanbul: IQ Kültür Sanat Yayıncılık; 2017.
2. Woicik PA, Stewart SH, Pihl RO, Conrod PJ. The substance use risk profile scale: A scale measuring traits linked to reinforcement-specific substance use profiles. Addictive behaviors. 2009;34(12):1042-55.
3. Bilir N, Doğan B, Yıldız AN. Sigara içme konusundaki davranışlar ve tutumlar. Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı, Ankara. 1997.

SS-009

ALKOL-MADDE KULLANIM BOZUKLUĞU OLAN HASTALARDA TEDAVİ MOTİVASYONUNUN MADDE TİPİ VE KİŞİLİK BOYUTLARINA GÖRE İNCELENMESİ

Gürler Güz[1], Alptekin Çetin[2], Nesrin Dilbaz[2]

[1]*Np İstanbul Beyin Hastanesi*
[2]*Üsküdar Üniversitesi Tıp Fakültesi*
[3]*Üsküdar Üniversitesi Tıp Fakültesi*

Bağımlılık, bir maddenin yineleyerek kullanımıyla ortaya çıkan ve yoksunluk sendromunu engellemek için maddenin sürekli alınmasının gerektiği fizyolojik ve ruhsal bir durumdur. Madde bağımlılığı çağımızın en ciddi ve kapsamlı sorunlarından biridir. Bağımlılığın tedavisinde en çok zorlanılan durumlardan biri hastaların tedavi motivasyonunun düşük olmasıdır. Tedavi motivasyonun düşük olması, hastaların tedaviyi yarım bırakmasına, tamamlayamamasına ve nüks görülmesine neden olabilmektedir. Bu çalışmanın amacı, madde bağımlılığı tanısı almış bireylerde, tedavi motivasyonuna bireylerin sosyodemografik, madde bağımlılık özellikleri, depresyon düzeyi ve mizaç karakter özelliklerinin etkisinin değerlendirilmesidir. Kesitsel tipteki bu çalışma, NP İstanbul Beyin Hastanesi'ne başvuran, 18-50 yaş arasında, madde bağımlılığı tanısı almış 100 bağımlı hasta ile gerçekleştirilmiştir. Katılımcılardan Sosyodemografik Bilgi Formu, Tedavi Motivasyon Anketi, Mizaç ve Karakter Envanteri ve Beck Depresyon Ölçeği'ni içeren anket formunu doldurmaları istenmiştir. Çalışma sonunda; alkol ve sentetik kannabinoid kullananların kokain ve opiat türevlerini kullananlara göre dışsal motivasyon puanlarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğu, yaş ile dışsal motivasyon puanları arasında negatif yönde zayıf düzeyde, kendi kendini yönetme puanları ile içsel motivasyon ve dışsal motivasyon puanları arasında negatif yönde zayıf düzeyde, kişiler arası yardım arama puanları arasında ise negatif yönde orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı korelâsyon olduğu saptanmıştır. Tedavi motivasyonu etkileyen faktörlerin bilinmesi, tedavi sürecinde hem bağımlılar, hem de danışmanlık verenler için büyük katkı sağlayacaktır. Kişilik özelliklerin bazılarının motivasyon üzerinde etkili olduğu anlaşılmaktadır. Ancak daha büyük gruplarda ve farklı bağımlılıklara sahip hastalarda uzun soluklu çalışmalara gerek duyulduğu düşünülmektedir.

Anahtar kelimeler: Bağımlılık, tedavi motivasyonu, mizaç, karakter, depresyon

Kaynaklar

APA, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition (DSM 5), American Psychiatric Association, Washington, 2013.
Claus, R.E., and Kindleberger L.R., 2002, "Engaging Substance Abusers After Centralized Assessment: Predictors Of Treatment Entry And Dropout" J Psychoactive Drugs, 34: 25-31.
Cloninger, C.R., and Svrakic, D.M., Personality Disorders, In: Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook Psychiatry, VII th Edition, USA, 2000.
Dilbaz N. Opiat Bağımlılığı, Madde Bağımlılığı Tanı ve Tedavi Kılavuzu. Sağlık Bakanlığı, Pozitif Matbaa, Ankara , 2012

SS-011

OPİYAT KULLANIM BOZUKLUĞU OLAN HASTALARDA SERUM LEPTİN VE GHRELİN SEVİYELERİ İLE YOKSUNLUK VE AŞERME ARASINDAKİ İLİŞKİ

Hüseyin Kara[1], Halide Akbaş[3], Mehmet Murat Kuloğlu[2]

[1]*Hakkari Devlet Hastanesi*
[2]*Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Abd*
[3]*Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyokimya Abd*

Çalışmamızda Akdeniz Üniversitesi Alkol ve Madde Bağımlılığı Araştırma ve Uygulama Merkezi'nde yatarak tedavi gören opiyat kullanım bozukluğu olan hastalarda eroini bıraktıktan sonra plazma leptin, acyl ghrelin ve unacylated ghrelin plazma seviyelerinin aşerme ile ilişkisi, günler içindeki değişimi ve sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Araştırmaya yatarak tedavi gören DSM-5 tanı kriterlerine göre opiyat kullanım bozukluğu tanısı almış 28 erkek hasta dahil edilmiştir. Kontrol grubuna ise yaşamının herhangi bir döneminde madde kullanım ve psikiyatrik hastalık öyküsü bulunmayan hasta grubuyla benzer özelliklere sahip 28 sağlıklı gönüllü erkek birey alınmıştır. Leptin, acyl ghrelin ve unacyled ghrelin plazma seviyeleri birinci gün, detoks tedavisinin sonlandığı yedinci gün ve 21. günde olmak üzere toplam üç kez kan örneği alınarak ölçüldü. Kontrol grubundan ise leptin, acyl ghrelin ve unacyled ghrelin plazma seviyeleri için bir kez kan alınmıştır.

Çalışmamızda, opiyat kullanım bozukluğu olan hastalardaki yoksunluk döneminin 1., 7. ve 21. günlerindeki leptin, acyl ghrelin ve unacylated ghrelin plazma seviyeleri ile sağlıklı kontroller arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Leptin, acyl ghrelin ve unacyleted ghrelin plazma seviyeleri ile aşerme skorları arasında da istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır.

Sıçanlarda yapılan bir çalışma leptinin madde kullanım bozukluğunda craving üzerine etkileri olabileceğini düşündürmektedir (1). Opiyat bağımlılarında 1 yıllık tedavi sonrası leptin seviyelerinde ve vücut kitle endekslerinde artış olduğu gösterilmiştir (2). Ghrelin seviyelerinin ise alkol bağımlılarında arttığı ya da azaldığı, aşerme (craving) ile ilişkili olduğu ortaya konmuştur (3,4). Ghrelinin hem ödül süreci hem de stres yollarıyla etkileşiminin olması, bağımlılık davranışlarında rolü olduğunu düşündürmektedir (5). Ancak çalışmamız, opiyat kullanım bozukluğu olanlarda leptin, acyl ghrelin ve unacylated ghrelin seviyelerinin bir belirleyici olduğu hipotezini desteklememektedir. Opiyat kullanım bozukluğu olan hastalarda acyl ve unacylated ghrelin plazma seviyelerinin araştırıldığı bir çalışma literatürde bulunmamaktadır ve çalışmamız bu konuda yapılmış ilk çalışma olma özelliği taşımaktadır. Özellikle insanlarda, mevcut literatürün bulgularını çoğaltmak ve genişletmek için daha fazla araştırma yapılmasını öneriyoruz.

Anahtar kelimeler: Leptin, ghrelin, aşerme, yoksunluk

Kaynaklar

1. Shalev U, Yap J, Shaham Y. Leptin attenuates acute food deprivation-induced relapse to heroin seeking. J Neurosci. 2001 Feb 15;21:RC129.
2. Wilczek H, Haluzík M, Svobodová J, Parízková J. Serum leptin levels in patients with heroin addiction, the effect of one year of methadone substitution. Vnitr Lek. 2004 Apr;50:282-5.
3. Kraus T, Schanze A, Groschl M, Bayerlein K, Hilemler T, Reulbach U et al. Ghrelin levels are increased in alcoholism. Alcohol Clin Exp Res 2005;29:2154-7.
4. Addalorata G, Capristo E, Leggio L, Ferrulli A, Abenavoli L, Malandrino N et al. Relationship between ghrelin levels, alcohol craving, and nutritional status in current alcoholic patients. Alcohol Clin Exp Res 2006;30(11);1933-7.
5. Aoun EG, Schmıdt K. The Neuropsychoendocrinology of Substance Use Disorders. The Assessment and Treatment of Addiction. 2019: Chapter 4: 57-73.

Tablo 1. Hasta ve Kontrol Grubunun Plazma Leptin, Acyl Ghrelin ve Unacylated Ghrelin Seviyelerinin Karşılaştırılması

	Hasta N:28 Ort±S.D.	*Kontrol N:28 Ort±S.D.*	*Mann-Whitney U testi p*
Leptin 1 (ng/ml)	7,319±3,585	8,305±4,744	,287
Leptin 2 (ng/ml)	7,373±3,670	8,305±4,744	,544
Leptin 3 (ng/ml)	7,712±5,361	8,305±4,744	,342
Acyl ghrelin 1 (ng/ml)	2,236±1,233	2,437±1,031	,225
Acyl ghrelin 2 (ng/ml)	2,195±1,125	2,437±1,031	,245
Acyl ghrelin 3 (ng/ml)	2,261±1,580	2,437±1,031	,179
Unacylated ghrelin 1 (ng/L)	361,023±239,737	346,490±155,442	,694
Unacylated ghrelin 2 (ng/L)	318,285±177,241	346,490±155,442	,310
Unacylated ghrelin 3 (ng/L)	329,639±131,470	346,490±155,442	,909

SS-012

BAĞIMLILIK ALANINDA ÇALIŞAN RUH SAĞLIĞI UZMANLARINDA TÜKENMİŞLİK

Melis Demircioğlu[1], Özlem Kızılkurt[2]

[1]*Kocaeli Üniversitesi*
[2]*Üsküdar Üniversitesi Tıp Fakültesi*

Bu çalışmanın amacı; bağımlılık alanında çalışan ruh sağlığı uzmanlarında tükenmişlik düzeylerinin incelenmesidir. Tükenmişlik "Başarısız olma, enerji ve güç kaybı, yıpranma ve karşılanamayan istekler sonucu bireyin iç kaynaklarında tükenme" durumu olarak ifade edilir. Yapılan alanyazın incelemelerinde Türkiye'de bu konu ile ilgili az sayıda araştırma yapıldığı görülmüş ve bağımlılık alanında çalışan ruh sağlığı uzmanlarında tükenmişlik düzeylerinin nasıl olduğu ve bunların ilişkili olduğu etmenlerin neler olabileceği araştırılmaya çalışılmıştır. Bağımlılık alanında çalışan farklı mesleklerden 143 kişi araştırmanın örneklemini oluşturmuştur. Katılımcılara demografik form ve Mashlach Tükenmişlik Ölçeği uygulanmıştır. Yapılan çalışmada meslek, çalışılan yer, süpervizyon alma, mesleki deneyim ve bağımlılık alanındaki çalışma süresi gibi etmenler ile tükenmişliğin alt boyutları olan "Duygusal Tükenme", "Duyarsızlaşma" ve "Kişisel Başarıda Düşme" arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur.

Anahtar kelimeler: Tükenmişlik, bağımlılık, ruh sağlığı çalışanları

Kaynaklar

Özdevecioğlu, M. ve Aktaş, A. (2007). Kariyer bağlılığı, mesleki bağlılık ve örgütsel bağlılığın yaşam tatmini üzerindeki etkisi: Đş-Aile Çatışmasının Rolü. Erciyes Üniversitesi Đktisadi ve Đdari Bilimler Fakültesi Dergisi.Sayı:28, Ss.1-20.
Veenhoven, R. (1996b). Happy Life-Expectancy: A Comprehensive Measure of Quality-ofLife in Nations. Social Indicators Research, Vol: 39, pp. 1–58.
Yılmaz, E. ve Aslan, H. (2013). Öğretmenlerin Đş Yerindeki Yalnızlıkları ve Yaşam Doyumları Arasındaki Đlişkinin Đncelenmesi. Pegem Eğitim ve Öğretim Dergisi.(3),3:59-69.

SS-014

BİPOLAR AFFEKTİF BOZUKLUĞU OLAN BİREYLERDE SOSYAL MEDYA KULLANIMI

Seda Tanrıverdi[1], Özlem Devrim Balaban[1], Özlem Gül[1], Mustafa Ozan Altın[1]

[1]Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, 6. Psikiyatri Ünitesi

Amaç: Bipolar Bozukluğun(BpI) toplumda yaygınlığı % 1'dir. BpI tanılı hastalar, hastalığın kronik seyri, tekrarlayan hastane yatışları, hastalık ilerledikçe atakların sıklaşması ve aralarının kısalması, kalıntı belirtiler nedeniyle işlevsellik kaybı yaşamaktadırlar. Yapılan çalışmalarda Facebook ve Twitter gibi sosyal medya siteleri duygudurum bozuklukları için sosyal destek veren, stigmayı azaltan ve bilgiye ulaşım sağlayan bir kaynak olarak ortaya çıkmaktadır. Araştırmamızın amacı BpI tanılı hastalarda akıllı telefon, bilgisayar ve sosyal medya kullanımı, internete erişim durumu ve ilişkili klinik özellikleri incelemektir.

Yöntem: Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Eğitim ve Araştırma Hastanesi Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde ve polikliniklerinde ayaktan takip edilen DSM 5'e göre BpI tanısı doğrulanmış remisyonda 150 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Young Mani Derecelendirme Ölçeği'nden <5, Hamilton Depresyon Ölçeği'nden <7 puan alan ve son 6 ay içinde yatırılarak tedavi görmeyen hastalar remisyonda olarak değerlendirilmiştir. Hastalara Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği (KİDO) (yüksek puanlar düşük işlevselliği gösterir), Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği(KPDÖ) ve araştırmacılar tarafından hazırlanan sosyodemografik ve klinik veri formu uygulanmıştır.

Bulgular: Çalışmaya 76 kadın ve 74 erkek dahil edilmiştir. Yaş ortalamaları 40,96±11,21'dir. Hastaların %70,7'si internet (n=106) ve %68,7'si (n=103) sosyal medya kullandığını bildirmektedir. Sosyal medya kullanan hastaların %58,3'ü (n=60) günde birden fazla, %20,4'ü (n= 21) günde bir kez, %21,4 (n=22)'ü ise daha seyrek kullanmaktadır. Sosyal medya kullananların KİDO toplam puanı [t: -5,414, p<:0.001] ve KPDÖ puanları [t: -2,856, p<:0.01] kullanmayanlara göre daha düşük olarak saptanmıştır. Günde birden fazla sosyal medya kullananların, daha seyrek kullananlara ve günde bir kez kullananlara göre daha düşük KİDO puanına sahip olduğu belirlenmiştir [F 9,562, p<:0.001]. KPDÖ puanlarının ise sosyal medya kullanım sıklığına göre anlamlı düzeyde farklılık göstermediği saptanmıştır (p:0,630).

Tartışma: Bulgulara göre sosyal medya kullanan BpI hastalarının daha yüksek işlevselliğe sahip olduğu ve daha sık sosyal medya kullanımı olan BpI hastalarının daha yüksek işlevsellik özellikleri gösterdiği saptanmıştır. Sosyal medya kullanan BpI hastaların sosyal medya kullanmayan hastalara göre hastalık şiddeti daha düşüktür. Bipolar bozukluk hastalarında aktif paylaşım gerektiren sosyal medya siteleri kullanımının kişilerarası ilişkiler, mesleki işlevsellik gibi alanlarda önemli bir belirteç olabileceğini söyleyebiliriz.

Anahtar kelimeler: Bipolar Affektif Bozukluk, İnternet, İşlevsellik, Sosyal Medya

Kaynaklar

1. Birnbaum, M. L., Rizvi, A. F., Correll, C. U., Kane, J. M., & Confino, J. (2017). Role of social media and the Internet in pathways to care for adolescents and young adults with psychotic disorders and non-psychotic mood disorders. Early intervention in psychiatry, 11(4), 290-295.
2. Naslund, JA, Aschbrenner K. Risks to Privacy With Use of Social Media: Understanding the Views of Social Media Users With Serious Mental Illness. Psychiatric Services in Advance,2019.
3. Eaton WW, Martins SS, Nestadt G, Bienvenu OJ, Clarke D, Alexandre P: The burden of mental disorders . Epidemiol Rev. 2008, 30: 1-14
4. Keck Jr., P.E., 2006. Long-term management strategies to achieve optimal function in patients with bipolar disorder. J. Clin. Psychiatry 67 (Suppl 9), 19–24
5. Common Sense Media. Social Media, Social Life: How Teens View Their Digital Lives: A common Sense Media Research Study. 2012

SS-015

TOPLUM RUH SAĞLIĞI MERKEZLERİNDE TAKİP EDİLEN PSİKOTİK BOZUKLUK HASTALARINDA SOSYAL MEDYA KULLANIMI

Seda Tanrıverdi, Özlem Devrim Balaban, Özlem Gül, Mustafa Ozan Altın

Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, 6. Psikiyatri Ünitesi

Amaç: Tüm tıbbi hastalıklar arasında psikotik bozukluklar işlevselliği en fazla bozan hastalıklardan biri olmaya devam etmektedir. Yapılan çalışmalarda şizofreni hastalarında %27 ile % 100 arasında değişen sosyal medya kullanım oranları bildirilmiştir. Araştırmamızın amacı Şizofreni, Şizoaffektif Bozukluk ve Başka Türlü Adlandırılamayan (BTA) Psikotik Bozukluk tanılı (Psikotik Bozukluk Spektrumu) hastalarda akıllı telefon, bilgisayar ve sosyal medya kullanımı, internete erişim durumu ve ilişkili klinik özellikleri incelemektir.

Yöntem: Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Eğitim ve Araştırma Hastanesi Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde takip edilen DSM-5'e göre Şizofreni, BTA Psikotik Bozukluk ve Şizoaffektif bozukluk Bozukluk tanısı doğrulanmış, remisyonda 150 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Klinik Global İzlem Ölçeği (CGI) puanının <4 olması ve son 6 ayda yatırılarak tedavi öyküsü olmaması remisyon kriteri olarak belirlenmiştir. Hastalara Klinik Global İzlem (CGI), Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği (KPDÖ), Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği (KİDÖ) ve araştırmacıların hazırladığı sosyodemografik ve klinik veri formları uygulanmıştır.

Bulgular: Çalışmamıza 82 (%54,6) Şizofreni, 56 (%37,4) BTA Psikotik Bozukluk ve 12(%8) Şizoafektif Bozukluk tanılı hasta katılmıştır. Yaş ortalamaları 41,45 ± 11,87'dir. Hastaların %60'ı (n=90) internet ve %50,7'si (n=76) sosyal medya kullanmaktadır. Sosyal medya kullanan hastaların %49,4'ü (n=37) günde birden fazla, %25,3'ü (n=19) her gün, 19'u (%25,3) ise daha seyrek kullanmaktadır. Sosyal medya kullananların KİDO toplam puanının kullanmayanlara göre daha düşük olduğu saptanmıştır (t: -3,932, p:<0.001). Benzer şekilde Facebook ve Instagram kullananların kullanmayanlara göre KIDO toplam puanları daha düşüktür (sırasıyla. t: -3,455, p:0.001; t: -3,234, p:0.002). Sosyal medya kullanım sıklıklarına göre ise; haftada birkaç kez veya daha seyrek sosyal medya kullananların, daha sık kullananlara göre (her gün, günde birden fazla vb.) daha düşük işlevselliğe sahip olduğu belirlenmiştir [F(99, 2): 3,980, p:0.023]. KPDÖ puanları ise sosyal medya kullanımı (p:0,061) veya kullanım sıklığına (p:0,605) göre anlamlı farklılık göstermemektedir.

Tartışma: Normal popülasyona göre psikoz olan hastaların sosyal medya kullanım oranı daha düşüktür. Bulgulara göre sosyal medya kullananların daha yüksek işlevselliğe sahip olduğu ve daha sık sosyal medya kullanımı olan psikotik bozukluk hastalarının daha yüksek işlevsellik özellikleri gösterdiği saptanmıştır. Şizofrenide sosyal işlevsellikteki bozulmanın önemi göz önüne alındığında, son zamanlarda dijital sosyal medyanın genişlemesinin bu hasta grubunda da büyük önem taşıdığını, sosyal ağların şizofreni hastalarının semptom yönetimine, tedavi uyumuna ve sosyal etkileşim kurmalarına yardımcı olabileceğini düşünmekteyiz.

Anahtar kelimeler: İşlevsellik, Psikotik Bozukluk, Sosyal Medya, Toplum Ruh Sağlığı Merkezi

Kaynaklar

1. Alvarez-Jimenez M, Alcazar-Corcoles M, Gonza´lez-Blanch C, et al.Online, social media and mobile Technologies for psychosis treatment: a systematic review on novel user-led interventions. Schizophrenia Res 2014; 156:96–106.
2. Lal S, Dell'Elce J, Tucci N, et al. Preferences of young adults with first-episode psychosis for receiving specialized mental health services using technology: a survey study. JMIR Ment Health 2015; 2:e18.
3. Firth J, Cotter J, Torous J, et al. Mobile phone ownership and endorsement of "mHealth" among people with psychosis: a meta-analysis of cross-sectional studies. Schizophr Bull 2016; 42:448–455.
4. Miller B, Stewart A, Schrimsher J, et al. How connected are people with schizophrenia? Cell phone, computer, email, and social media use. Psychiatry Res 2015; 225:458–463.
5. Torous, J., & Keshavan, M. (2016). The role of social media in schizophrenia. Current Opinion in Psychiatry, 29(3), 190–195.

SS-018

ŞİZOFRENİ HASTALARINDA OBSESİF-KOMPÜLSİF BELİRTİLERİN KLİNİK ÖZELLİKLER VE KLOZAPİN KULLANIMI İLE İLİŞKİSİ

Asena Uzdu, Buket Cinemre, Ali Erdoğan

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakütesi Hastanesi Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı

Giriş ve Amaç: Çalışmamızda, klozapin ve klozapin harici diğer ikinci kuşak antipsikotikleri kullanan şizofreni hastalarında, obsesif-kompulsif belirtilerin araştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmaya Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Kliniğinde şizofreni tanısı ile takip edilen 18-65 yaş arasında, en az bir yıldır sadece klozapin kullanan 22 hasta, klozapin harici bir atipik antipsikotik kullanan 22 hasta ve klozapinle birlikte herhangi bir atipik antipsikotiği birlikte kullanan 22 hasta olmak üzere toplam 66 hasta dahil edildi. Tüm hastalara sosyodemografik veri formu, Pozitif ve Negatif Belirtiler Ölçeği (PANSS) ve Maudsley Obsesif-Kompülsif Belirti Ölçeği (MOKBÖ) verildi.

Bulgular: Çalışmada yer alan hastaların (N=66) 38'i erkek (% 57,5) ve 28'i kadındı(% 42,2). Hastalar; 1. sadece klozapin kullanan, 2. klozapin ile başka bir ikinci kuşak antipsikotiği birlikte kullanan ve 3. klozapin dışında bir ikinci kuşak antipsikotik ilaç kullanan hastalar olmak üzere üç gruba ayrıldı. Her bir grupta 22'er hasta yer almaktaydı.

Gruplar arasında yaş, cinsiyet, medeni durum ve eğitim durumunu içeren sosyodemografik özellikler açısından bir farklılık saptanmadı (Tablo 1).

Gruplar; hastalık süresi, hastalık başlangıç yaşı, PANSS toplam puanı, genel psikopatoloji, pozitif ve negatif belirtiler puanları, MOKBÖ puanları, premorbid OKB semptom varlığı, ilaç kullanım süreleri açısından karşılaştırıldı ve bu değişkenlerin hiçbirine dair gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmadı (Tablo 1).

Sonrasında çalışma örneklemi, klozapin kullanan tüm hastalar bir grupta (n=44) ve sadece atipik antipsikotik kullanan hastalar bir grupta (N=22) olacak şekilde yeniden iki gruba ayrılarak MOKBÖ puanları (U=418, p=0.369) açısından karşılaştırıldı ve yine istatiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı.

Çalışma grubunun tamamında MOKBÖ'nin hastalık şiddeti ile ilişkisini araştırmak için yapılan korelasyon analizinde, PANSS'nin tüm alt ölçek puanları ile anlamlı pozitif bir korelasyon gösterdiği belirlendi (Tablo 2). MOKBÖ'den elde edilen puanlar ile hastalık süresi arasında anlamlı bir ilişki saptanmazken, ilaç kullanım süresi arasında anlamlı bir negatif korelasyon gözlendi (Tablo 2).

Tartışma ve Sonuç: Çalışmada, klozapin ve atipik antipsikotik kullanan hastalar arasında hem mevcut OKB şiddeti hem de hastalık öncesi OKB varlığı açısından bir farklılık saptanmamıştır. Bu bulgu daha önce yapılan benzer bazı çalışmalarla örtüşmektedir. İlaç kullanım süresi uzadıkça OKB belirti şiddetinin azaldığı ve hastalık şiddetinin artması ile OKB şiddetinin arttığı gözlemlenmiştir. Bu bulguların uzunlamasına çalışmalarla desteklenmesi gereklidir.

Anahtar kelimeler: atipik antipsikotik, klozapin, obsesif-kompülsif bozukluk, şizofreni

Kaynaklar

1. Induced Obsessive Compulsive Symptoms (OCS) in schizophrenia patients under Atypical 2 Antipsychotics (AAPs): review and hypotheses. Grillault Laroche D1, Gaillard A2.
2. Obsessive-compulsive symptoms in first episode psychosis and in subjects at ultra high risk for developing psychosis; onset and relationship to psychotic symptoms. Sterk B1, Lankreijer K, Linszen DH, de Haan L.
3. The obsessive compulsive spectrum in schizophrenia, a meta-analysis and meta-regression exploring prevalence rates. Swets M1, Dekker J2, van Emmerik-van Oortmerssen K3, Smid GE4, Smit F5, de Haan L6, Schoevers RA7.
4. Obsessive-Compulsive Symptoms in a Sample of Patients with Chronic Schizophrenia Under Clozapine Treatment. Schreiter S1, Hasan A2, Majic T1, Wullschleger A1, Schouler-Ocak M1, Bermpohl F1, Gutwinski S1.
5. Early prodromal symptoms and diagnoses before first psychotic episode in 219 inpatients with schizophrenia. Shioiri T1, Shinada K, Kuwabara H, Someya T.

Tablo 1. Gruplar arasındaki sosyodemografik verilerin karşılaştırılması

	Sadece Klozapin n=22 (%)	*Klozapin+ Atipik AP n=22 (%)*	*Sadece Atipik AP n=22 (%)*	*P değeri*
Cinsiyet				0,652
Kadın	11(50)	9 (40,9)	8 (36,4)	
Erkek	11(50)	13 (59,1)	14 (63,6)	
Medeni Durum				0,684
Bekar	20 (90,9)	19 (86,4)	18 (81,8)	
Evli	2 (9,1)	3 (13,6)	4 (18,2)	
Eğitim				0,427
İlköğretim	1 (4,5)	2 (9,1)	2 (9,1)	
Ortaokul	6 (27,3)	3 (13,6)	6 (27,3)	
Lise	5 (22,7)	8 (36,4)	9 (40,9)	
Önlisans	4 (18,2)	2 (9,1)	1 (4,5)	
Lisans	6 (27,3)	7 (31,8)	4 (18,2)	
Premorbid Okb Semptomları				0,097
Var	8 (36,4)	3 (13,6)	3 (13,6)	
Yok	11 (50)	17 (77,3)	12 (54,5)	
Bilinmiyor	3 (13,6)	2 (9,1)	7 (31,8)	
Ailede Ruhsal Hastalık Öyküsü				0,646
Var	9 (40,9)	10 (45,5)	7 (31,8)	
Yok	13 (59,1)	12 (54,5)	15 (8,2)	
Yaş (Yıl) (ortalama±ss)	36,18± 10,96	36,09± 8,95	35,23± 10,81	0,737
Hastalığın Süresi (Yıl)	14,41± 7,78	12,86± 7,50	12,50± 9,64	0,725
Hastalığın Başlangıç Yaşı	21,32± 6,51	23,23± 8,19	22,73± 6,99	0,772
Panss Ölçeği	68,05± 26,8	68,68± 29,1	62,05± 16,01	0,647
Panss Genel Psikopatoloji	35,05± 14,5	35,09± 15,1	30,41± 8,55	0,688
Panss Pozitif Belirtiler	14,68± 6,12	16,27± 7,45	15,27± 5,45	0,832
Panss Negatif Belirtiler	18,77± 8,52	17,32± 8,56	16,18± 5,01	0,642
Maudsley OKB Ölçeği	15,64± 6,94	16,05± 9,30	17,50± 7,55	0,634
İlaç Kullanım Süresi	6,55± 5,07	5,27± 4,85	3,32± 2.25	0,081

Tablo 2. MOKBÖ'nin Hastalık Şiddeti, Süresi ve İlaç kullanım süresi ile İlişkisi, *p≤0.05, **p 0.01

	Maudsley	*OKB*	*Ölçeği*
	r	*p*	*N*
PANSS Ölçeği	,340	,005**	66
PANSS Pozitif Belirtiler	,364	,003**	66
PANSS Negatif Belirtiler	,271	,028*	66
PANSS Genel Psikopatoloji	,305	,013*	66
Hastalık Süresi	-,172	,168	66
Hastalık Başlangıç Yaşı	,162	,195	66
İlaç Kullanım Süresi	-,269	,029*	66

SS-019

ESANSİYEL HİPERTANSİYONLU HASTALARDA ANKSİYETE İLE SERUM ÜROTENSİN-II VE S100B SEVİYELERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

Aslı Kazğan[1], Sevler Yıldız[2], Sevda Korkmaz[3]

[1]*Siverek Devlet Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Şanlıurfa*
[2]*Tunceli Devlet Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Tunceli*
[3]*Fırat Üniversitesi Hastanesi, Psikiyatri Abd, Elazığ*

Amaç: Esansiyel hipertansiyonu olan bireylerde hipertansiyona sekonder psikiyatrik hastalıkların gelişebildiği gösterilmiştir. Ayrıca anksiyete bozukluğu olan hastalarda otonom sinir sistemi aktivasyonu sonucunda hipertansiyon sıklıkla izlenmektedir. Hipertansiyonlu bireylerde anksiyete bulgularının ortaya çıkmasında hatta hastalığın klinik bulgularının şiddetlenmesinde oksidatif stresle ve endotel fonksiyonlarıyla ilişkili olan bazı biyokimyasal parametrelerin rolü olabilir. Çalışmamızda, esansiyel hipertansiyon hastalarının anksiyete düzeyleri araştırılarak, anksiyete şiddetinin oksidatif stres parametrelerinden olan Ürotensin-II ve S100B protein seviyeleri üzerindeki etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Materyal ve Metod: Çalışmaya kardiyoloji polikliniğine başvuran ve ayaktan tedavi gören, çalışma ölçütlerine uyan 153 hasta dahil edildi. Hastalara Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu, Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ), Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) uygulandı, tansiyon ölçümleri sonrasında venöz kan örnekleri alındı. Enzyme-Linked Immunosorbent Assay (ELISA) yöntemi ile S100B ve Ürotensin-II düzeyleri ölçüldü.

Bulgular: Katılımcıların BDÖ puan ortalaması 10.4±7.61, BAÖ puan ortalaması ise 15.6±9.61 idi. Depresyon ve anksiyete puanları ile sistolik kan basıncı arasında pozitif yönde bir korelasyon bulunmaktaydı (p=0.049, r= 0.160; p<0.01, r=0.292). Hastaların BAÖ puanları ile Ürotensin-II seviyeleri arasında pozitif bir ilişki bulunmaktaydı (p= 0.043, r= 0.164). Ürotensin-II seviyeleri ile S100B seviyeleri arasında pozitif yönde korelasyon izlendi (p<0.01, r= 0,711). Hastalardan depresyonu olan grupla, olmayan grubun serum Ürotensin-II seviyeleri arasında istatiksel olarak anlamlı fark gözlendi (p=0.017), ancak S100B seviyeleri ile anlamlı bir fark gözlenmedi.

Sonuç: Çalışmamızda esansiyel hipertansiyonlu hastalarda anksiyete düzeyleri arttıkça Ürotensin-II seviyesinin arttığı tespit edilmiştir. Yine Ürotensin-II 'nin, depresyonu olan hipertansif hastalarda depresyonu olmayanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Çalışmamız anksiyete ve depresif semptomların çok sık eşlik ettiği esansiyel hipertansiyon tanılı hastalarda Ürotensin- II ve S100B 'nin etiyolojiye olabilecek katkısının araştırılacağı yeni çalışmalara ışık tutacaktır.

Anahtar kelimeler: Anksiyete, esansiyel hipertansiyon, ürotensin-II, S100B

Kaynaklar

1. Aydoğan Ü, Mutlu S, Akbulut H, Taş G, Aydoğdu A, Sağlam K. Hipertansiyon hastalarında anksiyete bozukluğu. Konuralp Tıp Dergisi 2012; 4: 1-5.
2. Sugo T, Murakami Y, Shimomura Y, Harada M, Abe M, Ishibashi Y, et al. Identification of urotensin II-related peptide as the urotensin II immunoreactive molecule in the rat brain. Biochem Biophys Res Commun 2003; 310: 860-868.
3. Herken H, Gurel A, Selek S, Armutcu F, Ozen ME, Bulut M, et al. Adenosine deaminase, nitricoxide, superoxide dismutase and xanthine oxidase in patients with majör depression: impact of antidepressant treatment. Arch Med Res 2007; 38 (2): 247-252.

Tablo 1. Ölçek puanları ile kan basıncı ortalamalarının UT-II ve S100B seviyeleri ile karşılaştırılması

		UT-II	*S100B*	*BAÖ*	*BDÖ*	*Sist ort*	*Diast ort*
UT-II	r	1	,711**	,164*	,141	,046	,086
	p		,000	,043	,082	,576	,290
S100B	r	,711**	1	,101	,021	,032	,079
	p	,000		,215	,800	,690	,329
BAÖ	r	,164*	,101	1	,548**	,292**	,136
	p	,043	,215		,000	,000	,094
BDÖ	r	,141	,021	,548**	1	,160*	,123
	p	,082	,800	,000		,049	,131
Sistort	r	,046	,032	,292**	,160*	1	,636**
	p	,576	,690	,000	,049		,000
Diastort	r	,086	,079	,136	,123	,636**	1
	p	,290	,329	,094	,131	,000	

** Correlation is significant at 0.01 level (2-tailed).

Tablo2. Depresyonu olan grupla olmayan grubun kan basınçları, ölçek puanları, S100B ve UT-II seviyeleri açısından karşılaştırılması

	Depresyon+ n=64	*Depresyon- n=89*	*p*
Sistolik kan basıncı ortalaması	140.40± 23.51	136.4±22.03	0.290
Diastolik kan basıncı ortalaması	83.90 ±13.95	82.78±13.17	0.612
BAÖ puanları	20.87± 9.98	11.78±7.29	0.000*
Serum S100B seviyesi ortalaması	31.85± 29.16	28.26±25.62	0.420
Serum UT-II seviyesi ortalaması	7.24±9.95	4.28±4.95	0.017*

* p<0.05: significant

SS-020

OBEZLERDE ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI, BAĞLANMA BİÇİMLERİ VE SAVUNMA MEKANİZMALARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Aslı Kazğan[2], Sevler Yıldız[1], Osman Kurt[3], Muhammed Fatih Tabara[4], Sevda Korkmaz[4]

[1]*Tunceli Devlet Hastanesi Psikiyatri Kliniği, Tunceli*
[2]*Siverek Devlet Hastanesi Psikiyatri Kliniği, Şanlıurfa*
[3]*Fırat Üniversitesi Hastanesi Halk Sağlığı Abd, Elazığ*
[4]*Fırat Üniversitesi Hastanesi Psikiyatri Abd, Elazığ*

Amaç: Obezite, vücuda besinler ile alınan enerjinin, harcanan enerjiden fazla olmasından kaynaklanan ve vücut yağ kitlesinin, yağsız vücut kitlesine oranla artması ile karakterize olan kronik bir hastalıktır. Bu çalışmada obez hastalarda, çocukluk çağı travmalarının, bağlanma biçimlerinin ve savunma mekanizmalarının hastalığın etiyolojisi ile olabilecek ilişkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Vaka-kontrol şeklinde planlanan bu çalışmada 18-65 yaşları arasında 50 obezite tanılı hasta ve hasta grubuyla yaş ve cinsiyet açısından benzer sosyodemografik özellikleri taşıyan 50 sağlıklı obez olmayan kontrol grubu alınmıştır. Tüm katılımcılara Sosyodemografik Veri Formu ile Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri, Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği ve Savunma Biçimleri Ölçeği uygulanmıştır.

Bulgular: Bu çalışmaya dahil edilen vaka grubunun %70,0'i kadın iken kontrol grubunun %50,0'si kadın olarak bulunmuştur. Vaka grubunun yaş ortalaması 39,62±11,04 iken kontrol grubunun yaş ortalaması 33,26±8,5 olarak bulunmuştur (p>0,05). Çocukluk çağı travmaları ölçeği toplam puanı vaka grubunda 31,98±6,93 kontrol grubunda 26,9±1,83 olup bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur(p<0,05).Benzer şekilde çocukluk çağı travmaları alt ölçekleri incelendiğinde fiziksel istismar, cinsel istismar, duygusal istismar, fiziksel ihmal ve duygusal ihmalin her birinde vaka grubunun puanları daha yüksek olup farklar istatistiksel

olarak anlamlı bulunmuştur (p<0,05). Savunma biçimleri ölçeği toplam skoru hasta grubunda 202,4±37,88 kontrol grubunda 177,9±18,65 olup bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0,05). Ölçeğin alt boyutları açısından da vaka ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur (p<0,05). Bağlanma biçimleri ölçeğinin hem kaçınmacı bağlanma hem de kaygılı bağlanma alt boyutlarında gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmamıştır (p>0,05).

Ölçeklerin kendi arasında ve beden kitle indeksi ile olan korelasyonu araştırılmıştır. Beden kütle indeksi ile çocukluk çağı travmaları ölçeği (p<0,01, r=-0,524) ve savunma biçimleri ölçeği arasında (p<0,05, r=-0,249) anlamlı korelasyon saptanmıştır. Kaçınmacı bağlanma ile kaygılı bağlanma (p<0,01, r=0,312) ve savunma biçimleri ölçeği (p<0,01, r=0,265) arasında anlamlı korelasyon saptanmıştır. Çocukluk çağı travmaları ölçeği ile savunma biçimleri ölçeği arasında anlamlı korelasyon saptanmıştır p<0,01, r=0,262).

Sonuç: Obezite etyolojisinde genetik ve biyolojik faktörler kadar psikiyatrik etmenlerin de etkili olduğunu vurguladık. Bulguların genellenebilmesi ve buna yönelik sağlık stratejilerinin geliştirilebilmesi için daha kapsamlı çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar kelimeler: Bağlanma biçimleri, çocukluk çağı travmaları, obezite, savunma mekanizmaları

Kaynaklar

1. Demidenko N, Tasca AG, Kennedy N, Bissada H (2010). The mediating role of self concept in the relationship between attachment ınsecurity and İdentity differentiation among women with an eating disorder. Journal of Social and Clinic Psychology 29(10): 1131-1152
2. Güneri Yöyen E (2017) Çocukluk çağı ruhsal travmaları ile ego savunma mekanizmaları arasındaki ilişki. Third Sector Social Economic Review 53(1): 34-45.
3. Grossman KF, Spinazzola J, Zucker M, Hopper E (2017) Treating adult survivors of childhood emotional abuse and neglect: a new framework. American Journal of Orthopsychiatry, 87: 86-93.

SS-023

ŞİZOFRENİ HASTALARINDA PSİKOLOJİK DAYANIKLILIĞIN İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALANMA ÜZERİNE ETKİSİ

Aysu Kara[1], Cenk Kılıç[2], Özlem Devrim Balaban[1], Nesrin Karamustafalıoğlu[1]

[1]*Prof.dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Eah.*
[2]*Akşehir Devlet Hastanesi*

Giriş: Psikolojik dayanıklılık, travma ve zorlu yaşam olaylarıyla baş etme, sağlıklı uyum gösterme ya da yeterlilik geliştirebilme süreçlerini içeren dinamik bir süreçtir. Şizofreni hastalarında psikolojik dayanıklılık düzeylerinin sağlıklı bireylerden düşük olduğu bildirilmektedir. Şizofreni hastalarıyla yapılan çalışmalarda düşük dayanıklılık düzeyleri; işlevsellikte azalma, düşük benlik algısı, depresif duygudurum, düşük yaşam kalitesi düzeyleri ile ilişkili bulunmuştur. Ayrıca şizofreni hastalarında içselleştirilmiş damgalama da sık olarak görülmektedir. İçselleştirilmiş damgalanma ise kötü tedavi uyumu ve benlik saygısındaki azalmalar da dahil olmak üzere umutsuzluk, yaşam kalitesi ile sosyal ve mesleki işlevsellikte azalma ile ilişkili bulunmuştur.

Amaç: Çalışmamızda, şizofreni tanısı ile takip edilen klinik remisyondaki hastalarda psikolojik dayanıklılık ile içselleştirilmiş damgalanma düzeyleri arasındaki ilişkiyi araştırmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamıza, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi toplum ruh sağlığı merkezlerine Kasım 2018 - Aralık 2018 tarihleri arasında başvuran DSM-5'e göre şizofreni tanısı doğrulanmış ve remisyonda olan 44 hasta dahil edilmiştir. Sosyodemografik ve klinik özelliklerini değerlendirmek amacıyla sosyodemografik ve klinik özellikler veri formu klinik görüşme ile doldurulmuştur. Hastalık ve belirti lerin şiddetini belirlemek amacıyla Klinik Global İzlem Ölçeği (CGI), Pozitif Semptomları Değerlendirme Ölçeği (SAPS), Negatif Semptomları Değerlendirme Ölçeği (SANS) kullanılmıştır. Psikolojik dayanıklılık düzeylerini saptamak amacıyla Connor-Davidson Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (CDRISC), işlevselliklerini değerlendirmek amacıyla Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği (KİDO), içselleştirilmiş damgalama düzeylerini belirlemek için ise Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (RHİDÖ) kullanılmıştır. Veriler SPSS (25.0) kullanılarak analiz edilmiştir.

Bulgular: 31 erkek 13 kadın remisyonda (CGI skoru 4 ve altında) şizofreni hastası çalışmaya dahil edilmiştir. Yaş ortalaması 41.2+8.7 , hastalık süresi ortalaması 14.7+7.3 , hastane yatış sayısı ortalaması 3.84+5.43, KİDO ortalaması 18,05+9,95, dayanıklılık skorlarının(CDRISC) ortalaması 54.25+10.8 içselleştirilmiş damgalama(RHİDÖ) puan ortalaması 62.43+10.1 olarak saptanmıştır. CDRISC ve RHİDÖ düzeyleri arasında ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı, orta düzeyde negatif korelasyon saptanmıştır. (p<0.01, r =-0.403).

Tartışma: Psikolojik dayanıklılık düzeyleri düşük şizofreni hastalarında içselleştirilmiş damgalanma oranları daha yüksektir. Bireysel tedavi hedeflerine odaklanan stratejiler ile sosyal uyumu artıracak müdahaleler bir kişinin kendi yeterlilik kavramını ve daha sonra psikolojik dayanıklılığını güçlendirebileceği varsayılmıştır. Ayrıca kişinin sosyal uyumunu artırabilecek müdahalelerin içselleştirilmiş damgalanmanın azaltılmasında da etkili olabileceği düşünülmektedir. Özellikle şizofreni hastalığının ilk atağından sonra, psikolojik dayanıklılığı artırmaya odaklanan ve kendini damgalamaya yönelik bir yaklaşımı da içeren tedavi modelleriyle dayanıklılığı artırmayı ve içselleştirilmiş damgalanma düzeyini azaltmayı hedeflemek hastalık sürecine olumlu katkı sağlayacaktır.

Anahtar kelimeler: Şizofreni; Dayanıklılık; İçselleştirilmiş Damgalanma

Kaynaklar

1. Hofer A, Post F, Pardeller S, Frajo-Apor B, Hoertnagl CM, Kemmler G, Fleischhacker WW (2019): Self-stigma versus stigma resistance in schizophrenia: Associations with resilience, premorbid adjustment, and clinical symptoms. Psychiatry Res. 271: 396–401.
2. Rossi A, Galderisi S, Rocca P, Bertolino A, Rucci P, Gibertoni D, et al. (2017): Personal resources and depression in schizophrenia: The role of self-esteem, resilience and internalized stigma. Psychiatry Res. 256: 359–364.

SS-024

BİR BAĞIMLILIK KLİNİĞİNDE YATARAK TAKİP EDİLEN HASTALARIN DEMOGRAFİK VE KLİNİK ÖZELLİKLERİ

Çetin Turan[1], Ömer Şenormancı[1]

[1]*Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek İhtisas Eğitim Araştırma Hastanesi Psikiyatri*

Amaç: Alkol ve madde kullanımının yaygınlığı dünyada ve ülkemizde giderek artmaktadır. Epidemiyolojik araştırmalardaki verilerle bağımlılık tedavi merkezlerindeki veriler çeşitli nedenlerle farklılıklar göstermektedir ve sınırlı sayıdadır. Bu bağlamda uyuşturucu ile mücadelede stratejiler geliştirme amacıyla ülkemizde bağımlılık ile ilgili yapılan epidemiyolojik çalışmalar önemlidir. Çalışmamızda Bursa Dörtçelik alkol ve madde bağımlılığı tedavi merkezinde (AMATEM) yatarak tedavi gören hastaların bazı demografik ve klinik özelliklerini araştırmayı amaçladık.

Yöntem: Çalışmamızda 2018 yılı boyunca Bursa Dörtçelik AMATEM kliniğinde yatan hastaların dosya kayıtları geriye dönük olarak taranarak demografik bilgiler elde edildi. İstatistiksel analizler SPSS 23.0 programı kullanılarak değerlendirildi.

Bulgular: Belirlenen tarihlerde 214 hastanın AMATEM kliniğinde yatışı olmuştur. Katılımcı grubun yaş ortalaması 34.7±13.4 (min 18, max 71) idi. Madde kullanım profili incelendiğinde 92 kişi (%43.0) metamfetamin, 24 kişi (%11.2) kannabinioid, 18 kişi (%8.4) sentetik kannabinoid, 66 kişi (%30.8) alkol, 10 kişi (%4.7) benzodiazepin, 4 kişi (%1.8) opioid kullanıyordu. Katılımcıların 100'ü (%46.7) çoklu madde kullanıyordu. Demografik ve klinik veriler tablo 1'de verilmiştir

Tartışma: Çalışmamızın sonuçlarına göre kliniğimizde yatarak tedavi gören hastaların önemli bir kısmı metamfetamin ve çoklu madde kullanıcısıydı. Metamfetamin kullanan hastalar; maddeyi kullandıkları dönemde yaşadıkları irritabilite, anksiyete ve uykusuzluk gibi metamfetaminin olumsuz etkilerini gidermek için depresan etkili maddelere

sıkça başvururlar. Bu durumda çoklu madde kullanım oranları artmaktadır. Çoklu madde kullanımına bağlı zehirlenme durumunda ise mortalite riski artar. Çoklu madde kullanımında çekilme belirtileri daha karmaşık ve tedavisi daha zordur. Ayrıca bu maddelerin birbiri ile etkileşimi ve tedavide kullanılan ilaçlarla etkileşimi klinisyen tarafından iyi gözlemlenmelidir. Çalışmamızdaki sonuçlar ülkemizde uyuşturucu ile mücadelede geliştirilecek stratejiler açısından faydalı olabilir.

Anahtar kelimeler: Anahtar kelimeler: Epidemiyoloji, bağımlılık, metamfetamin

Kaynaklar

1. Karakukcu C, Ciraci MZ, Kocer D, Erturk-Zararsız G, Regional drug abuse prevalence depending on laboratory based urine illicit drug screening results. Anadolu psikiyatri Dergisi 2018; 19:169-176 (Turkish)
2. Connor JP, Gullo MJ, White A, Kelly AB: Polysubstance use: diagnostic challenges, patterns of use and health. Curr Opin Psychiatry 2014; 27: 269-75.
3. Gudin, J. A., Mogali, S., Jones, J. D. Et all. Risks, management, and monitoring of combination opioid, benzodiazepines, and/or alcohol use.: Postgraduate Medicine, 125(4), 115–130.
4. Timko C, Han X, Woodhead E et all. Polysubstance Use by Stimulant Users: Health Outcomes Over Three Years: Journal of Studies on Alcohol and Drugs, 01 Sep 2018, 79(5): p.799-807.
5. Tetrault JM, O'Connor PG (2014) Management of opioid intoxication and withdrawal. The ASAM Principles of Addiction Medicine Fifth Edition. Ries RK, Fiellin DA, Miller SC, Saitz R eds. Wolters Kluwer Health-ASAM, China.
6. Courtney KE, Ray LA. Metamphetamine: an update on epidemiyoloji, pharmacology, clinical phenomenology, and treatment literatüre. Drug Alcohol Depend 143:11-21,2014.

Tablo 1. Sosyodemografik Özellikler

	Ort±SS (Min-Max)/n(%)
Eğitim yılı	8.8±2.8 (0-16)
Cinsiyet	
Erkek	206 (%96.3)
Kadın	8 (%3.7)
Medeni durum	
Bekar	106 (%49.5)
Evli	74 (%34.6)
Boşanmış/eşi ölmüş	34 (%15.9)
Çalışma durumu	
Çalışıyor	72 (%33.6)
Çalışmıyor	142 (%66.4)
Yaşam şartları	
Eş/çocuklar	122 (%57)
Ebeveyn	92 (%43)
Alkol ve madde kullanım süresi (yıl)	15.3±12.5 (1-53)
Maddeye en uzun ara verme süresi (ay)	5.5±8.1 (0-48)
Madde kullanımına başlama yaşı	18.1±6.1 (8-39)
Hastanemiz AMATEM'de daha önce yatış	
Var	16 (%7.5)
Yok	198 (%92.5)
Dış merkezde AMATEM yatışı	
Var	82 (%38.3)
Yok	132 (%61.7)
Geçmişte adli öykü	
Evet	134 (%62.6)
Hayır	80 (%37.4)
Genel tıbbi durum	
Var	66 (%30.8)
Yok	148 (%69.2)
Yatışında değerlendirilen intihar riski	
Var	36 (%16.8)
Yok	178 (%83.2)
Bedende kalıcı darp/kesi izi	
Var	88 (%41.1)
Yok	126 (%58.9)
Ailede bağımlılık öyküsü	
Evet	78 (%36.4)
Hayır	136 (%63.6)

SS-025

OBEZİTE İLE BARİATRİK CERRAHİ UYGULANAN HASTALARDA KİLO KAYBININ PSİKOLOJİK YORDAYICILARI: BİR SENELİK İZLEM ÇALIŞMASI

Güliz Şenormancı[1], Oya Güçlü Gönüllü[2], Ömer Şenormancı[1]

[1]Sbü Bursa Yüksek İhtisas Eah Psikiyatri
[2]Sbü Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı Ve Sinir Hastalıkları Ea Psikiyatri

Amaç: Bariatrik cerrahi (BC) sonrası verilen kilo miktarı verilen diyet programına ne kadar uyulduğu ile ilişkilidir. BC sonrası Mizaç ve Karakter Envanteri (TCI) "sebat etmesi" yüksek olanlarda kilo kaybının ve korunmasının daha fazla olduğunu göstermiştir (1). BC sonrası izlenen anksiyöz bağlanan kişiler diyet programlarına uyumsuz ve kilo kayıpları daha az olarak bulunmuştur(3). Çalışmamızda obezite tanısı ile BC girişim uygulanan hastalarda kilo kaybının psikolojik yordayıcılarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: BC için başvuran 120 kişi alındı. Demografik veri formu, Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği (EBBÖ) ve TCI kullanıldı. Postoperatif birinci yıl (59 kişiye ulaşılmıştır) beden kitle indekslerindeki (BKİ) değişim ile demografik özellikler, EBBÖ ve TCI arasındaki ilişkiler değerlendirildi. Lineer regresyon analizi uygulandı.

Bulgular: BKİ'deki başlangıç ve 1. yıldaki yüzde değişimi 21 (%35.6) erkek, 38 (%64.4) kadın olmak üzere toplam 59 katılımcı üzerinde değerlendirildi. Erkeklerde yüzde değişimi daha fazlaydı (p=0.035). Yüzde değişiminde bekarlar -44.7 (-62.9 - -32.4) ve evliler -40.7 (-55.3 - -19) arasında anlamlı fark bulundu (p=0.039). Yüzde değişimi ile yaş arasında pozitif yönde korelasyon vardı (r=0.40, p=0.001). Yüzde değişimi ile TCI "düzensizlik" arasında negatif yönde (r=-0.27, p=0.040); TCI "sorumluluk alma" arasında pozitif yönde ilişkiler vardı (r=0.29, p=0.026). Birinci yıldaki kilo değişimlerini yordayan değişkenleri incelemek amacıyla yaş, cinsiyet, TCI'nın "düzensizlik, "beklenti endişesi", "belirsizlik korkusu", "çabuk yorulma", "sorumluluk alma" alt ölçekleri ve EBBÖ "anksiyöz/ambivalan" değişkenleri modele katılarak yapılan lineer regresyon analizi istatistiksel olarak anlamlıydı (F=2.660, p=0.017). Yaş bir birim arttığında birinci yıl kilo değişimi 0.216 birim (β=0.216, p=0.013) artmaktaydı. Yaş birinci yıldaki kilo değişimini 0.303 oranında açıklamaktaydı.

Tartışma: Çalışmamızda BKİ yüzde değişimi ile yenilik arayışı "düzensizlik" arasında negatif, kendini yönetme "sorumluluk alma" arasında pozitif yönde ilişki vardı. Bu boyutlar düşünüldüğünde daha çok kilo kaybına sahip olan hastaların diyet programlarına daha uyumlu, sebatkar ve sorun yaşadıklarında diğer kişilerden destek almaya açık oldukları söylenebilir (4). İleri yaştaki kronik hastalığı olan kişilerin önerilen tedavi programına daha uyumlu oldukları ileri sürülmüştür (5). Çalışmamızda kilo değişimlerini yordayan tek değişken yaş olarak saptandı. Bu da ilerleyen yaşla beraber ortaya çıkan sağlık sorunlarında artışla yüz yüze kalma ve ilerleyen yaşla beraber daha düzenli yaşam tarzı alışkanlıkları oluşturmakla ilişkili olabilir. BC öncesi mizaç ve karakter özelliklerinin bilinmesi postoperatif uzun dönem kilo kaybı ve kilo korunumu stratejilerinin belirlenmesi için faydalı olabilir.

Anahtar kelimeler: morbid obezite, bariatrik cerrahi, mizaç, karakter, bağlanma, kilo kaybı

Kaynaklar

1. De Panfilis C, Generali I, Dall'Aglio E ve ark. Temperament and one-year outcome of gastric bypass for severe obesity. Surg Obes Relat Dis 2014;10:144-8.
2. Aarts F, Geenen R, Gerdes VE ve ark. Attachment anxiety predicts poor adherence to dietary recommendations: an indirect effect on weight change 1 year after gastric bypass surgery. Obes Surg 2015;25:666-72.
3. Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR. A psychobiological model of temperament and character. Arch Gen Psychiatry 1993;50:975-90.
4. Viller F, Guillemin F, Briancon S ve ark. Compliance to drug treatment of patients with rheumatoid arthritis: a 3 year longitudinal study. J Rheumatol 1999;26:2114-22.

SS-026

İKİ UÇLU BOZUKLUK HASTALARINDA DUYGUDURUM DENGELEYİCİ TEDAVİ DEĞİŞİKLİKLERİ NEDENLERİNİN ARAŞTIRILMASI: ÖN ÇALIŞMA

Azize Beril Taşçı[1], İbrahim Gündoğmuş[1], Abdullah Bolu[1], Kamil Nahit Özmenler[1]

[1]*Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Tıp Fakültesi, Psikiyatri Ana Bilim Dalı, Ankara*

Giriş: İki uçlu bozukluk, yineleyen manik, hipomanik, depresif ya da karma epizotlarla seyreden; işlevsellikte bozulma ve yeti yitimine neden olabilen hayat boyu süren bir psikiyatrik bozukluktur(1,2). İki uçlu bozukluğun sağaltımında kullanılan ilaçlar içinde duygudurum dengeleyiciler (DD) en önemli role sahip ilaçlardır(3). Bu hastalarda kullanılan bir DD sonunda ortaya çıkan bir durumdan (klinik, tercih, kullanım kolaylığı) dolayı başka bir DD tedavisine geçilebilmektedir. Zaman zaman DD ilaçlar arasında değişikliler yapılmasına rağmen bu değişiklikler üzerine yapılan kısıtlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmada iki uçlu bozukluk tedavisinde DD ilaçların değişiklik nedenlerinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmada Temmuz 2017–Ocak 2020 tarihleri arasında Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören DSM-5 tanı kriterlerine göre iki uçlu bozukluk tanısı alan 368 hasta verileri geriye dönük olarak incelenmiş olup DD ilaç değişikliği yapılan 55 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Elde edilen veriler SPSS 22.0 programı ile analize tabi tutulmuştur.

Bulgular: Çalışmamızın %56.4'ü (n=31) kadın, yaş ortalamaları 37.8±13.9, hastalık süreleri 10.7±9.08 yıl idi. Değişim öncesi hastaların %54.5'u (n=30) lityum, %38.2'si (n=21) valproik asit, %3.6'sı (n=2) lamotrijin ve %3.6'sı (n=2) karbamazepin tedavisi kullanmaktaydı. Değişim sonrası hastaların %50.9'u (n=28) valproik asit, %34.5'u (n=19) lityum, %7.3'ü (n=4) lamotrijin, % 7.3'ü (n=4) karbamazepin tedavisi kullandıkları görülmüştür. Değişim sebeplerinin % 69.1'i (n=38) yan etki, % 30.9 (n=17) etkisizlik nedeniyle olduğu saptanmıştır. En sık yan etki tiroid fonksiyon bozukluğu %25.5 (n=14); etkisizlik olarak da en sık depresif atak (nüks) %18.2 (n=10) nedeniyle duygudurum dengeleyici tedavi değişikliği yapıldığı görülmüştür. Duygudurum dengeleyici tedavi değişikliği yönünün %47.3'ü (n=26) lityumdan valproik asite, en sık tiroid fonksiyon bozukluğu yan etkisi nedeniyle; %30.9'u (n=17) valproik asitten lityuma depresif atak (nüks) nedeniyle olduğu saptanmıştır.

Sonuç: Çalışmamız DD değişikliğinin en sık sebebinin yan etki ve etkisizlik sebeplerini göstermesi nedeniyle önemlidir. DD değişikliği sebeplerinin bilinmesi iki uçlu bozukluk hastalarının yönetimini kolaylaştıracağını düşünüyoruz. Çalışmamızın sonuçları ön veri niteliğinde olması nedeniyle çalışmanın konusunun geniş örneklemli bir çalışma ile araştırılması faydalı olacaktır.

Anahtar kelimeler: duygudurum dengeleyici, iki uçlu bozukluk, değişiklik, yan etki, etkisizlik

Kaynaklar

1. Yüksel N. Psikofarmakoloji, Ada Basın Yayın, 2016.
2. Işık E, Işık U. Çocuk, Ergen, Erişkin ve Yaşlılarda Depresif ve Bipolar Bozukluklar, Rotatıp Kitapevi, Ankara, 2013.
3. Aydemir Ö, Uluşahin A, Akdeniz F. İki Uçlu Bozukluk Sağaltım Kılavuzu, Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, Ankara, 2010.

Tablo 1. Katılımcıların Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri

Değişken	Ortalama ± SS / Sayı
Yaş (yıl)	37.8 ±13.9
Cinsiyet	
Kadın	31 (%56.4)
Erkek	24 (%43.6)
Hastalık Süresi (yıl)	10.7 ± 9.08
Değişim Öncesi İlaç	
Lityum	30 (%54.5)
Valproik asit	21 (%38.2)
Lamotrijin	2 (%3.6)
Karbamazepin	2 (%3.6)
Değişim Sonrası İlaç	
Valproik asit	28 (%50.9)
Lityum	19 (%34.5)
Lamotrijin	4 (%7.3)
Karbamazepin	4 (%7.3)
Değişim Yönü	
Lityumdan valproik asite	26 (%47.3)
Valproik asitten lityuma	17 (%30.9)
Lityumdan lamotrijine	3 (%5.5)
Valproik asitten karbamazepine	3 (%5.5)
Lityumdan karbamazepine	1 (%1.8)
Valproik asitten lamotrijine	1 (%1.8)
Lamotrijinden valproik asite	1 (%1.8)
Lamotrijinden lityuma	1 (%1.8)
Karbamazepinden lityuma	1 (%1.8)
Karbamazepinden valproik asite	1 (%1.8)

Tablo 2. Duygudurum Dengeleyici Değişiklik Sebepleri

Değişiklik Sebebi	*Ortalama ± SS / Sayı (%)*
Etkisizlik	17 (%30.9)
Depresyon	10 (%18.2)
Manik atak	5 (%9.1)
Hızlı Döngü	2 (%3.6)
Yan etki	38 (%69.1)
Tiroid fonksiyon bozukluğu	14 (%25.5)
Saç dökülmesi	4 (%7.3)
Böbrek fonksiyon bozukluğu	2 (%3.6)
Kilo Alma	2 (%3.6)
Oryantasyon Bozukluğu	2 (%3.6)
Tremor	2 (%3.6)
Görme bulanıklığı	1 (%1.8)
Halsizlik	1 (%1.8)
Hiperamonyemi	1 (%1.8)
Huzursuzluk	1 (%1.8)
Lityum intoksikasyonu	1 (%1.8)
Ödem	1 (%1.8)
Polikistik Over Sendromu	1 (%1.8)
Poliüri	1 (%1.8)
Psöriyazis	1 (%1.8)
Sedasyon	1 (%1.8)
Trombositopeni	1 (%1.8)
Vücut döküntüsü	1 (%1.8)

SS-027

BİR VAKIF ÜNİVERSİTESİ PSİKİYATRİ KLİNİĞİNDEN KEFALETNAME İLE TABURCU OLAN HASTALARIN SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ

Buğra Çetin[1]

[1]*Maltepe Üniversitesi*

Amaç: Kefaletname ile taburculuk, hastanın yatarak tedavisi henüz devam ederken, doktor önerisinin aksine, kendi isteği ile ve kendisi ve/veya yakınlarının imzası ile servisten ayrılmasıdır. Bu durum psikiyatri kliniklerinde sıklıkla görülebilmekte ve hastaların tedavilerinde aksamalara yol açmaktadır. Bu çalışmada hastanemiz psikiyatri servisinden kefaletname ile taburcu olan hastaların sosyo-demografik özelliklerinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Bu çalışmaya 1 Ocak 2017 – 15 Temmuz 2019 tarihleri arasında Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi görmüş olan 266 hasta dahil edilmiştir. Veriler hastaların dosyaları geriye dönük olarak taranarak elde edilmiştir.

Bulgular: Serviste yatarak tedavi görmekte olan hastaların 28.2 %'si kefaletname ile hastaneden ayrılmıştır. Kefaletname ile ayrılan hastalar tanıları açısından değerlendirildiğinde 41.3%'ünün tanısı alkol-madde bağımlılığı, 21.3%'ünün tanısı depresyon, 16%'sının tanısı bipolar bozukluk ve 10.7%'sinin tanısı uyum bozukluğu idi. Kefaletname ile taburcu olan hastalar ile diğer hastaların verileri karşılaştırıldığında yaş (kefaletname ile taburcu: 38.8±14.0; diğer hastalar: 44.2±16.7, p=0.01) ve yatış süresi (gün) (kefaletname ile taburcu: 7.1±5.8; diğer hastalar: 17.1±8.6, p=0.00) açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı.

Sonuç: Literatürde psikiyatri kliniğinden kefaletname ile taburculuk oranları 6%-35% arasında değişmektedir. Literatür ile uyumlu şekilde servisimizden kefaletname ile taburculuk oranı 28.2% olarak saptanmıştır. Daha genç yaş, kişilik patolojisi ve alkol/madde bağımlılığı literatürde kefaletname ile taburculuk ile ilişkili bulunmuştur. Çalışmamızda kefaletname ile taburcu olan hastaların daha genç olması ve en yüksek oranda alkol/madde bağımlılığı tanılı hastalar olması bu bulguları desteklemektedir. Kefaletname ile taburculuğun hastalar ile ilişkili yönleri olmakla birlikte kliniğin özellikleri ile ilgili yönleri de olması muhtemeldir. Bu sebeple hastaların kefaletname ile taburculuk sebepleri üzerine de çalışmalar yapılmasına ihtiyaç vardır. Bununla beraber kliniğimizin vakıf üniversitesi olmasından dolayı ücretli olması, tüm hasta gruplarının aynı serviste yatarak tedavi görüyor olmaları göz önünde bulundurulduğunda, bulgularımızın farklı hastane gruplarında kefaletname ile taburcu olan hastalarda yapılacak çalışmalar ile karşılaştırılması gereklidir. Bilindiği kadarıyla bu çalışma ülkemizde bu alanda yapılmış ilk çalışmadır.

Anahtar kelimeler: kefaletname, alkol-madde bağımlılığı, psikiyatri

Kaynaklar

Alfandre DJ. "I'm Going Home": Discharges Against Medical Advise. Mayo Clin Proc. 2009;84(3):255-260.

Brook M, Hilty D, Liu W, Hu R, Frye M. Discharge Against Medical Advice From Inpatient Psychiatric Treatment: A Literature Review. Psychiatr Serv. 2006;57:1192-1198.

Spooner KK, Salemi JL, Salihu HM, Zoorob RJ. Discharge against medical advice in the United States, 2002-2011. Mayo Clin. Proc. 2017;92:525-535.

Mohseni M, Alikhani M, Tourani S, Azami-Aghdash S, Royani S, Moradi-Joo M. Rate and causes of discharge against medical advice in Iranian hospitals: a systematic review and meta-analysis. Iranian Journal of Public Health. 2015;44(7):902-912.

Ti L, Ti L. Leaving the hospital against medical advice among people who use illicit drugs: a systematic review. Am J Public Health. 2015;105:53–9.

SS-028

ROMATOİD ARTRİT HASTALARINDA SOMATİZASYON, ALEKSİTİMİ VE HASTALIK İNKARININ İNCELENMESİ

Ceyhun Hacıyev[1, 2], Nur Nihal Baltacı[2], İrem Ekmekçi Ertek[2], Bahadır Geniş[3], Nihan Coşkun[4], Buket Koparal[5], Aycan Kayalar[2], Feride Göğüş[6], Behçet Coşar[2]

[1]*Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Ana Bilim Dalı*
[2]*Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Ana Bilim Dalı*
[3]*Çaycuma Devlet Hastanesi*
[4]*Serbest Çalışan*
[5]*Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Ana Bilim Dalı*
[6]*Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Fizik Tedavi Ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı*

Giriş: Romatoid Artrit (RA) multifaktorial, kronik enflamatuar bir hastalık olup toplumdaki yaygınlığı %0,5-1 arasındadır. RA'da yaygın olarak saptanan yorgunluk, ağrı, işlev kaybı gibi bulgular psikolojik problemlere neden olabilir. RA hastalarında en sık karşılaşılan psikiyatrik komorbidite depresyon ve yaygın anksiyete bozukluğu olup sıklıkları %14-48 arasında değişir[1]. Diğer yandan; RA'da ağrı veya yorgunluk gibi bazı somatik şikayetler tanısal zorluğa neden olabilecek depresif belirtilerle karışabilir ve bu duruma 'kriter kontaminasyonu' denir. RA hastalarında depresyon ve anksiyete üzerine birçok çalışma mevcutken *somatizasyon* ile ilgili yapılan çalışmaların sayısı çok azdır. Bir çalışmada ağrı ve katılık gibi RA ile ilişkili belirtilerin, somatizasyon eğilimleri ve sağlık anksiyetesi olan hastalarda daha şiddetli olduğu bildirilmiştir[2]. Aleksitiminin RA hastalarında hastalık şiddeti, ağrı şiddeti ve işlevsellikle ilişkili olduğu bulunmuştur[3]. Bu çalışmada RA hastalarında *Psikosomatik Araştırmalar için Tanı Ölçütleri* (DCPR) kullanılarak somatizasyon eğilimleri, hastalık inkârı ve aleksitimi özelliklerini incelemek amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmaya son üç ayda Gazi Üniversitesi Fizik tedavi ve Rehabilitasyon bölümünde ayaktan takibi yapılan 60 RA hastası ve 60 kontrol alınmıştır. Katılımcıların sosyodemografik ve hastalık özellikleri değerlendirilmiş ve çalışmayı kabul eden hastalara bir psikiyatrist tarafından DCPR uygulanmıştır.

Bulgular: Hastalık reddi, irritabl duygudurum, demoralizasyon ve aleksitimi hasta grubunda kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksekti (sırasıyla; $p = 0.004$, p = 0.008, $p = 0.037$, $p = 0.018$). Hastaların %90,1'ine hastalık reddi, %73,1'inde irritabl duygudurum, %63,6'sında demoralizasyon ve %72,7'sinde aleksitimi mevcut olduğu saptandı.

Tartışma: Yaptığımız çalışmada DCPR alt ölçeklerinden olan *hastalık inkârı, irritabl duygudurum, demoralizasyon ve aleksitimi* sağlıklı kontrol grubuna göre RA hastalarında daha yüksekti. Yapılan çalışmalar hastalık inkârının tedavi uyumsuzluğu, aleksitiminin psikolojik müdahaleye yetersiz yanıtın yanı sıra hastalığın ilerlemesine sebep olabileceği, somatizasyonun azalmış yaşam kalitesi, demoralizasyonun ise depresyon ile ilişkili olabileceği gösterilmiştir[4]. DSM demoralizasyon, aleksitimi gibi subklinik psikolojik bozuklukları algılamada yetersizdir[5]. Bu çalışmada görüldüğü üzere DCPR, tıbbi hastalıklarda olumsuz bir prognostik rolü olabilecek subklinik psikolojik bozuklukları tespit etmek için iyi bir araç olarak düşünülebilir.

Sonuç: Romatoid Artrit hastalarında somatizasyon, aleksitimi, hastalık inkârı özelliklerinin göz önünde bulundurulması tedavi uyumu, hastalığın kontrolü ve yaşam kalitesi açısından önemlidir.

Anahtar kelimeler: Romatoid Artrit, Somatizasyon, Psikosomatik, Aleksitimi, DCPR

Kaynaklar

1. Lok, E. Y. C., Mok, C. C., Cheng, C. W., & Cheung, E. F. C. (2010). Prevalence and determinants of psychiatric disorders in patients with rheumatoid arthritis. Psychosomatics, 51(4), 338-338.
2. Barsky, A. J., Orav, E. J., Ahern, D. K., Rogers, M. P., Gruen, S. D., & Liang, M. H. (1999). Somatic style and symptom reporting in rheumatoid arthritis. Psychosomatics, 40(5), 396-403.
3. Chimenti, M. S., Fonti, G. L., Conigliaro, P., Hitaj, J., Triggianese, P., Teoli, M., ... & Perricone, R. (2019). Evaluation of alexithymia in patients affected by rheumatoid arthritis and psoriatic arthritis: A cross-sectional study. Medicine, 98(4).
4. Wolfe, F., Walitt, B. T., Katz, R. S., & Häuser, W. (2014). Symptoms, the nature of fibromyalgia, and diagnostic and statistical manual 5 (DSM-5) defined mental illness in patients with rheumatoid arthritis and fibromyalgia. PLoS One, 9(2).

5- Fava, G. A., Freyberger, H. J., Bech, P., Christodoulou, G., Sensky, T., Theorell, T., & Wise, T. N. (1995). Diagnostic criteria for use in psychosomatic research. Psychotherapy and psychosomatics, 63(1), 1-8.

Tablo 1. Katılımcıların demografik özellikleri

	Kontrol (n=60)		Hasta (n=60)		Toplam (n=120)			
	Ort.	SS	Ort.	SS	Ort.	SS	t	p
Yaş[1]	56,23	11,52	55,78	11,46	56,00	11,44	0,214	0,831
	N	%	N	%	N	%	X^2	p
Cinsiyet[1]								
Kadın	41	46,6	47	53,4	88	100,0	1,534	0,215
Erkek	19	59,4	13	40,6	32	100,0		
Medeni durum[2]								
Evli	47	50,5	46	49,5	93	100,0	1,853	0,409
Bekâr	6	66,7	3	33,3	9	100,0		
Boşanmış/Dul	7	38,9	11	61,1	18	100,0		
Çalışma durumu[1]								
Çalışmıyor	25	40,3	37	59,7	62	100,0	12,959	0,002
Çalışıyor	27	75,0	9	25,0	36	100,0		
Emekli	8	36,4	14	63,6	22	100,0		
Eğitim durumu[2]								
Okuma yazma bilmiyor	1	12,5	7	87,5	8	100,0	11,588	0,008
İlköğretim	22	40,7	32	59,3	54	100,0		
Lise	16	57,1	12	42,9	28	100,0		
Üniversite	21	70,0	9	30,0	30	100,0		
Sigara kullanımı								
Yok	31	38,3	50	61,7	81	100,0	13,713	0,000
Var	29	74,4	10	25,6	39	100,0		
Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü[1]								
Yok	57	49,6	58	50,4	115	100,0	0,210	1,000
Var	3	60,0	2	40,0	5	100,0		

[1] ki-kare testi, [2] Fisher'ın kesin ki-kare testi

Tablo 2. Katılımcıların DCPR alt maddelerine göre dağılımı

	Kontrol (n=60)		Hasta (n=60)		Toplam (n=120)			
	N	%	N	%	N	%	X^2	P
Sağlık anksiyetesi[1]								
Hayır	54	50,0	54	50,0	108	100,0	0,000	1,000
Evet	6	50,0	6	50,0	12	100,0		
Hastalık Korkusu[2]								
Hayır	59	50,9	57	49,1	116	100,0	1,081	0,619
Evet	1	25,0	3	75,0	4	100,0		
Ölüm Korkusu[2]								
Hayır	59	50,4	58	49,6	117	100,0	0,348	1,000
Evet	1	33,3	2	66,7	3	100,0		
Hastalık İnkarı[1]								
Hayır	59	54,1	50	45,9	109	100,0	8,107	**0,004**
Evet	1	9,1	10	90,9	11	100,0		
İkincil belirtiler [2]								
Hayır	57	49,6	58	50,4	115	100,0	0,210	1,000
Evet	3	60,0	2	40,0	5	100,0		
Kalıcı Somatizasyon[1]								
Hayır	53	49,1	55	50,9	108	100,0	0,370	0,543
Evet	7	58,3	5	41,7	12	100,0		
Konversiyon Semptomları[1]								
Hayır	53	49,1	55	50,9	108	100,0	0,370	0,543
Evet	7	58,3	5	41,7	12	100,0		
Yıl Dönümü Reaksiyonu[2]								
Hayır	60	51,3	57	48,7	117	100,0	4,236	0,244
Evet	0	0,0	3	100,0	3	100,0		
Tip A Davranışlar[1]								
Hayır	49	49,0	51	51,0	100	100,0	0,240	0,624
Evet	11	55,0	9	45,0	20	100,0		
İrritabl Durum[1]								
Hayır	53	56,4	41	43,6	94	100,0	7,070	**0,008**
Evet	7	26,9	19	73,1	26	100,0		
Demoralizasyon[1]								
Hayır	44	57,9	32	42,1	76	100,0	4,342	**0,037**
Evet	16	36,4	28	63,6	44	100,0		
Aleksitimi[1]								
Hayır	54	55,1	44	44,9	98	100,0	5,566	**0,018**
Evet	6	27,3	16	72,7	22	100,0		

[1] Ki-Kare testi; [2] Fisher'ın kesin ki-kare testi

SS-029

PSYCHIATRIC DISORDERS IN BARIATRIC SURGERY CANDIDATES: PRELIMINARY RESULTS OF A TURKISH PREBARIATRIC SURGERY SAMPLE

Esin Erdoğan[1], Dursun Hakan Delibaş[1], Sinem Yeşilyurt[1], Ahmet Mücteba Öztürk[2], Mehmet Yıldırım[2]

[1]University Of Health Sciences, İzmir Bozyaka Training And Research Hospital, Department Of Psychiatry, Turkey
[2]University Of Health Sciences, İzmir Bozyaka Training And Research Hospital, Department Of General Surgery, Turkey

Objective: To investigate the prevalence of Axis I psychopathology, and clinical features of bariatric surgery candidates.

Background and aims: Today, obesity is a widespread and costly health problem that causes significant morbidity and mortality. In obesity management, bariatric surgery is currently considered to efficiently produce long-term weight loss, improve comorbidities and improve quality of life (1). Psychiatric disorders may be common among patients seeking bariatric surgery; however, the accurate prevalence of these conditions are difficult to obtain given that bariatric surgery candidates often wish to appear psychiatrically healthy when undergoing psychiatric evaluation for approval for surgery. Patients should be screened routinely in terms of the presence of eating disorders, mood disorders, substance use disorders and other psychiatric disorders in both pre- and surgical period and those who needed should be follow for further psychiatric evaluation and treatment (2,3). In addition, high rates of food addiction (25-40%) were found in obese patients, and it was reported that other addictions may develop after the operation (4,5). Careful psychiatric and psychosocial assessment of the patients is important with regard to the improvement of the functionality as well as preventing adverse effects on weight loss in the post-operative period.

Materials and Methods: SCID-I were conducted in 384 consecutive bariatric surgery candidates between January 2014 and January 2018 at the Izmir Bozyaka Training and Research Hospital. Sociodemographic data of the cases were collected through the scale created by the research team. Problematic eating behavior of the cases was evaluated with Eating Attitudes Test (EAT). EAT was applied to 377 cases. Body Mass Index (BMI) values of the patients before and after the 6th month of surgery were calculated. The patients were explicitly informed that the data would not be shared with the surgical team unless certain high-risk behaviors. Our patients are still being followed up by our research team in terms of many parameters such as eating behavior, weight change and quality of life.

Results: The mean age of the patients was 39.68±10.20 years, and the mean BMI score before surgery was 42.02±15.59 kg/m^2. 299 (77.9%) of the cases were female and 85 (22.1%) were male, and the mean education was 8.6 ± 4.1 years. Of the 384 patients, 24.8% had ≥1 current Axis I disorder, and 47.8% had ≥1 lifetime Axis I disorder. The number of cases with current psychiatric disorder in the entire sample was 58 (14.2%). Problematic alcohol use was present in 27.3% of the cases. It was observed that 86 patients had problematic eating behavior. The most common psychiatric comorbidities were major depressive disorder (24.6%) and anxiety disorder (17.4%). 136 (55.5%) of cases underwent slave gastrectomy, and 26 of them (19.1%) had psychiatric comorbidity. Cases with or without psychiatric comorbidity were re-evaluated in the 6th month of the operation, and there was no statistically significant difference in changes in BMI (95% CI:0.111-0.124 p=0.113).

Conclusion: The current and lifetime rates of psychopathology are high in bariatric surgery candidates. There is inconsistent evidence regarding the association between preoperative mental health conditions and postoperative weight loss. Prospective studies that examine the relationship between preoperative psychiatric comorbidity and postoperative weight loss are needed.

Anahtar kelimeler: Bariatric surgery, morbid obesity, psychiatric disorders, psychiatric comorbidity, eating disorder, eating behaviour

Kaynaklar

1. Sjostrom L, Lindroos AK, Peltonen M, et al. Lifestyle, diabetes, and cardiovascular risk factors 10 years after bariatric surgery. NEJM 2004;351:2683–93.
2. John U, Meyer C, Rumpf HJ, Hapke U. Relationships of psychiatric disorders with overweight and obesity in an adult general population. Obes Res 2005; 13:101-109.
3. Petry NM, Barry D, Pietrzak RH, Wagner JA. Overweight and obesity are associated with psychiatric disorders: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. Psychosom Med 2008; 70:288-297.
4. Brunault P, Ducluzeau PH, Bourbao-Tournois C, et. al. Food addiction in bariatric surgery candidates: prevalence and risk factors. Obesity Surgery 2016; 26(7): 1650-1653.
5. Östlund MP, Backman O, Marsk R, Stockeld D, et. al. Increased admission for alcohol dependence after gastric bypass surgery compared with restrictive bariatric surgery. JAMA Surg 2013;148(4):374-377.

SS-030

PERSONALITY TRAITS, CHILDHOOD TRAUMA AND DISSOCIATION IN PATIENTS WITH NREM PARASOMNIA

Esra Aydın Sünbül[1], Demet Ünsal Çelebi[2], Gamze Şimşek[1], Hüseyin Güleç[1]

[1]Erenkoy Mental Health And Neurological Diseases Training And Research Hospital;
[2]Samsun Mental Health And Diseases Hospital

Background: The relation between psychological structure or functioning and parasomnia are currently unknown. In this study we aimed to investigate the effect of personality traits, childhood trauma and dissociation on patients with NREM parasomnia.

Methods: In this study we included 30 patients diagnosed with NREM parasomnia according to American Academy of Sleep Medicine criteria and age/sex matched 30 healthy controls. To establish diagnosis and exclude other sleep disorders all participants underwent one night of sleep monitoring by polysomnography. Sociodemographic Form, Hamilton Depression Scale (HAM-D), Hamilton Anxiety Scale, Temperament and Character Inventory (TCI), Dissociative Experiences Scale (DES) and Childhood Trauma Questionnaire were administered to all groups.

Results: Baseline characteristics and clinical data are shown in Table 1. Compared to controls, NREM parasomnia patients had significantly higher score regarding the Reward Dependence, Self-Directedness and Cooperativeness TCI scale in patients with NREM parasomnia. Emotional abuse, physical abuse, DES scores and HAM-D scores were significantly higher in patients with NREM parasomnia.

Conclusion: There were significantly differences between groups regarding some subscales of TCI, trauma scores and DES scores. Further prospective studies are needed about how psychological conflicts act on NREM parasomnia to reach better treatment protocol.

Anahtar kelimeler: Dissociation, Parasomnias, personality

Kaynaklar

1. Hartman D, Crisp AH, Sedgwick P, Borrow S. Is there a dissociative process in sleepwalking and night terrors? Postgrad Med J. 2001;77: 244-9.
2. Kales, A., Soldatos, C. R., Caldwell, A. B., Kales, J. D., Humphrey II, F. J., Charney, D. S., et al. (1980b). Somnambulism. Clinical characteristics and personality patterns. Archives of General Psychiatry, 37, 1406–1410.
3. Kales, J. D., Kales, A., Soldatos, C. R., Caldwell, A. B., Charney, D. S., & Martin, E. D. (1980c). Night terrors. Clinical characteristics and personality patterns. Archives of General Psychiatry, 37, 1413–1417.

Table 1. Comparison of sociodemographic characteristic between groups

	Patients with NREM parasomni (n:30)	*Controls (n:30)*	*p*
Age (years)	38.2+/-10.5	40.1 +/-11.0	0.512
Gender (female %)	18 (60)	18 (60)	1
Marital status (married %)	23 (75)	21 (70)	0.826

Table 2. Comparison of HAM-D, HAM-A, DES and CTQ-28 between groups

	Patients with NREM parasomni	*Controls*	*p*
HAM-D	10.1+/-7.0	6.3+/-6.6	0.033
HAM-A	16.0+/-11.0	17.7+/-12.9	0.728
DES	19.6+/-21.7	1.4+/-2.3	0.001
CTQ-28 total score	44.0+/-15.9	36.4+/-13.8	0.147
Sexual abuse	6.2+/-3.8	5.3+/-2.7	0.115
Emotional abuse	8.9+/-4.2	6.6+/-3.6	0.029
Emotional neglect	14.2+/-5.8	12.0+/-5.6	0.180
Physical abuse	6.9+/-3.6	5.7+/-3.0	0.036
Physical neglect	7.7+/-2.8	6.9+/-3.1	0.401

SS-031

ŞAŞILIK TANISIYLA TAKİP EDİLEN ÇOCUK VE ERGENLERDE ANKSİYETE BOZUKLUĞU VE BENLİK SAYGISI

Fahri Çelebi[1], Mehmet Serhat Mangan[2,1]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Zeynep Kamil Kadın Doğum Ve Çocuk Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi;
[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Haydarpaşa Numune Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Giriş ve amaç: Şaşılık yüz görünümünü ve görme keskinliğini etkileyebilen, çeşitli psikososyal zorluklara zemin hazırlayabilen bir bozukluktur. Çalışmamızda şaşılık tanısıyla takip edilen çocuk ve ergenlerde anksiyete bozuklukları ve benlik saygısının araştırılması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: 8-18 yaş arası 64 çocuk ve ergen (36 şaşılık, 28 sağlıklı kontrol) çalışmaya dahil edilmiştir. Çalışmaya katılanlara "Çocukluk çağı anksiyete ve depresyon ölçeği yenilenmiş formu (ÇADÖ)" ve "Rosenberg benlik saygısı ölçeği" doldurtulmuştur. Sosyodemografik veriler için yazarlarca oluşturulan sosyodemografik veri formu kullanılmıştır. Sosyoekonomik düzey (SED) Hollingshead-Reddich ölçeği temel alınarak belirlenmiştir (1 en üst SED – 5 en alt SED). Öncelikle şaşılığı bulunanlar (n:36) ve sağlıklı kontroller (n:28), sonrasında şaşılık grubu içinde cerrahi yapılmış olanlarla (n:13) cerrahi yapılmamış olanlar (n:23) ölçekler açısından karşılaştırılmıştır.

Bulgular: Çalışmaya katılanların 35'i (%54,7) kızdı. Grubun ortalama yaşı 11 (SD:3.14) idi. Şaşılık ve kontrol grupları arasında cinsiyet, yaş ve SED açısından anlamlı fark yoktu. Şaşılık grubunda 26 çocuk gözlük kullanıyordu. Şaşılık grubunda ayrılık anksiyetesi kontrol grubuna göre daha sık görülmekteydi ve (sırasıyla %25 ve %5.5) ve ayrılık anksiyetesi skorları şaşılık grubunda kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha yüksekti (p:0,026). Diğer anksiyete bozuklukları, depresyon ve benlik saygısı (p:0.840) açısından gruplar arasında anlamlı fark saptanmadı. Şaşılık grubu içinde cerrahi olanlar ve olmayanlar arasında anksiyete bozuklukları, depresyon ve benlik saygısı açısından fark yoktu.

Sonuçlar: Çalışmamızda şaşılık olgularında ayrılık kaygısı bozukluğunun sağlıklı gruba göre daha sık görüldüğü sonucuna ulaşılmıştır. Hem daha önceki çalışmalar hem bizim çalışmamız şaşılık bulunan çocukların çeşitli psikiyatrik bozukluklar açısından risk altında olduğunu göstermektedir. Göz kliniklerinde takip edilen bu olguların takip ve tedavilerinin psikososyal desteği de içerecek şekilde ekip çalışmasıyla sürdürülmesinin hem anlık hem de yaşam boyu risklerin azaltılması ve psikiyatrik bozuklukların önlenmesi açısından önemli olduğu düşünülmektedir.

Anahtar kelimeler: ayrılık anksiyetesi, şaşılık, çocuk, benlik saygısı

Kaynaklar

1. Afzali SMK, Kermani MY. A Comparison between Anxiety and Self-esteem amongst High School Freshman Students (Male and Female) with Amblyopia in Gachsaran in 2015. International journal of medical research & health sciences 5 (5), 69-73.
2. Cumurcu T, Cumurcu BE, Ozcan O, Demirel S, Duz C, Porgalı E, Doganay S. Social phobia and other psychiatric problems in children with strabismus. Can J Ophthalmol. 2011 Jun;46(3):267-70. doi: 10.1016/j.jcjo.2011.05.017. Epub 2011 May 27.
3. Schuster AK, Elflein HM, Pokora R, Schlaud M, Baumgarten F, Urschitz MS. Health-related quality of life and mental health in children and adolescents with strabismus - results of the representative population-based survey KiGGS. Health Qual Life Outcomes. 2019 May 7;17(1):81. doi: 10.1186/s12955-019-1144-7.
4. Mohney BG, McKenzie JA, Capo JA, Nusz KJ, Mrazek D, Diehl NN. Mental illness in young adults who had strabismus as children. Pediatrics. 2008 Nov;122(5):1033-8. doi: 10.1542/peds.2007-3484.
5. McBain HB, MacKenzie KA, Au C, Hancox J, Ezra DG, Adams GG, Newman SP. Factors associated with quality of life and mood in adults with strabismus. Br J Ophthalmol. 2014 Apr;98(4):550-5. doi: 10.1136/bjophthalmol-2013-304220. Epub 2014 Jan 3.

SS-032

ÜNİVERSİTE HASTANESİ ACİL SERVİSİNDE TAMAMLANMIŞ İNTİHAR OLGULARININ SOSYODEMOGRAFİK VERİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Faruk Kurhan[1]

[1]Yüzüncü Yıl Üniversitesi Dursun Odabaş Tıp Merkezi

Giriş: Çalışmamızda Yüzüncü Yıl Üniversitesi Dursun Odabaş Tıp Merkezi Acil Servisi'ne tamamlanmış intihar olgularının dosya verilerinin geriye dönük taranması, olguların psikiyatrik tanıları ve sosyodemografik verilerinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Materyal-Metod: Bu çalışmaya bir yılda Yüzüncü Yıl Üniversitesi Dursun Odabaş Tıp Merkezi Acil Servisi kayıtlarından tamamlanmış intihar olgularının dosya verileri geriye dönük taranmıştır. Olguların dosyalarından; yaş, cinsiyet, meslek, medeni durum, özgeçmişinde psikiyatrik hastalık varlığı, daha önce psikiyatrik bir tedavi almış olma durumu, intihar yöntemi gibi parametreler değerlendirilmiştir.

Bulgular: 2019 yıllında hastane acil servisi kayıtlarından 8 olgunun intihar nedeniyle başvurduğu görülmüştür. Olguların 4'ü (%50) erkek, 4'ü (%50) kadındı. Cinsiyet yaş dağılımına bakıldığında benzer yaş aralıklarında oldukları görülmüştür. Erkeklerin yaş ortalaması 24,52±7,759 iken kadınların yaş ortalaması 25,6±9,482 idi. Medeni durumları değerlendirildiğinde 3'ünün(%37,5) evli olduğu, 5'inin (%62,5) bekâr olduğu görüşmüştür. Meslek açısından değerlendirildiğinde; 1'i(%12,5) öğrenciydi, 3'ü (%37,5) özel sektörde çalışıyordu, 4'ü (%50) işsizdi. Psikiyatrik hastalık durumları değerlendirildiğinde 4'ünüde psikiyatrik hastalık vardı, 4'ünde psikiyatrik hastalık yoktu. Psikiyatrik hastalığı olanların; 2'sinde (%50) depresif bozukluk, 1'inde (%25) duygudurum bozukluğu, 1'inde (%25) alkol-madde kullanım bozukluğu vardı. İntihar vakalarının 6'sı (%75) ası yöntemini kullanmışken, 2'si (%25) ateşli silah ile intihar etmişti. Vakaların 7'sinde daha önce intihar girişiminde bulunmamışken, 1'i daha önce intihar girişiminde bulunmuştu.

Sonuç: Yaptığımız bu çalışmada acil servis kayıtlarından tamanlanmış intihar olgularının önemli bir kısmı bekâr ve işsiz olanlar oluşturmaktaydı. Ortalama yaş dağılımı ise 24-25 yaşlar arasıydı. Bu göstergeler bize bölgemizde intihara sürükleyen en önemli nedenlerden birinin sosyoekomonik durum yetersizliğini işaret etmektedir. En sık intihar nedenlerinden olan psikiyatrik sorunlar bizim çalışmamızda da önemli bir veri olarak karşımıza çıkmaktadır. Psikolojik problemler ve psikiyatrik tedavi öyküsü kişinin ileride intihar girişiminde bulunabileceğinin önemli bir yordayıcısıdır. Sonuç olarak; bekâr olmak, işsiz olmak, daha önce intihar girişiminde bulunmuş olmak, psikiyatrik tanı ve tedavi öyküsü ile sosyoekomonik sorunlar intihar açısından önemlidir.

Anahtar kelimeler: Acil Servis, İntihar, Psikiyatri, Sosyodemografi

Kaynaklar

1. Nock, M.; Borges, G.; Bromet, E.; Cha, C.; Kessler, R.; Lee, S., Suicide and suicidal behavior. Epidemiological Review, 30, 133-154. 2008.
2. Organization, W. H. Figures and facts about suicide; Geneva: World Health Organization: 1999.
3. Suelves, J. M.; Robert, A., La conducta suicida: una mirada desde la salud pública. Revista Española de Medicina Legal 2012, 38 (4), 137-142.
4. Gómez-Durán, E. L.; Forti-Buratti, M. A.; Gutiérrez-López, B.; Belmonte-Ibáñez, A.; Martin-Fumadó, C., Psychiatric disorders in cases of completed suicide in a hospital area in Spain between 2007 and 2010. Revista de Psiquiatría y Salud Mental (English Edition) 2016, 9 (1), 31-38.
5. Klonsky, E. D.; May, A. M.; Saffer, B. Y., Suicide, suicide attempts, and suicidal ideation. Annual review of clinical psychology 2016, 12, 307-330.

Tablo 1. Tanımlayıcı özellikler

Kadın	4 (%50)	ort yaş:25
Erkek	4 (%50)	ort yaş:24
Evli	3 (% 37,5)	
Bekar	5 (%62,5)	
Meslek		
Öğrenci	1 (% 12,5)	
Özel sektör	3 (%32,5)	
işsiz	4 (%50)	
Psikiyatrik hastalık durumu		
Var	4 (%50)	
Yok	4 (%50)	
Psikiyatrik tanısı olanlar		
Depresif bozukluk	2(%50)	
Depresif bozukluk	1(%25)	
Alkol-madde kullanım bozukluğu	1(%25)	
İntihar yöntemi		
Ası	6 (%75)	
Ateşli silah	2 (%25)	
Daha önce intihar girişiminde bulunma öyküsü		
Var	1 (%12,5)	
Yok	7 (%87,5)	

SS-033

DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞUNDA KOMPULSİF SATIN ALMA İLE ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMATİK YAŞANTILARI İLİŞKİSİ

Feride Yıldırım[1]

[1]Sbü.şişli Hamidiye Etfal Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği

Amaç: Kompulsif satın alma bozukluğu (KS), karşı koyması güç olan yineleyici satın alma, alış veriş yapma davranışları ile giden, yaşam kalitesini bozan ve işlevsellikte kötüleşmeye yol açan bir bozukluktur (1). Ruhsal bozukluklar ile önemli ölçüde komorbidite gösterdiği ortaya konan KS'da, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) semptomlarına da sık rastlandığı bildirilmektedir (2). Hem KS'nın (3) hem de DEHB'nin (4) çocukluk çağı travmatik yaşantıları ile ilişkili olabileceği öne sürülmektedir. Bu konuda yapılan çalışmaların kısıtlı sayıda olması ile birlikte, primer tanısı erişkin DEHB olan vakalarda KS sıklığı ve çocukluk çağı travmatik yaşantıları ile ilişkisi ise henüz araştırılmamıştır. Bu çalışmanın amacı, DEHB tanılı klinik örneklemde, kompulsif satın alma sıklığını belirlemeye çalışmak; KS tanısı olan ve olmayan DEHB vakalarının sosyodemografk verilerini, klinik özelliklerini, çocukluk çağı travmatik yaşantılar varlığını karşılaştırmak ve kompulsif satin alma ölçek puanları ile korelasyonunu saptamaya çalışmaktır.

Yöntem: Çalışma örneklemi, psikiyatri polikliniklerine başvuran 18-40 yaş aralığında, yapılan psikiyatrik değerlendirmede DSM-5

kriterlerine göre erişkin DEHB tanısını karşılayan ardışık 72 hastadan oluşmaktadır. Sosyodemografik Veri Formu, Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS-V1.1), Beck Depresyon Envanteri (BDI), Beck Anksiyete Envanteri (BAI), Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantılar Ölçeği (CTQ-28), Kompulsif Satın Alma Ölçeği (CBS) katılımcılar tarafından doldurulmuştur.

Bulgular: Toplam 14 hastada (%19.4) KS saptandi. KS ve KS olmayan grup arasında cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum yönünden belirgin fark saptanmadı. KS grubunda ortalama yaş 21.4, KS olmayan grupta ise 24.3 saptandı (p=0.04). KS olmayanların yaş ortalaması KS olanlardan daha yüksek bulundu. BAI ölçek puanı, CTQ-28 ölçek toplam puanı ve emosyonel istismar alt ölçek puanı ile KS ölçek puanları arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı (p<0.05).

Sonuç: Bu çalışmada, erişkin DEHB tanılı klinik örneklemde KS oranı %19.4 olarak saptanmıştır. Kompulsif satın alma semptomları kadar çocukluk çağı travmatik yaşantılarına dair öykü, klinisyenler tarafından özellikle sorgulanmadıkça hasta tarafından bildirilmeyebilir. KS'de emosyonel regülasyonu sağlamada bir güçlük olabileceği (5) düşünüldüğünde, psikostimülanlara cevap alınamayan DEHB olgularında KS semptomlarını sorgulamanın yanında, çocukluk çağı travmatik yaşantılarının da sorgulanması önem içerebilir. Hem KS'nin hem de çocukluk çağı travmatik yaşantılarının yaşam kalitesini ve işlevselliği bozabileceği, DEHB'de hastalığın gidişatını ve tedavi cevabını etkileyebileceği göz önünde bulundurularak planlanacak terapötik yaklaşımlar, DEHB tedavi planına katkı sağlayabilir.

Anahtar kelimeler: dikkat eksikliği, hiperaktivite, travma, kompulsif satın alma

Kaynaklar

1. Black DW, Shaw M, McCormick B, Bayless JD, Allen J. Neuropsychological performance, impulsivity, ADHD symptoms, and novelty seeking in compulsive buying disorder. Psychiatry Research 2012; 200:581–587.
2. Eroğlu MZ, Demirkol ME, Tamam L, Gelegen V. Kompulsif satın alma bozukluğu ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ilişkisi. Cukurova Medical Journal 2019;44(4):1371-1378.
3. Sansone RA, Chang J, Jewell B, Rock R. Childhood trauma and compulsive buying. International Journal of Psychiatry in Clinical Practice 2013; 17: 73–76.
4. Fuller-Thomson E. & Lewis D.A. Relationship between early adversities and attention deficit/hyperactivity disorder. Child Abuse & Neglect 2015; 47: 94–101.
5. Rose S, Dhandayudham A.Towards an understanding of Internet-based problem shopping behaviour: The concept of online shopping addiction and its proposed predictors. J Behav Addict 2014 ;3(2):83-9.

Tablo 1. kompulsif satın alma olan ve olmayan gruplarda klinik değişkenlerin karşılaştırılması

	KS (+) n=14		KS (-) n=58			
	Mean	S.D.	Mean	S.D.	t	p
BDI	17.86	11.99	15.36	10.60	0.771	0.44
BAI	19.36	15.83	14.66	10.62	1.343	0.18
CTQ-emosyonel istismar	10.71	4.98	7.83	3.78	2.407	**0.02**
CTQ-fiziksel istismar	5.86	1.56	5.81	1.79	0.090	0.93
CTQ-fiziksel ihmal	7.29	2.13	6.62	2.13	1.050	0.30
CTQ-emosyonel ihmal	13	4.13	11.05	4.28	1.539	0.13
CTQ-cinsel istismar	6.14	2.51	6.22	2.66	0.104	0.92
CTQ-28 total	43.14	11.22	37.40	10.60	1.801	0.07
ASRS-V1.1 Total	51.29	9.55	46.71	11.16	1.414	0.16
ASRS-V1.1 dikkat eksikliği alt boyutu	17.64	4.03	16.78	4.81	0.623	0.54
ASRS-V1.1 hiperaktivite alt boyutu	33.64	6.40	46.71	11.16	1.764	0.08
CBS	45.86	6.88	22.91	7.96	9.918	**0.00**

t, Student t test; S.D. Standart deviasyon; BDI. Beck Depresyon Envanteri; BAI. Beck Anksiyete Envanteri; CTQ-28: Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantılar Ölçeği; ASRS-V1.1: Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği; CBS. Kompusif satın Alma Ölçeği

SS-034

PSİKİYATRİ HEMŞİRELERİNİN KİŞİLERARASI PROBLEM ÇÖZME BECERİLERİ, BİLİŞSEL DUYGU DÜZENLEME VE BAĞLANMA STİLLERİ

Müberra Kulu[1], Filiz Özsoy[2]

[1]*Tokat Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Hastanesi*
[2]*Tokat Devlet Hastanesi*

Amaç: Psikiyatride hemşire hasta etkileşimi hastanın iyileşmesinde oldukça etkilidir. Bunun temelinde terapötik ilişkiye dayanan psikiyatrik bakım yatmaktadır (1). Bu bağlamda psikiyatri hemşirelerinin duygusal tepkilerini yönlendirebilmesi, yönetmesi, kişilerarası problem çözme becerilerinin iyi olması gerekmektedir. Buradan yola çıkarak çalışmamızda psikiyatri hemşirelerinin bilişsel duygu düzenleme stilleri, kişiler arası problem çözme becerileri ve bağlanma stilleri ilişkisini incelemeyi amaçladık.

Yöntem: Çalışmamıza Tokat Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi servislerinde çalışan psikiyatri hemşireleri (PH) ve sağlık çalışanı olmayan kişiler kontrol grubu (KG) olarak alınmıştır. Tüm katılımcılara sosyodemografik veri formu, Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği (BDDÖ) (2), Kişilerarası Problem Çözme Envanteri (KPÇE) (3) ve İlişki Ölçekleri Envanteri (İÖE) (4) uygulanmıştır.

Bulgular: Çalışmaya 85 kişi; 45 kişi PH, 40 kişi KG olarak alındı. Yaş ortalamaları; her iki grup için de 33.0 idi. PH 22 kişi (%48.88) kadın, 23 kişi (%51.11) erkek iken, KG %50 kadın %50 erkek idi. PH 36 kişi (%80) evli, 9 kişi (%20) bekar; KG 32 (%80) evli, 8 (%20) bekar idi. Her iki grubunda çoğunluğu; PH %82.22, KG %80 oran ile üniversite mezunu idi. KG hastane dışı kurumlarda memur olarak çalışan kişilerden oluşuyordu. Katılımcıların sosyodemografik verileri arasında anlamlı farklılık tespit edilmedi (p>0.05). Nicel değişkenler açısından incelediğimizde; KPÇE sorumluluk alma ve kendine olan güvensizlik alt boyutları PH için KG ile karşılaştırıldığında düşük puanlar aldığı görülmüştür (sırası ile p=0.001; 0.049). BDDÖ için sadece pozitif tekrar odaklanma alt boyutu PH aldığı puanlar KG ile karşılaştırıldığında düşük olarak hesaplanmıştı (p=0.002). Grupların bağlanma stilleri arasında bir farklılık olmadığı görüldü (p>0.05).

Tartışma: Hastaların tedavilerinde oldukça önemli yere sahip hemşirelerin; kişilerarasında problemleri çözebilme hem de duygusal tepkilerini yönlendirebilme yetenekleri iyi olan kişiler olması gerekmektedir (5). Fakat sonuçlarımızda bağlanma stilleri farklı olmasa da PH'nin belli alanlarda hem kişilerarası problem çözme hem de duygu düzenlemelerinin daha kötü olduğu görülmüştür. BDDÖ için uyumlu stratejiler arasında yer alan pozitif yeniden odaklanma alt boyutu PH'nin KG ile karşılaştırıldığında kötü sonuçlar aldığı saptanmıştır. Ek olarak kişiler arası iletişimde sorumluluk almaktan kaçındıkları ve kendilerine yeterli düzeyde güven duymadıkları görülmüştür. Elde ettiğimiz sonuçlarda; psikiyatri hemşirelerinin daha fazla ajite ve saldırgan hasta ile karşılaşıyor olmaları ile belki de duyarsızlaşıyor olmaları etkili olabilir.

Sonuç: Hastaların iyilik haline ulaşmaları için ekibin önemli bir parçası olan psikiyatri hemşirelerinin daha yapıcı, gerektiğinde sorumluluk alabilecek özgüvene sahip kişiler olması ve kendi duygularını tanıyıp yönlendirebilecek kişiler olması gerekmektedir. Bu bağlamda bu konu ile ilgili daha kapsamlı ileri araştırmalar yapılması gerekmektedir.

Anahtar kelimeler: Psikiyatri hemşireliği, bilişsel duygu düzenleme, kişiler arası iletişim, bağlanma.

Kaynaklar

1. Göktaş A, Buldukoğlu K. Physical restraint practice in psychiatric settings and psychiatric nursing approach Psikiyatri kliniklerinde fiziksel tespit uygulaması ve psikiyatri hemşireliği yaklaşımı. Journal of Human Sciences 2017; 14(4): 4206-4218.
2. Oya O, Otrar M. Bilişsel duygu düzenleme ölçeğinin Türkçeye uyarlanması: Geçerlik ve Güvenirlik çalışması. Marmara Üniversitesi Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi 2010; 31(31): 123-143.
3. Çam S, Tümkaya S. Kişilerarası Problem Çözme Envanteri'nin (KPÇE) geliştirilmesi: Geçerlik ve güvenirlik çalışması. Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi 2016; 3(28).
4. Sümer N, Güngör D. Yetişkin bağlanma stilleri ölçeklerinin Türk örneklemi üzerinde psikometrik değerlendirmesi ve kültürlerarası bir karşılaştırma. Türk Psikoloji Dergisi 1999; 14(43): 71-109.
5. Tuncer M, Demiralp M. Psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerde duygusal zekâ ve iletişim becerileri ilişkisi: Çok merkezli bir çalışma. TAF Prev Med Bull 2016; 15(5): 389-395.

SS-035

AKROFOBİ TEDAVİSİNDE MARUZ BIRAKILMA TÜRÜNE GÖRE KATILIMCILARIN ÖZNEL KAYGI DÜZEYLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Gökçe Vogt[1], Gülay Dirik[2]

[1]*Npistanbul Beyin Hastanesi*
[2]*Dokuz Eylül Üniversitesi*

Amaç: Akrofobi özgül fobiler kategorisinde yer alan ve kişinin iş ve sosyal hayatındaki işlevselliğinin bozulmasına yol açan psikolojik bir rahatsızlıktır. Akrofobinin tedavisinde, Bilişsel Davranışçı Terapinin en temel tekniklerinden biri olan maruz bırakma sıklıkla kullanılmaktadır. Bu teknik, kişiyi korktuğu durum veya nesneye maruz bırakmanın, kaygı uyandıran nesne veya durumlara karşı alışma sağlayacağı ve bu alışma sonucunda da kaygı düzeyinin azalacağını ve böylelikle kişinin kaygısını kontrol edebilir hale geleceğini ileri sürmektedir. Temelinin büyük kısmı Mowrer'in teorisine (1939) dayanan maruz bırakma tedavisinin etkili olabilmesi için kişinin korkusunun aktive olması ve korkulan nesne veya durum ile ilgili işlevsel inançlar oluşturması gerekmektedir. Maruz bırakma imgeleme, gerçek hayatta ve sanal gerçeklik şeklinde uygulanabilmektedir. Farklı şekillerde uygulanan maruz bırakma tedavilerinde öznel kaygı düzeyinin rolünü belirleyebilmek için, bu araştırmada akrofobi tanısı alan kişilerin sanal gerçeklik ile maruz bırakma ve gerçek hayatta maruz bırakma uygulamaları süresince deneyimledikleri öznel kaygı düzeyleri karşılaştırılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırmaya yirmisi sanal gerçeklikle maruz bırakma, yirmisi gerçek hayatta maruz bırakma ve yirmisi kontrol gruplarına atanmak üzere toplam 60 (K=45, E=15) akrofobi tanısı alan kişi dahil edilmiştir. Katılımcıların yaşları 18-60 (ort=31,3) arasında değişmektedir Her iki grupta gerçek hayatta ya da sanal gerçeklik ile maruz bırakma uygulanan katılımcılara 45-60 dakika süren toplam 6 seanslık maruz bırakma tedavisi uygulanmıştır. Tedavinin ilk seansında katılımcılar kaygı ve maruz bırakma tedavisi üzerine bilgilendirilmişlerdir. Sonraki seanslarda yer aldıkları gruplara göre kişilere maruz bırakma yapılmıştır. Son seansta ise katılımcılarla nüks önleme çalışması yapılmıştır. Araştırmada, katılımcılara Sosyodemografik Bilgi Formu ve Akrofobi Ölçeği uygulanmıştır. Ayrıca, maruz bırakma seansları süresince katılımcıların deneyimledikleri anlık öznel kaygı düzeyleri de 0 (mutlak sakinlik hali) ila 10 (şimdiye kadar yaşanılan en kötü endişe hali) arasında derecelendirilen Öznel Rahatsızlık Birim Ölçeği ile değerlendirilmiştir.

Bulgular: Yapılan analizler sonucunda, akrofobi tanısı alan kişilerin maruz bırakılma türüne göre seanslar süresince deneyimledikleri öznel kaygı düzeylerinde anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur *(t=-.378; p=.001)*. Gerçek hayatta maruz bırakma grubunda yer alan katılımcıların seans sırasındaki öznel kaygı düzeyi ortalama puanları (ort=4.22) sanal gerçeklik ile maruz bırakma grubundakilerin öznel kaygı ortalamalarından (ort=3.87) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Ek olarak araştırma sonuçları tedavinin sonundaki ölçümlerde gerçek hayatta maruz bırakma ve sanal gerçeklikle maruz bırakma grubundaki katılımcıların kaygı ve kaçınma seviyelerinde anlamlı düzeyde azalma olduğunu göstermektedir. Sanal gerçeklik ile maruz bırakma grubundaki katılımcıların seanslarda yaşadıkları öznel kaygı düzeylerinin gerçek hayatta maruz bırakma grubundaki katılımcılardan düşük olmasına rağmen genel kaygı ve kaçınma düzeylerindeki azalma benzerdir.

Sonuç: Sonuçlar literatür ile uyumludur. Sonuç olarak, maruz bırakma seanslarında kişiler önemli bir miktarda kaygı yaşamaktadırlar. Maruz bırakma esnasında yaşanan kaygının akrofobi tedavisindeki rolü ise tartışılmıştır.

Anahtar kelimeler: Maruz bırakma, gerçek hayatta maruz bırakma, sanal gerçeklik, öznel kaygı düzeyi

Kaynaklar

Mowrer, O. H. (1939). A stimulus-response analysis of anxiety and its role as a reinforcing agent. Psychological Review 46 (6):553-565.

SS-036

ELEKTROKONVÜLZİF TEDAVİ UYGULANAN YAŞLILARIN KLİNİK VE SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNİN ERİŞKİNLERLE KARŞILAŞTIRILMASI

Gözde Ataöv[1], Özlem Devrim Balaban[1], Kaan Boran[1], Özge Atay[1]

[1]*Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı Ve Sinir Hastalıkları E. A. Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, İstanbul*

Amaç: Elektrokonvülzif tedavinin (EKT) yaygınlığı, tartışmalar ve olumsuz fikirler nedeniyle gelişmiş ülkelerde azalmışsa da bazı psikiyatrik bozukluklarda önemli tedavi seçeneğidir. Yaşlılarda EKT'nin endikasyonları, seyri, özellikleri ve yan etkileri açısından farklılıkları bildirilmişse de ülkemize ait veriye literatürde rastlanmamıştır. Yaşlılarda önemli tedavi seçeneği olarak görünen EKT'nin yetişkin grup ile klinik ve sosyodemografik özellikler açıdan karşılaştırıldığı çalışmamızın, literatüre katkı sağlaması amaçlanmıştır.

Yöntem: Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde, son 10 yıl içinde yatarak EKT uygulanmış >60 yaş 100 hasta ile son 10 yıl içinde EKT yapılan 18-60 yaş arası 101 hasta çalışmaya alınmıştır. Hastanemizdeki EKT Merkezi protokol defterinin son 10 yıl incelenerek, protokol defterindeki hastaların isimleri alınmış, bu hastaların yatış ve gerekirse ayaktan tedavi dosyaları incelenerek, araştırmacıların hazırladığı sosyodemografik ve klinik veri formu doldurulmuş ve EKT birimince hastaların takibinde kullanılan Klinik Global İyileşme (CGI) puanları kullanılmıştır. Verilerin istatistiki analizi SPSS for Windows v.23 programı ile yapılmıştır.

Bulgular: EKT uygulanan 60 yaş üstü hastaların (yaşlı hasta=YH) eğitim düzeylerinin erişkin hastalardan (EH) anlamlı derecede daha düşük olduğu (X2=23,54, p<0,001) saptanmıştır. YH'da tanı grubu olarak affektif spektrumda tanı varlığının (n=74), EH'dan (n=51) anlamlı düzeyde daha fazladır. EH'da psikoz spektrumundan bir tanının (n=50), YH'dan (n=26) anlamlı düzeyde daha sık olduğu, YH'da depresif bozukluğun (n=56), EH'dan (n=20) anlamlı düzeyde daha fazla olduğu saptanmıştır. YH'da endikasyon olarak suisidalitenin (n=19) EH'dan (n=9) anlamlı düzeyde fazla olduğu, EH'da endikasyon olarak oral tedavi/yeme reddinin (n=3), YH'dan anlamlı düzeyde (n=12) az olduğu saptanmıştır. YH'da fiziksel hastalık komorbiditesi sıklığı (n=49), EH'dan (n=16) anlamlı düzeyde daha fazladır (x2:25,24 , p<0,001).

Tartışma: Çalışmamızda yaşlı hastalarda birincil hastalık daha çok affektif spektrumda, yetişkinlerde psikoz spektrumundadır. EKT endikasyonlarından biri olan suisidalite, yaşlılarda affektif spektrumun daha çok birincil tanı olması ve bu grupta suisid riskinin daha fazla olması ile açıklanabilir. İleri yaştaki depresyonlarda psikotik belirti ve suisid fikirlerinin daha sık eşlik ettiği bilinmektedir. Yapılan çalışmalarda, yaşlı hastalarda EKT endikasyonu olarak, tedaviye dirençli psikotik özellik veya suisid riskinin göze çarptığı görülmektedir. Yetişkin hastalarda, yeme içme reddinin yüksek olması psikotik bozukluklarda sık olarak görülen perseküsyon hezeyanları ile ilişkili olabilir. Yaşlı hastalarda fiziksel hastalık komorbiditesi daha fazla gözlenmiştir. İleri yaşta genel tıbbi hastalık insidansının arttığı düşünüldüğünde, bu beklediğimiz bir klinik özelliktir.

Anahtar kelimeler: Elektrokonvülzif tedavi, yaşlı, endikasyon, psikiyatrik tanı

Kaynaklar

1. Burke, D., Shannon, J., & Beveridge, A. (2007).97 Yaşındaki Bir Kadında Elektrokonvülzif Tedavi Kullanımı . Australasian Psychiatry, 15(5), 427–430.
2. Das, A., & Chiu, E. (2002).Elektrokonvülzif Tedavi: Yaşlılarda Sorunlar . Psychogeriatrics, 2(4), 245–262.

SS-037

ELAZIĞ ŞEHİR HASTANESİ'NDE İNTİHAR GİRİŞİMİ SEBEBİYLE İSTENEN KONSÜLTASYONLARIN GERİYE DÖNÜK DEĞERLENDİRİLMESİ

Gülay Taşcı[1]

[1]*Elazığ Fethi Sekin Şehir Hastanesi*

Amaç: Bu çalışmanın amacı Elazığ Fethi Sekin Şehir Hastanesi'ne intihar girişimi sebebi ile başvuran hastaların sosyodemografik verileri, tanıları ve seçtikleri intihar yöntemlerini tanımlayarak intihar girişimi nedeniyle başvuran vakaların değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Bu çalışma 2019 Ocak-2020 Ocak ayları arasında Elazığ Fethi Sekin Şehir Hastanesi Acil servis, yoğun bakım üniteleri ve diğer servislerden intihar girişimi sonucu istenmiş 111 psikiyatri konsültasyonun ve hasta dosyalarının geriye dönük incelenmesi şeklinde gerçekleştirilmiştir. Hastaların cinsiyeti, yaşları, psikiyatrik tanıları, seçtikleri intihar yöntemleri, hangi bölümden konsültasyon istendiği ve aldıkları tedavilerle ilgili verilerine ulaşılmıştır.

Bulgular: İntihar girişimi sebebiyle istenilen konsültasyonlara bakıldığında 111 hastanın 66'sı kadın(%59.5), 45'i erkektir(%40.5). Ortalama yaş kadınlarda 30,79±11,4, erkeklerde 31,38±13,27 dir. En sık konulan tanılar depresyon (n=44, %39,6), anksiyete bozukluğu(n=30, %27), uyum bozukluğu(n=16, %14,4) ve antisosyal kişilik bozukluğudur(n=7, %6,3). Hastaların %9'unda (n=10) psikiyatrik bir bozukluk saptanmamıştır. En sık konsültasyon isteyen bölümler anestezi yoğun bakım ünitesi (%45,9), dahiliye yoğun bakım ünitesi (% 39,6) ve acil servistir(%9). En sık intihar etme yöntemi ilaç içerek (%89,2), kesici aletler ile kesi oluşturarak (%4,5) ve ası ile (%1) olmuştur. Hastaların %67'sinin herhangi bir psikiyatrik tanı ve tedavisinin olmadığı , %33'ünün daha önceden bir psikiyatrik tanısı olduğu görüldü. İntihar girişimlerinin daha çok ailevi bir kriz sonrası ortaya çıktığı saptandı. Hastaların (n=50) %45,05'i ayaktan ilaç tedavisini kabul ederken, (n=26) %23,42'si yatarak tedaviyi kabul etmiştir ve (n=35) %31,53'ü herhangi bir tedaviyi kabul etmemiştir.

Tartışma: Bu çalışmada, literatürle uyumlu olarak intihar girişimlerinin kadınlarda ve 20-40 yaş aralığında daha sık olduğu görülmektedir (1). En sık seçilen yöntem ise, yine literatürle uyumlu olarak ilaç ile kendine zarar vermedir(2). Psikiyatrik hastalıkların intihar girişiminin etiyolojisinde yer alması nedeniyle, intihar girişiminde bulunan olguların psikiyatrik değerlendirme ve takibe alınmalarının sağlanması hayati önem taşımaktadır(3). İntihar girişimleri ile ilgili riskleri değerlendirebilmek için geniş örneklemli, prospektif çok merkezli çalışmalara gereksinim vardır.

Anahtar kelimeler: İntihar girişimi, Psikiyatri konsültasyonu, Demografik veriler

Kaynaklar

1. Harmancı P. Dünya'daki ve Türkiye'deki intihar vakalarının sosyodemografik özellikler açısından incelenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi 2015;1.
2. Bille-Brahe U, Kerkhof A, De Leo D. A repetition-prediction study of European parasuicide populations. Acta Psychiatr Scand 1997; 95: 81-6.
3. Polat S, Çelik FH, Köroğlu A, Aslan M, Hocaoğlu Ç. Bir eğitim hastanesine intihar girişimi ile başvuran olguların değerlendirilmesi. Kocatepe Tıp Dergisi 2016;17:18-23.

SS-038

ANKSİYETENİN SOSYODEMOGRAFİK VE PSİKOLOJİK FAKTÖRLERLE OLAN İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ

Hüseyin Ünübol[1], Diler Özyurt[1], Gökben Hızlı Sayar[1]

[1]*Üsküdar Üniversitesi*

Amaç: Bu çalışma anksiyetenin sosyodemografik ve psikolojik değişkenlerle olan ilişkileri ve öngörücülük düzeylerinin araştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Bu çalışmanın örneklemi, Türkiye Bağımlılık Riski ve Ruh Sağlığı Haritası (TURBAHAR) projesinin verilerine dayanarak yürütülmüştür. TURBAHAR projesinde, Üsküdar Üniversitesi Öğretim Görevlileri ve tez aşamasındaki öğrenciler yer almış olup, veriler Türkiye'nin tabakalı olarak bölgelere ayrılması ve 26 NUTS3 bölgesinde bulunan gönüllü katılımcılara ulaşılması ile elde edilmiştir. Dahil edilme kriterleri 18 yaş üzeri olmak, gönüllü olmak ve anketleri okuma ve doldurmaya engel bir durumu olmamaktır. Erişilen 24.990 katılımcıya sunulan onam formu ve ölçekler özbildirim yoluyla doldurulmuş ve katılımcıların 24.494'ünün verileri analiz edilmeye uygun bulunmuştur.

Bulgular: Anksiyeteye neden olabilecek olan faktörler cinsiyete göre ayrı ayrı değerlendirilmiştir. Kullanılan ölçekler, Toronto Aleksitimi Ölçeği, Kişisel İyi oluş ve Yakın İlişkilerden Yaşantılar Ölçeğidir. Ayrıca yaş, cinsiyet, eğitim ve sigara alkol kullanımları analize değil edilmiştir. Model hem kadın hem de erkek katılımcıları açısından istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş, Erkeklerde R2 = 0,469 kadınlarda 0,475 olarak tespit edilmiştir. Yapılan regresyon analizinde erkek ve kadın katılımcılar için Toronto Aleksitimi Duygularını tanıma özelliği yordayıcılığı en yüksek değişken olarak tespit edilirken (Beta= 0,442; p < 0,001; beta=0,438; p<0,001), Kadın katılımcıların erkeklerden farklı olarak Kaçıngan Bağlanma, Aleksitiminin Dışa Dönük Düşünce alt boyutu ve Alkol Kullanımı öngörücüler arasında değildir.

Tartışma: Anksiyetenin en büyük öngörücüsü her iki cinsiyet için duyguların ifade edilmesi olduğu tespit edilmiştir. Anksiyete Tedavisinde bireylerin duygusal farkındalıkları ve duygu ifadelerinin daha fazla odaklanılması, yeni çalışmaların buna göre değerlendirilmesi için önemli bir çalışmadır.

Anahtar kelimeler: Anksiyete, Epidemiyolojik, Türkiye

Kaynaklar

Angst, J., & Dobler-Mikola, A. (1985). The Zurich Study: V. Anxiety and phobia in young adults. European Archives of Psychiatry and Neurological Sciences, 235(3), 171–178.
Aslan SH, Alpaslan ZN, Gürkan SB ve ark. (1997) Üniversite öðrencilerinde sosyal anksiyete düzeyleri, aleksitimi ve stresle baþaçýkma. Nöropsikiyatri Arþivi, 34(3): 127-134.
Asnaani A, Richey JA, Dimaite R, Hinton D, Hofmann S. A cross-ethnic comparison of lifetime prevalence rates of anxiety disorders. Journal of Nervous and Mental Disease. 2010;198(8):551–5.
Bagby RM, Parker JDA, Taylor GJ. The twenty-item Toronto Alexithymia Scale-I Item selection and cross validation of the factor structure. J Psychosom Res 1994; 38: 23-32
Baxter, A. J., Scott, K. M., Vos, T., & Whiteford, H. A. (2013). Global prevalence of anxiety disorders: a systematic review and meta-regression. Psychological medicine, 43(5), 897-910.

Tablo 1. Cinsiyete Göre Anksiyeteye Etki eden Sosyodemografik ve psikolojik değişkenlerin incelenmesi

.	Değişken	Standardize Edilmemiş Katsayılar	.	Standardize Edilmiş Katsayılar	t değeri	p değeri
ERKEK	.	B	Standart Hata	Beta	.	.
.	Sabit	12,242	0,547	.	22,370	<0,001
.	Toronto Aleksitimi Ölçeği-Duyguları Tanıma Güçlüğü	0,623	0,013	0,442	49,652	<0,001
.	Toronto Aleksitimi Ölçeği-Duyguları İfade Güçlüğü	0,178	0,020	0,081	8,960	<0,001
.	Toronto Aleksitimi Ölçeği-Dışa Odaklı	0,039	0,011	0,031	3,693	<0,001
.	Kişisel İyi Oluş- Toplam	-0,078	0,003	-0,171	-23,513	<0,001
.	Kaçıngan B.	0,276	0,054	0,038	5,105	<0,001
.	Kaygılı B.	1,030	0,055	0,137	18,721	<0,001
.	Yaş	-0,056	0,005	-0,083	-11,924	<0,001
.	Eğitim	-0,176	0,054	-0,022	-3,275	<0,001
.	SigaraAdet	0,386	0,048	0,056	7,996	<0,001
.	AlkolSıklık	0,204	0,059	0,024	3,432	<0,001
Kadın	.	.	.	.	.	.
.	Sabit	16,792	0,587	.	28,604	<0,001
.	Toronto Aleksitimi Ölçeği-Duyguları Tanıma Güçlüğü	0,623	0,013	0,438	49,549	<0,001
.	Toronto Aleksitimi Ölçeği-Duyguları İfade Güçlüğü	0,158	0,021	0,065	7,649	<0,001
.	Toronto Aleksitimi Ölçeği-Dışa Odaklı	0,015	0,011	0,010	1,365	0,172
.	Kişisel İyi Oluş- Toplam	-0,108	0,004	-0,217	-28,679	<0,001
.	Kaçıngan B.	0,035	0,051	0,005	0,690	0,49
.	Kaygılı B.	1,036	0,055	0,141	18,997	<0,001
.	Yaş	-0,053	0,005	-0,073	-10,138	<0,001
.	Eğitim	-0,287	0,054	-0,038	-5,272	<0,001
.	Sigara Adet	0,262	0,066	0,028	4,000	<0,001
.	Alkol Sıklık	0,068	0,086	0,060	0,790	0,43

SS-039

ELEKTROKONVÜLZİF TEDAVİ UYGULANAN YAŞLI HASTALARIN TEDAVİYE İLİŞKİN ÖZELLİKLERİNİN ERİŞKİN HASTALARLA KARŞILAŞTIRILMASI

Kaan Boran[1], Özlem Devrim Balaban[1], Gözde Ataöv[1], Özge Atay[1]

[1]Sbü Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Ve Sinir Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, İstanbul

Amaç: Yaşlı hasta grubunda uygulanan Elektrokonvulzif Tedavinin (EKT) etkinliği, yan etkiler, endikasyonu, yanıt hızı gibi özellikler açısından çelişkili veriler bulunmakta, yapılan araştırmaların da sıklıkla depresyon tanısı olan grupla ilgili olduğu dikkat çekmektedir. Tedavi sürecine ilişkin özellikler(enerji, seans sayısı, yan etki vb.) ile ilgili de yaşlı popülasyonla ilgili veriler kısıtlılık göstermektedir. Yaşlı hastalarda EKT'ye ilişkin özelliklerinin yetişkin grup ile karşılaştırıldığı çalışmamızın, bu alanda literatüre katkı sağlaması amaçlanmıştır.

Yöntem: Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde, geriye dönük olarak son 10 yıl içinde yatarak EKT uygulanmış >60 yaş 100 hasta ile 18-60 yaş arası 101 hasta çalışmaya alınmıştır. Hastanemiz bünyesinde hizmet veren EKT Merkezi protokol defterinin son 10 yılı geriye dönük olarak incelenerek, protokol defterinde kaydedilen hastaların isimleri alınmış, bu hastaların yatış ve gerekirse ayaktan tedavi dosyaları incelenerek, araştırmacılar tarafından hazırlanan sosyodemografik ve klinik veri formu doldurulmuş ve EKT birimince hastaların takibinde kullanılan Klinik Global İyileşme (CGI) puanları kullanılmıştır. Verilerin istatistiki analizi SPSS for Windows v.23 programı ile yapılmıştır.

Bulgular: Erişkin hastalarda (EH) total şarj miktarının(%) (368,46±229,02), 60 yaş üstü hastalardan (yaşlı hastalar=YH) (463,50±294,03) anlamlı düzeyde az olduğu saptanmıştır (Z=-2,47, p: 0,013). EH'da nöbet süresi(sn) (Ort:45,37±16,02), YH'dan (Ort:41,01±15,16) anlamlı düzeyde fazla saptanmıştır(Z=-2,24, p:0,025). YH'da yetersiz nöbet sayısının (Ort:1,12±1,47), EH'dan (Ort:0,55±1,08) anlamlı düzeyde fazla olduğu (Z=-3,21, p:0,001) saptanmıştır. YH'da herhangi bir yan etki sıklığı (n=21), EH'dan (n=10) anlamlı düzeyde yüksek olarak belirlenmiş(x2:4,74 , p:0,029);EKT'yi sonlandırmayı gerektirecek nitelikte yan etki açısından ise YH (n=14) ve EH (n=7) arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır(x2:2,68 , p: 0,101). YH ile EH arasında EKT yanıtı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır(x2:3,74, p:0,154).

Tartışma: EH'da total şarj miktarının YH'dan daha düşük olması, yaşlı hastalarda nöbet eşiğinin daha yüksek olması nedeniyle uygulanan toplam enerjinin daha yüksek belirlenmesi ile açıklanabilir. YH'da toplam nöbet süresi daha kısa, yetersiz nöbet süresi daha fazla olmasına rağmen EKT'ye yanıt açısından farklılık saptanmaması EKT'nin YH grubunda oldukça etkin olduğunu düşündürmektedir. Yan etki sıklığı yaşlı hastalarda daha yüksek saptanmış ancak EKT'yi sonlandırmayı gerektirecek düzeyde yan etki açısından her iki grup arasında bir fark saptanmamıştır. Özellikle en çok korkulan yan etki olan konfüzyon açısından fark saptanmaması önemli bir bulgudur. Medikal tedavi yöntemlerine daha dirençli bir grup olan yaşlılarda EKT yan etki açısından tolere edilebilir, etkin bir yöntem olarak karşımıza çıkmaktadır.

Anahtar kelimeler: Elektrokonvulzif tedavi, yaşlı, etkinlik, yan etki

Kaynaklar

1. Moser CM, Lobato MI, Belmonte-de-Abreu P (2005). Psikiyatrik Uygulamada Elektrokonvülzif Tedavinin Etkinliğinin Kanıtı. Rev Psiquiatr Rio GdSul 27, 302.
2. Ramos-Garcia MI & González-Salazar CF (2013). Elektrokonvülzif Tedavi: Yaşlı Hastaların Tedavisinde Rolü Var mı? Reviews in Clinical Gerontology, 23(4), 283-294.

SS-040

EVLİ BİREYLERDE EVLİLİK UYUMLARI VE RUHSAL BELİRTİLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Fazıl Çağrı Oğuz[1], Mahmut Onur Karaytuğ[2], Soner Çakmak[3]

[1]Çağ Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü ,psikoloji Bölümü
[2]Ekrem Tok Adana Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Hastanesi
[3]Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı

Giriş: Uyumlu evlilik, eşlerin birbirleriyle sağlıklı iletişim kurabildiği, evliliğin önemli alanlarında fazla uyuşmazlık yaşamadıkları ve yaşanan uyuşmazlıkların da her iki tarafı da memnun edecek şekilde eşler tarafından çözümlendiği evlilik olarak tanımlamaktadır. Evlilik uyumunu bozabilecek birçok etken vardır. Bu araştırmanın amacı danışmanlık merkezine başvuran evli bireylerin evlilik uyumu ile ruhsal belirtileri arasındaki ilişkinin incelenmesidir.

Yöntem: Bu çalışma, Adana Büyükşehir Belediyesi Danışmanlık Merkezi'ne başvuran 202 evli birey ile yapılmıştır. Araştırmada bireylerin evliliklerinin niteliğini ölçen 15 maddelik "Evlilik Uyum Ölçeği (EUÖ)" ile saha taramalarında psikolojik belirti düzeyini belirlemek amacıyla kullanılan SCL-90R (Symptom Check List) ruhsal belirti tarama listesi uygulanmıştır. EUÖ'nden alınabilecek en yüksek toplam puan 58'dir. Evliliklerinde uyumlu ve uyumsuz bireylerin ayırt edilmesi için EUÖ kesme puanı 43 olarak alınmış ve ölçek puanı 43 üzerinde olanlar uyumlu, 43 ve altında olanlar uyumsuz olarak değerlendirilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya katılan evli bireylere uygulanan EUÖ'ne göre evli bireylerin %84,6'sının evliliklerinde uyumsuzluk yaşadıkları belirlenmiştir. EUÖ'ne göre uyumlu ve uyumsuz bireylerin SCL 90R test sonuçları karşılaştırıldığında, ölçeğin tüm alt boyutları ve toplam puanı uyumsuz bireylerde uyumlulara göre anlamlı olarak daha yüksek belirlenmiştir (p<0,05). EUÖ ile SCL-90R depresyon, anksiyete, somatizasyon, obsesif-kompulsif ve öfke alt ölçekleri arasında ilişkiyi belirlemek amacıyla pearson korelasyon analizi yapılmıştır. EUÖ ile depresyon (r=-0.372;

p<0.05), anksiyete (r=-0.398; p<0.05), somatizasyon (r=-0.327; p<0.05), obsesif-kompulsif (r=-0.319; p<0.05) ve öfke alt ölçekleri arasında (r=-0.247; p<0.05) anlamlı ancak zayıf bir ilişki belirlenmiştir.

Tartışma: Evli bireylerde ruhsal belirti düzeyinde artışın evlilik uyumunu azaltabileceği gibi evlilikte uyum sorunlarının da bireylerde ruhsal belirtilere veya var olan ruhsal belirtilerin artışına neden olabileceği düşünülebilir. Evlilikte uyum sorunları yaşayan bireylerde stresle baş etme mekanizmalarının yetersizliği çatışmanın derinleşmesine ve bireylerde ruhsal belirtilere neden olabilecektir. Evlilik uyumu ile ilişkili olabilecek pek çok faktör olmakla birlikte, evlilik uyumu ile ruhsal belirtiler arasındaki anlamlı ilişki nedeniyle danışmanlık merkezlerine başvuran bireylerde her iki alanın danışmanlık hizmeti verenler tarafından göz önünde bulundurulması ve standart tarama testlerinin kullanılmasının yararlı olacağını düşünmekteyiz. Sonuç olarak bu çalışmaya katılan evli bireylerin çoğunluğunun evliliklerinde uyumsuz olduğu, katılımcıların evlilik uyumu düzeyi ile ruhsal belirti düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir.

Anahtar kelimeler: Anahtar Kelimeler: Evlilik, evlilik uyumu, ruhsal belirti, danışmanlık

Kaynaklar

1. Akar, H. (2005). Psikiyatrik yardım talebi olanlar ile yardım talebi olmayan ve boşanma aşamasında olan bireylerde; çift uyumu ve kişilik özellikleri arasındaki ilişkinin karşılaştırılması. Uzmanlık Tezi, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi 12. Psikiyatri Birimi, İstanbul.
2. Aksoy, U. M. (2006). Obsesif kompulsif bozukluk ve panik bozukluğu hastalarındaki cinsel işlev bozukluklarının karşılaştırılması. Uzmanlık Tezi, Sağlık Bakanlığı Bakırköy Ord. Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.
3. Almas, G. (2010). Evlilikte uyum ve inanç gelişimi arasındaki ilişkiler. Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sivas.
4. Çağ, P. & Yıldırım, İ. (2013). Evlilik doyumunu yordayan ilişkisel ve kişisel değişkenler. Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi, 4(39), 13-23.
5. Erbek, E., Beştepe, E., Akar, H., Eradamlar, N. & Alpkan L.R. (2005). Evlilik Uyumu. Düşünen Adam, 18(1), 39-47.

SS-041

RETİNA SİNİR LİFİ TABAKASINDAKİ ARTIŞ ESRARIN NÖROPROTEKTİF ÖZELLİĞİ İLE İLİŞKİLİ OLABİLİR: BİR OKT ÇALIŞMASI

Aysun Kalenderoğlu[1], Mehmet Hamdi Örüm[2], Ayşe Sevgi Karadağ[3], Ali Kuştepe[1], Mustafa Çelik[4]

[1]Adıyaman Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri, Adıyaman
[2]Kahta Devlet Hastanesi, Psikiyatri, Adıyaman
[3]Adıyaman Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göz Hastalıkları, Adıyaman
[4]Özel Yüzyıl Hastanesi, Psikiyatri, İstanbul

Giriş ve Amaç: Madde kullanım bozukluğu (MKB), etiyolojisinde genetik ve çevresel faktörlerin rol aldığı ciddi bir toplum sağlığı sorunudur. MKB, relaps ve remisyonlarla giden bir bozukluktur. Farklı yapısal, fonksiyonel nörogörüntüleme ve nöropatolojik yöntemler, araştırmacılar tarafından bu rahatsızlıkla ilişkili spesifik anormallikleri tanımlamak için sıklıkla kullanılmaktadır. Optik koherens tomografi (OKT), bu amaçla kullanılabilen, biyolojik doku katmanlarını yüksek çözünürlüklü olarak inceleyen yeni bir görüntüleme yöntemidir. Geçmişte çeşitli psikiyatrik bozukluklarda uygulanmış ve anlamlı sonuçlara ulaşılmıştır. Bununla birlikte MKB'de OKT bulgularını ele alan bir çalışmaya, literatür vasıtasıyla ulaşılamamıştır. Biz bu çalışmada OKT yardımıyla başta esrar kullanım bozukluğu (EKB) olmak üzere MKB'de göz bulgularını incelemeyi amaçladık.

Yöntem ve Gereçler: MKB tanısı almış 111 hastanın retina sinir lifi tabakası (RSLT), gangliyon hücre tabakası (GHT), iç pleksiform tabaka (İPT) ve koroid tabakaları ve 45 sağlıklı kontrol retrospektif olarak incelendi. Ölçüm için spektral bir OKT cihazı kullanıldı (SpectralisTM OCT, Version 6.0, Heidelberg Engineering, Germany).

Bulgular: Elli hastaya EKB tanısı kondu ve 50 hastaya çoklu madde kullanıyordu. Hasta ve kontrol grubunun yaş ortalaması sırasıyla 23.39 ± 5.53 ve 28.48 ± 5.21 yıldı. Ortalama madde kullanım süresi 3.53 ± 2.95 yıldı. Hastalar ortalama son 121.45 ± 116.99 gündür hiçbir madde kullanmamıştı. MKB, çoklu madde kullanımı ve kontrol gruplarının RSLT değerleri karşılaştırıldığında, anlamlı bir fark bulunamadı. Ancak EKB ve kontrol grupları arasında RSLT'nin alt katmanlarından sağ nazo-superior (p = 0.020), sağ temporo-inferior (p = 0.024), sağ temporo-superior (p = 0.002), sol nazo-superior (p = 0.005) ve sol nazo-inferior (p = 0.043) ve sol temporo-superior (p = 0.008)'da anlamlı farklılık vardı. Bu anlamlı farklılık RSLT alt tabaka kalınlıklarının EKB grubunda kontrol grubundan daha yüksek olmasından kaynaklanıyordu. MKB ve kontrol grubunun sağ koroid ve sol koroid kalınlıkları karşılaştırıldığında, anlamlı bir fark bulunmadı (p> 0.05). Sağ ve sol GCL, IPL MKB ve kontrol grupları arasında anlamlı olarak farklı değildi (p> 0.05).

Sonuç: Esrarın olası nöroprotektif özellikleri nedeniyle tıbbi kullanımları vardır. Çalışmamızın RSLT verileri, esrarla ilişkili olası nöroprotektif etkileri desteklemektedir. Bu çalışma MKB ve EKB'de OKT bulgularını inceleyen ilk çalışma olması açısından değerlidir.

Anahtar kelimeler: Esrar, optik koherens tomografi, retina sinir lifi tabakası

Kaynaklar

1. Karadag AS, Kalenderoglu A, Orum MH. Optical coherence tomography findings in conversion disorder: are there any differences in the etiopathogenesis of subtypes? Arch Clin Psychiatry. 2018;45(6):154–160.
2. Celik M, Kalenderoglu A, Sevgi-Karadag A, Egilmez OB, Han-Almis B. Decreases in ganglion cell layer and inner plexiform layer volumes correlate better with disease severity in schizophrenia patients than retinal nerve fiber layer thickness: findings from spectral optic coherence tomography. Eur Psychiatry. 2016;19(32):9–15.
3. Kalenderoglu A, Sevgi-Karadag A, Celik M, Egilmez OB, Han-Almis B, Ozen ME. Can the retinal ganglion cell layer (GCL) volume be a new marker to detect neurodegeneration in bipolar disorder? Compr Psychiatry. 2016;67:66–72.
4. Kalenderoglu A, Celik M, Sevgi-Karadag A, Egilmez OB. Optic coherence tomography shows inflammation and degeneration in major depressive disorder patients correlated with disease severity. J Affect Disord. 2016;204:159–165.

SS-042

PSİKOTİK BOZUKLUK GRUBU HASTALARIN SUÇ NİTELİKLERİ

Mert Batmaz[1], Fatih Öncü[1]

[1]Bakırköy Prof. Dr. M. Osman Ruh Sağlığı Ve Sinir Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Amaç ve Yöntem: Bu çalışma ile ceza sorumluluğu olmayan psikotik bozukluklu olguların suç niteliklerinin araştırılması amaçlanmıştır. Ceza sorumluluğuna ait rapor düzenlenmesi istenen kişiler çalışmaya dahil edilmiştir. Kişilere tarafımızca oluşturulan sosyodemografik veri ve klinik formu ile Taylor Suç Şiddeti Derecelendirme Ölçeği(TSŞDÖ) uygulanmıştır ve mahkeme evrakları incelenmiştir. 51 kişinin şizofreni, atipik psikoz ya da şizoaffektif bozukluk tanıları ile ceza sorumluluğunun olmadığı(CSOG), 52 kişinin ise majör ruhsal hastalıkları olmadığı ve ceza sorumluluklarının tam olduğu(KG) şeklinde rapor düzenlenmiş olup, iki grup karşılaştırılmıştır.

Bulgular ve Tartışma: CSOG'de atipik psikoz %47,1 ve şizofreni %37,3 en fazla konulan tanılar olmuştur. CSOG'de hastaların işledikleri suçların daha çok yaşam alanı olarak adlandırabileceğimiz, kendi ya da şiddete maruz kalan kişilerin evinde gerçekleştikleri saptanmıştır. Çalışmamızda CSOG'deki mağdurlarının %38,1'i aile bireyi, %35,7'si tanıdıkları kişilerdir. Şizofreni ve benzeri psikotik bozukluk hastalarının suç eylemlerinde mağdurların aile bireyleri veya tanıdıkları olma oranlarının yüksek olduğu literatürde gösterilmiştir (1,2,3). CSOG'de en sık annenin hedef olduğu saptanmıştır. Suç eylemi sırasında KG'deki kişilerin %36,5'i alkol ya da madde etkisi altında olup, CSOG'deki hastalardan anlamlı derecede daha yüksektir. Bu sonuç Ural ve ark(2012) çalışmasındaki %35,5 oranıyla uyumludur(4). KG'deki kişilerin %71,2'si herhangi bir suç aleti kullanmamıştır. Çalışmamızda suç aleti kullanımı açısından literatür ile farklı sonuç saptanmıştır. Türkcan ve ark(2000) 1861 adli olgu ile yaptıkları çalışmada sağlıklı kişilerde özellikle ateşli silah gibi suç aletlerinin kullanım oranlarının yüksek olduğunu belirtmişlerdir(5). Nordström ve Kullgren(2003) 369 şizofreni tanılı hastayla yaptıkları çalışmada hastaların %66'sının suç aleti kullanmadıklarını

saptamışlardır(2). Literatür ile oluşan bu farklılıkta şiddet içermeyen suçların çalışmaya alınmış olması ve kullanılan aletlerinin kolay erişebilen ve plan gerektirmeyen aletler olması etken olabilir. CSOG'deki suç aleti olarak 12 kez ile en fazla bıçak bulunmuştur. CSOG'deki hastalardan suç eylemi öncesi plan yapan 25 kişinin 20'sinin bu planı hastalıkları etkisinde yaptığı saptanmıştır. İki grup karşılaştırıldığında anlamlı derecede farklılık saptanmıştır. CSOG'deki hastaların 49'unun suçtan sonra saklanmadığı, bunun KG'deki kişilere göre anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır. Hastaların suçtan sonra kaçma oranlarının çok düşük olması, suç işledikleri yerin yaşam alanı olması ile açıklanabilir. Elde edilecek kazanç açısından karşılaştırıldığında KG'deki kişilerin 46'sının kazanç elde etme amaçlarının olması anlamlı derecede farklı bulunmuştur. Bu literatürde bulunan, sağlıklı kişilerin amaca yönelik, organize, çıkar amacıyla suç eylemi işledikleri bilgisiyle uyumludur. Her iki grubun suç şiddeti dereceleri açısından farklılığı saptanmamıştır. ABD'de 1410 hasta ile yapılan çalışmada yalnızca %3,6'sının ciddi derecede şiddet içermekle birlikte %19,1'inin şiddet eylemi içinde bulundukları saptanmıştır. Çalışmamızda şiddet davranışı gösteren hastaların %29,4'ünün ciddi şiddet içeren eylemde bulunduğu saptanmıştır.

Sonuç: Bilirkişiler ve klinisyenler psikotik bozuklukların işledikleri iddia edilen suç niteliklerini hem ceza sorumluluğunun belirlenmesinde hem de tedavide göz önünde bulundurmalıdır.

Anahtar kelimeler: Schizophrenia, Psychosis,Violence,Crime

Kaynaklar

1. Belli H, Ural C, Solmaz M, Akbudak M, Namlı M, Bayık Y. Association of gender and schizophrenia subtype with age at disease onset in a cohort from rural Turkey. The European Journal of Psychiatry, 2012, 26.1: 50-54.
2. Nordström A, Kullgren G. Victim relations and victim gender in violent crimes committed by offenders with schizophrenia. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 2003, 38.6: 326-330.
3. Shaw J, Hunt I.M, Flynn S, Meehan J, Robinson J, Bickley H, et al. (2006) Rates of mental disorder in people convicted of homicide: national clinical survey. The British Journal of Psychiatry. 188:143-147.
4.Ural C, Öncü F, Belli H, Soysal H. Adli psikiyatrik süreç içindeki şizofreni hastalarının şiddet davranışı değişkenleri: bir olgu kontrol çalışması. Turk Psikiyatri Derg. 2012; 23.
5. Arslan S, Günay Kılıç B, Karakılıç H. İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme ölçeği güvenirlik ve geçerlik çalışması. Türkiye'de Psikiyatri 2000;3:17-24.

Tablo 1. Kişilere Sağlık Kurulu Tarafından Konulan Tanılar

	CSOG	*KG*
	n (%)	*n (%)*
Şizofreni	19 (37,3)	0 (0,0)
Atipik Psikoz	24 (47,1)	0 (0,0)
Şizoaffektif Bozukluk	6 (11,8)	0 (0,0)
ASKB	0 (0,0)	13 (25,0)
Madde Kullanım Bozukluğu	0 (0,0)	2 (3,8)
Uyum Bozukluğu	0 (0,0)	1 (1,9)
Atipik Psikoz + ASKB	1 (2,0)	0 (0,0)
Atipik Psikoz + Madde Kullanım Bozukluğu	1 (2,0)	0 (0,0)
ASKB + Madde Kullanım Bozukluğu	0 (0,0)	5 (9,6)
Sınır Mental Kapasite + Madde Kullanım Bozukluğu	0 (0,0)	1 (1,9)
Herhangi Bir Ruhsal Bozukluk Saptanmayanlar	0 (0,0)	30 (57,7)

Tablo 2. Suç Nitelikleri

		CSOG	*KG*		
		n (%)	*n (%)*	*Analiz*	*p*
Nitelik	İnsana Yönelik	39 (76,5)	32 (61,5)	x^2=6,51	0,069
	Mala Yönelik	3 (5,9)	12 (23,1)		
	İnsana ve Mala Yönelik	2 (3,9)	1 (1,9)		
	Diğer	7 (13,7)	7 (13,5)		
Yer	Yaşam Alanı	20 (39,2)	6 (11,5)	x^2=10,59	0,004
	Ortak Alan	27 (52,9)	39 (75,0)		
	Sanal Ortam	4 (7,8)	7 (13,5)		
Mağdur	Aile	16 (38,1)	7 (18,9)	x^2=7,86	0,020
	Tanıdık	15 (35,7)	9 (24,3)		
	Yabancı	11 (26,2)	21 (56,8)		
Mağdur Yabancı mı?	Evet	11 (26,2)	21 (56,8)	x^2=7,62	0,006
	Hayır	31 (73,8)	16 (43,2)		
Olay Sırasında Alkol / PAM Kullanımı	Var	8 (15,7)	19 (36,5)	x^2=5,78	0,016
	Yok	43 (84,3)	33 (63,5)		
Suç Aleti Kullanımı	Var	24 (48,0)	15 (28,8)	x^2=3,96	0,047
	Yok	26 (52,0)	37 (71,2)		

Tablo 3. Suç Nitelikleri ve Suç Şiddeti

		CSOG	*KG*		
		n (%)	*n (%)*	*Analiz*	*p*
Suçu Planlama	Var	25 (49,0)	36 (69,2)	x^2=4,35	0,037
	Yok	26 (51,0)	16 (30,8)		
Planlamada Hastalık Etklisi	Var	20 (80,0)	0 (0,0)	x^2=42,84	<0,001
	Yok	5 (20,0)	36 (100,0)		
Suç Olduğunu Bilme	Evet	21 (41,2)	40 (76,9)	x^2=13,62	<0,001
	Hayır	30 (58,8)	12 (23,1)		
Suçtan Sonra Kaçma	Var	15 (29,4)	22 (42,3)	x^2=1,86	0,173
	Yok	30 (70,6)	30 (57,7)		
Suçtan Sonra Saklanma	Var	2 (3,9)	15 (28,8)	x^2=11,60	0,001
	Yok	49 (96,1)	37 (71,2)		
Suç ile Kazanç Sağlama	Var	10 (19,6)	46 (88,5)	x^2=49,20	<0,001
	Yok	41 (80,4)	6 (11,5)		
TSŞDÖ	0 puan	6 (11,8)	15 (28,8)	x^2=10,17	0,035
	1 puan	13 (25,5)	9 (17,3)		
	2 puan	17 (33,3)	19 (36,5)		
	3 puan	8 (15,7)	1 (1,9)		
	4 puan	7 (13,7)	8 (15,4)		
TSŞDÖ'e Göre Suç Şiddeti	Şiddet yok / Hafif / Orta (0-2)	36 (70,6)	43 (82,7)	x^2=2,11	0,146
	Ciddi (3-4)	15 (29,4)	9 (17,3)		

SS-043

BEHÇET HASTALARINDA DEPRESYON, ANKSİYETE, UMUTSUZLUK, HASTALIK ANLAMI VE OTOMATİK DÜŞÜNCELERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Nur Nihal Baltacı[1], Ceyhun Hacıyev[2, 1], İrem Ekmekçi Ertek[1], Behçet Coşar[1]

[1]*Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Abd*
[2]*Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Abd*

Giriş: Behçet hastalığı (BH), enflamatuar perivaskülit ile karakterize nadir, multisistemik, relapslarla giden, immüno-enflamatuar bir hastalıktır. İspanya, Portekiz, Türkiye, İran, Çin ve Japonya gibi Uzak Doğu ülkeleri de dahil olmak üzere Akdeniz çevresindeki İpek Yolu ülkelerinde yaygın olarak görülmekle beraber Türkiye'deki yaygınlığı 20-602/100.000 arasında değişmektedir. BH'de psikiyatrik bozukluk komorbiditesi oldukça sık olup prevalans oranlarının %41-86 civarında olduğu bildirilmiştir[1]. Anksiyete ve depresyon skorlarının BH'de; Psoriasis, Romatoid Artrit ve sağlıklı popülasyondan yüksek olduğu bildirilmiştir[2]. En sık görülen psikiyatrik komorbidite olan depresyonun önemli bileşenlerinden biri umutsuzluk ve negatif otomatik düşüncelerdir[3]. Bu çalışmada BH'de anksiyete, depresyon, umutsuzluk, olumsuz otomatik düşünceler ve bunların hastalık süresi ile ilişkisini araştırmayı amaçladık. Bu literatürdeki en büyük örneklem ile yapılan çalışmadır.

Yöntem: Çalışmaya BD Uluslararası Çalışma Grubu kriterlerine göre BH tanısı olan ve çalışma sırasında remisyonda olan 169 hasta dâhil edildi. Tüm katılımcılara bir psikiyatrist tarafından Beck Depresyon Envanteri (BDI), Beck Anksiyete Envanteri (BAI), Beck Umutsuzluk Ölçeği (BHS) ve Otomatik Düşünceler Anketi (ATQ) uygulandı.

Bulgu: 169 hastanın 110'u (% 65.1) hafif, 36'sı (% 21.3) orta derecede depresyonda idi. Hafif, orta şiddetli ve şiddetli anksiyete semptomları sırasıyla 2 (% 1.2), 156 (% 92.3), 11 (% 6.5) hastada mevcuttu. BAI ve ATQ skorları erkeklerde daha yüksekti. Hastalık süresi ile BDI, BAI, BHS, ATQ skorları arasında anlamlı bir ilişki saptandı. Hastalık süresi 1 yıldan az veya 5 yıldan fazla ise test puanları anlamlı derecede yüksekti.

Tartışma: Sonuçlar, hastalığın ilk yılında anksiyetenin belirgin olduğunu, ancak geç dönemlerde depresyonun daha baskın hale geldiğini göstermiştir. Erken yetişkinlik döneminde kişinin hayatının birçok alanını tam olarak etkileyecek böyle bir kronik hastalık teşhisi çok yıkıcı olabilir. Bu nedenle, hastalığa ilk reaksiyonun anksiyete olması şaşırtıcı değildir. Dutra ve arkadaşları, anksiyetenin BH hastalarında bilişsel bozukluk için bir risk faktörü olduğunu göstermiş ve anksiyetesi yüksek olan BH hastalarında demansa ilerlemeyi önlemek için dikkatli bir değerlendirme önermiştir[4]. Anksiyete belirtilerinin aksine; depresyon, umutsuzluk ve otomatik düşünceler daha uzun hastalık süresi olan hastalarda daha yüksekti. Hastalık süresini uzaması ile hastalığın şiddetinin artması bununla ilişkili olabilir. Ayrıca hastalık süresinin depresyon gelişimi için önemli bir risk faktörü olduğu bildirilmiştir[5]. Hastalığın geç evrelerinde belirginleşen otomatik düşünceler ve umutsuzluk ile birlikte ele alındığında psikiyatrik bozuklukların erken tanınmasının önemi açıktır. BH'nin ilk tanısında; konsültasyon-liyezon psikiyatrisinin de dahil olduğu multidisipliner yaklaşım hem tıbbi hem de psikiyatrik yönlerden olumsuz sonuçlardan kaçınmak için gereklidir. Otomatik düşüncelerin ve umutsuzluğun depresyona yol açabileceğini düşünmek Bilişsel Davranışçı Terapinin BH ile komormid olan psikiyatrik durumların tedavisinde iyi bir seçenek olabilir.

Sonuç: Özellikle 1 yıldan az ve 5 yıldan fazla hastalık süresi olan hastalarda psikiyatrik konsültasyonun göz önünde bulundurulması gerekir.

Anahtar kelimeler: Behçet Hastalığı, depresyon, anksiyete, psikosomatik, konsültasyon liyezon psikiyatrisi

Kaynaklar

1. Epstein, Richard S., et al. "Psychiatric aspects of Behçet's syndrome." Journal of psychosomatic research (1970)
2. Calikoglu, E., Onder, M., Cosar, B., & Candansayar, S. (2001). Depression, anxiety levels and general psychological profile in Behçet's disease. Dermatology
3. Beck, Aaron T., ed. Cognitive therapy of depression. Guilford press, 1979.
4. Dutra, Lívia Almeida, et al. "Cognitive impairment in Brazilian patients with Behçet's disease occurs independently of neurologic manifestation." Journal of the neurological sciences (2013)
5. Taner, E. et al. "Depression and anxiety in patients with Behçet's disease compared with that in patients with psoriasis." International journal of dermatology (2007)

Tablo 1. Hastaların klinik karakteristikleri

	N	*%*
Cinsiyet		
Kadın	93	55.0
Erkek	76	45.0
Hastalık süresi		
<1 yıl	42	24.9
1-5 yıl	94	55.0
>5 yıl	34	20.1
	Ortalama	SS
Yaş	33.30	7.15
Hastalık süresi	3.41	2.81

SS-044

BİR DUYGUDURUM KLİNİĞİNDE YATARAK TEDAVİ GÖREN 65 YAŞ ÜSTÜ HASTALAR: TANIMLAYICI BİR ÇALIŞMA

Osman Ak[1], İkbal İnanlı[1], Deniz Altunova[1], Berrin Ünal[1], Ali Metehan Çalışkan[1], İbrahim Eren[1]

[1]*Konya Eğitim Ve Araştırma Hastanesi*

Amaç: Günümüzde tüm dünyada ortalama yaşam süresinin uzamasıyla, yaşlı nüfusun sayısı ve toplam nüfus içindeki oranı artmıştır (1). Ülkemizde yaşlı nüfus oranı 2014 yılında %8 olarak belirlenmiştir. Nüfus projeksiyonlarına göre yaşlı nüfus oranının 2023 yılında %10.2 yükseleceği tahmin edilmektedir (2). 65 yaş ve üzerindeki nüfusun yaklaşık% 15'i ruhsal veya nöropsikiyatrik bir hastalığa sahiptir (3). Yaşlı hastaların sayıca fazla ve daha uzun süre hastanede kaldıkları bildirilmiştir. Yatarak tedavi gören yaşlı hastalarda duygudurum bozuklukları tanısı sıklığı yüksektir (4). Amacımız; Duygudurum kliniğinde yatarak tedavi gören 65 yaş üstü bireylerin sosyodemografik ve klinik özelliklerini belirlemek ve cinsiyete bağlı farklılıkların olup olmadığını değerlendirmektir.

Yöntem: 0cak 2015-2020 tarihleri arasında hastanemiz duygudurum kliniklerinde yatarak tedavi gören 65 yaş üstü 123 hastanın tıbbi kayıtları geriye dönük olarak değerlendirilmiştir.

Sonuçlar: Hastaların yaş ortalaması 71.4±5.8, 73'ünün evli, 71'inin şehirde yaşadığı belirlendi. Hastaların 59'u Bipolar Bozukluk (BB), 41'i Major Depresif Bozukluk (MDB), 12'si Psikotik Bozukluk ve 11'i diğer tanılar nedeniyle tedavi görmekteydi. Hastaların 91'i diğer bir tıbbi hastalığı, 20'si ek başka bir psikiyatrik hastalık tanısına sahipti. 41 hasta ilk kez yatarak tedavi görürken, ortalama hastaneye yatış sayısı 3.6±3.9du. Hastalık başlangıç yaşı 53.7±17.4 yıldı. 20 hasta psikotrop ilaç kullanmıyordu. BB tanılı hastaların 44'ü mani, 15'i depresyon dönemindeydi. Hastanede yatış süresi 24.3±16.8 gündü. 21 (%17.1) hastaya EKT uygulanmış, ortalama EKT sayısı 7±2.8di. Taburculuk sırasında 36 hastaya antipsikotik, 11'ine antidepresan, 35'ine duygudurum düzenleyici ve antipsikotik, 33'üneantidepresan ve antipiskotik ve 7'sine duygudurum düzenleyici, antipsikotik ve antidepresan reçete edilmişti. Evli erkek sayısı kadınlardan fazlaydı (p=0.001). Kadın hastalarda EKT uygulanma ve BB depresif epizod tanılı hasta sayısı yüksekti (sırasıyla p=0.032, p=0.044).

Tartışma: Hastaların yarısı BB, üçte biri MDB tanılıydı. Kadın-erkek hasta sayısı birbirine yakındı. % 75'i ek tıbbi hastalığa sahipti. 21 hastaya EKT uygulanmış ve ortalama bir ay yatarak tedavi görmüşlerdi. Taburculuk sırasında ise hastaların %90'nına antipsikotik önerilmişti. Yapılan çalışmalar yaşlı hastaların daha fazla yatışa ve uzun süreli

tedaviye ihtiyacı olduğunu bildirmiştir (4). Ayrıca yaşlı bireylerin diğer tıbbi hastalıklara sahip olması, çoklu ilaç kullanıyor olmaları ve ilaç yan etkilerine hassas olmaları tedavi seçimi için önemlidir. Çalışmamızda hastaların büyük oranda ek tıbbi hastalığa sahip olmaları ve neredeyse tamamına yaşlı bireylerde dikkatli kullanılması gereken antipiskotik ilaçların önerilmiş olması dikkat çekicidir. Ayrıca kadın BB tanılı hastaların depresif dönemde olmaları EKT sıklığını açıklayabilir. Yaşlı depresyonlarında EKT tercih edilen bir yöntemdir(5). Geropsikiyatrik hastalara ait epidemiyolojik verilerin artması, yaşlı hastalara yaklaşım açısından gereklidir. Bulgularımız, ek tıbbi hastalığa sahip yaşlı hastaların multidisipliner bir yaklaşımla takip edilmesi ve yaşlı hastalarda sık antipsikotik kullanımı nedeniyle dikkatli olunmasını gerektiğini düşündürmektedir.

Anahtar kelimeler: 65 yaş üstü hastalar, duygudurum bozukluğu, antipsikotik

Kaynaklar

1. Aslan M ve Hocaloğlu Ç. Yaşlılarda İntihar Davranışı. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar 2014;6(3):294-309.
2. Elkin N. Bir aile sağlığı merkezine başvuran yaşlı bireylerde depresyon sıklığı ve yaşam doyumunun değerlendirilmesi. Mersin Univ Saglık Bilim Derg 2016;(9)1.
3. Çarpar E ve ark. Socio-demographic characteristics and factors associated with hospitalization in psychiatry of old age patients: an international comparison between Ireland and Turkey. Aging Clin Exp Res. 2018;30(6):651-660.
4. Colenda CC ve ark. Comparison of Adult and Geriatric Psychiatric Practice Patterns. Am J Geriatr Psychiatry 2002;10:609–618.
5. Bjølseth TM ve ark. Clinical efficacy of formula-based bifrontal versus right unilateral electroconvulsive therapy (ECT) in the treatment of major depression among elderly patients: A pragmatic, randomized, assessor-blinded, controlled trial. Journal of Affective Disorders 2015:8–179.

Tablo1. 65 yaş üstü hastaların sosyoemografik, klinik ve tedavi özellikleri

Sosyoemografik, klinik ve tedavi özellikleri	*Hasta (n=123), Ort ± SS, n(%)*
Yaş	71.4±5.8 (65-91)
Cinsiyet	
Kadın	67 (%54.5)
Erkek	56 (%45.5)
Medeni Durum	
Evli	73 (% 59.3)
Diğer	50 (%40.7)
Yaşadığı yer	
İlçe-köy	52 (%42.3)
Şehir	71 (%59.3)
Tanı	
Bipolar Bozukluk	59 (% 48)
Major Depresif Bozukluk	41 (%33.3)
Psikotik Bozukluk	12 (% 9.7)
Diğer	11 (%9)
Ek tıbbi hastalık	91 (%74)
Hastalık başlangıç yaşı	53.7±17.4 (19-91)
Hastaneye yatış sayısı	3.6±3.9 (1-30)
Hastaneye ilk yatış	41 (%33.3)
Hastanede yatış süresi (gün)	24.3±16.8 (2-90)
Taburculukta Önerilen ilaçlar	
Antidepresan	11 (% 8.9)
Antipsikotik	36 (%29.3)
Duygudurum düzenleyici ve antipsikotik	35 (%28.5)
Antidepresan ve antipsikotik	33 (%26.8)
Duygudurum düzenleyici, antipsikotik ve antidepresan	7 (%5.7)
EKT kullanımı	21 (%17.1)
Ortalama EKT sayısı	7±2.8 (3-14)

Tablo 2. Kadın ve erkek hastaların sosyodemografik, klinik ve tedavi özelliklerinin karşılaştırılması

Sosyodemografik ve klinik özellikler	*Kadın hasta n=67 Ort ± SS, n(%)*	*Erkek hasta n=56 Ort ± SS, n(%)*	*p*
Yaş	72.1±5.6	70.1±5.7	0.145
Medeni Durum(Evli)	31 (%46)	47 (%83.9)	0.001
Yaşadığı yer(Şehir)	38 (%44.2)	33 (%55.8)	0.475
Tanı			0.508
Bipolar Bozukluk	30 (%44.8)	29 (% 49.2)	
Major Depresif Bozukluk	24 (%35.8)	17 (% 30.4)	
Psikotik Bozukluk	9 (%13.4)	3 (%2.4)	
Diğer	4 (% 6)	7 (% 11.2)	
Ek tıbbi hastalık	51 (%76.1)	40 (% 70.1)	0.555
Hastaneye yatış sayısı	4.1±4.5	3.1±2.6	0.210
EKT kullanımı	16 (%23.9)	5 (% 8.9)	0.032
Hastanede yatış süresi (gün)	26.8±16.3	22.7±16.8	0.184

SS-045

DÜŞÜNCE BOZUKLUĞUNUN PENCERESİNDEN:SANRI TÜRLERİNİN KLİNİK TANILAR VE SOSYODEMOGRAFİK VERİLERLE RETROSPEKTİF İNCELENMESİ

Pelin Kutlutürk[2], Meltem Çınar Bozdağ[1], Hatice Cansu Selvi[1], İrem Ekmekçi Ertek[1], Behçet Coşar[1]

[1]Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı
[2]Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı

Amaç: Sanrı, düşünce içeriğinin bir patolojisidir ve pek çok hastalıkta ortaya çıkabilmektedir. Bu çalışmada düşünce içeriğinde sanrı belirtisi olan hastalar retrospektif olarak çalışmaya dahil edilmiş, çalışmaya dahil edilen hastaların sanrı tiplerini ve sıklıklarını belirlemek, tanı ve sanrıların ilişkisini ortaya koymak, sanrısı olan hastaların ortalama yaş, hastalık süresi ve ortalama yatış sayılarını, ortalama BPRS ve PANSS skorlarını ortaya koymak amaçlanmıştır.

Yöntem: 01.12.2018 – 29.01.2020 tarihleri arasında Gazi Üniversitesi Psikiyatri Yataklı Servisinde takip edilen hastalar taranmış, düşünce içeriğinde sanrı ve/veya sanrılar olan 183 hastanın verilerini içeren dosyalar, retrospektif olarak incelenmiş olup, çalışmaya dahil edilebilecek yeterli veri olmaması nedeniyle 75 hasta çalışmadan dışlanmış, 7 hasta ise düşünce içeriğinde sanrı olmadığı için çalışmaya alınmamıştır. Toplam 101 hastanın verisi sanrı tipleri, nitelikleri, hastalıkla ilgili özellikler, sosyodemografik veriler ve BPRS ile PANSS skorları açısından incelenmiştir.

Bulgular: Çalışmamızda incelenen hasta grubunda; perseküsyon sanrıları en sık rastlanan sanrı türü olarak saptanmıştır (s=87, %86,1). Perseküsyon sanrıları şizofreni tanısı ile izlenen hastalarda en fazla sıklıkta saptanmışken (60,9) onu ikinci sırada bipolar affektif bozukluk (13,8) izlemiştir. İkinci sıklıkta referansiyel sanrılar (s=72, %71,3) ve üçüncü sıklıkta ise grandiyöz sanrılar (s=21, %20.8) gözlenmiştir. Bunları, somatik, mistik ve kıskançlık sanrıları izlemiştir. Sadece tek sanrısı olan hasta sayısı 10 iken, en fazla 7 sanrı tipinin bir arada görüldüğü saptanmıştır (2 hasta). En sık görüldüğü saptanan paranoid ve referansiyel tipi sanrıların, 67 (%66,3) hastada bir arada gözüktüğü saptanmıştır. Hastaların ortalama yaşları 39,09 ± 14,19, ortalama yatış sayıları 2,62 ± 2,64, hastalık süresi ortalama 141,41 ± 141,11 ay, ortalama BPRS toplam puanları 29,80 ± 11,52, ortalama PANSS toplam puanları 78,05 ± 22,13, PANSS pozitif alt puan toplamı ortalama 21,08 ± 7,03, negatif alt puan toplamı ortalama 18,92 ± 8,85, genel semptom alt puan toplamı 38,51 ± 10,01 olarak bulunmuştur.

Tartışma: Çalışmamızda en sık görülen sanrı tipi literatürle de uyumlu olarak perseküsyon sanrılarıdır. İkinci ve üçüncü sıklıkla görülen

sanrı sıralamaları farklı çalışmalarda değişiklik gösterebilmekle birlikte; bizim çalışmamızda referansiyel sanrılar ikinci sıklıkta ve grandiyöz sanrılar ise üçüncü sıklıkta gözlenmiştir. Sanrı içerikleri, cinsiyete, eğitim durumuna, sosyokültürel duruma, yaşanılan döneme ve tanılara göre çok farklı görünümler alabilmektedir. Sanrı içerikleri konusunda çok fazla çalışma olmaması, sanrı içeriğinin kültürel farklılıklarının saptanmasını zorlaştırmaktadır.

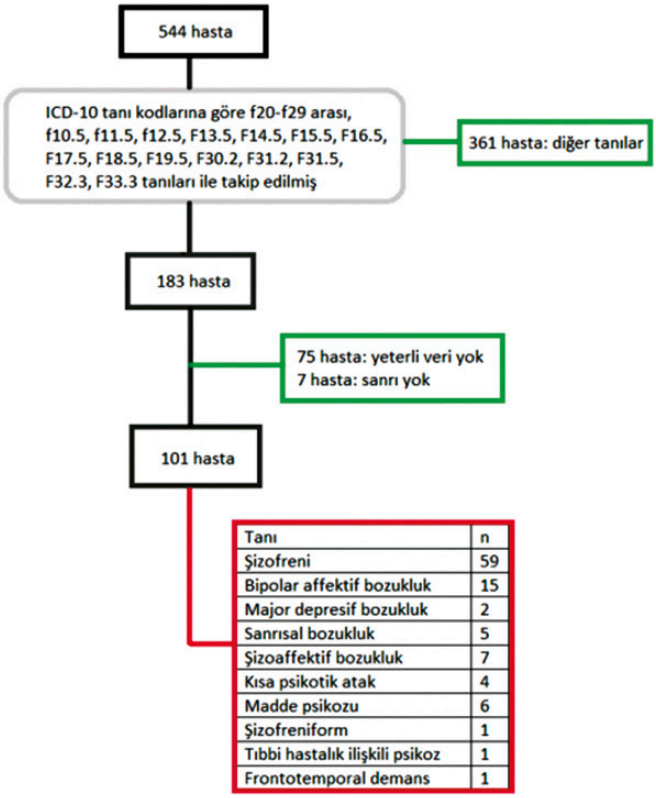
Anahtar kelimeler: sanrı, hezeyan, delüzyon, şizofreni, psikoz, perseküsyon sanrıları, referansiyel sanrılar

Kaynaklar

Gutiérrez-Lobos, Karin, et al. "Delusions in first-admitted patients: gender, themes and diagnoses." Psychopathology 34.1 (2001): 1-7.

Appelbaum, Paul S., Pamela Clark Robbins, and Loren H. Roth. "Dimensional approach to delusions: comparison across types and diagnoses." American Journal of Psychiatry 156.12 (1999): 1938-1943.

Turgut, Hülya, and Çinar Yenilmez. "Akut dönemdeki sizofreni hastalari ve psikotik özellikli manik atak hastalarinda sosyodemografik ve klinik özelliklerin sanri türleriyle iliskisi/Relationship among the types of delusions and sociodemographic and clinical characteristics of patients with schizophrenia and acute manic with psychotic features." Anadolu Psikiyatri Dergisi 14.4 (2013): 291.



Çalışma Dizaynı

Tablo 1. Sosyodemografik veri tablosu

		N	%
Cinsiyet			
	Kadın	41	40,6
	Erkek	60	59,4
Eğitim durumu			
	İlkokul	14	13,9
	Ortaokul	9	8,9
	Lise	48	47,5
	Üniversite	23	22,8
	Lisansüstü	7	6,9
Medeni durum			
	Evli	24	23,8
	Bekar	66	65,3
	Dul	3	3,0
	Boşanmış	8	7,9
Köken			
	Kentsel	81	80,2
	Kırsal	20	19,8
Meslek			
	Memur	25	24,8
	İşçi	16	15,8
	Serbest	15	14,9
	Çalışmıyor	45	44,6
Ailede ruhsal hastalık			
	Evet	33	32,7
	Hayır	67	66,3
	Bilgi yok	1	1,0
Sigara kullanımı			
	Evet	56	55,4
	Hayır	34	33,7
	Bilgi yok	11	10,9
Alkol kullanımı			
	Kullanım yok	72	71,3
	Sosyal içici	20	19,8
	Düzenli kullanım	5	5,0
	Alkol bağımlılığı	1	1,0
	Bilgi yok	3	3,0
Madde kullanımı			
	Kullanım yok	80	79,2
	Denemiş	6	5,9
	Düzenli kullanım	10	9,9
	Bilgi yok	5	5,0
Suisid girişimi			
	Yok	74	73,3
	Var	25	24,8
	Bilgi yok	2	2,0

Tablo 2. Sanrıların genel özellikleri

	N	*%*
Bizar sanrılar	36	35,6
Bizar olmayan sanrılar	65	64,4
Sistemli sanrılar	68	67,3
Sistemsiz sanrılar	33	32,7
Duygudurum ile uyumlu	94	93,1
Duygudurum ile uyumsuz	5	5,0

Tablo 3. Sanrıların hastaların tanılarına göre dağılımı

	*Persekü*syon	*Referansiyel*	*Grandiöz*	*Somatik*	*Mistik*	*Kıskançlık*	*Cinsel*
Şizofreni	53 (60,9)	44 (61,1)	9 (42,9)	12 (66,7)	12 (80,0)	5 (41,7)	5 (62,5)
BAB	12 (13,8)	11 (15,3)	9 (42,9)	1 (5,6)	2 (13,3)	2 (16,7)	2 (25,0)
Major depresif boz.	2 (2,3)	1 (1,4)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Sanrısal boz.	3 (3,4)	3 (4,2)	0 (0,0)	2 (11,1)	0 (0,0)	2 (16,7)	0 (0,0)
ŞAB	6 (6,9)	4 (5,6)	0 (0,0)	1 (5,6)	0 (0,0)	1 (8,3)	1 (12,5)
Kısa psikotik atak	3 (3,4)	1 (1,4)	1 (4,8)	1 (5,6)	0 (0,0)	1 (8,3)	0 (0,0)
Madde psikozu	5 (5,7)	6 (8,3)	2 (9,5)	1 (5,6)	1 (6,7)	1 (8,3)	0 (0,0)
Şizofreniform	1 (1,1)	1 (1,4)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Tıbbi hastalık ilişkili psikoz	1 (1,1)	1 (1,4)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
FTD	1 (1,1)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Toplam	87 (100,0)	72 (100,0)	21 (100,0)	18 (100,0)	15 (100,0)	12 (100,0)	8 (100,0)

SS-048

POLİKİSTİK OVER SENDROMU TANILI HASTALARDA BORDERLİNE KİŞİLİK BOZUKLUĞU GÖRÜLME SIKLIĞI VE AGRESYON İLE İLİŞKİSİ

Sema Baykara[1], Burkay Yakar[1], Faruk Kılınç[1], Sevda Korkmaz[1], Murad Atmaca[1]

[1]Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi

Amaç: Polikistik over sendromu (PCOS) ve Borderline Kişilik Bozukluğu (BKB) klinik görünümlerinde benzer metabolik ve psikiyatrik sorunların görüldüğü hastalıklardır. Yapılan güncel araştırmalarda PCOS ve BKB arasında artmış bir komorbidite riski olduğu bildirilmiştir, ancak literatürde PCOS ve BKB komorbiditesini inceleyen çalışma sayısı azdır. Bu çalışmada PCOS tanılı hastalarda BKB görülme sıklığı ve aggresyon ile ilişkisinin incelenmesi amaçlandı.

Materyal ve Metod: Polikistik over sendromu tanısı konulmuş olan hastalardan çalışma kriterlerini karşılayan 88 kişi çalışmaya dâhil edildi. Hastalar endokrinolojik değerlendirmelerden sonra psikiyatrik görüşmeler için psikiyatri uzmanına yönlendirildi. Katılımcılara sosyodemografik veri formu, Borderline Kişilik Envanteri (BKE) ve Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği (BPAQ) uygulandı.

Bulgular: Polikistik over sendromu tanılı hastaların yaş ortalaması 22.39±3.41 idi. Bu hastaların 27,3%'ü (n=24) BKB tanısı aldı. PCOS tanılı hastalardan BKB olanlarda Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği (BPAQ) fiziksel saldırganlık, sözel saldırganlık, öfke, düşmanlık alt ölçek ve BPAQ toplam puanları Borderline olmayanlara göre anlamlı olarak yüksek saptandı. Tüm PCOS'lularda Borderline Kişilik Envanteri (BKE) puanı arttıkça BPAQ alt ölçek puanları ve BPAQ toplam puanı artıyordu. BKB olan PCOS'lularda BKE puanı arttıkça BPAQ sözel saldırganlık, öfke alt ölçek puanları ve toplam BPAQ puanı artış gösterdi BKB olmayan PCOS'lularda BKE puanı arttıkça BPAQ fiziksel saldırganlık, düşmanlık alt ölçek puanları ve toplam BPAQ puanında artış saptandı.

Tartışma: PCOS'lu kadınlarla yapılan çalışmada herhangi bir kişilik bozukluğunun görülme oranı 23.3%-29.0% olarak gösterilmiştir 1,5. Roepke et al. BKB tanılı kişilerde PCOS görülme sıklığını araştırmış ve PCOS'lu hastalarda bu oranın 30.4%, sağlıklı kontrollerde ise 6.9% olduğunu göstermiştir. Bizim çalışmamızda literatürle uyumlu olarak PCOS'lu hastalarda BKB görülme oranı normal popülasyondan yüksek bulunmuştur (27,3%). PCOS'lu hastalarda BKB görülme sıklığının ve BKB tanılı hastalarda PCOS görülme sıklığının yüksek olması her iki bozukluğun etyolojisinde ortak psikonöroendokrinolojik faktörlerin rol aldığı ile izah edilebilir. PCOS'ta gözlenen psikiyatrik eştanılar ve bulgular (duygudurum bozuklukları, anksiyete bozukları, uyku bozuklukları, sosyal anksiyete bozukluğu, kişiler arası ilişkilerde hassasiyet, yüksek oranda aggresyon varlığı, suisidal davranışlar, bozulmuş yaşam kalitesi) BKB olan bireylerin de karakteristiğidir. Ayrıca hem PCOS'ta hem de BKB'da androjen yüksekliği, HPA aks disfonksiyonu, artmış metabolik sendrom riski, insülin rezistansı olduğu gösterilmiştir.

Sonuç: Çalışmanın sonuçları PCOS' a yüksek oranlarda BKB ek tanısının eşlik ettiğini göstermektedir. Her iki klinik tablonun bir arada olması, tek başına PCOS varlığına göre agresyon puanlarının anlamlı olarak daha yüksek olması ile sonuçlanmıştır. PCOS tanılı hastaların tedavisinde ve takibinde bu hastalara yüksek oranlarda BKB eşlik edebileceğini ve bu durumun PCOS'ta görülebilen psikiyatrik semptomlar üzerinde etkileri olabileceğini göz önünde bulundurmak ve tedaviye standart farmakolojik yaklaşımlar ile birlikte BKB tedavisinde etkili olabilen psikofarmakolojik ve psikoterapötik yaklaşımları eklemek tedavinin başarı şansını artırabilir.

Anahtar kelimeler: Polikistik Over Sendromu, Borderline Kişilik Bozukluğu, Agresyon

Kaynaklar

1. Tan S, Hahn S, Benson S, Janssen OE, Dietz T, Kimmig R, et al. Psychological implications of infertility in women with polycystic ovary syndrome. Hum Reprod 2008; 23: 2064-2071.
2. Tan RY, Grigg J Kulkarni J. Borderline personality disorder and polycystic ovary syndrome: A review of the literature. Aust N Z J Psychiatry 2018; 52: 117-128.
3. Sahingoz M, Uguz F, Gezginc K Korucu DG. Axis I and Axis II diagnoses in women with PCOS. Gen Hosp Psychiatry 2013; 35: 508-511.
4. Roepke S, Ziegenhorn A, Kronsbein J, Merkl A, Bahri S, Lange J, et al. Incidence of polycystic ovaries and androgen serum levels in women with borderline personality disorder. J Psychiatr Res 2010; 44: 847-852.
5. Benson S, Arck PC, Tan S, Hahn S, Mann K, Rifaie N, et al. Disturbed stress responses in women with polycystic ovary syndrome. Psychoneuroendocrinology 2009; 34: 727-735.

SS-049

TRAVMATİK YAŞANTILARIN OBSESYON VE KOMPÜLSYONLARLA OLAN İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ

Sevda Korkmaz[1], Sema Baykara[1], Mehmet Gürkan Gürok[1], Şüheda Kaya[2], Gülay Taşçı[3], Murad Atmaca[1]

[1]Fırat Universitesi Psikiyatri Anabilim Dalı
[2]Elazığ Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Hastanesi
[3]Fethi Sekin Şehir Hastanesi Psikiyatri Servisi

Amaç: Bu çalışmada, obsesif kompulsif bozukluğu olan hastaların geçmiş yaşam öykülerindeki travmatik yaşantılarının varlığı ve bunların obsesyon ve kompülsiyon türleri ile olabilecek ilişkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Son bir yıl içerisinde psikiyatri polikliniğine başvuran ve çalışma ölçütlerine uyan, obsesif kompulsif bozukluk tanısı almış, 48 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastalara Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Görüşme Çizelgesi (SCID-5), YBCOS ve Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Belirti Listesi, Beck Depresyon Ölçeği ve Travmatik Yaşantılar Ölçeği (TEC) uygulandı. İstatiksel analizler için SPSS versiyon 22 paket programı kullanıldı. Testler arasında pozitif ya da negatif bir ilişkinin olup olmadığı Pearsen korelasyon analizi yapılarak değerlendirildi. $p<0.05$ değerleri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Çalışmaya 32'si kadın, 16'sı erkek olmak üzere toplam 48 OKB hastası dahil edildi. Hastaların yaş ortalaması 35.1±10.9 idi. Örneklemin ortalama YBOKÖ toplam puanı 23.7±8.5, BDÖ toplamı 23.7±12.7 idi. Örneklemin 33 tanesinde bir ya da daha fazla travma öyküsü bulunmaktaydı. Hastaların 17 de duygusal ihmal, 19 da duygusal

istismar, 18 de bedensel istismar, 3 tanesinde cinsel taciz/cinsel istismar belirlendi. Hastalığın başlangıç yaşıyla travma sayısı arasında negatif bir korelasyon bulunmaktaydı (p=0.26 r=-3.21). Obsesyonlar, otojen ve reaktf olara ikiye ayrıldığında, otojen obsesyonları olan hastaların travma sayısı ve total travma puanları reaktif obsesyonları olan hastalardan anlamlı derecede yüksek bulundu (p: 0.037, p: 0. 041).

Sonuç: Çalışmamızda OKB hastalarının çok büyük bir kısmının geçmişinde en bir ya da daha fazla travmatik yaşantının olduğu belirlendi. Yine travma sayısı arttıkça hastalık belirtilerinin daha erken yaşlarda ortaya çıkacağını saptandı. Otojen obsesyonları olan hastaların travma sayısı ve total travma puanları reaktif obsesyonları olan hastalardan anlamlı derecede yüksek bulundu.

Anahtar kelimeler: Obsesyon, kompulsiyon, travma

Kaynaklar

1. Mathews CA, Kaur N, Stein MB. Childhood trauma and obsessive-compulsive symptoms. Depress Anxiety. 2008;25(9):742-51.
2. Ay R, Erbay LG. Relationship between childhood trauma and suicide probability in obsessive-compulsive disorder. Psychiatry Res. 2018 Mar;261:132-136. 27.
3. Lochner C, Seedat S, Hemmings SM, Kinnear CF, Corfield VA, Niehaus DJ, Moolman-Smook JC, Stein DJ. Dissociative experiences in obsessive-compulsive disorder and-trichotillomania: clinical and genetic findings. Compr Psychiatry 2014; 45: 384–391
4. Caspi A, Vishne T, Sasson Y, Gross R, Livne A, Zohar J. Relationship between childhood sexual abuse and obsessive compulsive disorder: case control study. Isr J Psychiatry Rel Sci 2008;45: 177–182
5. Demirrci K. Çocukluk Çağı Travmaları ve Obsesif Kompulsif Belirtilerin İlişkisinin İncelenmesi. Journal of Mood Disorders (JMOOD); 2016;6(1):7-13.

SS-051

PSİKOLOJİK YARDIM ARAMA TUTUMLARI ÖLÇEĞİ TÜRKÇE FORMU GEÇERLİLİK VE GÜVENİRLİLİK ÇALIŞMASI

Şükran Yırtımcı[1], İbrahim Gündoğmuş[1], Bahar Yeşil Örnek[2], Özcan Uzun[1]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı
[2]Ankara Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Ruhsal sağlık sorunları ile mücadele eden insanların her yıl yaklaşık olarak üçte biri yardım için başvurmaktadır.(1,2) Yardım arama davranışının önünde çeşitli sebepler bulunmaktadır. Yardım arama tutumu insanların bir ruh sağlığı uzmanından yardım isteme eylemi hakkında genel bir değerlendirmesinin sonucudur.(1) Bu tedavi açığını etkileyen faktörleri inceleyen ve yardım arama tutumunun en önemli faktörlerden biri olduğunu gösteren çalışmalar sonucunda Hammer ve arkadaşları (2018) Psikolojik Yardım Arama Tutumları Ölçeği (PYATÖ)'ni geliştirmiştir.(1) Günümüzde halen Türkçe literatürde psikolojik yardım aramayı değerlendirecek ölçek bulunmaması nedeniyle bu çalışmada PYATÖ'nün Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliğinin araştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Ölçeği geliştirenlerden izin alındıktan sonra alanında deneyimli psikiyatristler tarafından Türkçe'ye çevirisi yapılmış ve sonrasında tekrar İngilizce'ye çevrilerek ölçeği geliştiren araştırmacıların onayı alınmıştır. Araştırmanın örneklemini Anksiyete Bozukluğu hastaları (n=56, %52.8) ve sağlıklı kontroller (n=52, %47.2) olmak üzere toplam 108 gönüllü katılımcı oluşturmaktadır. Her iki uçta anlamsal fark bulunan 9 maddeden oluşan ölçek likert ve özbildirim türüdür.(1) Katılımcılara eş zamanlı Psikolojik Yardım Alma Niyeti Envanteri (PYANE) ve Kendini Açma Beklentileri Ölçeği (KABÖ) uygulanmıştır.(3,4)

Bulgular: Çalışmamızın katılımcılarının %55.7'si kadın ve yaş ortalamaları 34.77±11.11 yıldı. Ölçeğin iç tutarlılığını değerlendirmede Cranbach's Alfa katsayısı 0.930 bulunmuştur. Ölçeğin tek faktörlü yapısının değerlendirmek için açımlayıcı faktör analizine göre faktör yükleri 0.711 ile 0.895 arasında değişmektedir. Madde toplam korelasyonları 0.649-0.848 arasında bulunmuştur. Ölçeğin kapsam geçerliliğini PYANE ve KABÖ arasındaki korelasyonlarda PYANE ve KABÖ- Beklenen Yararlar alt ölçeği arasında pozitif yönde istatiksel olarak anlamlı ilişki bulunurken (r sırasıyla 0.424 ve 0.400) Beklenen Riskler alt ölçeği arasında negatif yönde istatiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur (r=-0.197).

Sonuç: Çalışmamızın bulguları; PYATÖ'nün Türkçe versiyonunun, orjinali ile uyumlu olarak tek faktörlü yapısının iç tutarlılığı ve kapsam geçerliliği açısından yeterli kriterleri sağladığını göstermiştir. PYATÖ'nün Türkçe versiyonunun akademik çalışmalarda ve klinik pratikte güvenle kullanılabileceği düşünülmektedir.

Anahtar kelimeler: Psikolojik Yardım Arama Tutumları, Ölçek, Geçerlilik, Güvenilirlik

Kaynaklar

1. Hammer, J. H., & Parent, M. C., & Spiker, D. A. (2018). Mental Help Seeking Attitudes Scale (MHSAS): Development, reliability, validity, and comparison with the ATSSPH-SF and IASMHS-PO. Journal of Counseling Psychology, 65, 74-85. doi:10.1037/cou0000248
2. Wang, P. S., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Angermeyer, M. C., Borges, G., Bromet, E. J., & Wells, J. E. (2007). Use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders in 17 countries in the WHO world mental health surveys. The Lancet, 370(9590), 841-850.
3. Topkaya,N (2014). Psikolojik Yardım Alma Niyetini Yordamada Demografik, Bireysel ve Çevresel Faktörler. Türk Psikoloji Dergisi, 29 (74), 1-11
4. Topkaya,N.(2011)Psikolojik Yardım Alma Niyetinin Sosyal Damgalanma, Tedavi Korkusu, Beklenen Yarar, Beklenen Risk ve Tutum Faktörleriyle Modellenmesi. Yayımlanmamış doktora tezi, Ege Üniversitesi, İzmir, Türkiye

Tablo 1. Ölçek maddelerinin özellikleri ve faktör yükleri

Madde	*Madde Ortalama±SS*	*Madde Silindiğinde Ölçek Ortalaması*	*Madde toplam korelasyonu*	*Madde silindiğinde Cronbach alfa değeri*	*Madde faktör yükü*
Madde 1	6,45±0,94	49,03	0,649	0,916	0,746
Madde 2	6,51±0,75	48,97	0,705	0,915	0,792
Madde 3	6,45±0,97	49,03	0,695	0,914	0,785
Madde 4	6,16±1,17	49,33	0,848	0,903	0,887
Madde 5	6,35±1,02	49,13	0,829	0,905	0,895
Madde 6	6,05±1,23	49,43	0,790	0,906	0,833
Madde 7	5,83±1,54	49,66	0,661	0,919	0,711
Madde 8	5,68±1,52	49,80	0,674	0,918	0,725
Madde 9	5,97±1,24	49,51	0,793	0,906	0,833

Tablo 2. Psikolojik yardım arama tutumları ölçeği'nin diğer ölçeklerle korelasyonları

	Psikolojik yardım arama tutumları ölçeği
Psikolojik Yardım Alma Niyeti Envanteri	r=0.424 p<0.001
Kendini Açma Beklentileri Ölçeği-Beklenen Riskler	r=-0.197 p=0.043
Kendini Açma Beklentileri Ölçeği-Beklenen Yararlar	r=0.400 p<0.001

SS-052

İLK ATAK PSİKOZ HASTALARINDA TPA-BDNF YOLAĞININ KLİNİK BELİRTİLER VE STRES YOLAĞI İLE İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ

Ümit Haluk Yeşilkaya[1], Büşra Güney[1], Pelin Özkara[1], Şakir Gıca[2], Nesrin Karamustafalıoğlu[1]

[1]Bakırköy Prof. Dr Mazhar Osman Ruh Ve Sinir Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği
[2]Necmettin Erbakan Üniversitesi Psikiyatri Kliniği

Giriş: Psikotik bozukluk spektrumunda değerlendirilen hastalıkların etyopatogenezi ile ilgili hipotezlerden biri de nörotrofik bir protein olan BDNF ile ilişkisidir. BDNF'in pro-BDNF'ten oluşumunda Tissue Plasminogen Activator (tPA) / Plazmin sistemi oldukça önemli rol oynamaktadır. Bununla beraber BDNF etkilerini gösterdiği TrkB ve p75NTR

olarak iki ayrı reseptöre sahiptir. Hayvan çalışmalarında korku hafızasının oluşumunda bu yolak ve HPA aksının rol oynadığı bildirilmektedir. Çalışmamız psikotik bozukluklarda bu yolağın etkilenebileceği hipotezi ile tasarlanmıştır. Çalışmamızda tPA-BDNF yolağı ile HPA aksı ilişkisinin ilk atak psikoz hastalarında ki yeri ve klinik şiddet ile ilişkisi araştırılmıştır.

Metod: Çalışmaya daha önce psikiyatrik bir tanısı olmayan ve ilaç kullanımı olmayan 60 ilk atak psikoz hastası ve yaş, cinsiyete göre eşleştirilmiş 60 gönüllü sağlıklı alındı. Hasta ve kontrol grubunun Brain Derived Neurotrophic Factor (BDNF), proBDNF, Nerve Growth Factor Receptor (NGFR), Neurotrophic Receptor Tyrosine Kinase 2 (NTRK2), Plasminogen Activator Inhibitor 1 (PAI1), Tissue Plasminogen Activator (tPA), Adrenocorticotropic Hormone (ACTH) ve kortizol seviyelerine bakıldı.

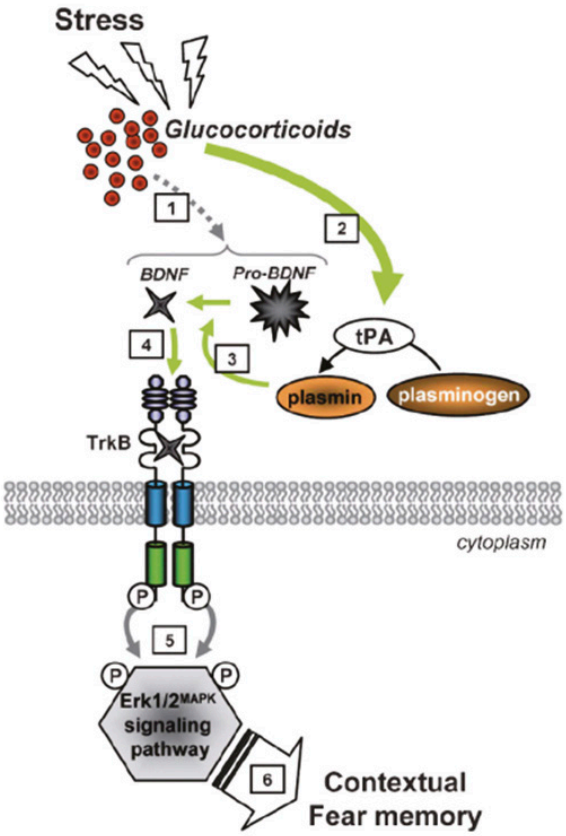
Bulgular: Hasta grubunun PANSS toplam skor ortalamaları 107.39 ± 28.9 (median: 99.0) idi. Hasta ve sağlıklı grubun BDNF, pro-BDNF, NGFR, NTRK-2, PAI-1, tPA, ACTH ve kortizol seviyelerinin karşılaştırılması **Tablo 1'**de gösterilmiştir. Hasta grubunda sağlıklılara göre BDNF, NTRK2, PAI1, tPA sevileri daha düşük iken, ACTH ve kortizol seviyeleri sağlıklı kontrollere göre daha yüksekti. PANSS skorları ile biyokimyasal belirteçler arasındaki ilişki incelendiğinde pro-BDNF ve PAI-1 skorlarının hem total PANSS skorlarıyla(sırasıyla r= -0.37, -0.30), hem de PANSS negatif alt ölçeği skorlarıyla(sırasıyla r= -0.35, -0.33) negatif yönde anlamlı ilişkisinin olduğu saptandı. Biyokimyasal markırların kendi aralarındaki ilişkileri incelendiğinde BDNF seviyesi ile diğer tüm markırlar arasında anlamlı ilişki olduğu saptanırken pro-BDNF, NGFR, NTRK2, PAI1 ve tPA ile BDNF seviyeleri arasında pozitif yönde bir ilişki saptandı(sırasıyla r= 0.79, 0.69, 0.93, 0.86, 0.75). ACTH ve kortizol seviyeleri ile BDNF seviyeleri arasında ise negatif yönde bir ilişki tespit edildi(r= -0.25, -0.38).

Tartışma: Mevcut çalışmada ilk atak psikoz tanısı almış ve henüz hiçbir tedavi almamış hasta grubunda BDNF'in pro-BDNF'ten üretilmesi sürecinde etkili olan proteinler incelendi. Hastalarda BDNF değerlerini anlamlı derecede düşük bulunmakla birlikte ACTH ve kortizol değerleri yüksek bulundu. Diğer proteinlere baktığımızda özellikle pro-BDNF'ten BDNF üretimi aşamasına etki eden PAI, tPA değerlerinde de düşüklük saptandı.. Ayrıca NTRK2 reseptör miktarları da çalışmamızda hastalarda daha düşük bulundu. Yapılan çalışmalar psikoz hastalarında normal popülasyona göre stres hormon değerlerinin arttığını, BDNF değerlerinin çoğunlukla azaldığını göstermiştir. Çalışmamızın bulguları Pro-BDNF'ten oluşum sürecinde tPA ve PAI artan stres hormonları tarafından inhibe edilerek BDNF miktarını azaltabileceğini ve yine stres hormonlarının direk etkisi ile reseptör düzeyinde de azalma olabileceğini destekler niteliktedir. Yapılan çalışmalarda oldukça önemli olan hipokampal korku şartlanma hafızasının tPA-BDNF yolağının erk1/2 mpk sinyal yolu üzerinden oluşturulduğu gösterilmiş olup çalışmamızın sonuçlarına göre psikotik hastalarda da bu yolaktaki bozuklukların kliniğine etki edebileceğini düşünmekteyiz.

Anahtar kelimeler: ilk atak psikoz, tpa-bdnf yolağı, stres aksı, hipokampüs, korku hafızası

Kaynaklar

1. Revest, J. M., et al. "BDNF-TrkB signaling through Erk1/2 MAPK phosphorylation mediates the enhancement of fear memory induced by glucocorticoids." Molecular psychiatry 19.9 (2014): 1001-1009.
2. Chen, Suzhen, et al. "Combined serum levels of multiple proteins in tPA-BDNF pathway may aid the diagnosis of five mental disorders." Scientific reports 7.1 (2017): 1-9.
3. Bennett, M. R., and Jim Lagopoulos. "Stress and trauma: BDNF control of dendritic-spine formation and regression." Progress in neurobiology 112 (2014): 80-99.
4. Elmi, Sarah, et al. "Role of tissue plasminogen activator and plasminogen activator inhibitor as potential biomarkers in psychosis." Asian journal of psychiatry 43 (2019): 105-110.



Şekil 1. tPA-BDNF yolağı korku hafızası ilişkisi

Tablo 1. İlk Atak Psikoz Hasta ve Sağlıklı Kontrol Gruplarının Biyokimyasal Değerlerinin Karşılaştırılması(ort ± ss [ortanca])

	İlk Atak Psikoz Hasta Grubu(n:65)	*Sağlıklı Kontrol Grubu(n:65)*	*Z*	*p*
BDNF	4.27 ± 3.49 [3.16]	7.70 ± 3.43 [6.93]	-5.785	<0.001**
Pro-BDNF	798.5 ± 711.73 [424.54]	921.9 ± 566.6 [924.26]	-1.625	0.104
NGFR	38.15 ± 47.01 [12.45]	45.26 ± 45.47 [34.28]	-0.942	0.346
NTRK-2	29.22 ± 34.11 [12.23]	1661 ± 13005 [70.96]	-4.879	<0.001**
PAI-1	10.14 ± 8.77 [6.04]	414.95 ± 3231.13 [21.07]	-3.805	<0.001**
tPA	1547 ± 12283 [25.35]	50.77 ± 33.06 [62.43]	-2.162	0.031*
ACTH	55.8 ± 44.31 [44.8]	20.03 ± 16.52 [15.75]	-6.039	<0.001**
Kortizol	13.74 ± 5.59 [14.06]	8.74 ± 3.99 [8.50]	-4.811	<0.001**

SS-053

KATATONİ NEDENİYLE EKT UYGULANAN HASTALARIN DEMOGRAFİK VE KLİNİK ÖZELLİKLERİ CİNSİYETE GÖRE FARKLILIK GÖSTERİYOR MU?

Zozan Parsanoğlu[1], Özlem Devrim Balaban[1], Özge Atay[1], Mustafa Ozan Altın[1]

[1]T.c. Sağlık Bakanlığı İstanbul Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı Ve Sinir Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Amaç: Geçtiğimiz yıllarda çeşitli psikiyatrik tedaviler ve sonuçları üzerine cinsiyet farklılıklarının etkisi ile ilgili araştırmaların yapıldığı görülmektedir. Elektrokonvulzif tedavi (EKT) ile ilgili cinsiyet farklılıklarını inceleyen çalışmalara da literatürde kısıtlı sayıda da olsa rastlanmaktadır. Literatürde katatonide EKT uygulamasının etkinliği ve ilişkili faktörler ile

ilgili çalışmalar olsa da cinsiyet bağlamındaki farklılıkları araştıran çalışmaya rastlanmamıştır. Araştırmamızın amacı katatoni nedeniyle EKT uygulanan hastaları; EKT' ye ilişkin özellikler, tanı ve EKT endikasyonu, EKT öncesi tedaviler ve sürece ilişkin özellikler ve yanıt açısından cinsiyet bağlamında karşılaştırmak, cinsiyet ile ilişkili farklılıkları saptamaktır.

Yöntem: 2010-2019 tarihleri arasında Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi' nde yatarak tedavi görmüş, katatoni endikasyonu ile EKT uygulanan 106 hasta çalışmaya alınmıştır. Hastanemiz bünyesinde hizmet veren EKT Merkezi protokol defterinde EKT endikasyonu "katatoni" olarak kaydedilen hastaların isimleri alınmış, bu hastaların yatış ve ayaktan tedavi dosyaları incelenerek, araştırmacılar tarafından hazırlanan sosyodemografik ve klinik veri formu ve EKT birimince EKT uygulanan hastaların takibinde kullanılan Klinik Global İyileşme (CGI) puanları kullanılmıştır. Verilerin istatistiki analizi için SPSS for Windows v.23 programı kullanılmıştır.

Bulgular: Yapılan analizlere göre katatoni endikasyonu ile EKT uygulanan kadınların yaş ortalamalarının (36,27 ±14,583), erkeklerden (30,88±9,325) anlamlı düzeyde yüksek olduğu [t=2,304, p:0,023], erkeklerde birincil tanı olarak şizofreni tanısının (n=34), kadınlardan (n=12) anlamlı düzeyde fazla olduğu; erkeklerde birincil tanı olarak bipolar depresyon tanısının (n=4), kadınlardan (n=16) anlamlı düzeyde az saptandığı (X2: 18,560, p<0,001), erkeklerde yanıtın başladığı seans sayısının (Ort.: 4,1034±1,62966), kadınların ortalamasından (Ort.: 3,5208 ±1,99989) anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir (Z: -2,014, p: 0,044).

Tartışma: Çalışmamızda katatoni endikasyonu ile EKT uygulanan kadın hastalarda altta yatan birincil psikiyatrik bozukluğun daha çok affektif bozukluk spektrumunda olduğu, erkek hastalarda ise psikotik bozukluk spektrumunda olduğu; kadınların yaş ortalamasının erkeklerden daha yüksek olduğu ve EKT' ye kadınlarda erkeklere göre daha hızlı yanıt oluştuğu saptanmıştır. Psikotik bozuklukların ortalama başlangıç yaşının kadınlarda erkeklere göre daha geç olduğu bilinmektedir. Benzer şekilde unipolar depresyonun başlangıç yaşı her iki cinsiyette de diğer hastalıklara göre daha geçtir. Kadınların yaş ortalamasının erkeklere kıyasla daha yüksek saptanması bu durumla ilişkili olabilir. Katatoni endikasyonuyla EKT uygulanan kadın hastalarda bipolar depresyon tanısının erkek hastalara göre daha fazla saptanması, bipolar bozuklukta depresif dönemlerin kadınlarda daha sık görülmesiyle ilişkilendirilebilir. Psikotik belirtili affektif bozuklukların psikotik bozukluklara göre EKT'ye daha erken yanıt verdiği ve affektif bozukluklara eşlik eden katatoni semptomlarının psikotik bozukluklara eşlik eden semptomlara göre daha fazla oranda iyileştiği bildirilmektedir. Kadın hastalarda EKT' ye yanıtın daha erken ortaya çıkması affektif bozuklukların kadınlarda primer tanı olarak daha sık görülmesiyle ilişkili olabileceği düşünülmüştür.

Anahtar kelimeler: Katatoni, elektrokonvulsif tedavi, cinsiyet

Kaynaklar

1. Bloch Y, Ratzoni G, Sobol D, Mendlovic S, Gal G, Levkovitz Y. Gender differences in electro-convulsive therapy: A retrospective chart review. Journal of Affective Disorders. 2005;84:99–102.
2. Bolu A, Ozselek S, Akarsu S, Alper M, Balikci A. Is There a Role of Gender in Electroconvulsive Therapy Response? Klinik Psikofarmakoloji Bulteni - Bulletin of Clinical Psychopharmacology 2015;25(3):228-32.
3. Luchini F, Medda P, Mariani MG, Mauri M, Toni C, Perugi G. Electroconvulsive therapy in catatonic patients: Efficacy and predictors of response. World J Psychiatr 2015; 5(2), 182-192.

Tablo 1. Klinik Verilerin Cinsiyete Göre Karşılaştırılması

	Cinsiyet	*N*	*Ort.*	*SS*	*t (p)*
EKT yapılan senedeki yaş	Kadın	48	36,27	14,583	2,304 (,023)
EKT yapılan senedeki yaş	Erkek	58	30,88	9,325	2,304 (,023)
Eğitim süresi	Kadın	48	7,3958	4,62067	-1,845 (,068)
Eğitim süresi	Erkek	58	8,9828	4,22396	-1,845 (,068)
Hastalığın başlangıç yaşı	Kadın	48	27,9375	12,45828	1,087 (,280)
Hastalığın başlangıç yaşı	Erkek	58	25,7759	7,84285	1,087 (,280)
Katatoni belirtilerin süresi	Kadın	48	7,7500	6,11068	-,399 (,690)
Katatoni belirtilerin süresi	Erkek	58	8,2069	5,65300	-,399 (,690)
EKT'ye kadar geçen süre	Kadın	48	5,1042	4,65965	-1,240 (,218)
EKT'ye kadar geçen süre	Erkek	58	6,3966	5,84580	-1,240 (,218)
Toplam EKT seans sayısı	Kadın	48	8,1875	3,07119	,201 (,841)
Toplam EKT seans sayısı	Erkek	58	8,0862	2,08827	,201 (,841)
Ortalama nöbet süresi	Kadın	48	54,2060	20,07219	1,250 (,214)
Ortalama nöbet süresi	Erkek	58	49,7733	16,45743	1,250 (,214)
Kaç kısa nöbet var?	Kadın	12	2,0000	1,04447	,582 (,565)
Kaç kısa nöbet var?	Erkek	17	1,7647	1,09141	,582 (,565)
Yanıtın başladığı seans?	Kadın	48	3,5208	1,99989	-1,653 (,101)
Yanıtın başladığı seans?	Erkek	58	4,1034	1,62966	-1,653 (,101)
Düzelme sağlanan seans	Kadın	48	7,6458	2,49672	-,406 (,686)
Düzelme sağlanan seans	Erkek	58	7,8276	2,11210	-,406 (,686)
Toplam yatış süresi	Kadın	48	29,2917	11,83208	-,068 (,946)
Toplam yatış süresi	Erkek	58	29,4828	16,25481	-,068 (,946)
EKT sonrası yatış süresi	Kadın	48	23,9583	11,24572	,346 (,730)
EKT sonrası yatış süresi	Erkek	58	23,0862	14,12263	,346 (,730)

Tablo 2. Hasta Tanılarının Cinsiyete Göre Karşılaştırılması

			Cinsiyet	*Cinsiyet*	*Total*	*X2 (p)*
			Kadın	*Erkek*	*Total*	*X2 (p)*
Kapak Tanısı	Şizofreni	Sayı	12a	34b	46	18,560 (.000)
Kapak Tanısı	Şizofreni	%	26,1%	73,9%	100,0%	18,560 (.000)
Kapak Tanısı	Unipolar Depresyon	Sayı	11a	7a	18	18,560 (.000)
Kapak Tanısı	Unipolar Depresyon	%	61,1%	38,9%	100,0%	18,560 (.000)
Kapak Tanısı	Bipolar Depresyon	Sayı	16a	4b	20	18,560 (.000)
Kapak Tanısı	Bipolar Depresyon	%	80,0%	20,0%	100,0%	18,560 (.000)
Kapak Tanısı	BTA Psikotik Bozukluk	Sayı	9a	13a	22	18,560 (.000)
Kapak Tanısı	BTA Psikotik Bozukluk	%	40,9%	59,1%	100,0%	18,560 (.000)

SS-054

ALANYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ DENETİMLİ SERBESTLİK POLİKLİNİĞİ BAŞVURULARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Abdullah Burak Uygur[1], Tacettin Kuru[1], Veysel Doğan[1]

[1]Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Bölümü

Amaç: Bu çalışmanın amacı; psikiyatri bölümüne bağlı Alanya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Denetimli Serbestlik Polikliniğine başvuran kişilerin madde kullanım özelliklerinin ve denetimli serbestlik programı sonuçlarının geriye dönük olarak değerlendirilmesidir.

Yöntem: 1.1.2019- 31.12.2019 tarihleri arasında Alanya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Denetimli Serbestlik Polikliniğine başvuran kişilerin idrarda uyuşturucu madde testleri geriye dönük olarak incelenmiştir.

Bulgular: 2019 yılında 170 kişi Alanya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Denetimli Serbestlik Polikliniğine başvurmuştur. Bu kişilerin 165'i (%97,05) erkek iken, 5'i (%2,94) kadındır. 93 kişi (%54,70) ilk 3 test sonuçları negatif gelerek, denetimli serbestlik programını ilk aşamada tamamlarken; 25 kişi (%14,70) kuralları ihlal ettiği için programdan çıkarılmış, madde kullanımı tespit edilen 52 kişiyse (%30,58) altı haftalık programa alınmıştır. Madde kullanımı tespit edilerek, altı haftalık programa alınan 52 kişinin yaş ortalaması 27,36 iken, 50'si (%96,15) erkek, 2'si (%3,84) kadındır. Bu kişilerin 20'sinde (%38,46) çoklu madde kullanımı belirlenirken, 32 kişide tek madde kullanımı belirlenmiştir. Esrar %59,61 (31 kişi) ve opiat %36,53 (19 kişi) en sık belirlenen maddeler olurken, barbitürat %0 (0 kişi) ve sentetik kannabinoid %1,92 (1 kişi) en az belirlenen maddeler olmuştur. Altı haftalık programa alınan 52 kişinin 27'si (%51,92) test sonuçları negatif gelerek, denetimli serbestlik programını ikinci aşamada tamamlarken; 19 kişi (%36,53) kuralları ihlal ettiği için programdan çıkarılmış, madde kullanmaya devam eden 6 kişiyse (%11,53) AMATEM kliniğine sevk edilmiştir.

Sonuç: Çalışmamızda elde edilen verilere göre 2019 yıllında Alanya'da Denetimli Serbestlik Polikliniğine başvuran kişilerin büyük bir çoğunluğu (120 kişi, %70,58) denetimli serbestlik programını başarı ile tamamlarken, yaklaşık dörtte biriyse (44 kişi, %25,88) kurallara uymamaları nedeniyle programı tamamlayamamışlardır. Başvuran kişilerin yalnızca küçük bir kısmı (6kişi, %3,52) sevk edilmiştir. Özellikle esrar ve opiat kullanımı dikkat çekmekteyken, sentetik kannabinoid kullanımının sadece bir kişide belirlenmesi, bu maddenin yapılan testlerde yeterince belirlenememekte olabileceğini düşündürmektedir. Gerçekleştirilen diğer çalışmalarda da en sık kullanılan madde olarak esrar belirlenmiştir (1,2). Çalışmamızda kadın katılımcı sayısının az oluşu, çalışmanın en büyük kısıtlılığını oluşturmaktadır. Literatürde benzer diğer çalışmalarda da kadın katılımcı oranı %5'in altındadır (3-5). Madde kullanımı yaş ortalamasının düşüklüğüyse, özellikle gençlere yönelik bağımlılıkla mücadele programlarının önemini vurgulamaktadır.

Anahtar kelimeler: Madde kullanımı, idrar toksikolojisi, denetimli serbestlik

Kaynaklar

1. Aslan M, Hocaoğlu Ç. Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Denetimli Serbestlik Uygulamalarının Değerlendirilmesi. Adli Tıp Bülteni 2015; 20: 138-143.
2. Mutlu E, Alniak I, Aksoy UM ve ark. Denetimli Sebestlik Uygulamalarında Sentetik Kannabinoid Kullanımı. Adli Tıp Bülteni 2015; 29: 169-178.
3. Eğilmez OB, Örüm MH, Dumlupınar E, Egeli A. Denetimli Serbestlik Uygulaması Kapsamında Yapılan Başvuruların Geriye Dönük Olarak Değerlendirilmesi: 2018 Yılı Verileri. Bağımlılık Dergisi 2019; 20: 80-87.
4. Fırat S, Erk MA. Uyuşturucu Bağımlılığı İle Mücadelede Tedavi ve Denetimli Serbestlik Uygulamaları: Türkiye, Birleşik Devletler, Almanya ve İrlanda Örnekleri. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 2019; 11: 318-337.
5. Kulaksızoğlu B, Kulaksızoğlu S, Ellidağ HY ve ark. Antalya İlinde Denetimli Serbestlik Kararı Alınan Kişilerde Uyuşturucu Madde Kullanımının Araştırılması. Adli Tıp Bülteni 2015; 20: 21-26.

Tablo 1. Madde kullanımı belirlenerek, altı haftalık programa alınan kişilerin yaş gruplarına göre kullandıkları maddelerin dağılımı

Kullanılan Madde	*18-25 yaş*	*26-30 yaş*	*31-35 yaş*	*36-40 yaş*	*40 yaş üzeri*	*Toplam Kişi Sayısı*
Esrar (Kannabinoid)	15 (%28,84)	9 (%17,30)	3 (%5,76)	4 (%7,69)		31 (%59,61)
Opiat	11 (%21,15)	2 (%3,84)	3 (%5,76)	1 (%1,92)	2 (%3,84)	19 (%36,53)
Metamfetamin	5 (%9,61)	2 (%3,84)	1 (%1,92)	1 (%1,92)		9 (%17,30)
Amfetamin	3 (%5,76)	2 (%3,84)	2 (%3,84)	1 (%1,92)		8 (%15,38)
Buprenorfin	2 (%3,84)		2 (%3,84)		1 (%1,92)	5 (%9,61)
Benzodiazepin		2 (%3,84)	1 (%1,92)		1 (%1,92)	4 (%7,69)
Kokain		1 (%1,92)	1 (%1,92)		1 (%1,92)	3 (%5,76)
Sentetik Kannabinoid		1 (%1,92)				1 (%1,92)
Barbitürat						0 (%0,00)

SS-055

ERKEK ŞİZOFRENİ HASTALARINDA COMT GENİ VAL158MET POLİMORFİZMİ İLE PREMORBİD KANNABİS KULLANIMI ARASINDAKİ İLİŞKİ

Aysegul Ermis[1]

[1]*Sbü Bakırköy Prof.dr.mazhar Osman Ruh Sağlığı Ve Sinir Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi*

Amaç: Yatkınlığı olan bireylerde kannabis kullanımının psikotik bozukluk riskini artırdığı iyi bilinmektedir. Katekol-O-Metil Transferaz enzimi dopamin metabolizmasında önemli rol oynamaktadır. COMT genindeki işlevsel polimorfizmin birçok çalışmada şizofreniye yatkınlık oluşturduğu gösterilmiştir. Bu çalışmada, şizofreni etyolojisinde premorbid kannabis kullanımı ile COMT Val158Met polimorfizminin ilişkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Bu çalışmaya, premorbid kannabis kullanım öyküsü olan (n=36) ve olmayan (n=38) erkek şizofreni hastası alınmıştır. Klinik tanıları SCID-I ile kesinleştirildi. Hastalar sosyodemografik form, PANSS (Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği), Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği (CŞDÖ) ile değerlendirildi. Hastaların periferik kanlarında elde edilen DNA'lardan COMT enzimi Val158Met polimorfizmleri, literatürde bildirildiği şekliyle PCR (polimeraz zincir reaksiyonu) ve RFLP (restriksiyon parça uzunluk polimorfizmi) analizleri ile tanımlanmıştır.

Bulgular: Bu çalışmanın ana bulgusu COMT Val158Met Val/Val genotipi taşıyıcıları (%88,9) ile premorbid kannabis kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin bulunmasıdır. Met/Met ve Val/Met taşıyıcıları premorbid kannabis kullanımı ile daha az olasılıkla şizofreni geliştirmekteydi. Val/Val genotipli şizofreni hastalarında PANSS toplam puanı Val/Met+Met/Met hasta grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek saptandı ve Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçek (CŞDÖ) puanı için de benzer sonuç bulundu.

Sonuç: Bu çalışmanın bulguları şizofreninin oluş mekanizmasında COMT Val158Met polimorfizmi ile premorbid kannabis kullanımı arasındaki ilişkiyi desteklemektedir. Gen-çevre etkileşimi, COMT Val158Met polimorfizmi ile premorbid kannabis kullanımı etkileşimi bağlamında şizofrenide önemli rol oynayabilir ve genetik polimorfizm bazı klinik özellikleri etkileyebilir.

Anahtar kelimeler: Şizofreni, COMT Val158Met, Kannabis, Klinik Özellikler

Kaynaklar

1. Henquet C, Rosa A, Delespaul P, Papiol S, Fananas L, van Os J, Myin-Germeys I. COMT Val158Met moderation of cannabis-induced psychosis: a momentary assessment study of switching on hallucinations in the flow of daily life. Acta Psychiatr Scand 2009;119:156–160.
2. Wang Y, Fang Y, Shen Y, Xu Q. Analysis of association between the catechol-O-methyltransferase (COMT) gene and negative symptoms in chronic schizophrenia. Psychiatry Res. 2010;179:147-150.
3. 118. Tosato S, Bonetto C, Di Forti M, Collier D, Cristofalo D, Bertani M, Zanoni M,Marrella G, Lazzarotto L, Lasalvia A, De Gironcoli M, Tansella M, Dazzan P,Murray R, Ruggeri M. Effect of COMT genotype on aggressive behaviour in a community cohort of schizophrenic patients. Neurosci Lett. 2011;495:17-21.

Tablo 1. Premorbid kannabis kullanımına göre comt val158met genotip dağılımları

COMT Val158Met Genotipleri	*Tüm Grup (N:74)*	*Kanabis (+) Şizofreni (N:36)*	*Kanabis (-) Şizofreni (N:38)*		
	N(%)	N(%)	N(%)	ki kare	p
Val/Val	58 (%78.4)	32 (%88.9)	26 (%68.4)		
Val/Met	14 (%18.9)	2 (%5.5)	12 (%31.6)	9.71	0.008**
Met/Met	2 (% 2.7)	2 (%5.5)	0 (%0)		

Ki-Kare test. **p<0.01

SS-056

OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK ETİYOLOJİSİNDE BDNF VE GDNF GEN METİLASYONUNUN ETKİSİ

Seda Orenay Boyacıoğlu[2], Metin Çalışkan[3], Ayşe Döndü[1]

[1]*Aydın Devlet Hastanesi*
[2]*Aydın Adnan Menderes Üniversitesi*
[3]*Ege Üniversitesi*

Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) istenmeden gelen ve uygunsuz olarak yaşanan, belirgin anksiyete ya da sıkıntıya neden olan, yineleyici ve sürekli düşünceler ile obsesyona bir tepki olarak ya da katı bir biçimde uygulanması gereken kurallara göre yapmaktan kendini alıkoyamadığı yineleyici davranışlardan oluşan, dünyada depresyon, fobiler ve madde kötüye kullanımından sonra en sık görülen dördüncü psikiyatrik bozukluktur

OKB nin etiyopatogenezine şu ana kadar bir çok hipotezler öne sürülse de son zamanlarda epigenetik değişikler üzerinde durulmaktadır. BDNF ve GDNF beyinde sinaptik plastisitede çok önemli bir role sahip olup bir çok psikiyatrik hastalıklarda etkilerini gösteren çalışmalar vardır. BDNF VE GDNF genlerindeki metilasyonun OKB üzerindeki etkileri net değildir.

Bu amaçla yapılandırılmış klinik görüşmelerde DSM-V tanı ölçütlerine göre OKB tanısı alan 80 hasta ve yaş ve cinsiyet olarak eşleştirilmiş 70 kontrol grubuna sosyodemografik veri formu, Yale-Brown Obsesif-Zorlama Ölçeği (Y-BOCS), Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAM-D), Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği (HAM-A), Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-I) uygulandı. EDTA`li periferik kan örneğinden DNA izole edildi ve BDNFve GDNF CpG promotor genindeki metilasyon incelendi.

Yapılan istatatistik değerlendirme(spss 16, ANOVA test) sonucunda iki grup arasında BDNF ve GDNF CpG promotor gen metilasyonu açısından anlamlı fark saptandı.($p<0.05$)

Bu çalışmada OKB de GDNF ve BDNF gen metilasyonları gösteren ilk çalışmalardan biri olup OKB patogenezinde genetik metilasyonların etkisi olabileceğini düşündürmektedir. İleriki çalışmalarda daha fazla hasta sayısı ile bulguların desteklenmesi gerekmektedir.

Anahtar kelimeler: BDNF,GDNF,metilasyon,OKB

Kaynaklar

1. Frisch, A.,Michaelovsky, E., Rockah, R., Amir, I., Hermesh, H., Laor, N., Fuchs, C., Zohar, J., Lerer, B., Buniak, S.F., Landa, S., Poyurovsky, M., Shapira, B., Weizman, R. 2000." Association between obsessive–compulsive disorder and polymorphisms of genes encoding components of the serotonergic and dopaminergic pathways", Eur. Neuropsychopharmacol,10, 205–209.
2. Meaney, M. J. 2010. "Epigenetics and the biological definition of gene × environmentinteractions", Child Dev, 81, 41–79.
3. Pato, M.T.,Pato, C.N., Pauls, D.L.2002. "Recent findings in the genetics of OCD",J. Clin. Psychiatry, 63 (6), 30–33.
4. Portela, A.,Esteller, M. 2010. " Epigenetic modifications and human disease", Nat Biotechnol, 28, 1057–1068.
5. Inouye, E . 1965."Similar and dissimilar manifestations of obsessive– compulsive neurosis in monozygotictwins", Am J Psychiatry, 121, 1171–1175.

SS-058

İNFERTİLİTE TANILI KADIN HASTALARDA ALEKSİTİMİ, YAŞAM KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Kerim Uğur[1], Sevler Yıldız[2], Fatma Hilal Yağın[4, 1], Aslı Kazgan[3, 1]

[1]*Malatya Eğitim Ve Araştırma Hastanesi*
[2]*Tunceli Devlet Hastanesi*
[3]*Şanlıurfa Siverek Devlet Hastanesi*
[4]*İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi*

Giriş: Bir yıl boyunca düzenli, korunmasız cinsel ilişkiden sonra gebe kalmama durumu infertilite olarak tanımlanır. Dünyada üreme çağındaki çiftlerin % 8-30'u infertiliteden muzdariptir (1). Aleksitimi, duyguları bedensel duyumlardan ayırt etme zorluğu, duyguları tanımlama ve sözelleştirme zorluğu, dışsal düşünme tarzı, fantezi yaşamı yoksulluğu ve zayıf empati olmak üzere beş özellikten oluşan bir kişilik yapısıdır. Bu kişilik yapısı, kaygı, depresyon, psikosomatik hastalıklar gibi çeşitli fiziksel ve zihinsel sağlık sorunları için risk faktörüdür . Aleksitimi düzeyi, infertil kadınlarda fertil kadınlardan anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (2). Bu çalışmada infertil kadınların aleksitimi ve yaşam kalitesinin sağlıklı kontrol grupları ile karşılaştırdık.

Yöntem: Obstetri polikliniğinde infertilite tanısı konulan 18-49 yaşları arasında 50 infertilite tanılı kadın, hasta grubu olarak ve hasta grubuyla yaş ve cinsiyet açısından benzer sosyo demografik özellikleri taşıyan 50 sağlıklı kadın birey, kontrol grubu olarak alındı. Tüm katılımcılara Yaşam Kalitesi Ölçeği, Toronto Aleksitimi Ölçeği ve klinik-sosyodemografik özellikleri sorgulayan yarı yapılandırılmış görüşme formu uygulandı. İstatiksel değerlendirmede $p<0.005$ değerleri anlamlı alınmıştır.

Bulgular: Çalışmaya 50 infertil kadın ve 50 sağlıklı kontrol dahil edilmiştir. Yaşam kalitesi ölçeği toplam ve alt puanları değerlendirildiğinde Genel sağlık durumu, psikolojik sağlık, çevre, fiziksel sağlık ve toplam puanlar açısından istatistiksel olarak anlamlılık olduğu bulunmuştur (p: 0,0001, 0,003, 0,008, 0,0001, 0,0001). Toronto aleksitimi ölçeği toplam ve alt puanlarında ise TASF3 alt puanı dışında istatiksiksel olarak anlamlılık saptanmamıştır.

Tartışma: Çalışmalarda infertil grup ile fertil grup arasında yaşam kalitesi ölçeği ve genel sağlık, fiziksel sağlık, psikolojik sağlık, sosyal ilişkiler ve çevre alt ölçek puanlamasında farklılıklar gözlenmektedir. Bakhtiyar ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada infertil grupta yaşam kalitesi alt ölçeklerinden total skorda, fiziksel sağlık, mental sağlık ve çevresel sağlık alt ölçeklerinde fertil gruba göre düşüklük saptanırken, sosyal sağlık alt ölçeğinde yükseklik saptanmıştır (2). Biz de çalışmamızda yaşam kalitesi ölçeği ve tüm alt ölçeklerde infertil grupta fertil gruba kıyasla anlamlı olarak düşüklük saptadık. Anksiyete ve depresyonda yaşam kalitesinin düşüklüğü bilinen bir durumdur (4). İnfertilite tanılı kadın hastalarda yapılan bir çalışmada aleksitimi düzeyinin fertil kadınlara oranla yüksek olduğu gösterilmiştir (5). Ancak literatürü incelediğimizde infertil kadın hastalarda aleksitimi alt ölçekleriyle ilgili detaylı değerlendirmenin yapıldığı bir çalışmaya rastlamadık. Çalışmamızda total aleksitimi pozitifliği ve alt ölçeklerden dışa-dönük düşünme (TASF3); infertil grupta anlamlı olarak fertil gruba göre daha yüksek olarak görülmüştür. Duygularını tanımada güçlük (TAÖ-F1) ve duygularını söze dökmede güçlük (TAÖ-F2) alt ölçeklerinde ise anlamlı fark gözlenmemiştir.

Anahtar kelimeler: infertilite, aleksitimi, yaşam kalitesi

Kaynaklar

1. Vander Borght M, Wyns C. Fertility and infertility: Definition and epidemiology. Clin Biochem. 2018 Dec;62:2-10. doi: 10.1016/j.clinbiochem.2018.03.012. Epub 2018 Mar 16. Review.
2. Gourounti K, Anagnostopoulos F, Griva F, Vaslamatzis G. Alexithymia and fertility-related stress.Women Health. 2016;56(3):312-25.
3. Bakhtiyar K, Beiranvand R, Ardalan A, Changaee F, Almasian M, Badrizadeh A, Bastami F, Ebrahimzadeh F. An investigation of the effects of infertility on Women's quality of life: a case-control study. BMC Womens Health. 2019 Sep 4;19(1):114.
4. Gülseren, L., Hekimsoy, Z., Gülseren, Ş., Bodur, Z., & Kültür, S. (2001). Diabetes mellituslu hastalarda depresyon anksiyete, yaşam kalitesi ve yetiyitimi. Türk Psikiyatri Dergisi, 12(2), 89-98.
5. Lamas C, Chambry J, Nicolas I, Frydman R, Jeammet P, Corcos M. Alexithymia in infertile women. J Psychosom Obstet Gynaecol. 2006 Mar;27(1):23-30.

SS-059

THE ROLES OF EMPATHY, THEORY OF MIND, AND ALEXITHYMIA IN BORDERLINE PERSONALITY DISORDER

Faruk Kılıç[1], Arif Demirdaş[1], Ümit Işık[2], Merve Akkuş[1], İnci Meltem Atay[1], Duru Kuzugüdenlioğlu[1]

[1]*Department Of Psychiatry, Suleyman Demirel University Faculty Of Medicine*
[2]*Department Of Child And Adolescent Psychiatry, Suleyman Demirel University Faculty Of Medicine*

The purpose of this research is to predict the characteristics of borderline personality disorder (BPD) in a clinical sample based on the theory of mind, empathy, and alexithymia. Thirty-five patients with BPD and 35 healthy controls were included in this study. To measure the clinical variables, Empathy Quotient (EQ), Reading the Mind in the Eyes Test (RMET), Toronto Alexithymia Scale (TAS-20), Barratt Impulsivity Scale-11 (BIS-11), and Beck Depression Inventory (BDI) were applied. We found that the BPD group was significantly worse than the control group for total RMET and neutral RMET scores. There were no differences in EQ scores between BPD and control groups. Patients with BPD more alexithymic than controls. Also, alexithymia and depression scores predicted BPD status. BPD patients who have difficulty identifying their own emotions tend to be more prone to display deficits in perception of facial emotions, which in turn may lead to misconception of social signals and thus contribute to excessive emotional intensity and tension in social situations. The results of the study revealed that alexithymia and depression are important variables in predicting the traits of borderline personality disorder.

Anahtar kelimeler: Keywords: Borderline personality disorder; empathy; theory of mind; alexithymia.

Kaynaklar

1. Haas BW, Miller JD (2015) Borderline Personality Traits and Brain Activity during Emotional Perspective Taking. Personal Disord Theory, Res Treat 6: 315–320.
2. Pluta A, Kulesza M, Grzegorzewski P, Kucharska K (2018) Assessing advanced theory of mind and alexithymia in patients suffering from enduring borderline personality disorder. Psychiatry Res 261:436-441.
3. Savage M, Lenzenweger MF (2018) The Impact of Social Exclusion on "Reading the Mind in the Eyes" Performance in Relation to Borderline Personality Disorder Features. J Pers Disord 32: 109–130.

Table 2. RMET, EQ, TAS, BDI and BIS in borderline personality disorder and controls.

	BPD (n=35)	*Controls (n=35)*	*t*	*p*
RMET total	20.8±3.2	23.2±2.6	-3.283	0.002
RMET negative	6.8 ± 1.4	7.1 ± 1.5	-0.953	0.344
RMET neutral	9.6 ± 1.8	10.9 ± 1.5	-3.323	0.001
RMET positive	4.4 ± 1.3	5.0 ± 1.6	-1.868	0.066
EQ	30.9±11.3	34.9±9.1	-1.637	0.106
TAS total	62.0±11.5	42.6±6.2	8.711	<0.001
TAS identifying feelings	25.2±6.9	13.0±3.0	9.463	<0.001
TAS describing feelings	16.3±4.7	11.2±2.8	5.495	<0.001
TAS external oriented thinking	20.4±3.5	18.4±3.7	2.380	0.020
BDI	23.5±11.6	6.0±4.8	8.213	<0.001
BIS total	74.8±13.0	57.0±7.2	7.062	<0.001
BIS non-planning impulsiveness	28.6±5.4	23.1±2.8	5.228	<0.001
BIS motor impulsiveness	24.8±5.5	19.1±3.3	5.203	<0.001
BIS attentional impulsiveness	21.3±4.2	14.7±2.9	7.523	<0.001

BPD: Borderline personality disorder; RMET: Reading Mind in the Eyes Test; EQ: Empathy Quotient; TAS: Toronto Alexithymia Scale; BDI: Beck Depression Inventory; BIS: Barratt Impulsiveness Scale. Values in boldface are statistically significant (p<0.05)

Table 3. Logistic regression analysis of borderline personality disorder status

Predictor variables	*Wald2*	*df*	*p*	*Exp(B)*	*95% CI*
RMET	1.259	1	0.262	0.815	0.570. 1.165
EQ	2.280	1	0.131	0.912	0.810. 1.028
TAS	4.554	1	0.033	1.144	1.011. 1.295
BDI	4.746	1	0.029	1.186	1.017. 1.382
BIS-11	3.409	1	0.065	1.090	0.995. 1.194

Model Cox & Snell R2=0.630; Nagelkerke R2=0.840. Hoshmer & Lemeshow goodness of fit χ2=64.382, p<0.001 Values in boldface are statistically significant (p<0.05)

SS-060

BRUKSİZMLİ HASTALARDA ALEKSİTİMİ VE ÖFKE DÜZEYLERİ

Musa Şahpolat[1]

[1]*Kilis Devlet Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Kilis*

Amaç: Çalışmamızda amacımız bruksizmli hastaların aleksitimi ve öfke düzeylerinin sağlıklı kontroller ile karşılaştırmak ve sosyodemografik veriler ile ilişkisini saptamaktır.

Yöntem: Çalışma araştırmaya katılmayı kabul eden 59 kişi bruksizmli hasta ve 60 kişi sağlıklı gönüllü kişi ile toplam 119 kişi ile yapılmıştır. Klinisyen tarafından tanıtıcı bilgi formu, Buss-Perry Saldırganlık ölçeği (BPSÖ) ve Toronto Aleksitimi ölçeği (TAÖ-20) uygulandı.

Bulgular: Bruksizmli hastaların TAÖ-20 toplam ölçek puan ortalaması (52.91±9.09) ile sağlıklı kontrol grubunun TAÖ-20 toplam ölçek puan ortalaması (47.88±9.81) arasında istatistiksel anlamlı farlılık saptandı (t=2.901, p=0.004). Bruksizmli hastaların BPSÖ toplam ölçek puan ortalaması (42.39±15.65) ile sağlıklı kontrol grubunun BPSÖ toplam ölçek puan ortalaması (37.68±15.85) arasında istatistiksel anlamlı farlılık saptanmadı (t=1.817, p=0.072). BPSÖ ile TAÖ-20 ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde korelasyon saptandı (r= 0.319, p= 0.001).

Sonuç: Çalışmamızda bruksizmli hastalarda artmış aleksitimi düzeyi tespit edildi, ayrıca aleksitimi ve öfke ilişkisine bakıldığında aralarında pozitif yönde anlamlı korelasyon saptandı. Bruksizmli hastalar farklı kliniklerde tanı konulması durumunda altta yatan bir psikiyatrik durumun tespiti açısından psikiyatrik muayenesinin uygun olacağı düşünülmektedir.

Anahtar kelimeler: Bruksizm, aleksitimi, öfke.

Kaynaklar

1. Clark GT, Ram S. Four oral motor disorders: bruxism, dystonia, dyskinesia and drug-induced dystonic extrapyramidal reactions. Dent Clin North Am 2007;51:225-243.
2. Bader G, Lavigne G. Sleep bruxism; an overview of an oromandibular sleep movement disorder. Sleep Med Rev 2000;4:27-43.
3. Sayar K, Bilen A, Arıkan M. Patients with chronic pain anger, self-esteem and alexithymia. Journal of Clinical Psychiatry Turkey 2001;2:36-42.
4. Miyachi H, Wake H, Tamaki K et al. Detecting mental disorders in dental patients with occlusion-related problems. Psychiatry Clin Neurosci 2007;61:313-319.
5. Demet MM, Deveci A, Özmen E, Şen FS and İçelli İ. Major influence on the symptomatology of alexithymia in patients receiving a diagnosis of depressive disorder. Nöropsikiyatri Arşivi 2002;39:67-74.

SS-061

DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU TANILI HASTALARDA ZONULİN VE CLAUDİN-5 KAN DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Pınar Aydoğan Avşar, Ümit Işık, Evrim Aktepe, Faruk Kılıç, Duygu Kumbul Doğuç, Halil İbrahim Büyükbayram

Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi

Amaç: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), genetik ve çevresel etkenlerin değişik orandaki katkısıyla ortaya çıkan ve çocuğun ve ailenin yaşam kalitesini bozan etyolojisi henüz tam aydınlatılmamış nörogelişimsel bir bozukluktur. Bu çalışmada DEHB tanılı olgular ve sağlıklı kontrol grubu arasında serum zonulin ve claudin-5 düzeylerinin farklılık gösterip göstermediğinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmaya çocuk ve ergen psikiyatri polikliniğine ilk kez başvuran, DSM-5 tanı ölçütlerine göre DEHB tanısı konan 8-12 yaş arası çocuklar (n=80) ile yaş ve cinsiyet olarak hasta grubuna benzer sağlıklı kontroller (n=40) alınmıştır. Araştırmacı tarafından tüm olgulara sosyodemografik bilgi anket formu ve Okul Çağı Çocuklar İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu-Türkçe Uyarlaması uygulanmıştır. Çalışmaya katılan ebeveynlerden ve öğretmenlerden çocuklar için Turgay DSM-IV'e göre Yıkıcı Davranım Bozuklukları için Tarama Ölçeği (T-DSM-IV-S), ebeveynlerden ayrıca Güçler ve Güçlükler Anketi (GGA) ve Sosyal Cevaplılık Ölçeğini (SCÖ) doldurmaları istenmiştir. Çalışmaya katılan çocuklardan Çocuk Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (ÇADÖ) ve Reaktif Proaktif Agresyon Ölçeğini (RPAÖ) doldurmaları istenmiştir. Venöz kan örnekleri gece açlığını takiben saat 8:00-10:00 arasında alınmış ve serum örnekleri tıbbi biyokimya anabilim dalında incelenmiştir.

Bulgular: Çalışmamızda DEHB tanılı grupta serum claudin-5 düzeyleri sağlıklı kontrollere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu. Çalışmada yer alan gruplar arasında serum zonulin düzeyleri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmedi.

Sonuç: Yüksek serum claudin-5 düzeyleri DEHB tanılı çocuklar için kan beyin bariyerinde bozulmayı gösteriyor ve bozukluğun etiyopatogenezinde yer alıyor olabilir.

Anahtar kelimeler: Bağırsak-beyin aksı, claudin-5, Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu, kan-beyin bariyeri, zonulin

Kaynaklar

1. Polanczyk G, Rohde LA. Epidemiology of attention-deficit/hyperactivity disorder across the lifespan. Curr Opin Psychiatry
2. Fasano A, Not T, Wang W, Uzzau S, Berti I, Tommasini A, et al. Zonulin, a newly discovered modulator of intestinal permeability, and its expression in coeliac disease. Lancet
3. Barber GS, Sturgeon C, Fasano A, Cascella NG, Eaton WW, et al. Elevated zonulin, a measure of tight-junction permeability, may be implicated in schizophrenia. Schizophr Res
4. Esnafoglu E, Cırrık S, Ayyıldız SN, Erdil A, Ertürk EY, Daglı A, et al. Increased Serum Zonulin Levels as an Intestinal Permeability Marker in Autistic Subjects. J Pediatr
5. Tsukita S, Tanaka H, Tamura A. The Claudins: From Tight Junctions to Biological Systems. Trends Biochem Science

Tablo 1. DEHB ve kontrol gruplarının serum zonulin ve claudin-5 düzeyleri

			İstatiksel Analiz				
	DEHB (n:80) (ortalama ± ss	*Kontrol(n:40) (ortalama ± ss)*	*t/z*	*p*	*F*	*p*	*ηp2*
Zonulin (ng/ml)	87.8±80.6	88.9±69.2	-0.076	0.936	0.530	0.468	0.005
Claudin-5 (pg/ml)	2044.2±1893.5	1382±1404.7	-1.99	0.046	5.841	0.017	0.048

Tablo 2. DEHB ve kontrol gruplarının klinik özelliklerinin karşılaştırılması

Değişkenler	*Değişkenler DEHB (n:80) (ortalama ± ss)*	*Kontrol (n:40) (ortalama ± ss)*	*İstatiksel Analiz (p)*
RPAÖ			
Reaktif Agresyon	8.2±5.8	3.2±2.5	<0.001
Proaktif Agresyon	3.08±3.7	0.47±0.93	<0.001
Toplam	11.3±8.5	3.7±3.1	<0.001
T-DSM-IV-Ö Ebeveyn			
DE	15.9±6.4	4.8±3	<0.001
HA/D	14.7±6.5	4.2±3.4	<0.001
KOKG	12.1±6.3	5.1±3.8	<0.001
DB	2.8±3.3	0.45±1	<0.001
T-DSM-IV-Ö Öğretmen			
DE	15.4±6.2	4.5±3.3	<0.001
HA/D	13.1±8.5	2.3±1.7	<0.001
KOKG	9.7±6.8	2.4±2.3	<0.001
DB	3.9±5.1	0.2±0.6	<0.001
ÇADÖ			
AAB	5.9±4.4	3.1±2.6	0.010
Sosyal Fobi	8±6.2	5.2±5.4	0.011
OKB	5.4±3.9	3.4±2.6	0.006
Panik Bozukluk	5.6±5.8	2.4±4.1	<0.001
Yaygın AB	5.8±3.8	2.7±3	<0.001
Depresyon	7.1±5.5	2.8±3	<0.001
İnternalizasyon	37.7±25.5	19.8±17.1	<0.001
Toplam	30.6±20.5	16.9±14.6	<0.001
SCÖ Toplam	88.8±26.1	63.2±14.2	<0.001
GGA			
Duygusal Sorunlar	3.2±2.5	1.9±1.5	<0.001
Davranışsal Sorunlar	3±2.1	1.1±0.9	<0.001
DE/HA	6.8±3.8	1.9±1.6	<0.001
Akran Sorunları	3.4±1.6	2.2±1.7	<0.001
Prososyal Davranış	7.6±2.1	2.1±1.3	0.006
Toplam	16.8±5.1	5.1±3.9	<0.001

SS-062

GEBE OKULUNUN DOĞUM ANKSİYETESİ ÜZERİNE ETKİSİ

Seda Kırcı Ercan[1], Tuna Akçal[2], Fedi Ercan[2]

[1]*Konya Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği*
[2]*Şanlıurfa Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları Ve Doğum Kliniği*

Amaç: Gebe okulu programı tüm gebelerin doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası dönemle ilgili konularda bilgi sahibi olmalarını ve bilinçli doğum yapmalarını sağlamayı, normal doğum eylemi, ağrı yönetimi ve yeni rollerini benimsemeleri konularında bilgi ve beceri kazandırmayı amaçlamaktadır. Üç ayrı gün, üçer saat olmak üzere toplam dokuz saat eğitim verilmektedir. Bu çalışmada bu eğitimin gebelerin doğum kaygıları üzerine olan etkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

Materyal ve Metod: Çalışmaya Haziran-Temmuz 2019 tarihleri arasında Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne prenatal bakım için başvurmuş olup araştırmaya katılmayı kabul eden, gebe okulunda eğitim alan (çalışma grubu) ve almayan (kontrol grubu) 40'ar gebe dahil edildi. Yüz yüze görüşme yöntemiyle gebelere Sosyodemografik Veri Formu ve Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeğinin A versiyonu (WIJMA) uygulandı.

Bulgular: Kontrol grubunun eğitim seviyesi, gebe okulunda eğitim alanlara göre daha yüksekti (p=0.039). Her iki grup için diğer sosyodemografik veriler Tablo 1'de verilmiştir. Gebe okulunda eğitim alan gebelerin WIJMA puan ortalaması 64.55±20.63 iken, gebe okulunda eğitim

almayanların puan ortalaması 64.95±15.47 idi (Tablo 2). Her iki grup puan ortalamaları arasında fark yoktu (p<0.711).

Sonuç: Gebelikte doğum yaklaştıkça kadınlar doğum süreci hakkında endişe ve korku yaşarlar. Bu sürecin nasıl geçeceği hakkındaki bilinmezlik durumu korkuya neden olabilir. Doğumun tehlikeli olduğunu düşünme, doğum ağrısı çekme, doğumda fiziksel yaralanma ve kontrolünü kaybetme gibi olumsuz düşünceler kadınlarda olumsuz gebelik beklentilerinin oluşmasına ve doğum anksiyetesinin artmasına neden olabilir (1). Literatürde prenatal dönemde alınan bakım ve eğitimin doğum korkusunu azaltmada önemli olduğu bildirilmiş olmasına rağmen (2,3), çalışmamızda gebe okulunda eğitim alan gebeler ile eğitim almayan gebeler arasında WIJMA puanları açısından fark yoktu. Gebelerde doğum anksiyetesinin eğitim seviyesi ile azaldığını bildiren araştırmalar mevcuttur (4). Bu sonuç kontrol grubumuzun eğitim seviyesinin yüksek olması ile ilişkili olabilir. Eğitim seviyesi düşük grubun aldığı gebelik okulu eğitimi sonrasında kaygılarının, gebe okuluna katılmayan eğitimli bir grup gebe ile benzer hale geldiği de öne sürülebilir. Bu bildiri araştırmamızın ön verileridir. Devam eden süreçte örneklem sayısının artırılarak eğitim seviyesi açısından özdeş gruplar arasında gebelik okulunda eğitim almanın doğum kaygısı üzerine olan etkililiğinin araştırılması planlanmaktadır.

Anahtar kelimeler: Doğum kaygısı, hamile okulu, gebelik, doğum beklentisi, doğum deneyimi

Kaynaklar

1. Seller A. Gebelerin Doğuma İlişkin Korku ve Beklentileri. Yüksek Lisans Tezi, Mersin: Mersin Üniversitesi 2012.
2. Şahin, N,K, Güngör, L, ve Sömek, A.Kadınların Doğum Yöntemlerine İlişkin Görüşleri ve Erken Postpartum Dönemdeki Sorunlarının Belirlenmesi: Bir Özel Hastane Orneklemi Jinekoloji ve Obstetrik Dergisi. 2007;21 (4):197-204
3. Güngör L, Gökyıldız Ş. & Nahcivan N. Sezaryen doğum yapan bir grup kadının doğuma ilişkin görüşleri ve doğum sonu erken dönemde yaşadıkları sorunlar. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2004 13(53), 185-197
4. Sertbaş G. Gebelerde doğum öncesi ve doğum sonrası dönemlerde durumluluk-sürekli kaygı düzeylerinin incelenmesi. Doktora tezi 1997. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2010;26(ek):66.

Tablo 1. Sosyodemografik Veriler

	Çalışma Grubu (n: 40)	*Kontrol Grubu (n: 40)*	*p*
Yaş (ort±SD)[min-max]	26.3±5.3 [19-40]	27.9±4.9 [19-39]	NS
Gebelik yaşı (hafta) (ort±SD) [min-max]	31.7±4.4 [18-39]	32.7±5.1 [15-39]	NS
Parite	2.4±1.1	3.0±1.2	NS
Eğitim durumu			0.039
Okur yazar	19 (%47.5)	11 (%27.5)	
İlköğretim	14 (%32.5)	14 (%35)	
Lise ve üstü	8 (%20)	15 (%37.5)	
Çalışma durumu			NS
Çalışıyor	8 (%20)	10 (%%25)	
Ev hanımı	32 (%80)	30 (%75)	
Ekonomik durum			NS
Geliri giderinden az	21 (%52.5)	11 (%27.5)	
Geliri giderine denk	14 (%35)	20 (%50)	
Geliri giderinden fazla	5 (%12.5)	9 (%22.5)	
Sosyal Güvencesi			NS
Var	20 (%50)	13 (%32.5)	
Analık hali muayenesi	20 (%50)	27 (%67.5)	

NS: p>0.05

Tablo 2. WIJMA Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği Min-Max Puanlar ile Gebelerin Aldıkları Puan Ortalamaları

	Çalışma Grubu (n: 40)	*Kontrol Grubu (n: 40)*	*p*
Puan Ortalaması (Puan Aralığı)	64.55±20.63 (27-127)	64.95±15.47 (28-94)	0.711

SS-064

MAJÖR DEPRESYON HASTALARINA UYGULANMIŞ TTMU TEDAVİSİNİN UYKU KALİTESİNE ETKİSİ: BİR ÖN BİLDİRİM ÇALIŞMASI

Sibel Çakıtlı[1], Onur Durmaz[1]

[1]*Erenköy Ruh Ve Sinir Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi*

Giriş: Tekrarlayıcı transkraniyal manyetik uyarım ilaç tedavisine yeterli cevap alınamayan majör depresyon hastalarında etkinliği kanıtlanmış ve onay almış bir uyarım tedavisidir(1). Çeşitli nöropsikiyatrik bozukluklarda etkinliği gösterilmiş olan bu yöntemin uyku bozukluklarında etkinliği ile de yakın zamanlı çalışmalar mevcuttur(2,3). Bu ön bildirim çalışmasında amaç majör depresyon tanısı ile tTMU tedavisi almış olan kişilerde uyku kalitesindeki değişimin ortaya konmasıdır. **Yöntem:** Tedaviye dirençli depresyon nedeniyle tTMU tedavisi planlanmış olan 22 major depresyon hastasının verileri değerlendirildi. Hastalara uygulanmış olan tTMU protokolü sol dorsolateral prefrontal bölgeye 20 Hz frekansta %100 motor eşik şiddetinde günlük 1000 atım olmak üzere toplam 20000 atım şeklindeydi. Hastaların klinik takiplerinde yapılmış olan tTMU tedavisi öncesi ve sonrası Beck Depresyon Ölçeği(BDÖ), Beck Anksiyete Ölçeği(BAÖ), Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi(PUKİ), ve sosyodemografik verileri değerlendirildi. İstatistiksel analizde, tTMU uygulaması öncesi ve sonrası PUKİ B1-7 puanlarının ve BDE-15 nci maddenin karşılaştırılmasında Wilcoxon testi, BDÖ, BAÖ ve PUKİ toplam puanlarının karşılaştırılmasında bağımlı değişkenler için T testi kullanıldı. Verilerden PUKİ B1-7 puanları ve BDÖ-15 nci madde ortanca(%25-75 persentil) değer olarak verilirken BDÖ, BAÖ ve PUKİ toplam puanları ise ortalama± standart sapma şeklinde verildi.

Bulgular: Cinsiyetlerin karşılaştırılmasında 14 kadın (%63.6) ve 8 erkek (%36.4) katılımcı mevcuttu. Örneklem grubunun yaş ortalaması 47±12.7 olarak saptandı. Hastaların tTMU öncesi BDÖ toplam puanları sonucu hastalık şiddetine göre dağılımı 1 hasta(%4.5) hafif, 9 hasta (%40.9) orta, 12 hasta(%54.5) şiddetli depresyon şeklindeydi. Tedavi öncesi ve sonrası yapılan karşılaştırmada BDÖ ve PUKİ toplam puanlarında tTMU sonrası istatistiksel olarak anlamlı azalma gözlendi. Depresyonda uyku sorununu ölçen BDÖ-15 nci madde puan ortancasında da tTMU sonrası anlamlı azalma mevcuttu. Yapılan karşılaştırmada tTMU tedavisi sonrası PUKI ölçeğinin uyku latensi, uyku süresi, alışılmış uyku etkinliği, ve uyku bozukluğu alt ölçeklerinde anlamlı azalma olduğu gözlendi. Yapılan regresyon analizi, tTMU sonrası BDE toplam puanları açısından tedavi öncesi PUKİ puanlarının yordayıcı olmadığını göstermiştir(r^2=0.35, p=0.07).

Sonuç: Bu ön çalışma tTMU tedavisinin majör depresyon hastalarında depresyon belirtilerinden bağımsız şekilde uyku yakınmalarında azalma yarattığını destekler niteliktedir.

Anahtar kelimeler: tekrarlayan transkraniyal manyetik uyarım, uyku, depresyon

Kaynaklar

1. Dell'Osso, B., Camuri, G., Castellano, F., Vecchi, V., Benedetti, M., Bortolussi, S., & Altamura, A. C. (2011). Meta-review of metanalytic studies with repetitive transcranial magnetic stimulation (rTMS) for the treatment of major depression. Clinical practice and epidemiology in mental health: CP & EMH, 7, 167.
2. Antczak, J., Poleszczyk, A., Wichniak, A., Rakowicz, M., & Parnowski, T. (2017). The influence of the repetitive transcranial magnetic stimulation on sleep quality in depression. Psychiatr. Pol, 51(5), 845-857.
3. Lin, J., Liu, X., Li, H., Yu, L., Shen, M., Lou, Y., ... & Yuan, T. F. (2019). Chronic repetitive transcranial magnetic stimulation (rTMS) on sleeping quality and mood status in drug dependent male inpatients during abstinence. Sleep medicine, 58, 7-12.

Tablo 1. Major depresyon hastalarında tTMU öncesi ve sonrası klinik ölçeklerin değerlendirilmesi tTMU: tekrarlayıcı transkraniyal manyetik uyarım, PUKİ: Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi, BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği, BAÖ: Beck Anskiyete Ölçeği

	tTMU Öncesi	tTMU Sonrası	z, t	p
PUKI				
Öznel Uyku Kalitesi	1(1-2)	1(1-2)	-0.05	0.95
Uyku Latensi	2(1-3)	1(0-2)	-1.99	0.04
Uyku Süresi	0(0-2)	0(0-0)	-2.2	0.02
Alışılmış Uyku Etkinliği	1(0-2)	0(0-0)	-2.2	0.02
Uyku Bozukluğu	2(1-2)	1(1-2)	-2	0.04
Uyku İlacı Kullanımı	1(0-2)	0(0-3)	0	1
Gündüz İşlev Bozukluğu	2(1-2)	2(1-2)	-0.84	0.39
PUKİ Toplam Puanı	10.5±5.7	7.6±5.1	3.02	0.007
BDÖ Madde 15	1(0-2)	0(0-1)	-2.48	0.01
BDÖ Toplam Puan	30.2±10.1	24.1±11.5	3.31	0.003
BAÖ	21.6±11.9	18.2±12	1.54	0.13

SS-065

KADINDAN ERKEĞE CİNSİYET GEÇİŞİNDE HORMON TEDAVİSİNİN YAŞAM KALİTESİ, BEDEN ALGISI VE BENLİK SAYGISI ÜZERİNE ETKİLERİ

Şenol Turan[1], Hülya Filipov[2], Yasin Kavla[1], Mehmet Enes Gökler[3]

[1]İstanbul Üniversitesi-cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı
[2]Doğuş Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü
[3]Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Amaç: Cinsiyet Disforisi (CD) tanısı konmuş bireylere, psikolojik durumlarını daha iyi bir hale getirmek ve biyolojik/bedensel olarak istemedikleri cinsiyette bulunmalarından kaynaklanan huzursuzluklarını azaltarak kendilerini gerçekleştirmelerini sağlamak amacıyla cinsiyet geçişi yapmaları önerilmektedir. Cinsiyet geçişinin önemli bir parçasını hormon tedavileri oluşturmaktadır. Bu çalışmada, kadından erkeğe CD (KECD) olan bireylerde cinsiyet geçişine yönelik uygulanan hormon tedavisinin yaşam kalitesi, beden algısı ve benlik saygısı üzerine olan etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmaya DSM-5'e göre KECD tanısı konmuş ve hormon tedavisi almayan 37 birey, KECD tanısı konmuş ve en az 6 aydır hormon tedavisi alan 35 birey ve CD olmayan 38 kadın kontrol katılmıştır. Katılımcılara Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL), Vücut Algısı Ölçeği (VAÖ) ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ) uygulanmıştır.

Bulgular: KECD olup hormon tedavisi almayan bireylerde beden algısı puanlarının hem hormon tedavisi alan bireylere hem de kadın kontrollere kıyasla daha düşük olduğu (p<0,001), yaşam kalitesi bakımından hormon tedavisi alan bireylerle anlamlı farklılık olmadığı, kadın kontrollerle kıyaslandığında ise yalnızca psikolojik sağlık alt alanı puanlarının daha düşük olduğu (p=0,004) gösterilmiştir. Benlik saygısı bakımından gruplar arasında anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır.

Tartışma: Bu çalışmanın sonuçları, kadından erkeğe cinsiyet geçişi için uygulanan hormon tedavisinin KECD olan bireylerde beden algısını olumlu yönde etkilediğine ve yaşam kalitesinin bir parçası olan psikolojik sağlığa ılımlı bir katkı sağladığına işaret etmektedir. Hormon tedavisinin benlik saygısı üzerine ise etkisi olmadığı düşünülebilir.

Anahtar kelimeler: Beden Algısı, Benlik Saygısı, Cinsiyet Disforisi, Hormon Tedavisi, Yaşam Kalitesi

Kaynaklar

Hembree WC, Cohen-Kettenis PT, Gooren L ve ark. Endocrine treatment of gender-dysphoric/gender-incongruent persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. J Clin Endocrinol Metab, 2017;102(11):3869-3903.
Simbar M, Nazarpour S, Mirzababaie M ve ark. Quality of life and body image of individuals with gender dysphoria. J Sex Marital Ther, 2018;44(6):523-532.
Valashany BT, Janghorbani M. Quality of life of men and women with gender identity disorder. Health Qual Life Outcomes, 2018;16(1):167.
Turan Ş, Aksoy Poyraz C, Usta Sağlam NG ve ark. Alterations in body uneasiness, eating attitudes, and psychopathology before and after cross-sex hormonal treatment in patients with female-to-male gender dysphoria. Arch Sex Behav, 2018;47(8):2349-2361.

SS-068

THE EFFECT OF TEMPERAMENT AND CHARACTER ON ADULT SEPARATION ANXIETY DISORDER COMORBIDITY IN BIPOLAR DISORDER PATIENTS

Merve Babalıoğlu[1], İzgi Alnıak[2]

[1]Izmir Economy University Medical Park Hospital
[2]Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Training And Research Hospital For Psychiatry, Neurology And Neurosurgery

Objective: The aim of this study is to assess the effect of temperament and character dimensions on adult separation anxiety disorder (ASAD) comorbidity in bipolar disorder (BD) and to evaluate the relationship of ASAD comorbidity with the clinical features of BD.

Methods: A sample of 113 euthymic BD outpatients participated in this study. All patients were evaluated using Young Mania Rating Scale, Hamilton Depression Rating Scale, Separation Anxiety Symptom Inventory, Structured Clinical Interview for Separation Anxiety Symptoms (SCI-SAS), Adult Separation Anxiety Questionnaire (ASA-27), Hamilton Anxiety Rating Scale, Temperament and Character Inventory (TCI) and Functional Assessment Short Test. ASAD diagnosis was confirmed with SCI-SAS.

Results: 22 (19.5%) out of 113 patients received ASAD diagnosis. In ASAD (+) group, anxiety and depression symptom severity and cognitive impairment were higher compared to ASAD (-) group. Patients in ASAD (+) group had higher Harm Avoidance and lower Self-Directedness (SD) and Cooperativeness (C) scores. SD character trait was a predictive factor for ASAD comorbidity in BD.

Limitations: Other comorbid anxiety disorders and personality disorders were not examined. Retrospective data was obtained only from patients.

Conclusion: SD appears to be a significant predictive factor in ASAD comorbidity of BD patients and this comorbidity seems to have an influence on the clinical course of BD.

Anahtar kelimeler: Separation Anxiety Disorder, Bipolar Disorder, Temperament, Character

Kaynaklar

Mertol S, Alkın T. Temperament and character dimensions of patients with adult separation anxiety disorder. J Affect Disord. 2012 Jul;139(2):199-203. doi: 10.1016/j.jad.2012.02.034. Epub 2012 Mar 21. PMID: 22440427.
Tasdemir A, Tamam L, Keskin N, Evlice YE. Assessment of co-morbidity of adult separation anxiety in patients with bipolar disorder. Nord J Psychiatry. 2016;70(2):93-102. doi: 10.3109/08039488.2015.1053098. Epub 2015 Jun 24. PMID: 26107408.
Caricasole V, Di Bernardo I, Varinelli A, Galimberti C, Zanello R, Bosi M, Ketter TA, Viganò CA, Dell'Osso B. Anxiety disorders anticipate the diagnosis of bipolar disorder in comorbid patients: Findings from an Italian tertiary clinic. J Affect Disord. 2019 Oct 1;257:376-381. doi: 10.1016/j.jad.2019.07.033. Epub 2019 Jul 5. PMID: 31302527.
Gesi C, Abelli M, Cardini A, Lari L, Di Paolo L, Silove D, Pini S. Separation anxiety disorder from the perspective of DSM-5: clinical investigation among subjects with panic disorder and associations with mood disorders spectrum. CNS Spectr. 2016 Feb;21(1):70-5. doi: 10.1017/S1092852914000807. Epub 2015 Feb 23. PMID: 25704393.
Shear K, Jin R, Ruscio AM, Walters EE, Kessler RC. Prevalence and correlates of estimated DSM-IV child and adult separation anxiety disorder in the National Comorbidity Survey Replication. Am J Psychiatry. 2006 Jun;163(6):1074-83. doi: 10.1176/ajp.2006.163.6.1074. PMID: 16741209; PMCID: PMC1924723.

SS-69

SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA PSİKOLOJİK DESTEK ALMA GEREKSİNİMİNİ YORDAYAN ETKENLER: ÖNCÜL BİR ÇALIŞMA

Özge Kılıç[1], Esra Bilir[2], Merve Yalçınay İnan[1], Kemal Kuşçu[3]

[1]Psikiyatri Anabilim Dalı, Koç Üniversitesi Hastanesi, İstanbul, Türkiye
[2]Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, Istanbul, Türkiye; American University of Sovereign Nations, School of Medicine, Sacaton, AZ, USA
[3]Psikiyatri Anabilim Dalı, Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, İstanbul, Türkiye

Amaç: Sağlık hizmetinde kalite, hizmeti veren sağlık çalışanlarının iyilik hali ile yakından ilişkilidir. Sağlık çalışanlarında psikolojik iyi oluş ve psikolojik destek gereksinimleriyle ilgili çalışmalar oldukça sınırlıdır. Çalışmamızda bir üniversite hastanesindeki sağlık çalışanlarının psikolojik destek alma gereksinimlerini, bunu yordayan faktörleri, gereksinimi karşılamak için başvuru ve tedavi alma oranlarını incelemeyi amaçladık.

Yöntem: Bu kesitsel araştırmada veri, sağlık çalışanlarının e-posta adreslerine gönderilen yapılandırılmış anonim bir anketle çevrimiçi olarak (qualtrics.com) toplanmıştır. Çoktan seçmeli sorularla sosyodemografik veriler, hastalık bilgileri sorulmuş, algılanan sosyal destek ve psikolojik iyi oluş ölçekleri uygulanmıştır. Veriler Windows için SPSS 26.0 ile analiz edilmiş, örneklemi tanımlamak için ortalama ve standart sapmalar, verilerin normal dağılıma uygunluğunu ölçmek için Shapiro Wilk's testi kullanılmıştır. Gruplar veri tipi ve dağılımına göre bağımsız gruplar T-testi, Mann-Whitney U testi ve Ki Kare testiyle karşılaştırılmış, tip I hatayı kontrol etmek için *p* eşik değeri <0.05 olarak belirlenmiştir.

Bulgular: Anketi yanıtlayan 49 bireyin (12 erkek, 37 kadın; yaş ortalaması (± SS): 32.3± 7.0) %53.1'i psikolojik destek alma gereksinimi duymakla beraber, bunlardan sadece 10'u (%20.4) son 1 yıl içinde bir ruh sağlığı uzmanına başvurmuş ve ancak 6'sı (%12.3) düzenli bir tedavi almaya başlamıştı. Kadın ve erkekler arasında psikolojik iyi oluş (F=1.056, df=47, p=0.967) algılanan sosyal destek (Mann-Whitney U testi, p=0.163) puanları açısından fark saptanmadı. Kadınlar erkeklere kıyasla daha fazla destek alma ihtiyacı duyduklarını belirttiler ($\chi 2$=5.024, df=1, p=0.025). Katılımcıların %31.4'ünde (n= 16) en az bir fiziksel hastalık mevcuttu. Birinci düzey lojistik regresyon analizinde yaş, cinsiyet, algılanan sosyal destek ve psikolojik iyi oluş sağlık çalışanlarının psikolojik destek gereksinimini yordayan bağımsız yordayıcı faktörler olarak saptandı. Son çoklu lojistik regresyon modelinde cinsiyet ve algılanan sosyal destek anlamlı olarak psikolojik destek gereksinimi rapor etmeyi yordamaktaydı (R^2=.45 *(Nagelkerke)* .34 *(Cox & Snell)* Model $\chi^2(4)$ = 20.385, p<0.0001).

Sonuçlar: Sağlık çalışanlarında psikolojik destek gereksinimi duyulmasına rağmen başvuru ve destek alma oranları oldukça düşüktür. Sosyal desteği hedef alan, cinsiyeti göz önünde bulundurarak planlanacak etkili psikososyal yaklaşımlar ruh sağlığı sorunlarını önleme ve erken müdahale açısından umut vadedebilir.

Kaynaklar

1- Mitchell, AEP. Psychological distress in student nurses undertaking an educational programme with professional registration as a nurse: Their perceived barriers and facilitators in seeking psychological support. J Psychiatr Ment Health Nurs. 2018; 25: 258– 269.
2- Şensoy, Nazlı, Nurhan Doğan, and Pınar Kurttaş Çolak. "Sağlık çalışanlarında psikolojik iyi oluş düzeyi ile sanal ortamda yalnızlık düzeyi arasındaki ilişki." Türkiye Aile Hekimliği Dergisi 24.1 (2020): 41-50.

Anahtar kelimeler: psikolojik iyi oluş, algılanan sosyal destek, psikolojik destek, cinsiyet

SS-070

COVID-19 PANDEMİSİ SÜRECİNDE SOSYAL MEDYA KULLANIM ÖZELLİKLERİNİN ANKSİYETE DÜZEYİ VE COVID-19 HASTALIĞI KONTROL ALGISINA ETKİLERİ

Erman Şentürk[1], Bahadır Geniş[2], Burak Erman Menkü[3], Behcet Coşar[3]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği
[2]Zonguldak Çaycuma Devlet Hastanesi Psikiyatri Kliniği
[3]Gazi Üniversitesi Psikiyatri Ana Bilim Dalı

Giriş ve Amaç: Sosyal medya kullanıcıları pandeminin başlangıcından itibaren COVID-19'a ilişkin vaka ve ölüm sayıları, virüs kaynağı, aşı geliştirme süreci, hastalık semptomları, bulaş yolları, önleme ve tedavi yöntemleri hakkında haberlerle bombardımana tutuldu. Bu çalışma, haber kaynaklarının türü ve haberlerin doğrulanmasının önemli olduğu ve bunların kaygı düzeyini ve COVID-19 hastalığı kontrol algısını etkilediği düşünülerek planlanmıştır. Farklı sosyal medya hesaplarına (resmi veya resmi olmayan) güvenmenin, sosyal medya paylaşımlarını diğer haber kaynakları ile doğrulamanın, olumsuz COVID-19 sosyal medya içeriklerine maruz kalma sıklığının bu durumu etkileyebileceği düşünülmektedir. Çalışmanın amacı, bu üç değişkenin katılımcıların anksiyete düzeyi ve COVID-19 hastalığı kontrol algısı üzerindeki etkilerini ortaya çıkarmaktır.

Yöntem: Örneklem 1516 yetişkinden oluşmaktadır (Tablo 1). COVID-19 sürecinde yüz yüze etkileşimi en aza indirmek ve katılımı kolaylaştırmak için çevrimiçi anket kullanılmıştır. Katılımcılar, sosyodemografik veri formu, sosyal medya teyit/güven ölçeği, durumluk kaygı ölçeği, COVID-19 hastalık kontrol algısı ölçeği ve pozitif / negatif COVID-19 sosyal medya içeriklerine maruz kalma sıklığının değerlendirildiği formlar doldurmuşlardır.

Bulgular: Resmi sosyal medya hesaplarının COVID-19 paylaşımlarına duyulan güven arttıkça, kaygı düzeyinin azaldığı ve COVID-19 hastalığı kontrol algısının arttığı; negatif COVID-19 sosyal medya içeriklerine maruz kalma arttıkça anksiyete düzeyinin arttığı ve COVID-19 hastalığı kontrol algısının azaldığı görüldü. Şaşırtıcı bir şekilde, COVID-19'a ilişkin sosyal medya gönderilerini diğer haber kaynaklarından doğrulamak ile anksiyete düzeyi arasında belirgin bir ilişki bulunamadı (Tablo 2).

Sonuç: Tarihteki geçmiş pandemilerden farklı olarak, COVID-19 pandemisi bilgi çağının ilk salgınıdır. Fiziksel temas COVID-19 hastalığının yayılmasını hızlandırırken, dijital temasın uygun şekilde kullanıldığı takdirde bireysel ve toplumsal kaygıyı azaltabilecek bir araç olabileceği düşünülmüştür. Güvenilir ve doğrulanmış gönderilerin, kaygı düzeyini ve hastalık algısını kontrol etmede anahtar rol oynayabileceği gözlerden kaçmamalıdır.

Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri

Değişkenler		*n*	*%*
Cinsiyet	Kadın	990	65,3
	Erkek	526	34,7
Medeni durum	Evli	647	42,7
	Bekar	869	57,3
Eğitim düzeyi	İlkokul	12	0,8
	Ortaokul	13	0,9
	Lise	151	10,0
	Üniversite	1340	88,4
Ebeveynlik durumu	Evet	539	35,6
	Hayır	977	64,4
Meslek	Sağlık çalışanı	299	19,7
	Memur	192	12,7
	Özel sektör	169	11,1
	Öğrenci	280	18,5
	İşsiz	163	10,8
	Emekli	68	4,5
	Diğerleri	345	22,8
Kronik fiziksel hastalık	Evet	265	17,5
	Hayır	1251	82,5
Psikiyatrik tedavi öyküsü	Evet	505	33,3
	Hayır	1011	66,7

Tablo 2. Ölçeklerin alt boyutları arasındaki ilişkilerin değerlendirilmesi

Değişkenler	*1*	*2*	*3*	*4*	*5*	*6*	*7*	*8*	*9*	*10*
	r (p)	*r (p)*	*r (p)*	*r (p)*	*r (p)*	*r (p)*	*r (p)*	*r (p)*	*r (p)*	*r (p)*
Sosyal medya teyit/ güven ölçeği (teyit) (1)	-									
Sosyal medya teyit/güven ölçeği (resmi sosyal medya hesaplarının paylaşımlarına güven) (2)	-0,006 (0,807)	-								
Sosyal medya teyit/ güven ölçeği (resmi olmayan sosyal medya hesaplarının paylaşımlarına güven) (3)	-0,030 (0,237)	0,405** (<0,001)	-							
COVID-19 hastalık kontrol algısı ölçeği (Makro-control) (4)	0,011 (0,682)	0,201** (<0,001)	0,042 (0,105)	-						
COVID-19 hastalık kontrol algısı ölçeği (Mikro-control) (5)	0,053* (0,038)	0,160** (<0,001)	0,164** (<0,001)	0,318** (<0,001)	-					
COVID-19 hastalık kontrol algısı ölçeği (kaçınılabilirlik) (6)	0,055* (0,032)	0,038 (0,140)	0,015 (0,547)	0,131** (<0,001)	0,251** (<0,001)	-				
Poziti sosyal medya içeriklerine maruz kalma sıklığı (7)	0,084** (0,001)	0,018 (0,485)	0,034 (0,182)	0,023 (0,380)	-0,031 (0,226)	-0,013 (0,617)	-			
Negatif sosyal medya içeriklerine maruz kalma sıklığı (8)	0,056* (0,041)	-0,050 (0,053)	-0,010 (0,706)	-0,172** (<0,001)	-0,121** (<0,001)	-0,170** (<0,001)	0,071** (0,006)	-		
Durumluk kaygı envanteri (9)	-0,039 (0.131)	-0,055* (0.034)	0,038 (0.142)	-0,313** (<0,001)	-0,207** (<0,001)	-0,193** (<0,001)	-0,024 (0.347)	0,213** (<0,001)	-	
Yaş(10)	0,067** (0,009)	-0,011 (0,679)	0,006 (0,815)	0,146** (<0,001)	0,135** (<0,001)	-0,013 (0,620)	0,009 (0,726)	-0,095** (<0,001)	-0,191** (<0,001)	-

SS-071

EREKTİL DİSFONKSİYON VE VAJİNİSMUSTA YARDIM BAŞVURUSUNUN KARAKTER MİZAÇ ÖZELLİKLERİ İLE İLİŞKİSİ, ÖN ÇALIŞMA

Onur Yılmaz

Doğuş Üniversitesi; Bezmialem Vakıf Üniversitesi

Amaç: Mevcut çalışmada Erektil Disfonksiyon (ED) ve Vajinismus (Vj) tanısı alan hastaların mizaç ve karakter özelliklerine dair bir inceleme ile bu mizaç ve karakter özelliklerinin yardım arama davranışları ile ilişkisinin araştırılması amaçlanmıştır. Bu bozukluklarda çok boyutlu olarak değerlendirilmesi gereken yardım arama davranışlarının hastaların mizaç ve karakter özellikleri ile ilişkisini araştıran çalışma sayısının görece az olduğu anlaşılmaktadır (1).

Yöntem: Bu ön çalışma, Bezmialem Vakıf Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Psikiyatri Polikliniklerine başvuran, daha öncesinde Erektil Disfonksiyon tanısı almış 20 erkek hasta ve Vajinismus tanısı almış olan 20 kadın hasta ile gerçekleştirilmiştir. Hastalardan çalışma ile ilgili yazılı bilgilendirilmiş onam alınmış. Çalışmaya katılmayı kabul eden hastalara sosyodemografik veri formu ile Cloninger'in Mizaç ve Karakter Envanteri (Cloninger's Temperament and Character Inventory, TCI) verilmiştir (2,3). Sayısal veriler arasındaki ilişkiler Pearson korelasyon analizi kullanılarak ölçülmüştür.

Bulgular: ED ve Vj grubunda şikayetlerin başlangıcından profesyonel yardım için ilk kez bir uzmana başvurmaya kadar geçen süre ile ilk cinsel deneyim yaşı ve hastalığın ilk başladığı zamanki yaş arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır.

ED grubunda yardıma başvurma süresi ile TCI alt ölçeklerinden NS (ödül arayışı) toplam puanı arasında (p= 0,047, r= -0,450); Vj grubunda yardıma başvurma süresi ile ST (kendini aşma) toplam puanı arasında ((p= 0,017, r= -0,529) ters yönlü ilişki saptanmıştır. ED grubunda NS'nin alt ölçeklerinin puanı ile yardım başvuru süresi arasında ise anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Vj grubunda ST'nin alt ölçeklerinden özellikle ST3 puanı ile yardım başvuru süresi arasında anlamlı bir ters ilişki mevcuttur (p= 0,038, r= -0,460).

Tartışma: CİB belirtileri ortaya çıktıktan sonra mümkün olan en yakın süre içinde profesyonel yardıma başvurmanın kliniğe olumlu etkisi bilinmektedir. Farklı sosyodemografik özelliklerin CİB için profesyonel yardım arama davranışlarına etkileri görece iyi araştırılmış olduğu halde, mizaç ve karakter özelliklerinin yardım arama davranışlarına etkisi konusunda yeterli araştırma bulunmamaktadır. Mevcut çalışmadaki bulgular her iki grupta yardım aramaya başlama sürelerinin ilk cinsel deneyim yaşından ve CİB başlangıç yaşından belirgin düzeyde etkilenmediğini göstermiştir. ED olan bireylerde ödül arayışı özelliği arttıkça yardım başvurusu süresinin kısaldığı görülmüştür. Ödül arayışı fazla olan ve ED'den ötürü zamanla cinsel ilişkiden aldığı haz azalabilen erkeklerin, yardım arayışını hızlandırmış olmaları mümkündür. Vj grubunda ST ile başvuru süresi arasındaki ters ilişki üzerinden, kadınların hemen tüm dünyada değişken ölçülerde cinsiyet eşitsizliğinin kaybeden tarafında yer aldıkları da düşünüldüğünde, kendilerini aşabilme kapasiteleri ile orantılı olarak toplumsal, ailevi, kişisel ön yargıları ve engelleri aşarak tedaviye daha erken başvurdukları çıkarımına varılabilir.

Sonuç: ED ve VJ'de yardım başvuru süresi ilk cinsel deneyim yaşından ve hastalığın başlangıç yaşından etkilenmemektedir. ED'de ödül arayışları ne kadar fazlaysa yardım başvurusu süresi de o kadar kısalmaktadır. Vj'de kadınlar kendilerini ne kadar aşabiliyorlarsa yardım başvurusu süreleri de o kadar kısalmaktadır. CİB tanısı alan erkeklerde yardım başvurusunda ödül arayışının, kadınlarda ise kendini aşabilmenin daha önemli rolü olduğu öne sürülebilir.

Kaynaklar

1- Allen, M. S., & Walter, E. E. (2018). Linking big five personality traits to sexuality and sexual health: A meta-analytic review. Psychological bulletin, 144(10), 1081.
2- Cloninger, C.R., Przybeck, T.R., Svrakic, D.M., Wetzel, R.D. (1994) The Temperament and Character Inventory (TCI): a guide to its development and use. St Louis, Missouri, USA: Center for Psychobiology of Personality
3- Arkar, H., Sorias, O., Tunca, Z., Şafak, C., Alkın, T., Akdede, B. B., & Cimilli, C. (2005). Mizaç ve Karakter Envanteri'nin Türkçe formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği. Türk Psikiyatri Dergisi, 16(3), 190-204.

Anahtar Kelimeler : erektil disfonksiyon, vajinismus, tedavi başvurusu, karakter, mizaç

SS-073

PANDEMİ DÖNEMİNDE ÖĞRETMENLERİN ANKSİYETE DÜZEYLERİ

Rukiye Ay[1], Oğuzhan Kılınçel[2]

[1]*Bursa Yüksek İhtisas Eğitim Ve Araştırma Hastanesi*
[2]*Sakarya Yenikent Devlet Hastanesi*

Amaç: Pandemi, dünyada birden fazla ülkede veya kıtada, çok geniş bir alanda yayılan ve etkisini gösteren salgın hastalıklara verilen genel isimdir (1). Ülkemizde mart 2020 den bu yana yüzyüze eğitime ara verilmiştir ve kademeli olarak dönüş planlanmaktadır. bu çalışmada Pandemi Döneminde Öğretmenlerin Anksiyete Düzeylerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamıza 54 gönüllü öğretmen dahil edildi. Tüm katılımcılara yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olup olmama, branş, meslekte çalışma süresi, ruhsal hastalığa ve fiziksel hastalığa sahip olup olmama ailede ruhsal hastalığa sahip olup olmama sorularının dahil olduğu "Sosyodemografik veri formu" ve "Durumluk- sürekli kaygı envanteri (DSKE)" online olarak uygulandı. Çalışmanın verileri SPSS v21 programında analiz edildi. Sürekli veriler ortalama standart sapma, kategorik veriler sıklık ve yüzde şeklinde ifade dildi. Normal dağılıma uygunluk Shapiro Wilk testi ile sınandı. Ortalamaların karşılaştırılmasında Mann Whitney U ve Kruskal Wallis testi kullanıldı. Sürekli verilerin karşılaştırılması Spearman Korelasyon Katsayısı kullanıldı. P<0.05 değeri anlamlılık olarak kabul edildi.

Bulgular: Çalışma grubunun yaş ortalaması 36,87±7,34'ti. Katılımcıların 64,8% kadındı. katılımcıların %83,3'ü evli ve %75.9'unun çocuğu vardı. Katılımcılardan ruhsal hastalığa sahip olanların oranı %7,4 iken ailelerinde ruhsal rahatsızlığa sahip olma oranı %13,0'dı. Meslekte çalışma süre ortalaması 12,48±7,80. Branşlarına bakıldığında en sık olarak sırasıyla, %22,2 sınıf öğretmeni, %13,0 fen bilgisi öğretmeni ve %11.1'lik eşit oranda matematik ve türkçe öğretmeniydi. DSKE-Durumluluk Puan ortalaması 46,93±11.36 iken DSKE-Süreklilik puan ortalaması 46,56±7,48'di. DSKE-Durumluluk Puan sadece ailede ruhsal hastalık varlığında istatistiksel olarak anlamlı olarak yüksek saptanırken, çocuk sahibi olanlarda DSKE-Durumluluk Puanı anlamlı olarak düşük saptandı (P<0.05). DSKE-Süreklilik puanı ile sosyodemografik veriler arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı (P>0.05).

Tartışma: Yeni bir salgın sırasında bireylerin ruhsal tepkileri farklılıklar gösterebilir ancak en yaygın olarak korku ve anksiyete ile ilişkili belirtilerin görüldüğü bildirilmiştir. Çalışmamızda öğretmenlerin hem durumluluk hem süreklilik anksiyete düzeyleri yüksek olarak bulunmuştur. Çinde yapılan bir çalışmada ise pandemide öğretmenlerin de içinde bulunduğu, evde kalmak zorunda kalmış kişilerde yüksek düzeyde kaygı gözlenmiştir (2). Ülkemizde 75 fen bilgisi öğretmeni ile yapılan çalışma pandemi sürecinde sınıf ortamında öğretmenlik yapamamanın büyük bir kısmında (%58.6) kaygı oluşturduğu tespit edilmiştir. Kaygı nedenleri arasında ise öğrencide oluşabilecek bilgi eksikliği, mutsuzluk, uzaktan eğitimde kendini yetersiz hissetme ve öğrenciye ulaşamama gibi nedenlere bağlamışlardır (3). Yakın zamanlı yapılan başka bir çalışmada öğretmenlerin uzaktan eğitimde öğrencilerin odaklanma, ilgi ve akademik performası ile ilgili yoğun kaygı taşıdıkları saptanmıştır (4). Çalışmamızdaki yüksek kaygı düğzeyleri hem pandemi sürecinde genel sağlık kaygısı ile hem de uzaktan eğitim ile ilgili kaygılar nedenli olmuş olabilir. Nedenlerine yönelik geniş kapsamlı çalışmalara ihtiyaç vardır. Çalışmamızda nispeten küçük örneklem sayısı ve farklı branşlardan az sayılı katılımcı nedenli kısıtlı veriler elde edilmiş olsa da bu pandemi döneminde yaşanan mesleki kaygıarar aydınlatmaya yönelik literatüre katkı sağlayabilir.

Anahtar kelimeler: pandemi, anksiyete, öğretmen

Kaynaklar

1. Covid-19 Küresel Salgın Değerlendirme Raporu, Türkiye Bilimler Akademisi Yayınları. Ankara. 2020
2. Wang Y, Di Y, Ye J, Wei W. Study on the public psychological states and its related factors during the outbreak of coronavirus disease 2019 (COVID-19) in some regions of China. Psychology, Health & Medicine. (2020). http://dx.doi.org/10.1080/13548506.2020.1746817
3. Bakioglu B, Cevik M. Science Teachers' Views on Distance Education in the COVID-19 Pandemic Process. Electronic Turkish Studies, 15(4);2020.
4. Zhao Y, Guo Y, Xiao Y, Zhu R, Sun W, Huang W, Liang D, Tang L, Zhang F, Zhu D, Wu JL. The Effects of Online Homeschooling on Children, Parents, and Teachers of Grades 1-9 During the COVID-19 Pandemic. Med Sci Monit. 2020 Sep 12;26: doi: 10.12659/MSM.925591. PMID: 3291784

SS-074

ERİŞKİN DEHB'DE METABOLİK SENDROM VE PLAZMA ATEROJENİTE İNDEKSİ: VAKA KONTROL ÇALIŞMASI

Nilifer Gürbüzer[1], Hacer Akgül Ceyhun[1]

[1]*Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri*

Giriş:Çalışmamızda DEHB tanısı bulunan yetişkin hastalar ile sağlıklı kontrollerin klinik ve biyokimyasal parametrelerini karşılaştırarak DEHB'nin metabolik sendrom ve plazma aterojenite indeksi(PAI) ile ilişkisini değerlendirmeyi amaçladık.

Yöntem:Çalışma örneklemi Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Polikliniği'ne başvuran DEHB tanılı 70 hasta ve 47 sağlıklı kontrollerin DIVA 2.0tanısal görüşme testi ve SCID-1 ile değerlendirilmelerinin sonucunda oluşturuldu. Tüm katılımcılara sosyodemografik veri formu dolduruldu; kilo, boy, bel çevresi ölçümleri, kan örnekleri alındı.Analizler IBM SPSS 20 istatistik analiz programı ile yapıldı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi p<0,05 olarak alındı. Atatürk Üniversitesi Bilimsel Araştırma Proje Komisyonu tarafından desteklenmiştir.

Bulgular: Katılımcıların sosyodemografik ve klinik özellikleri tablo1'de gösterilmiştir.Yaş ortalaması hasta grubunda 25(18-46) yaş, kontrol grubunda 24(18-44) yaş idi.Bel çevresi uzunluğu hasta grupta 80.5±12.29 cm, kontrol grubunda 77±10.38 cm idi.Bel çevresi uzunluğu hasta grupta anlamlı düzeyde yüksekti (p=0.030).Katılımcıların biyokimyasal parametrelerinin karşılaştırılması tablo2'de gösterilmiştir.Hasta ve kontrol grubu ile kan glukozu>100 mg/dL olan-olmayan, HbA1c'si 5.7 ve üzerinde olan-olmayan, HDL düzeyleri kadınlarda<50 mg/dL, erkeklerde<40 mg/dL olan-olmayan ve kan TG düzeyi>150 mg/dL olan ve olmayan katılımcılar arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı. Hasta ve kontrol grubu PAİ risk sınıflaması açısından benzerdi. DEHB'nin klinik şiddeti ile klinik ve biyokimyasal verilerin ilişkisi tablo 3'te gösterilmiştir.DEHB hiperaktivite puanı ile kan glukoz düzeyi arasında orta düzeyde pozitif korelasyon saptandı (p=0,010).

Tartışma:Çalışmamız çok çeşitli sosyodemografik, davranışsal, psikopatolojik faktörler ve biyokimyasal parametreleri birlikte dikkate alarak yetişkin DEHB ile metabolik sendrom ve plazma aterojenite indeksi ilişkisini değerlendiren ilk ulusal çalışmadır. Literatürde sonuçlarımızdan farklı olarak erişkin DEHB tanısı alanlarda obezite sıklığının daha yüksek oranları bildirilmektedir(1,2).DEHB belirtilerinin olumsuz ruh haline tepki olarak daha fazla duygusal yeme, daha fazla yiyecek alımı ve aynı zamanda tıkınırcasına yeme ile ilişkili olduğu, yeme davranışlarındaki bozulma için dürtüselliğin bir tetikleyici olabileceği literatürde de sonuçlarımızla uyumlu olarak bildirilmiştir(3).DEHB'nin hem gençlerde hem yetişkinlerde metabolik sendromun bileşenleri, özellikle obezite, tip 2 diabetes mellitus ve hipertansiyon için bir risk faktörü olduğu görüşü çalışmamızda saptadığımız bulguları destekler niteliktedir(1). Çalışmamıza dahil ettiğimiz DEHB'li hastalar da yaş ortalamasının görece düşük olması, psikiyatrik eştanı ve fiziksel bir hastalığın olmaması, metilfenidat dışında başka psikotrop kullanmaması ki antipsikotiklerin metabolik yan etkilerinin yanında metilfenidatın lipit profilini düzeltici etkisi (1) düşünüldüğünde erişkin DEHB'de metabolik sendrom tanı oranının aslında çok daha yüksek olabileceği düşünülebilir.Çalışmamız yetişkinlerde DEHB'nin temel semptomları ile metabolik sendrom arasındaki karmaşık ilişkiyi açıklayabilecek aracı faktörlerin aydınlatılmasına yönelik yapılmış değerli bir adımdır, tasarımının kesitsel olması nedeniyle nedensellik veya zamansallığı belirlemek mümkün olmamıştır. DEHB ve MetS arasındaki ilişki ve altta yatan mekanizmaların anlaşılmasının daha iyi tedavi seçeneklerinin geliştirilmesine ve bu

hastaların yaşam kalitesinin iyileştirilmesine büyük katkıları olabileceğini düşünmekteyiz.

Anahtar kelimeler: Erişkin DEHB, metabolik sendrom, plazma aterojenite indeksi

Kaynaklar

1. Landau Z, Pinhas-Hamiel O. Attention deficit/hyperactivity, the metabolic syndrome, and type 2 diabetes. Current diabetes reports. 2019;19(8):46.
2. Penninx BW, Lange SM. Metabolic syndrome in psychiatric patients: overview, mechanisms, and implications. Dialogues in clinical neuroscience. 2018;20(1):63.
3. Pagoto SL, Curtin C, Bandini LG, Anderson SE, Schneider KL, Bodenlos JS, et al. Weight loss following a clinic-based weight loss program among adults with attention deficit/hyperactivity disorder symptoms. Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity. 2010;15(3):e166-e72.

Tablo 2. Hasta ve Kontrol Grubu Arasında Biyokimyasal Parametrelerin Karşılaştırılması

	DEHB Hasta Grubu		Kontrol Grubu		p
	Medyan±SS	Mean (Min-Max)	Medyan±SS	Mean (Min-Max)	
Glukoz	80.5±12.09	82.06(55-123)	83±5.87	83.83(69-103)	0.126
HbA1c	5.1±0.35	5.11(4.3-5.9)	5±0.37	5 (4-5.7)	0.104
HDL	49±10.08	50.47(31-80)	46±9.22	47.38(33-69)	0.096
TG	89.5± 106.77	121.04(31-732)	80±49.65	100.72(53-246)	0.651
Kolesterol	183±35.32	183.24(121-299)	155±26.66	157.68(107-224)	**<0.001**
LDL	120±26.89	120.16(76-206)	101±23.41	100.53(58-165)	**<0.001**
ALT	18±16.31	23.8(7-94)	16±17.85	19.09(7-129)	**0.025**
AST	21±7.17	23.04(14-55)	18±6.48	19.83(12-51)	**0.001**
GGT	19±16.62	25.67(10-96)	16±11.06	19.68(7-62)	**0.016**
[log (TG/HDL -K)]	0.225±0.276	0,299(-0.41-1.11)	0.247±0.237	0.295(-0.6-0.77)	0,858

Tablo 3. DEHB'nin Klinik Şiddeti ile Klinik ve Biyokimyasal Verilerin İlişkisi

		BKİ	BEL ÇEVRESİ cm	GLUKOZ	HbA1C	HDL	TG
DEHB puanı	r	-,003	,101	,155	,039	-,028	-,162
	p	,978	,406	,199	,749	,821	,180
Dikkat puanı	r	-,032	,028	,018	-,120	-,014	-,189
	p	,795	,821	,885	,323	,905	,118
Hiperaktivite puanı	r	-,041	,038	,307	,140	-,031	-,028
	p	,739	,756	**,010**	,246	,801	,820
Dürtüsellik puanı	r	,007	,052	-,119	-,036	,029	-,168
	p	,952	,667	,327	,767	,809	,164

Tablo 1. Katılımcıların Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerinin Karşılaştırılması

		Hasta Grubu		Kontrol Grubu		p
		n	%	n	%	
Cinsiyet	Kadın	28	%40	23	%48.9	
	Erkek	42	%60	24	%51.1	
Medeni Durum	Bekar	60	%85.7	40	%85.1	
	Evli	10	%14.3	7	%14.9	
Eğitim Durumu	Ortaokul	2	%2.9	0	%0	
	Lise	19	%27.1	17	%36.2	
	Yüksekokul	3	%4.3	0	%0	
	Üniversite	46	%65.7	30	%63.8	
Meslek	Öğrenci	46	%65.7	31	%66	
	Memur	15	%21.4	14	%29.8	
	İşçi	2	%2.9	2	%4.3	
	Çalışmıyor	7	%10	0	%0	
Ailede Ruhsal Hastalık Öyküsü	Var	31	%44.3	8	%17	0.002
	Yok	39	%55.7	39	%83	
Spor Yapma	Yapıyor	18	%25.7	10	%21.3	
	Yapmıyor	27	%38.6	24	%51.1	
	Yapmış Bırakmış	25	%35.7	13	%27.7	
Kilo Memnuniyeti	Çok Memnun	4	%5.7	5	%10.6	
	Memnun	26	%37.1	16	%34	
	Memnun Değil	33	%47.1	25	%53.2	
	Hiç Memnun Değil	7	%10	1	%2.1	
Kilosu korunmak İçin Çaba Harcama	Evet	26	%37.1	15	%31.9	
	Hayır	44	%62.9	32	%68.1	
Diyet Yapma Sıklığı	Sık	5	%7.1	2	%4.3	
	Ara sıra	16	%22.9	16	%34	
	Nadiren	20	%28.6	12	%25.5	
	Hiç	29	%41.4	17	%36.2	
Stres Kaynaklı Yeme	Var	62	%88.6	29	%61.7	0.001
	Yok	8	%11.4	18	%38.3	
Stres ve Psikolojik Durumun Yeme Davranışı Üzerine Etkisi	Var	63	%90	34	%72.3	0.013
	Yok	7	%10	13	%27.7	
Stres ve Psikolojik Durumun Neden Olduğu Yeme Davranışları	Tıkınırcasına Yemek	10	%15.9	1	%2.9	
	Çok Yemek	18	%28.6	8	%23.5	
	Normalden Biraz Fazla	13	%20.6	8	%23.5	
	Normalden Biraz Az	7	%11.1	11	%32.4	
	İştahım Olmaz	15	%23.8	6	%17.6	
Beden Kitle İndeksi (BKİ)	düşük kilolu (15.0<18.5 kg/m2)	6	%8.6	1	%2.1	
	Normal (18.5-<25.0 kg/m2)	30	%42.9	28	%59.6	
	fazla kilolu (25-<30 kg/m2)	26	%37.1	18	%38.3	
	obezite (30.0-< kg/m2)	8	%11.4	0	%0	
Bel Çevresi	Erkekte>94 cm, Kadında>80 cm	19	%27.1	4	%8.5	0.013
	Normal	51	%72.9	43	%91.5	
Metabolik Sendrom Riski	Var	17	%24.3	7	%15.9	
	Yok	53	%75.7	37	%84.1	
Metabolik Sendrom	Var	5	%7.1	1	%2.1	
	Yok	65	%92.9	46	%97.9	

SS-075

BARİATRİK CERRAHİ ADAY HASTALARININ ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI İLE BEDEN ALGISI, BENLİK SAYGISI VE YEME TUTUMU İLİŞKİSİ

Ziya Berberoğlu[1], Çiçek Hocaoğlu[2]

[1]*Özel Rize Tıp Merkezi*
[2]*Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi*

Amaç: Obezite cerrahisi günümüzde güvenilir bir seçenektir (1). Ancak cerrahinin olumlu sonuçlarının yanında olumsuz sonuçları da bulunmaktadır (2,3,4). Bunun yanı sıra psikolojik kontrendikasyonlar da tartışmalı bir konudur (5). Aynı zamanda çocukluk çağı travması (ÇÇT) pek çok ruhsal patolojinin etiyolojisinde yer almaktadır (6). Bu nedenlerle ÇÇT ile beden algısı, benlik saygısı ve yeme tutumu arasındaki ilişkinin incelenmesi ve klinik pratiğe katkı sağlanması amaçlanmıştır.

Method: Çalışmaya cerrahi öncesi konsültasyon için psikiyatri polikliniğine yönlendirilen toplam 87 morbid obezitesi olan birey dahil edilmiştir. Çalışmada Sosyodemografik Veri Formu, Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği, Beden Algısı Ölçeği, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği ve Yeme Tutumu Testi kullanılmıştır. Verilerin analizinde ise, Bağımsız Örneklem t Testi, Mann Whitney U Testi, Kruskal Wallis H Testi, Pearson Korelasyonu ve Doğrusal Regresyon Analizi kullanılmıştır.

Sonuçlar: ÇÇT olan bireylerin, olmayan bireylere göre beden algısı ve benlik saygısı düzeylerinin anlamlı düzeyde daha düşük olduğunu göstermiştir. Yeme tutumu düzeyleri açısından sadece cinsel istismar alt boyutuyla pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki saptanmıştır. ÇÇT alt boyutlarının tümüyle benlik saygısı arasında anlamlılık saptanmış olup, beden

algısı ile fiziksel ihmal, duygusal ihmal ve duygusal istismar anlamlı olarak saptanmıştır.

Tartışma: ÇÇT ile beden algısı ve benlik saygısı arasındaki ilişki bariatrik cerrahi popülasyonuyla çok çalışılmamış bir konu olsa da genel literatür ile uyumludur (7, 8). ÇÇT alt boyutlarıyla beden algısı ve benlik saygısı arasındaki ilişkide literatür ile uyumludur (9, 10).

Kaynaklar

1. Chang, S. H., ... & Colditz, G. A. (2014). The effectiveness and risks of bariatric surgery: an updated systematic review and meta-analysis, 2003-2012. JAMA Surgery, 149(3), 275-287.
2. Sevinçer, G. M., Coşkun, H., Konuk, N. ve Bozkurt, S. (2014). Bariatrik cerrahinin psikiyatrik ve psikososyal yönleri. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 6(1).
3. Helvacı-Çelik, F. G. ve Hocaoğlu, Ç. (2018). Çocukluk çağı travmaları: bir gözden Geçirme. Sakarya Med. J., 8(4), 695-771.
4. Ataoğlu, B. B., Ataoğlu, A. ve Ankaralı, H. (2019). Travmatik yaşantıların benlik saygısı üzerine etkisi. Düzce Tıp Fakültesi Dergisi.
5. Treuer, T., ... ve Füredi, J. (2005). The impact of physical and sexual abuse on body image in eating disorders. European Eating Disorders Review, 13, 106-111.

Anahtar kelimeler: bariatrik cerrahi, obezite, çocukluk çağı travması, beden algısı, benlik saygısı, yeme tutumu,

SS-077

ALKOL KULLANIM BOZUKLUĞU'NDA PUPİL ÇAPI DEĞİŞİKLİKLERİ

Mehmet Hamdi Örüm[1]

[1]*Kahta Devlet Hastanesi, Psikiyatri, Adıyaman*

Amaç: Alkol kullanımının pupil çapı üzerindeki akut etkileri bilinmekle birlikte, kronik ve vücutta alkolün bulunmadığı dönemdeki etkileri daha önce araştırılmamıştır. Bu çalışmanın amacı, uzun süreli alkol kullanımının skotopik, mezopik ve fotopik görme-pupil çapları üzerindeki etkisini değerlendirmek ve kontrol grubuyla karşılaştırmaktır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya prospektif olarak 33 erkek hasta ve benzer yaşta 33 erkek sağlıklı kontrol çalışmaya dâhil edildi (p=0.567).

Bulgular: Hasta ve kontrol grubu arasında her iki gözde skotopik ($p<0.05$), mezopik ($p<0.05$) ve fotopik görme ($p<0.05$) açısından anlamlı fark vardı. Hasta grubunda yaş etkisi kontrol edildiğinde, alkol ünite/yıl ile skotopik görme arasında bir korelasyon bulundu (r=0.359, p=0.029). Alkol kullanım bozukluğu için sol skotopik görüşün ROC eğrisi altındaki alan 0.826 idi (p=0.000; 95% CI (0.731-0.921)). Skotopik görme için optimal kesme değeri 4.92 idi ve alkol kullanım bozukluğu tanısı için duyarlılığı ve özgüllüğü sırasıyla %81.2 ve %82.3 idi.

Sonuç: Bu çalışmanın en önemli özelliği bu alanda yapılmış ilk çalışma olmasıdır. Skotopik görme-pupil çapı başta olmak üzere pupil çapları kronik alkol kullanımından anlamlı olarak etkilenmektedir. Bu durum sempatik-parasempatik hiyerarşinin bozulmasıyla ilişkilendirilmiştir.

Kaynaklar

1. Boll F. On the anatomy and physiology of the retina. Vision Res 1977;17(11-12):1249-1265.
2. Gutstein HB, Akil H. Opioid analgesics, chapter 21. In Brunton LL, Lazo JS, Parker KL (Eds.), Goodman and Gilman's the pharmacological basis of therapeutics, 11th edition. New York: McGraw-Hill Companies, Inc, 2006.
3. Raman SV, Jacob J. Mydriasis due to Datura inoxia. Emerg Med J 2005;22(4):310-1.
4. Merzouki A, Mesa JM, Louktibi A, Kadiri M, Urbano GV. Assessing changes in pupillary size in Rifian smokers of kif (Cannabis sativa L.). J Forensic Leg Med 2008;15(5):335-338.

Anahtar kelimeler: Skotopik, mezopik, pupil, alkol kullanım bozukluğu

SS-078

ŞİZOFRENİ SPEKTRUM BOZUKLUĞU OLAN OLGULARDA KENDİNE ZARAR VERİCİ DAVRANIŞLARI YORDAYAN FAKTÖRLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Erengül Güney[1], İzgi Alnıak[2]

[1]*Artvin Devlet Hastanesi*
[2]*Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi*

Amaç: Şizofreni spektrum bozukluğu (ŞSB) olan hastalarda kendine zarar verici davranışların (KZVD) özelliklerini incelemek, bu davranışların sosyodemografik ve klinik değişkenler ile ilişkisini ve bu davranışları yordayan faktörleri değerlendirmek amaçlanmıştır.

Yöntem: Araştırmaya, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde ayaktan tedavi ünitelerinde ve Bakırköy Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde tedavi görmekte olan, araştırma kriterlerini karşılayan ve DSM-5 tanı ölçütlerine göre ŞSB tanısı almış olan 102 hasta dahil edilmiştir. Organik nedenlere bağlı psikotik bozukluğu olan hastalar ile geçmişte veya halen madde kullanımı olan hastalar çalışma dışı bırakılmıştır. Katılan tüm hastaların bilgilendirilmiş onam formu ile onayları alındıktan sonra tüm katılımcılara Klinik ve Sosyodemografik Veri Formu, Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği, Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği, İntihar Olasılığı Ölçeği, Dissosiasyon Ölçeği, Barratt Dürtüsellik Ölçeği, Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Ölçeği ve İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği uygulanmıştır.

Bulgular: ŞSB hastalarının %31.4'ünün KZVD gösterdiği tespit edilmiştir. KZVD olan hastaların olmayanlara göre hastalık başlangıcının daha erken yaşta olduğu ve tedaviye başlangıç yaşının daha küçük olduğu bulunmuştur. "Kendini kesme" %26.1 ile en sık karşılaşılan KZVD tipidir. KZVD amaçları arasında en sık karşılaşılan sebep "affekt düzenleme" olarak bulunmuştur. Bu hasta grubunda KZVD'yi yordayan etkenlerin lojistik regresyon analizi ile değerlendirilmesi sonucunda, şizofrenide depresyonun KZVD riskini 1.2 kat, intihar öyküsünün 2.7 kat arttırdığı tespit edilmiştir. Önceki çalışmalarda intihar riski üzerinde yordayıcı etkisi gösterilmiş olan KZVD bu hasta grubunda da intihar ile ilişkili bulunmuştur.

Sonuç: Bu çalışmanın sonuçları, KZVD'nin ŞSB hastalarında affektif belirtiler ile yakından ilişkili olduğunu göstermekte, intihar riski değerlendirilirken KZVD'nin dikkate alınması gerektiğinin altını çizmektedir.

Kaynaklar

1. Brunner, R., Kaess, M., Parzer, P., Fischer, G., Carli, V., Hoven, C. W., … Wasserman, D., 2013. Life-time prevalence and psychosocial correlates of adolescent direct self-injurious behavior: A comparative study of findings in 11 European countries. J.
2. Association, A.P., 2013. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5®). American Psychiatric Pub. https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596.
3. Angelotta, C., 2015. Defining and refining self-harm, a historical perspective on nonsuicidal self-injury. J Nerv Ment Dis. 203, 75-80. https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000243 .
4. Peters E.M., Bowen R., Balbuena L., 2019. Mood instability contributes to impulsivity, non-suicidal self-injury, and binge eating/purging in people with anxiety disorders. Psychol Psychother. 9;92(3):422-438. https://doi.org/10.1111/papt.12192 .
5. Mork, E., Mehlum, L., Barrett, E.A., Agartz, I., Harkavy-Friedman, J.M., Lorentzen, S., Melle I., Andreassen O.A., Walby F.A., 2012. Self-harm in patients with schizophrenia spectrum disorders. Arch Suicide Res. 16, 111-123. https://doi.org/10.1080/138111.

Anahtar kelimeler: Şizofreni spektrum bozukluğu, Kendine zarar verici davranışlar

SS-079

GENÇ ERİŞKİNLERDE DOLAYLI UTANMA, ANKSİYETE DUYARLILIĞI VE EMPATİK EĞİLİM ARASINDAKİ İLİŞKİ

Hayriye Zeynep Aydede[1], Fatma Duygu Kaya Yertutanol[1]

[1]*Üsküdar Üniversitesi*

Giriş: Başkalarının içine düştüğü utanç verici durumlara tanık olunması durumunda beliren duygusal tepki, dolaylı utanmadır (DU) (Orta ve ark., 2016). DU ile empati becerisi arasında olduğu bilinen ilişkinin tek başına DU'yı açıklayamayacağı öne sürülmüştür (Uysal ve ark., 2014). Bu nedenle anksiyete duyarlılığının (AD) rolü olabileceği düşünülerek, genç erişkinlerde DU, empatik eğilim (EE) ve AD'nın incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Sosyo-demografik Bilgi Formu, Dolaylı Utanma Ölçeği (DUÖ), Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3 (ADİ), Empatik Eğilim Ölçeği'ni (EEÖ) çevrimiçi bir platformda gönüllü olarak dolduran 18-38 yaş arası 252 genç erişkin çalışmaya katılmıştır.

Bulgular: Tablo 1'de demografik özelliklere göre dağılım, Tablo 2'de ölçek ve alt boyutlarının betimsel istatistikleri gösterilmiştir. DUÖ puanları cinsiyete (p=.996), yaş gruplarına (p=.082), medeni duruma (p=.973) göre anlamlı fark göstermemiştir. DUÖ puanları öğrenim düzeyine göre anlamlı farklılık göstermiştir (F=9.23; P=.00). Lise (M=4.47, SS=1.42) ve lisans (M=4.19, SS=1.47) mezunlarının puanları, lisansüstü (M=3.35, SS=1.49) mezunlarının puanlarından daha yüksektir. ADİ toplam (p=.944), fiziksel belirtiler alt indeksi (FBAİ) (p=.955), bilişsel belirtiler alt indeksi (BBAİ) (p=.796), toplumsal/sosyal alt indeksi (TSAİ) (p=.855) puanları cinsiyete göre; ADİ toplam (p=.597), FBAİ (p=.509), BBAİ (p=.078), TSAİ (p=.555) puanları yaş gruplarına göre; ADİ toplam (p=.422), FBAİ (p=.508) ve TSAİ (p=.685) puanları medeni duruma göre anlamlı fark göstermemiştir. BBAİ puanları ise bekarlarda (M=1.57) evlilere göre (M=1.27) daha yüksektir (p=.023). AD ölçeği toplam (F=6.02; p=.003), FBAİ (F=7.28; p=.001) ve TSAİ (F=5.50; p=.005) puanları eğitim durumuna göre anlamlı fark göstermiştir. Lise mezunlarının toplam, FBAİ ve TSAİ puanlarının, lisans ve lisansüstü mezunlarından daha yüksek olduğu; lisans mezunlarının FBAİ puanlarının ise lisansüstü mezunlarından daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. BBAİ puanları ise anlamlı fark göstermemiştir (p=.071). EE ölçek puanları cinsiyete (p=.050), yaş gruplarına (p=.698), medeni duruma (p=.532) göre anlamlı fark göstermemiştir. Puanlar öğrenim düzeyine göre anlamlı farklılık göstermiştir (F=3.62; P=.028). Lise (M=3.46, SS=.69) ve lisans (M=3.35, SS=.45) mezunlarının puanları, lisansüstü (M=3.20, SS=.43) mezunlarından yüksektir. DU puanları ile AD FBAİ (r=0.24; p<0,05), BBAİ (r=0.25; p<0,05), TSAİ (r=0.29; p<0,05) ve toplam puanı (r=0.27; p<0,05) arasında pozitif yönlü ve anlamlı ilişki tespit edilmiştir. DU puanları ile EE arasında pozitif yönlü ve anlamlı ilişki tespit edilmiştir (r=0.27; p<0,05). AD FBAİ (r=0.34; p<0,05), BBAİ (r=0.38; p<0,05), TSAİ (r=0.34; p<0,05) ve toplam puanı (r=0.40; p<0,05) ile EE arasında pozitif yönlü ve anlamlı ilişki tespit edilmiştir.

Tartışma: Lisansüstü mezunlarında EE ve DU daha azdır. Eğitim düzeyi arttıkça AD azalmaktadır. DU arttıkça AD ve EE; AD arttıkça EE düzeyi artmaktadır. Yüksek eğitim düzeyinin anksiyete bozukluklarına karşı koruyucu olduğu bildirildiği için aynı durum AD için de geçerli olabilir. DU'nın empati düzeyi ile ilişkili olduğu, empati düzeyinin yüksek olmasının da anksiyete ile ilişkisi bildirilmiştir (Gambin ve Sharp, 2018). Bu noktada, DU ve EE arasındaki ilişkiyi açıklayabilecek bir kavram AD olabilir. Ancak AD'nın DU düzeylerini yordayıp yordamadığını incelemek için hem sağlıklı hem de anksiyete bozukluğu olan popülasyonda ileri çalışmalar gereklidir.

Kaynaklar

Dökmen, Ü. (1988). Empatinin yeni bir modele dayanılarak ölçülmesi ve psikodrama ile geliştirilmesi. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi, 2(1-2); 155-190.

Gambin, M. & C. Sharp (2018). Relations between empathy and anxiety dimensions in inpatient adolescents. Anxiety, Stress and Coping, 31(4): 447-458.

Mantar. A. (2008). Anksiyete duyarlılığı indeksi-3'ün Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması. (Tıpta uzmanlık tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, İzmir.

Orta, İ. M., Uysal, A., Helvacı, E., Akbaş, G., Bryan, J. L. (2016). Dolaylı utanma ölçeğinin Amerika örnekleminde geçerlik ve güvenirliği. Türk Psikoloji Yazıları. 19 (37), 48-56.

Uysal, A., Akbaş, G., Helvacı, E., & Metin, İ. (2014). Validation and correlates of the vicarious embarrassment scale. Personality and Individual Differences, 60, 48- 53.

Anahtar kelimeler: Dolaylı utanma, anksiyete duyarlılığı, empatik eğilim

Tablo 1. Tanımlayıcı değişkenler

Demografik Değişken	*Gruplar*	*n*	*%*
Cinsiyet	Kadın	174	69.0
	Erkek	78	31.0
Yaş (28,14±6,19)	18-25 yaş	71	28.2
	26-30 yaş	120	47.6
	31 yaş ve üstü	61	24.2
Medeni durum	Evli	86	34,1
	Bekâr	166	65,9
Öğrenim düzeyi	Lise	19	7.5
	Lisans	162	64.3
	Lisansüstü	71	28.2

Tablo 2. Ölçeklere ait betimsel istatistikler

Ölçek ve Alt Boyut	*n*	*Min.*	*Maks.*	*Ortalama*	*SS*
DOLAYLI UTANMA	252	1.00	7.00	3.97	1.52
Fiziksel Belirtiler	252	0.00	4.00	1.55	1.09
Bilişsel Belirtiler	252	0.00	4.00	1.47	0.98
Toplumsal/Sosyal Belirtiler	252	0.00	4.00	1.46	1.06
ANKSİYETE DUYARLIĞI	252	0.00	4.00	1.49	0.93
EMPATİK EĞİLİM	252	1.25	5.00	3.32	0.47

Tablo 3. Ölçek puanları arasındaki Pearson korelasyon analizi sonuçları

Değişkenler	*2*	*3*	*4*	*5*	*6*
DOLAYLI UTANMA	0.24**	0.25**	0.29**	0.29**	0.27**
Fiziksel Belirtiler	1	0.69**	0.60**	0.87**	0.34**
Bilişsel Belirtiler		1	0.76**	0.93**	0.38**
Toplumsal/Sosyal Belirtiler			1	0.87**	0.34**
ANKSİYETE DUYARLIĞI				1	0.40**
EMPATİK EĞİLİM					1

SS-080

PEDİATRİK OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUĞUN OKUL ÖNCESİ KLİNİK GÖRÜNÜMÜ

Hatice Gulsen, Miraç Barış Usta, Koray Karabekiroğlu

Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Anabilim Dalı

Giriş: Pediatrik obsesif kompulsif bozukluk (OKB), heterojen bir kliniğe sahip, kronik bir bozukluktur. Semptomlar, çok farklı şekillerde ortaya çıkabilmektedir. Özellikle küçük çocuklarda OKB'nin tanınması ve teşhis edilmesinde güçlük yaşanması, ailelerin başvuru zamanı ile tanı ve tedavi alma arasındaki süreyi uzatabilmektedir. Bu durum hastalığın kronisitesini artırmaktadır. Çalışmamızda pediatrik OKB tanısı alan hastaların başvuru şikayetleri ve başlangıç yaşı ile komorbid hastalıkların araştırılması amaçlanmaktadır. Pediatrik obsesif kompulsif bozukluk (OKB), heterojen bir kliniğe sahip, kronik bir bozukluktur. Semptomlar, çok farklı şekillerde ortaya çıkabilmektedir. Özellikle küçük çocuklarda OKB'nin tanınması ve teşhis edilmesinde güçlük yaşanması, ailelerin başvuru zamanı ile tanı ve tedavi alma arasındaki süreyi uzatabilmektedir. Bu durum hastalığın kronisitesini artırmaktadır. Çalışmamızda pediatrik OKB tanısı alan hastaların başvuru şikayetleri ve başlangıç yaşı ile komorbid hastalıkların araştırılması amaçlanmaktadır.

Yöntem: Çalışmamızda 2013-2020 yılları arasında Çocuk Psikiyatri Kliniği'ne başvuran ve OKB tanısı alan hastaların verileri geriye dönük incelendi. Hastaların yaşı, cinsiyeti, semptomların başlangıç yaşı, ek tanıları ve başvuru şikayetleri kayıt edildi.

Bulgular: Çalışmaya 187 çocuk dahil edildi. Tüm grubun yaş ortalaması 8.24±4.98 (2-18) olup, %55.6'sı erkekti. Semptom başlangıcı 7.64±4.25 (2-15) yaştı. Ek tanılardan en sık Yaygın Anksiyete Bozukluğu (%14.4) ve Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (%13.4) olduğu gözlendi. En sık şikayetler 6 yaş altında hırçınlık/sinirlilik (%21.2), tuvalet sorunları (%16.2) ve takıntılı davranışlar (%12.5) iken, 6-12 ve 12-18 yaş grubunda takıntılı davranışlar (%35.5, 34.8) ve dikkat sorunları (%14.7, %17.4) olarak tespit edildi.

Sonuç: Sonuç olarak OKB'nun okul öncesi yaş grubunda atipik belirtilerle başladığı, başlangıç semptomlarının yaş ilerledikçe daha belirgin hale geldiği görülmektedir. Erken dönemde ortaya çıkan OKB ile ilgili verilerin artması, hastaların daha erken ve uygun tedavi almalarına katkıda bulunacaktır.

Kaynaklar

1. Bloch, M.H., et al., Meta-analysis of the symptom structure of obsessive-compulsive disorder. Am J Psychiatry, 2008. 165(12): p. 1532-42.
2. Micali, N., et al., Long-term outcomes of obsessive-compulsive disorder: follow-up of 142 children and adolescents. Br J Psychiatry, 2010. 197(2): p. 128-34.
3. Stewart, S.E., et al., Long-term outcome of pediatric obsessive-compulsive disorder: a meta-analysis and qualitative review of the literature. Acta Psychiatr Scand, 2004. 110(1): p. 4-13.

Anahtar kelimeler: başvuru şikayetleri, komorbidite, küçük çocuk, takıntı,

SS-081

ALKOLİK NÖROPATİDE ELEKTROFİZYOLOJİK BULGULAR: NPİSTANBUL BEYİN HASTANESİ VERİLERİ

Celal Şalçini

NP İstanbul Beyin Hastanesi, Nöroloji Bölümü, İstanbul

Amaç: Alkol kullanım bozukluğu jeneralize polinöropati sebeplerinden biridir ve görülme insidansı çalışmalar arasında belirgin farklılık göstermektedir. Kronik alkol kullanımı olan asemptomatik hastalarda elektrofizyolojik inceleme ile polinöropati saptanma insidansı %12.5 ilâ %48.6 arasında değişkenlik göstermektedir. (1) Bu çalışmanın amacı hastanemize başvuran Alkol kullanım bozukluğu tanısı olan hastalarda hastalarda nöropatik şikayetlerinin sıklığını belirlemek ve bu hastalarda elektrofizyolojik inceleme yaparak elektrofizyolojik açıdan polinöropatik tutulum çeşitlerini saptamaktır.

Yöntem: NPİstanbul Beyin Hastanesinde Haziran 2011 ve Ekim 2018 arasında ayaktan ve yatarak takip edilen 1012 alkol kullanım bozukluğu olan hastada nöropatik ağrı şikayetleri sorgulanmış ve şikayeti olan hastalara elektrofizyolojik inceleme (EMG) yapılmıştır.

Bulgular: Toplam 1012 alkol kullanım bozukluğu olan hastanın (830 erkek; 182 kadın) sorgulaması sonucunda 57 hastada (52 erkek; 5 kadın) periferik nöropatik ağrı saptanmıştır. Bu hastalara yapılan EMG sonucunda 30 hastada elektrodiyagnostik incelemenin normal olduğu, 25 hastada aksonal polinöropati, ikisinde de demiyelinizan polinöropati izlenmiştir.

Sonuç: Mevcut çalışmada alkol kullanım bozukluğu olan hastalarda nöropatik ağrı izlenme oranı %5.6 olarak saptanmıştır. Bu oranın önceki çalışmalardan düşük olmasının sebebi çalışmadaki hastaların göreceli daha genç yaşta olmalarına bağlanabilir. Ayrıca nöropatik ağrısı olan hastaların yaklaşık %52'sine elektrodiyagnostik bulguların eşlik etmemesi, EMG'nin aslında bu hastalarda var olan ince lif duysal nöropatisini saptayamamasına bağlı olabilir. Böyle durumlarda kantitatif duysal testler gibi ince lif nöropatisini saptayacak daha hassas elektrofizyolojik yöntemlerin kullanılması önerilir (2).

Kaynaklar

1. Haruki Koike et al., Alcoholic Neuropathy, Curr Opin Neurol. 2006; 19:481–486.
2. Paul Magda et al., Quantitative sensory testing: high sensitivity in small fiber neuropathy with normal NCS/EMG, J Peripher Nerv Syst. 2002 Dec;7(4):225-8. doi: 10.1046/j.1529-8027.2002.02029.x.

Anahtar kelimeler: Alkol kullanım bozukluğu, polinöropati, EMG, elektrofizyoloji, sinir iletim çalışması, kantitatif duysal testler.

SS-082

OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUKTA TİROİD FONKSİYONLARI; VAKA-KONTROL ÇALIŞMASI

Bahadır Demir

Gaziantep Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı

Giriş: Tiroid disfonksiyonu ile psikiyatrik bozukluklar arasındaki ilişki klinisyenlerin uzun yıllardır ilgilendiği bir konudur. Yıllar içerisinde tiroid hormonlarının nöral doku aktivitesinde ve düzenlenmesinde rol oynadığı gösterilmiştir (1). Bu nedenle, tiroid hormonlarının sentezinde, salgılanmasında, transfer ve periferik metabolizmasındaki herhangi bir düzensizlik nöral dokunun normal işleyişini etkileyerek psikiyatrik semptom veya sendromlar ortaya çıkarabilir (1). OKB'nin biyolojik patogenezini araştırmak için önemli sayıda çalışma yapılmış olmasına rağmen, bozukluğun neden ortaya çıktığı kesin olarak bilinmemektedir. Nörokimyasal anormallikler, genetik faktörler ve beyin yapısal farklılıkları çalışmaların çoğunda ortaya konulmuştur. OKB'de endokrinolojik araştırmalarda yapılmıştır. Ancak OKB hastalarında tiroid hormonları ile ilgili çalışmalar sınırlıdır. Bu çalışmada OKB hastalarında tiroid fonksiyonlarını, TSH, sT3 ve sT4 düzeylerini sağlıklı kontrollerle kıyaslayarak incelemeyi amaçladık.

Yöntem: Çalışmamıza Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı yandal polikliniğinde DSM-5 tanı kriterlerine göre OKB tanısı ile takipli, komorbid psikiyatrik bozukluğu ve endokrinolojik bozukluğu olmayan ve dahil etme kriterlerine uyan sağlıklı kontroller alındı.

Tiroid hormon değerleri Beckman Coulter UniCel DxI 800 access Immunoassay System cihazı ile Kemiluminesans yöntem ile tayin edildi.

Hesaplamalarda hazır istatistik yazılımı SPSS for Windows 22 kullanıldı. Çalışmamızda tüm analizlerde istatistik anlamlılık $p<0.05$ olarak kabul edildi.

Bulgular: Hasta grubu 25 erkek, 37 kadın olmak üzere 62 kişiden, kontrol gurubu ise 32 erkek, 25 kadın olmak üzere 57 kişiden oluşmaktaydı. Yaş ortalaması hasta grubunda 34.10±9.96 iken, kontrol grubunda 26.44±5.48 idi. Gruplar arasında cinsiyet ve sigara kullanımı açısında istatistiksel anlamlı farklılık yokken, yaş ve vücut kitle indeksi açısından anlamlı farklılık vardı (Tablo-1).

Tiroid fonksiyonlarına baktığımızda, TSH hasta ve kontrol grubu arasında istatistiksel anlamlı fark yok iken, sT3 hasta grubunda istatistiksel olarak anlamlı yüksek (p=0.000), sT4 hasta grubunda istatistiksel anlamlı düşük bulundu (p=0.040) (Tablo-1).

Tartışma: OKB hastalarında yapılmış bir çalışmada migren, baş ağrısı, solunum bozuklukları, alerji ve tiroid bozukluğu prevalansının daha yüksek olduğu bildirilmiştir (2). OKB'de tiroid fonksiyonlarının incelendiği çalışmalara baktığımızda hormon düzeyleri açısından birbirinden farklı sonuçlar tespit edilmiştir. Mermi ve Atmaca'nın yaptığı çalışmada OKB hastalarında sT3 ve sT4 düzeyleri kontrol grubuna kıyasla anlamlı düşük bulunmuş, TSH farklılık göstermemiştir (3). Başka bir çalışmada ise OKB hastalarında tiroid hormonları ve TSH bazal değerleri normal bulunmuştur (4). Bir çalışmada, OKB hastalarında başlangıçta ve klomipramin tedavisinden sonra tiroid hormon seviyeleri ölçülmüştür. Bu çalışmada hastalarda başlangıçta kontrollere kıyasla önemli ölçüde artmış TSH, T3 ve T4 değerleri bulunmuş ve klomipramin ile tedaviden sonra TSH ve T3 seviyelerinde önemli düşüşler görülmüştür (5). Ayrıca yazarlar, TSH ve T4 değerlerinin obsesyon ve kompulsiyonların azalmasıyla ilişkili olduğunu bulmuşlardır. Biz de çalışmamızda sT3 düzeyini kontrollerden yüksek, sT4 düzeyini ise düşük bulduk. Çalışmamız daha önce yapılmış çalışmaları destekler nitelikte OKB hastalarında tiroid hormon düzeylerinin etkilendiğini göstermiştir.

Kaynaklar

1. Krishna VN, Thunga R, Unnikrishnan B, Kanchan T, Bukelo MJ, Mehta RK, et al. Association between bipolar affective disorder and thyroid dysfunction. Asian Journal of Psychiatry. 2013;6(1):42-5.
2. Witthauer C, Gloster AT, Meyer AH, Lieb R. Physical diseases among persons with obsessive compulsive symptoms and disorder: a general population study. Social psychiatry and psychiatric epidemiology. 2014;49(12):2013-22.
3. Mermi O, Atmaca M. Thyroid gland functions are affected in obsessive-compulsive disorder. Anatolian Journal of Psychiatry. 2016;17(2):99-103.

4. Hantouche E, Piketty M, Poirier M, Brochier T, Olie J. Obsessive-compulsive disorder and the study of thyroid function. L'Encephale. 1991;17(5):493-6.
5. McCracken JT, Hanna GL. Elevated thyroid indices in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder: effects of clomipramine treatment. Journal of Child & Adolescent Psychopharmacology. 2005;15(4):581-7.

Anahtar kelimeler: Obsesif kompulsif bozukluk, tiroid, tiroid uyarıcı hormon, tiroksin

Tablo 1.

			t/U	χ2	p
	Hasta	Kontrol			
Yaş (ortalama yıl)	34.10±9.96	26.44±5.48	-5.249		0.000
Cinsiyet (n) Kadın/Erkek	37/25	25/32		2.977	0.084
VKİ (ortalama±ss)	25.39±3.39	23.52±2.48	-3.451*		0.001
Sigara Kullanımı (n) Evet/Hayır	28/34	34/23		2.948	0.114
TSH mU/L (ortalama±ss)	1.88±1.04	2.06±0.89	1.006*		0.317
sT3 ng/L (ortalama±ss)	3.40±0.78	2.65±1.13	-4.115*		0.000
sT4 ng/L (sıra ortalaması)	53.78	66.76	1381.5†		0.040

VKİ: Vücut Kitle İndeksi, *t test; †Mann-Whitney U test, χ2:Chi square değeri

SS-083

BİLİŞSEL DUYGU DÜZENLEME STRATEJİLERİ İLE SOSYODEMOGRAFİK VERİ, DEPRESYON VE KAYGI DÜZEYLERİ İLİŞKİSİNİN ARAŞTIRILMASI

Kübra Sezer Katar[1], Ayşe Gökçen Gündoğmuş[2], Esengül Ekici[3], Sibel Örsel[2]

[1]Halil Şıvgın Çubuk Devlet Hastanesi Psikiyatri Kliniği
[2]Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği
[3]Sungurlu Devlet Hastanesi Psikiyatri Kliniği

Giriş: Duygu düzenleme, özellikle kişilik bozukluklarıyla özdeşleşmiş ancak son dönemde birçok psikiyatrik patolojide araştırılan bir kavramdır. Duygu düzenleme duygularımızı algılama ve dışa yansıtma sürecidir (1). Bu sürecin önemli bileşenlerinden birisi bilişsel duygu düzenlemedir. Garnefski tarafından tanımlanan 9 bilişsel duygu düzenleme ya da başa çıkma stratejileri, 'uyumsal stratejiler' ve 'daha az uyumsal stratejiler' olarak ikiye ayrılmaktadır. Daha az uyumsal stratejilerin depresyon ve anksiyete belirtileri ile korelasyon gösterdiği saptanmıştır(2).

Yaşamın erken dönemlerinde primer bakım veren kişilerin eksikliği duygu düzenleme süreçlerini etkileyebilmekte ve kişiyi psikopatolojilere daha yatkın kılabilmektedir (3). Ayrıca duygu düzenleme ve psikopatolojiler ile ilişkisi araştırılan klinik veriler arasında intihar ve kendine zarar verici davranışlar da öne çıkmaktadır.

Bu çalışmada literatürdeki veriler ışığında klinik örneklemde bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin belirlenerek bunların sosyodemografik özellikler, depresyon ve kaygı düzeyleriyle olan ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Hastane etik kurulu tarafından onaylanan çalışmada Dışkapı Yıldırım Beyazıt EAH Psikiyatri polikliniğine başvuran anksiyete bozukluğu ve/veya depresif bozukluk tanısı düşünülen ve çalışmaya katılmayı kabul eden 200 hastaya klinisyen tarafından DSM-V ile yapılandırılmış klinik görüşme aracı (SCID-5-CV) ile tanı koyulmuş; sosyodemografik veri formu, bilişsel duygu düzenleme ölçeği (BDDÖ), Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ), Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) hastalar tarafından doldurulmuştur. SPSS uygulanarak yapılan analizlerde sayısal verilerin ikili gruplar arası karşılaştırılmasında test varsayımlarına göre Bağımsız Örnek t Testi, sayısal veriler arası ilişkiler Pearson Korelasyon Analizi ile değerlendirilmiştir. P değeri 0,05 olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: Örneklemin 154'ü kadın (%77) 46'sı (%23) erkektir. Katılımcıların eğitim sürelerine bakıldığında 64 kişinin (%32) 9-12 yıl eğitim aldığı, 6 kişinin (%3) 16 yıl üstü eğitim aldığı, 54 kişinin (%24) 5 yılın altında eğitim aldığı saptanmıştır. Örneklemin DSM-V'e göre aldıkları tanılara bakıldığında %51,5'i majör depresyon, %53,5'i yaygın anksiyete bozukluğu, %11'i agorafobi, %15'i panik bozukluk, %5,5'i sosyal anksiyete bozukluğu tanısına sahipti. Katılımcıların klinik veri ve BDDÖ alt ölçek puan ortalamaları Tablo 1'de gösterilmektedir. Cinsiyete göre BDDÖ alt ölçek puanları karşılaştırıldığında erkeklerde "olayın değerini azaltma" alt ölçek puanında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (Tablo 2). BAÖ ve BDÖ skorlarının BDDÖ alt ölçek puanlarıyla olan korelasyon analizine ait sonuçlar Tablo 3'de verilmiştir.

Tartışma: Duygu düzenleme kavramının klinik verilerle ilişkisinin araştırıldığı çalışmada önemli veriler elde edilmiştir. Duygu düzenleme puanları ile BDÖ-BAÖ skorlarının ilişkisi literatür ile uyumlu saptanmıştır (4,5). Cinsiyetler arasında BDDÖ'nün çoğu alt boyutunda fark saptanmaması örneklem özellikleri ile ilgili olabilir ve kapsamlı çalışmalarda tekrar edilmesi önerilmektedir. Çoğunlukla klinik olmayan grupta ya da kişilik bozukluklarında çalışılan bilişsel duygu düzenleme kavramı, klinik örneklemde travmatik yaşam olayları penceresinden ele alınmıştır. Bireysel tedavi planı ve biyopsikososyal yaklaşım çerçevesinde çalışmamızın literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Kaynaklar

1. Gross JJ. The Emerging Field of Emotion Regulation : An Integrative Review Ih Ih. Rev Gen Psychol. 1998;2(5):271–99.
2. Garnefski N, Kraaij V. Specificity of relations between adolescents' cognitive emotion regulation strategies and symptoms of depression and anxiety. Cogn Emot. 2018;32(7).
3. Brietzke E, Kauer-Sant'anna M, Jackowski A, Grassi-Oliveira R, Bucker J, Zugman A, et al. Impact of childhood stress on psychopathology. Brazilian J Psychiatry. 2012;34(4):480–8.
4. Aldao A, Nolen-Hoeksema S, Schweizer S. Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. Clin Psychol Rev [Internet]. 2010;30(2):217–37. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2009.11.004
5. Potthoff S, Garnefski N, Miklósi M, Ubbiali A, Domínguez-Sánchez FJ, Martins EC, et al. Cognitive emotion regulation and psychopathology across cultures: A comparison between six European countries. Pers Individ Dif [Internet]. 2016;98:218–24. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2016.04.022

Anahtar kelimeler: duygu düzenleme, depresyon, anksiyete, intihar

SS-084

PSİKİYATRİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN HASTALARDA DEPRESYON VE ANKSİYETE BOZUKLUKLARI İLE TİROİD HORMON DÜZEYLERİ İLİŞKİSİ

Elif Karaahmet[1]

[1]İstanbul Prof. Dr. Cemil Taşçıoğlu Şehir Hastanesi

Giriş: Anksiyete bozuklukları ve depresyon klinik özellikleri, patofizyoloji ve tedavideki farklılıkları nedeniyle ayrı bozukluklar olarak düşünülürken, eşzamanlı hastalık ve ortak risk faktörleri yoluyla ilişkili bulunmuşlardır (1). Son dönemde yapılan birçok klinik ve epidemiyolojik çalışmada anksiyete bozuklukları ve depresyonun sıklıkla eş hastalık olarak ortaya çıktıklarını bulmuştur (2). Yapılan çalışmalarda tiroid hormon düzeyleri ile psikiyatrik hastalıklar arasında ilişki olduğu gösterilmiştir (3).

Amaç: Bu çalışmada depresyon ile anksiyete bozukluğu arasında sosyodemografik yönden tiroid hormon düzeylerindeki değişiklikler arasında herhangibir ilişkinin olup olmadığının incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Siverek/Şanlıurfa Devlet Hastanesinde depresyon, anksiyete bozukluğu, karışık anksiyete-depresyon tanısı ile takip edilmekte olan 5432 hastanın dosyası geriye dönük olarak incelendi, bunlardan tiroid fonksiyon testleri herhangi bir bölüm tarafından herhangi bir nedenle bakılmış olan olan toplam 724 hasta çalışmaya alındı.

Bulgular: Hastaların 487'si kadındı. Depresyon grubunda 233(%32.2), anksiyete grubunda 311(%43.0), karışık anksiyete depresyon grubunda 180(%24.9) hasta vardı. Hastaların yaş ortalaması, eğitim düzeyi ve medeni durumu açısından gruplar arasında istatistiksel

anlamlı fark bulunmadı. Gruplar arasında subklinik hipertiroidi (%23) açısından istatistiksel olarak anlamlı fark (p=0.003) bulundu.

Sonuç: Gerginlik, çarpıntı gibi anksiyete semptomları hipertiroidide sık gözlenmektedir. Klinikte sık karşılaşılan subklinik hipertiroidinin klinik manifestasyonu klasik hipertiroidi belirtileri yerine anksiyete bozukluğu olarak karşımıza çıkabilmektedir. Öyle durumlarda dahiliye ve endokrinoloji uzmanları ve aile hekimlerinin olası bir anksiyete bozukluğu açısından dikkatli olmalarını önermekteyiz.

Kaynaklar

1- Beesdo K, Pine DS, Lieb R (2010) Incidence and risk patterns of anxiety and depressive disorders nd categorization of generalized anxiety disorder. Arch Gen Psychiatry, 67:47-57.
2- Karadağ H, Örsel S, Kart A, Özcaltepe B, Türkçapar H, Kayran E. Majör Depresyon ve Anksiyete Bozukluğunun Birlikte Görüldüğü Durumların Klinik Özellikleri: Karşılaştırmalı Bir Çalışma. Klinik Psikiyatri 2011;14:164-172.
3- Susanne F. Ulrike E. Hypothalamic–pituitary–thyroid (HPT) axis functioning in anxiety disorders. A systematic review. Depress Anxiety. 2018;35:98–110

Anahtar kelimeler: Anksiyete Bozukluğu, Depresyon, Tiroid Bozuklukları

SS-085

MEME KANSERLİ HASTALARDA CİNSEL DOYUM VE DEPRESYONUN İNCELENMESİ

Ender Kaya[1], Özge Kandedmir[2]

[1]*SBÜ Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi. Psikiyatri Birimi*
[2]*SBÜ Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi. Radyasyon Onkoloji Kliniği*

Amaç: Meme kanserinin cerrahi tedavisinde mastektomi uygulandığı için diğer kanser türlerinden daha fazla cinsel işlev bozukluğuna neden olabilmektedir (1). Meme kanserli hastalarla yapılan çalışmalarda depresyon yaygınlığının %10 ile 25 arasında olduğu, ortaya çıkan ruhsal sorunların en çok uyum bozukluğu, depresyon, anksiyete ve somatoform bozukluklar şeklinde olduğu bildirilmiştir (2-4). Çalışmanın amacı, meme kanser tanılı hastaların cinsel doyum ve depresyon düzeyinin sağlıklı kontroller ile karşılaştırmak ve sosyodemografik veriler ile ilişkisini değerlendirmektir.

Yöntem: Çalışma Haziran-Aralık 2019 tarihleri arasında SBÜ Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Radyasyon onkoloji polikliniğinde meme kanseri tanısı ile takipli hastalar arasında yürütülmüştür. Tedavi gören hastalardan cerrahi, kemoterapi, radyoterapi tedavisi üzerinden en az 6 ay süre geçmiş, metastatik olmayan 30 hasta ile çalışma planlanmıştır. Hastalara Sosyodemografik Veri formu, Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği (GRCDÖ), Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) uygulanmıştır. Anlamlılık p <0.01 ve p<0.05 düzeylerinde değerlendirildi. Çalışma için Hastane etik kurulu onayı alınmıştır.

Bulgular: Hasta grubunun yaş ortalaması 52.27± 9,62 idi. Hastaların BDÖ puan ortalaması 18.34±10.28 , GRCDÖ puan ortalaması 53,16±21,79 olarak saptandı. BDÖ puanı ve GRCDÖ puanı arasında pozitif yönlü anlamlı korelasyon saptandı (r=0,419, p<0.01). Çalışmada yer alan hastalarda GRCDÖ değerlendirilen alt boyutları ve bu boyutta problem görülme oranları; Anorgazmi (%6), Vaginusmus (%20), Dokunma (%34), Kaçınma (%32), Doyum (%6) İletişim (%36), Sıklık (%82) şeklinde saptanmıştır.

Tartışma: Çalışmamızda literatürle uyumlu olarak meme kanseri tedavisi görmüş kadınlarda klinik olarak anlamlı düzeyde depresyon belirtisi saptanmıştır. Cinsel doyum problemlerinin depresyona bağlı olabileceği gibi bozulmuş beden algısına da bağlı olabileceği düşünülmüştür.

Kaynaklar

1. Henson HK.Meme Kanseri ve Cinsellik. (20049. Sexuality and Disability 20(4)2002:261-275,Çeviri:D.Aygin,Androloji Bülteni,sayı:19,366-367.
2. Bag, B. Kanser Hastalarında Depresyon.(2014). Current Approaches in Psychiatry, 6(2),186–198.
3. Burgess, C., Cornelius, V., Love, S., Graham, J., Richards, M., & Ramirez, A. (2005). Depression and anxiety in women with early breast cancer: five year observational cohort study. British Medical Journal, 330, 702-705.
4. Saniah, A., & Zainal, M. (2010). Early anxiety, depression and coping strategies in breast cancer. Malaysian Journal of Psychiatry, 19(2), 1-6.

Anahtar kelimeler: Meme kanseri, cinsel doyum, depresyon

SS-086

TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNDE SOSYAL ANKSİYETE DÜZEYLERİNİN BAĞLANMA VE KİŞİLİK BOYUTLARI İLE İLİŞKİSİ

Yaşan Bilge Şair[1], İrem Saraçoğlu[1], Eda Tansu Topaloğlu[1]

[1]*Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi*

Giriş: Kişinin, başkalarınca değerlendirilecek olduğu bir ya da birkaç toplumsal durumda belirgin korku ya da kaygı duyması durumudur. Bu durumlarda, olumsuz değerlendirileceği ya da kaygı duyduğuna ilişkin belirtiler göstereceğine dair düşünceleri vardır. Kaygı ve korku, toplumsal durumlarda hemen her zaman vardır ve kişi bu durumlarda kaçınmaya çalışır veya kaygı ve korku ile bu durumlara katlanır. İzgiç ve arkadaşları üniversite öğrencilerinde sosyal anksiyetenin yaşam boyu yaygınlığını %9.6 olduğunu saptamıştır (1).

Bowlby, bebeklerin bakımverenleri ile kurduğu duygusal bağların, duygusal, sosyal ve bilişsel gelişimi etkilediğini belirtmektedir. Bu bağlar, sadece çocukluk dönemiyle sınırlı değildir. Bowlby'nin, erkek çocukların annelerinden erken yaşta ayrılmalarının; ergenlik ve ileri yaşlardaki suçluluk oranın arttırdığını gösteren çalışmasını ardından Dünya Sağlık Örgütü'nün yayınladığı raporda, yaşamın ilk 3 yılında anne yoksunluğunun, çocuklarda fiziksel ve ruhsal hastalık riskinin arttığına işaret edilmiştir (2). Güvensiz bağlanmanın kaygı bozuklukları riskini arttırdığı bilinmektedir (3).

Sosyal fobi ile kişilik boyutları ile yapılan çalışmalarda, sosyal fobinin nörotisizm ile pozitif, dışa dönüklük ile negatif bir ilişkisi olduğu gösterilmiştir (4)

Bu çalışma ile bizim amacımız, Tıp fakültesi 5-. Ve 6. Sınıf öğrencilerinde sosyal fobi düzeylerinin kişilik boyutları ve anne- baba bağlanması ile ilişkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

Materyal-metod: Çalışma popülasyonu, Üniversitemiz Tıp fakültesi 5. Ve 6. Sınıf öğrencilerinden katılmaya gönüllü olanları kapsamaktadır. Çalışma için üniversitemiz etik kurulundan onay alınmıştır. Çalışmaya katılanlara Ebeveyn ve Arkadaşlara Bağlanma Envanteri (EABA)-Kısa Formu, Liebowitz Sosyal Kaygı Ölçeği (LSKÖ) ve Eysenck Kişilik Envanteri Gözden Geçirilmiş Kısa Formu verilmiştir.

Sonuçlar: Çalışmamıza katılan öğrencilerin 85'i 5. Sınıf ve 50'si 6. Öğrencisidir. 70 kadın, 65 erkek öğrenci vardır. Veriler normal dağılıma uymadığı için nonparametrik testler kullanılmıştır. Spearman korelasyon analizi yapılmıştır. Anneye bağlanma ve babaya bağlanma ile sosyal fobi arasında negatif yönde bir ilişki saptanmıştır (p:0.01, p:0.002 sırasıyla). Anne babaya bağlanmanın alt ölçeklerine bakıldığında anneye güven (p<0.001), anneye yabancılaşma (p:0.003), babaya güven (p:0.001), babayla iletişim (p:0.03), babaya yabancılaşma (p:0.001) olarak bulunmuştur. kişilik boyutları ile karşılaştırıldığında dışa dönüklük ile negatif yönde (p<0.001), nörotisizm ile negatif yönde (p<0.001) anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Lineer regresyon analizinde ise anneye bağlanma (p:0.03), anneye güven (p: 0.04), babayla iletişim (p: 0.02), dışadönüklük (p:0.002) ve nörotisizmin (p: 0.04) sosyal fobi düzeylerini etkilediği bulunmuştur.

Tartışma: Bağlanma araştırmalarında anne birincil bağlanma figürü olarak görülmüşse de bu, bağlanmanın sadece anneyle geliştirilecek bir bağ olduğu şeklinde yorumlanmamalıdır. Bowlby'ye (1969) göre insanlar birden fazla kişiyle bu bağı kurabilir. Sosyalleşme sürecinde duygusal bağlılık önemlidir ve bu nedenle anne-babayla bağlanma bu dönemde de önemlidir. Yapılan bir araştırmada, dışadönüklük ve güvenli bağlanma arasında ve nörotisizm ve kaygılı kararsız bağlanma arasında anlamlı korelasyon bulunmuştur. Bu sonuç, bağlanmanın ailenin sosyalleşmesi üzerine etkili olduğunu göstermektedir (5).

Kaynaklar

1. İzgiç, F., Akyüz, G., Doğan, O. ve Kuğu, N. Üniversite Öğrencilerinde Sosyal Fobi Yaygınlığı Anadolu Psikiyatri Dergisi 2000:1,207-214.
2. Bowlby, J. A secure base: Parent-child attachment and healthy human development. New York: Basic Books.1988
3. Eng W, Heimberg RG, Hart TA, Schneier FR, Liebowitz MR. Attachment in individuals with social anxiety disorder: the relationship among adult attachment styles, social anxiety, and depression. Emotion 2001;1:365-380.

4. Bienvenu OJ, Brown C, Samuels JF, et al. Normal personality traits and comorbidity among phobic, panic and major depressive disorders. 2001.
5. Al-Sabeelah A. The relationship between adult attachment styles and personality traits. British Journal of Social Sciences. 2013;1:66-73.

Anahtar kelimeler: sosyal fobi, bağlanma, kişilik boyutları

Tablo 1. Liebowitz sosyal kaygı ölçeği toplam skorlarının IPPA toplam skorları ve alt ölçek skorları ve Eysenck kişilik envanteri alt ölçek puanlarının korelasyon tablosu

Anneye bağlanma toplam puan	-0.20
Babaya bağlanma toplam puan	-0.27
Anneye güven	-0.31
Anneyle iletişim	-0.04
Anneye yabancılaşma	-0.25
Babaya güven	-0.28
Babayla iletişim	-0.18
Babaya yabancılaşma	-0.27
Dışa dönüklük	-0.39
Yalan	0.04
Nörotisizm	0.29
Psikotisizm	-0.11

Tablo 2. Lineer regresyon analizi sonuçları

	B	*S.E.*	*p*	*%95 CI*
Anneye bağlanma toplam puan	0.924	0.421	0.03	0.091-1.758
Anneye güven	-1.389	0.681	0.04	2.736-0.041
Anneye yabancılaşma	-1.262	0.743	0.09	2.732-0.208
Babayla iletişim	-0.753	0.326	0.02	1.399-0.107
Dışadönüklük	-2.263	0.704	0.002	3.657-869
Nörotisizm	1.456	0.726	0.04	0.019-2.893

SS-087

MADDE KULLANIMI İLE İLGİLİ PROBLEM ŞİDDETİNİN BAĞLANMA STİLLERİ VE AİLE İŞLEVLERİ İLE İLİŞKİSİ

Özlem Kazan Kızılkurt

Üsküdar Üniversitesi, NPİstanbul Beyin Hastanesi, AMATEM Kliniği

Amaç: Bir bağımlılık kliniğinde madde kullanım bozukluğu tanısı ile takipli olan hastaların madde kullanımları ile ilişkili problem şiddetlerinin bağlanma stilleri ve aile işlevleri ile olan ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Bu araştırmada son 1 yıl içinde NPİstanbul Beyin Hastanesi AMATEM kliniğinde madde kullanım bozukluğu tanısıyla yatarak tedavi görmüş olan 75 hastanın verileri retrospektif olarak incelenmiştir. Madde kullanımıyla ilgili problemin şiddeti DAST (Drug Abuse Screening Test) ile bağlanma stilleri Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri-II (YİYE-II) ile, aile işlevleri ise Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ) ile değerlendirilmiştir. Hastaların ölçekleri yoksunluk bulgular geçtikten sonra uygulanmıştır. Eşlik eden psikotik bozukluklar, bipolar bozukluk ve organik mental bozukluk tanıları dışlama kriteri olarak alınmıştır. Nitel bağımsız veriler arasındaki ilişkiyi değerlendirmek için Pearson korelasyon analizi uygulanmıştır. Madde kullanımı ile ilgili problem şiddetini yordayan faktörleri değerlendirmek için stepwise linear regresyon analizi yapılmıştır. DAST skorunu bağımlı değişkenler olarak ele alındığı modelde, ADÖ ve YİYE-II ölçümleri bağımsız değişkenler olarak değerlendirilmiştir.

Bulgular: ADÖ alt ölçümlerinden problem çözme (p=0,001), iletişim (p=0,008), davranış kontrolü (p=0,009) ve genel işlevler (p=0,04) skorları ile DAST skorları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki saptandı. YİYE- II alt ölçümlerinden kaygılı bağlanma skoru ile DAST skorları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki saptandı (p=0,004). Ancak ADÖ alt ölçümlerinden roller, duygusal tepki verebilme, gerekli ilgiyi gösterme skorları ve YİYE-II alt ölçümlerinden kaçıngan bağlanma ve güvenli bağlanma skorları ile DAST skorları arasında anlamlı ilişki saptanmadı (p>0,05). Regresyon modelinde problem çözme ($\beta = -0.32$, $p = 0.01$) ve kaygılı bağlanma ($\beta = -0.32$, $p = 0.01$) skorlarının DAST skoru üzerine yordayıcı etkisi saptanmıştır. Bu iki önemli değişken, hastaların DAST puanlarında gözlemlenen varyansın % 21'ini açıklamıştır.

Sonuç: Sonuçlar bize hastaların madde kullanım ile ilgili yaşadığı problem şiddeti üzerinde problemli aile işlevlerinin ve güvensiz bağlanma modelinin etkisini göstermektedir. Bu sonuçlar, madde bağımlılığı tedavisinde aile işlevleri ve bağlanma süreçlerinin özellikle üzerinde durulması gereken ve tedavinin bir parçası haline getirilmesi gereken alanlar olduğunu düşündürmektedir.

Kaynaklar

1. MUTLU, E. (2013). Madde Bağımlılığında Ailenin Rolü. Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi, (2), 13-17.
2. Sümer, N., Oruçlar, Y., & Çapar, T. (2015). Bağlanma ve bağımlılık: Kuramsal çerçeve ve derleme çalışması. Bağımlılık Dergisi, 16(4), 192-209.
3. Bozkurt, O. (2015). Madde bağımlısı bireylerin bağımlılık süreçlerinde ailenin etkisi. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sosyoloji Anabilim Dalı. Yüksek lisans tezi.

Anahtar kelimeler: Madde bağımlılığı, Aile işlevleri, Bağlanma

SS-088

OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUKTA BELİRTİ BOYUTLARI İLE LEAHY DUYGUSAL ŞEMA ÖLÇEĞİ ALT BOYUTLARININ İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ

Esengül Ekici[1], Kübra Sezer Katar[2], Fatih Yığman[3], Kadir Özdel[4]

[1]Çorum Sungurlu Devlet Hastanesi
[2]Ankara Halil Şıvgın Çubuk Devlet Hastanesi
[3]Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü
[4]Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Araştırma Hastanesi

Giriş: Obsesif Kompülsif Bozukluk(OKB) kronik, işlevsellikte bozulma ve obsesyon ile kompulsiyonların görüldüğü bir bozukluktur.OKB heterojen ve hastaya özgü olup belirtilerin sınıflandırılmasında zorluklar ortaya çıkmaktadır.Obsesyon ve kompülsiyonların ayrı ayrı değerlendirilemeyeceği ortaya konulmuştur (Mataix ve ark,2005). OKB, belirti boyutları üzerinden değerlendirilerek bir dereceye kadar bu heterojenliğin tanımlanması mümkün olmuştur.Boyutsal yaklaşımla obsesyon ve kompülsiyonlar 4'e ayrılır: bulaş-temizleme;sorumluluk,zarar ve kontrol;cinsel,dini ve zarar verme ile ilgili istenmeyen düşünceler; simetri, sıralama ve düzen. OKB'de deneyimlenen duyguların varlığının ötesinde bu duyguların birey tarafından nasıl değerlendirildiği etiyolojide ve OKB'nin sürmesinde önemlidir (Smith ve ark, 2012). Bu değerlendirmelerden Duygusal Şema Modeli Leahy tarafından geliştirilmiştir.Leahy Duygusal Şema Modeli deneyimlenen duyguya yanıt olarak kullanılan stratejiler,duygularla baş etme ve düzenleme ile ilgili yaklaşımların hepsidir. Bu çalışmada OKB'nin boyutları ve şiddeti ile Leahy Duygusal Şema alt boyutları arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Araştırmaya Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Araştırma Hastanesi Psikiyatri Polikliniklerine ardışık olarak başvurmuş 110 OKB hastası alınmış ve DSM 5 Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID 5-CV), sosyodemografik veri formu, Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ), Boyutsal Obsesyon Kompülsiyon Ölçeği (BOKÖ), Yale-Brown Obsesyon Kompülsiyon Ölçeği (YBOKÖ) ve Leahy Duygusal Şema Ölçeği-II (LDŞÖ-II) uygulanmıştır. Çalışmada SPSS ile sürekli değişkenlerin korelasyonunda Pearson veya Spearman korelasyon testlerinden uygun olan test kullanılmıştır.

Bulgular: Örneklemin sosyodemografik özellikleri, geçmiş ve şu anda psikiyatrik tedavi öyküsü, alkol-madde, sigara kullanımı, intihar girişimi,eşlik eden psikiyatrik bozuklukları Tablo 1'deki gibidir. Tablo

2'de ise ortalama puanlar verilmiştir. Tablo 3'te ise BOKÖ toplam ve alt ölçekleri(bulaş, zarardan sorumlu olma kaygısı, kabul edilemez düşünceler, simetri) ve YBOKÖ toplam ve alt ölçekleri (obsesyon ve kompülsiyon)ile LDŞÖ II alt boyutları arasında korelasyon sonuçları verilmektedir.

Sonuç ve Tartışma: Çalışmamızda BOKÖ toplam ile anlaşılmazlık, suçluluk, kontrol kaybı, düşük uzlaşı, ruminasyon arasında; YBOKÖ toplam ile onaylanmama, anlaşılmazlık, suçluluk, kontrol kaybı, hissizlik, süreklilik,düşük uzlaşı, ruminasyon, suçlama arasında pozitif yönde anlamlı ilişki saptanmıştır. Bu durum farklı belirti boyutlarının farklı duygusal şemalarla ilişkili olabileceğini söyleyebilir. Ulusoy ve arkadaşlarının (2015) yaptığı çalışmada YBOKÖ ile LDŞÖ ilişkisine bakılmış ve LDŞÖ süreklilik alt ölçeği ile YBOKÖ toplam arasında çalışmamızla uyumlu zayıf derecede pozitif yönde anlamlı korelasyon saptamışlar ve çalışmamızın aksine LDŞÖ diğer alt ölçekleriyle ilişki saptanmadığını bildirmişlerdir. Bu uyumsuzluk cinsiyet,yaş ya da OKB alt tiplerinin iki çalışmada farklı içerikte dağılmasıyla ilişkili olabilir. Bu konuyla ilgili çalışmalar kısıtlıdır,çalışmamız duygusal şemalarla belirti boyutlarının ilişkisi açısından literatüre katkı sağlayacaktır. OKB tedavisindeki başarısızlıklar uyumsuz duygusal şemaların maruz bırakma tedavisine direnç oluşturması ile ilişkili olabileceğinden (Leahy, 2007)hangi duygusal şemalar hangi belirti boyutlarına ne kadar özgü bu alanda çalışma yapılmasına ihtiyaç vardır.

Kaynaklar

1. Mataix-Cols, D., M.C. do Rosario-Campos, and J.F. Leckman, A multidimensional model of obsessive-compulsive disorder. American Journal of Psychiatry, 2005. 162(2): p. 228-238.
2. Smith, A.H., et al., Differences in obsessional beliefs and emotion appraisal in obsessive compulsive symptom presentation. Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders, 2012. 1(1): p. 54-61.
3. Ulusoy, S., et al., Obsesif Kompulsif Bozuklukta Üst-Bilişsel Süreçler ve Duygusal Şemaların Rolü. 2015.
4. Leahy, R.L., Emotional schemas and self-help: Homework compliance and obsessive-compulsive disorder. Cognitive and Behavioral Practice, 2007. 14(3): p. 297-302.

Anahtar kelimeler: obsesif kompulsif bozukluk, duygusal şema, belirti boyutları

Poster Bildiriler

PS-004

LİTYUM TEDAVİSİNE YANIT VEREN KLEİNE-LEVİN SENDROMU OLGUSU

Elvan Çiçekçi[1], Mehmet Hamdi Örüm[1]

[1]*Uz.dr., Psikiyatri, Kahta Devlet Hastanesi, Adıyaman, Türkiye*

Giriş: Kleine-Levin sendromu (KLS), tekrarlayan uyku bozukluklarından biri olup, prevalansı milyonda 1-2 arasındadır. Amerikan Uyku Tıbbı Akademisi'nin tanımladığı kriterlere göre KLS tanısı koymak için hastanın her biri iki gün-beş hafta boyunca devam eden en az iki tekrarlayan aşırı uykululuk, artmış uyku epizodu geçirmesi ve bu uyku bozukluğunun başka bir tıbbi, nörolojik, psikiyatrik bozukluk ya da ilaç kullanımı ile açıklanamaması gerekmektedir. Daha çok genç erkeklerde görülen bu hastalığa bilişsel ve davranışsal bozukluklar, hiperfaji ve cinsel disinhibisyon gibi semptomlar da eşlik edebilir. KLS'nin tanısal kriterleri her ne kadar tanımlanmış olsa da, tedavisi konusunda henüz bir fikir birliğine varılmamıştır. Çalışmalar, lityum karbonat (LK)'ın KLS epizotlarının sıklığını ve süresini azalttığını göstermektedirBiz bu olgu sunumunda, KLS tanısıyla lityum başlanan bir kadın hastanın şikâyetlerindeki belirgin düzelmeyi ele aldık.

Olgu: A, 35 yaşında, evli, ev hanımı kadın hasta, epizotlar halinde gelen aşırı uyuma şikâyetiyle polikliniğimize başvurdu. Bu şikâyetleri ilk olarak 12 yıl önce, yılda ortalama 1-2 defa ve her seferinde 3-4 gün süren epizotlar şeklinde başlamıştı. Epizotlar, yıllar içerisinde giderek artmış ve ortalama ayda 1-2 defa ortaya çıkmaya başlamıştı. Aşırı uyuma epizotlarından ortalama 10-20 dakika önce vücudunun çeşitli yerlerinde uyuşma, karıncalanma ve terleme artışı gibi öncü belirtiler tarif ediyordu. Cinsel istek artışı, davranış bozukluğu ve aşırı yemek yeme mevcut değildi. Hasta epizotlarının farklı yerlerde ve zamanlarda ortaya çıkabildiğini belirtiyordu. Epizotlar arasında hasta asemptomatikti. Psikosomatik yakınmalarına bağlı olarak duloksetin 30 mg/gün ve sülprid 50 mg/gün kullanıyordu. Aşırı uyuma şikâyetlerine bağlı olarak geçmişte modafinil kullanmış ancak belirgin fayda görmemişti. Organik patoloji saptanmadı. Semptomatik dönemdeki polisomnografide toplam uyku süresi ve evre 2 yüzdesi artmıştı, REM latansı kısalmıştı, gece içinde uyanıklık sayısı artmıştı. Rekürren hipersomni epizotlarına sanrı ve varsanı eşlik etmiyordu. Para harcama miktarında artış, uykusuzluk gibi manik epizot düşündürecek belirtiler bildirilmedi. Hastaya bu belirti ve bulgularla KLS tanısı konuldu ve LK başlanıp dozu 900 mg/güne çıkarıldı. Sülprid aynı dozda, duloksetin 60 mg/gün dozunda devam edildi. LK tedavisinin altıncı ayına gelindiğinde, hastanın somatik yakınmalarında belirgin düzelme mevcuttu ve sülprid kesilip, duloksetin 30 mg/güne düşürüldü. Hasta ve yakınları KLS tanısına yönelik LK kullanımının önemi konusunda uyarıldı. Hastadan aydınlatılmış onam alındı.

Tartışma: KLS, tanımlanmış klinik özellikleri olan, ancak net bir etiyoloji veya tedavisi olmayan bir hastalıktır. Nadir görülmesi nedeniyle hastalık hakkındaki bilgilerimiz daha çok olgu sunumlarına dayanmakta, sistemik çalışmalar sınırlı sayıda bulunmaktadır. Bununla birlikte az sayıda çalışma bulgusu, olası ailesel yatkınlığa, genetik ve çevresel faktörlere ve otoimmün etiyolojiyi işaret etmektedir. KLS klinik bir tanıdır ve aşırı uyuma epizotları olan hastalarda düşünülmelidir. Erken tanının ve özellikle LK olmak üzere eldeki mevcut tedavi seçenekleriyle uygun müdahalelerin hastalık yükünü önemli oranda azaltacağı düşünülmektedir.

Anahtar kelimeler: Kleine-Levin sendromu, otoimmünite, lityum, tekrarlayan hipersomni

Kaynaklar

1. AlShareef SM., Smith RM., Bahammam AS. (2018). Kleine-Levin syndrome: clues to aetiology. Sleep Breath, 22(3), 613-623.
2. Panda S. (2017). Kleine-Levin syndrome: A neurological rarity. Neurol India, 65(4), 873-878.
3. Dauvilliers Y., Mayer G., Lecendreux M., Neidhart E., Peraita- Adrados R., Sonka K., Billiard M., Tafti M. (2002). Kleine-Levin syndrome: an autoimmune hypothesis based on clinical and genetic analyses. Neurology, 59(11), 1739-1745.
4. Arnulf I., Groos E., Dodet P. (2018). Kleine-Levin syndrome: A neuropsychiatric disorder. Rev Neurol (Paris), 174(4), 216-227.
5. Leu-Semenescu S., Le Corvec T., Groos E., Lavault S., Golmard JL., Arnulf I. (2015). Lithium therapy in Kleine-Levin syndrome: an open-label, controlled study in 130 patients. Neurology, 85(19), 1655-1662.

PS-005

EKBOM SENDROMUNDA UZUN ETKİLİ ANTİPSİKOTİK ENJEKSİYON KULLANIMI

Elvan Çiçekçi[1], Mehmet Hamdi Örüm[1]

[1]*Uz.dr., Psikiyatri, Kahta Devlet Hastanesi, Adıyaman, Türkiye*

Giriş: Klinikte delüzyonel parazitoz olarak adlandırılan Ekbom sendromu, herhangi bir nesnel kanıt olmadan parazitlerle enfekte olduğu sabit ve yanlış öznel inancı ile karakterizedir. Ekbom sendromlu hastalar sıklıkla dermatologlara başvururlar ve bazen ekskoriyasyona neden olabilecek parazitleri "kazıyarak" kendilerini iyileştirmeye çalışırlar. Bu cilt lezyonlarının zorunlu tedavisi, nihayetinde hastayı psikiyatriden uzaklaştıran kısır bir döngüye neden olur. Zaten psikiyatrik tedaviye uyumu zayıf olan bu hastalar, tedavi edilmezse hastalık kronik hale gelebilir. Bu olgu sunumunda, antipsikotik uzun etkili enjeksiyon tedavisi ile semptomatik iyileşme gösteren delüzyonel bozukluğu olan bir erkek hasta sunuyoruz.

Olgu: 75 yaşında bir erkek hasta bir dermatolog tarafından tarafımıza yönlendirildi. Hasta yaklaşık 20 yıl boyunca saçlarında bit olduğu düşüncesiyle çeşitli dermatologlara başvurmuştu. Hastanın cilt problemi olmamasına rağmen, yıllarca birçok bit ilacı kullanmış ve fayda görmediği için çareyi saçlarını kazıtmakta bulmuştu. Bununla birlikte, saçları uzamaya başlar başlamaz, bit ortaya çıktığını düşünüp saçlarını kazıtıyordu. Bir süre sonra, bu aşırı uğraşlarla ilgili olarak kafa derisinde çeşitli lezyonlar ortaya çıktı. Bu lezyonlar nedeniyle dermatolojiye gitmek zorunda kalan hasta psikiyatriye gitmesi istendiğinde öfkeleniyordu. Yalnız yaşıyordu. Hala klobetasol propiyonat tedavisi alıyordu. Fizik muayenesinde kafa derisinde likenizasyon vardı. Nörolojik muayenede özellik yoktu. Hemogram ve biyokimya parametreleri normal sınırlardaydı. Manyetik rezonans görüntüleme normaldi. Hastaya sanrısal bozukluk tanısı kondu ve risperidon uzun etkili enjeksiyona 37.5 mg başlandı (15 günde bir kez). Dermatoloji ile konsültasyon takibinde hastanın şikayetleri bir ay içerisinde kontrol altına alınabildi ve evde bakım hizmeti ile takip ve tedaviye devam edildi. Üç aylık takip sonunda benzer semptomlar bildirilmedi.

Tartışma: Bu olgu sunumu kronik, uyumlu olmayan Ekbom sendromlu hastalarda antipsikotik uzun etkili enjeksiyon kullanımının önemli bir tedavi seçeneği olduğunu göstermesi açısından önemlidir. Klinisyenlerin, oral tedaviye uyumsuz kişilerde, antipsikotik uzun etkili enjeksiyonların kullanımını akılda tutması önerilir.

Anahtar kelimeler: Ekbom sendromu, delüzyonel infestasyon, delüzyonel parazitoz, delüzyonel bozukluk, antipsikotik uzun etkili enjeksiyon

Kaynaklar

1. Mumcuoglu KY, Leibovici V, Reuveni I, Bonne O. Delusional parasitosis: Diagnosis and treatment. Isr Med Assoc J 2018;20(7):456-460.
2. Karakus G. Delusional parasitosis: Clinical features, diagnosis and treatment. Current Approaches in Psychiatry 2010;2(3):384-400.
3. American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Washington, DC: Author.
4. Campbell EH, Elston DM, Hawthorne JD, Beckert DR. Diagnosis and management of delusional parasitosis. J Am Acad Dermatol 2019;80(5):1428-1434.

PS-006

DEHB TANILI KIZ VE ERKEK ÇOCUKLARIN WÇZÖ-IV PUANLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Pelin Sultan Karakuş[1], Mehmet Hamdi Örüm[2], Ali Kuştepe[1], Mahmut Zabit Kara[3], Aysun Kalenderoğlu[4]

[1]*Psikolog, Adıyaman Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Adıyaman, Türkiye*
[2]*Uz.dr., Kahta Devlet Hastanesi, Psikiyatri, Adıyaman, Türkiye*
[3]*Dr. Öğ. Üyesi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Antalya Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Psikiyatrisi, Antalya, Türkiye*
[4]*Doç.dr., Adıyaman Üniversitesi, Psikiyatri, Adıyaman, Türkiye*

Giriş: Dikkat-Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), her ne kadar dikkat eksikliği ve hiperaktivite alanlarındaki özellikleri ile tanımlansa da araştırmalar DEHB'nin, çalışma hafızası, yürütücü işlevler, psikomotor koordinasyon, işlem hızı ve zekâ gibi diğer biliş alanlarıyla da önemli ilişkileri olduğunu göstermektedir. DEHB'nin tanı ve tedavi planlamasında Zekâ Katsayısı (IQ)'ndan; ayırıcı tanı, belirti yorumlama ve bilişsel yapının anlaşılması aşamalarında yararlanılmaktadır. Wechsler Çocuklar İçin Zekâ Ölçeği-IV (WÇZÖ-IV) bu amaçla kullanılan zekâ testlerinden biridir. Biz bu çalışmada, DEHB tanılı çocukların WÇZÖ-IV puanlarını incelemeyi ve çeşitli değişkenler açısından değerlendirmeyi amaçladık.

Yöntem: Çalışmamız, prospektif, kesitsel ve kontrol grubu olmayan bir çalışma olarak planlandı. DEHB tanısı, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Versiyon (DSM-5)'e göre konuldu. Cinsiyet ve yaşlar kaydedildi. Sözel Kavrama Birleşik Puanı (SKBP), Algısal Akıl Yürütme Birleşik Puanı (AAYBP), Çalışma Belleği Birleşik Puanı (ÇBBP), İşlem Hızı Birleşik Puanı (İHBP) ve Tüm Test Zekâ Puanı (TTZP) olmak üzere beş ayrı birleşik puan elde edilbilen WÇZÖ-IV, tüm hastalara aynı kişi tarafından (P.S.K.) uygulandı. İstatistiksel analiz için SPSS 22.0 versiyon yazılım programı kullanıldı. Bu çalışma için, Adıyaman Üniversitesi Girişimsel Olmayan Çalışmalar Etik Kurulu'ndan onam alındı (2017/9-7).

Bulgular: On sekiz erkek (%58.1), 13 kız (%41.9) olmak üzere toplam 31 DEHB tanılı hasta çalışmaya dâhil edildi (p=0.369). Ortalama yaş 109.00±22.74 ay (Min: 75 ay; Max: 149 ay) (Erkek: 114.11±22.39 ay; Kız: 101.92±22.11 ay) olarak saptandı (p=0.144). Tüm grupta (N=31), SKBP 103.77±12.81, AAYBP 96.00±13.67, ÇBBP 88.93±10.32, İHBP 95.03±12.33 ve TTZP 96.00±12.15 olarak; erkeklerde (N=18), SKBP 102.50±13.72, AAYBP 97.55±15.69, ÇBBP 89.33±10.09, İHBP 94.33±11.71 ve TTZP 96.05±12.67 olarak; kızlarda (N=13), SKBP 105.53±11.75, AAYBP 93.84±10.48, ÇBBP 88.38±11.03, İHBP 96.00±13.57 ve TTZP 95.92±11.90 olarak saptandı. Alt ölçekler açısından kızlar ve erkekler arasında anlamlı farklılık görülmedi (SKBP p=0.524, AAYBP p=0.465, ÇBBP p=0.806, İHBP p=0.717 ve TTZP p=0.977).

Tartışma: Bu çalışma, Adıyaman ilindeki DEHB tanılı hastalara ait ilk WÇZÖ-IV verilerini göstermektedir. Sonuçlar, kızlar ve erkekler arasında WÇZÖ-IV alt ölçek puanları açısından farklılık olmadığını göstermiştir. Bu çalışma, ilimizde bu alanda yapılacak diğer çalışmalara veri sağlayabilecektir. Çalışmamızın önemli kısıtlılıkları bulunmaktadır. Örneklem sayısının artırıldığı, sağlıklı bir kontrol grubunun dâhil edildiği, sosyodemografik verilerin genişletildiği, DEHB şiddeti ve alt tipleri belirlendiği çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Anahtar kelimeler: Dikkat-Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu, Wechsler Çocuklar İçin Zekâ Ölçeği-IV, Zekâ Katsayısı

Kaynaklar

1. Kaya-Bozkurt E, Çelik M, Kalenderoğlu A, Kuştepe A, Örüm MH, Uguz Ş. Autistic symptoms in children with attention deficit hyperactivity disorder. The Journal of Neurobehavioral Sciences 2019; 6(1): 6-11.
2. Krieger V, Amador-Campos JA. Assessment of executive function in ADHD adolescents: contribution of performance tests and rating scales. Child Neuropsychol 2018; 24(8): 1063-87.
3. Uluç S, Öktem F, Erden G, Gençöz T, Sezgin N. Wechsler Çocuklar İçin Zeka Ölçeği-IV: Klinik bağlamda zekanın değerlendirilmesinde Türkiye için yeni bir dönem. Türk Psikoloji Yazıları 2011; 14(28): 49-57.
4. Hasson R, Fine JG. Gender differences among children with ADHD on continuous performance tests: a meta-analytic review. J Atten Disord 2012; 16(3): 190-8.
5. Örüm MH, Kara MZ, Kuştepe A, Kalenderoğlu A. Bilişsel hatalar ve dikkat-eksikliği hiperaktivite bozukluğu belirtilerinin madde kullanım özellikleri ile ilişkisi. Bağımlılık Dergisi–Journal of Dependence 2019; 20(2): 47-60.

PS-007

BİR PSİKİYATRİ SERVİSİNDE 2015-2017 ARASINDA YATAN ERGENLERİN TSH, T3, T4, VİTAMİN B12, FOLAT VE FERRİTİN DEĞERLERİ

Oğuzhan Bekir Eğilmez[1], Mehmet Hamdi Örüm[2]

[1]*Adıyaman Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Adıyaman, Türkiye*
[2]*Kahta Devlet Hastanesi, Psikiyatri, Adıyaman, Türkiye*

Giriş: Vitaminler, mineraller ve hormonlar, psikiyatrik bozuklukların etiyolojisinde, hastalık sürecinde ve tedavide rol oynamaktadır. Tiroid hormonları beyin işlevleri ve ruhsal durumla yakından ilişkilidir. Hem subklinik hem de klinik hipotiroidizm, duygudurum bozuklukları ile ilişkilendirilmiştir. Vitamin B12 ve folat, metabolizmaları birbiriyle ilişkili olan ve merkezi sinir sistemindeki çeşitli metabolik yolaklar için gerekli vitaminlerdir. Ferritin ile ilişkili durumların duygudurum değişikliklerine yol açabileceği bilinmektedir. Geçmişte bu alanda yapılmış çalışmaların büyük çoğunluğu erişkin hastalarda yapılmıştır. Biz bu çalışmada Adıyaman Eğitim ve Araştırma Hastanesi erişkin psikiyatri servisinde yatan ergen hastaların vitamin B12, folat, ferritin ve tiroid fonksiyon testlerini incelemeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Çalışma geriye dönük, kesitsel ve tanımlayıcı olarak planlandı. Adıyaman Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin erişkin psikiyatri servisinde 1 Ocak 2015-31 Aralık 2017 tarihleri arasında yatarak takip ve tedavi edilmiş olan 18 yaş altındaki tüm hastalar çalışmaya dâhil edildi. Araştırılan değişkenlerden herhangi birine ait değeri eksik olan 7 hasta çalışmadan dışlandı ve 52 hastaya ait veri çalışmaya alındı. Serum folat seviyesi 2.50 pg/mL'den (2.50-20.00 pg/mL) düşük olduğunda folat eksikliği tanısı konuldu. Vitamin B12 eksikliği 189 pg/mL'den düşük bir seviye olarak tanımlandı ve ferritin düzeyi, kadınlar için 11.0-306.8 ng/mL ve erkekler için 23.9-336.2 ng/mL olarak kabul edildi. TSH'nın referans aralığı her iki cinsiyet için de 0.34-5.6 µIU/mL olarak kabul edildi.

Bulgular: Çalışmada, 27 kadın (%51.9), 25 erkek (%48.1) olmak üzere toplamda 52 hasta incelendi (p=0.782). Ortalama yaş 16.50±0.70 yıldı. Kadınlarda ortalama yaş 16.55±0.64 yıl, erkeklerde ortalama yaş 16.44±0.76 yıldı (p=0.672). 15 yaşında 6 hasta (%11.5), 16 yaşında 14 hasta (%26.9) ve 17 yaşında 32 hasta (%61.5) vardı. Konversiyon bozukluğu tanılı 11 (%21.2), davranım bozukluğu tanılı 10 (%19.2), madde kullanım bozukluğu tanılı 8 (%15.4), major depresif bozukluk tanılı 8 (%15.4), bipolar bozukluk tanılı 5 (%9.6), psikotik bozukluk tanılı 3 (%5.8), mental retardasyon tanılı 3 (%5.4), anksiyete bozukluğu tanılı 3 (%5.8), şizofreni tanılı 1 (%1.9) hasta vardı. Ferritin (p<001) ve TSH (p=0.021) değerleri kadınlar ve erkekler arasında anlamlı olarak farklıydı. Ferritin, kadınlarda anlamlı olarak erkeklere göre referans değerlerin altındaydı (p=0.033).

Sonuçlar: Bu çalışma ergen yaş grubundaki psikiyatri hastalarının vitamin B12, folat, ferritin ve tiroid fonksiyon testlerini cinsiyetlere göre incelemesi açısından değerlidir. Demir düzeyinin kadınlarda daha düşük olduğu görüldü. Erkeklerde ferritinin normal değerinin kadınlara göre daha yüksek olduğu bilindiği için referans aralığı esas alınarak analiz tekrarlandığında kadınların yine anlamlı olarak daha sık ferritin düşüklüğü değerlerine sahip olduğu görüldü. Demir çeşitli psikiyatrik ve organik belirtiler ile ilişkilidir. Hekimlerin demir eksikliği belirtilerine karşı uyanık olması önerilmektedir.

Anahtar kelimeler: Vitamin B12, folat, psikiyatri, tiroid

Kaynaklar

1. Kaplan BJ, Crawford SG, Field CJ, Simpson JS. Vitamins, minerals, and mood. Psychol Bull 2007;133:747-60.
2. Cornish S, Mehl-Madrona L. The role of vitamins and minerals in psychiatry. Integr Med Insights 2008;3:33-42.
3. Davison KM, Kaplan BJ. Nutrient intakes are correlated with overall psychiatric functioning in adults with mood disorders. Can J Psychiatry 2012;57:85-92.
4. Popper CW. Do vitamins or minerals (apart from lithium) have mood-stabilizing effects? J Clin Psychiatry 2001;62:933-5.
5. Lonsdale D, Shamberger RJ. Red cell transketolase as an indicator of nutritional deficiency. Am J Clin Nutr 1980;33:205-11.

PS-008

ADIYAMAN EAH PSİKİYATRİ SERVİSİNDE 2017 YILI İÇERİSİNDE YATAN BİPOLAR BOZUKLUK TİP 1 TANILI HASTALARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Oğuzhan Bekir Eğilmez[1], Mehmet Hamdi Örüm[2], Ebru Dumlupınar[3], Sevler Yıldız[4]

[1]*Adıyaman Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri, Adıyaman, Türkiye*
[2]*Kahta Devlet Hastanesi, Psikiyatri, Adıyaman, Türkiye*
[3]*Adıyaman Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyoistatistik, Adıyaman, Türkiye*
[4]*Tunceli Devlet Hastanesi, Psikiyatri, Tunceli, Türkiye*

Giriş: Bipolar bozukluk (BB), manik dönem olarak adlandırılan anormal derecede yükselmiş duygudurum dönemlerinden depresif dönemlere kadar uzanan ruhsal bir bozukluktur. Yataklı tedavi ünitelerinde tedavi gören hastaların incelendiği çeşitli çalışmalara literatür vasıtasıyla ulaşılmaktadır. Her ne kadar BB karakteristiklerinin bölgeden bölgeye veya ırka bağlı olarak değişmediği bilinse de, BB'ye hasta, hasta yakını ve toplum yaklaşımlarının değişebileceği ve bu değişikliğin de tedavi süreçlerini etkileyebileceği düşünülmüştür. Bu bilgilerle literatürü taradığımızda, ilimizdeki BB1 hastalarının ayaktan ya da yatarak tedavilerini inceleyen bir araştırmaya ulaşamadık. Biz bu çalışmada bir yıllık süreçte hastanemizin yataklı tedavi ünitesinde tedavi gören BB1 hastalarının sosyodemografik ve klinik özelliklerini geriye dönük olarak incelemeyi amaçladık.

Yöntem: Çalışmamız geriye dönük olarak planlandı. 1 Ocak 2017-31 Aralık 2017 tarihleri arasında psikiyatri servisinde yatan hastalardan BB1 tanısına sahip olanlar değerlendirmeye alındı. Hastalara ait eksiksiz olarak girilen yaş, cinsiyet gibi sosyodemografik veriler ve Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMDÖ)'ni de içeren hastalık karakteristikleri istatistik değerlendirme yapılacak ortama aktarıldı. Tüm tanılar DSM-5'e göre konulmuştu.

Bulgular: Toplam 31 kadın (%44.92), 38 erkek hasta (%55.08) olmak üzere toplam 69 BB1 tanılı hasta vardı. Kadınlarda ortalama yaş 38.7±13.92 yıl, erkeklerde ortalama yaş 36.6±12.60 yıl olarak saptandı (p=0.513). Kadınlarda hastalık başlangıç yaşı 23.0±5.39 yıl, erkeklerde hastalık başlangıç yaşı 21.9±5.57 yıldı (p=0.431). Kadınların ortalama yatış sayısı 6.8±5.02, erkeklerin ortalama yatış sayısı 5.8±4.13'tü (p=0.375). Kadınların %67.74'ü, erkeklerin %86.84'ü sigara içiyordu (p=0.056). Kadınların %16.12'si, erkeklerin %34.21'i alkol-madde kullanıyordu (p=0.089). Kadınların %64.51'inin, erkeklerin %44.73'ünün intihar girişimi öyküsü mevcuttu (p=0.101). Kadınların %51.61'inin, erkeklerin %28.94'inin ailesinde psikiyatrik bozukluk öyküsü mevcuttu (p=0.047). Hastaların 59 (%85.5)'u geçmişte de herhangi bir psikiyatri servisinde BB1'e bağlı şikâyetler nedeniyle yatarak tedavi görmüştü. Mevcut yatış süresi tüm grup için (N=69) 17.1±11.10 gündü. Yataklı tedavi ünitesine girişteki total hasta YMDÖ puanları 38.4±11.77 iken çıkıştaki YMDÖ puanları 14.5±4.72 idi (p<0.001). Kadınların %61.29'unda, erkeklerin %57.89'unda hibernasyon (haloperidol ve biperiden ile intramüsküler müdahale) ihtiyacı duyuldu (p=0.775). Kadınların %64.51'inde, erkeklerin %65.78'inde sanrı vardı (p=0.912). Kadınların %3.22'sinde, erkeklerin %10.52'sinde varsanı vardı (p=0.370). Hastaların 45 (%65.2)'inin manik atak döneminde, 16 (%23.2)'sının karma atak döneminde, 8 (%11.6)'i depresif atak döneminde yatışı yapılmıştı. Hastaların 31 (%44.9)'inin yatışı Sonbahar mevsiminde yapılmıştı. Hastaların 59 (%85.5)'unun taburculuğu şifa veya kısmi şifa ile yapılmışken, 10 (%14.5) hasta tedavileri devam ederken kendi ve/veya ailelerinin isteği ile taburcu edilmişti.

Sonuç: Bir merkezdeki ya da bölgedeki BB1 hastalarının bozukluk karakteristiklerinin ve özellikle hastane yatışı özelliklerinin bilinmesi, müdahalelerin daha uygun yollarla ve daha uygun şekillerde yapılmasını sağlayacaktır. Yatırılarak tedavi gören hastalardaki işlevsellik yitimine neden olacak olası özelliklerin bilinmesi yeni planlamaların daha sağlıklı yapılmasına katkıda bulunacaktır.

Anahtar kelimeler: Bipolar bozukluk tip 1, psikiyatri servisi, BB1, cinsiyet farklılığı

Kaynaklar

1. Orum MH, Kalenderoglu A. Cotard and Capgras delusions in a patient with bipolar disorder: "I'll prove, I'm dead!". Psychiatry and Clinical Psychopharmacology 2018:28(1);110-112.
2. Özen ME, Örüm, MH, Yılmaz MB, Kalenderoğlu A. İnflamatuar biyobelirteçler açısından bipolar bozukluk tip 1 tanılı hastaların sağlıklı kontrollerle karşılaştırılması. Adıyaman Üni Sağlık Bilimleri Derg 2019;5(1):1351-1360.
3. Orum MH, Kara MZ, Egilmez OB. Determination of vitamin B12, folate, and ferritin levels of inpatients in a psychiatry clinic: A one-year retrospective study. FNG & Bilim Tıp Dergisi 2018;4(2):71-78

PS-010

VAJİNİSMUSUN EŞLİK ETTİĞİ BİR PSİKOJENİK PRURİTUS OLGUSU

Aslı Kazğan[1], Sevler Yıldız[2]

[1]*Siverek Devlet Hastanesi Psikiyatri Kliniği*
[2]*Tunceli Devlet Hastanesi Psikiyatri Kliniği*

Giriş: Vajinismus vajina kaslarındaki istemsiz kasılmalar nedeniyle cinsel ilişkinin gerçekleşemediği bir cinsel işlev bozukluğudur (1). Psikojenik pruritus, kaşıntının psikojenik faktörlerle tetiklendiği psikojenik kaşıntı diye de adlandırılan kronik bir somatoform bozukluktur. Özellikle depresyon ve anksiyete bozuklukları psikojenik kaşıntı ile birliktelik gösteren en yaygın psikiyatrik bozukluklardır. Anksiyete eşzamanlı olarak psikojenik pruritus nedeni olabilir (2). Kaşınma, ansiyeteden kurtulmayı ve rahatlamayı sağlayan aynı zamanda da erotik doyum sağlayan bir eylem olarak görülebilmektedir (3). Biz burada vajinismus tedavisi sonrası ortadan kalkan psikojenik pruritus olgusundan bahsetmeyi amaçladık.

Olgu: 25 yaşında, lise mezunu, evli, kadın hasta polikliniğimize yaklaşık 5 aydır hemen hemen her gün olan, ağırlıklı olarak kasık, sırt, kol ve omuz bölgelerinde yaygın kaşıntı şikayetiyle dermatolog tarafından yönlendirildi. Hastanın öyküsünde tüm dahili tetkiklerin yapıldığı ve organik patoloji saptanmadığı, ek hastalığının bulunmadığı dermatolojik tedavilerden fayda görmediği, öncesinde psikiyatri başvurusu olmadığı, 8 aylık evliliklerinde cinsel ilişkiye girememe, vajinaya girme girişimi sırasında pelvis kaslarını istem dışı sıkma şikayetlerinin olduğu öğrenildi. Hastada cinsel ilişkiyle ilgili korkulu ruminatif düşünceler dikkat çekiyordu. Laboratuvar tetkik sonuçları normaldi. Psikiyatrik muayene sonucunda hastaya DSM-5'e göre vajinismus- psikojenik pruritus- hafif şiddette depresif bozukluk tanıları konuldu. Hamilton Depresyon Ölçeği skoru 14, Beck Anksiyete Değerlendirme Ölçeği skoru 15 idi. Tedavide Mirtazapin 15 mg/gün başlanıldı tedricen 45mg/gün'e artırıldı. Çifte 8 hafta boyunca uygulanan haftalık bilişsel davranışsal tedavi teknikleri sonunda, cinsel birleşme gerçekleşti. Tedavi sonrası anksiyetesi ve depresif bulguları azalan hastanın kaşıntı şikayetinde gerileme gözlenmesiyle mirtazapin tedavisi azaltılarak kesildi.

Tartışma-Sonuç: Organik nedenlerle açıklanamayan, psikojenik faktörlerle şiddetlenen psikojenik pruritus psikiyatrik hastalıklarla sıklıkla birliktelik gösterir (4). Kaşıntı, stresin derideki bir fiziksel bulguya dönüştürülmesini temsil ediyor olabilir ve kaygı yoğunluğu ile doğrusal olabilir (3). Olgumuzda vajinismusun tedavisinde günümüzde en yaygın ve başarılı yöntem olan bilişsel-davranışçı tedavi teknikleri kullanılmıştır (5). Vajinismus tedavisinin başarılı olması ile birlikte hastanın kaşıntı ve lezyonlarının azalarak kaybolması, temelde endişe yaratan ruhsal nedenin ortadan kaldırılmasının önemini vurgulamaktadır.

Anahtar kelimeler: Anksiyete, psikojenik pruritus, vajinismus

Kaynaklar

1. Yılmaz E. (2007) Cinsel sorunlar ve tutumlar üzerine bir epidemiyolojik araştırma. First National Congress of Association of Cognitive and Behavioral Therapy Abstract Book, Istanbul.
2. Hatch ML, Paradis C, Friedman S, et. al. (1992) Obsessive-compulsive disorder in patients with chronic pruritic conditions: case studies and discussion. J Am Acad Dermatol 1992 ;26:549-51.
3. Ulnic J. (2008). "Skin in psychoanalysis", Karnac Books.(First edition) London.
4. Altunay İK, Köşlü A. (2008). "Psikojenik pruritus", Turkish Journal of Dermatology, 2:116-120
5. Yetkin N (2001) Vajinismus. Yetkin N, İncesu C (editörler). Cinsel İşlev Bozuklukları Monograf Serisi içinde. İstanbul: Roche Müstehzarları Sanayi A.Ş., 2001:26-29.

PS-011

GİNSENG KULLANAN HASTADA LİTYUM İNTOKSİKASYONU: OLGU SUNUMU

Aslı Kazğan[1], Sevler Yıldız[2], Sevda Korkmaz[3]

[1]*Siverek Devlet Hastanesi Psikiyatri Kliniği*
[2]*Tunceli Devlet Hastanesi Psikiyatri Kliniği*
[3]*Fırat Üniversitesi Hastanesi Psikiyatri Anabilim Dalı*

Giriş-Amaç: Bipolar bozuklukta kullanılan lityum dar bir tedavi aralığına sahiptir. Lityum kullanımıyla ilişkili olarak birçok sistem değişik şiddette etkilenebilmektedir. Zehirlenmesi ise nörolojik sekelle, hatta ölümle sonuçlanabilmektedir. Bu durum, lityumun, alımında bir fazlalık ya da atılımında bir azalma olduğunda, bazen de ilaç/lityum ya da ilaç/besin etkileşimi sonrasında ortaya çıkabilmektedir (1). "Ginseng", Uzakdoğu ülkelerinde yabani olarak bulunan bitkinin köklerinden elde edilir (2). Yazımızda, uzun süredir sorunsuz lityum kullanımı olan bipolar bozukluk tanılı hastada ginseng kullanımı sonrası gelişen akut böbrek yetmezliği ve sonrasında oluşan parkinsonizm tablosundan bahsetmeyi amaçladık.

OLGU: 68 yaş, evli, üniversite mezunu, erkek hasta. 1 hafta önce ani başlayan unutkanlık, motor becerilerde azalma, ara ara olan ağlamalar, hareketlerde yavaşlama, ellerde titreme şikayetleri ile nöroloji servisine yatışı yapılmış. Psikiyatri tarafından yattığı serviste değerlendirildi. Anamnezinde 40 yıldır bipolar bozukluk tanısıyla tedavi aldığı ve son 10 yıldır lityum kullandığı öğrenildi. Kısmi remisyonda olan hastanın son kullandığı lityum dozu 900mg/gün idi. Antihipertansif ilaç dışında medikal ilaç kullanımı yoktu. Hastanın 6 ay boyunca günde 2x1 ginseng bitkisel tablet desteği aldığı öğrenildi ve ilaç kutusunda üretim tarihi ve sağlık bakanlığı onay bilgisi bulunmuyordu. Yapılan nörolojik muayenesinde bradimimi, tremor, bradikinezi, diskinezi, kognitif disfonksiyon bulguları mevcuttu. Diğer sistem muayeneleri normal olarak değerlendirildi. Uygulanan Young Mani Derecelendirme Ölçeği puanı 2 idi. Lityum seviyesi 1,5mEq/L, kreatinin 1,45mg/dL, ürik asit 7,9 mg/dL idi. Çekilen beyin MR'ında bazal ganglionlar düzeyinde kronik laküner enfarktlar görüldü. Hasta akut böbrek yetmezliği ve lityum intoksikasyonu lehine değerlendirildi. Nörolojik bulgular ilaca bağlı parkinsonizm şeklinde açıklandı. Hastaya mayi desteği verilerek lityumu kesildi. Lityum seviyesi ve böbrek fonksiyon testi değerleri günlük takip edildi. Plazma lityumu 0,14mEq/L ve kreatinini 0,93mg/dL'ye kadar geriledi. Şikayetlerinde azalma olan hasta, Levodopa+Benserazid 250mg/gün, Klozapin 12,5mg/gün, Valproat 500mg/gün ile psikiyatri poliklinik kontolü önerilerek taburcu edildi.

TARTIŞMA-SONUÇ: Lityum düzeyi 1,2-1,5mEq/L 'nin üzerinde olduğunda toksik belirtiler ortaya çıkabilmektedir. Lityum zehirlenmesinden her zaman artmış alım ya da azalmış atılım sorumlu olup atılımın azalması iki nedene bağlı olabilir; böbrek işlevi bozuktur yada böbrekten atılımı etkileyen başka bir ilaç daha kullanılmaktadır (3). Yazımızda, lityum kullanan bipolar tanılı hastada, gingeng kullanımı sonrası böbrek fonksiyonları bozulmuş lityumdan kaynaklanan nörolojik yan etkilerin ortaya çıkmıştır. Bitkisel ürünler doğal olması nedeniyle zararsız kabul edilerek çok sık kullanılmakta, ancak yan etkileri göz ardı edilmektedir. Bu tarz vakaların artması, hastalarımızın tedavi amaçlı kullandığı ürünlerin daha detaylı sorgulanması gerektiğini göstermektedir.

Anahtar kelimeler: Ginseng, lityum, parkinsonizm

Kaynaklar

1. McKnight RF, Adida M, Budge K, Stockton S, Goodwin GM, Geddes JR. Lithium toxicity profile: a systematic review and metaanalysis. Lancet. 2012;25:721-28.
2. Kraft K. Hobbs C. Pocket Guide to Herbal Medicine, New York, Thiemen Stuttgart, 2004.
3. Aral H, Vecchio-Sadus A. Toxicity of lithium to humans and the environment- A literature review. Ecotoxicol Environ Saf 2008; 70:349-356.

PS-012

PAROKSETİNLE İNDÜKLENEN SAÇ DÖKÜLMESİ: OLGU SUNUMU

Aslı Kazğan[2], Sevler Yıldız[1]

[1]*Tunceli Devlet Hastanesi Psikiyatri Kliniği, Tunceli*
[2]*Siverek Devlet Hastanesi Psikiyatri Kliniği, Şanlıurfa*

Giriş-amaç: İlaçlara bağlı saç dökülmesi (alopesi) genellikle diffüz, skar bırakmayan ve ilacın kesilmesi ile gerileyen geri dönüşümlü bir yan etkidir. Psikotrop ilaçlar içerisinde bu yan etki en fazla lityum ve valproik asitte görülmekle birlikte trisiklik antidepresanlar, olanzapin, risperidon, ketiapin, klonazepam ve buspiron ile de görülebilmektedir (1). Trisiklik antidepresanların 1/1000 oranda bu yan etkiyi gösterebildikleri bildirilse de serotonin reuptake inhibitörlerine (SSRI) bağlı yaygınlığı tam olarak bilinmemektedir (2). Serotonin reuptake inibitörleri kullanımına bağlı alopesi olguları sınırlı sayıdadır (3). Bu yazıda paroksetin kullanmaya başladıktan sonra ortaya çıkan ve sadece tedavinin kesilmesiyle düzelen, yaygın saç dökülmesi olan bir olguyu sunmayı amaçladık.

Olgu: 35 yaşında, evli, ilkokul mezunu, kadın hasta. 4 ay önce mutsuzluk, keyifsizlik, huzursuzluk, uykusuzluk şikayetleri ile psikiyatri polikliniğine başvuran hastaya paroksetin 10mg/gün başlanmış. Tedavinin 1. ayında hastada yaygın saç dökülmeleri başlamış. Ruhsal muayenesinde anksiyete, insomnia, beklenti anksiyetesi ve anhedoni saptandı. Fizik ve nörolojik muayenesi normaldi. Özgeçmişinde tıbbi hastalık öyküsü yoktu. Ek ilaç kullanımı bulunmamaktaydı. Saç kaybına neden olabilecek ek ruhsal hastalık saptanmadı. Hastadan istenilen tam kan, biyokimya, demir, folik asit, prolaktin, östrojen, tiroid fonksiyon testleri normal sınırlardaydı. Hastanemizde saç dökülmelerine neden olabilecek eser element çalışılmadığı için hastanın dış merkezde yaptırdığı çinko bakır seviyeleri normal geldi. Dermatoloji bölümüne konsulte edilen hastada ek bir dermatolojik hastalık tespit edilmedi. Bu nedenle saç dökülmesinin paroksetin kullanımına bağlı olabileceği düşünülerek ilacı kesildi ve venlafaksin 75 mg/gün başlanıldı, tedricen 150 mg/gün 'e arttırıldı. Hastanın 1,5 ay sonra saç dökülmesi ve ruhsal şikayetlerinde gerileme gözlemlendi.

Tartışma-Sonuç: Yaygın kullanılan SSRIlara bağlı dermatolojik yan etkiler arasında olan alopesinin etiyolojisi tam olarak aydınlatılamamış olsa da saç büyümesinde etkili melatonin-seratonin mekanizmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir (4). Literatürde diğer SSRIlarla ortaya çıkan olgular daha fazla olmak kaydıyla paroksetin kullanımı ile gelişen ve ilacın kesilmesi ile dökülmenin gerilediği alopesi vakaları daha nadirdir (5). Hastamızda dışlanan ayırıcı tanılar ve ilaç kesimi sonrası dökülmede gerileme gözlenmesi, saç dökülmesinin paroksetin kullanımına bağlı olduğu sonucunu düşündürmüştür. SSRI kullanımda kontrol muayenelerinde diğer yan etkilerle birlikte saç dökülmesinin de sorgulanması gerektiğini düşünmekteyiz.

Anahtar kelimeler: Alopesi, paroksetin

Kaynaklar

1. Litt JZ. Litt's Drug Eruption Reference Manual. Eleventh Edition. London: Taylor&Francis; 2005: 555-607.
2. Rebora A. Changes in growth and distribution of associated with psychotropic drug use. Incidence and mechanism. CNS Drugs 1997;8:323-334.
3. Türkoğlu S. Fluoxetine and sertraline related hair loss in a teenager: a case report. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 2013; 23:77-80.
4. Slominski A, Wortsman J, Tobin DJ. The cutaneous serotoninergic/ melatoninergic system: securing a place under the sun. Faseb J 2005; 19:176-194.
5.Zalsman G, Sever J, Munitz H. Hair loss associated with paroxetine treatment: a case report. Clin Neuropharmacol 1999; 22:246-247.

PS-013

PAROKSETİN KULLANIMI SONRASI ORTAYA ÇIKAN GALAKTORE: OLGU SUNUMU

Sevler Yıldız[1], Aslı Kazğan[2]

[1]*Tunceli Devlet Hastanesi*
[2]*Siverek Devlet Hastanesi*

Giriş-Amaç: Galaktore, her iki memedeki duktal kanallardan spontan olarak, sütlü akıntı gelmesi olarak tanımlanmakta olup; pek çok tıbbi duruma bağlı olarak ortaya çıkabildiği gibi antidepresanların da içinde bulunduğu birçok ilacın kullanımıyla da karşılaşılabilen klinik bir tablodur. Bazı trisiklik antidepresanların ve seçici serotonin gerialım inhibitörlerinin prolaktin düzeylerinde ılımlı bir yüksekliğe neden olduğu gösterilmiştir. Bu olguda yaygın anksiyete bozukluğu tanısıyla paroksetin tedavisi almakta iken serum prolaktin artışı ve galaktore ortaya çıkan bir olgu sunulmuştur.

Olgu: 28 yaşında, evli, ilkokul mezunu kadın hasta polikliniğimize her iki göğsünden süt gelmesi, dolgunluk ve ağrı şikayeti ile başvurdu. Hastada geçirilmiş hastalık, ameliyat, alkol-madde kullanımı öyküsü mevcut değildi. Hasta üç yıldır yaygın anksiyete bozukluğu tanısıyla aralıklı tedavi görmekte ve son üç aydır paroksetin 40mg/gün tedavisi almaktaydı. Fizik muayene bulguları ve yapılan tiroid stimüle edici hormon, üre, kreatinin dahil tüm rutin tetkikleri normal olarak değerlendirildi. Gebelik veya oral kontraseptif kullanımı söz konusu değildi. Ruhsal durum muayenesinde; anksiyete, anksiyetenin somatik belirtileri, uykusuzluk, anhedoni, irritabilite olan hastanın Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği skoru 10 ve Beck Anksiyete Ölçeği skoru 40 puan geldi. Tümöral patolojinin ekarte edilmesi için istenen nöroloji konsültasyonu sonrasında çekilen kranial MR'da hipofizde yer kaplayan kitle oluşumuna rastlanmadı. Paroksetin tedavisinden önce başka antidepresan ilaçlar kullanmasına rağmen bu tarz şikayetlerinin olmadığını belirten hastanın ölçülen serum prolaktin düzeyi 47,5 ng/ml olarak belirlendi. Tekrarlanan testlerde de benzer değerler tespit edilen hasta için kadın hastalıkları ve doğum kliniğinden konsültasyon istendi. Hastaya bir hafta cinsel ilişkiye girmemesi ve meme ucu uyarımına maruz kalmaması yönünde bazı önerilerde bulunuldu. Bir hafta sonra sabah ölçülen serum prolaktin düzeyi 36,2 ng/ml çıkan hastada dopamin reseptör agonisti kabergolin haftada iki gün 0,5 mg tedavisine başlandı.. Paroksetin tedavisi yerine hastanın daha önce kullanıp fayda gördüğü sitalopram 20mg/gün tedavisine geçildi ve kontrol randevusu planlandı.

Tartışma-Sonuç: Literatürde sertralin, fluvoksamin, fluoksetin gibi selektif serotonin geri alım inhibitörleri ve serotonin noradrenalin geri alım inhibitörleri olan venlafaksin, duloksetin kullanımıyla ilişkili hiperprolaktinemi ve galaktore olguları bildirilmiştir. Paroksetin kullanımına bağlı hiperprolaktinemi gelişimiyle ilgili az sayıda olgu bildirimi yapılımıştır. Klinik pratikte yaygın anksiyete bozukluğunda sık olarak tercih edilen paroksetin kullanımına bağlı hiperprolaktinemi olgusuna değindik. Sadece antipsikotik tedavisinin değil antidepresan tedavinin de bir sonucu olarak ortaya çıkabilecek serum prolaktin seviyesi artışı ve galaktoreye ait daha geniş kapsamlı araştırmalara ve bildirilen olgu sunumlarına ihtiyaç duyulmaktadır.

Anahtar kelimeler: Paroksetin, Hiperprolaktinemi, Galaktore

Kaynaklar

1. Madhusoodanan S, Parida S, Jimenez C. Hyperprolactinemia associated with psychotropics—a review. Hum Psychopharmacol. 2010; 25: 281–97.
2. Yang MS, Cheng WJ, Huang MC. Dose-related hyperprolactinemia induced by venlafaxine. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry, 2009; 33: 733-4.
3. Holt RI. Medical causes and consequences of hyperprolactinaemia. A context for psychiatrists. J Psychopharmacol 2008; 22: 28-37.
4. Stahl SM. Noradrenaline and dophamine reuptake inhibitors, Stahl's Essential Psychopharmacology: Neuroscientific Basis and Practical Applications. 4nd ed. Cambridge University Press; 2013. p.309-12.
5. Akbas EM, Gungor A, Ozdemir C, Bilen H. Eurasian J Med. 2013 Jun;45(2):138-40. Unusually high prolactin level for medication-induced hyperprolactinemia: a case report. Eurasian J Med. 2013 Jun; 45(2): 138-40.

PS-014

UZUN ETKİLİ PALİPERİDON KULLANIMINA BAĞLI GELİŞEN PARKİNSONİZM: OLGU SUNUMU

Sevler Yıldız[1], Aslı Kazğan[2]

[1]*Tunceli Devlet Hastanesi*
[2]*Siverek Devlet Hastanesi*

Giriş-Amaç: Antipsikotiklere bağlı parkinsonizm "psödoparkinsonizm" olarak da adlandırılır ve kaslarda sertlik, yürümede güçlük, maske yüz gibi semptomlar görülür. Paliperidon, risperidonun aktif metaboliti olan 9- hidroksi risperidon'un ozmotik kontrollü salım oral uygulama sistemi (OROS) teknolojisi ile birleştirilmesi sonucu elde edilen bir atipik antipsikotiktir. Paliperidon kullanımı sonrası en sık gözlemlenen yan etkiler somnolans, ortostatik hipotansiyon, tükürük hipersekresyonu, akatizidir. Paliperidon depo enjeksiyon formunun kullanımına bağlı parkinsonizm az sayıda bildirilmiştir. Burada özellikle ilaç uyumsuzluğu olan hastalarda kullanımı giderek yaygınlaşan uzun etkili paliperidon kullanımına bağlı gelişen parkinsonizm olgusundan bahsetmeyi amaçladık.

Olgu: 35 yaşında, kadın hasta şüphecilik, uykusuzluk, garip konuşma ve davranışlar şeklinde şikayetlerle psikiyatri polikliniğimize başvurdu. Alınan anamnezde ilk şikayetlerinin yaklaşık olarak 15 yıl önce korku, uykusuzluk, şüphecilik, gaipten görüntüler görme şeklinde başladığı, şizofreni tanısı aldığı, düzenli psikiyatrik tedavi almadığı öğrenildi. Ruhsal mauyenesinde yüzeyel affekt, anksiyete, insomnia, işitsel ve görsel halüsinasyonlar, perseküsyon hezeyanları, negativizm, psikomotor yavaşlama, insomnia bulguları saptandı. Soygeçmişinde, fizik muayenesinde, rutin kan ve beyin görüntüleme tetkiklerinde özellik saptanmadı. Yatış önerisini ve oral ilaç kullanımını kabul etmeyen hastaya paliperidon aylık depo ampul enjeksiyon 1x1 intramüsküler ve biperiden ampul 1x1 intramüsküler enjeksiyon tedavisi başlanıldı. Enjeksiyon tedavisinin 6. günü hareketlerde ve konuşmada yavaşlama, ellerde titreme şikayetleriyle psikiyatri polikliniğimize tekrar başvuran hastanın yapılan kaba nörolojik muayenesinde bradimimi, bradikinezi, rijidite esaptandı. İstenen rutin kan tetkiklerinde özellik saptanmadığından nöroloji konsültasyonu istendi. İlaca bağlı parkinsonizm tanısı düşünülen hastaya paliperidon stoplanıp, levodopa 125 mg/gün ve klozapin 12,5 mg/gün başlandı, klozapin tedricen 150 mg/gün' e, levodopa 250 mg/gün' e arttırıldı. Sık aralıklarla yapılan psikiyatri ve nöroloji poliklinik takiplerinde şikayetleri gerileyen hastanın, tedavi değişikliğinin yaklaşık birinci ayında parkinsonizm bulguları tamamen kayboldu, psikotik belirtileri azaldı.

Tartışma-Sonuç: Metoklopromid, valproik asit, lityum, antidepresanlar (SSRI), tipik ve atipik antipsikotik ilaçlar (özellikle risperidon, olanzapin, ketiapin) ilaca bağlı parkinsonizme neden olabilen ilaçlardır. İlaçların yanı sıra kadın cinsiyet, ileri yaş, ek nörolojik hastalık varlığı, mental retardasyon gibi durumlar ilaca bağlı parkinsonizm gelişme riskini arttırmaktadır. Uzun etkili paliperidon kullanımına bağlı gelişen parkinsonizm sınırlı sayıda bildirilmiştir. Olgumuzda kadın olması dışında parkinsonizm risk faktörü bulunmamaktaydı. Son zamanlarda kullanımı giderek yaygınlaşan aylık depo antipsikotikleri uygun vakalara seçmeli ve sonrasında ortaya çıkabilecek yan etkiler için hasta takipleri daha sık yapılmalıdır. Bu yan etkinin değerlendirilebilmesi için geniş örneklemli çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar kelimeler: Paliperidon, Parkinsonizm

Kaynaklar

1. Mellacheruvu S, Norton JW, Schweinfurth J ve ark. Atypical antipsychotic drug-induced acute laringial dystonia. J Clin Psychopharmacol, 2007; 27: 206-207.
2. Meltzer HY, Bobo WV, Nuamah IF ve ark. Efficacy and tolerability of oral paliperidone extended-release tablets in the treatment of acute schizophrenia: pooled data from three 6- week, placebo-controlled studies. J Clin Psychiatry, 2008; 69:817-829.
3. Scarff JR, Casey DA. Newer oral atypical antipsychotic agents: a review. P T. 2011; 36(12): 832–838.
4. López-Sendón J, Mena MA, de Yebenes JG. Drug-induced parkinsonism. Expert Opin Drug Saf 2013;12: 487–96.
5. Brown S, Downes E, Welch S, & Turner A. A Severe Case of Paliperidone Palmitate-Induced Parkinsonism Leading to Prolonged Hospitalization: Opportunities for Improvement. Federal Practitioner, 2017; 34(10), 24–29.

PS-015

KLOZAPİN KULLANIMI İLE GELİŞEN HİPERPROLAKTİNEMİYE BAĞLI AMENORE: BİR OLGU SUNUMU

Aslı Kazğan[1], Sevler Yıldız[2]

[1]*Siverek Devlet Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Şanlıurfa*
[2]*Tunceli Devlet Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Tunceli*

GİRİŞ-AMAÇ: Psikotrop ilaçlar ön hipofizde D2 reseptörlerinin blokajı ile hiperprolaktinemiye neden olabilmektedir. Antipsikotik ilaçların, D2 reseptörlerine bağlanma oranı yükseldikçe, hem ekstrapiramidal sistem üzerine etkileri artmakta, hem de prolaktin yüksekliği yapabilmektedir. Atipik antipsikotikler, klasik antipsikotiklere göre daha düşük potensli D2 reseptör antagonisti etkileriyle prolaktin seviyesini ılımlı şekilde arttırmaktadır (1). Antipsikotiklere bağlı hiperprolaktinemi kadınlarda %60-75, erkeklerde %34-43 oranlarında bildirilmiştir (2). Hiperprolaktinemiye bağlı gelişen amenore, galaktore, jinekomasti, seksüel disfonksiyon gibi endokrinolojik yan etkilerinin sıklığı ise % 1-10 kadardır (3). Klozapinin D2 reseptörlerini daha az işgal etmesi nedeniyle plazma prolaktin seviyelerini yüksek dozlarda bile arttırmadığı kabul edilmektedir (4). Bu olgu sunumunda, klozapine bağlı hiperprolaktinemi ve bu nedenle amenore gelişen şizofreni hastasından bahsetmeyi amaçladık.

OLGU: 36 yaşında, bekar, ilkokul mezunu, kadın hastanın ilk şikayetleri yaklaşık 15 yıl önce sinirlilik, saldırganlık, şüphecilik, uykusuzluk, içe kapanma, gaipten sesler duyma şeklinde başlamış. Takiplerde şizofreni tanısı alan hasta dönem dönem olanzapin, risperidon, amisülpirid etken maddeli ilaçlar kullanmış. Hastada dış merkezde 6 ay önce klozapin tedavisine geçilmiş. En son Klozapin 200 mg/gün kullanan hastanın son 3 aydır hiç adet görmediği poliklinik başvurusu sırasında öğrenildi. Hastanın ruhsal muayenesinde duygulanımı kısıtlı, çağrışımları spontan, soyut düşünme yetisi ve dikkati normaldi. Düşünce içeriğinde referans fikirleri devam ediyordu. Uyku iştah normaldi. Aktif pozitif bulgu saptanmayan hasta remisyonda düşünüldü. Ek organik hastalık ve ilaç kullanımı olmayan hastanın soygeçmişinde iki teyzesinde bipolar bozukluk öyküsü mevcuttu. Fiziksel muayenesi normaldi. Hastadan tam kan, biyokimya, betahcg ve açlık prolaktin seviyeleri istenildi. Betahcg düzeyi sıfır, prolaktin düzeyi 70,2µg/L idi. Hasta kadın hastalıkları ve doğum bölümüne konsülte edildi. Jinekolojik ek organik patoloji saptanmadığından antipsikotik ilaç değişikliği önerildi. Hastada çapraz geçiş ile klozapinden aripiprazole geçildi. Klozapin 200 mg/gün tedricen azaltılarak kesildi, aripiprazol 10 mg/gün başlanılıp tedricen 30 mg/gün'e arttırıldı. Tedavi değişikliğiyle ruhsal şikayetlerinde artış gözlenmeyen hasta aripiprazol tedavisinin dördüncü haftasında adet görmeye başladı, haftalık düzenli takip edilen hastada tedavi değişikliğinin beşinci haftasında prolaktin düzeyi 15,03 µg/L olarak ölçüldü.

SONUÇ-TARTIŞMA: Antipsikotik ilaçlar arasında terapotik dozda hiperprolaktinemi riski en az kabul edilen ilaçlardan birisi klozapindir. Hatta tedaviye bağlı hiperprolaktinemisi olan hastalarda klozapinin prolaktin düzeylerinde azalma sağladığı gözlenmiştir (5). Hastamızın daha önceden ripseridon ve amisülpirid kullandığı dönemlerde hiperprolaktinemi riski daha yüksek olduğu halde hiperproplaktinemiye bağlı amenore gelişmemiş olup klozapin tedavisinden sonra görülmesi dikkat çekicidir. Bu olgu bize risklerden bağımsız olarak ilaçların olası yan etkilerinin sorgulanması gerektiğini vurgulamaktadır.

Anahtar kelimeler: Amenore, hiperprolaktinemi, klozapin

Kaynaklar

1. Serretti A, Ronchi DD, Lorenzi C et al. New antipsychotics and schizophrenia: A review on efficacy and side effects. Current Medicinal Chemistry, 2004; 11:343-358.
2. Kinon BJ, Gilmore JA, Liu H, Halbreich UM. Prevalence of hyperprolactinemia in schizophrenic patients treated with conventional antipsychotic medications or risperidone. Psychoneuroendocrinology, 2003;28:55-68.
3. Torre D, Falorni A, Pharmacologicalcauses of hyperprolactinemia, The rapeutic sand Clinical Risk Management 2007;3:929-51.
4. A high-and low-dose double-blind comparison with placebo. Arch Gen Psychiatry, 54:549-557.
5. Wong J, Seeman MV. Prolactin, menstrual irregularities, quality of life. Schizophrenia Research. 2007;91(1–3):270–271.

PS-016

HİPONATREMİ KAYNAKLI MANİK HECME GEÇİREN YAŞLI HASTADA ARİPİPRAZOL KULLANIMI

Erdem Uysal[1], Hasan Belli[1], Mustafa Solmaz[1]

[1]*Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bağcılar Eğitim Ve Araştırma Hastanesi*

Giriş: Hiponatremi yatan hastalarda çok sık rastlanılan elektrolit bozukluklarından biridir(McKnight ve Hampson 2010). Hiponatremi ana klinik tablonun yanı sıra çeşitli psikiyatrik belirtiler ile de karşımıza çıkabilir. Mani de bu klinik görünümlerden biri olup büyük oranda bipolar bozukluka ilişkilidir.Ancak maninin çok farklı etyolojik sebepleri de mevcuttur.

Bu sunumda daha önce hiçbir psikiyatrik tanı veya tedavi öyküsü olmayan ve hiponatremiye bağlı ikincil mani tanısı konulan hastanın tanı ve tedavi süreci ele alınmıştır.

Olgu: Bayan S. 65 yaşında dul, ilkokul mezunu kadın hasta. Ani olarak başlayan güçsüzlük şikayetiyle acil servise başvurmuş. Yapılan incelemeler sonucunda derin hiponatremi saptanması üzerine ileri tetkik ve tedavi amacıyla iç hastalıkları servisine yatırılmış. Servis yatışının ikinci gününde dezorganize davranışlarda bulunması ve artmış konuşma miktarı nedeniyle tarafımıza danışılmıştır.

Her şeyi yapabilecek gücünün olduğunu ve herhangi bir sıkıntısı olmadığını ifade eden hastanın yakınlarından, son bir haftadır uyku miktarının azaldığı daha önce olmadığı kadar fazla ve hızlı konuştuğu öğrenildi. 40 paket/yıl sigara kullanım öyküsü olan hastanın herhangi bir ilaç kullanımı mevcut değildi. Nöroloji tarafından da değerlendirilen hastanın yapılan beyin manyetik rezonans incelemesinde patoloji saptanmadı. Yapılan bilgisayarlı toraks tomografisinde akciğer santralinde tümoral lezyon saptandı. Hiponatreminin malignite nedenli uygunsuz ADH sendromuna bağlı olduğu düşünüldü .

Yapılan muayenede psikomotor aktivite artmış ,tedaviye uyumsuz ve tedavi ekibine karşı saldırgan, konuşma miktarı ve hızı artmış, duygulanım labil, duygu durumu eleve çağrışımları hızlı ve ara ara dağılmaya meyilliydi. Sanrı veya obsesyon tariflemiyordu.Yapılan tetkiklerde organik etyolojiye bağlı hiponatremi araştırılmış olup klinik durumdan sorumlu olabilecek tek patoloji olarak akciğerdeki tümoral lezyon düşünülmüştür. Hiponatremiye bağlı ikincil gelişen mani tanısı konularak Aripiprazol 10 mg titre edilerek başlanmıştır.

Hastane yatışının dokuzuncu gününde yapılan psikiyatrik değerlendirmede hastanın ,konuşma miktarı azalmış, uykusu düzelmiştir.Duygudurumu ötimik olarak değerlendirilmiştir ve aripiprazol tedavisi sonlandırılmıştır.

Tartışma: Özellikle ileri yaşta saptanan manik hecmelerin organik bir bozukluğa bağlı olarak ortaya çıkma oranları oldukça yüksektir (Krauthammer ve Klerman 1978, Hoblyn ve Brooks 2005). Retrospektif bir çalışmada, ilk hecme mani saptanan 65 yaş üzeri olgularda %71 oranında nörolojik hastalıkların bulunduğu tespit edilmiştir(Tohen ve ark. 1994). Buna benzer sonuçlar bu alanda yapılan başka çalışmalar ile desteklenmiştir.

Bu olguda DSM-5 mani tanı kriterlerinin karşılanması nedeniyle ikincil mani düşünülmüştür. Hastanın bilinen dahili bir hastalığının olmaması, hiponatremiye neden olduğu bilinen herhangi bir ilaç yada madde kullanımının olmaması maninin akciğerdeki tümoral oluşuma bağlı olarak ortaya çıkan hiponatremiye ikincil olduğu düşüncemizi destekler niteliktedir.

Hiponatremiye bağlı olduğu düşünülen maninin tedavisinde kullanılabilecek antipsikotiklerin özellikle yaşlı hastalarda hiponatremiden kendisinin de sorumlu tutulması ise psikiyatristler açısından dikkat edilmesi gereken bir sorun olarak öne çıkmaktadır.

Anahtar kelimeler: Hiponatremi, uygunsuz ADH sendromu, aripiprazol, manik hecme

Kaynaklar

Brooks III JO, Hoblyn JC (2005) Secondary Mania in Older Adults. Am J Psychiatry 162:11
McKnight RF, Hampson S (2010) Hyponatremia-induced change in mood mimicking late-onset bipolar disorder. General Hospital Psychiatry 33 (2011) 83.e5–83.e7
Kohen I, Voelker S,Manu P (2008) Antipsychotic-Induced Hyponatremia: Case Report and Literature Review. American Journal of Therapeutics 15, 492–494
Krauthammer C, Klerman GL: Secondary mania: manic syndromes associated with antecedent physical illness or drugs. Arch Gen Psychiatry 1978; 35:1333–1339
Tohen M, Shulman KI, Satlin A. First-episode mania in late life. Am J Psychiatry 1994;151:130–2.

PS-017

UYGUNSUZ CİNSEL DAVRANIŞ VE FRONTOTEMPORAL DEMANS: BİR OLGU SUNUMU

Ecem Merve Coşkuner[1], Melike Küçükkarapınar[1], Behçet Coşar[1]

[1]*Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi*

Frontotemporal demans (FTD),prefrontal korteksin fokal dejenerasyonu ile giden bir grup hastalıktır.Demans belirtilerinden yıllar önce başlayan kişilik ve davranış değişiklikleri en sık klinik özelliklerdir.Davranış değişikleri içerisinde regresif tutum,cinsel içerikli sözler söyleme,sapkın cinsel davranışlar,kriminal davranışlar gözlenebilir.Uygunsuz cinsel davranış,normal bir yaşam aktivitesine müdahale eden veya uygunsuz zamanlarda gelişen şiddetli bir cinsel dürtü olarak tanımlanmıştır ve FTD'nin ilk belirtileri olabilir.

Hastamız 60 yaşında,erkek,evlidir.Hasta,servisimize 'erkek çocuklarına pornografik içerikli fotoğraf gösterme,sosyal medya üzerinden tanımadığı erkeklerle konuşma,kendi cinsel organının fotoğraflarını çekme' şikâyetleriyle getirilmiştir.Ailesinden alınan anamneze göre;hastalık öncesi oldukça dindar birisi imiş,dini inancına uygun yaşamaya dikkat edermiş.Sosyal bir kişiyken giderek içine kapanmış.Eşiyle uygun olmayan zamanlarda cinsel ilişkiye girmek için yoğun taleplerde bulunuyormuş.Eşinin evin içerisinde daha açık giyinmesini istiyormuş. Ailesi telefonunda tanımadığı erkeklerle cinsel içerikli mesajlaşmalarını yakalamışlar ve kendi cinsel organının fotoğraflarını çektiğini fark etmişler,hastayla bu konuda konuşmaya çalıştıklarında hasta sinirlenmiş ve inkâr etmiş.Erkek çocuklarına pornografik içerikli fotoğraflar gösterdiği oluyormuş.Özgeçmişinde ve soygeçmişinde psikiyatri başvurusu bulunmamaktadır.Ruhsal durum muayenesinde;kendine bakımı iyi,bilinci açık,oryantasyonu tam ve koopere idi.Spontan dikkati bozuktu ancak bellek bozukluğu bulunmamıştır.Konuşma hızı artmış,miktarı azalmıştı.Duygulanımı künttü,disforik duygudurum ve psikomotor aktivite artışı vardı.Düşünce içeriği fakirdi,düşünce yapısında yargılama kusurları mevcuttu.Hastalığına karşı içgörüsü yoktu.Davranış değişikliklerinden bahsetmiyor,psikiyatrik herhangi bir şikayeti olmadığını söylüyordu.Fizik ve nörolojik muayenesinde patolojik bulgu saptanmayan hastanın, Mini Mental Test puanı 28/30 olarak değerlendirildi.MRG de birkaç adet milimetrik boyutlu gliotik değişiklik dışında normal olarak raporlandı.FDG PET-BT Bilateral frontal parasagital alanlarda,sağda belirgin olmak üzere bilateral frontal kortekste ve bilateral temporal lob anterior kesimlerinde hipometabolizma izlenmektedir,tanımlanan bulgular FTD ile uyumlu niteliktedir olarak raporlanmıştır.Davranışsal belirtilerine yönelik Norodol damla tedavisi başlandı,kişisel bakımının ve servisteki iletişiminin kısmen arttığı ancak uygunsuz cinsel davranışlarıyla ilgili savunucu tutumunun devam ettiği görüldü.

Olgumuzda sinsi başlangıç,dil ve bellek becerilerinin erken dönemde göreceli olarak korunması,hiperseksüelite,uygunsuz cinsel davranış gibi davranış değişikliklerine bağlı olarak klinik tanısını FTD olarak düşündük.FTD hastalarında uygunsuz cinsel davranışın çok az raporlandığını görüyoruz,nadir görülmesinden ziyade hastaların aileleri tarafından utanç verici bir davranış değişikliği olarak görüldüğü için belirtilmiyor olabilir.Ayrıca FTD nin tanı ve ayırıcı tanısında MRG bulgusu önemlidir ve frontotemporal atrofi görülmesi beklenir.Rutin radyolojik raporlarda FTD'ye ilişkin tanı koydurucu bilgiler gözden kaçırılabilir.Bu olgu sunumu FTD hastaları ve aileleri ile cinsel sorunların aktif olarak tartışılmasının ve FTD tanısının akla geldiği durumlarda psikiyatrik anamnezin ayrıntılandırılması,beyin görüntüleme yöntemlerinde kombine MRG ve PET kullanılmasının önemini vurgulamaktadır.

Anahtar kelimeler: Frontotemporal demans, Uygunsuz cinsel davranış, MRG ve PET yöntemi

Kaynaklar

1. JS, Neary D, Mann DM. Frontotemporal dementiaSnowden . Br J Psychiatry 2002; 140-143
2. Kipps CM, Mioshi E, Hodges JR. Emotion, social functioning and activities of Daily living in frontotemporal dementia. Neurocase 2009; 15:182-189
3. Elif Onur,Pınar Dikmen Yalınay. Frontotemporal Demans ve Psikiyatrik Belirtiler. Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi 2011;24:228-238
4. Alkhalil C, Tanvir F, Alkhalil B, Lowenthal DT. Treatment of sexual disinhibition in dementia: case reports and review of the literature. Am J Ther. 2004;11:231–5
5. B Dewer ve Ark. The radiological diagnosis of frontotemporal dementia in everyday practice: an audit of reports, review of diagnostic criteria, and proposal for service improvement. Clinical Radiology 71 (2016) 40-47.

PS-018

ÇOK DÜŞÜK DOZ ARİPİPRAZOL TEDAVİSİ İLE DÜZELEN KENDİNE ZARAR VERME: BİR OLGU SUNUMU

Pınar Aydoğan Avşar[1], Ümit Işık[1]

[1]*Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi*

Kendine zarar verme davranışı (KZVD); ölüm isteği olmadan yapılan, doku hasarı ile sonuçlanan, kendi vücuduna yönelik girişim olarak tanımlanmaktadır. Tekrarlanan KZVD'ler içinde kendini kesme %72 ile en sık görülürken, kendini yakma %35, kendine vurma %30, yaraların iyileşmesine izin vermeme %22, sürekli kaşımak %22, kemik kırma %8, vajina yırtmak %8 olarak sıralanmaktadır. KZVD'nin toplum genelinde yaklaşık %1 sıklıkta görüldüğü, ergen ve genç erişkinlerde ise %12'lere kadar çıkabildiği bildirilmiştir. Bu olguda çok düşük dozda aripiprazol tedavisi ile düzelen kendini ısırma davranışı olan hastayı sunmayı planladık.

11 yaş 6 aylık erkek hasta göz kırpma ve ses tikleri ve buna ek olarak öfkelendiğinde ve stres altında hissettiğinde elini ısırma şikayetiyle Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları ayaktan tedavi polikliniğine ebeveyni ile başvurdu. Psikiyatrik ve psikometrik değerlendirilmesinde Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu, Tourette Sendromu tanıları konularak, normal mental kapasitede olduğu tespit edildi. Olgu 6 yaşında DEHB tanısı almış, metilfenidat tedavisi başlanmış ve tedaviden kısmen faydalanım olmuş daha fakat tik bozukluğu eklenmesi üzerine risperidon ve atomoksetin tedavileri denenmiş, risperidon tedavisinden kısmı faydalanım olması ve atomoksetin ile görsel halüsinasyon gelişmesi üzerine aile ilaç tedavisini kendisi 1 yıl önce sonlandırmıştı. Fizik muayenesinde sağ elin üst kısmında hipotenar bölgede yaklaşık 2*3 cm'lik kronik ısırmaya bağlı yara izlendi. Hasta ve ebeveyni kısmi faydalanım olması ve yaşadıkları yan etkiler nedeniyle DEHB tedavisine tekrar başlamayı reddettiler. Tourette bozukluğu ve kendini ısırma davranışına yönelik ailenin ilaç yan etkisi ile ilgili kaygısı göz önünde bulundurularak düşük dozda (1mg/gün) aripiprazol solüsyon formu başlandı. 10 gün sonraki kontrolde motor/vokal tiklerin ve elini ısırma davranışının tamamen düzeldiği, el üzerindeki yaranın tama yakın iyileştiği izlendi. Hastanın 6 aylık poliklinik takiplerinde iyilik hali 1 mg/gün aripirazol ile devam etmektedir.

KZVD dopaminerjik aktive düzensizliği, dopamin reseptörlerinin aşırı duyarlılığı ve serotonin miktarının azalmasıyla ilişkili olabileceği öne sürülmüştür. Literatür incelendiğinde farmakolojik tedavi olarak atipik antipsikotiklerin ve SSRI'ların KZVD'nin azaltılmasındaki faydalarını gösteren çalışmalar; dopaminerjik ve serotonerjik sistemlerde bozulmaları ortaya koyan nörobiyolojik modellerle tutarlıdır. Parkinson hastalarında dopaminenerjik tedavi sonrası deri yolma, saç koparma gibi davranışların geliştiğine dair vaka sunumları mevcuttur ve dopamin hipotezini desteklemektedir. Aripiprazol; parsiyel D2 antagonizması ve 5HT1A üzerinden serotonerjik agonistik etkisi ile benzersiz bir farmakolojik profil gösteren bir atipik antipsikotiktir. Hem dopamin antagonizması hem de serotonerjik etkinliği sayesinde KZVD'nin tedavisi için tek başına mükkemmel bir alternatiftir. Aripiprazolün, teorik farmakolojik özellikleri ile KZVD tedavisinde etkili bir monoterapi olabileceği öne sürülse de literatürde bu hipotezi destekleyen çok az veri vardır. Olgumuzda, 10 günlük çok düşük dozda farmakolojik tedaviden sonra KZVD ve Tourette Sendromundaki vokal ve motor tiklerde anlamlı bir iyileşme tespit ettik. Bizim bilgimize göre olgumuz çocuklarda, otizm ve mental retardasyon harici kendine zarar verme davranışında, çok kısa sürede ve çok düşük dozda aripiprazol tedavisi ile iyileşme sağlanabilen ilk olgudur.

Anahtar kelimeler: kendine zarar verme davranışı, aripiprazol, tourette sendromu

Kaynaklar

1. Feldman MD. The challenge of self-mutilation: a review. Compr Psychiatry 1988; 29:252-269.
2. Favazza AR, Rosenthal RJ: Diagnostic issues in self mutilation. Hosp Community Psychiatry 1993; 44:134- 140.
3. Favazza AR.Repetitive. Self-mutilation. Psychiatr Ann 1992; 22:60-63.
4. Ghaziuddin M, Tsai L, Naylor M. Mood disorder in group of self-cutting adolescents. Acta Pedopsychiatry 1992; 55:103-105.
5. Roberts-Dobie S, Donatelle RJ. School counselors and student self-injury. J Sch Health 2007; 77:257-264.

PS-019

ENSEST SONUCU ERGEN GEBELİĞİ; ÇOCUK RUHUMDA DERİN YARALAR, ZİHNİMDE ZOR KARARLAR

Pınar Aydoğan Avşar[1], Evrim Aktepe[1]

[1]*Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi*

Ensest aile içinde meydana gelen çocuğun cinsel istismarıdıı. Ensest genellikle dokunma, okşama gibi tacizlerle başlamakta, bazı olgularda bu şekildeki tacizler sürerken, bazılarında taciz şiddeti artmakta, anal ve vajinal tecavüze varabilmektedir. Ayıplanan ve yasaklanan bir ilişki olduğundan sıklığı tam olarak bilinememektedir. Eskişehir'de yapılan bir çalışmada 10 yıllık sürede gerçekleştirilmiş cinsel saldırıların %8.7'sinin ensest olguları olduğu saptanmıştır. Kız çocuklar erkeklerden daha sık ensest mağduru olurlar. Ensest ilişki sonucu kız ergenler gebe kalabilir. Bu gebelikler tıbbi, ruhsal, hukuksal ve etik birçok sorunu beraberinde taşır.

14 yaş kız olgu adet rötarı ve karın ağrısı şikayetiyle kadın hastalıkları ve doğum polikliniğine başvurmuş, yapılan muayenesinde 9 hafta ile uyumlu gebelik tespit edilmiş. Alınan anamnezde, babasının ilk eşinden olan abisi tarafından tecavüze uğradığı öğrenilmiş, adli bildirim yapılmış, devlet tarafından koruma altına alınmış. Olgu ve ailesi yazları memleketleri olan Urfa'da yaşıyorlar, kışları ise iş buldukları şehirlerde mevsimlik işçi olarak ailecek çalışıyorlarmış. Olgu ile yapılan görüşmede gebeliğin devamını kesinlikle istemediğini beyan etmiş, tarafımıza TCK'nın 99/6 maddesi hükmüne uygun olarak gebeliğin tahliyesi işlemine onam verme yetisine sahip olup olmadığının değerlendirilmesi açısından danışıldı. Hastaneye yatışı sonrası anne ve baba hastaneye davet edilmiş fakat gelmemişlerdi. Yapılan psikiyatrik muayenede; bilinç açık oryante, koopere, affekt elemli, konuşma açık, anlaşılır, amaca yönelik, çağrışımları düzenli, gerçeği değerlendirme ve yargılama normal idi, hezeyan, halüsinasyon saptanmadı, normal mental kapasitede olduğu kanaatine varıldı. Medeni Kanun'un 16. maddesine göre, ayırt etme gücüne sahip küçükler, kişiye sıkı sıkıya bağlı hakları yasal temsilcilerinin rızasına ihtiyaç olmaksızın kullanabilirler. Nüfus planlaması hakkında kanunun 5. maddesinde "Veli veya sulh mahkemesinden izin alma süreci zaman aldığından derhal müdahale edilmediği takdirde hayatı veya hayati organlardan birisini tehdit eden acil hallerde izin şart değildir" şeklinde belirtilmektedir. Gebelik haftasının ilerlemesinin olgu için hem ruhsal açıdan yaratabileceği etkiler hem de oluşabilecek tıbbi abortus komplikasyonları göz önünde bulundurulduğunda durumun acil olduğu ve ivedilikle karar verilmesi kanaati oluşmuş ve olgunun ayırt etme gücünün bulunduğu, gebeliğin tahliyesi için yapılacak işleme onam verme yetisine sahip olduğu kanaatine varılmıştır.

Ensest gebelikler hakkında karar verilmesi tartışmalı bir konudur. Anayasanın 99. maddenin 6. fıkrasında, "Kadının mağduru olduğu bir suç sonucu gebe kalması hâlinde, süresi 20 haftadan fazla olmamak ve kadının rızası olmak koşuluyla gebeliği sona erdirene ceza verilmez ancak gebeliğin uzman hekimler tarafından hastane ortamında sona erdirilmesi gerekir" hükmü, cinsel saldırı sonucu gebe kalınması halinde tahliye için 20 haftaya kadar izin vermektedir. Ergen gebenin ensest sonrası gebeliği istememesi ve ayırt etme gücüne sahip olması durumunda kendi rızası ile işlem yapılmalıdır. Vücut ve ruh bütünlüğü üzerinde tasarruf anlamına gelen tıbbi müdahaleye rıza kişiye sıkı sıkıya bağlı bir hak olup bu hakkın kullanılması, MK mad. 16'ya göre sadece ayırt etme gücüne sahip olmayı gerektirir. Dolayısıyla, ayırt etme gücüne sahip çocuk doğrudan doğruya tedavi amaçlı bir tıbbi müdahale söz konusu olduğunda bu hakkı bizzat kullanabilmelidir.

Anahtar kelimeler: ensest, çocuk istismarı, tıbbi tahliye

Kaynaklar

1. Topçu S. Çocuk ve Gençlerin Cinsel İstismarı. Ankara: Doruk yayımcılık, 1997: 43-90.
2. Bozbeyoğlu AÇ, Koyuncu E, Kardam F, Sungur A. Ailenin karanlık yüzü: Türkiye'de ensest. Sosyoloji Araştırmaları Dergisi. 2010;1:1-37.
3. Collins JL, Hamlin WT, Minor MA, Knasel AL. Incest and Child Sexual Abuse. J Natl Med Assoc 1982; 74: 513- 7.
4. Gunduz T, Karbeyaz K, Ayranci U. Evaluation of the Adjudicated Incest Cases in Turkey: Difficulties in Notification of Incestuous Relationships. J Forensic Sci 2011; 56: 438-43. DOI: 10.1111/j.1556- 4029.2010.01662.x
5. Alikasifoglu M, Erginoz E, Ercan O, Albayrak-Kaymak D, Uysal O, Ilter O. Sexual Abuse Among Female High School Students in Istanbul, Turkey. Child Abuse Negl 2006; 30: 247-55. DOI: 10.1016/j.chiabu.2005.10.012

PS-020

EKT SONRASI GÖRÜLEN FASYAL PARALİZİ

HASAN CAN ÖZBAY[1], VESİLE ALTINYAZAR[2]

[1]*Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Ve Ergen Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları*
[2]*Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları*

Giriş: İlaçların yan etkilerini kompanse edemeyen veya kötü yanıt veren yaşlı hastalar için elektrokonvülsif tedavi (EKT) en güvenli tedavi seçeneğidir (1). Çok bölgeli bir çalışma, 217 hastanın % 86'sının haftada üç kez bilateral EKT ile akut tedaviyi tamamladığını, %79'unun iyileşme gösterdiğini ve %75'nin nüks olmadan kontrollere devam ettiğini saptamıştır (2). EKT'nin en yaygın somatik yan etkileri baş ağrısı (%48), kas ağrısı (%15), ağız kuruluğu (%23), bulantı (%23) ve yorgunluktur (%73) (3). Fasyal paralizi nadir görülen yan etkilerdendir. Bu olgumuzda bitemporal EKT sonrası meydana gelen periferik fasyal paralizi olgusu sunulmuştur.

Olgu: Bipolar 2 ve demans tanısıyla takipli 71 yaşındaki kadın hastanın son 2-3 aydır artan depresif semptomlar, yoğun kaygı ve endişe hali şikayetleri ile tedavi için kliniğe yatışı yapıldı. Haftada 2 kez EKT uygulama şeklinde planlama yapıldı. EKT seansında 192 mc'lik dozda 11 saniye EEG aktivitesinin de mevcut olduğu nöbet gözlendi. Doz 384 mc'ye çıkartıldığında 31 saniye EEG aktivitesinin de eşlik ettiği etkin nöbet gözlenmesi üzerine işlem sonlandırıldı. Hastanın uyandıktan sonra sol tarafında güçsüzlük şikayeti oldu. Hasta nöroloji ve kulak burun boğaz hastalıklarına (KBB) danışıldı. Hastanın mevcut durumu Grade 3 periferik fasyal paralizi olarak değerlendirildi. EKT tedavisi sonlandırıldı ve medikal tedaviyle takibe devam edildi. Hastaya oral steroid, asiklovir tedavisi başlandı. 15 gün sonra KBB tarafından tekrar değerlendirilen hastanın paralizisinin Grade 2'ye gerilediği saptandı. Psikiyatrik tedavisi devam edilen hastanın depresif semptomlarında gerileme saptanması ve işlevselliğinin sağlanması sonrası hasta taburcu edildi ve fasyal paralizi nedeniyle KBB tarafından takiplere alındı.

Tartışma: Daly ve meslektaşları, bir tıp merkezinde yürütülen üç farklı çift kör çalışmadan alınan bir örneklemi (n = 228) karşılaştırılmış olup EKT'nin bipolar depresyon için elektrot yerleşiminin anatomik konumlandırmasına bakılmaksızın unipolar depresyon kadar etkili olduğunu saptamıştır. Ayrıca, bipolar depresyonda unipolar depresyondan daha kısa tedavi süresinde daha anlamlı iyileşme sağlanmıştır (4). Nöbet odağı bölgesine lokalize olan postiktal nörolojik defisit ilk olarak 1849'da Todd tarafından ayrıntılı olarak tanımlanmıştır. Altta yatan nöronal disfonksiyon için hücrelerin geçici hiperpolarizasyonu, hücresel N-metil-D-aspartat reseptörlerinin aracılık ettiği toksisite, serebral kan akışı ve metabolizmasında lokal değişiklikler suçlanmaktadır. Bununla birlikte, kesin mekanizma belirsizliğini korumaktadır (5). Vaka sunumlarında EKT sonrası nörolojik defisit görülen hastalarda sıklıkla unipolar elektrot kullanıldığı, bitemporal uygulama sonrası defisitin gerilediği bildirilmiştir. Bu olguda ise ilk etkin nöbetin gözlendiği EKT seansında paralizinin görülmesi ve bipolar elektrot kullanılması fasyal paralizinin, uygulanan yöntem, seans sayısı ve stimulus şiddetinden bağımsız olarak meydana gelebileceğini göstermektedir. Bunun yanında hızlı bir şekilde etkin tedavinin başlanması hastanın şikayetlerini geriletmiştir.

Anahtar kelimeler: Fasyal Paralizi, Elektrokonvulsif Tedavi, EKT, Yaşlı Hasta, Depresyon, Bipolar Bozukluk, Duygudurum Bozuklukları

Kaynaklar

1. Kerner N. Et Al, Current electroconvulsive therapy practice and research in the geriatric population, Neuropsychiatry (London). 2014 Feb; 4(1): 33–54.
2. Husain MM, Rush AJ, Fink M, et al. Speed of response and remission in major depressive disorder with acute electroconvulsive therapy (ECT): a Consortium for Research in ECT (CORE) report. J. Clin. Psychiatry. 2004;65(4):485–491)
3. Subjective Side Effects Acutely Following ECT: Associations with Treatment Modality and Clinical Response.Sackeim HA, Ross FR, Hopkins N, Calev L, Devanand DP Convuls Ther. 1987; 3(2):100-110)
4. Daly JJ, Prudic J, Devanand DP, et al. ECT in bipolar and unipolar depression: differences in speed of response. Bipolar Disord. 2001;3(2):95–104.)
5. Binder DK. A history of Todd and his paralysis. Neurosurgery. 2004;54:480Y487.)

PS-021

5 ANTİPSİKOTİK, 3 BENZODİAZEPİN, 2 ANTİDEPRESAN İLACIN BİRLİKTE KULLANIMININ TARTIŞILDIĞI BİR OLGU: HASTA YAŞIYOR!

Ceyhun Hacıyev[1, 2], Hatice Cansu Selvi[2], Behçet Coşar[2]

[1]*Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi*
[2]*Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi*

Giriş: Antipsikotik polifarmasi (APP) aynı hastada 2 ve ya daha fazla antipsikotik ilacın eş zamanlı kullanımıdır. Psikotrop polifarmasi klinik tecrübede yaygın olarak kullanılmasına karşın kombinasyon ve güçlendirme tedavileri hakkında kanıta dayalı yayınlar oldukça azdır. Psikiyatri temel kitapları ve uluslararası kılavuzlar APP ile ilaç yan etkisi riskinin yüksek olduğunu mümkünse monoterapi seçilmesini önermektedir1. Bu olguda 5 Antipsikotik ilaca ek olarak 3 Benzodiazepin ve 2 Antidepresan kullanmakta olan bir hasta sunulmuştur.

Olgu: 50 yaş, erkek, ilkokul mezunu, evli, 5 çocuklu, çalışmıyor. Hasta 2 ay önce babasının vefatından sonra artan ağlama hissi, uyuduğunda ölecekmiş gibi düşünme, eşinin kendisini aldattığına dair düşünceler, hiçbir şeyden zevk alamama, iştahsızlık şikâyetleriyle tedavi düzenlenmesi için yatışı yapıldı. RDM'de: Postürü öne eğik, kendine bakımı az, psikomotor aktivite azalmış, sedatize, algı bozuklukları yok, düşünce süreci primer, depresif düşünce içeriği mevcut. Düşünce içeriğinde fakirleşme var, suisidal düşünce yok, kıskançlık sanrıları mevcut, alçak ses tonunda konuşuyor, duygudurumu depresif, duygulanım aralığı daralmış, dengeli ve uygun. İçgörüsü var. MMSE=20, BPRS=32; HAM-D=43; SANS/SAPS=56/37. Hastanın kullanmakta olduğu ilaçlar: Ketiapin 1200mg, Amisulpirid 800mg, Olanzapin 15mg, Aripiprazol 30mg, Risperidon Consta 50mg, Klomipramin 300mg, Venlafaxin 450mg, Diazepam 20mg, Klonazepam 2mg, Alprazolam 2mg. EPS belirtileri yok. Hastanın 20 yıldır Şizofreni, ŞAB tanısı ile çok sayıda merkezde kısa süreli takipleri yapılmış. 20'den fazla yatışı mevcut. Şimdiye kadar 4-5 defa suisid girişimi olmuş. 2 yıldan uzun süredir çoklu AP ve AD kullanımı mevcut. Takip eden doktoru notunda kullandığı ilaçlar azaltılmaya çalışıldığında hastanın anksiyetesinin arttığını belirtmiş. Hastanın sosyal desteği zayıf. Venlafaxin 225mg/gün, Diazepam 15mg/gün, Olanzapin 20mg/gün tedavisi ile yakınlarının yoğun talebi üzerine doktora rağmen taburcu edildi.

Tartışma: APP yaygınlığı üzerine yapılmış çeşitli çalışmalarda farklı oranlar elde edilmiştir. Klinik deneyimler üzerine yapılan çalışmalar tüm dünyada şizofreni hastalarının büyük bir kısmının iki ve daha fazla AP ilaç kullanmakta olduğunu göstermiştir2. Konstantinidis yaptığı çalışmalara dayanarak kombinasyonları irrasyonel (Klozapin ve Ketiapin) ve rasyonel (Klozapin ve Amisulpirid) olarak iki gruba ayırmış2. 1.418.163 katılımcıyı içeren 147 çalışma üzerinde yapılan meta-analiz araştırması ortalama APP oranını %19.6 olarak bulmuştur3. Aynı çalışmada en yaygın görülen polifarmasinin birinci ve ikinci kuşak AP'lerin kombinasyonu olduğu saptanmıştır (%42.4). Bununla birlikte, AP monoterapisi ile karşılaştırıldığında APP'nin yüksek yatış oranları ve hastanede kalış süresi4, AP dozu5, tedavi maliyeti ve mortalite oranları ile ilişkili olduğu gösterilmiştir3. Yapılan bir çalışmada AP polifarmasinin yüksek antikolinerjik gereksinimi, kısa izlem süresi, yüksek hastalık şiddeti ve düşük antidepresan kullanımı ile ilişkili olduğu gösterilmiştir3. Bu olguda tartışılan hasta 5 AP, 3 BZD ve 2 AD kullanmaktadır. Hastanın birçok merkezde kısa süreli takiplerinin olması, 20'den fazla yatışının olması antipsikotik polifarmasi ile ilişkili durumlar olarak karşımıza çıkmaktadır. Hastanın 2 yıldan uzun süredir, hekim kontrolünde mevcut tedaviye devam etmesi ve rasyonel bir kombinasyonun sağlanmamış olması APP hakkında farkındalığın artırılması gerekliliğini göstermektedir.

Anahtar kelimeler: polifarmasi, antipsikotik polifarmasi, şizofreni

Kaynaklar

1. Konstantinidis, A., Moser, U., Grohmann, R. et al. Polypharmacy in psychiatric inpatients: Data from AMSP, a European pharmacovigilance system. Ann Gen Psychiatry 7, S47 (2008) doi:10.1186/1744-859X-7-S1-S47
2. Konstantinidis A. Polypharmacy in schizophrenia - therapeutic option or a sign of despair?. Ann Gen Psychiatry. 2010;9(Suppl 1):S70. Published 2010 Apr 22. doi:10.1186/1744-859X-9-S1-S70
3. Gallego JA, Bonetti J, Zhang J, Kane JM, Correll CU. Prevalence and correlates of antipsychotic polypharmacy: a systematic review and meta-regression of global and regional trends from the 1970s to 2009. Schizophr Res. 2012;138(1):18–28. doi:10.1016/j.schres.2012.03.018
4. Centorrino, Franca, et al. "Multiple versus single antipsychotic agents for hospitalized psychiatric patients: case-control study of risks versus benefits." American Journal of Psychiatry 161.4 (2004): 700-706.
5. Bingefors K, Isacson D, Lindstrom E. Dosage patterns of antipsychotic drugs for the treatment of schizophrenia in Swedish ambulatory clinical practice--a highly individualized therapy. Nord J Psychiatry. 2003; 57(4):263–269. [PubMed: 12888400].

PS-022

PREGABALİN BAĞIMLILIĞI OLAN OLGU

Ezgi Karagöz[1], Köksal Alptekin[2]

[1]*Dokuz Eylül Tıp Fakültesi Çocuk Ve Ergen Psikiyatrisi*
[2]*Dokuz Eylül Tıp Fakültesi Psikiyatri*

Pregabalin glutamat, norepinefrin, Substans P ve kalsitonin gen ilişkili peptit dahil olmak üzere çeşitli nörotransmitterlerin salımını azaltarak etki eden yeni kuşak bir antiepileptiktir. Ülkemizde yaygın anksiyete bozukluğu, periferik nöropatik ağrı, fibromiyalji ve parsiyel epilepsili yetişkin hastalarda ek tedavi olarak 150-600 mg/gün dozunda kullanımı onaylanmıştır. Bu yazıda, pregabalin bağımlısı bir olgu bildirilmiştir. Diğer reçete ile yazılan ilaç kötüye kullanımları olan ve obsesif kompulsif bozukluk belirtileri olan hasta son iki aydır artan dozlarda Pregabalin kullanımını sonlandırdığında yoksunluk belirtileri yaşadığını ifade eden, depresif belirtileri ve süisid girişimleri dlan olgunun servisimize yatışı yapılmış ve olgunun mevcut olan paroksetin ve bupropion tedavisinde düşük doz ketiyapin eklenmiş pregabalin kesilip diazepam eklenmiş ve kademeli olarak diazepam kesilmiştir. Üç hafta servis yatışı olan hastanın servisten çıkışı yapılmış ve bu tedaviyle pregabalin kullanım bozukluğu açısından üç aydır remisyondadır. Pregabalin hastalarda kullanılırken bağımlılık yapma potansiyelinin olduğu mutlaka göz önünde bulundurulmalıdır.

Anahtar kelimeler: pregabalin bağımlılığı, obsesif kompulsif belirtiler, depresyon

Kaynaklar

Bockbrader, Howard N., et al. "A comparison of the pharmacokinetics and pharmacodynamics of pregabalin and gabapentin." Clinical pharmacokinetics 49.10 (2010): 661-669.
Evoy, Kirk E., Megan D. Morrison, and Stephen R. Saklad. "Abuse and misuse of pregabalin and gabapentin." Drugs 77.4 (2017): 403-426.
Kapil, Vikas, et al. "Misuse of the γ-aminobutyric acid analogues baclofen, gabapentin and pregabalin in the UK." British journal of clinical pharmacology 78.1 (2014): 190.
Martinotti, Giovanni, et al. "The potential of pregabalin in neurology, psychiatry and addiction: a qualitative overview." Current pharmaceutical design 19.35 (2013): 6367-6374.
Schifano, Fabrizio, et al. "Is there a recreational misuse potential for pregabalin? Analysis of anecdotal online reports in comparison with related gabapentin and clonazepam data." Psychotherapy and psychosomatics 80.2 (2011): 118-122.

PS-023

OLFAKTÖR REFERANS SENDROMU VE SINIFLANDIRMA SORUNLARI: BİR OLGU SUNUMU

Ecem Merve Coşkuner[1], Melike Küçükkarapınar[1], Behçet Coşar[1]

[1]*Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı*

Olfaktör referans sendromu (ORS) hastaların başka insanları rahatsız edecek kötü vücut kokusuyla ilgili aşırı zihinsel uğraşı,bu koku nedeniyle utanç duyma ile yoğun sıkıntı sonucunda sosyal ortamlardan kaçınma ve izolasyon ile karakterize bir sendromdur.DSM-V de,obsesif kompulsif ve ilişkili bozuklar başlığı altında ele alınmaktadır.Erken yaşlarda başlayan bu hastalıkta,hastalar kendilerini suçlama eğilimindedirler.

Hasta 25 yaşında,erkek;ilk şikâyetleri 6 sene önce mide yanması,karında şişkinlik,2 km öteden algılanabilen rahatsız edici bir gaz kokusunun

olduğunu düşünme ile başlamış.Bedeninden etrafa yayılan bir gaz kokusunun olduğunu arkadaşları söylemiş,kendisi kokuyu hissetmiyormuş ama olduğuna inanıyormuş.Şikâyetlerine yönelik Dahiliye bölümüne başvurmuş ama sonuç alamamış.Şikâyetlerinden ötürü Üniversite'yi bırakmış,sevgilisinden ayrılmış.Arkadaşlarıyla bir araya geldiğinde sürekli olarak koktuğunu düşünüyor ve arkadaşlarının kendisinden rahatsız olup olmadıklarını inceliyormuş.Kalabalık alanlardan uzak durmaya,toplu taşıma araçlarına binmemeye başlamış.Yemek yedikten sonra gaz kokusunun artacağını düşündüğü için yediklerini azaltmış.2 sene önce şikayetleri nedeniyle psikiyatri bölümüne yönlendirilen hastaya atipik psikoz tanısı konulmuş,tedavi başlanmış ancak hasta ilaçları kullanmamış.Hastanın annesi 10 sene önce şizofreni tanısıyla yatarak tedavi görmüş halen Aripipirazol 5 mg tedavisi alıyormuş.Hastanın fizik ve nörolojik muayanesi normal idi.Ruhsal durum muayenesinde;Öz bakımı azalmış,yaşından küçük gösteren hasta göz teması kurmuyordu.Görüşmeye isteksiz,konuşma hızı azalmış,kısık sesle konuşuyordu. Duygudurum disforik,duygulanım aralığı azalmıştı.Bilinç açık,yönelimi tam,yakın ve uzak belleği normal,dikkat ve konsantrasyonu hafif azalmıştı.Gerçeği değerlendirmesi ve yargılaması kısmen bozulmuştu.Düşünce içeriğinde;somatik sanrıları ile referans,yetersizlik ve değersizlik düşünceleri mevcuttu.Benlik saygısı azalmıştı.Laboratuvar testlerinde vitamin b12,folat eksikliği görüldü replasman tedavisi başlandı.EKG,EEG,beyin MRG tetkikleri normaldi.Organik nedenlerin ekartasyonu amacıyla yapılan endoskopide pangastrit tanısı konuldu,önerilerle tedavisi başlandı. Hamilton Depresyon Ölçeği(HDÖ) ve Hamilton Anksiyete Ölçeği(HAÖ) puanları,sırasıyla 26 ve 28 idi.Hafif depresif bozukluk ve ORS tanıları konulan hastaya essitolapram 10 mg/g ve Olanzapin 15 mg/g başlandı.Tedavisinin 1.ayı biterken HDÖ ve HAÖ puanlarında %50'den fazla düzelme saptandı ve koku ile ilgili sanrısal düşüncelerinde belirgin azalma,sosyal ilişkilerinde olumlu gelişmeler mevcuttu.

ORS sınıflandırılmasında,ayırıcı tanısında güçlüklerin olduğu bir bozukluktur.DSM-4-TR de somatik tip sanrılı bozukluk başlığı altında iken DSM-V de Obsesif kompulsif ve ilişkili bozuklar içerisine dahil edilmiştir.Olgumuzda sanrıların bizar olmayışı,dezorganize konuşma ve davranış veya varsanıların olmaması nedeniyle şizofreni tanısı düşünülmedi.Hastanın sosyal kaçınma davranışı koku etrafında şekillenmekte,hasta bu durumu yersiz ve aşırı bulmamakta,duruma bağlı panik nöbetleri olmaması nedeniyle sosyal fobi tanısı dışlandı.Sonuç olarak ORS'nin sınıflandırma sistemlerindeki yeri ile ilgili tartışmalar sürmektedir.Klinisyenlerin bu sendrom hakkında bilgili olması,ayırıcı tanının doğru yapılabilmesi için ORS'li olguların bildirilmesinin literatüre katkıda bulunacağını ümit ediyoruz.

Anahtar kelimeler: olfaktör referans sendrom, sanrısal bozukluk somatik alt tip, olfactör sanrı, obsesif kompulsif ve ilişkili bozukluklar

Kaynaklar

1. Pryse-Philips W. An olfactory reference syndrome. Acta Psychiatr Scand 1971; 47(4):484-509
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth ed. (DSM-IV). Washington DC:APA,1994.
3. Aksu EE, Aksu H, Tabo A, Saatçioğlu Ö. Olfaktör referans sendromu: Olgu sunumu. Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi. 2010;23:133-5.
4. Lochner C, Stein DJ. Olfactory reference syndrome: diagnostic criteria and differential diagnosis. J Postgrad Med. 2003;49:328-31

PS-024

KÜLTÜRE BAĞLI BİR NEVROZ; TÜRKİYE'DE DHAT

Hatice Cansu Selvi[1], Melike Küçükkarapınar[1], Behçet Coşar [1]

[1]*Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi*

Giriş: Dhat kelimesi, yaşam iksiri anlamı taşıyan Sanskrit dilinde Dhatu'dan gelmektedir.Dhat (semen kaybı) sendromu, kültüre bağlı bir nevrotik hastalık olarak tanımlanmaktadır. Etkilenen kişi, karakteristik olarak erken boşalma, sperm kaybı, spermatore veya iktidarsızlıktan muzdariptir.Hasta genellikle idrarla beraber olmak üzere , mastürbasyonla, nokturnal boşalmayla, evlilik öncesi cinsel ilişkiyle nadir olgularda da defekasyon yoluyla semen kaybettiğine inanmaktadır. Dhat sendromu'nun farmakoterapi tedavisi başlıca SSRI ve SNRI olmak üzere antidepresan ve anksiyolitik tedavileri içermektedir.Bu yazıda uygun süre ve dozda antidepresan tedaviden fayda görmeyen, antipsikotik kullanımı ile düzelen olgular ele alınmıştır.

Olgular: H1:29 yaşında erkek, 6 ay önce isteksizlik ve karamsarlıkla başlayan şikayetlerine anhedoni, uykuya dalmakta güçlük, halsizlik ve yorgunluk eklenmiş. Bu sıkıntılarla birlikte spermlerinin azaldığı ve spermlerini idrarla kaybettiği şeklinde korkuları ortaya çıkmış. Hasta depresyon tanısı ile Fluoksetin 40 mg/g, Mirtazapin 30 mg/g tedavisi almış.Şikayetlerinde gerilememe olmaması üzerine,hastada Dhat Sendromu düşünülerek tedavisine Amisülpirid 200mg/g eklendi.H2:30 yaşında erkek, ortaokul mezunu, bekar, muhafazakar bir aileye sahip Doğu Anadolu Bölgesi'nden geliyor. 4 ay önce başlayan isteksizlik, karamsarlık ve kaygı şikayetleri mevcutmuş.Bunlara ek olarak hasta, idrarını önce bir kavanoza yapıp daha sonra rengi ve kokusuna bakıyormuş. Hastanın, her idrar yaptığında semen kaybettiği ve kısır kalacağı ile ilgili kaygısı varmış.2 aydır Duloksetin 30 mg /g tedavisi alıyormuş. Hastada Dhat sendromu düşünülerek tedavisi Duloksetin 90mg/g, Aripiprazol 10mg/g şeklinde düzenlendi.H3:32 yaşında erkek, evli, ilkokul mezunu, Doğu Anadolu bölgesinden geliyor. 10 yıldır evli çocukları olmuyor. 6 aydır gittikçe artan sıkıntı bunaltı isteksizlik başlamış. Depresyon tanısı ile 150 mg/g Sertralin tedavisi alıyor.Ruhsal durum muayenesinde belirgin yoğun depresif duygudurumu, kendini suçlama, değersiz görme ve düşünce içeriğinde idrarla meni kaybı olduğuna dair inançları vardı. Dhat sendromu düşünülerek tedavisi Venlafaksin 300mg/g, Aripiprazol 10mg/g şeklinde düzenlendi.

Tartışma: Dhat sendromu ile ilgili literatürdeki çalışmalar sınırlı sayıdadır. Türkiye'de ise bu konuda yayınlanmış herhangi bir çalışma bulunmamaktadır. Dhat sendromu genellikle genç, evlenmemiş ya da yakın zamanda evlenmiş, kırsal kökenli, cinselliğe karşı muhafazakar tutum sergileyen, düşük -orta sosyoekonomik düzey ve eğitim düzeyine sahip erkeklerde görülür. Semptomların başlangıcı ortalama 20'li yaşların başında görülmektedir.Bu sunumdaki amacımız; doğu kültürüne özgü tanımlanan Dhat Sendromunun, Türk kültüründeki benzerlikleri ele alarak ülkemizdeki farkındalığını artırmak ve tedavi sürecinde antipsikotik ilaçların alternatif olabileceğini ortaya koymaktır. Olgularda hastaların 30'lu yaşlarda olması, kırsal kökenli, muhafazakar aile yapısına sahip olmaları Dhat Sendromunda tanımlanan sosyodemografik özelliklerle benzerlik göstermektedir. Hastalarda eşlik eden depresyon tanısı bulunmaktadır. Hastaların tedavisinde antidepresan tedaviye yanıt alınamaması sonucu antipsikotik ilaç verilmiştir. Bu olguları farklı kılan nokta daha önce Dhat sendromu olgularında tedavide antipsikotik kullanımı ile ilgili bir çalışma olmamasıdır. Bu durum; hastaların semen kaybına bağlı düşüncelerinin sanrısal düzeyde değerlendirilmelerinin gerekliliğin ortaya koymaktadır.

Anahtar kelimeler: Dhat sendromu, kültüre bağlı sendrom, tedavi

Kaynaklar

1. Paris J. Dhat: The Semen Loss Anxiety Syndrome. Transcult Psychiatr Res Rev 1992;29:109–18.
2. MacFarland AS. Culture-Specific Pathogenicity of Dhat (Semen Loss) Syndrome in an Arab/Islamic Society, Oman. Oman Med J. 2017; May;32(3):251-255.
3. Balhara YPS, Goyal R, Goel R. An unusual presentation of dhat syndrome. J Neuropsychiatry Clin Neurosci 2012;24:E19-20.
4. Arafat, SM Yasir. "Dhat syndrome: culture bound, separate entity, or removed." Journal of Behavioral Health 6.3 (2017): 147-150

PS-028

MAJOR DEPRESYON HASTALARINDA TEDAVİ DİRENCİNİN DUYGU DIŞAVURUMUYLA İLİŞKİSİ

Fatih Baz[1], Erdoğdu Akça[2], Mesut Yıldız[2]

[1]*Erenköy Ruh Ve Sinir Hastalıkları Hastanesi*
[2]*Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim Ve Araştırma Hastanesi*

Giriş: Tedaviye dirençli depresyon (TDD) kavramı, yeterli doz ve sürede iki farklı gruptan antidepresana yanıt alınamaması olarak tanımlanmaktadır (1).

TDD hastaları değerlendirilirken eşlik eden psikiyatrik ya da medikal hastalıkların ve ayrıca psikososyal stresörlerin varlığı dikkatle ele

alınmalıdır. Bu bağlamda aile kaynaklı stresin depresyon hastalarında olumsuz gidişata ve düşük tedavi uyumuna yol açtığı çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir (2).

Duygu dışavurumu (DD) kavramı, hasta yakınlarının hastalığı olan bireye karşı eleştirel, düşmancıl ve aşırı koruyucu-kollayıcı tutum ve ifadelerinin çok yönlü bir ölçüsüdür. Literatüre Brown ve ark. (1972) tarafından aile atmosferinin şizofreni hastalığının seyrine olan etkisini betimlerken kazandırılmış olup , şizofreni, duygudurum bozuklukları, obsesif kompulsif bozukluk, yeme bozuklukları ve diğer birçok psikiyatrik ve medikal hastalıkta DD'nun relapsın önemli bir yordayıcısı olduğu gösterilmiştir (3).

Majör depresyonda DD ile ilgili yapılan çalışmalar farklı sonuçlar ortaya koymuştur. Major depresyonda DD'nun relapsla ilişkisiz olduğunu belirten çalışmalar olsa da (4) birçok çalışmada yüksek DD'nin relapsla ilişkili olduğu bulunmuştur (5). DD'nin relapsla ilişkisi gösterilse de majör depresyonun klinik şiddeti ve tedavi direnciyle ilişkisi konusunda bilgiler kısıtlıdır.

Bu çalışmada, tedaviye dirençli ve dirençli olmayan majör depresyon hastalarında duygu dışavurumu açısından herhangi bir fark olup olmadığı, depresyonun klinik özellikleri ve şiddet belirteçleriyle duygu dışavurumunun ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği'ne başvuran, majör depresyon tanısı alan ve tedaviye dirençli depresyon kriterlerini karşılayan 50 hasta ile, tedaviye dirençli depresyon kriterlerini karşılamayan 50 major depresyon hastası ve bu 100 hastanın yakınları çalışmaya dahil edilmiştir. Hastalara depresif semptomları değerlendirmek için Kısa Depresif Belirti Envanteri-Özbildirim Formu, duygu dışavurumu düzeyini değerlendirmek için Duygu Dışavurumu Düzeyi Ölçeği uygulanmıştır. Hasta yakınlarına ise duygu dışavurumu düzeyini belirlemek için Duygu Dışavurumu Ölçeği uygulanmıştır.

Bulgular: Tedaviye dirençli hasta grubunda LEE toplam puanının, LEE_e alt ölçek ve LEE_a alt ölçek puanlarının, dirençli olmayan hasta grubuna göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Depresyonun şiddet belirteçleri olarak değerlendirebileceğimiz depresif epizodun süresi ile ve geçirilmiş depresif epizod sayısı ile EE_aikk alt ölçeği arasında, yatarak tedavi görüyor olmak ile de LEE_i alt ölçeği arasında anlamlı istatistiksel olarak anlamlı korelasyon olduğu görülmüştür. QIDS-SR16 ölçeğinin toplam puanı ile EE ve LEE ölçekleri toplam puanları ve bunların tüm alt ölçek puanları arasında anlamlı korelasyon olduğu ve ek olarak QIDS-SR16 puanı yükseldikçe aile üyelerinin duygu dışavurumu düzeylerinin de yükseldiği görülmüştür.

Sonuç: Çalışmamızın sonuçlarında; depresyon hastalarında klinik değişkenlerin yüksek duygu dışavurumunu yordayabildiği, depresyonun şiddeti ile duygu dışavurumunun ilişkili olduğu ve tedaviye dirençli hasta grubunda daha yüksek düzeyde duygu dışavurumlarının olduğu bulunmuştur. Duygu dışavurumunun depresyonun şiddeti ve klinik seyriyle olan ilişkisini incelemek için daha ileri çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Anahtar kelimeler: Duygu Dışavurumu, Major Depresyon, tedaviye Dirençli Depresyon

Kaynaklar

1. Fava, Maurizio, and Kenneth S. Kendler. "Major depressive disorder." Neuron 28.2 (2000): 335-341.
2. Hasin, Deborah S., et al. "Epidemiology of major depressive disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcoholism and Related Conditions." Archives of general psychiatry 62.10 (2005): 1097-1106.
3. Kornstein, Susan G., and Robert K. Schneider. "Clinical features of treatment-resistant depression." Journal of Clinical Psychiatry62 (2001): 18-25.
4. Asarnow, Joan R., et al. "One-year outcomes of depressive disorders in child psychiatric in-patients: Evaluation of the prognostic power of a brief measure of expressed emotion." Journal of Child Psychology and Psychiatry 34.2 (1993): 129-137.
5. Vaughn, Christine, and Julian Leff. "The measurement of expressed emotion in the families of psychiatric patients." British Journal of Social and Clinical Psychology 15.2 (1976): 157-165.

PS-029

SOMATİK TİP HEZEYANLI BOZUKLUK VE DEPRESYON KOMORBİDİTESİ, 1 OLGU SUNUMU

Meltem Karaöz Öncü[1], Hasan Belli[1]

[1]*Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bağcılar Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği*

Giriş: Hezeyanlı bozukluk tanısı; 1 aydan uzun süren sanrıların varlığı, şizofreninin A kriterlerinin karşılanmaması, sanrıların etkileri haricinde işlevsellikte bozulma olmaması, depresyon olsa dahi sanrılardan kısa sürmesi ve semptomların başka bir maddeye, eşlik eden başka bir hastalığın fizyolojik etkilerine bağlanamamasıyla koyulur (1). Komorbid depresyon tanısının gözden kaçabildiği, antidepresanların yetersiz kullanıldığı literatürde vurgulanmıştır (2).

Olgu: Bacakları ayrık şekilde ağır adımlarla yürüyerek polikliniğe gelen 33 yaşında, bekar, ön lisans mezunu, 1 aydır işsiz olan hasta, oturamadığını söyleyerek muayene süresince ayakta durdu. 15 aydır kullandığı ilaçlar nedeniyle testislerinin şiştiğini, etlerinin yumuşayarak bacak aralarının şiştiğini ve cinsel organlarına vurduğunu ifade etmekteydi. Hasta testislerinin sıkışmasından korktuğu için gün boyu oturamadığını sadece sırt üstü yatabildiğini, sık sık testislerinin kıvamını kontrol ettiğini söylemekteydi. Son aylarda içe kapanıklık, anhedoni, uyuyamama, suisid düşünceleri bulunmaktaydı. Hasta 4 kere üroloji polikliniğine gitmiş, bir patoloji saptanmamış. Şikayetleri nedeniyle çalışmakta zorlanmış, uzun zamandır çalıştığı iş yerinden çıkarılmış. Askerliği sorunsuzmuş. Sigara, alkol, madde, adli öykü, ailevi öykü yoktu. İlk psikiyatrik başvurusu 3 yıl önce insanlara güvenmeme, bankadan arkadaşı için çektiğini söylediği borç paraya dair aşırı düşünce hali, sosyal izolasyon, hafif somatik şikayetler, uyuyamama, isteksizlik nedenli olmuş ancak ilaçlarını kullanmamış. Muayenesinde özbakımı azalmış, oryantasyon, kooperasyon tam, işbirlikçi tutumda, düşünce akışı ve çağrışımları yavaşlamış, konuşma miktarı azalmış, mizaç disforik, afekti düşünce içeriğine uygun, düşünce içeriğini somatik hezeyanları oluşturmaktaydı. Obsesyon, halüsinasyon, ilüzyon tariflemedi. Soyut düşünce, davranış planlama, bellek, dikkat tamdı. Rutin biyokimya, beyin MR normaldi. Üroloji değerlendirmesi sonucunda patoloji saptanmadı, skrotal usg normaldi. HAM-D: 58 idi. Haloperidol 20 mg/gün IM, biperiden 10 mg/gün IM, aripiprazol 10 mg/gün, sertralin 50 mg/gün, alprazolam 1 mg/gün başlandı, 1 hafta sonra hasta daha rahat yürümeye başladı, testislerini kontrol etmesi azaldı. İlerleyen günlerde aripiprazol 30 mg/gün, sertralin 100 mg/gün, ketiapin 100 mg/gün şeklinde tedavisi düzenlendi, 4. hafta HAM-D: 15, suisid düşünce tariflenmeyen, daha rahat yürüdüğü gözlemlenen hastanın taburculuğu yapıldı. Kontrole geldiğinde ilacını kestiği öğrenildi, tedavisi düzenlenerek kontrole çağrıldı.

Tartışma: Hezeyanlı bozukluğun yaşam boyu yaygınlığı %0,2'dir (2), somatik tip ise çok nadirdir. Kadın cinsiyet, 35–55 yaşlarında başlangıç, sosyal izolasyon, şizoid, paranoid kişilik bozukluğu, kimi kaynaklar aksini söylese de göç, aile öyküsü, sağırlık riski artırmaktadır (4). Depresyon komorbiditesi literatürde %21–55 oranındadır. Afektif semptomların varlığı daha kötü seyir, artmış intihar riski, daha fazla içgörü, daha erken yaşta başlangıçla ilişkili bulunmuş, antidepresanların yeterli kullanılmadığı bildirilmiştir (3). Prognoz; tedavi uyumuyla daha iyi seyretmektedir. Hastaların %50'sinde tam iyileşme, %20'sinde semptomlarda azalma olurken, %20'sinde değişiklik gözlenmez. Hastalanmadan önceki mesleki, sosyal ve işlevsel uyumun iyi olduğu, kadın, 30 yaşından önce ve ani başlayan, tetikleyen stresörlerin tanımlanabildiği vakalar iyi prognozludur (5).

Sonuç: Somatik tipte hezeyanlı bozukluk nadir görülse de akılda tutulmalı, tedavi sürecinde komorbidite göz önüne alınmalıdır.

Anahtar kelimeler: Psychotic Disorders/classification, Psychotic Disorders/diagnosis, Depressive Disorders

Kaynaklar

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5), American Psychiatric Association, Arlington 2013.
2. Perälä J, Suvisaari J, Saarni SI, Lifetime prevalence of psychotic and bipolar I disorders in a general population. Arch Gen Psychiatry 2007; 64:19.
3. Kalayasiri R, Kraijak K, Mutirangura A, Maes M. Paranoid schizophrenia and methamphetamine-induced paranoia are both characterized by a similar LINE-1

partial methylation profile, which is more pronounced in paranoid schizophrenia. Schizophr. Res. 2019 Jun;208:221-227.
4. Gender differences in delusional disorder: Evidence from an outpatient sample. de Portugal E, González N, Miriam V, Haro JM, Usall J, Cervilla JA. Psychiatry Res. 2010 May 15;177(1-2):235-9. doi: 10.1016/j.psychres.2010.02.017. Epub 2010 Mar 23.
5. González-Rodríguez, Alexandre, Molina-Andreu, Oriol, Navarro Odriozola, Víctor, Gastó Ferrer, Cristóbal, Penadés, Rafael, & Catalán, Rosa, Delusional disorder: an overview of affective symptoms and antidepressant use. The European Journal of Psychiatry, 2013, 27(4), 265-276.

PS-030

BİPOLAR I BOZUKLUKTA ARİPİPİRAZOL 400 MG UZUN ETKİLİ ENJEKSİYON KULLANIMI

Didem Sücüllüoğlu Dikici[1], Fikret Poyraz Çökmüş[1]

[1]*Manisa Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Hastanesi*

33 yaşında kadın ;evli, lise mezunu, ev hanımı, 1 çocuğu var

Hastalık ilk kez 8 yıl önce, doğum sonrası başlamış. O dönemde Psikotik Depresyon tanısıyla fluoksetin 40 mg/g ve olanzapin 5 mg/g tanısıyla 1 yıl süren tedavisi olmuş ve tam olarak iyileşmiş. 2 yıl sonra bahar mevsiminde manik atak geçirmesiyle, Bipolar I Bozukluk, manik epizod tanısıyla Manisa RSHH'de1 ay yatarak tedavisi olmuş ve lityum karbonat 900 mg/g ve ketiapin 800 mg/g ile remisyonda taburcu edilmiş. Yaklaşık 1.5 yıl ilaçlarını düzenli kullanan hasta sonrasında ilaçlarını kendiliğinden bırakmış ve 2 yıl sonra bahar mevsiminde tekrar manik atak geçirmiş ve Manisa RSHH'de yatarak tedavisi düzenlenmiş, lityum karbonat ve ketiapin tedavisiyle taburcu edilmiş. Kontrollerine belli süre giden hasta, düzenli ilaç kullanmanın yarattığı zorluk ve fazla kilo alımı nedeniyle ilaçlarını aksatmış, sadece bahar aylarında uykusuzluk yaşayınca belli bir süre ketiapin 400 mg/g kullanıp tekrar bırakıyormuş. Şuan psikiyatrik ilaç kullanmayan hastanın son 1 aydır giderek artan az uyuma, çok konuşma, sinirlilik, çok para harcama şikayetleri başlamış.Evde eşiyle sık tartışması nedeniyle ailesiyle polikliniğe başvurdu.

Hastaya yataklı serviste tedavi önerildi ancak istemedi. Hastanın tedavideki rolünü ve önemini hastaya hatırlatmak; işbirliğini ve güven ilişkisini arttırmak için haftada 2 gün düzenli polikliniklerine gelme, verilen tedaviyi önerildiği şekilde kullanma konusunda terapötik anlaşma yapıldı. Acil serviste Zuklopentiksol Acuphase IM yapıldı. Lorazepam 5 mg/g ve 5gün içinde lityum karbonat 600 mg/g ve aripipirazol 30 mg/g olacak şekilde dozlar ayarlandı. 5.günde aripipirazol tolerabilitesinden sonra Aripipirazol 400 mg IM yapıldı ve oral aripipirazol15gün sonra kesildi. Lityum karbonat düzeyi istendi, doz 900 mg/güne çıkıldı vedüzeyi: 0.88 olarak sağlandı. 2.haftada sabah lorazepam dozu, 4.haftadan sonra akşamki lorezapam dozu azaltılarak kesildi. Hastanın Lityum karbonat 900 mg/g ve Abilify Maintena 400 mg IM aylık enjeksiyon ile remisyonda tedavisine devam edildi.

Bipolar Bozukluk'un süreğen ve yineleyici doğada bir hastalık olup, akut dönemin tedavisi yanında depreşmelerin ve yinelemelerin önlenmesiyle işlevselliğin en üst düzeyde sürdürülebilmenin sağlanması tedavi hedefleri içerisindedir. BB tanılı hastalarda tedavi uyumsuzluğu önemli bir sorun olup, mevsimsel özelik gösteren hastalarda sık duygusal dalgalanmalar ve işlevsellikte bozulma tedavi uyumunun önemini artırmaktadır. Bu vakada, postpartum depresyon ile başlayan, sonrasında manik epizod geçirerek Bipolar I Bozukluk tanısıyla takip edilen, mevsimsel özellik gösteren, tedavi uyumsuzluğu olan ve metabolik sendrom için risk faktörleri bulunan kadın hasta sunulmuştur. Aripipirazol, manik epizodda etkin atipik antipsikotikler arasında olup sedasyon, metabolik, hormonal yan etkilerinin olmamasıyla öne çıkmaktadır. Aripipirazol 400 mg aylık enjeksiyon ile, hastada daha önce oluşan işlevselliği bozacak yan etkiler oluşmayıp, günlük kullandığı ilaç sayısı azalarak tedavi uyumsuzluğuna yol açan faktörler en aza indirgenmiştir. Hastanın tedavi uyumu bozulsa kandaki aripipirazol atağı önlemeye yardımcı olup mevsimsel geçişlerdeki dalgalanmaları dengeleyecektir. Ayrıca Aripipirazol 400 mg aylık enjeksiyonun kanda kararlı konsantrasyonda bulunması, sürdürüm tedavisinde doz ayarlanmasına ihtiyaç yaratmaması hasta ve hekim açısından avantaj sağlamaktadır.

Anahtar kelimeler: Bipolar 1 Bozukluk, aripipirazol aylık enjeksiyon, sürdürüm tedavisi

Kaynaklar

Calabrese, J. R., Jin, N., Johnson, B., Such, P., Baker, R. A., Madera, J., ... & Kawasaki, H. (2018). Aripiprazole once-monthly as maintenance treatment for bipolar I disorder: a 52-week, multicenter, open-label study. International journal of bipolar disorders, 6(1), 14.

PS-031

DEPRESYON, EPİLEPSİ VE SUİSİD GİRİŞİMLERİN ÖTEKİ YÜZÜ; YAPAY BOZUKLUK, BİR OLGU SUNUMU

Meltem Karaöz Öncü[1], Mustafa Solmaz[1], Hasan Gökçay[1], Muhammet Zahid Öncü[2]

[1]*Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bağcılar Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği*
[2]*Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bağcılar Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği*

Giriş: Yapay bozukluk, belirgin bir kazanç olmadan bir hasta rolünü üstlenmek için kasıtlı olarak fiziksel veya psikolojik semptomlar üretilen bir psikiyatrik bozukluktur (1). Hastalara yeterli tanı koyulamadığı bilinmektedir ve bu gereksiz harcamalara ve hizmet sunumuna yol açabilir.

Olgu: N. D. 27 yaşında, evli, ilkokul mezunu, sekreter olan kadın hasta 20 gündür sinirlenince bacaklarda kasılma, ellerde güçsüzlükle eşya düşürme, 1 ay önce bir tartışma sonrasında 5 dakika tüm vücudun kasıldığı, çevreyi duyabildiği, ağlayarak uyandığı, dil ısırma, inkontinans görülmeyen nöbet geçirme, suisid düşünce şikayetiyle başvurdu. Epilepsi için sodyum valproat 1000 mg/gün, lamotrijin 200 mg/gün; ayrıca ketiapin 600 mg/gün, sitalopram 20 mg/gün kullanan hastanın yatışı yapıldı. 2005'ten beri çoklu suisid girişimi olmuş; 1 gece yoğun bakım ünitesinde kalmış, major depresyon, konversiyon bozukluğu tanısıyla dış merkezde 3 kez, hastanemizde 3 kez yatışı olmuş, EKT yapılmış. Epilepsi tanısı 2002'de koyulmuş, 6 yıl nöbet geçirmemiş, 2016'da haftada 10–15 kez bayılmaları nedenli yatırılmış, Kranial MR, EEG, video EEG yapılmış, normalmiş. 7 kardeşmiş, üvey annesi büyütmüş. Küçükken ağabeyinin sevdiğinin adını falçatayla el bileğine yazdığını, sonra ismi silecek şekilde kesikler attığını görmüş. Kendisi de adelösan dönemde kollarını falçatayla 20'şer cm kesmiş, plastik cerrahi opere etmiş. Psikiyatride yatış öyküsü olan ağabeyi 10 yaşındayken hastanın burnunu kırmış. 6 yıllık evliymiş, 4 yaşındaki kızına kayınvalidesi bakıyormuş. Kızıyla ilişkisini, kızını korkuttuğu bir anıyla içeriği fakir bir şekilde betimlemekteydi. 1 sene önce eşiyle kavgası sırasında kızını yere atmış ve balkondan atlayacakken yakınları engellemiş. Sigara, alkol, madde kullanımı, adli öykü yoktu. Özbakımı orta, işbirlikçiydi. Çağrışımlar olağandı, çocuksu konuşma mevcuttu, duygulanım üzgün, mizaç depresif, affekti düşünce içeriğiyle uygunsuz, sanrı, varsanı, obsesyon, yanılsama yoktu. Oryantasyon, kooperasyon, muhakeme tam, bellek, yönelim, dikkat doğaldı. İştah artmış, uyku düzenliydi. İçgörü kısmiydi. Hemogram, rutin biyokimya, tiroid fonksiyon testleri, sedimentasyon, CRP, antiHIV, HBsAg, antiHBs, HCV, TPHA, VDRLtitrasyon, akciğer grafisi, EKG normal, antiepileptikleri etkin doz aralığındaydı. Ham-d: 19'du. Sodyum valproat 1000 mg/gün, lamotrijin 200 mg/gün, ketiapin 600 mg/gün, sitalopram 20 mg/gün, alprazolam 1,5 mg/gün tedavisi düzenlendi. Yatışı esnasında immatür tutumdaydı. İstedikleri olunca yüceltme davranışı, istekleri karşılanmadığında nefret söyleminde bulunma, bağırma, ağlama, eşyalara zarar verme, plastik çatalla kendisini kesmeye çalışma, et yolma davranışları oluyordu. Ziyaretçilerine hasta olduğu halde anlayışlı davranmadıkları için bağırıyor, onları kovuyordu. Yatışının 3. haftasında izne çıkmasına izin verilmeyince"Anlaşılan nöbet patlatacağım" dedi; 3 gün boyunca günde 3 kez konversif nöbet geçirdi. Ham-d: 7, nöbet geçirmeyen hasta taburcu edildi. 2 yıldır poliklinikte takiplidir.

Tartışma: Konversiyon bozukluğunda nörolojik semptomlar kasıtsız üretilir, simülasyonda açık bir kazanç amaçlı kasıtlı üretim; yapay bozuklukta belirsiz motivasyonlar nedenli kasıtlı üretim mevcuttur (2). Prevalansı %0,1'dir (3). Depresyon, çocukluk çağı istismarı, ihmali,

ebeveyn kayıpları, evlilik güçlükleri, kararsız kişilerarası ilişkiler, kadın cinsiyet, 33 yaş, sınırda kişilik bozukluğu ile ilişkili bulunmuştur (4). Yapılan tedaviler arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (5).

Sonuç: Yapay bozukluk; gereksiz tanı, zararlı ve pahalı hizmet sunumlarını önlemek için ayırıcı tanıda düşünülmelidir.

Anahtar kelimeler: Factitious Disorders/psychology, Factitious Disorders/diagnosis,Female, Sick Role, Seizures/psychology

Kaynaklar

1. DSM-5 American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders American Psychiatric Publishing, Arlington, 2013
2. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines World Health Organization, Geneva (1992)
3. Faravelli C, Abrardi L, Bartolozzi D, Cecchi C, Cosci F, D'adamo D, Lo Iacono B, Ravaldi C, Scarpata MA, Truglia E, Rosi S: The Sesto Fiorentino Study: Background Methods and Preliminary Results. Psychother Psychosom 2004;73:216–225.
4. Epidemiology and evolution of the diagnostic classification of factitious disorders in DSM-5, Ivano Caselli, Nicola Poloni, Marta Ielmini, Marcello Diurni, and Camilla Callegari, Psychol Res Behav Manag. 2017; 10: 387–394.
5. Management of factitious disorders: a systematic review 2008

PS-032

OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI OLAN BİR DELİRYUM TREMENS OLGUSUNUN LOREZEPAM İLE TEDAVİSİ

Yasin Kavla[1], Tarık Sağlam[2], Ömer Faruk Demirel[1], Alaattin Duran[1]

[1]İstanbul Üniversitesi- Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı
[2]Halil Şıvgın Çubuk Devlet Hastanesi

Giriş: Deliryum Tremens (DT), alkol yoksunluğu tedavisi için hastaneye yatırılan hastaların %3-5'inde görülen, ciddi morbidite ve mortaliteye neden olabilen acil psikiyatrik bir durumdur. Tüketilen alkol miktarının azaltılması ya da kesilmesinin ardından, çoğunlukla ilk 48-96 saat içinde ortaya çıkar ve ortalama 2-3 gün sürmekle beraber 1 haftadan daha uzun süren tablolar da bildirilmiştir. Literatürde DT'nin yordayıcıları: CIWA-Ar skorunun 15'in üzerinde olması, yeni gelişmiş yoksunluk nöbetleri, önceden alkole bağlı geçirilmiş nöbetler veya DT öyküsü, ileri yaş, diğer depresan etkili ajanların kötüye kullanılması ve komorbid solunum sistemi, kardiyak ve gastrointestinal hastalıklar, elektrolit imbalansı, trombositopeni gibi durumlar şeklinde tanımlanmıştır. Tedavisinde benzodiazepin kullanımının yanısıra, tiamin desteği ve sıvı elektrolit dengesinin sağlanması önemlidir. Yaşlı ve komorbid hastalığı olan grupta, benzodiazepinlerin kısa etkili formları daha düşük dozlarda önerilmektedir. Bu bildiride 68 yaşında, bilinen kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) tanılı, lorezepam ile tedavi edilmiş bir DT olgusu sunulacaktır.

Olgu: 68 yaşında, erkek, lise mezunu, ailesi ile yaşayan, temizlik görevlisi olarak çalışan hastanın yirmi dokuz yıldır her gün akşam 1 küçük şişe "rakı" içtiği, son 1 aydır işten çıkarıldığı ve bu süreçte gün boyu 1 büyük şişe "rakı" içtiği öğrenildi. 9 yıldır bilinen KOAH tanısı ile inhaler steroid ve ß2 agonist kullanan hasta, yakınları tarafından üç gündür evden dışarı çıkmama, devamlı uyuklama, evdekileri tanımama şikayetleri ile acil servise getirilmiş. Yapılan psikiyatrik değerlendirmede kronik alkol kullanımı olan hastanın üç gündür alkol kullanmadığı öğrenilmiş olup, bilinç bulanıklığı, hipertansiyon (165/85 mm Hg), taşikardi, terleme gibi otonom hiperaktivite bulguları ve bunlara eşlik eden trunkal tremor izlenen hastaya uygulanan CIWA-ar 18 olarak hesaplanıp, DSM-5'e göre DT tanısı konulmuştur. Hastanın yaşı ve komorbid KOAH'ı göz önünde bulundurularak orta etki süreli benzodiazepinlerden Lorezepam tercih edilmiş, 2 mg/gün başlanarak tedricen 5 mg/güne yükseltilmiş, 6. günde hastanın belirtilerinin gerilemesi üzerine tedricen azaltılarak kesilmiştir, ayrıca 300 mg/gün iv tiamin desteği sağlanmıştır.

Tartışma: 68 yaşında KOAH tanısı bulunan DT tanılı bir hastanın lorazepam ile tedavisi sunulmuştur. DT tedavisinde benzodiazepinlerden yaygın olarak diazepam kullanma eğilimine rağmen obstrüktif akciğer hastalıkları ve ileri yaş gibi durumlar benzodiazepin kullanımını kısıtlamaktadır. KOAH'ta benzodiazepinler, solunum fizyolojisiyle ilgili olumsuz sonuçlarla ilişkilendirilmiştir. Farmakolojik olarak Alkol Yoksunluğu tedavisinde benzodiazepinlerden herhangi biri kullanılabilirse de çeşitli farmakokinetik farklılıklar ve eşlik eden komorbiditeler, benzodiazepin seçimini etkileyebilir. Olgumuzda diazepam yerine lorezepam tercih edilmiş olup bu yönüyle tedaviden beklenen yanıt başarı ile elde edilmiştir. Literatürde lorezepam, yaşlılarda Alkol Yoksunluğu Sendromu tedavisinde ilk basamak ilaç olarak önerilmektedir. Diazepam kadar hızlı etki başlangıcı olmaması, oksidatif olarak metabolize edilmemesi, karaciğer yetmezliği gibi organ yetmezliklerinde güvenle kullanılabilmesi nedeniyle tercih sebebi olmaktadır. Orta etki süresine sahip olmasıyla birlikte yüksek derecede lipofilik olmaması, vücutta birikmemesine ve oral yol haricinde im. ve iv olarak da kullanımına imkan sağlar.

Anahtar kelimeler: Deliryum Tremens, KOAH, Lorezepam

Kaynaklar

Lingford-Hughes AR, Welch S, Peters L, ve ark. (2012) Evidence-based guidelines for the pharmacological management of substance abuse, harmful use, addiction and comorbidity: recommendations from BAP. J Psychopharmacol 26:899-952.

Murciano D, Armengaud MH, Cramer PH, ve ark. (1993) Acute effects of zolpidem, triazolam and flunitrazepam on arterial blood gases and control of breathing in severe COPD. Eur Respir J 6: 625-629.

PS-033

FARKLI ZAMANLARDA MİRTAZAPİN, PAROKSETİN VE ESSİTALOPRAM KULLANIMINA BAĞLI GELİŞEN HUZURSUZ BACAK SENDROMU OLGUSU

Sema Baykara[1], Alaaddin Hekim[1], Osman Mermi[1], Sevda Korkmaz[1], Mehmet Gürkan Gürok[1], Murad Atmaca[1]

[1]Fırat Üniversitesi Hastanesi Psikiyatri A.b.d

Giriş: Huzursuz bacak sendromu (HBS); parestezi ve hareket etme zorlantısıyla karakterize yaygın bir nörolojik tablodur. Toplumdaki prevalansı %10-15 arasındadır (1). Ön planda bacağın alt bölgelerinin etkilendiği tabloda semptomlar yürümeyle kısmen hafifler. Semptomların gece ve özellikle yatarken ortaya çıkması tablonun karakteristiğidir. Huzursuz bacak sendromu idiopatik olabileceği gibi ilaçlara bağlı da ortaya çıkabilir. Antidepresanlar arasında sertralin (2), paroksetin (3), fluoksetin (3), mirtazapin(3) ve mianserinle (3) bildirimler mevcuttur. Biz burada farklı zamanlarda mirtazapin, paroksetin ve essitalopram kullanımına bağlı HBS gelişen bir olguyu sunacağız.

Olgu: 55 yaşında bekar, lise mezunu, kadın hasta. Ablasıyla birlikte yaşıyor. 20 yaşlarından beri dönem dönem keyifsizlik, sıkıntı hissi şikayetleri tarifliyor. Hasta düzensiz olarak kısa süreli antidepresan ilaç kullanmış. 10 yıldan fazla süren iyilik halinin ardından yaklaşık 4 yıl önce annesinin vefat etmesi ve menapoza girmesiyle birlikte şikayetleri tekrar başlamış. Polikliniğimize sinirlilik, kaygı ve ağlama şikâyetleriyle başvuran hastaya Anksiyete Bozukluğu tanısıyla paroksetin 10 mg /gün başlandı. Tedavinin üçüncü gününde ayaklarda huzursuzluk, özellikle yatarken artan ayakta yanma ve bacakları hareket ettirme hissi ortaya çıktı. Paroksetin dozu 20 mg'a çıkıldığında şikayetleri artma oldu. Hastanın kontrol muayenesinde kaygı ve ağlama şikâyetlerinde kısmen azalma vardı ancak ayaklarında ve bacaklarında görülen uyuşma ve bacakları hareket ettirme hissi devam ediyordu. Uluslararası Huzursuz Bacaklar Sendromu Çalışma Grubu (IRLSSG) kriterlerine göre HBS tanısı düşünüldü (4). Durumu açıklayacak organik sebepleri dışlamak açısından serum demir, demir bağlama ve ferritin düzeylerine bakıldı ve düzeylerin normal aralıkta olduğu saptandı. Tam kan hücre sayımında (CBC) normal dışı bir bulguya rastlanmadı. Ek hastalığı olmayan olgunun özgeçmişi sorgulandığında daha önce mirtazapin kullanımıyla benzer bir tablo gerçekleşmiş olduğu öğrenildi. Paroksetin tedavisi durdurulup essitalopram 10 mg/gün başlandı. Ayak ve bacaklarındaki şikayetlerinin devam etmesi üzerine Nöroloji Polikliniği'ne başvuran hastaya HBS tanısıyla pramipeksol 0.250 mg/g başlanmış. Şikayetleri kısmen gerileyen ancak tam olarak geçmeyen hasta essitalopram ve pramipeksol

tedavilerini sonlandırmış. Huzursuz bacakla ilgili semptomları gerileyen hastanın 2 ay sorraki kontrolünde aktif psikopatoloji saptanmadı

Tartışma: Huzursuz Bacak Sendromu'nun etiyopatogenezi henüz tam olarak bilinmiyor olmakla birlikte, dopaminerjik ilaçlara verdiği olumlu yanıtlar HBS'nin merkezi sinir sisteminde dopaminerjik dizgeye ilişkin fonksiyon kaybıyla bağlantılı olabileceğini düşündürmektedir. İleri görüntüleme yöntemleri ile HBS hastalarının striatumunda dopaminerjik reseptör bağlanmasında azalma gösterilmiştir(5). Sunduğumuz olguda HBS ile ilişkili semptomların ilaç başlanmasıyla ortaya çıkması ve ilacın kesilmesiyle beraber azalarak yok olması tablonun ilaçla ilişkisini desteklemektedir. Antidepresanlarla indüklenen HBS bildirimleri olmakla beraber, tablonun farklı dönemlerde kullanılan antidepresanlara bağlı farklı zamanlarda ortaya çıkması bildirilmemiş bir görüngüdür. HBS nadir olmamakla beraber gözden kaçabilen ve anksiyeteyle karışabilen bir tablodur. Biz de birden fazla antidepresanla gelişen HBS olgusunu sunarak klinisyenlerin dikkatini bu konuya çekmek istedik.

Anahtar kelimeler: Mirtazapin, Paroksetin, Essitalopram, Huzursuz Bacak Sendromu

Kaynaklar

1. Chokroverty S. Restless legs syndrome. Sleep disorders. Neurology. In: Clinical Practice The Neurologic Disorders. 3rd ed. Chapter 72; Philadelphia: Cambridge University Press; 2011. p. 1799-801.
2. Hargrave R, Beckley DJ. Restless legs syndrome exacerbated by sertraline. Psychosomatics 1998;39(2):177-178
3. J. Haba-Rubio, P. Marques-Vidal, D. Andries, N. Tobback, M. Tafti, R. HeinzerAntidepressants and RLS/PLMS in the general population Sleep Med 2013;14:146-147
4. Allen RP, Picchietti DL, Garcia-Borreguero D, Ondo WG, Walters AS, Winkelman JW. International Restless Legs Syndrome Study Group. (2014). Restless legs syndrome/Willis–Ekbom disease diagnostic criteria: updated International Restless Legs Syndrome Study Group (IRLSSG) consensus criteria–history, rationale, description, and significance. Sleep medicine, 15(8): 860-873.
5. Clemens S, Rye D, Hochman S. Restless legs syndrome: revisiting the dopamine hypothesis from the spinal cord perspective. Neurology. 2006;67(1):125–130.

PS-034

"ARTIK YAŞADIĞIMA İNANIYORUM": ARİPİPRAZOLLE İYİLEŞEN İKİ COTARD SENDROMU OLGUSU

Ceyhun Hacıyev[1, 2], Nur Nihal Baltacı[2], Behçet Coşar[2]

[1]Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi
[2]Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi

Giriş: Cotard sendromu (CS) temel bulgusu beden uzuvlarının yokluğundan var olmamaya, ölmüş olmaya kadar değişkenlik gösteren nihilistik sanrılar olan nadir bir durumdur. Bu durumu ilk olarak Jules Cotard bedenle ilgili inkâr sanrıları şeklinde melankoli bağlamında tartışmıştır1. Berrios ve Luque Cotard sendromunu 3 alt tipe ayırmıştır: 1) Psikotik depresyon (depresyon ve nihilistik sanrılar); 2) Cotard tip 1(sadece nihilistik sanrılar); 3) Cotard tip 2(anksiyete, depresyon ve nihilistik sanrılar)2. Bu olgu serisinde psikotik depresyonu ve nihilistik sanrıları olan 2 olgu sunulmuştur.

Olgu 1: 46 yaşında erkek, boşanmış, memur. Hastanın 4 ay önce başlayan karamsarlık, yataktan kalkamama, enerji azlığı, az konuşma gibi yakınmaları son iki ay içinde artmaya başlamış. Hasta kimse ile görüşmek istemiyor, işe gidemiyormuş. Bu süreçte yakınlarına "ben öldüm, ben yaşamıyorum" diyormuş. Kilo kaybı ve uykusuzluk da ortaya çıkmış. Alkol ve madde kullanım öykusü yok. RDM: Öz bakımı yetersiz, destekle yürüyor, göz teması kurmuyor. Bilinç açık, yönelim tam. Bellek ve dikkat kısmen bozuk. Düşünce içeriğinde değersizlik temaları, "artık ben bir ölüyüm, öldüm, siz farkında değilsiniz", "ben öldüm, kokmaya başladım" şeklinde nihilistik sanrılar mevcut. Duygudurum disforik, uyku düzensiz. İştah ve libidoda belirgin azalma var. İçgörü yok. Hastaya Venlafaxin XR 37.5 mg/gün başlandı, 225 mg/gün'e çıkıldı, nihilistik sanrılar için tedaviye Aripiprazol 10 mg/gün eklendi, 2 hafta sonra dozu 15 mg/gün'e yükseltildi. Hasta bu tedavi ile 2 ay sonunda asemptomatik.

Olgu 2: 40 yaş, kadın, lise mezunu, evli, ev kadını. Hastanın mutsuzluk, isteksizlik, az konuşma, zaman zaman öldüğünü düşünme şikâyetleri mevcut. Hastanın iç sıkıntısı, enerji azlığı, hiçbir şey yapmak istememe, zevk alamama, az konuşma, kişisel bakımında azalma yakınmaları 3 ay önce başlamış. Öncesinde iki depresyon epizodunda da bu belirtileri olan hastanın Sertralin 100 mg/gün tedavisi ile düzeldiği ancak bu kez ek olarak son bir aydır "ben öldüm, ben ölüyüm, ben yokum, çürüyorum" şeklinde söylemleri mevcut. Alkol, madde kullanımı ve ek hastalığı yok. RDM: Kendine bakımı azalmış, yaşından daha olgun gösteriyor. Bilinç açık, yönelim tam. Algı patolojisi yok, düşünce içeriğinde değersizlik düşünceleri, "ben ölmüşüm, aslında ben ölüyüm" şeklinde nihilistik sanrılar mevcut. Duygudurum disforik, duygulanım elemli, uyku düzensiz, iştah ve libido azalmış, içgörü yok. Hastaya psikotik özellikli depresyon tanısı ile Sertralin 50 mg/gün başlanıp, 2 hafta içinde 100 mg/gün'e çıkıldı. Cotard belirtileri için tedaviye Aripiprazol 10 mg/gün eklendi, 2 hafta sonra dozu 15 mg/gün'e yükseltildi. Hasta bu tedavi ile 3 ay sonunda asemptomatik.

Tartışma: CS literatürde altta yatan psikiyatrik ve nörolojik hastalıklarla bağlantılı olacak şekilde kavramsallaştırılmıştır. Sendrom daha çok duygudurum bozuklukları ve serebral atrofi, multiple sclerosis, parietal lob tümörü, temporal lob epilepsisi, Parkinson hastalığı, migren gibi nörolojik hastalıklar ile beraber görülür3. CS'nin tedavisinde antidepresan, antipsikotik, EKT tedavilerinin etkili olduğu gösterilmiştir3. Bu olgularda psikotik içerikli depresyona eşlik eden Cotard sanrılarının, antipsikotik ve antidepresan tedavisiyle tam remisyonu sunulmuştur. Literatürde Aripiprazol monoterapisinin etkili olduğuna dair vaka örnekleri mevcuttur4,5. Sunmakta olduğumuz her iki olgu da Antidepresana ek olarak verilen Aripiprazol tedavisine yanıt vermiştir.

Anahtar kelimeler: Cotard sendromu, Cotard sanrıları, Aripiprazol

Kaynaklar

1. Cotard, Jules. "Du délire des négations." Arch de Neurol 4 (1882): 282-296.
2. Berrios, G. E., and R. Luque. "Cotard's delusion or syndrome?: A conceptual history." Comprehensive Psychiatry 36.3 (1995): 218-223.
3. Sahoo, Aradhana, and Keith A. Josephs. "A neuropsychiatric analysis of the cotard delusion." The Journal of neuropsychiatry and clinical neurosciences 30.1 (2017): 58-65.
4. De Berardis, Domenico, et al. "A case of Cotard's Syndrome successfully treated with aripiprazole monotherapy." Progress in neuro-psychopharmacology & biological psychiatry 34.7 (2010): 1347.
5. De Berardis, Domenico, et al. "Cotard's syndrome after breast surgery successfully treated with aripiprazole augmentation of escitalopram: a case report." Rivista di psichiatria 50.2 (2015): 95-98.

PS-035

CAPGRAS BELİRTİLERİ OLAN BİR PSİKOTİK ÖZELLİKLİ DEPRESYON OLGUSU

Nafiye Yağlı[1], İbrahim Eren[1]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Konya Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Capgras sendromu, sanrısal yanlış tanıma bozuklukları içinde tanımlanan, az rastlanan ve inatçı sanrılar ile giden bir bozukluktur. Hasta, yakın bir akrabasının bazen de kendisinin tıpatıp benzerleri ile değiştirildiğine inanır. Bütün yaş gruplarında ve her iki cinsiyette de görülebilmekle birlikte kadınlarda daha fazla olduğu bildirilmektedir(1).

Olgu: 40 yaşında kadın,evli,1çocuklu,lise mezunu,ev hanımı,eşi ve çocuğuyla yaşıyor.Anne ve babasının öz anne babası olmadığı düşüncesi ,onların yerine başka birilerinin geçtiğini söyleme,isteksizlik,mutsu zluk,ağlama,iştahsızlık,halsizlik ,şüphecilik şikayetleriyle polikliniğimize başvurdu.Hastanın ilk şikayetleri 2 yıl önce ekstramarital ilişki yaşamaya başlamasının ardından iç sıkıntısı,suçluluk düşünceleri,isteksizlik şeklinde başlamış.İlişkisini 1yıl önce sonlandırmış.Ayrıldıktan sonra anne ve babasının ilişkisini bildiklerini ama kendisine bildiklerini söylemediklerini düşünmüş.Anne babasının bu konularda çok hassas olması fakat kendisine herhangi bir şey sormuyor olması üzerine ,anne ve babasının kendi ebeveynleri olmadığını, benzerleriyle değiştirildiklerini düşünmeye başlamış. Bu dönemde değersizlik,hayattan zevk alamama şeklinde depresif şikayetleri de varmış.İlk psikiyatri başvurusu bu

dönemde olmuş ve hastaya bu dönemde dış merkezde sertralin 50mg ve olanzapin 5mg başlanmış. Hasta ilaçların kilo aldırmaktan başka bir işe yaramadığını düşünerek tedaviyi yaklaşık 3 ay kadar kullandıktan sonra bırakmış ve bu dönemde ilaç içerek suicid girişiminde bulunmuş. Hastanın yapılan organik incelemelerinde herhangi bir bulguya rastlanmadı.Hastanın depresif şikayetlerine Capgras sendromu eşlik etmesi üzerine psikotik özellikli depresyon tanısı konuldu.Hasta ve ailesi tarafından döngüsellik ve geçmişte hipomani-mani öyküsü tarif edilmedi. Venlafaksin 75 mg ve aripiprazol 5 mg başlandı. Kontrol muayenelerinde depresif şikayetlerinde kısmi iyileşme gözlenen fakat sanrısal düşünceleri devam eden hastanın venlafaksin dozu 300mg'a kadar,aripirazol dozu da 15 mg'a kadar yülseltildi.Üçüncü ayın sonunda şikayetleri tamamen gerilemişti.Hastanın mevcut tedavisine devam edildi.

Tartışma: Capgras sendromlu olgularýn %25 ilâ %50'sinde organik etmenlerin sorumlu olduğu bildirilmekle beraber, hastamızın yapılan muayene ve tetkiklerinde organik bir etmene rastlanamamıştır (2). Capgras sendromunun etyoloyopatogenezinde özellikle sağ hemisfer, frontal ve temporal loblar üzerinde durulmuştur. Nörokimyasal olarak da dopamin ve seratonin dengesizliğinden bahsedilmektedir. Nöropsikolojik yaklaşım henüz başlangıç aşamasında olup, bu alandaki gelişmeler aynı zamanda diğer psikotik durumları açıklamamıza da ışık tutacaktır (3).Her iki cinste de görülebilmekle birlikte kadınlarda daha sık olduğunu bildirmişlerdir(4).Paranoid şizofreni dışında mood bozukluklarında görülen Capgras sendromunun, uygun tedaviyle atak sonrasında tama yakın düzeldiği bildirilmiştir(5).Olgumuzda depresif şikayetlerle eş zamanlı başlayan anne ve babasının gerçek anne-babası olmadığı ,onların yerine başkalarının geçtiği sanrıları bulunmaktaydı.Bu sanrılar yaşadığı bir stresör sonrasında ortaya çıkmıştı.Tedaviyle şikayetlerinin gerilediği ve eski düzenine döndüğü görüldü.Olgunun kadın olması ve tedaviden fayda görmesi literatür ile uyumluydu.Bu hstalık durumuda aileye destek verilmesi, suisid, agresyon ve homisid risklerinin değerlendirilmesi ve altta yatan hastalık varsa bunun tedavi edilmesinin önemli olduğu düşünülebilir.

Anahtar kelimeler: aripiprazol,capgras sendromu,psikotik özellikli depresyon

Kaynaklar

1. Oyebode F, Sageant R: Delusional and misidentification syndromes: a descriptive study, Psychoparhology 29(4):209-214, 1996
2. Spier SA (1992) Capgras' syndrome and the delusions of misidentification. Psychiatr Annals; 22: 279-285.
3. Rentop M, Theml T, Fortsti H: Delusional misidentifications. Symptoms and neuropsychoji modets, Fortshr Neurol Psychiatry 70(6):313-320, 2002
4. Anderson DN,Williams E.The delusion of in animate doubles.Psychopathology 1994;27:220-5.
5. Christodoulou GN: Treatment of the "Syndroome of doubles", Acta Psychiatr. Belg 77(2):254-259, 1977.

PS-036

YIL DÖNÜMÜ REAKSİYONU YAŞAYAN BİR MADENCİ OLGUSU

Bahadır Geniş

Çaycuma Devlet Hastanesi

Giriş ve Amaç: Bireyler sıklıkla travmatik olayların yıl dönümünde olayın belirli anıları tarafından tetiklenen bir sıkıntı hali yaşayabilir. Hatta bu sıkıntı hali olayın yıl dönümü olduğu bilinçli bir farkındalık olmadan da yaşayabilirler. Travmatik bir olayın yıl dönümündeki sıkıntıdaki artış "Yıl Dönümü Reaksiyonu (YDR)" olarak adlandırılmaktadır (1). YDR'ye çok geniş bir aralıkta değişebilen ruhsal belirti ve bozukluklar eşlik edebilir (2). Bu çalışmada travma sonrası stres bozukluğunun eşlik ettiği bir yıl dönümü reaksiyonu olgusu sunulmuştur.

Olgu: 57 yaşında erkek hasta, evli, emekli, Zonguldak'ta yaşıyor. Geçmişte maden işçisi olarak çalışmış. Polikliniğimize uyku bozukluğu, çarpıntı, terleme, ateş basması, iç sıkıntısı gibi anksiyete belirtileri ile başvurdu. Alınan öyküsünde 11 Eylül 1998 tarihinde madende göçük altında kaldığı öğrenildi. Bu olay sonrasında travma sonrası stres bozukluğu tanısı ile 4 yıl boyunca birçok psikotrop (sitalopram 40 mg/gün, essitalopram 10 mg/gün, duloksetin 60 mg/gün, sülpirid 50 mg/gün) ilaç tedavisi kullanmıştı. Genel olarak kullanılan ilaç tedavileriyle kısmı bir iyileşme yaşamıştı. Ancak her yıl olayın yaşandığı tarihten bir hafta önce başlayan ve yaklaşık iki hafta kadar süren, olayı istemsiz olarak yeniden yaşantılama, hipervijilans, kâbus görme, öfke patlamaları ve sosyal içe çekilme gibi belirtiler yaşıyordu. Bu dönemlerin kendiliğinden azaldığını ancak yıl boyunca bu olayın hatırlatıcılarından kaçındığını belirtti. 16 yıl boyunda tedavisiz bir şekilde hayatına devam eden hastanın belirtilerini haberlerde gördüğü bir maden kazası tetiklemişti. Polikliniğimize gelen hastaya paroksetin 20 mg/gün ve alprazolam 2 mg/gün ilaç tedavisi başlandı. Hasta bir ay boyunca haftalık olarak takip edildi. Tedavisinin üçüncü ayından sonra ise yapılandırılmış uzun süreli alıştırma terapisi uygulandı. Yaklaşık bir buçuk yıl takip edilen hastanın belirtileri önceki yıllara göre önemli ölçüde düzeldi.

Tartışma: YDR, TSSB başta olmak üzere diğer psikiyatrik bozukluklarda da görülmektedir (1). Psikosomatik Araştırmalar için Tanı Ölçütleri'nde (DCPR) "YDR" alt boyutunun yer alması bu reaksiyonun daha iyi tanınmasına ve araştırmalarda kullanılmasına yardımcı olmaktadır (2). Nadir olarak bilinen bu reaksiyon psikiyatristler tarafından daha sık sorgulanmalı ve araştırılmalıdır.

Anahtar kelimeler: yıl dönümü reaksiyonu, travma sonrası stres bozukluğu, anksiyete, DCPR

Kaynaklar

1. Morgan CA, Kingham P, Nicolaou A, Southwick SM. Anniversary Reactions in Gulf War Veterans: A Naturalistic Inquiry 2 Years After the Gulf War. Journal of Traumatic Stress 1998; 11(1): 165-171.
2. Porcelli P, Rafanelli C. Criteria for psychosomatic research (DCPR) in the medical setting. Current psychiatry reports 2010; 12(3): 246-254.

PS-037

BRONTOFOBİYE EŞLİK EDEN BİR TİK BOZUKLUĞU OLGUSU

Bahadır Geniş[1]

[1]*Çaycuma Devlet Hastanesi*

Giriş ve Amaç: Özgül fobi, belirli bir nesne veya durumla ilgili belirgin düzeyde, var olan olayın oluşturduğu gerçek tehlikeye göre orantısız bir korku ve kaygı yaşanması durumudur. Doğa-çevre tipi özgül fobiler içinde sayılan brontofobi, atmosferik olaylardan (gök gürültüsü, yıldırım, şimşek vb.) aşırı korkma olarak tanımlanmaktadır (1). Bu çalışmada brontofobiye eşlik eden bir tik bozukluğu olgusu sunulmaktadır.

Olgu: On yedi yaşında erkek hasta, lise mezunu Zonguldak'ta ailesiyle birlikte yaşıyor. Gök gürültülü havalarda korkma, telaşlanma, çarpıntı, karın ağrısı yaşama gibi belirtilere ek olarak sinirlilik ve uykusuzluk şikayetleriyle polikliniğimize başvurdu.

Bu şikayetleri beş yıl önce yurttaki odasında tek kalırken aşırı yağışlı ve gök gürültülü bir gecede başlamış. Bu geceden sonra ilk üç ay daha yoğun olmak üzere hava durumunu takip etmeye başlamış. Hastanın ruhsal durum muayenesinde duygu durumu depresif ve endişeliydi. Göz temasında kısıtlılık vardı. Ek olarak göz ve ağız bölgesinde motor tiklerinin olduğu gözlendi. Tik bozukluğu için geçmişte ilaç tedavisi almamıştı. Hastaya fluoksetin 20 mg/gün ve risperidon 1 mg/gün ilaç tedavisi başlandı ve doz tedricen arttırıldı (sırasıyla 40 ve 2 mg/gün). Sinirlilik ve tik bozuklukları tamamen düzelen hastanın gök gürültüsü korkusu için ilk denemelerin poliklinikte yapıldığı dört seans uzun süreli alıştırma terapisi (prolong exposure) uygulandı. Yaklaşık dört aydır takip edilen hastanın tik belirtileri yoktu. Gök gürültüsü ile mücadelesinde daha iyi olan hastanın kısmen saptanan kaçınmaları için tedavisi halen devam etmektedir.

Tartışma: Genel olarak doğa-çevre tipi fobiler çocukluk çağında başlar (2). Bizim olgumuzda da hastalık belirtileri çocukluk yaşlarında başlamıştır. Özgül fobilerin tedavisinde sıklıkla davranışçı terapiler önerilmekle birlikte farmakoterapinin de etkili olduğu bildirilmektedir. Bizim olgumuzda var olan depresif belirtiler, uykusuzluk ve tik bozuklukları için farmakoterapi başlandı. Gök gürültüsü korkusu için farmakoterapiden kısmi yarar gören hastaya maruziyet terapisini esas olan bir davranışçı terapi uygulandı ve bu terapisine devam edilmektedir. Bu

olgu bir doğal-çevre fobi türü olan brontofobinin bilinirliliğinin artması açısından yazına önemli katkı sağlayacaktır.

Anahtar kelimeler: brontofobi, tik bozukluğu, özgül fobi

Kaynaklar

1. Taşkın Uyan T, Bahçeci B, Hocaoğlu Ç. Gök Gürültüsü Korkusu 'Brontophobia': Bir Olgu Sunumu. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 2018; 8(3): 151-153.
2. Ost LG. Age of onset in different phobias. Journal of abnormal psychology 1987; 96(1): 223-229.

PS-038

HİDROSEFALİ VE BEYİN ATROFİSİYLE GİDEN ORGANİK KİŞİLİK BOZUKLUĞU

Uğur Eray[1], Tuğba Aydın[1], Vesile Altınyazar[1]

[1]*Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı*

Giriş: Organik kişilik bozukluğu, tanımlanabilir bir beyin lezyonu veya fonksiyonel bozukluğunun bir sonucu olarak kişide yeni ortaya çıkan davranış değişiklikleri ile kararkterize olan bir durumdur. Bu tanımlanabilir olan beyin içi lezyonun yeri ile psikiyatrik belirtiler arasında bir ilişki mevcut olduğu düşünülmektedir. (1)Kişilik değişikliğine yol açan tıbbi durumlar arasında kafa travması, serebrovasküler hastalıklar, beyin tümörleri, epilepsi, endokrin hastalıklar, multipl skleroz, ensefalit, nörosfiliz gibi enfeksiyonlar, kardiyovasküler hastalıklar ve demansiyel süreçler yer alır .(2) Literatür incelendiğinde Organik kişilik bozukluklarının etyopatogenezinde en fazla suçlanan travmatik beyin hasarı ve epilepsidir.(3) Li ve arkadaşlarının Çin'de 396 trafik kazası sonrası serebral travması olan kişide yaptığı çalışmada, katılımcıların %34.6 sında travma sonrası gelişen organik kişilik bozukluğu saptanmıştır. (4) organik kişilik bozukluğunda özellikle temporal loblar, bazal gangliyonlar, dorsolateral prefrontal korteks ve orbitofrontal korteks gibi beyin bölgelerinin patolojileri suçlanmaktadır. (5) Bu yazıda, 6 yıl öncesinde semptom vermeye başlayan hidrosefali ve devamında gelişen organik kişilik bozukluğu olgu sunumu yapılmıştır.

Olgu: 47 yaşında erkek hastanın son birkaç yıldır artan sinirlilik, tahammulsüzlük, ikili ilişkilerinde kurma ve devam ettirmede sorunları olması nedeniyle servisimize yatışı yapıldı. Nisan 2014 yılında ilk kez epilepsi nöbetleri olan hastaya MR çekilmiş ve aquaductus stenozu ve buna bağlı hidrosefali sonrası beyin atrofisi sebebiyle ventrikülo peritoneal şant takılmış. Şant operasyonu sonrasında hastada başlayan ve giderek artan alınganlık,sinirlilik,öfke patlamaları ve bu esnada eşyalara zarar verme ,unutkanlık , mutsuzluk , ağlama isteği ve hayattan zevk alamama şikayetleri başlamış. 2019 yılında tekrar psikiyatrik şikayetleri başlayan ve bir kez epileptik nöbet geçirdiği öğrenilen hastanın poliklinik takiplerinde ayaktan ilaç tedavisine uyumsuzluğu sebebiyle kliniğimize yatıralarak tedavisi uygun görüldü ve valproik asit 1500 mg risperidon consta 25 mg ım/2 hf olarak tedavisi düzenlendi.Takiplerinde şikayetlerinde kismi düzelme olan hasta nöroloji ve nöroşirurjiye konsülte edildi. Çekilen beyin MR da (ŞEKİL 1) 2014 yılında kıyasla ventrikül hacimlerinde artma ve beyin atrofisinde belirginleşme görülmesi üzerine şant tıkanıklığı ön tanısıyla nöroşirurji tarafından takibine alınan ve şant onarımı için cerrahi planlanan hastanın polikliniğimizce takiplerine devam edilmektedir.

Tartışma: Literatürdeki görüntüleme çalışmaları incelendiğinde organik kişilik bozukluğu kaudat nükleus ve orbitofrontal korteks patolojisi sonrası gelişen hastalarda disinhibisyon iritabilite, afektif instabilite öfkelenme atakları semptomlarının daha sık görüldüğü saptanmıştır. (5) Organik kişilik bozukluğunun standart bir tedavisi olmadığı bilinmekle birlikte olgumuzda da denendiği gibi öfke patlamaları, dürtü-kontrol bozuklukları, ajitasyonlar ve psikotik belirtiler antipsikotiklerle kontrol altına alınabilir. Organik kişilik bozukluğunda hem psikiyatrik hem de nörolojik çeşitli semptomlar olması sebebiyle multidisipliner yaklaşımla takip ve tedavisi yapılmalıdır.

Anahtar kelimeler: Kişilik Bozukluğu, Organik Psikiyatri, Beyin Görüntüleme, Parankimal Atrofi, Davranış Değişikliği

Kaynaklar

1. Selvi Y, Aydın A, Beşiroğlu L. Atypical psychiatric symptoms associated with left temporal lesion: two cases. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 2010; 20:329-333
2. Tatlıdil E, Yılmaz A, Kumbasar H. Genel bir tıbbi duruma bağlı kişilik değişikliği. Türkiye Klinikleri Dahili Bilimler Dergisi 2007; 3:76-81
3. Helmstaedter C, Witt JA (2012) Multifactorial etiology of interictal behavior in frontal and temporal lobe epilepsy. Epilepsia 53: 1765-1773
4. Li CH1, Huang LN2, Zhang MC3, He M3, Forensic Psychiatric Assessment for Organic Personality Disorders after Craniocerebral Trauma, 2017
5. Schneider K (2007) Clinical Psychopathology, 15th Edition Thieme, Stuttgart

PS-041

FLUOKSETİN İLE TEDAVİ EDİLEN SELEKTİF MUTİZM: VAKA SUNUMU

Abdulbaki Akyıldız[1], Hüseyin Kara[1]

[1]*Hakkari Devlet Hastanesi*

Selektif mutizm ender görülen bir bozukluk olduğundan dikkat çekmemekte ve kolaylıkla gözden kaçabilmektedir. Bu bozukluk genellikle 3-4 yaşlarından önce ortaya çıkmaktadır. Genellikle çocuklar okula başladıklarında öğretmenleri tarafından fark edilmektedir. Bu çocuklar farklı özelliklere sahip olmakta ve yakın çevrelerinden bazı kişiler ile konuşmaktadırlar. Bu durum çocuğun sosyal çevresiyle iletişim kurmasını engellemekte ve sosyal duygusal gelişimini olumsuz etkilemektedir. Bu yazıda okul öncesi dönemde sağlık kuruluna başvuran selektif mutizm tanılı erkek olgunun tanı ve tedavi süreci ile birlikte fluoksetinin semptomlar üzerindeki etkisinin tartışılması amaçlanmıştır.

4 yaş 7 aylık erkek olgu sol elinde güç kaybından dolayı ailesi tarafından hastanemiz sağlık kuruluna başvurdu. Fizik tedavi doktorunu ile hiç iletişim kuramaması üzerine polikliniğimize yönlendirildi. Ailesi, çocuklarının utangaç bir yapısının olduğu, sadece anne, babası ve kardeşleriyle konuştuğunu belirtti. Aileden alınan öyküde; 6 aylıkken febril konvülziyon geçirdiği ve sonrasında sol tarafta güçsüzlük olduğu öğrenildi. Yapılan psikiyatrik değerlendirmede olguyla göz teması kurulabiliyordu ancak sözel iletişime geçilemedi. Olguya DSM-V ölçütlerine göre Selektif Mutizm tanısı konuldu. Olgu için aileye psikoeğitim yapılarak davranışsal önerilerde bulunuldu ve olguya fluoksetin şurup 5 mg/gün başlanıldı. Kademeli doz artış yapıldı ve 40. günün sonunda 15 mg/gün'e yükseltildi. Fluoksetin dozunun 15 mg/gün'e çıkılmasından 15 gün sonra poliklinikte değerlendirilen olgu yöneltilen her soruya cevap verdiği ve daha rahat tavırlar sergilediği görüldü. Olgu halen 15mg/gün fluoksetin almakta ve poliklinik takibi devam etmektedir.

Selektif mutizm yaygınlık oranlarının %2 olduğu belirtilmiştir ve kızlarda daha fazla görülmektedir. SM'nin tedavisi zordur. Anksiyolitik etkilerinden dolayı SSGI mutizm tedavisinde en sık kullanılan ajanlardır. Bazı yazarlar tek bir müdahale yönteminin diğerine olan üstünlüğünü tartışırken, bazıları da tek bir yöntemin etkili olmadığını ve en etkili yöntemin diğer yaklaşımlarla beraber kullanıldığında başarılı olacağını savunmuşlardır. Seçilecek olan yöntem ya da yöntemler çocuğun ve ailenin nitelikleri göz önüne alınarak yapılmalıdır. En uygun tedavi yaklaşımı olarak ise aile katılımının sağlandığı, okul ortamlarını da içine alan, ilaçlardan da yararlanılan davranış değiştirme yöntemidir.

Anahtar kelimeler: selektif mutizm, fluoksetin, tedavi yöntemleri

Kaynaklar

1. Bulut S. Seçiçi Konuşmamazlık (Selective Mutizm): Sebepleri ve Tedavi Yaklaşımları. Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 2008-2 (17).
2. Perçinel İ, Yazıcı KU. Okul Öncesi Dönem Selektif Mutizm Vakalarında Fluoksetin Tedavisi: İki Olgu Eşliğinde Tartışma Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi : 21 (2) 2014: 123-130.
3. Manassis K, Avery D. SSRIs in a case of selective mutism. J Psychiatry Neurosci 2018, 38: E1-2.
4. Kehle TJ, Madaus MR, Baratta VS, Bray M J. Augmented selfmodeling as a treatment for children with selective mutism. Journal of School Psychology, 36. 1998. (3): 247-260.

PS-042

GASTRIC TRICHOBEZOAR IN A 9-YEAR OLD GIRL

Yakup Erdoğan[1], Adem Işık[2]

[1]*Bitlis State Hospital, Child And Adolescent Mental Health And Diseases, Bitlis, Turkey*
[2]*Van Regional Training And Research Hospital, Child And Adolescent Mental Health And Diseases, Van, Turkey*

Introduction: Bezoars are concretions of human or vegetable fibers that accumulate in the gastrointestinal tract (1). They can be classified into many types: phytobezoar (vegetable), trichobezoar (hair), lactobezoar (milk/curd), pills (pharmacobezoar) and miscellaneous (wool, cotton, sand, paper, etc.) (2). Most cases of trichobezoar are reported in females, which may be attributed to the traditional long hair in females. When not recognized, the trichobezoar continues to grow in size and weight due to the continued ingestion of hair. This increases the risk of severe complications, such as gastric mucosal erosion, ulceration, and even perforation of the stomach or the small intestine. We reported a case of 9-year-old girl with gastric trichobezoar and extension of its tail to the duodenum.

Case: A 9-year-old girl presented with complaint of vomiting for the past 1 year. She vomited ingested food particles 15 min after every meal and had associated dull aching abdominal pain. The mother had also noticed progressively increasing abdominal distension for the past 6 months. The patient was a pale, thin, apprehensive female child. On abdominal examination, a 15 cm × 15 cm firm, nontender, well-defined, mobile lump was present in the epigastric, left hypochondriac, and periumbilical region.

Nasogastric tube placement was attempted but could not be negotiated across the gastroesophageal junction into the stomach. A contrast-enhanced computed tomography (CT) scan of the abdomen revealed a heterogeneous mottled mass occupying the whole of the stomach with concentric rings of soft tissue density material and gas surrounded by oral contrast. With the differential diagnosis of a trichobezoar on the CT scan, the history was reviewed. On repeat questioning, the mother revealed that she had noticed the child eating fibers from the gunny sack, a couple of years ago. On interrogation, the child admitted that she liked eating those fibers and also plucking her own hair and eating them.

On laparotomy and subsequent gastrotomy, the trichobezoar was noted. Small tail-like extension was seen for approximately 1 cm into the first part of the duodenum across the pylorus. A nasoduodenal tube was placed for postoperative feeding till gastric atony resolved and a gastrostomy tube was placed for drainage of the stomach. Postoperatively nasoduodenal feeds were started after return of bowel activity after 48 h. On the 5th postoperative day, nasoduodenal tube was removed, gastrostomy clamped, and child was started on oral feeding. She was discharged in good health. Psychiatry consultation was sought, and with a diagnosis of trichotillomania and trichophagia, the child was started on selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI) fluoxetine in the postoperative period. The child and parents were counseled thoroughly to avoid any recurrence of such behavior.

Discussion: Trichobezoar formation is a rare clinical condition, which is a manifestation of a psychiatric illness primarily. In general, adolescent females with trichotillomania (desire to pluck one's own hair) and trichophagia (desire to ingest hair) are victims. Presentation can vary from asymptomatic masses to catastrophic perforations. The primary or underlying etiology (i.e., trichotillomania) needs to be tackled for ultimate cure and to avoid recurrence. SSRIs and psychiatric counseling are the mainstays of treatment and regular follow-up is essential.

Anahtar kelimeler: Trichobezoar, psychiatry consultation, SSRI

Kaynaklar

1. Ahmed Youssef Altonbary, Monir Hussein Bahgat. J Transl Int Med. 2015 Apr-Jun; 3(2): 79–81.
2. Joda AE, Salih WM, Al-Nassrawi RM and Nawzat H. Rapunzel Syndrome Trichobezoar in a 4-Year Old Boy: An Unusual Case Report with Review of Literature. SM J Pediatr Surg. 2018; 4(1): 1057.

PS-044

DEPRESİF BOZUKLUK TANILI HASTADA GÖZLENEN KATATONİ OLGUSU VE REMİSYON SÜRECİ

Mert Sinan Bingöl[1], Bukhbat Byambadorj[1]

[1]*Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı*

Giriş: Katatoni; diğer tıbbi durumlara bağlı oluşabileceği gibi şizofreni, bipolar bozukluk ve depresyon gibi psikiyatrik bozukluklarla da gözlenebilir. Günümüzde antipsikotiklerin kullanımı nedeniyle şizofreniye bağlı katatoni vakalarında belirgin bir azalma olmakla birlikte, diğer psikiyatrik hastalıklardan en fazla unipolar depresyon ve bipolar bozukluk ile birlikte görülebildiği bildirilmiştir. Katatonide katalepsi, negativizm, bal mumu esnekliği, grimas, mutizm, manyerizm, stereotipi, ekolali yada ekopraksi gibi belirtiler olabilmektedir. Katatoninin uzun dönem prognozu genellikle altta yatan psikiyatrik bozukluk ya da diğer tıbbi durumların gidişatına ve şiddetine bağlı olmakla birlikte, genellikle iyi bir prognoza sahip olduğu düşünülmektedir. Bu vaka sunumunda, depresif şikayetleri gözlenen genç bir olgunun, birkaç aylık mutizm belirtili katatoni süreci ve sonrasında ki remisyon süreci ele alınmıştır.

Olgu: 18 yaş, erkek hasta. Bekar. Sigara, alkol ya da diğer maddeleri kullanım öyküsü yok. 5 ay kadar önce, meslek lisesinde son sınıf öğrencisiyken,bir otelde staj görüyormuş, orada yaşadığı bir olaydan sonra giderek içe kapanmaya, arkadaşları ile görüşmemeye ve daha sinirli olmaya başlamış, öz bakımı azalmış, ayrıca kimseyle konuşmamaya başlamış. Ailesinin verdiği bilgiye göre son birkaç aydır, gün boyunca ağzından tek kelime çıkmıyormuş, banyosunu kendisi yapmıyormuş, öncesinde buna benzer dönemi hiç olmamış. Hastanın ilk muayenesi sırasında da tek kelime konuşmadığı, göz teması hiç kurmadığı gözlendi. İlk başvurduklarında, önce risperidon 2 mg ve sonrasında olanzapin 15 mg tedavisi verilmiş, ama yeterli sonuç alınamamış. Sonrasında, hastanın yataklı servisimize yatışı yapıldı, beyin MR ve EEG görüldü, rutin biyokimya bakıldı, anormallik saptanmadı. Yatışında ilk olarak, lorazepam 5 mg ve essitalopram verilerek takip edildi, sonuç alınamayınca, EKT'ye karar verildi ve 12 seans EKT uygulandı. EKT'nin 8.seansından sonra, hastanın konuşmaya ve iletişim kurmaya başladığı gözlendi. Hasta, 12 seans EKT sonrası, essitalopram 10 mg ve olanzapin 10 mg reçete edilerek, remisyonda taburcu edildi.

Tartışma: Katatoni; birçok farklı tıbbi durum ve psikiyatrik bozuklukla birlikte görülebilen, bağımsız bir nöropsikiyatrik sendromdur. Katatoni hastalarında tedavi, temel olarak katatonik belirtilerin ve altta yatan psikiyatrik bozukluk ya da diğer tıbbi durumların tedavi edilmesine dayanmaktadır. Katatoni özellikle ağır olgularda hayatı tehdit edici olabilmekle birlikte, hızlı tanı ve tedaviyle dramatik bir şekilde düzelmektedir. Literatür incelendiğinde son 20 yılda yapılmış birçok olgu bildirimi ve prospektif çalışmada lorazepam gibi benzodiyazepinlerin parenteral ve oral kullanımıyla, saatler ve günler içerisinde belirtilerde %60-80 oranlarında düzelme olduğu bildirilmiştir. Tedavide, bipolar bozukluk ve depresyonun eşlik ettiği hastalar şizofreni hastalarına göre benzodiyazepinlere daha iyi yanıt vermektedir. Yeme-içme reddi olan, ciddi kilo kaybı ve dehidratasyonu olan olgularda EKT, daha hafif tablolarda ise benzodiyazepin tedavisi tercih edilmelidir. Benzodiyazepine yanıt vermeyen olguların %60'ının EKT tedavisinden fayda gördüğü bildirilmiştir. EKT tedavisinin bir üstünlüğü de katatonik semptomlarla birlikte altta yatan psikotik bozukluk, bipolar bozukluk, psikotik özellikli depresyon gibi psikiyatrik hastalıkları da tedavi etmesidir. Nitekim, bizim olgumuzda da EKT tedavisi ile, kısa sürede remisyon sağlanmıştır.

Anahtar kelimeler: katatoni, mutizm, EKT

Kaynaklar

Daniels, J, (2009) Catatonia: Clinical Aspects and Neurobiological Correlates. J Neuropsychiatry Clin Neurosci., 21:4.

Taylor MA, Fink M: Catatonia in psychiatric classification: a home of its own. Am J Psychiatry 2003; 160:1233–1241.
Bush G, Fink M, Petrides G, Dowling F, Francis A (1996) Catatonia. II. Treatment with lorazepam and electroconvulsive therapy. Acta Psychiatr Scand, 93:137-143.
Caroff, SN, Ungvari GS, Bhati MT et al. (2007) Catatonia and prediction of response to electroconvulsive therapy. Psychiatr Ann, 37:57–64.

PS-045

PSİKİYATRİ SERVİSİNDE HUNTİNGTON HASTALIĞI VAKASI

Gözde Ataöv[1], İbrahim Akbaş[1], Özlem Gül[1], Özlem Devrim Balaban[1], Seda Tanrıverdi[1]

[1]Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı Ve Sinir Hastalıkları E. A. Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, İstanbul

Giriş ve amaç: Huntington hastalığı otozomal dominant geçişli, 30-50 yaşlar arasında başlayan ilerleyici bir nörodejeneratif bozukluktur. Başlangıçta kore ve distoni gibi motor belirtiler olmak üzere, psikiyatrik belirtiler ve ilerleyici demans ile karakterizedir. Ailede Huntington hastalığı öyküsü, motor belirtiler ve genetik testler ile tanı konulmaktadır. Huntington hastalığında depresyon, irritabilite, anksiyete bozulukları, takıntılı davranışlar, intihar düşünceleri , davranış değişiklikleri gibi psikiyatrik bozukluklar sıklıkla görülür. Psikoz ise nadir görülür. Psikiyatrik belirtilerle servisimize yatışı gerçekleşen ve ilk kez Huntington Hastalığı tanısı alan olguyu sunmayı hedefledik.

Olgu: 56 yaşında, 20 yıl önce boşanmış, ortaokul mezunu, çalışmayan , 1 kız çocuğu babası hasta. İlaç kullanmama, özbakımını yapmama, sokaktaki insanları rahatsız etme nedeniyle acil servisimizden "Psikotik Bozukluk" ön tanısıyla yatırıldı.

Hastanın ilk psikiyatri poliklinik başvurusunun 1 hafta önce yürümede ve konuşmada güçlük çekme, tartışma ve küfür etme şikayetleriyle dış merkezde olduğu ve hastanemize yönlendirildiği öğrenildi. Öykü derinleştirildiğinde beş yıl önce başlayan, ilerleyici tipte hareket bozukluğu öyküsü verildi. Hastanın vefat eden babası, amcası ve kuzeninde de ilerleyici, yaygın vücut hareket bozukluğu belirtileriyle seyreden hastalık olduğu bildirildi.

Hastanın ek hastalığı, daha önce yatış öyküsü, kullandığı ilaç yoktu. Geçmişe ait suisidal davranış bildirilmedi. Alkol, madde kullanımı yoktu. Günde 1 paket sigara kullanımı mevcuttu.

Psikiyatrik görüşme sırasında bilinci açık, kooperasyonu tamdı. Özbakımı azalmıştı. Hekime karşı saygılı ve işbirlikçi tutumda olan hastanın konuşma miktarı ve hızı olağandı. Duygulanımı anksiyöz, duygudurumu disforikti. Çağrışımları dağılmaya meyilliydi. Amaca yönelmekte güçlük çekiyordu. Hastanın kardeşine karşı muhtemel perseküsyon sanrıları mevcuttu. Muhakemesi bozuk olarak değerlendirildi. İç görüsü yoktu. Anlık belleği yeterli, yakın belleği yetersiz olarak saptandı. Zamana karşı olan yöneliminde yetersizlik tespit edildi. Belirgin derecede istemli dikkat kusuru vardı. Hastanın tüm vücudunda koreiform hareketler mevcuttu.

Genel tıbbi durumu ekarte edebilmek için tetkikler istendi. Olanzapin 15 mg/gün rutin tedavi olarak düzenlendi. Tanısal değerlendirilme yapıldı. Nörolojiye danışıldı, belirtiler koreiform hareket olarak değerlendirildi ve Huntington Hastalığı ön tanısı ile nöroloji tarafından takibe alındı. Davranış problemleri demansiyel süreçle ilişkilendirildi. Genel tıbbi duruma bağlı psikotik bozukluk (Huntington Hastalığı) tanısı ve Olanzapin 15 mg/gün tedavisiyle taburcu edildi. Taburculuk sonrası takipte nöroloji tarafından hastanın Huntington Hastalığı tanısı kesinleştirildi.

Tartışma ve sonuç: Huntington Hastalığı olan kişilerin %5-17'sinde psikotik belirtiler gözlenmekte ve hastanın uyumunu bozabilmektedir. Huntington Hastalığında ilk olarak psikotik belirtiler gözlenebileceği gibi ilerleyen dönemlerde de ortaya çıkabilmektedir.

Hastamızda ek olarak Huntington Hastalığına bağlı demansiyel süreç olduğu da düşünülmüştür.

Bu hastalarda gerek istemsiz hareketleri azaltamada, gerekse psikotik semptomların tedavisinde atipik antipsikotikler önerilmektedir. Vakamızda koreiform hareketleri olan hastaya Olanzapin tedavisi başlanmış ve var olan psikotik belirtilerin tedavi ile düzeldiği görmüştür.

Anahtar kelimeler: huntington hastalığı , psikiyatrik semptomlar, tedavi

Kaynaklar

1. Alhan C, Tuman TC, Kayka N, Eroğlu T, Yıldırım O. Psikotik belirtilerin eşlik ettiği Huntington hastalığında olanzapin kullanımı. Journal of Clinical and Experimental Investigations 2014;5(2):326-328
2. Fıstıkcı N, Saatcioğlu Ö, Erten E, Yılmaz G, Çalcı Ç, Keyvan A. Huntington hastalığına bağlı psikotik bozukluk ve tedaviye dirençli obsesif kompulsif bozukluk. Marmara Medical Journal 2013;26:105-7

PS-046

THE LONG-TERM USAGE OF LITHIUM IN KLEINE-LEVIN SYNDROME: A CASE REPORT

Seda Tanrıverdi[1], Özlem Devrim Balaban[1], Funda Keçeli[1], Gözde Ataöv[1]

[1]Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Mental Health And Neurological Diseases Education And Research Hospital,istanbul,turkey

Introduction: Kleine–Levin syndrome (KLS) is a rare disorder with symptoms that include periodic hypersomnia, hyperphagia, cognitive and behavioural disturbances. Patients are asymptomatic between episodes. It usually starts in the second decade. In this case report, we present a patient who had been diagnosed with KLS and treated with Lithium during 15 years.

Case Presentation: A seventeen-year-old male patient, single, lives in İstanbul with his family. He was admitted to our outpatient clinic with complaints of excessive sleepiness,increased appetite and irritability. In the last 2 years, he described two more episodes with similar symptoms, which lasted approximately 4-5 weeks. He described a febrile illness before his first attack. No complaints were described between the attacks. Physical and neurological examination of the patient was normal. In polysomnographic EEG, sleep efficiency was slightly increased and although REM period was prolonged, it was reported to be within normal limits. Clinical findings of the patient were consistent with Kleine-Levin syndrome and Lithium 900mg / day treatment was started. The frequency and severity of attacks decreased with treatment. The patient had 4 episodes per year in the beginning of his illness and his episodes were lasting about 4-5 weeks. During his 15 year follow-up, he had one episode which lasted for about one week. His attacks occured are especially in the period when he stopped taking medicine. The patient who works as a taxi driver is married and has 3 children.

Conclusion: Although there is no definite treatment defined, various mood stabilizing agents have been used in the treatment because of its episodic course and some behavioral characteristics during the episodes. Lithium can be used for this purpose and has been shown to be effective. We believe that this long-term case will contribute to the literature in terms of therapeutic efficacy.

Anahtar kelimeler: hyperphagia, hypersomnia, Klein-Levine Syndrome, Lithium

Kaynaklar

1. The International Classification of Sleep Disorders. The International Classification of Sleep Disorders – (ICSD-2). 2nd ed. Chicago, IL: American Academy of Sleep Medicine (2005).
2. Arnulf I, Zeitzer JM, File J, Farber N, Mignot E. Kleine-Levin syndrome: a systematic review of 186 cases in the literature. Brain (2005) 128:2763–76.
3. Leu-Semenescu S., Le Corvec T., Groos E., Lavault S., Golmard JL., Arnulf I. (2015). Lithium therapy in Kleine-Levin syndrome: an open-label, controlled study in 130 patients. Neurology, 85(19), 1655-1662.
4. Mayer G. (2015). Lithium treatment of Kleine-Levin syndrome: An advance for a disorder of hypersomnolence. Neurology, 85(19), 1642-1643.

PS-047

OBSESYONLARI NEDENİYLE ORŞİEKTOMİ OLAN 72 YAŞINDA BİR OLGU

Yasemin Gökçenoğlu[1], İsmet Esra Çiçek[1], Zeynep Yücehan[2], İbrahim Eren[1]

[1]*Sbü Konya Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği*
[2]*Konya Numune Hastanesi*

Giriş: Obsesif kompulsif bozukluk(OKB), yineleyici obsesyonlar ve/veya kompulsiyonların görüldüğü, genellikle süreğen, kimi zaman da epizodik gidiş gösteren, kişinin günlük işlevlerini belirgin olarak etkileyen bir hastalıktır. Hastalığın ortalama başlangıç yaşı 21.9 ile 35.5 arasındadır. En sık bulaş obsesyonları ve temizleme kompulsiyonları görülür. Bu obsesyonlar mikroorganizmalara, evsel çevresel atıklara, bedensel atık ve sekresyonlara (tükrük, balgam, gaita, meni, ter, kan vb.), hayvansal maddelere, yapışkan maddelere dair bulaşma şeklinde olabilir. Biz bu olguda obsesyonları sonucunda orşiektomi olan geç başlangıçlı bir OKB hastası sunmayı amaçladık.

Olgu: Yetmişiki yaşında, erkek, emekli muhasebeci. Hayatında ilk kez 40 yıl önce birkaç ay süren dini obsesyonları olmuş kendiliğinden gerilemiş. 3 yıl önce herhangi stresör olmaksızın sperm bulaşma obsesyonları başlamış. Çocuklara ve aynı evi paylaştığı kızına sperm bulaşır mı endişesi ile banyoda uzun süre kalma, banyoyu sürekli temizleme, sık el yıkama, elinin değdiği yerleri sürekli silme, kıyafetlerini sık sık yıkama, yıkanması mümkün olmayan aksesuarları atma, misafirliğe gittiğinde çocuklara dokunmama, tokalaşmama, başkasının evinde tuvalet kullanmama gibi kompülsyonları oluyormuş. Bu düşünceleri nedeniyle bize başvurusundan yaklaşık 1 yıl önce özel bir hastanede kendi isteği ile bilateral orşiektomi yapılmış. Orşiektomi sonrası düşünceleri kendinin değil başkalarının spremlerini taşıyıp çocuklara özellikle kızına bulaştıracağı şeklinde değişmiş. Aynı komplüsyonları devam etmiş. Orşiektomi sonrası rahatlayacağını düşünürken şikayetlerinin devam etmesi üzerine son zamanlarda mutsuzluk, hayattan zevk alamama, isteksizlik şikayetleri başlayan hasta tarım ilacı içerek ve her iki bilek ve boynunu keserek intihar girişimde bulunması üzerine yoğun bakıma alınmış. Yoğun bakım sonrası hasta gözlem amacıyla yatırıldı. Ham-d: 13 yale Brown: 18 olarak değerlendirilen hastaya fluoksetin 20mg/gün ve güçlendirme amacıyla arirpiprazol 5mg başlandı. Başvurusunda suiscid nedeniyle pişmanlık dikkati çekiyordu. Hasta hastanede bulunduğu için obsesyonlarının azaldığını belirtti. Kklinik izlemde fluoksetin 60mg/güne dozuna kadar çıkıldı. Obsesif kompulsif ve depresif beliritleri gerileyen hasta ayaktan takip edilmek üzere taburcu edildi.

Tartışma: Obsesif kompulsif bozuklukta hastaların %65'inde başlangıç 25 yaşından öncedir. Yüzde15 lik bir gurupta da başlangıç yaşı 35'in üstündedir. Bizim olgumuzda obsesif kompulsif bozukluk beliritleri herhangi bir stres faktörü olmaksızın geç bir yaşta başlamıştır. Obsesif kompulsif belirtileritemizlik- bulaş obsesyonu olup bu obsesyon kendisine bulaşacağı şeklinde değil başkalarına sperm bulaştıracağı şeklinde olmuştur. Hastamızda geç yaşta böyle bir obsesyon gelişmesi, buna bağlı kompülsyonları neticesinde borşiektomi yaptırmış olması ve nihayetinde suicid girişiminin olması obsesyonlarının ciddiyetini göstermektedir. Obsesif kopulsif bozukluk kişinin yaşam kalitesini ve işlevselliğini ileri derecede bozan bir rahatsızlıktır.

Anahtar kelimeler: obsesif kompülsif bozukluk, geç başlangış, orşiektomi

Kaynaklar

1. Tükel R. Obsesif kompulsif bozukluk. Turkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics. 2010;3:70-80.
2. Bayar, R., & Yavuz, M. (2008). Obsesif kompulsif bozukluk. İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi.

PS-048

RUH SAĞLIĞI ÇALIŞANLARININ SANAL GERÇEKLİK TEDAVİLERİ KONUSUNDAKİ TUTUM VE YAKLAŞIMLARI

Ertuğ Gül[1], Hüseyin Ünübol[1], Gökben Hızlı Sayar[1], Nevzat Tarhan[1]

[1]*Üsküdar Üniversitesi*

Bu çalışmada ruh sağlığını çalışanlarının psikiyatrik hastalıklarda sanal gerçekliğin kullanımına ilişkin bilgi ve tutumlarını ölçmek amaçlanmaktadır. Ruh sağlığı çalışanlarının psikiyatrik hastalıklarda sanal gerçeklik yönteminin kullanımına ilişkin bilgisini ve tutumunun ölçülmesinin; ülkemizde yapılacak olan sanal gerçeklik temelli psikoterapi uygulamaları, yayınlar ve etkililik çalışmaları için önemli bir yol gösterici olacağı ve ruh sağlığı çalışanlarına farklı bir bakış açısı kazandıracağı düşünülmektedir. Sanal gerçekliğin psikolojide kullanımı henüz ülkemiz için çok yeni bir kavram olduğundan, araştırmadan elde edilecek bulgular sayesinde ruh sağlığı çalışanlarının bu konu hakkında eksik olduğu noktalar ortaya koyulacak ve bu doğrultuda geliştirme çalışmalarına destek sağlanmış olacaktır.

Araştırma örneklemini, ülkemizdeki Ruh Sağlığı Çalışanları (Psikiyatri Uzmanı, Psikolog, Psikolojik Danışman, Psikiyatri Hemşiresi, Sosyal Hizmet uzmanı) oluşturmaktadır. Araştırmada veriler, ruh sağlığı çalışanlarının ortak platformlarında paylaşılarak online olarak toplanmıştır. Araştırma kapsamında toplam 610 ruh sağlığı çalışanından anket toplanmış ve bunlardan 606 tanesi analizler kapsamına alınmıştır.

Katılımcıların %72,8'i psikolog/klinik psikolog, %14,6'sı psikiyatri hekimi, %12,6'sı hemşire, sosyal hizmet uzmanı ya da psikolojik danışmanıdır.

Katılımcıların %33,7'si 1 yıldan az, %26,4'ü 2-3 yıllık, %23'ü 7 yıldan fazla, %16,9'u 4-6 yıllık mesleki tecrübeye sahiptir. Meslekteki tecrübe yıl sayısının ortalaması 5,40±5,25 olarak bulunmuştur Katılımcıların %25,9'u özel hastane/klinikte, %24,3'ü psikolojik danışmanlık merkezinde, %12,3'ü devlet hastanesinde, %9,8'i üniversite hastanesi ve özel eğitim/rehabilitasyon merkezinde, %27,6'sı diğer kurumlarda çalışmaktadır. Katılımcılarımızın %79'i sanal gerçeklik ile psikiyatrik bozuklukların tedavisi hakkında bilgi sahibidir. Bununla birlikte ruh sağlığı çalışanlarının %21'lik grubu herhangi bir bilgisi olmadığını belirtmiştir. Psikiyatrik hastalıklarda sanal gerçeklik yöntemini duyma durumunun yaşa, eğitim düzeyine, meslekteki tecrübe yılına ve kuruma göre farklılaştığı belirlenmiştir. Meslekteki tecrübesinin yeni ve 1 yıl kadar olan, yüksek Lisans yapmış, Klinik Psikolog olan ve Klinik veya Özel hastanede çalışan katılımcılar daha fazla duyduğunu bildirmişlerdir.

Beşli Likert tipi puanlanan 29 maddeden oluşan veri toplama aracına ait ortalama ve standart sapma değerleri Tablo 1 de verilmiştir. Tabloya göre en yüksek ortalama 4,23 ,929 ile "Sanal gerçeklik yöntemi Uçuş Korkusunun tedavisinde etkili bir yöntemdir." ifadesinde gerçekleşmiştir. Bununla birlikte, katılımcı yanıtlarından en düşük ortalamayı alan ifade ise 3,57 1,182 ortalama ile "Sanal gerçeklik yöntemi Alkol Bağımlılığı tedavisinde etkili bir yöntemdir."dir.

Psikiyatrik bozuklukların tedavisinde sanal gerçekliğin kullanılması büyük bir geleceğe sahip ve bugüne kadar ortaya çıkan uygulamalar, önümüzdeki yıllarda gerçekleşecek büyük bir gelişmenin başlangıcı niteliğindedir. Ülkemizde ruh sağlığı için sanal gerçeklik uygulamalarının başarıya ulaşması adına ise buna benzer çalışmaların yapılması ülkemizde yapılacak olan sanal gerçeklik temelli psikoterapi uygulamaları, yayınlar ve etkililik çalışmaları için önemli bir yol gösterici olacağı ve ruh sağlığı çalışanlarına farklı bir bakış açısı kazandıracağı düşünülmektedir.

Anahtar kelimeler: sanal gerçeklik, psikoterapi, tutum, sağlık çalışanı

Kaynaklar

Bordnick, P. S., Carter, B. L., & Traylor, A. C. (2011). What virtual reality research in addictions can tell us about the future of obesity assessment and treatment.
Bruwaene V., Schijven R, Miserez MP. 2014. Assessment of procedural skills using virtual simulation remains a challenge. J Surg Educ. 2014;71:654–61.
Freeman, D., Reeve, S., Robinson, A., Ehlers, A., Clark, D., Spanlang, B., & Slater, M. (2017). Virtual reality in the assessment, understanding, and treatment of mental health disorders. Psychological medicine, 47(14), 2393-2400.
Fuchs, P. Moreau G., Guitton P. 2011. Virtual Reality: Concepts and Technologies. Taylor & Francis Group, LLC.
Gerardi, M., Cukor, J., Difede, J., Rizzo, A., & Rothbaum, B. O. (2010). Virtual reality exposure therapy for post-traumatic stress disorder and other anxiety disorders. Current psychiatry reports, 12(4), 298-305.

Tablo 1. Ölçek Maddelerinin Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

No	Madde	X	SS
1	Sanal gerçeklik yöntemi psikiyatrik hastalıkların tedavisinde kullanılan etik bir yöntemdir.	3.95	.980
2	Sanal gerçeklik yönteminin psikiyatrik hastalıkların tedavisinde etkili bir yöntemdir.	3.94	.945
3	Sanal gerçeklik yöntemi bilişsel davranışçı terapiye ek bir tedavi yöntemidir.	4.09	.945
4	Sanal gerçeklik yönteminin maruziyet tedavisinde etkili bir yöntemdir.	4.09	.945
5	Sanal gerçeklik yöntemi hayali (imgesel) maruziyet tedavisinden daha etkili bir yöntemdir.	3.91	1.042
6	Sanal gerçeklik yöntemi in-vivo maruziyet ve hayali maruziyetten zaman ve maliyet açısından avantajlıdır.	3.89	1.003
7	Sanal gerçeklik yönteminde ortam gerçek olmamalıdır.	3.56	1.153
8	Sanal gerçeklikte hastanın / danışanın yaşadığı beklenmedik durumlar terapi odasında yönetilebilir.	3.95	.952
9	Sanal gerçeklik yöntem anksiyete bozukluklarının tedavisinde etkili bir yöntemdir	4.08	.947
10	Sanal gerçeklik yöntemi sınav kaygısının tedavisinde etkili bir yöntemdir	3.91	1.063
11	Sanal gerçeklik yöntemi, savaş, terör gibi olaylar sonrası oluşan travma sonrası stres bozukluğunun tedavisinde etkili bir yöntemdir	3.85	1.109
12	Sanal gerçeklik yöntemi, trafik kazası gibi olaylar sonrası oluşan travma sonrası stres bozukluğunun tedavisinde etkili bir yöntemdir	3.90	1.076
13	Sanal gerçeklik yöntemi doğal afetler sonrası sonrası oluşan Travma sonrası stres bozukluğunun tedavisinde etkili bir yöntemdir	3.87	1.076
14	Sanal gerçeklik yöntemi bağımlılık aşerme davranışı ile başetmede etkili bir yöntemdir	3.65	1.152
15	Sanal gerçeklik yöntemi madde bağımlılığı tedavisinde etkili bir yöntemdir.	3.59	1.171
16	Sanal gerçeklik yöntemi alkol bağımlılığı tedavisinde etkili bir yöntemdir.	3.57	1.182
17	Sanal gerçeklik yöntemi sigara bağımlılığının tedavisinde etkili bir yöntemdir.	3.58	1.162
18	Sanal gerçeklik yöntemi dikkat eksikliğinin tedavisinde etkili bir yöntemdir.	3.67	1.146
19	Sanal gerçeklik yöntemi kirlenme obsesyonlarının tedavisinde etkili bir yöntemdir.	3.92	1.019
20	Sanal gerçeklik yöntemi temizlik kompulsiyonlarının tedavisinde etkili bir yöntemdir.	3.91	1.032
21	Sanal gerçeklik yöntemi agorafobide ve panik bozukluğun tedavisinde etkili bir yöntemdir.	4.13	0.963
22	Sanal gerçeklik yöntemi yükseklik korkusunun tedavisinde etkili bir yöntemdir.	4.20	0.945
23	Sanal gerçeklik yöntemi uçuş korkusunun tedavisinde etkili bir yöntemdir.	4.23	0.929
24	Sanal gerçeklik yöntemi kapalı alan (klostrofobi) korkusunun tedavisinde etkili bir yöntemdir.	4.17	0.961
25	Sanal gerçeklik yöntemi böcek korkusunun tedavisinde etkili bir yöntemdir.	4.20	0.945
26	Sanal gerçeklik yöntemi toplum önünde konuşma korkusunun tedavisinde etkili bir yöntemdir.	4.09	1.009
27	Sanal gerçeklik yöntemi kan, iğne fobisinin tedavisinde etkili bir yöntemdir.	4.02	1.021
28	Sanal gerçeklik yönteminin biofeedback ile beraber kullanılması faydalıdır.	3.96	1.007
29	Sanal gerçeklik yöntemi transkraniyal manyetik uyarım tedavisi ile beraber kullanılabilir.	3.76	1.038

PS-049

OTİZMLİ ÇOCUĞA SAHİP AİLELERDE BENLİK ALGISI: KARŞILAŞTIRMALI ÇALIŞMA

Fatima Serra Arslan[1], Onur Okan Demirci[2], Hüseyin Ünübol[1], Gökben Hızlı Sayar[1]

[1]*Üsküdar Üniversitesi*
[2]*İstanbul Gelişim Üniversitesi*

Çocuğun otizm tanısı alması sıklıkla anne babada şiddetli strese, kaygı ve üzüntüye neden olabilmektedir. Anne babaların uyumunu ve tanıyı benimseme ve kabul etmelerini otizmle beraber oluşan belirsiz durum, otizm farkındalığı, toplum içinde görülme sıklık seviyesi ve otizm şiddeti ve süresi gibi unsurların zorlaştırdığı düşünülmektedir. Aileler, otizmli çocuğa sahip olduklarını öğrendikleri anda itibaren yaşamlarını çocuğun ihtiyaçlarına uygun biçimde değiştirmeye ve biçimlendirmeye çalışmaktadırlar. Otizmli çocuğa sahip olan ailelerde yeni bir yaşama anlayışı oluşmaktadır. Bu araştırmanın amacı otizmli çocuğa sahip ebeveynlerin benlik saygılarını ve kendilerini yaşadıkları çevre ile sosyal karşılaştırmalarını, sağlıklı çocuklara sahip ebeveynler ile karşılaştırmaktır.

Araştırmanın örneklemini, özel eğitim ve rehabilitasyon merkezilerine düzenli olarak devam eden kişiler arasından rastgele seçilen 150 otizmli çocuk ebeveyni ile özel kreş ve gündüz bakımevine devam eden 150 sağlıklı öğrenci ebeveyni oluşturmaktadır. Araştırmada veriler kişisel bilgi formu, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği, Sosyal Karşılaştırma Ölçeği kullanılarak toplanmıştır.

Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği toplam puanı ve Sosyal Karşılaştırma Ölçeği toplam puanında iki grup arasında anlamlı farklılıklar saptanmıştır. Otizmli çocuğa sahip ailelerin benlik saygısı ve eleştiriye duyarlılık toplam puanları daha düşük; insanlara güven, hayalperestlik puanları daha yüksek bulunmuştur. Depresif duygulanım, kendilik kavramının sürekliliği alt ölçeklerinde ise iki grup arasında fark izlenmemiştir.

Otizmli çocuğa sahip olan ailelerin ihtiyaçları ve sosyal beklentileri yüksektir. Otizm tanısının konulmasından sonra çocuğun ihtiyaçlarına yönelik belirsizlik durumun söz konusu olması, ailelerin ihtiyaç ve beklentilerini yükseltmektedir (Wing, 2013). Bu araştırmada otizmli çocuğa sahip olan ve sahip olmayan ailelerin arasında insanlara güven alt ölçeğine göre anlamlı bir fark bulunmuştur. Buna göre otizmli çocuğa sahip olan ailelerin insanlara güven ortalaması otizmli çocuğa sahip olmayan gruba göre daha yüksektir. Otizmli çocuğa sahip aileler, çevrelerinden daha çok yardım almış ve insanların kendileri ile daha fazla empati kurmaya çalıştığına ve kendilerine daha fazla hoşgörülü davrandıklarına şahit olmuş olabilirler. Otizmli çocuklarının bakımı sırasında gerçekten yardıma ihtiyaç duydukları anlarda çevrelerinden beklemedikleri düzeyde yardım ve ilgi görmüş olabilirler. Bu durum, onların insanlara karşı daha fazla güven duymalarını sağlamış olabilir.

Otizmli çocuğa sahip ebeveynlerin hayalperestlik puanları da, kontrol grubuna kıyasla yüksek bulunmuştur.

Bu onların dirençlerini artıran bir mekanizma olarak da algılanabilir. Agazzi vd. (2017) araştırmalarında otizmli çocuğa sahip olan annelerin, çocuklarının daha iyi bir geleceğe sahip olabilmeleri için fazlaca çaba sarf ettiklerini ve bu durumun ailelerin gelecek beklentilerini olumlu yönde etkilediğini ifade etmişlerdir.

Otizmli çocuğa sahip olan ve sahip olmayan ailelerin arasında sosyal karşılaştırma ölçeğine göre anlamlı bir fark bulunmuştur. Bu durumun nedeni olarak otizmli çocuğa sahip olan ailelerin hayatlarındaki en büyük ilgi odağının otizmli çocukları olması durumu düşünülebilir. Otizmli çocuğa sahip aileler psikososyal destek verilirken bu noktalar dikkate alınmalıdır.

Anahtar kelimeler: otizm, ebeveyn, sosyal karşılaştırma, benlik saygısı

Kaynaklar

Agazzi, H., Tan, S. Y., Ogg, J., Armstrong, K., & Kirby, R. S. (2017). Does parent-child interaction therapy reduce maternal stress, anxiety, and depression among mothers of children with autism spectrum disorder?. Child & Family Behavior Therapy, 39(4), 283-303.

Al-Farsi, O. A., Al-Farsi, Y. M., Al-Sharbati, M. M., & Al-Adawi, S. (2016). Stress, anxiety, and depression among parents of children with autism spectrum disorder in Oman: a case–control study. Neuropsychiatric disease and treatment, 12, 1943.

Meral, B. F., & Cavkaytar, A. (2014). Otizmli Çocuk Ailelerinin Aile Yaşam Kalitesi Algıları. Kastamonu Eğitim Dergisi, 23(3), 1363-1380.

Miller K., The Use of Evaluation in Treatment Programs for Children with Autism. Behav Anal Pract. 2016, 10(1), s.35-44.

Wing, L. (2013). Autistic Children: A Guide For Parents & Professionals. Routledge.

Tablo 1. Otizmli çocuğa sahip olan ve olmayan ebeveynlerin ölçek puanları

Ölçek/Alt Ölçek	*Otizm grubu (n=150) ortalaması*	*Kontrol grubu (n=150) ortalaması*	*p*
Benlik Saygısı	8.17±1.33	8,76±1,02	.000*
Kendilik kavramının sürekliliği	5,31±,97	5,18±,75	.318
İnsanlara güven	2,49±,85	1,66±,61	.000*
Eleştiriye duyarlılık	3,34±,84	3,34±,63	.000*
Depresif duygulanım	2,83±,97	2,52±,96	.668
Hayalperestlik	5,42±1,80	3,73±1,60	.000*
Sosyal karşılaştırma	54,56±21,90	87,48±16,16	.000*

PS-050

GENÇLERDE RUHSAL DURUM, ANNE BABA TUTUMLARI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

Selin Eryürek[1], Chichak Aghayeva[1], Hüseyin Ünübol[1], Gökben Hızlı Sayar[1]

[1]*Üsküdar Üniversitesi*

Ailenin sosyal hayatın en önemli ve en küçük birimi olmasından dolayı en önemli işlevlerinden birisi fiziksel, sosyal ve duygusal anlamlarda ihtiyaçları karşılanmış sağlıklı nesiller yetiştirmektir. Gençlerin ruhsal durumları aile içi süreçlerden etkilenebilmektedir. Bu araştırmanın amacı gençlerde ruhsal belirtilerin sosyodemografik özellikler ve anne baba tutumları ile ilişkisini belirlemektir.

Araştırmada yaş ortalaması 15 +/- 2.8 olan 49 kız öğrenci (%46), 57 erkek öğrenci (%54) 106 genç ile yüzyüze görüşülmüştür. Sosyodemografik bilgi formu, Ana-Baba Tutumu Envanteri, Psikoloji Belirti Tarama Testi (SCL90) ve Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanılmıştır.

Ana-Baba tutum envanteri sonuçlarının ortalama puanları; Demokratik Ana Baba Tutumu 1.05, Otoriter Ana Baba Tutumu 0.57, İlgisiz Ana Baba Tutumu 0.44,

SCL 90-R Genel Belirti Ortalaması 1.40, en yüksek ortalama 1.86 kişiler arası duyarlılık alt testinde belirlenmiştir. (Alt testleri ortalama puanları, Somatizasyon 1.19, Obsesif-Kompulsif 1.63, Kişiler Arası Duyarlılık 1.86, Depresyon 1.54, Kaygı 1.25, Öfke-Düşmanlık 1.37, Fobik Anksiyete 1.21, Paranoid Düşünce 1.36, Psikotizm 1.06, Ek Maddeler 1.55)

Yaşam kalitesi ölçeği ortalama puanları; Sağlık ve Aktivite ile İlgili Sorunlar 2.00, Duygular ile İlgili Sorunlar 1.8, Başkaları ile İlgili Sorunlar 1.00, Okul ile İlgili Sorunlar 2.00

Bulgulara göre; otoriter ana-baba tutumu ve başkaları ile ilgili sorunlar arasında zayıf pozitif ancak anlamlı bir ilişki vardır (Pearson's r=.132, sig.=.050). İlişkinin yönü ve değerine göre otoriter ana-baba tutumu arttıkça çocuğun başkaları ile ilgili sorunları artmaktadır.

Baba Mesleği ile Sağlık ve Aktivite ile İlgili Sorunlar arasında zayıf negatif ancak istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır (Pearson's r=-.260, sig.= .007 <0.01). Buna göre babanın sahip olduğu meslek statü ve ekonomik olarak düşükse sağlık ve aktivite ile ilgili sorunlar artmaktadır. Ayrıca ailenin gelir düzeyi düştükçe sağlık ile ilgili sorunlar artmaktadır.

Otoriter ana-baba tutumu (sig=.001 <0.05) ve ilgisiz ana baba tutumu (sig=.000 <0.05) sağlık ve aktivite ile ilgili sorunlar üzerinde etkilidir. Buna göre, otoriter ana baba tutumunun etkisi negatif yönlüyken (β= -.995), ilgisiz ana-baba tutumunun etkisi pozitif yönlüdür (β= 1.119). Ailenin gelir düzeyinin çocukların başkaları ile ilgili sorunları üzerinde negatif (β= -.210) ancak istatistiksel olarak anlamlı (sig=.047 <0.05) bir etkisi vardır. Anne baba medeni durumunun (β= -.320, sig=.002 <0.05) ve ailenin gelir düzeyinin (β= -.266, sig=.008 <0.05), genel belirti ortalaması üzerinde negatif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi bulunmuştur.

Otoriter ana-baba tutumu arttıkça çocuğun başkaları ile ilgili sorunları artarken, otoriter ebeveynlerin yetiştirdiği çocuklar ilerideki yaşantılarında herkesin kolayca etki altına alabileceği, kararsız, ne yapacağına tek başına karar veremeyen bireyler haline dönüşmektedirler. Literatürde de belirtildiği üzere aşırı otoriter anne babanın yetiştirdiği çocuklar, korkak, çekingen, otoriteye boyun eğen yapıda olmakta ancak otorite ortadan kalktığı anda saldırgan ve isyankâr bir tutum sergilemektedirler.

Araştırmada ortaya çıkan en önemli sonuçlardan biri demografik faktörlerden anne babanın boşanmışlık durumunun ve aile gelir düzeyinin çocukların ruhsal ve yaşam kaliteleri üzerindeki büyük etkileridir.

Anahtar kelimeler: ebeveyn tutumu, psikolojik sağlık, yaşam kalitesi, gençler

Kaynaklar

Memik, N.Ç., Ağaoğlu, B., Coşkun, A., Üneri, Ö.Ş., Karakaya, I. (2007) Çocuklar için yaşam kalitesi ölçeğinin 13-18 yaş ergen formunun geçerlik ve güvenilirliği. Türk Psikiyatri Dergisi, 18(4): 353-363

Nomura, Y., Wickramaratne, P.J., Warner, V., Mufson, L., Weissman, M.M. (2002) Family discord, parental depression and psychopathology in offspring: ten-year follow-up. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 41: 402-409

Tablo 1. Sağlık ve aktivite ile ilgili sorunların anne baba tutumları ile ilişkisi

Model	*B*	*St. Sapma*	*t*	*Sig*
Sabit	1.854	.126	14.666	.000
Demokratik Anne Baba Tutumları	-.065	.114	-.568	.571
Otoriter Anne Baba Tutumları	-1.030	.299	-3.441	.001
İlgisiz Anne Baba Tutumları	1.056	.271	3.897	.000

PS-051

POSTPARTUM PSİKOZ VE İNFANTİSİD

Aysu Kara[1], Sevilay Umut Kılınç[1], Fatih Öncü[1]

[1]*Bakırköy Prof.dr. Mazhar Osman Ruh Ve Sinir Hastalıkları Eah.*

Giriş: Perinatal dönemde suç olabilecek davranışlar arasında çocuk istismarı veya ihmali dikkat çekmektedir. En ağır suç ise filisid olarak gözlenmektedir. Filisid, kişinin kendi çocuğuna karşı yaptığı öldürme eylemidir. Doğumdan sonra ilk 24 saatte yapılan filisidler neonatisid, ilk bir yılda yapılanlar infantisid olarak adlandırılmıştır (1). Meyer ve Oberman medya ve adli süreçleri baz aldığı çalışmada infantisid vakalarını 5 temel kategoride tanımlamıştır(2). Bu kategorilerden birisi de şizofreni, postpartum depresyon ve postpartum psikoz gibi ruhsal hastalıklara bağlı olan ölümlerdir. Biz bu vakada postpartum psikoza bağlı işlenen infantisid suçunu ve adli süreçlerle ilişkisini incelemeyi amaçladık.

Olgu: 29 Yaşında,çalışmıyor,evli ve 4 yaşında bir erkek çocuğu var. 56 günlük olan kızını öldürme suçundan dolayı tutuklu olan hastanın intihar düşüncesi olması nedeni ile hastaneye yatışı yapıldı. Hasta ve yakınlarından alınan bilgiler doğrultusunda, aslında sıkıntılarının gebelik öncesi dönemde başladığı ilaç kullandıktan sonra sıkıntılarının gerilemesi nedeni ile ilacı bıraktığı öğrenildi. Yapılan görüşmelerde sosyal desteğinin oldukça düşük olduğu, eşinin yakın zamanda iflas etmesi nedeni ile maddi sıkıntılar yaşadıklarını ve bu nedenle de evde gerginlik olduğu öğrenildi. Kendi anne ve babasının da olaydan 5 gün önce boşanma kararı aldıkları öğrenildi. Doğumdan 1 ay sonra kızıyla beraber yüksekten atlamak istediğini ve sonrasında doktora götürdüklerinde lohusa depresyonu denilip ilaç başlandığını fakat kendisinin 3 gün sonra çocuklarına bakamayacağını düşünerek ilaçları bıraktığı öğrenildi. Depresif şikayetlerin giderek artması ve işitsel varsanıların eklenmesi ile kendi kullandığı psikiyatri ilaçlarını bebeğin mamasına karıştırdığını ve kendisinin de aynı ilaçlardan içerek intihara kalkıştığı öğrenildi. Hasta psikotik özellikli depresyon tanısı ile yatırılarak tedavi edildi.

Tartışma: Biz bu vaka ile postpartum psikotik özellikli depresyonu olan hastanın infantisid ve intihar riski açısından yordayıcı olan faktörleri daha iyi fark edebilmek ve zorunlu tedavinin önemine vurgu yapmayı amaçlıyoruz. Perinatal dönemde psikiyatrik hastalıkların sıklığında artış görülmektedir(3). Bebeğin şeytan olduğu veya kendisine ait olmadığı şeklinde olan delüzyonlar filisid riskini daha da artırır. Postpartum psikoz % 0,1-0,2 oranında görülür. Postpartum psikozda infantisid riski

yaklaşık %4 tür. Filisid vakalarının %16-29'una annenin tamamlanmış intiharının eşlik ettiği belirtilmiştir(4). Ceza sorumluluğunu kaldıracak nitelikte ciddi ruhsal hastalığa sahip olanlar cezaevi yerine yüksek güvenlikli hastanelerde koruma ve tedavi altına alınmalıdırlar. Hekim, gebe bir kadınla karşılaştığında, yalnızca gebe bir kadın ve fetüsle değil aynı zamanda bir postpartum anne adayı ve bebekle de karşılaştığını bilmelidir.Hastalık şartı aranmaksızın aile içi şiddet, eşin madde bağımlısı olması, cinsel istismar sonrası gebelik, göçmenlik, maddi zorluklar, sosyal desteğin yetersizliği durumlarında filisid vakalarının sıklığının arttığı gözlenmiştir(5). Çoğu psikiyatristin, tedavi gören annelere, çocuklarına zarar verme düşüncesi ile ilgili soru sormadıkları belirtilmiştir. Bu vakaların önlenmesi için kadınların gebelik dönemi, doğum ve doğum sonrası dönemde sıklıkla muayene edilmesi, sistematik şekilde değerlendirilmesi, risk faktörlerinin mutlaka sorgulanması gerekmektedir.

Anahtar kelimeler: Postpartum Psikoz, İnfantisid

Kaynaklar

1. Porter, T., Gavin, H., 2010. Infanticide and neonaticide: A review of 40 years of research literature on incidence and causes. Trauma, Violence, Abus.
2. Spinelli, M.G., 2004. Maternal infanticide associated with mental illness: Prevention and the promise of saved lives. Am. J. Psychiatry.
3. Appleby, L., Kumar, C., Warner, R., 1996. Perinatal psychiatry. Int. Rev. Psychiatry 8, 5–7.
4. Friedman, S.H., Sorrentino, R., 2012. Commentary: Postpartum psychosis, infanticide, and insanity-implications for forensic psychiatry. J. Am. Acad. Psychiatry Law.
5. Razali, S., Salleh, R.M., Yahya, B., Ahmad, S.H., 2015. Maternal filicide among women admitted to forensic psychiatric institutions in Malaysia: Case series. East Asian Arch. Psychiatry.

PS-052

VENLAFAKSİN TEDAVİSİNE SÜLPİRİD EKLENMESİYLE MEYDANA GELEN HİPERPROLAKTİNEMİ

Gülay Taşcı[1]

[1]*Fethi Sekin Şehir Hastanesi*

Giriş: Hiperprolaktinemi, hipotalamo-hipofizer aksa ait en yaygın endokrin bozukluktur. Hiperprolaktineminin en sık nedeni ön hipofiz tümörleri, özellikle de prolaktinomalardır[1]. Hiperprolaktinemi antipsikotik tedavisinin önemli bir yan etkisidir[2]. Bildiğimiz kadarı ile literatürde sülpiridin çok düşük dozda (50mg/gün) kullanımı sonrası görülen hiperprolaktinemiye bağlı galaktore nadir görülen bir durumdur. Bu yazıda depresyon tanısı ile venlafaksin 75 mg/gün kullanan hastanın tedavisine sülpirid 50 mg/gün eklenmesi sonucu hiperprolaktinemiye bağlı galaktore görülen bir olgu sunulması amaçlanmıştır.

Olgu: 33 yaşında, evli, iki çocuk annesi, lise mezunu ev hanımı olan hasta, baş ağrısı ve yaygın vücut ağrısı nedeniyle nöroloji polikliniğine başvurmuş. Nöroloji tarafından Venlafaksin 37,5 mg başlanıp kontrollere psikiyatri polikliniğine gitmesi önerilmiş. O dönem dış merkezde psikiyatri polikliniğine başvuran, içe kapanma, keyifsizlik, mutsuzluk, sinirlilik ve yaygın vücut ağrısı olan hastaya depresif bozukluk tanısı konulup, venlafaksin 75 mg'a artırılmış. Bir ay sonraki kontrolünde yaygın vücut ağrıları geçmeyen hastanın tedavisine sülpirid 50 mg/gün eklenmiş. Hastanın psikiyatrik semptomlarında azalma olmuş. Ancak sülpirid kullanımının dördüncü ayında göğüsten süt gelmesi olunca polikliniğimize başvurmuş. Bilinen organik bir rahatsızlığı ve başka ilaç kullanımı olmayan hasta için hemogram, biyokimya (AST, ALT, üre, kreatinin, Na, K), tiroid, FSH, LH, progesteron, östradiol, 25-OH Vit D, beta-Hcg ve prolaktin hormonlarına bakıldı. Kadın doğum, genel cerrahi ve beyin cerrahi konsultasyonu istendi. Beyin MR, meme USG, batın USG yapıldı. Yapılan tetkiklerde organik bir patoloji saptanmadı. Bakılan kan tahlillerinde Prolaktin seviyesinin 115,06 µg/L olduğu görüldü. Diğer tüm tahlilleri normal düzeylerde idi. Sülpirid ilacı stoplandı. Venlafaksin 75 mg/gün kullanmaya devam etmesi önerildi. Bir ay sonra kontrol önerildi. Kontrolde bakılan prolaktin seviyesi 21,39 µg/L idi. Diğer rutin kan tahlilleri normal aralıktaydı. Beck Anksiyete Ölçek puanı:22, Beck Depresyon Ölçek puanı:22 olan ve somatik şikayetleri devam eden hastanın Venlafaksini 150 mg'a artırıldı. Bir ay sonraki kontrolünde hastanın şikayetlerinin gerilemiş olduğu görüldü.

Tartışma: Tipik antipsikotiklerin ön hipofizdeki D2 reseptörlerini bloke ederek birincil olarak prolaktin seviyelerini yükselttikleri düşünülür. Atipik antipsikotikler güçlü serotonin reseptör blokajına (5HT) oranla daha zayıf D2 reseptör blokajı yapmaktadır. Atipik antipsikotikler hiperprolaktinemi geliştirme açısından farklılık gösterirler. Antipsikotik dozunu azaltmak, prolaktin düzeyini etkilemeyen bir başka bir antipsikotiğe geçmek, parsiyel bir dopamin agonisti eklemek tedavide bazı seçeneklerdir[3]. Sülpirid depresyon hastalarında yaygın vücut ağrısı ve baş ağrıları için ekleme tedavisi olarak kullanılabilir. Sülpirid düşük dozda kısmi dopamin agonisti, yüksek dozlarda bir tipik D2 antagonistidir[4]. Olgumuzda hiperprolaktinemiye bağlı ortaya çıkan galaktorenin, prolaktin haricindeki tüm kan tahlillerinin normal sınırlarda olması, yapılan görüntüleme yöntemlerinde organik bir patoloji saptanmaması, sülpirid ilacının kesilmesiyle birlikte prolaktin seviyesinin düşmesi ile bize sülpiridin 50 mg/gün gibi düşük dozda hiperprolaktinemi yapabileceğini göstermiştir. Sülpiridin düşük dozlarda bile hiperprolaktinemiye sebep olabileceği unutulmamalı ve tedavi uyumu açısından galaktore sorgulanmalıdır.

Anahtar kelimeler: Venlefaksin, sülpirid, hiperprolaktinemi, galaktore

Kaynaklar

1. Nathan RS, Asnis GM, Dyrenfurth I, Halpern FS, Halbreich U, Ostrow LC. Plasma prolactin and testosterone during penfluridol treatment. Lancet 1980;2:94.
2. Knegtering R, Baselmans P, Castelein S, Bosker F, Bruggeman R, van den Bosch R. Predominant role of the 9-hydroxy metabolite of risperidonein elevating blood prolactin levels. Am J Psychiatry 2005;162:1010–2.
3. Bulut SD, Bulut S, Alataş E. Antipsikotiklere bağlı hiperprolaktinemi. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar 2015;7(2): 109-24.
4. Rouillon F, Rahola G, Van Moffaert M. Sulpiride in the treatment of somatoform disorders: results of a European observational study to characterize the responder profile. J Int Med Res 2001;29:304–13.

PS-053

PRAMİPEKSOL VE PAROKSETİN KULLANIMINA BAĞLI GELİŞEN HİPOMANİ

Berfu Ünal[1], Behçet Coşar[1]

[1]*Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastahanesi*

Giriş: Dopamin parsiyel agonisti olan pramipeksol idiyopatik parkinson hastalığının tedavisinde endikedir. Genellikle iyi tolere edilir ancak hipomaniye yol açtığını bildiren raporlar bulunmaktadır. 1Dopamin agonist tedavisi alan parkinson hastalarında dürtü kontrol bozukluğu prevalansı %6–13 olarak bilinmektedir.2 Bu ilaçların aşırı kullanımı ile kaygı belirtileri, aşırı kumar oynama, hiperseksüalite, aşırı yemek yeme ve basmakalıp davranışlar görülebilir. 3Paroksetin unipolar ve bipolar depresyon tedavisinde etkinliği kanıtlanmış bir ilaçtır. Maniye kayma riski diğer antidepresanlara göre daha düşüktür. Paroksetine bağlı mani ve hipomani olasılığı %8,86 olarak verilmektedir.4

Olgu: 51 yaşında erkek, emekli, evli; konsültasyon liyezon psikiyatrisi (KLP) polikliniğinde 2 aydır olan; cinsel istekte artış, dürtüsel davranışlar, uyku ihtiyacında azalma ve para harcamada artış şikayetleri ile değerlendirilmiş. Nöroloji tarafından orta beyin distonisi, huzursuz bacak sendromu ve holmes tremor ile yaklaşık 2 yıldır takip edilen hasta 2 yıldır pramipeksol 1,5 mg/g, biperiden 6 mg/g, gabapentin 1200 mg/g kullanıyormuş. Hastaya 2 yıl önce major depresif bozukluk nedeniyle venlafaksin 75 mg/g başlanılmış ve 150 mg/g a çıkılmış. Nöroloji polikliniği tarafından KLP polikliniğine yönlendirilmeden 2 ay önce hastanın tremor şikayetinde artış olması nedeniyle pramipeksol tedavisi 2,25 mg/g a çıkılmış, biperiden 6 mg/g tedavisi kesilip bornaprin 6 mg/g başlanılmış. Bununla birlikte 2 ay önce psikiyatri tarafından hastanın venlafaksin 150 mg/g tedavisi paroksetin 30 mg/g ile değiştirilmiş. Bu tedavi değişikliği ile birlikte hastanın cinsel istekte yoğun bir artış, dürtüsel bir şekilde arkadaşlık sitelerine girip tanımadığı insanlarla sohbet etme, para harcamada artış, DM tanısı ile yeme içmesine dikkat ederken kontrolsüz bir şekilde yeme içme, uyku ihiyacında azalma şikayetleri başlamış. Yapılan muayenede; bilincin açık, oryantasyon ve kooperasyonun

normal olduğu, görüşmeciye karşı ilgili olduğu, psikomotor aktivitede hafif artış olduğu, konuşma hızı ve miktarının arttığı, algı patolojisinin olmadığı, düşünce yapısının sekonder olduğu, düşünce akışının normal olduğu, düşünce içeriğinde cinsellik ile ilgili temaların hakim olduğu gözlendi. Duygudurum anksiyeteli, duygulanım dengeli ve uygundu. İmpuls kontrolü ve yargılama normaldi. Hastanın mevcut şikayetlerinin antidepresan değişikliği ve/veya pramipeksol dozunun arttırılması nedeniyle olabileceği düşünüldü. Hastanın paroksetin tedavisi 2 haftada tedricen azaltılarak kesildi. Nöroloji bölümü tarafından pramipeksol tedavisi 1,5 mg/g a düşüldü. Hastanın mevcut şikayetlerine yönelik ketiyapin 100 mg/g başlanıldı. 2 hafta sonraki kontrolünde hastanın şikayetlerinin devam ettiği görülünce hastanın ketiyapin dozu 300 mg/g a çıkıdı. Hastanın takibi KLP polikliniğinde devam etmektedir.

Tartışma: Literatürdeki bilgiler pramipeksol tedavisi başlandıktan veya doz arttırıldıktan sonra dürtü kontrol bozukluğu ve hipomani olabileceğini göstermektedir.3 Bu hastanın mevcut klinik durumunun pramipeksol doz arttırımı ve antidepresan değişikliği sonrasında görülmesi etyoloji konusunda karışıklığa neden olmuştur. Pramipeksol, paroksetin veya her ikisinin additif etkisi sonucunda hastada hipomani geliştiği düşünülmüştür. KLP polikliniğinde nörolojik ek hastalığı olan hastalar çok sık görülmektedir. Nörolojik ilaçların çoğunun psikiyatrik yan etkileri olabilmesi nedeniyle psikiyatri hekimlerinin bu hastalarda tedaviyi düzenlerken dikkatli olmaları gerekmektedir.

Anahtar kelimeler: pramipeksol,hipomani,dürtü kontrol bozukluğu

Kaynaklar

A Case of Mania Following the Use of Pramipexole,Sharma V,The American Journal of Psychiatry,2007
Pharmacological insights into impulsive-compulsive spectrum disorders associated with dopaminergic therapy,Persons A,Europan journal of neuroscience,2018
Pramipexole in Psychiatry:A Systematic Review of the Literature,Aiken C,Journal of Clinical Psychiatry,2007
Paroksetin ve Depresyon,Y Nevzat,Klinik Psikiyatri,2007

PS-055

BİPOLAR AFEKTİF BOZUKLUK TANILI HASTADA PSÖDOEFEDRİN KULLANIMI SONRASI GELİŞEN MANİK ATAK OLGU SUNUMU

Elif Koyu[1], Sümeyye Yasemin Kurtuluş Çallı[1], Enis Özkan[1]

[1]Erenköy Ruh Ve Sinir Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Fenilefrin, psödoefedrin ve efedrin sık kullanılan sempatomimetik ilaçlardır. Psödoefedrin hidroklorür, efedrinin stereoizomeri olup benzer bir farmakolojik mekanizmaya sahiptir. Alfa ve beta adrenerjik reseptörlerin non-selektif aktivatörü, monoamin oksidaz enzim inhibitörüdür. Dolaylı olarak merkezi sistemde dopamin ve nöroadrenalin düzeylerini arttırır. (1,3). Fenilefrin, efedrin ve psödoefedrin amfetamin gibi davranarak ön sinaptik sinir terminallerinden katekolamin, noradrenalin ve dopamin salınmasına yol açarak psikotik ve manik semptomlar yapabilir. (2) Literatürde, santral sinir sistemi uyarıcı ilaçlar tarafından tetiklenen vakalar bildirilmiştir. (4) Bu vaka psödoefedrin içeren soğuk algınlığı ilacının kullanımından sonra tetiklenen manik atak ile ilgilidir.

Vaka: 29 yaşında erkek hasta, lise mezunu, çalışmıyor, bekar ve ailesi ile yaşıyor. Yaklaşık 7 yıllık bipolar afektif bozukluk hastalık öyküsü mevcut. Şikayetleri 7 sene önce büyüklük düşünceleri ve aşırı para harcama şeklinde başlamış, şikayetleri doğrultusunda dış merkezde 19 gün bipolar afektif bozukluk manik atak tanısı ile yatarak tedavi olmuş. Amilsülpirid 400 mg/g ve olanzapin 20 mg/g tedavisi ile taburcu edilmiş. Takiplerinde amilsülpirid dozu 200 mg/g'e düşürülmüş. Hasta ve yakınlarından alınan bilgiye göre hasta şikayetleri başlamadan 20 gün önce soğuk algınlığı geçirmiş, hastaya içerisinde 60 mg psödoefedrin içeren soğuk algınlığı ilacı reçete edilmiş. Hasta 20 gün boyunca günde ortalama 120–180 mg psödoefedrin içeren bu ilaçtan kullanmış, sonrasında büyüklük düşünceleri, çok para harcama, sinirlilik, uyku düzeninde bozulma şikayetlerinin başladığı öğrenildi. Hastanın etrafına karşı saldırgan tutumu olması üzerine "Bipolar bozukluk, psikotik belirtili manik episod" ön tanısı ile hastanemiz psikiyatri kliniğine yatışı yapıldı. Ruhsal durum muayenesinde 25 gün süren yatarak tedavi sonrasında taburculuk tedavisi valproik asit 750 mg/g ve ketiapin xr 300 mg/g şeklinde düzenlenerek salah ile taburcu edildi.

Tartışma: Soğuk algınlığı ve grip semptomları için kullanılan birçok ilaç efedrin ve psödoefedrin etken maddesi içerir. Yapılan literatür taramasında psödoefedrin ve efedrinin psikotik ve duygudurum bozukluk tanılı hastalarda ataklara yol açtığını gösteren vaka bildirimleri olduğu görüldü. Biz de yatarak takibini ve tedavisini düzenlediğimiz, 7 yıldır remisyonda ve düzenli ilaç kullanımı olan bu olguda, manik atak tetikleyicisinin olarak kontrolsüz psödoefedrin kullanımı olabileceğini düşündük. Psikiyatrik hastalığı olan hastalarda bu molekülün kullanımı ile ilgili daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

Anahtar kelimeler: bipolar afektif bozukluk, manik epizod, psödoefedrin,

Kaynaklar

1. Knollman B, Chabner B, Brunton L. Goodman & Gilman's The pharmacological basis of therapeutics. Twelfth Ed. New York: McGraw-Hill Medical Publishing, 2011, 277-333.
2. Reeves RR, Pinkofsky HB. Postpartum psychosis induced by bromocriptine and pseudoephedrine. J Fam Pract 1994;45:164-170.
3. Chait L. Factors influencing the reinforcing and subjective effects of ephedrine in humans. Psychopharmacology (Berl) 1994;113:381-387.
4. Conway CR, Ziaee L, Langenfeld SJ. Ephedrine-induced emergence of bipolar symptoms Bipolar Disord 2006;8:204-208.

PS-056

NAZAL BUPROPİYON KÖTÜYE KULLANIMI: BİR OLGU SUNUMU

Ekin Parlak[1], Muhsin Koray Kılıç[1], Gamze Şimşek[1]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Erenköy Ruh Ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, İstanbul

Amaç: Bupropion hidroklorür (HCl) depresyon ve sigara bırakma için onaylanmış bir aminoketon antidepresandır. Etiket dışı kullanımları arasında dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB), kronik yorgunluk, kokain bağımlılığı tedavisi ve Parkinson hastalığı için yardımcı tedavi olarak bulunmaktadır (1). Amfetamin ile bazı yapısal ve farmakolojik özellikler paylaşmasına rağmen erken araştırmalar bupropiyonun herhangi bir psikostimülan etki üretmediğini ileri sürer. Bununla birlikte, klinik deneyimle, yüksek miktarda oral kullanım, ezilmiş tabletlerin intranazal veya intravenöz enjeksiyon yoluyla kötüye kullanımı tanımlanmaktadır. Bupropiyon kötüye kullanımında, kokain kötüye kullanımına benzer, ancak daha az yoğunlukta öfori hali bildirilmiştir (2). Biz de bu sunumda nazal bupropiyon kötüye kullanımı olan bir olguyu tartışmayı amaçlamaktayız.

Olgu: 30 yaşında, evli, güzel sanatlar mezunu, çalışıyor, eşi ile birlikte yaşıyor olan erkek hasta, hastanemiz Amatem polikliniğine yakınları eşliğinde, nazal bupropiyon kullanımı nedeni ile başvurdu. Hasta ile görüşüldüğünde, çocukluk çağlarından itibaren hareketlilik, çok konuşma, dikkat dağınıklığı ve unutkanlık şikayetleri olduğu, o dönem Çocuk Psikiyatrisi başvurusu olduğu, DEHB tanısı aldığı ancak ilaç kullanımı olmadığı, 1 yıl önce dikkatini odaklayamama, keyifsizlik ve sosyal ortamlarda kaygı şikayetleri ile dış merkezde psikiyatri polikliniğine başvurduğu, venlafaksin 150 mg/g başlandığı, cinsel isteksizlik ve ereksiyon problemi nedeniyle tedavisine 10 ay önce bupropion 300 mg/g eklendiği öğrenilmiştir. Daha önce madde kullanım öyküsü tariflemeyen hastanın bupropiyon kullanımı sonrası farkettiği öfori ve dikkatindeki iyileşme nedeniyle son 6 aydır ilacı ezerek intranazal yol ile aldığı, kullandığı miktarın giderek arttığı, son 3 ay içerisinde 3 kez, çığlık ile başlayıp ardından ağız kenarında kayma, bilinç kaybı, yere düşme ve kasılma ile devam eden yaklaşık 2–3 dakika süren, sonrasında uyku hali, sersemlik ve ajitasyonun olduğu nöbetler geçirdiği anlaşılmıştır. Hastaya poliklinik başvurusu sonrası çekilen Rutin EEG ve Uyku-uyanıklık EEG'de epileleptiform aktivite saptanmadı ve nöbet izlenmedi. Ruhsal durum muayenesinde özbakımı olağan olan hastanın duygudurumu ve duygulanımı ötimikti. Konuşma hızı olağan, çağrışımları düzgün ve amaca yönelik idi. Varsanı veya sanrı saptanmadı. Düşünce içeriğinde obsesyon, fobi ve zihinsel aşırı uğraşısı yoktu. Muhakemesi yerinde, içgörüsü

vardı. Dürtü kontrolü yeterli olan hastanın suisid veya homisid fikri saptanmadı. Depresif şikayeti ve yoksunluk bulgusu olmayan hasta aşerme tarifliyordu. Hastanın halen kullanmakta olduğu venlafaksin ve bupropiyon tedavisi azaltılarak kesildi, karbamazepin 400 mg/g başlandı. Hastanemiz DEHB polikliniğine yönlendirilen hastanın karbamazepin tedavisi kesilip metilfenidat 54 mg/g başlandı. 4 aydır düzenli poliklinik takiplerine gelen hastanın dikkat dağınıklığı geriledi ve nazal bupropiyon kullanımı olmadı.

Tartışma: DEHB ve bağımlılık potansiyeli olan kişilerde gözlemlenen yenilik arayışına uygun olarak farklı yollar deneyen kişiler etki mekanizması kısmi olarak kokaine benzeyen maddeyi intranazal kullanmayı deneyebilirler (3). İlacın nazal yolla alınmasıyla karaciğer ilk geçiş metabolizmasına uğramayacağından, daha yüksek serum ve omurilik sıvısı (BOS) düzeylerine ulaşılır ve daha yoğun bir etki sağlanmaktadır. Bupropiyonun intranazal kullanımı oldukça nadir olmakla birlikte literatürdeki az sayıda vaka sunumu epileptik nöbetlere yol açması ile ilişkilidir (4).

Anahtar kelimeler: Bupropion, Attention Deficit Disorder with Hyperactivity, Seizures, Prescription Drug Misuse

Kaynaklar

1. Stanley Hill, Pharm.D., Harminder Sikand, Pharm.D., and Jonathan Lee, M.D. A Case Report of Seizure Induced by Bupropion Nasal Insufflation, Prim Care Companion J Clin Psychiatry. 2007; 9(1): 67–69.
2. Nathan Stall, MD, Jesse Godwin, MD, and David Juurlink, MD PhD Bupropion abuse and overdose,CMAJ. 2014 Sep 16; 186(13): 1015. doi: 10.1503/cmaj.131534
3. Jaffe SL. Intranasal abuse of prescribed methylphenidate by an alcohol and drug abusing adolescent with ADHD. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1991; 30: 773-775.
4. Kim, D., & Steinhart, B. (2010). Seizures induced by recreational abuse of bupropion tablets via nasal insufflation. CJEM, 12(02), 158–161. doi:10.1017/s1481803500012203

PS-057

PSİKOTİK ÖZELLİKLİ DEPRESYON TANILI HASTADA UZUN SÜREN AÇLIĞA BAĞLI GELİŞEN WERNİCKE ENSEFALOPATİSİ: BİR OLGU SUNUMU

Yalçın Kahya[1]

[1]*Akdeniz Üniversitesi, Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı*

Amaç: Psikotik özellikli depresyon major depresif bozukluğa sanrı varsanı gibi psikotik özelliklerin eşlik etmesi olarak tanımlanır. Depresif bozuklukta sıklıkla görülen iştahsızlık ve kilo kaybı psikotik özellikli depresyon durumunda daha ciddi boyutlara ulaşabilir. Olgumuzda psikotik özellikli depresyon tanılı hastada uzun süreli açlığa bağlı gelişen wernicke ensefalopatisinden bahsedeceğiz.

Olgu: 55 yaş erkek hasta ilk olarak 2012 yılında kliniğimize yaşadığı travmatik bir olayın sonucunda gelişen içe kapanıklık, özbakımını yapamama. yemek yememe, mutsuzluk isteksizlik, suçluluk, şüphecilik ile başvurmuş. Yatış yapılan hasta takiplerde psikotik özellikli depresyon tanısı alarak 8 seans elektrokonvülsif terapi almıştır. Takiplerde şikayetleri tamamen geçen hasta taburculuk sonrası verilen olanzapin tedavisini kısa bir süre kullanmış sonra bırakmıştır. 2019 yılına kadar medikasyonsuz herhangi bir ruhsal şikayeti olmayan hasta tekrar yaşadığı travmatik bir olayın sonucunda aynı şikayetlerle dış merkez psikiyatriye başvurmuştur. 3 aylık süreçte hastanın yemek yemeyi reddettiği ve 25 kg kaybettiği tespit edilmiştir. Dış merkez takibinde bilinç kaybı gelişen hasta nörolojiye yönlendirilmiştir. Nörolojik muayenesinde nistagmus, diplopi, ataksi, yer-zaman-kişi oryantasyonunda bozulma, amnezi gibi bulguları olan hastada ön planda wernicke ensefalopatisi düşünülmüştür. Alkolizm öyküsü olmayan hastada bu durumun uzun süren açlığa bağlı olduğu düşünülmüş ve tiamin replasmanı başlanan hastanın nörolojik semptomlarında kısmen azalma saptanmıştır.

Tartışma: Wernicke ensefalopatisi genellikle uzun süren alkol kullanımı sonrası gelişen nörolojik semptomların varlığı ile karakterize bir rahatsızlıktır. Ancak sadece alkolizm değil uzun süren açlık da bu duruma sebep olabilir. Özellikle iştahsızlık, yemek yememe gibi semptomların olduğu psikiyatrik rahatsızlıklarda wernicke ensefalopatisi açısından dikkatli olunması gerekmektedir.

Anahtar kelimeler: Psikotik depresyon , Yeme reddi , Wernicke Ensefalopatisi

Kaynaklar

Wernicke's encephalopathy following reduced food intake due to depressive disorders. Melchionda D, et al. Nutr Neurosci. 2018. 2- Wernicke's encephalopathy due to food refusal in a patient with severe depressive disorder
Article in Journal of Neurological Sciences 375 · January 2017 3- Non-alcoholic Wernicke's encephalopathy with cortical involvement and polyneuropathy following gastrectomy. Tsao WC, et al. Metab Brain Dis. 2017.

PS-058

TEDAVİYE DİRENÇLİ DEPRESYON TANILI YAŞLI HASTADA TRANSKRANİYAL MANYETİK UYARIM TEDAVİSİ. OLGU SUNUMU

Osman Ak[1], İkbal İnanlı[1]

[1]*Konya Eğitim Ve Araştırma Hastanesi*

Giriş: Dünya nüfusu hızla yaşlanmakta ve toplumlarda yaşlı bireylerin sayısı gün geçtikçe artmaktadır. Depresyon; yaşlılık döneminde en sık görülen ve yaşam kalitesini en fazla etkileyen hastalıkların başındadır. Yaşlı hastalarda depresyon tedavisine direnç önemli bir sorundur. Transkranial manyetik stimülasyonun (TMS) tedaviye dirençli depresyon sağaltımında son yıllarda yaygınlığı giderek artmaktadır. Bu yazıda, tedaviye dirençli depresyon tanılı, tedaviye TMS eklenen yaşlı bir olgunun sunulması amaçlanmıştır.

Olgu: 65 yaşında kadın hasta, kliniğimize yaklaşık bir yıl önce; karamsarlık, isteksizlik, öz bakımını yeterli yapamama, uykusuzluk, hayattan zevk alamama, iştahsızlık ve kilo kaybı yakınmaları ile başvurdu. Yakın dönemde önemli bir stresör tanımlayan hastanın daha önce psikiyatrik bir başvuru ve tedavisi olmamış. Hastanın başka bir tıbbi hastalığı yoktu ve yapılan tetkikler sonucunda organik bir patoloji saptanmadı. Poliklinik ilk başvurusunda sertralin 50 mg/gün başlandı, iki hafta sonra sertralin 100 mg/gün dozuna çıkılarak, tedaviye aripiprazol 5mg/gün ve mirtazapin 45 mg/gün eklendi. iki ay sonra depresif belirtiler gerilemediği için sertralin kesilerek venlafaksin başlandı ve 150 mg/gün dozuna çıkıldı. Ama iki ay sonra hasta venlafaksine devam etmek istemediği ve yeterli yanıt alınamadığı için kesildi. Tedaviye yaklaşık üç ay mirtazapin 45 mg/gün ve aripiprazol 5mg/gün ile devam edildi. Poliklinik takiplerinin yedinci ayında kliniğimizde altı hafta yatarak tedavi gören hastanın, depresif belirtilerinde azalma ve işlevselliğinde düzelmenin olması üzerine duloksetin 120 mg/gün ve olanzapin 5 mg/gün ile taburcu edildi. Bir ay sonra tedavisine bupropion 300 mg/gün eklendi. Yaklaşık 3 ay poliklinik takiplerinde düzenli takip edilen hastanın isteksizlik, hayattan zevk alamama ve karamsarlık yakınmalarının devam etmesi üzerine mevcut tedavisine TMS eklemeye karar verildi. 30 seans TMS uygulanan hastanın, iki hafta sonra yapılan kontrol muayenesinde karamsarlık ve hayattan zevk alamama yakınmalarında belirgin düzelme olduğu, isteksizlik yakınmasında ise kısmi düzelme olduğu belirlendi.

Tartışma: Yaşlılık çağı depresyonları; dönem sorunları, artan bedensel hastalıklar, kullanılan ilaçlar ve yaşlılığa bağlı fizyolojik değişiklikler nedeniyle klinik belirtiler ve tedavi yanıtında diğer yaş gruplarından farklılıklar gösterebilir. Tedaviye dirençli depresyon önemli bir sorun olup özellikle farklı değişkenlerin olması nedeniyle geriatrik hasta grubunda daha zorlayıcıdır. Biz farklı üç grup antidepresan kullanan, tedaviye farklı güçlendirici ajanların eklendiği ama yeterli yanıt sağlanamayan, 65 yaşında bir hastaya 30 seans TMS uyguladık ve faydalı olduğunu düşünmekteyiz. Yaşlı hastalarda depresyon tedavisinde özellikle bilişsel yan etkiler nedeniyle güvenilir olan TMS'nin tedaviye eklenmesi önemli bir seçenektir.

Anahtar kelimeler: Tedaviye dirençli depresyon, yaşlılık, TMS

Kaynaklar

1. Tamam L, Öner S. Yaşlılık Çağı Depresyonları. Demans Dergisi, 2001;1: 50-60.
2. Ünsalver BÜ, Tarhan N. Majör Depresyon Tedavisinde Transkraniyal Manyetik Uyarım Tedavisi Kullanımı. Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics 2017;10(2):79-87
3. Taymur İ ve ark. Psikiyatri Polikliniğine ve Aile Hekimi Polikliniğine Başvuran Yaşlılarda Majör Depresif Bozukluk ve Yas Belirtileri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. Arch Neuropsychiatr 2016; 53: 108-114
4. Akpınar K. Tedaviye Dirençli Depresyonda Transkranial Manyetik Stimülasyonun Etkinliği. Uzmanlık Tezi. Pamukkale Üniversitesi Tıp fakültesi Psikiyatri AD, Denizli, 2019.

PS-059

FOLİE HYSTÉRİQUE; BİR REAKTİF DİSSOSİYATİF PSİKOZ OLGUSU

Ege Sipahi[1]

[1]*Erenköy Ruh Ve Sinir Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi*

18 yaşında, lise mezunu, bekar, çalışmıyor, 2 kardeşten küçüğü, ailesi ile yaşıyor olduğu öğrenilen kadın hasta, 3 gündür olan yaşadıklarının kurgu olduğunu ve bunları ailesinin kurguladığını, hamile olduğunu, annesinin ve babasının kendi annesi ve babası olmadığını, onların yerine geçen başka kişiler olduğunu, insanların ona baktığını ve takip edildiğini, ailesinin erkek arkadaşını evde sakladıklarını düşünme, kendini balkondan atmaya çalışma, aynı soruları tekrar tekrar sorma ve uyumama şikayetleri ile polikliniğimize ailesi ile birlikte başvurdu. Ailesinden alınan bilgiye göre bize başvurusundan 3 gün önce erkek arkadaşı tarafından tehdit edilmesi ve cinsel istismara uğraması sonrası şikayetlerinin başladığı, üç gündür yaşadığı olayların kurgu olduğunu ve bunları ailesinin kurguladığını, abisinin kendisini takip ettirdiğini, annesinin ve babasının kendi annesi ve babası olmadığını, onların yerine geçen başka kişiler olduğunu, insanların ona baktığını ve onun hakkında konuştuklarını, hamile olduğunu, ailesinin erkek arkadaşını evde sakladıklarını düşündüğü öğrenildi. Hastanın başvurusu sırasında yapılan ruhsal durum muayenesinde özbakımı yeterli, yaşında gösteren kadın, savunucu tutumda, görüşmeye kısmen uyumlu, konuşma hızı ve miktarı olağan, akıcı, anlaşılır, duygudurumu irritabl, duygulanım kaygılı, dikkati azalmış, işitsel varsanı mevcut, çağrışımları düzenli, değerlendirildiği haliyle aktif-pasif suicid düşüncesi yok, düşünce içeriğinde perseküsyon, referans ve paranoid sanrılar, hamile olduğu ile ilgili ruminatif düşünceleri mevcut, gerçeği değerlendirme ve yargılama bozuk, iç görü yok şeklindeydi. Yatışı sırasında yapılan Rorschach testi psikotik içerikli tema gözlenmediği, preödipal dönem özelliklerinin ön planda olduğu ve B kümesi kişilik özelliklerinin varlığı şeklinde yorumlandı. Hastanın yatışında tedavisi Olanzapin 10 mg/g olarak düzenlendi Servis takibinde düşünce içeriği nedeniyle ajitasyonu olan hastaya bir defa Zuklopentiksol asetat 50 mg, Biperiden 5 mg I.M. enjeksiyon yapıldı. Yapılan görüşmelerde psikotik düşünce içeriği devam eden hastanın tedavisine Risperidon 4 mg/g eklendi, takibinin 2. haftasında psikotik içeriğinde gerileme olmaya başlayan hastanın tedavisine Essitalopram 10 mg/g eklendi ve Olanzapin tedavisi kesildi. Servis takibi sırasında yapılan değerlendirmeler sonrasında hastanın tanısının DSM-5'e göre stresör ile ilişkili Kısa Psikotik Bozukluk olduğu düşünüldü ve Risperidon 3 mg/g, Essitalopram 10 mg/g tedavisi ile taburcu edildi. Tarihsel süreçte 'Psödopsikoz', 'folie hystérique', 'psikojenik psikoz' olarak da adlandırılan bu tablo, DSM-3'te reaktif psikoz, DSM-4'te dissosiyatif bozukluk başlığı altında değrlendirilmiştir. Ayırıcı tanı güçlüğü olan bu hastalık ağır, akut bir ruhsal travmayla, birden kısa sürede başlar, hastalık belirtilerinde yapaylık, delilik oyunu oynadığı izlenimi vardır. Yer, zaman ve kişi oryantasyonunda bozulma, belirgin birincil ve ikincil kazançlar, varsanılar, sanrılar, depersonalizasyon ve derealizasyon başlıca görülen bulgulardır, birkaç saat ve birkaç hafta arasında sürer ve antipsikotiklere yanıt tartışmalıdır.

Anahtar kelimeler: Kısa Psikotik Bozukluk, Histerik Psikoz, Reaktif Psikoz, Dissosiyatif Psikoz, Folie hystérique

Kaynaklar

Hollender M. H., Hirsch, S. J. Hysterical Pyschosis. American Journal of Psychiatry,1964, 120(11); 1066–1074.

van der Hart, O., Witztum, E. & Friedman, B. J Trauma Stress (1993) 6: 43.

Şar, V., Öztürk, E. Psychotic symptoms in complex dissociative disorders. In A. Moskowitz, I. Schäfer, & M. J. Dorahy (Eds.). 2008; 165–175.

PS-060

PSİKİYATRİK BELİRTİLERLE BAŞLAYAN CREUTZFELDT–JAKOB HASTALIĞI: BİR OLGU SUNUMU

Davut Genç[1], Rahşan Karacı[1]

[1]*Erenköy Ruh Ve Sinir Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi*

Giriş: Creutzfeldt-Jakob Hastalığı (CJH) nadir, progresif ve sıklıkla ölümle sonuçlanan bir prion demans hastalığıdır. İatrojenik, ailesel, varyant ve en sık görülen sporadik form olmak üzere 4 formu bulunmaktadır. Hastaların üçte birinde erken dönemde yorgunluk, içe kapanma, kişilik değişiklikleri, uyku ve iştah bozukluğu gibi psikiyatrik belirtiler eşlik eder. Biz bu vakada başlangıçta psikiyatrik belirtilerin de eşlik ettiği CJ hastalığını sunmayı amaçladık.

Vaka: 53 yaşında, erkek, bekar, uluslararası tır şoförü olarak çalışan hastanın yaklaşık 2 ay önce başlayan içe kapanma, davranışlarında değişiklik, uyku miktarında azalma, konuşma miktarında azalma şikayetleri ile psikiyatri başvurusu olmayan hastanın 1 ay önce bulanık görme şikayeti olması üzerine göz hastalıklarına başvurusu olmuş göz hekimi tarafından nöroloji ve psikiyatriye yönlendirilmiş. Hasta ilk önce nöroloji tarafından değerlendirilip, kranial görüntülemeri normal olarak değerlendirilmesi üzerine psikiyatriye konsulte edildi. Hastaya depresif yakınmaları nedeni ile sertralin 100 mg tedavisi başlanmasına rapmen şikayetleri geçmeyen ve yürürken denge problemi yaşayan hastaya tekrar kranial MR ve EEG çekildi, kranial MR görüntülemede patolojik bulguya rastalanılmayan ancak EEG'de trifazik dalgalar olduğu görülmesi üzerine nöroloji kliniğine interne edildi. Lomber ponskiyon, tetkikleri yapıldı, limbik ve paraneoplastik ensefalit panelleri çalışıldı ve normal olarak değerlendirildi. Klinik takiplerinde belirgin bilişsel bozulma, sağ bacakta miyoklonik sıçramaları ardından tüm vücutta rijidite saptandı. Bilinci uykuya meyilli ve oryantasyonu bozuk ve koopere değildi. Antiepileptik tedavi başlanmasına rağmen miyoklonik atımları ve EEG bulgusu gerilememesi üzerine tekrar kranial MR çekildi. Görüntülemede bazal ganglionlarda hiperintensite saptanması üzerine hastaya klinik gidiş, tetkik sonuçlarına göre hastaya CJH tanısı kondu.

Tartışma: CJH nöropsikiyatrik belirtilerle başlayabilmektedir. Depresyon ve kişilik özelliklerinde değişme gibi psikiyatrik belirtiler vakaların üçte birinde erken dönemde tespit edildiği, vakaların %10'unda ise ilk başvurunun psikiyatrik belirtilerle olduğu gösterilmiştir. Hastamızda da erken dönemde depresif şikayetlerin ön planda olduğu görülmektedir.

Kişilik değişikleri ve psikiyatrik belirtileri olan takiplerinde nörolojik belirtilerin eşlik ettiği hastalarda hızlı ilerleyen demansiyel süreç saptandığında CJH ayırıcı tanı olarak düşünülmeli ve bu hastalarda tekrarlayan EEG ve görüntüleme çalışılması hastalığı tanımak açısından önemlidir.

Anahtar kelimeler: Creutzfeldt-Jacob Hastalığı, psikiyatrik belirtiler, ayırıcı tanı

Kaynaklar

1. Hope J (2000) Prions and neurodegenerative diseases. Current opinion in genetics and development, 10:568-574.
2. Johnson RT, Gibbs CJ (1998) Creutzfeldt-Jacob disease and related transmissable spongiform encephalopathies. NEJM, 31: 1994-2004
3. Will RG, Matthews WB (1984) A retrospective study of Creutzfeldt-Jacob disease in England and Wales 1970-1979. I: Clinical features. J Neurol Neurosurg Psychiatry, 47:134-140.
4. Brown P, Cathala F, Castaigne P ve ark. (1986) CreutzfeldtJacob disease: clinical analysis of a consecutive series of 230 neuropathologically verified cases. Ann Neurol, 20: 597-602.

PS-061

UZUN SÜRELİ KLOZAPİN KULLANIMI SONRASI HEMATOLOJİK YAN ETKİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

İpek Buse Güzelce[1], Nihal Taştekin[1], Özgül Özdilmen Güçlü[1]

[1]*T.C. İstanbul Erenköy Ruh Ve Sinir Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi*

Amaç: Klozapinin tedaviye dirençli şizofrenide diğer antipsikotiklere üstünlüğü bilinmektedir. En önemli yan etkisi agranülositozdur (%0.8), bu nedenle ölüm oranı %3-4'dir. Agranülositoz, granülosit sayısının 500'ün altında düşmesi olarak tanımlanmaktadır. Tedavinin ilk 6-18 haftası en riskli dönem olup genellikle tedavinin ilk 6 ayında gelişir, ancak bundan çok sonra da gelişebilir. İlk 4 ay lökosit sayımının her hafta, sonra ayda bir yapılması önerilir. Klozapin etkili bir ilaç olmasının yanında yan etkileri açısından yakın takip gerektiren bir ilaçtır. Biz bu olguyla, klozapin kullanımı ile fayda gören ancak hematolojik yan etki gelişen bir vakanın yönetimini değerlendirmeyi amaçladık.

Olgu: 37 yaşında erkek, bekar, ailesi ile yaşıyor, yakın zamanda işten ayrılmış, ek tıbbı hastalığı yok.18 yıllık hastalık öyküsü mükerrer yatışları mevcut, en son sekiz yıl önce yatışı olmuş.Sekiz yıldır remisyonda olan hasta üç yıldır çalışıyormuş.Sekiz yıldır klozapin 400mg /gün alan hastanın dört ay önce klozapin dozu önce 200mg /güne düşülmüş. Hemogram kontrollerinde lökosit değeri 3600 mm3 nötrofil 2000 mm3 olması, bir önceki değerine göre düşüş göstermesi nedeniyle tedavisi ani kesilmiş.Başvurusunda tedavinin kesilmesinden sonra başlayan, iki ay içinde giderek artan paranoid düşünceler, sinirlilik, saldırganlık şikayetlerinin olduğu, klozapin kesilmesi sonrası hemogram kontrollerinde lökosit değerlerinin normal seviyelerde olduğu bilgisi edinildi.Olguya tekrardan klozapin başlanması tedricen artırılarak 400mg'a çıkılması planlandı.

Ruhsal durum muayenesinde;bilinç açık, oryante, yaşında gösteriyor, öz bakımı azalmış, afekti irritable, psikomotor aktivitesi artmış, çağrışımları dağınık, amaca yönelimi azalmış , paranoid persekütif hezeyan mevcut, muhakemesi bozuk olarak saptandı.

Tartışma: Klozapin en önemli yan etkisi agranülositozdur, dozla bağlantılı değildir. Tedavinin başlangıcında en yüksek riski taşır, 1. yılın sonunda risk %0.08'e düşer, zamanla azalması beklenir. Literatürde klozapin kullanımı sonrası geç başlangıçlı agranülositoz gelişen vaka bildirimleri mevcuttur. Olgumuzda gelişen bir lökopeni olmamakla birlikte sekiz yıl klozapin kullanımı sonrası hemogramda lökosit ve nötrofil değerlerinde düşüş göstermesi, gelişebilecek agranülositöz riski nedeniyle tedavinin ani sonlandırıldığı bilinmektedir. Klozapinin hemotolojik olası yan etkilerinin yönetiminde, lökosit değerlerinde giderek düşme ve 3000mm3 altına düşme görülmüş ise ilacın hemen kesilmesi gerektiği ya da lökosit sayısı 3000-3500mm3 arasına düşmüşse granülosit sayısı 1500mm3'ün üstünde ise kan sayımının tekrarlanması gerektiği, lökosit sayısı 2000-3000mm3 arasına, granülosit sayısı 1000-1500mm 3 arasına düşerse ilaç kesilerek enfeksiyon belirtilerine bakılması gerektiği yönünde değerlendirmeler mevcuttur. Daha çok dirençli olgularda kullanımı olan klozapinin hangi durumlarda kesilmesine karar vermek , alternatifleri gözden geçirmek , yan etki açısıdan hastanın hayatını tehlikeye atmadan ancak hastalığın alevlenmesi, kişinin yaşantısındaki uyumunu bozmasını göz arda etmeden olguyu ele almak önem arz etmektedir. Vakamızda da olduğu gibi fayda öyküsü varken ilacın kesilmesine karar vermek, ilaç değişikliğine gitmek tedavi sürecini yönetirken iyi değerlendirilmelidir.

Anahtar kelimeler: klozapin, hematolojik yan etki, agranülositoz

Kaynaklar

1. Flanagan RJ, Dunk L. Haematological toxicity of drugs used in psychiatry. Hum Psychopharmacol. 2008;23:27-41.
2. Kane J, Honigfeld G, Singer J, Meltzer H. Clozaril Collaborative Group: Clozapine for treatment resistant schizophrenia: A double-blind comparison with chlorpromazine. Arch Gen Psych 1988: 45;789-796.
3. Öztürk MO, Uluşahin A. Ruhsal Bozukluklarda İlaç Sağaltımı Bölümü. Ruh sağlığı ve bozuklukları 13. baskı: Nobel Tıp Kitapları. 2015
4. EVREN C. Klozapin bir gözden geçirme. Klinik Psıkofarmakoloji Bülteni,Cilt :VI,Sayı(1 -4),1996 / Bulletin of Clinical Psychopharmacology Vol.VI(1-4),

PS-062

İLK ATAK PSİKOZDA OLANZAPİN KULLANIMINA BAĞLI GELİŞEN KSEROZİS

Betül Kırşavoğlu[1], Sena Aktaş[1]

[1]*İstanbul Erenköy Ruh Ve Sinir Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi*

Amaç: Psikoz tipik bir başlangıç şekli olmayan, süreğen gidişli yeti yitimine yol açan bir hastalıktır. Şizofrenide ilk psikotik atak genellikle ergenlik ve erken yetişkinlik döneminde meydana gelir ve heterojen özellikli bir hastalık kümesidir(1). Kronik bir seyir kazanma özelliği olduğu için hedef, belirtileri azaltmak ya da ortadan kaldırmak, hastanın yaşam kalitesini ve işlevselliğini arttırmaktır. Araştırmalar psikozun erken döneminde uygun tedavinin hastalığın gidişi ve sonlanımı açısından büyük önem taşıdığını göstermektedir. Tedavinin ilk 1-3 ayında verilen yanıtın ilerleyen dönemde yanıtı öngörmede yüksek değerde olduğu belirtilmektedir(2). Psikozun farmakolojik tedavisinde antipsikotik tedaviler temel yapıtaşı olup tipik ve atipik antipsikotikler olarak ayrılmaktadırlar. Tipik antipsikotikler mezolimbik yolaktaki D2 reseptör blokajına sebep olarak hiperaktiviteyi baskılar ve pozitif belirtiler üzerinde etkili olurken aynı anda, ödül haz mekanizmasında da blokaja sebep olarak anhedoni ve amotivasyon gibi şizofreninin negatif semptomlarına benzer belirtilere yol açar. Aynı şekilde asetilkolin reseptörlerini de bloke ederek antikolinerjik yan etkilere sebep olabilmektedirler(3). Atipik antipsikotikleri klasik antipsikotiklerden ayıran başlıca özellik 5HT2 ve D2 reseptörlerini farklı oranlarda bloke etmeleridir. Bu da klinik açıdan daha az EPS bulgusu, negatif semptomlar üzerine ve kognitif fonksiyonlar üzerinde olumlu etki sağlar(4).

Kserozis çesitli etkenlere bağlı gelişebilen deri kuruluğu olarak tanımlanmaktadır. En sık ilaçlara bağlı olan nedenler diüretikler ve kolesterol düşürücü tedavilerdir(5).

Olgu: 24 yaşında, kadın, bekar, üniversite okuyor, çalışıyor, annesi ile yaşıyor.Yaklaşık 5 haftadır olan sesler duyma, sinirlilik, kendisine zarar verileceği düşünceleri, içe kapanma, şüphecilik şeklinde şikayetlerle acil servisimize başvurmuş olup; organisite ekartasyonu için yapılan tetkiklerinde herhangi bir patoloji saptanmaması sonucunda psikotik bozukluk tanısı ile kliniğe interne edildi. Özgeçmişinde; bilinen psikiyatrik ve tıbbi hastalık öyküsü, alkol-madde kullanımı yoktu.5 hafta öncesinde başlayan keyifsizlik, içe kapanıklık, uyku bozukluğu, algısal anormallikler şüphecilik gibi şikayetleri son 3 hafta içinde giderek artarak paranoid düşünceler ve işitsel varsanılar şeklini almıştı. Ruhsal durum muayenesinde; bilinç açık, oryante, koopere, özbakım azalmış, duygulanımı kısıtlı ve anksiyoz, duygudurumu disforikti. Çağrışımları çevresel, işitsel varsanı ve paranoid hezeyanları mevcuttu. Bilişsel işlevler yeterliydi. Muhakeme ve içgörü kısmiydi. Kliniğe interne edilen hastanın tedavisi olanzapin 10 mg/gün olarak düzenlendi. Tedavinin 3. gününde vücutta yaygın kserozis, ona bağlı kaşıntı ve kızarma gelişti. Yapılan tetkikleri negatif sonuçlanan hastanın yakınmaları nedeniyle ilacı tolere edememesi üzerine tedavisi aripiprazol olarak değiştirildi. Hastanın yakınmaları gerileyerek beş gün içerisinde önceki sağlıklı durumuna döndü.

Tartışma: İlk atak psikoz tedavisinde etki mekanizması açısından farklı yolaklar üzerinden negatif semptomlara ve kognitif işlevlere olumlu etkileri sayesinde atipik antipsikotikler hızla ilk basamak tercih edilen ajanlar olmaktadır. Metabolik parametrelere olan etkiler yaygın bilinen yan etkileridir. Olgumuzda olanzapin kullanımı ile gelişen kserozis şikayeti ile diğer yan etkilere oranla daha az sıklıkta da olsa meydana gelen cilt reaksiyonlarının önemine vurgu yapmayı amaçladık.

Anahtar kelimeler: olanzapin, kserozis, psikoz

Kaynaklar

1. Karamustafalıoğlu, N., et al. Şizofrenide sosyodemografik ve klinik özellikler açısından cinsiyet farklılıkları. Düşünen Adam, 2000, 13.1: 4-11.
2. Lambert M, Naber D, Huber CG (2008) Management of incomplete remission and treatment resistance in first-episode psychosis.Expert Opin Pharmacother 9 (12): 2039-2051.
3. Göktalay G., Uzbay T.İ.; Antipsikotik İlaçlar, Stahl'ın Temel Psikofarmakolojisi, İstanbul medikal yayıncılık, 3: 327-451 (2012).
4. Stahl Stephen M.; Essential Psychopharmacology, Neuroscientific Basis and Practical Application, Cambridge University Pres, 2: 401-459, Cambridge (2000).
5. OĞUZ, O. Kontakt Dermatit, Dishidrotik Ekzema ve Atopik Ekzema. 2001.

PS-063

BİPOLAR BOZUKLUK TANILI HASTADA MİGREN KOMORBİDİTESİ: OLGU SUNUMU

Ceren Bilgesoy[1], Sümeyye Yasemin Çallı[1], Yusuf Özay Özdemir[1]

[1]*Erenköy Ruh Ve Sinir Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi*

Amaç: Bipolar bozukluk, toplumda sık görülen bir duygudurum bozukluğudur. Bipolar I bozukluk için yaşam boyu görülme sıklığı %0,8, bipolar II için %0,5'tir. Bipolar bozukluk ve komorbid nörolojik hastalıklar literatürün ilgi odağı olmuştur. Yapılan çalışmalarda bipolar bozukluk ve migren birlikteliği %20-24 arasında bulunmuştur (1,2). Migren; hastalığın seyrini, atak sıklığını ve şiddetini etkilemektedir. Biz bipolar bozukluk tanılı olup komorbid migreni olan bir hastada tedavi revizyonu ile migren ataklarının ilişkisini değerlendirmeyi amaçladık.

Olgu: 48 yaşında kadın hasta; 11 yıllık bipolar I bozukluk öyküsü ile hastanemiz bipolar bozukluk polikliniğinden valproik asit 1000 mg/g ve olanzapin 10 mg/g ile takipliydi. Hastanın toplamda 5 manik, 5 depresif atak öyküsü mevcut olup, 2 hastane yatışı vardı. Hastanın ek olarak 8 yıllık migren öyküsü mevcuttu. Hasta ve yakınları hastanın manik ataklarını takiben başlayan depresif dönemlerine genelde migren ataklarının eşlik ettiğini ve bu şiddetli migren ataklarında yoğun suisidal fikirler ve içe çekilme yaşadığını söylüyorlardı. Migren atakları genelde auralı karakterde olup 1-3 gün arası sürmekte ve migren ataklarının eşlik ettiği depresif dönemleri daha şiddetli geçmekteymiş. Son poliklinik muayenesinde depresif semptomları olan hastanın kan valproik asit düzeyi 55.8 geldi. Valproik asit dozu 1500 mg/g'e arttırıldı. Yakın takibe alınan hastanın depresif semptomları geriledi ve süreçte migren ataklarının sıklığında azalma oldu. Halen takiplerine devam edilen hastanın duygudurumu şu an ötimiktir ve takiplerine polikliniğimizden devam edilmektedir.

Tartışma: Migren; bipolar bozukluk tanılı hastalarda sık görülen önemli bir komorbid hastalıktır. Migren bipolar bozukluğun gidişatını kötüleştirmekle kalmaz, aynı zamanda depresif atakların nüks olasılığını da arttırır. Bipolar II hastalarında migren komorbiditesi daha yüksektir (3). Bipolar bozukluğun migren ile ilişkisi gerçekten var mı yoksa rastlantısal olarak mı birlikte bulunduğu henüz tam olarak netleştirilememiştir. Bipolar bozukluk ile komorbid migren için henüz kanıtlanmış bir tedavi rejimi yoktur. Migrenin profilaktik tedavisi için tercih edilen beta antagonistler bipolar bozukluk hastalarında depresif belirtileri daha da kötüleştirebilir. Teorik olarak her iki bozukluğa da etki eden valproat, topiramat ve lamotrijin de tedavide kullanılmaktadır (4,5). Tedavi seçiminde her iki hastalığa da etki edecek, hastalıklardan birinin gidişatını kötüleştirmeyecek ajanlar seçilmelidir. Bu konuda daha fazla bilimsel araştırmaya ihtiyaç vardır.

Anahtar kelimeler: bipolar bozukluk, migren, valproik asit

Kaynaklar

1. Goodwin FK, Jamison KR. Manic-Depressive Illness. Oxford University Press; 2007.
2. McIntyre RS, Konarski JZ, Wilkins K, Bouffard B, Soczynska JK, Kennedy SH. The prevalence and impact of migraine headache in bipolar disorder: results from the Canadian Community Health Survey. Headache. 2006;46(6):973–982.
3. Engmann, B. (2012). Bipolar Affective Disorder and Migraine. Case Reports in Medicine, 2012, 1–3.
4. Hufschmidt A, Lücking CH, editors. Neurologie Compact. Leitlinien für Klinik und Praxis. Stuttgart, Germany: Thieme; 2003.
5. Finocchi C, Villani V, Casucci G. Therapeutic strategies in migraine patients with mood and anxiety disorders: clinical evidence. Neurological Sciences. 2010;31:S95–S98.

PS-064

İSOTRETİNOİN İLE İNDÜKLENEN MANİK ATAK: BİR OLGU SUNUMU

Gamze Şimşek[1], Sümeyye Yasemin Kurtuluş Çallı[1], Ekin Parlak[1], Yusuf Özay Özdemir[1]

[1]*Sağlık Bilimleri Üniversitesi Erenköy Ruh Ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, İstanbul*

Amaç: İsotretinoin (Roacutane TM), akne vulgaris başta olmak üzere bazı dermatolojik hastalıkların tedavisinde kullanılan sentetik retinoid bir ilaçtır. 1982'den beri dermatolojik tedavilerde kullanılan bu ilacın psikiyatrik yan etkileri ile ilgili farklı sonuçlar bildiren çalışmalar bulunmaktadır. Biz bu vaka ile, literatürde daha nadir yer almış olan, isotretinoin ile indüklenmiş bir manik atak olgusunu tartışmayı amaçlamaktayız.

Olgu: 18 yaşında, bekar, öğrenci, ailesi ile birlikte yaşıyor olan erkek hasta, hastanemiz polikliniğine yakınları tarafından getirildi. İlk geliş şikayetleri aniden boş bakma, anlamsız konuşmalar, kendisini yere atma, bağırma olan hastanın geçmiş psikiyatri başvurusu yoktu. Şikayetleri 3 gün önce başlamıştı ve bu süreçte uyku ihtiyacında azalma, taşkınlık, hareketlilik ve konuşma artışı tariflendi. Aile öyküsünde 2. derece yakınında psikotik bozukluk tanısı olduğu öğrenilen hastanın, ek tıbbi hastalıkları sorgulandığında akne vulgaris nedeni ile yaklaşık 2 aydır isotretinoin preperatı kullanmakta olduğu, bunun dışında bir ek tıbbi hastalığı olmadığı öğrenildi. Yapılan ruhsal durum muayenesinde duygu durum disforik, duygulanım ajite, grandiyöz tutumda, somatik hezeyanları ve sinestezik beden duyumları mevcut olduğu, konuşma hızının artmış, çağrışımlarının hızlı olduğu saptandı. Rutin biyokimyasal tetkiklerinde herhangi bir patoloji saptanmadı. Organik etyoloji ekartasyonu amaçlı istenen EEG ve görüntüleme tetkikleri normal sonuçlandı. Yakın takip planlanan hasta başlanan 2. kuşak antipsikotik tedaviden belirgin fayda gördü. Bu süreçte dermatoloji bölümüne konsulte edilen hastanın isotretinoin tedavisi kesildi. Hasta halen psikiyatri poliklinik takibine devam etmektedir.

Tartışma: İzotretinoin kullanımı ile psikiyatrik durumlar arasındaki ilişki halen tartışmalıdır. İsotretinoin, bir dönem Food and Drug Administration (FDA) tarafından intiharla ilişkilendirilen ilk 10 ilaç arasında sayılmış ve isotretinoin içeren ilaçların kutularında ilacın kullanımının depresyon, psikoz ve intihar girişimi gibi bir takım psikiyatrik sorunlara yol açabileceğine dair bir uyarı bulundurulması zorunluluğu getirilmiştir.1 Özellikle özgeçmiş ve soygeçmişinde psikiyatrik öyküsü olan hastalar, isotretinoin kullanılması konusunda dikkat edilmesi gereken bir gruptur. 2016 yılında yayınlanan bir olgu serisinde isotretinoin tedavisi altında duygudurum semptomları gelişmesi nedeni ile tedavi altına alınan 9 hastanın tanılarının; majör depresif atak (4hasta), yineleyen depresif bozukluk (3hasta), bipolar afektif bozukluk, mixt epizod(1hasta) ve hızlı döngülü bipolar 1 bozukluk (1 hasta) olduğu belirtilmiştir.2İsotretinoin kullanımı olan 500 asker ile yapılan çalışmada ise beş askerde 'manik psikoz' gözlenmiş, bu hastaların soygeçmiş bilgilerine bakıldığında üçünün birinci derece yakınında bipolar afektif bozukluk olduğu görülmüştür.3 Sunulan bu olgu ile isotretinoin detaylı bir psikiyatrik değerlendirmenin akabinde reçete edilmesinin, değerlendirilen hastalarda özgeçmiş, soygeçmiş, bipolarite düşündürecek özelliklerin detaylı sorgulamasının ve süreç içinde gelişen ruhsal değişikliklerin dikkatle izlenmesinin gerekliliği vurgulanmak istenmiştir.

Anahtar kelimeler: İsotretinoin, akne, bipolar bozukluk, depresyon

Kaynaklar

1) Wysowski, D. K., Pitts, M., & Beitz, J. (2001). An analysis of reports of depression and suicide in patients treated with isotretinoin. Journal of the American Academy of Dermatology, 45(4), 515-519.
2) Hanna, K. J., Agnieszka, K. P., Michal, D., Dariusz, J., Izabela, D., Agata, M., & Halina, D. S. (2016). Affective disorders as potential complication of anti-acne treatment with isotretinoin: A case series. Journal of affective disorders, 204, 154-158.
3) Barak, Y., Wohl, Y., Greenberg, Y., Dayan, Y. B., Friedman, T., Shoval, G., & Knobler, H. Y. (2005). Affective psychosis following Accutane (isotretinoin) treatment. International clinical psychopharmacology, 20(1), 39-41.

PS-065

DİSÜLFİRAMA BAĞLI GELİŞEN EPİLEPTİK NÖBET

Enis Özkan[1]

[1]*Erenköy Ruh Ve Sinir Hastalıkları Hastanesi*

Giriş: Alkol kullanım bozukluğunun bireyin beden ve ruh sağlığını, aile, toplum ve iş uyumunu bozan bir hastalıktır(1) Yoksunluk tedavisinin ardından alkol tüketimini azaltmada disülfiram ve naltrekson gibi opioid antagonistlerinin görece etkin olduğu belirtilmektedir(2) Disülfiram asetaldehid dehidrogenaz enzimini inhibe etmekte ve kanda toksik etkilere yol açan asetaldehid birikimine neden olmaktadır. Bunun dışında dopamin hidroksilaz enzimini de inhibe ederek beyinde dopamin konsantrasyonunda artış ve nörepinefrin düzeyinde azalmaya neden olur(1) Disülfiramın yıkım ürünü olan dietilditiyokarbonat ise, dopamin β hidroksilaz enzimini bloke ederek dopaminin nöradrenaline dönüşümünü önleyerek deliryum, paranoid durumlar, konsantrasyon eksikliği, bellek bozukluğu, depresyon, ataksi ve dizartri gibi nöropsikiyatrik yan etkilere neden olabili(3) Disülfiramın nadir de olsa epilepsi yan etkisi görülmektedir. Bu olgu, literatürde çok az rastlanan disülfiram kullanımına bağlı gelişen epileptik nöbet olgusu ile ilgilidir

Olgu: 51 Yaşında erkek, evli, 2 çocuk sahibi, emekli, İstanbul da yaşıyor. Hasta ve yakınlarından alınan bilgilere göre 30 yıldır günde 20 kutu bira kullanma öyküsü mevcutmuş.En uzun 1 ay alkol kullanmadığı dönem olmış. Hastanın özgeçmişinde deliryum tremens epileptik nöbet öyküsü tariflenmiyordu. Son 1 aydır alkol kullanımı olmamış. Son 1 aydır hastanın bilgisi olmadan disülfiram kullanımı olan hasta 1 gün önce başlayan kasılma idrar kaçırma bilinç bulanıklığı şikayetleri ile dış merkez başvurmuş. Tarafımıza ayaktan başvuran hasta Nöroloji ile konsulte edildi. EEG manyetik rezonans görüntüleme çalışıldı. Tam kan biyokimya çalışıldı. Tetkiklerinde patoloji saptanmadı. Mirtazapin 30 mg akamprosat 3*666 mg B12-folik asit replasman tedavisi düzenlendi.

Tartışma: Bu olguda disülfiram kullanımı olan alkol kullanım bozukluğu hastasında yaklaşık 30.günde epileptik nöbet geliştiği saptanmıştır. Disülfiramın epilepsi yan etkisinin altındaki mekanizma tam olarak anlaşılamamıştır ancak disülfiramın epilepsi eşiğini düşürdüğü belirtilmektedir(4) Disülfiramın beyinde norepinefrin düzeyini düşürdüğü ve dopamin düzeyini arttırdığı, bu nedenle epilepsi nöbet eşiğini düşürdüğü düşünülmektedir(5) Olgumuzda ailede epilepsi öyküsü olmasının nöbet oluşumunu kolaylaştırdığı düşünülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Disülfiram Epileptik Nöbet

Kaynaklar

1. Öztürk M. O.Ruh Sağlığı ve Bozuklukları.11.Baskı.Ankara, Nobel Tıp Kitabevleri Ltd.Şti
2. Evren C, Bozkurt M. Alkol Kullanım Bozukluğunda Farmakolojik Tedavi Seçenekleri. Dusunen Adam J Psychiatry Neurol Sci 2015; 28: 283-300.
3. Fuller RK, Gordis E. Does disulfiram have a role in alcoholism treatment today? Addiction 2004; 99: 21-24..
4. McConchie RD, Panitz DR, Sauber SR, Shapiro S. Disulfiram-induced de novo seizures in the absence of ethanol challenge. J Stud Alcohol 1983; 44: 739–743
5. Price TR, Silberfarb PM. Disulfiram induced convulsions without challenge by alcohol. J Stud Alcohol 1976; 37: 980–982.

PS-066

ESSİTALOPRAMA BAĞLI AKUT ÜRİNER RETANSİYON: BİR OLGU SUNUMU

Seda Tanrıverdi[1], Özlem Devrim Balaban[1]

[1]*İstanbul Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Ve Sinir Hastalıkları Hastanesi*

Giriş: Akut üriner retansiyon (AUR), sıklıkla alt abdominal bölgede ağrı ve idrar çıkışının aniden durması ile ortaya çıkan acil bir durumdur. AUR tipik olarak antipsikotikler, antidepresanlar (esas olarak trisiklikler), antihistaminikler ve a-adrenoseptör agonistleri gibi şüpheli ilaçların kullanılmasıyla açıklanabilir. Bununla birlikte, seçici serotonin geri alım inhibitörlerinin (SSRI) tipik olarak AUR'nun nedeni olduğu varsayılmaz. Bu yazımızda Essitalopram tedavisi başlandıktan kısa bir süre sonra AUR gelişen bir olgunun sunulması ve altta yatan olası mekanizmaların tartışılması amaçlanmıştır.

Olgu: 82 yaşında erkek hasta psikiyatri polikliniğimize uykusuzluk, iştahsızlık ve ajitasyon şikayetleri ile başvurdu. DSM-5 kriterlerine göre tanısı majör depresyon olarak değerlendirilen hastaya Essitalopram 5 mg/gün ve Mirtazapin 15 mg/gün tedavisi başlandı. Essitalopram dozunun 5 gün sonra 10 mg/gün'e çıkılması önerildi. 10 gün sonraki kontrol muayenesinde hasta Essitalopram kullanmasından kısa bir süre sonra idrar yapmakta zorluk yaşadığını, suprapubik basıçla mesanesini boşaltmaya çalıştığını ve 10 mg/ gün dozuna çıktıktan sonra semptomlarının kötüleştiğini , 1-2 gündür idrar yapamadığını bildirdi. Acil olarak ürolojiye yönlendirilen hastanın fizik muayenesinde suprapubik hassasiyet saptandı. Kan ve idrar tahlili sonuçları normaldi. Üretral katater takılan hastanın yaklaşık 2000 cc idrar çıkışı oldu. Üriner sistemin ultrasonografisinde hafif prostat hiperplazisi ve mesanede az miktarda rezidüel idrar görüldü. Akut üriner retansiyon tanısı konuldu. Essitalopram kesildi ve hastanın tedavisine Mirtazapin 15 mg/gün ile devam edildi. Essitalopram kesildikten kısa süre sonra üriner semptomları düzeldi ve takibinde yapılan poliklinik kontrollerinde üriner semptomların nüksetmediğini bildirdi.

Tartışma: İlaca bağlı idrar retansiyonu mekanizmaları hem periferik hem de merkezi antikolinerjik, noradrenerjik ve serotonerjik etkiler nedeniyle olabilir. Serotonin reseptörleri mesaneden idrar çıkışını ve dış üretral sfinkter innervasyonunu düzenler. Bu nedenle Essitalopram ile ilişkili AUR, muhtemelen postsinaptik serotonin reseptörleri üzerinde antagonist etki olmaksızın serotonin nörotransmisyonunun artmasıyla serotoninin mikturasyon üzerine inhibitör etkisinin kalkmasına bağlanabilir. AUR'nin önemli antikolinerjik etkileri olmayan Essitalopram ile son derece nadir olduğu bildirilmiştir fakat yine de özellikle yaşlı hastalara Essitalopram reçete edilirken bu tehlikeli yan etkinin farkında olmakta fayda vardır.

Anahtar kelimeler: Akut üriner retansiyon, essitalopram, selektif serotonin geri alım inhibitörleri

Kaynaklar

1. Garakani, A. Urinary retention with a high dose of escitalopram. Gen Hosp Psychiatry 2010;32:e11–e12.
2. Verhamme, KM. Sturkenboom MC, Stricker BH et al. Drug-induced urinary retention: incidence, management and prevention. Drug Saf 2008;31:372-88.
3. Ferentinos, P., Margaritis, D. & Douzenis, A. (2016). Escitalopram-Associated Acute Urinary Retention in Elderly Men With Known or Latent Benign Prostatic Hyperplasia. Clinical Neuropharmacology, 39(6), 327–328.
4. Ramage, AG. The role of central 5-hydroxytryptamine (5-HT, serotonin) receptors in the control of micturition. Br J Pharmacol 2006;147(Suppl 2): S120–S131.

PS-067

OLGU SUNUMU: GARDNER DIAMOND SENDROMU

Osman Ozan Odabaşı[1]

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

Amaç: Çok nadir olduğu bilinen bu klinik sendromun tartışılması amaçlanmıştır.

Olgu: 62 yaşında kadın hasta polikliniğe cildindeki mor, ağrılı, kızarık, kaşıntılı, bazı bölgelerde kabuk tutmuş yaralar şikayetiyle başvurdu. Yirmili yaşlarda başlayan şikayetleri sebebiyle dahiliye, romatoloji, dermatoloji başvuruları olmuş. Başvurularda herhangi bir hastalık düşünmeyen ilgili branşlar hastayı psikiyatriye yönlendirmiş. Mevcut lezyonların ağrı, kaşıntı gibi şikayetler ile başladıktan sonra cilt altında şişlik ile kendisini gösterdiği, kızarıklık, morluk ve sararma sıralarıyla ilerleyip kendiliğinden geçtiği, bazı bölgelerde ülsere olarak kanama oluşturabildiği, bazı lezyonların ise iyileşirken hiperpigmente lekeler bıraktığı öğrenildi. Muayenede sol kolunda yeni oluşmakta olduğu ifade edilen 1x1 cm boyutunda, ağrılı, hafif ekimotik lezyon izlendi. Her iki bacakta çok sayıda hiperpigmente lezyonlar mevcuttu, benzer lezyonların bu şekilde iz bırakarak iyileştiği ifade edildi. Sol bacak arka tarafında ağrılı, kaşıntılı olarak başladığı öğrenilen sonrasında ülsere olan 2x2 cm

boyutunda bir lezyon izlendi. Ruhsal durum muayenesinde duygudurumu ötimik olan hastanın duygulanımı hafif depresifti. Mevcut durumuyla DSM-5 tanı kriterlerini karşılayacak psikiyatrik bir tanı düşünülmedi. Tetkiklerinde: Platelet 381.000/mikrolitre, Wbc 8520/mikrolitre, Nötrofil 4360/mikrolitre, Hb 12,7 g/dL, Mcv 85 fL, Hct 40, Sedim 8 mm/saat, ASO 26 (0-200), Viral panel negatif (HBV, HCV, HIV), ANA: Zayıf Pozitif Patern :(Granüler)Titre :1/100 , HLA B 27 pozitif, RF negatif,, Serum ACE 13,8 U/l (8-52). Soygeçmişinde kızında ankilozan spondilit dışında özellik izlenmemiş. Hastada HLA B27 pozitifliği dışında ankilozan spondilit düşündürecek klinik bir bulgu izlenmemiş, 2014 Aralık'ta sakroiliak eklemin MR ile görüntülenmesinde bir patolojiye rastlanmamış.

Tartışma: Gardner Diamond sendromu çok nadir görülen klinik bir durumdur(1). 2015'te yayımlanan bir makaleye göre 1950'lerde hastalığın tanımlanmasından bu yana geçen sürede 200 olgu bildirildiği belirtilmiştir (2). Psikojenik purpura (Garnder Diamond Sendromu, otoeritrosit sensitizasyon sendromu) açıklanamayan sebepler ile çoğunlukla ekstremitelerde ve/veya yüzde, ağrılı, ekimotik lezyonlar ile kendisini gösteren, nadir görülen, etyolojisi henüz kesin olarak aydınlatılmamış klinik bir durumdur. Çok nadir olduğu düşünülen bu klinik durumun gerçek sıklığı bilinmemektedir. Hastalık hakkındaki bilgilerin çoğu vaka bildirimlerinden gelmektedir. Mayo Klinik'te 1976-2016 yılları arasında sadece 76 vaka bildirilmiştir (3). Tipik başlangıç yaşı ergenlik veya erken erişkinlik dönemidir. Psikojenik purpura bir dışlama tanısıdır. Spesifik bir laboratuvar testi bulunmamaktadır. Tanı konulabilmesi için trombosit sayısı ve fonksiyon bozukluğu, koagulasyon bozukluğu, fibrinolitik anormallikler, cilt ve damarsal patolojiler, yapay bozukluk, fiziksel istismar tanılarının dışlanması gerekmektedir. Tüm diğer dışlama tanılarında olduğu tüm diğer klinik durumların ekarte edilmesi için gibi burada da hastanın hikayesinin derinleştirilmesi, yeni klinik bilgilerin takip edilmesi ile birlikte tanının netleştirilmesi için kesin bir bitiş tarihi verebilmek mümkün olmamaktadır. Bu vakanın da bahsi geçen ayırıcı tanılar ve psikiyatrik açıdan takibi devam etmektedir

Anahtar kelimeler: otoeritrosit sensitizasyon, psikosomatik, psikodermatoloji, psikojenik purpura

Kaynaklar

1. David J. Kuter. Autoerythrocyte Sensitization. Merck Manual. September, 2014; http://www.merckmanuals.com/professional/hematology-and-oncology/bleeding-due-to-abnormal-blood-vessels/autoerythrocyte-sensitization.
2. Jafferany M, Bhattacharya G. Psychogenic Purpura (Gardner-Diamond Syndrome). Prim Care Companion CNS Disord. January 22, 2015; 17(1): Sridharan M, Ali U, Hook CC, et al. The Mayo Clinic Experience With Psychogenic Purpura (Gardner-Diamond Syndrome). Am J Med Sci 2019; 357:411.
3. Sridharan M, Ali U, Hook CC, et al. The Mayo Clinic Experience With Psychogenic Purpura (Gardner-Diamond Syndrome). Am J Med Sci 2019; 357:411.

PS-068

ORTOSTATİK TREMOR VE PSİKİYATRİK SEMPTOMLARIN BİRLİKTELİĞİ: VAKA SUNUMU

Meltem Çınar Bozdağ[1], İrem Ekmekçi Ertek[1], Behçet Coşar[1]

[1]*Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı*

Giriş: Ortostatik tremor (OT) ayakta belirginleşen, oturmakla ve yürümekle kaybolan, bacaklarda ve gövdede tremorla karakterize bir hareket bozukluğudur.[1] OT ile psikiyatrik belirtilerin bir arada görülebildiği, çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir. Aşağıda hafif kognitif bozukluk (HKB) ile izlenen, OT tanısının eşlik ettiği bir vaka sunulacaktır.

Vaka: 86 yaşında, erkek, lise mezunu hasta, sinirlilik, ajitasyon, eşiyle ilgili hayal görme ve unutkanlık şikayetleri ile psikiyatri polikliniğine başvurdu. Daha önce bir psikiyatrik takibi olmayan, eşlik eden KAH, BPH, HT, KBY'si olan hasta, 1 senedir HKB tanısı ile takip ediliyormuş. Duloksetin 30 mg, Donepezil 5 mg, Haloperidol 10 damla ve diğer hastalıkları ile ilişkili ilaçları kullanmaktaymış. Özellikle 3-4 aydır artış gösteren, eşine karşı kıskançlık, ajite olma şikayetleri olan hastanın, görsel halüsinasyon görme şikayeti olmuş ve homisidal davranışları artmış. Hastaya Duloksetin 30 mg ve Haloperidol 10 damla tedavisi başlanmış. Hastanın 2 yıldır olan vücudunda ve bacaklarında titremeler ve 1 yıldır olan unutkanlık şikayeti oluyormuş. Bu şikayetlerle 5 ay kadar önce HKB tanısı almış, Donepezil 5 mg tedavisi başlanmış.

Psikiyatrik muayenesinde, vücutta ve bacaklarda tremor; görsel halüsinasyonlar; teğetsel, çevresel, ayrıntıcı, perseveratif düşünce akışı; kıskançlık sanrıları; homisidal düşünceler; disforik duygudurum; kısmi içgörü ve bozulmuş impuls kontrolü saptandı. Mini Mental Test skoru 28/30 olarak belirlendi.

Yatışı sırasında hastaya EEG, uyku deprivasyonlu EEG, EMG tetkikleri ve nöropsikolojik testler uygulandı. Nöropsikolojik test sonucuna göre, uzun süreli bellek işlevleri, öğrenme, dikkatini toplama ve sürdürebilme yeteneğinin, yürütücü işlevlerinin bozuk olabileceği saptandı. Hastada HKB tanısı öncelikli düşünüldü ve sanrı kliniğinin buna sekonder olabileceği düşünüldü. Hastada duloksetin, donepezil ve haloperidol tedavisi tedricen kesildi, gabapentin 300 mg/gün, ketiapin 50 mg/gün şeklinde tedavisi düzenlendi.

Tartışma: Birçok hareket bozukluğu hastalığı, psikiyatrik komorbiditelerle ilişkili bulunmuştur.[2] Depresyon, anksiyete ve psikoz, bu tür hastalıklar ile en çok ilişki kurulan psikiyatrik komorbiditelerdir.[2] Bir çalışmada, OT hastalarının %24,1'inin geçirilmiş depresyon öyküsünün bulunduğu ve %37,9'unun agorafobi semptomları gösterdiği bulunmuştur.[3] Yapılan başka bir çalışmada; katılımcılara nöropsikolojik batarya uygulanmış ve OT tanısı olan hastaların sağlıklı kontrollere göre yürütücü fonksiyonlar, görsel-uzamsal kapasite, sözel bellek, görsel bellek ve dil işlevlerinde daha düşük performans gösterdiği gösterilmiştir.[4] Sunulan vakada, OT semptomları ortaya çıktıktan 1 yıl sonra unutkanlık şikayetleri başlamış, nöropsikolojik test bataryasında çeşitli bozulmalar saptanmıştır. Literatüre bakıldığında HKB, yürütücü işlev bozuklukları OT ile ilişkilendirilebilse de, psikotik belirtilerle ilişkilendirilen bir çalışma bulunamamıştır. OT tedavisinde, gabapentin ve benzodiazepin tedavilerinin faydalı olabileceği konusunda görüş birliği vardır.[5] Hastamızda hareket bozukluğu olması nedeniyle EPS yan etki profili düşük ajanlardan ketiapin tercih edilmiş, OT için ise gabapentin başlanmıştır.

Sonuç: Sonuç olarak, OT nadir görülen bir hareket bozukluğudur ve çalışmalarda birçok psikiyatrik semptomla birliktelik gösterebileceği saptanmıştır. Bu vaka, yaşlı bir hastada HKB değerlendirmesi yaparken organik nedenlerin gözden geçirilmesi gerektiğini gösteren bir vakadır.

Anahtar kelimeler: Ortostatik tremor, hareket bozuklukları, hafif kognitif bozukluk, demans, geriatrik psikiyatri

Kaynaklar

1. Gerschlager, W., & Brown, P. (2011). Orthostatic tremor–a review. In Handbook of clinical neurology (Vol. 100, pp. 457-462). Elsevier.
2. Miguel-Puga, A., Villafuerte, G., & Arias-Carrión, O. (2017). Psychiatric comorbidities in movement disorders. International review of psychiatry, 29(5), 516-526.
3. Bhatti, D. E., Thompson, R. J., Malgireddy, K., Syed, N. M., Bayer, B., Bessette, D., & Torres-Russotto, D. (2019). Anxiety spectrum disorders are common in patients with orthostatic tremor. Clinical Parkinsonism & Related Disorders, 1, 10-12.
4. Benito-León, J., Louis, E. D., Puertas-Martín, V., Romero, J. P., Matarazzo, M., Molina-Arjona, J. A., & Sánchez-Ferro, Á. (2016). Cognitive and neuropsychiatric features of orthostatic tremor: a case–control comparison. Journal of the neurological sciences, 361, 137-143.
5. Whitney, D., Bhatti, D., & Torres-Russotto, D. (2018). Orthostatic tremor: pathophysiology guiding treatment. Current treatment options in neurology, 20(9), 35.

PS-069

BİPOLAR AFFEKTİF BOZUKLUK TANILI HASTANIN PLANSIZ GEBELİĞİNDE TEDAVİ YÖNETİMİ : BİR OLGU SUNUMU

Tülay Satı Kırkan[1]

[1]*Balıkesir Devlet Hastanesi*

Tüm ruhsal hastalıklar içinde en yüksek öz kıyım oranına sahip olan bipolar affektif bozukluğun sıklıkla doğurganlık çağında başlaması kadın hastaların tedavisinde ek bir güçlük oluşturmaktadır.Burada bipolar affektif bozukluk tanısıyla takip edilen ve medikal tedavisi devam eden hastanın plansız gebeliğinde tedavi yönetiminde izlenilen yol anlatılmıştır.

Olgu: Bayan Z.,33 yaşında, ilkokul mezunu, evli, ev hanımı, 1 çocuk annesi,annesi ve abisi ile başvurdu,5 haftalık gebe.İlk olarak 24 yaşındayken doğum sonrası ilk manik dönemini yaşamış, hastaneye yatarak tedavi görmüş. 1000 mg/g valproik asit ve 20 mg/g olanzapin ile taburcu olmuş. Tedaviden fayda görmüş. Zamanla sadece valproik asit ile tedavisi devam etmiş. Kendi isteği ile tedavisini bıraktığı dönemlerde iki kez manik atak geçirme öyküsü mevcut. Bir yılı aşkın süredir 1000 mg/g valproik asit ve 10 mg/g olanzapin kullanmakta tedavi ile son 1 yıldır remisyonda, ek hastalık yok. İlk olarak hastanın eşi görüşmeye davet edildi. Hastanın ilaçsız kaldığı dönemlerde hastalığının tekrarlaması nedeniyle aile ilaç tedavisinin yararına inanıyordu. Hastanın ilk atağının doğum sonrası dönemde olması nedeniyle ailenin gebelikle ilgili endişeleri vardı bununla birlikte bebek sahibi olmayı istiyorlardı. Hastanın duygudurum düzenleyici ve antipsikotik kombinasyonu ile iyilik dönemi devam ettiği için ilaçların tamamen kesilmesi durumunda yeni bir hastalık geçirme riskinin gebelikte normal popülasyona göre daha fazla olduğu ve özellikle duygudurum düzenleyicilerinin ani olarak kesilmesinin kademeli kesilmesine göre yeniden hastalanma oranını 11 kat arttırdığı bilgisi aktarıldı. Hastalık ilaçsız olarak izlenirse yineleme riski anlatıldı. Gebelik süresince farmakolojik tedavi tercihlerinin belirlenmesi amacıyla bilgilendirme yapıldı ve hasta ve eşine yazılı doküman verildi.

Hastamız ilaç kesildiğinde atak geçiren, valproik asit ve olanzapine iyi yanıt veren bir hasta fakat valproik asitin gebelikteki kullanımının fetus üzerinde teratojenik ve toksik etkileri olduğu kabul görmektedir. Özellikle ilk üç ayda valproik asit kullanımı sonucu nöral tüp defekti (%0.6-2) en sık görülen teratojenik etkidir. Ancak olanzapinin gebelerde; kilo alımı, insülin direnci, gestasyonel diyabet, preeklampsi ile ilişkili olduğu da saptanmıştır. Bu nedenlerden dolayı olanzapin alan gebelerde kilo artışı, kan şekeri düzeyi ve kan basıncı dikkatle takip edilmelidir. Tedavide her hasta için ayrı ayrı kâr-zarar hesabı mutlaka yapılmalıdır.

Bizim vakamızda valproik asit azaltılarak kesildi. Günde 5mg/g folik asit eklendi. Olanzapin dozunda ilk aylarda bir değişiklik yapılmadı. Hasta ve eşinin yazılı onamları alındı. Kadın hastalıkları ve doğum hekimine ayrıntılı not yazılıp tedavi planı hakkında bilgilendirme yapılarak hasta konsültasyona gönderildi. Yakın takip önerildi. Gebeliğin 24. haftasında hastada uyku ihtiyacında azalma, konuşma miktarında artma, grandiyozite olması üzerine olanzapin dozu 15 mg/g'e yükseltildi ve bir ay sonra belirtilerde düzelme gözlendi. Tedaviye bu dozda devam edildi.

Bebek miadında, vajinal yolla,sağlıklı ve gebelik haftasına göre normal kiloda doğdu. Anneye emzirmede güvenli olduğu bilinen valproik asit tekrar başlandı, olanzapin zamanla azaltılarak 10 mg/g olarak tedaviye devam edildi. Anne bir yıldır remisyonda ve bebeğini emziriyor

Anahtar kelimeler: Bipolar Affektif Bozukluk,Plansız Gebelik,Tedavi Planlama

Kaynaklar

1. Aydın N.,Güleç M.,Gebelik ve Ruh Sağlığı.Yüksel Ş.,Gülseren L.,Başterzi AD (ed),Kadınların Yaşamı ve Kadın Ruh Sağlığı 1. baskı,TPD Yayınları,Ankara,2013,261-286
2. Oğuzhanoğlu NK,Varma GS,Gebelik Sırasında Ruhsal Hastalıkların Gidişi, Psikiyatride Güncel cilt 3,sayı 4,Kış 2013,276-287
3. Use of psychiatric medications during pregnancy and lactation. ACOG Committee on Practice Bulletins-Obstetrics. (2008) Obstet Gynecol, 111:1001-20.
4. Wyszynski DF, Nambisan M, Surve T ve ark. (2005) Antiepileptic Drug Pregnancy Registry. Increased rate of major malformations in offsprings exposed to valproate during pregnancy. Neurology, 64: 961–5.
5. Kirchheiner J, Berghofer A, Bolk-Weischedel D. Healthı outcome under olanzapine treatment in a pregnant woman.Pharmacopsychiatry 2000; 33:78-80

PS-070

BİR OLGU SUNUMU EŞLİĞİNDE REM DAVRANIŞ BOZUKLUĞU

Pelin Kutlutürk[1], İrem Ekmekçi Ertek[2], Behçet Coşar[2]

[1]*Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Ad*
[2]*Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Ad*

REM davranış bozukluğu (RDB) kas atonisi kaybıyla karakterize parasomni tiplerinden biri olup, REM uykusu sırasında görülen çoğu kez canlı, huzursuzluk ve rahatsızlık verici rüyalarla ve bu rüyalarla ilişkili çeşitli şekillerde ve şiddetlerdeki hareketlerle karakterize bir hastalıktır. Çoğu hasta ve hastaların eşleri, uykuda konuşma, gülme, bağırma, küfür etme ve saldırganlık içerebilen gibi tekrarlayıcı davranışları bildirirler. Genellikle idiyopatik olmakla birlikte nörodejeneratif hastalıklarla birlikte de gözlenebilir. Alkol ve uyuşturucu kullanımı ve yoksunluğu gibi durumlarda ortaya çıkabilir. İncelemelerde, uykunun REM döneminde kaybolması gereken kas tonusunun devam ettiği, hatta kas tonusunda fazik artışların olduğu gözlenir. Her yaşta ortaya çıkabilmekle birlikte, yaşlı bireylerde çok daha sıktır. Klinik öykü tanı için son derece önemlidir. Doğru tanı konulduğunda, özellikle klonazepam tedavisine iyi yanıt alınır. Klonazepama yanıt vermeyen veya tolere etmeyen hastalarda alternatif tedaviler düşünülmelidir. Depresif yakınmaları nedeni ile tedavi için psikiyatri servisine yatırılışından yaklaşık 6 ay öncesine kadar 30 yıldır düzenli alkol kullanımı olan 58 yaşındaki erkek hastanın sunulduğu bu olguda, gördüğü korku içerikli rüyalarını canlandırıyor olma, uyku ve rüya esnasında bağırma ve küfür etme ile birlikte saldırganlıklarının da olması nedeni ile tanı açısından RDB düşünülmüştür. Geçmiş öyküsünde alkol bağımlılığı olması klonazepam bağımlılığı gelişme riskinin olabileceğini düşündürdüğünden tedavisine yönelik melatonin başlanan ve bu tedaviden belirgin fayda gören hasta bu olgu sunumunda tartışılacaktır.

Anahtar kelimeler: Parasomni , REM davranış bozukluğu

Kaynaklar

Turan, A. T. A. Y., Nalan KAYRAK-ERTAŞ, and Baki ARPACI. "Bir Olgu Nedeniyle REM Davranış Bozukluğu."
Aliustaoglu, F. Süheyla, et al. "Bir Olgu Sunumu Esliginde REM Uykusu Davranis Bozukluguna Bagli Suç Isleme ve Suçun Adli Psikiyatrik Olarak Degerlendirilmesi." Dusunen Adam 25.1 (2012): 78.

PS-071

BÖBREK NAKLİNİN AİLE ÜZERİNE OLAN ETKİSİ

İbrahim Sefa Güleç[1], Çiçek Hocaoğlu[1]

[1]*Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı*

Amaç: Organ nakilleri yaşam süresini uzatmak ve yaşam kalitesini artırmak amacıyla yapılan cerrahi işlemlerdir. Bu işlem günümüzde iki türde gerçekleşmektedir. Bu işlemlerden ilki hastanın yaşam süresini uzatmak ya da yaşamını kurtarmak amacıyla yapılan tekli(solid) organ nakilleridir. Solid organ nakillerinde organ iki kaynaktan karşılanmaktadır. Bu kaynaklar beyin ölümü gerçekleşmiş bireyler ve yaşayan sağlıklı bireylerdir.Yaşayan sağlıklı bireylerden yapılan organ nakli hem vericinin hem de alıcının yaşamında psikososyal ve psikiyatrik açıdan önemli etkileri olabilmektedir. Alıcıda ve vericide umutların ve beklentilerin yanısıra fiziksel (organik beyin sendromu), ruhsal (anksiyete,depresyon vb)sorunlar ortaya çıkmaktadır. Ayrıca fizyolojik ve ruhsal değişikliklerle birlikte beden imge ve cinsel işlev bozuklukları da sık görülmektedir. Özellikle özkıyım açısından önemli bir risk grubudur. Bunun için alıcının ve vericinin psikososyal ve psikiyatrik açıdan değerlendirilmesi önem arz etmektedir.

Olgu: Bayan A, 58 yaşında, ilkokul mezunu, 2 çocuk annesi, oğlu ile ortak bir iş yerinde çalışıyor ve oğlu ile yaşıyor. Hasta ilk psikiyatri polikliniğimize sıkıntı hissi, sinirlilik, unutkanlık, keyifsizlik, moralsizlik, uykusuzluk, isteksizlik yakınmaları ile başvurdu. Uzun bir süredir yakınmalarını olduğu ve son haftalarda yakınmalarının arttığı öğrenilen hastanın 1,5 yıl önce böbrek nakli geçirdiği öğrenildi. Oğlundan alınan böbrek ile nakil operasyonu gerçekleştirilen hastanın oğlunun verici olacağından ameliyat öncesi bilgisinin olmadığı, ameliyathane kapısında bu durumu öğrendiği bildirildi. Hastanın oğlu ile yapılan görüşmede ise, 'kendisinin annesine çok düşkün olduğu, şu ana kadar her şeyi birlikte yaptıkları' öğrenildi. Hastanın kızı ile yapılan görüşmede ise, 'annesinin çok erken yaşta evlendiği, babasının erken yaşta ölümü sonrası o dönem yeni doğan erkek kardeşi ile birlikte annesi tarafında ekonomik güçlüklerle büyütüldüğü, annesinin halen bekar olan erkek kardeşi ile yaşadığı, ameliyat sonrası nerdeyse bir kişilik yaşam sürdükleri, eve kimseyi almadıkları, eskiden torunlarını evde görmekten memnun olan annesinin artık onları bile görmek istemediğini' ifade edildi. Psikiyatrik görüşme

sırasında anne ve 31 yaşındaki oğlunun aynı odada yattıkları, oğlunun annesine su içirmek ya da içtiği su miktarını kontrol etmek için sık sık işyerinden eve geldiği, annesinden ayrılmamak adına iş gezisine gitmediği ya da arkadaşları ile birlikte olmak istemediği öğrenildi. Psikiyatrik muayene sonrası DSM-5'e göre major depresif bozukluk tanısı ile sertralin 50mg/gün tedavisi başlanan, aile görüşmeleri ile aile ilişkileri üzerinde durulan hastanın halen tedavisi devam etmektedir.

Tartışma: Son 50 yılda organ nakilleri deneysel olmaktan çıkmıştır. Özellikle böbrek nakilleri sık uygulanır hale gelmiştir.Böbrek naklinde verici çoğunlukla yaşayan sağlıklı bireylerden elde edilmektedir. Bu durum özellikle hem alıcının hem vericinin psikiyatri hekimi tarafından nakil öncesi olduğu gibi nakil sonrası da değerlendirilmesi gerekir. Çünkü olgu sunumumuzda olduğu gibi aile bireylerinden birinin verici olması durumunda aile ilişkileri belirgin şekilde değişebilmekte ve etkilenebilmektedir. Bu nedenle nakil sonrası da verici ve alıcının psikiyatrik belirtiler açısından dikkatlice izlenmesi, klinisyenlerin konu ile ilgili duyarlı olması önemlidir.

Anahtar kelimeler: PSİKİYATRİ,RETRANSPLANTASON

Kaynaklar

1. Özçürümez G, Tanrıverdi N, Zileli L,Böbrek Transplantasyonu ve Psikiyatri, , KLİNİK PSİKİYATRİ 2003;6:225-234
2. Perdeci Z., Ates¸ A. & Algül A. (2012) Transplantasyon ve psikiyatri. Nobel Medicus 8, 16–23.

PS-073

ALKOL BAĞIMLILIĞI İLE BİRLİKTE GÖRÜLEN OTHELLO SENDROMU: KOMPLİKASYON MU, SELF-MEDİKASYON MU?

Ceyhun Hacıyev[1, 2], Behçet Coşar[2], Zehra Arıkan[2]

[1]Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Ana Bilim Dalı
[2]Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Ana Bilim Dalı

Giriş: Sanrısal kıskançlık ve ya Othello sendromu (OS) bir kişinin eşinin veya cinsel partnerinin gerçek bir kanıtı olmadan sadakatsiz olduğu düşüncesini içeren bir bozukluktur. Kıskançlık sanrıları (KS) Sanrısal bozuklukta tek başına görülebileceği gibi alkolik psikozda da görülebilir. KS alkolik psikozdan bağımsız olarak mevcutsa ve alkolsüz dönemlerde de devam ederse, alkolik sanrısal kıskançlık olarak tanımlanır[1]. Alkole bağlı Othello sendromu olarak isimlendirilmekte ve özellikle cinsel işlev bozuklukları ve paranoid kişilik bozukluğu zeminiyle ilişkilendirilmektedir[1,2].

Olgu: 43 yaş, erkek, evli, Hollanda'da yaşıyor, işletme sahibi. 13 yıldır alkol bağımlılığı tanısı olan hasta servisimize alkol bağımlılığı ve yoksunluk tedavisi için yatırıldı. Yoksunluk açısında tedavisi Diazepam 40mg/gün, Vitamin B12, B1, İ.V. hidrasyon şeklinde düzenlendi. Alınan öyküden hastanın alkol kullanmaya 20 yaşında başladığı, sosyal içici olduğu, 15 sene önce alkol bağımlılığı tanısı aldığı, tedavi girişimleri olduğu ancak sürdüremediği öğrenildi. Yapılan görüşmelerde alkol kullanımının evlendikten sonraki dönemlerde bağımlılık düzeyine ulaştığı öğrenildi. Görüşmelerde kişisel hayatı ve sorunları hakkında konuşmak istemeyen, savunmacı davranan hastayla sağlam terapötik ilişki kurulduktan sonra eşine karşı olan kıskançlık düşüncelerinden ve cinsellikle ilgili sorunlarından bahsetmeye başladı. Hasta eşinin kendisini aldattığını, kendisine karşı sadakatsizliğinden emin olduğunu ifade etti. Bunun için eşini takip ettiğini, nerede olduğunu kontrol ettiğini söyledi. Öyküden premorbidinde paranoid kişilik özellikleri olduğu anlaşıldı. Yapılan MMPİ testi paranoid kişilik özellikleri görülebileceği şeklinde yorumlandı. RDM: Öz bakımı kötü, psikomotor aktivite yavaşlamış, bilinci açık, uyanık, yönelimi tam. Algı patolojisi yok. Düşünce yapısı primer, içeriğinde kıskançlık temalı aşırı uğraşlar ve sanrısal sistem mevcut. Duygudurum hafif disforik, duygulanımı anksiyeteli. Yoksunluk belirtileri gerileyen hastaya Risperidon 4 mg/gün başlandı, takiplerinde 2 ay sonra sanrısal içeriğinde gerileme olduğu gözlendi.

Tartışma: Psikiyatrik hastalarda KS'nin prevalansı çeşitli çalışmalarda 0,5-1,1 olarak bildirilmiştir[3]. KS daha çok organik psikozlarda (7%), sanrısal bozuklukta (6,7%), alkolik psikozda (5,6%) ve şizofrenide (2,5%) ve daha çok erkeklerde (59,5%) görülür[3]. Psikiyatrik açıdan kıskançlık kişinin benlik saygısına karşı oluşan bilinçaltı tehdide karşı bir tepki olarak tanımlanmaktadır. Nitekim kendine güvende eksiklik, cinsel sorunların ve evlilik sorunlarının KS ile ilişkili olduğu bildirilmektedir[2]. Literatürde alkol kullanımı ile birlikte görülen sanrısal kıskançlıkla ilgili çeşitli yaklaşımlar mevcuttur. Bu durumu ele almak için iki hipotez oluşturmanın faydalı olacağını düşündük. Birinci hipoteze göre sanrısal bozukluk geliştiren birey alkolü self-medikasyon olarak kullanır, ikinci hipoteze göre ise yoğun alkol kullanımı olan birey paranoid kişilik zemininde sanrısal bozukluk geliştirir[2]. İlginç bir şekilde Soyka makalesinde patolojik kıskançlık tedavisinde alkol terapisinin kullanılabileceğinden bahsetmiştir[4]. Bu olguda premorbid kişiliğinde paranoid özelliklerin olması, cinsel işlevlerde bozukluğun varlığı, hastalığın gelişimden önceki dönemlerde de alkol kullanımının varlığı bizi ikinci hipoteze yaklaştırmakta. Hangi hipotezin doğru olduğundan bağımsız olarak bu olguda da olduğu gibi OS'nin antipsikotik tedaviye yanıt verdiği gösterilmiştir[5].

Anahtar kelimeler: Othello Sendromu, Sanrısal kıskançlık, Alkol bağımlılığı

Kaynaklar

1.Musalek, M., O. Scheibenbogen, and A. Schuster. "Alcohol-Induced Psychotic Disorders." An Experiential Approach to Psychopathology. Springer, Cham, 2016. 149-161.
2. Todd, J., & Dewhurst, K. (1955). The Othello syndrome: a study in the psychopathology of sexual jealousy. The Journal of nervous and mental disease, 122(4), 367-374.
3. Soyka, M., & Schmidt, P. (2011). Prevalence of delusional jealousy in psychiatric disorders. Journal of forensic sciences, 56(2), 450-452.]
4. Soyka, M. "Othello syndrome--jealousy and jealous delusions as symptoms of psychiatric disorders." Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie 63.12 (1995): 487-494.
5. Liu, C. C., Wang, Y. C., & Hwang, T. J. (2018). Pharmacotherapy for primary delusional jealousy, a retrospective observational study of 32 cases with Othello syndrome. International clinical psychopharmacology

PS-074

KRİPTOJENİK TİP WEST SENDROMU ÖYKÜSÜ OLAN HASTADA GÖRÜLEN PSİKOZ: NADİR BİR OLGU SUNUMU

Ceyhun Hacıyev[1, 3], Yusuf Savrun[2], Behçet Coşar[3]

[1]Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Ana Bilim Dalı
[2]Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Ana Bilim Dalı
[3]Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Ana Bilim Dalı

Giriş: West Sendromu, diğer adıyla İnfantil Spazm daha çok 4-7 aylık bebekler görülür. Spazmlar, nörogelişimsel gerilik ve EEG'de hipsaritmi görülmesi WS için tanısaldır1. Etiyolojide genellikle genetik, metabolik, yapısal ve bilinmeyen nedenler yer almaktadır. Eğer hastalık başlangıcından önce klinik ve radyolojik olarak etiyoloji saptanamamışsa ve gelişim normalse kriptojenik tip, değilse semptomatik tip olarak kabul edilir2. Bu olguda kriptojenik tip WS öyküsü olan ve erişkinlikte psikoz tanısı alan bir olgu sunulacaktır.

Olgu: 21 yaş, erkek, bekâr, üniversite öğrencisi. Hasta ders çalışamama, akademik başarıda düşüş, sosyal etkileşime ilgisizlik, değersizlik şikâyetleriyle tarafımıza başvurdu. Hasta bu şikâyetlerinin son bir senedir var olduğunu ifade ediyor. İki sene önce aniden başlayan, huzursuzluk, kendi kendine konuşma, bir noktaya odaklanarak uzun süre bakma, "gözümü kapatıp allah diyorum, gözlerimin önünde yeşil ışıklar ve insan silueti canlanıyor" şeklinde ifade ettiği psikotik yaşantılar, hiçbir şey yapmak istememe, öz bakımda azalma şikâyetleri ile tarafımıza başvuran hastanın, aynı dönemde bir kadının kendisini sevdiğini düşünme şeklinde sanrısal temaları da vardı. Hastaya psikoz tanısıyla Olanzapin 10mg tedavisi başlanmış, fayda görmüş, 1 sene kullanmış sonrasında yan etkilerinden dolayı Amisulpirid 200mg tedavisine geçilmişti. Hastanın alınan öyküsünden 6 aylıkken West Sendromu tanısı aldığı, steroidle tedavi edildiği, 1,5 yaşından sonra nöbet geçirmediği, hastalığın altında yatan genetik, metabolik, yapısal bir hastalık tespit edilmediği, yapılan nörogörüntüleme tetkiklerinde patolojik bulgu saptanmadığı, lise bitirip üniversite kazandığı, sınıf tekrarı olmadığı öğrenilmişti. Hastaya istenen MR ve EEG normal olarak raporlandı. Hastanın şikâyetlerinin kronik psikotik sürece bağlı olduğu düşünüldü

ve kendisinin sevilmeye layık olmayan birisi olduğu şeklinde depresif belirtilerine yönelik Escitalopram 10mg başlandı.

Tartışma: Çocuklukta epilepsi beyin gelişimini engelleyebilir ve bilişsel bozulmalarla sonuçlanabilir. Bazı çalışmalar epilepsisi olan çocukların ortalama zekâ düzeyinin genel popülasyondan düşük olduğunu bildirmiştir. WS'nun bilişsel işlevler üzerine etkisi ağırdır, hastaların büyük bir kısmında mental retardasyon gelişir3. Riikonen ve arkadaşları ortalama 25 yaşına kadar takip ettikleri 214 WS tanısı alan ve steroid tedavisi gören hastanın sadece %24'nün normal ve hafif düşük zekâya sahip olduğunu göstermiştir2. Türkiye'de yapılan benzer bir çalışmada bu sayı %31 olarak bulunmuştur. Çeşitli derleme çalışmalarında WS hastalarının %12-16'nın gelişimsel olarak normal oldukları ve bu hastaların genelde kriptojenik tip WS olduğu gösterilmiştir4. Gelişimsel olarak normal olan çocuklar çoğunlukla konuşma yetisi ve sosyal gerileme, sosyal etkileşimlerde bozulmalar ve çevreye olan ilginin kaybı gibi otistik belirtiler gösterir3. Riikonen ve Amnell WS tanılı hastaların %28'nde psikiyatrik bozukluk olduğunu göstermiştir. Çoğunlukla Otizm ve Hiperkinetik Bozukluk görüldüğünü, kriptojenik WS hastalarının %13'nün otistik kaldığını bildirmiştirler5. Yapılan genetik çalışmalar TBL1XR1 ve SCN2A genlerinin WS ve otizm gibi psikiyatrik durumlar arasındaki ilişkiyi aydınlatabilir. Literatürde WS ile ilişkili olarak çoğunlukla otizm tartışılmakta olup psikoz vakalarının olmadığı görülmektedir. Bu olguyla birlikte WS'da psikozun görülebileceğini vurgulamaya çalıştık.

Anahtar kelimeler: West sendromu, İnfantil Spazm, Psikiyatrik Bozukluklar, Psikoz, Otizm

Kaynaklar

1. West, W. J. (1841) On a peculiar form of infantile convulsions. Lancet
2. Riikonen, Raili. "Long-term outcome of patients with West syndrome." Brain and Development (2001)
3. Jambaqué, Isabelle, Laurent Mottron, and Catherine Chiron. "Neuropsychological outcome in children with West syndrome." Neuropsychology of Childhood Epilepsy. Springer, Boston, MA, 2001.
4. Nikolić, Dimitrije, et al. "Evaluation of psycho-motor development in children with West syndrome." Srpski arhiv za celokupno lekarstvo (2012)
5. Riikonen, Raili, and Gustav Amnell. "Psychiatric disorders in children with earlier infantile spasms." Developmental Medicine & Child Neurology (1981)

PS-075

BİR OLGU ÖRNEĞİNDE KOKAİN BAĞIMLILIĞINDA VANOXERİNE CONSTA KULLANIMI

Ceyhun Hacıyev[1, 2], Nur Nihal Baltacı[2], Behçet Coşar[2], Zehra Arıkan[2]

[1]Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi
[2]Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi

Giriş: Kokain bağımlılığı ciddi medikal, psikiyatrik, sosyal ve ekonomik sonuçlarla ilişkilendirilen ve tekrarlayan suç işleme ile karakterize önemli bir halk sağlığı sorunudur1. Kokain yüksek bağımlılık potansiyeli olan bir maddedir ve başlangıçta öfori oluşturmasıyla bilinir. Kullanıcılarında psikoz, suç eğilimi, depresyon ve intihar sık görülür. Bu olguda Kokain bağımlılığı tedavisinde Vanoxerin Consta 394.2mg uzun etkili depo formu kullanımı tartışılacaktır.

Olgu: 30 yaş, erkek, evli, işletmeci. Hastanın kokain bağımlılığı ve yoksunluğu tedavisi için kliniğimize yatışı yapıldı. Tedavisi Diazepam 15mg/gün, Ketiapin 50mg/gün, Disülfiram 250mg/gün, Bupropion 150mg/gün şeklinde düzenlendi. Alınan öyküden 15 sene önce madde kullanmaya başladığı, genellikle toz halinde kokain kullandığı, son 5-6 senedir crack kokain kullanmaya başladığı öğrenildi. Hasta her gün mutlaka kullandığını, sabah uyanır uyanmaz ilk işinin madde almaya gitmek olduğunu söylüyor. Aynı zamanda hasta son 5-6 senedir yoğun alkol kullanımı mevcut. Hasta çeşitli zamanlarda tedavi girişiminde bulunmuş, şimdiye kadar 4 defa yatarak tedavi görmüş. En son 1 sene önce Naltrexone implant takılmış. Hasta yatışlardan sonra maddeyi bırakmamış. En fazla birkaç hafta madde almadan kalmış. Şimdiye kadar intihar girişimi olmamış. Ailesi öfke sorunları olduğunu söylüyor. Öfkelendiğinde kırıp dökermiş. Birkaç kez adli süreçleri olan hastanın, askerlik süresince silahlı nöbet tutmasına izin verilmiyormuş. Hasta son 1-2 ayda 8kg vermiş. İştahı yokmuş. Ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü yok. RDM: Dış görünümü, postürü normal. Öz bakımı iyi. Psikomotor aktivite yavaşlamış. Bilinci açık, uyanık, yönelimi tam. Bellek ve dikkat normal. Algı bozuklukları yok. Düşünce yapısı sekonder, depresif ve kaygılı düşünce içeriği mevcut. Duygudurum hafif disforik, duygulanımı dengeli ve uygunluk var. Yatışında: Ham-D: 25; Yale Brown Aşerme Ölçeği: 48. Hastaya yoksunluk belirtileri geçtikten sonra Vanoxerine Consta 394.2mg uzun etkili depo formu enjeksiyonu yapıldı. 3 ay sonra kontrolde kokain kullanımı olmadığı değerlendirildi.

Tartışma: Kokain bağımlılığı tedavisi için birçok ilaç geliştirildiyse de şimdiye kadar herhangi biri bu endikasyon için onay almayı başaramamıştır. Hâlihazırda psikososyal müdahaleler ve davranışçı terapiler kokain bağımlılığı tedavisinde tercih edilen yöntemlerdir[2]. Uzun zamandır Vanoxerine'in Kokain bağımlılığında kullanımı araştırılmaktadır. Vanoxerine piperazin türevi bir ilaç olup Seçici Dopamin Gerialım İnhibitörüdür. Vanoxerine Dopamin Taşıyıcısına kokainden 50 kat daha güçlü bağlanır ve aynı zamanda dopamin salınımını da inhibe eder[3]. Vanorxerine'nin QTc üzerine olan etkileri nedeniyle kokain bağımlılığında kullanımı tartışmalıdır, ancak aynı zamanda antiaritmik bir ilaç olarak da araştırılmaktadır[4]. Vanoxerine Consta 394.2mg 12 haftada bir cilt altı uygulanan uzun etkili depo formu kokain bağımlılığı için üzerinde en çok araştırma yapılan ilaçtır. Kadric ve arkadaşlarının yakın zamanda 2800 kişi ile yaptıkları bir çalışmada Vanoxerine Consta formunun kokain yoksunluğu ve aşerme davranışını azaltmada plaseboyla karşılaştırıldığında daha etkili olduğunu göstermiştir[5]. Vanoxerine Consta bizim olguda da görüldüğü gibi ülkemizde mevcuttur ve kokain yoksunluğu ve aşerme davranışı üzerine etkilidir.

Anahtar kelimeler: Vanoxerine, Vanoxerine Consta, Kokain bağımlılığı

Kaynaklar

1. McLellan, A. Thomas, et al. "Drug dependence, a chronic medical illness: implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation." Jama 284.13 (2000): 1689-1695.
2. Brodie, Jonathan D., Emilia Figueroa, and Stephen L. Dewey. "Treating cocaine addiction: From preclinical to clinical trial experience with γ-vinyl GABA." Synapse 50.3 (2003): 261-265.
3. Izenwasser, Sari, Linda L. Werling, and Brian M. Cox. "Comparison of the effects of cocaine and other inhibitors of dopamine uptake in rat striatum, nucleus accumbens, olfactory tubercle, and medial prefrontal cortex." Brain research 520.1-2 (1990): 303-309.
4. Obejero-Paz, Carlos A., et al. "Quantitative profiling of the effects of vanoxerine on human cardiac ion channels and its application to cardiac risk." Scientific reports 5.1 (2015): 1-12.
5. Kadric, Sead, et al. "A Multicenter, Randomized, Placebo-Controlled Study to Evaluate the Efficacy and Safety of Long-Acting Injectable Formulation of Vanoxerine (Vanoxerine Consta 394.2 mg) for Cocaine Relapse Prevention." World Journal of Neuroscience 9.03 (2019): 113.

PS-076

AZ BİLİNEN BİR ÖZGÜL FOBİ 'TUROPHOBİA' : BİR OLGU SUNUMU

Doğancan Sönmez[1], İlknur Kiraz Avcı[1], Çiçek Hocaoğlu[1]

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

Giriş: Özgül fobiler, belirli bir nesne veya durumla ilgili kayda değer düzeyde korku ve kaygı yaşanması durumu olup; DSM5'te anksiyete bozuklukları ana başlığı altında sınıflandırılmıştır(1).Özgül fobiler; hayvanlar, yükseklik, fırtına, rüzgâr, karanlık, kapalı dar yerler, uçak, yüzme, diş hekimi ya da kan görme gibi özgül durumlar üzerinde od aklanmıştır(2,3)."Turophobia";Yunanca "turi"-"peynir" ve "phobia"-"fobi" kelimelerinden oluşmaktadır.Bu fobiden muzdarip insanlar, peynire dokunama, yiyememe, iğrenme ve tiksinme belirtileri sergiler.Peynirin yanına yaklaşmakta zorlanırlar ve peynirin görülmesi üzerine aşırı bir rahatsızlık sergilerler.Bazı turofoblar ise peynire benzer şekilde olan beyaz ürünlerden, benzer kelimeler bile korkarlar(4).Bu çalışmada peynir korkusu(Turophobia) tanısı ile takip edilen kadın hasta literatür bilgileri eşliğinde sunulmuştur.

Olgu: 20 yaş kadın hasta, bekar, üniversite mezunu, çalışmıyor. Hasta; annesi ve babası tarafından zorla psikiyatri polikliniğine getirildi.Hastanın küçüklükten beri peynir yiyememe, peynire dokunamama ve tiksinme şikayeti varmış.İlk psikiyatrik başvurusu 2 sene önce yine aynı şikayetlerle olmuş. Adını hatırlayamadığı çeşitli ilaç kullanımları olmuş fakat düzenli bir tedavi ve psikiyatrik takibi olmamış.Hastanın annesinden alınan bilgiye göre eskiden beri olan temizlik, düzenlilik takıntısı varmış.Hasta elbisesine bir şey bulaştığını düşünüp detaylıca peynir mi diye inceliyormuş sonra o kıyafeti bir daha giyinmiyormuş. Hastanın ailesi geçimini hayvancılıkla sağlıyormuş.Annesi peynir yaptıktan sonra hasta annesine "Önce ellerini birkaç kez yıka, kurula, bezi hiçbir yere değdirmeden gel, sonra lamba düğmelerini sil." diyormuş. Annesi bir gün peynir yaptığı elle telefona dokundu diye o telefona bir daha dokunamamış ve sinirlenip ağlamaları olmuş.Hasta ellerini sayı sayarak defalarca yıkıyor, kapı kollarına, kumanda gibi ortak kullanılan eşyalara dokunamıyormuş.Buzdolabına giren hiçbir yiyeceği yiyemiyormuş.Psikiyatri servisimize kabul edilen hastanın yapılan psikiyatrik değerlendirmesi sonucu DSM-5 tanı ölçütlerine göre özgül fobi ve Obsesif Kompulsif Bozukluk tanısı konuldu.Hastaya fluvoksamin 50mg/gün tedavisi başlandı ve tedrici olarak 100mg/gün'e çıkarıldı.Tedavinin ilerleyen günlerinde risperidon 1mg/gün tedavisi eklendi.Farmakolojik tedaviye eş zamanlı olarak bilişsel davranışçı terapi uygulandı.Hastanın şikayetlerinde belirgin bir düzelme izlendi.Yirmi günlük tedavinin ardından ileri salah hali ile taburcu edilen hastanın halen poliklinik izlemi devam etmektedir.

Tartışma: Fobik bozuklukların hemen hepsinde ortak olan özellik belirli durum ve nesnelerle karşılaşınca anksiyete belirtilerinin görülmesidir.Özgül fobi, klinik çalışmalar ve bilimsel yayınlar dikkate alındığında en fazla ihmal edilen klinik tablolardan biri olarak öne çıkmaktadır.Bu nedenle özgül fobinin alt tipleri, etiyolojisi, epidemiyolojisi ve tedavisi tam olarak bilinmemektedir(5).Ayrıca olgu sunumuzda olduğu gibi özgül fobinin OKB gibi diğer ruhsal bozukluklarla birlikteliği dikkat çekici bir durumdur.Özgül fobiler hastalar için büyük bir sorun oluşturmasına rağmen, özellikle ülkemizde yeterince üzerinde çalışılan bir konu olmamıştır.Çalışmamız literatürdeki ilk turophobia olgusu olması açısından önem arz etmektedir.

Anahtar kelimeler: Özgül fobi, Turofobi, Tanı, Tedavi

Kaynaklar

1. American Psychiatric Association. The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-5. Amerikan Psikiyatri Birliği. Köroğlu E, çeviri-yayın editörü. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, DSM-5, Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı. 5. Baskı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2013.
2. Sungur MZ. Fobik Bozukluklar. Psikiyatri Dünyası. 1997; 1(2): 5-11.
3. Ceylan ME, Yazan B. Araştırma ve klinik uygulamada biyolojik psikiyatri: Anksiyete bozuklukları. İstanbul: Altan Matbaacılık; 2000.
4. https://phobia.wikia.org/wiki/Turophobia
5. Locker D, Poulton R, Thomson WM. Psychological disorders and dental anxiety in a young adult population. Community Dent Oral Epidemiol. 2001; 29(6): 456-63.

PS-077

VENLAFAKSİN DOZ ARTIRIMI İLİŞKİLİ EKİMOZ; BİR OLGU SUNUMU

Mahmut Selçuk[1]

[1]*Balikesir Devlet Hastanesi*

Giriş: Birçok çalışmada SSGİ (seçici serotonin geri alım inbibitörü)'ne bağlı olduğu kabul edilen hematolojik yan etkiler bildirilmiştir. Bu hematolojik yan etkiler daha çok deri altı kanama ve ekimoz şeklindedir (1,2). SSGİ'ler ile karşılaştırıldığında SNRI (serotonin noradrenalin geri alım inhibitörü) 'lar ile daha az sayıda kanama bozukluğu ilişkili bildirim bulunmaktadır (3,4). Biz de venlafaksin doz artırımıyla ilişkili spontan ekimotik bulguları meydana gelen bir olgumuzu sunmak istedik.

Olgu: 32 yaşında kadın hasta, polikliniğimize son 1 aydır olan isteksizlik, hayattan zevk alamama, içe kapanıklık ve pasif suisidal düşünceler nedeniyle başvurdu. DSM-5 ölçütlerine göre depresyon tanısı konuldu. Hastaya venlafaksin 75 mg/gün başlandı. Hastanın yakınmalarının tam olarak gerilememesi nedeniyle, ilaç dozu ikinci ayın sonunda 150 mg/güne yükseltildi. Hasta, doz yükseltildikten dört gün sonra her iki bacakta spontan olarak gelişen multipl ekimotik lezyonların ortaya çıktığını bildirdi (Resim 1). Hastanın anamnezinde herhangi bir sistemik hastalığı bulunmamaktaydı ve kendisinde veya ailesinde kanama bozukluğu ile ilgili bir hastalık öyküsü yoktu. Ayrıca, travma öyküsü veya kendine zarar verme davranışı, alkol-madde kullanım öyküsü yoktu ve venlafaksin dışında herhangi bir ilaç kullanmamaktaydı. Genel fiziksel incelemesinde her iki diz çevresi ve altındaki çok sayıda düzensiz sınırlı ekimotik lezyonlar görüldü. Hematolojik tetkiklerden pıhtılaşma profili (PT, APTT, INR, Protrombin Aktivitesi), tam kan sayımı ve biyokimyasal tetkikleri normal sınırlar içindeydi. Hasta konsültasyon amacıyla dermatoloji ve hematoloji kliniğine yönlendirildi ve lezyonları 'ekimoz' lehine değerlendirildi. Konsültasyonlar sonucunda lezyonlar venlafaksin kullanımına ikincil gelişen ekimozlar olarak değerlendirildi. Hastanın kullandığı venlafaksin dozu 75 mg/gün'e düşürüldü, sonrasında ekimotik lezyonlar hızla giderek azaldı ve yaklaşık on gün içinde ortadan kayboldu (Resim 2). Venlafaksin 75 mg/g ile izlenen hastanın depresyonu geriledi ve ekimotik lezyonlar tekrar izlenmedi.

Tartışma: Kanama sırasında trombositler uyarıldığında hücre agregasyonunu sağlayan 5-HT (serotonin) salgılarlar. SSRI'lar trombositlerin serotonin geri alımını inhibe ederler böylece kanama sırasında trombositler uyarıldığında salınabilir 5-HT düzeyleri azalır, böylece SSRI'lar trombositlerin hücre agregasyonunu ve dolayısıyla da kanamayı durdurma fonksiyonunu bozarlar (5).

Venlafaksin molekülünün düşük dozlarda serotonin, yüksek dozlarda ise noradrenalin geri alım inhibitörü etkisinin daha güçlü olduğu bilinmektedir. Bununla birlikte olgumuzda venlafaksin doz artırımına bağlı ekimozun görülmesi nedeniyle, trombosit agregasyon inhibisyonunu sadece serotonin geri alımının inhibe edilmesi ile açıklamak güç gözükmektedir. Ayrıca venlafaksin dozunun 150 mg/g' den 75 mg/g'ne düşürülmesi ile ekimozun gerilemesi venlafaksinin serotonin inhibisyonu etkisinden farklı bir mekanizmayla agregasyon inhibisyonuna yol açabileceğini düşündürmektedir. Yapılan bir çalışmada venlafaksinin araşidonik asit ilişkili trombosit agregasyonunu ve TXA2 (Tromboksan A2) üretimini inhibe ederek de trombosit fonksiyonunu bozabileceği bildirilmiştir (3). Venlafaksin molekülünün serotonin inhibisyonu dışında hangi mekanizmayla trombosit agregasyonunu bozabileceğinin açıklığa kavuşabilmesi için trombosit hücresi üzerinde in vitro çalışmalara ihtiyacın olduğu görülmektedir.

Anahtar kelimeler: Venlafaksin, Ekimoz, Depresyon, Serotonin

Kaynaklar

1. Nelva A, Guy C, Tardy-Poncet B ve ark. (2000) Hemorrhagic syndromes related to selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI) antidepressants. Seven case reports and review of the literature. Rev Med Interne, 21:152-160.
2. Mırsal, H., Kalyoncu, A., & Pektaş, Ö. Fluoksetin Kullanımı İle İlişkili Ekimoz: Olgu Sunumu.
3. Sarma, A., & Horne III, M. K. (2006). Venlafaxine-induced ecchymoses and impaired platelet aggregation. European journal of haematology, 77(6), 533-537.
4. Kohn, S., & Labbate, L. A. (1997). Venlafaxine and ecchymosis. The Canadian Journal of Psychiatry, 42(1), 91-91.
5. Cerrito F, Lazzaro MP, Gaudio E, Arminio P, Aloisi G. 5HT2-receptors and serotonin release: their role in human platelet aggregation. Life Sci 1993;53:209–215.

PS-078

SERTRALİN TEDAVİSİ SONRASI GELİŞEN EKİMOTİK LEZYON İKİ OLGU SUNUMU

Mustafa Güneş[1], Didem Beşikci Keleş[1], Enis Özkan[1], Engin Emrem Beştepe[1]

[1]*Erenköy Ruh Ve Sinir Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi*

Giriş: Depresyon ve anksiyete bozukluklarının tedavisinde sıklıkla kullanılan seçici serotonin geri alım inhibitörlerinin (SSGI) 'nın kanama riskini artırdığı bilinmektedir. SSGI 'lerin hematolojik sistem üzerindeki bilinen en sık yan etkileri kanama zamanında uzama, trombosit agregasyonu ve aktivitesinde bozulmadır.(1) Bu yazıda sertralin kullanımı ile ortaya çıkan ekimotik lezyonlar ile ilgili iki olgu sunulacaktır. İki olguda da lezyonları açıklayacak diğer nedenler dışlanmıştır.

Olgu1 : 25 yaş kadın hasta diş hekimi, ailesi ile yaşılıyor .Uzmanlık sınavına çalışıyor. Keyifsizlik, isteksizlik, mutsuzluk, uykularda bozulma, konsantrasyon güçlüğü şikayetleri üzerine depresyon ön tanısıyla hastaya sertralin 50 mg/g başlandı. 4. Haftada her iki bacakta en büyüğü 3x5 cm büyüklüğünde birkaç adet ekimotik alan gelişti. Hasta depresif şikayetlerinde kısmi bir azalma tarifledi. Sertralin kesilerek vortioksetine geçildi. Takiplerde ekimotik alanların iyileştiği görüldü.

Olgu2: 32 yaşında erkek hasta ,lise mezunu ,çalışıyor, ailesi ile yaşıyor .1 ay önce oğlu vefat etmiş sonrasında başlayan mutsuzluk, isteksizlik, hayattan zevk alamama, sosyallik ve işlevsellikte azalma, intihar düşünceleri üzerine depresyon tanısıyla servise yatırıldı. sertralin 50 mg/g başlanarak takiplerde 200mg/g kadar çıkıldı. Takiplerde gövdesinde bacaklarında 2x2 cm büyüklüğünde çok sayıda ekimotik alan gözlendi. Sertralin kesildi ve essitalopram başlandı. Lezyonlar geriledi. Essitalopram ile yan etkiler yeniden gözlenmedi.

Tartışma: Serotonin geri alım blokajı üzerinden etki gösteren bu ilaçların hücre içi serotonin geri alımını, trombosit yapımı ve yıkımını ve etkileyerek trombosit fonksiyonlarını bozduğu düşünülmektedir. (1) Vücuttaki serotoninin % 99'undan fazlası trombositlerde depolanmaktadır. SSRI'lar merkezi sinir sistemi serotonini arttırırken, trombosit içindeki serotonini azaltır. SSRI uygulaması sırasında trombositlerdeki serotonin konsantrasyonunun azalması trombosit fonksiyonunun bozulmasına ve advers kanama olaylarına neden olabilir. SSRI'lar, trombosit serotonin depolarını tüketerek ve trombosit agregabilitesini azaltarak serotoninin trombositlere geri alımını inhibe eder. (2, 3) Altta yatan trombosit bozukluğu olan hastaların SSGI kullandığı durumda mutlaka kanama parametrelerinin takip edilmesi önerilmektedir. Bilindiği üzere bir SSGI'ye yanıt alınamadığında bir başka SSGI'ye geçmek kanıta dayalı bir uygulama olup bir SSGI ile belirli bir yan etki görülmüş olması aynı sınıftan ikinci bir ilaç tercih edildiğinde onunla da aynı yan etkinin görüleceğini ön gördürmez, hatta bunun aksine veriler mevcuttur. (4) İkinci olguda sertralin ile istenmeyen bu etki görüldüğünde başka sınıftan bir antidepresana geçilmesi yerine essitaloprama geçiş yapıldı ve yan etki tekrarlamadı. Ayrıca yine ikinci olguda olduğu gibi SSRI dozu arttıkça kanamaya eğilimin arttığını gösteren çalışmalarda vardır. (5) SSGI tedavisinin kanama eğilimine hangi mekanizma ile yol açtığına dair ortak görüş yoktur. SSGI 'lerin kanama riskini arttırdığı pek çok çalışmada gösterilmiş olmasına rağmen hemostaz üzerine direkt etkisine dair çalışmalar az sayıdadır ve bu konuda daha kapsamlı araştırmalara gerek duyulmaktadır.

Anahtar kelimeler: anksiyete, depresyon, ekimoz, ssrı, sertralin, trombosit

Kaynaklar

1. Halperin D, Reber G. Influence of antidepressants on hemostasis. Dialogues Clin Neurosci 2007;9:47–59.
2. Maurer-Spurej E, Pittendreigh C, Solomons K. The influence of selective serotonin reuptake inhibitors on human platelet serotonin. Thromb Haemost. 2004;91:119–28.
3. Cinar, O., Cevik, E., Kilic, E., Kesim, M. E., & Ak, M. (2010). Ecchymosis Due to Sertraline Use: A Case Report. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni-Bulletin of Clinical Psychopharmacology, 20(4), 321–323.doi:10.1080/10177833.2010.11790679
4. Lam RW, Kennedy SH, Grigoriadis S, McIntyre RS, Milev R, Ramasubbu R, Parikh SV, Patten SB, Ravindran AV; Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT). Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) clinical guidelines for the management of majör depressive disorder in adults. III. Pharmacotherapy. J Affect Disord. 2009;117:26-43.
5. Van Walraven C, Mamdani MM, Wells PS, Williams JI (2001) Inhibition of serotonin reuptake by antidepressants and upper gastrointestinal bleeding in elderly patients: retrospective cohort study. BMJ 323:655–658

PS-080

SİSTEMİK LUPUS ERİTEMATOZUS VE BİPOLAR 1 BOZUKLUK BİRLİKTELİĞİ

Pınar Durmaz[1], Yunus Durmaz[2]

[1]*Karabük Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Karabük*
[2]*Karabük Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Karabük*

Amaç: Sistemik lupus eritematozus (SLE),patojenik otoantikorların ve immün komplekslerin birçok organı hedef aldığı, kronik inflamatuar ve otoimmün bir hastalıktır. Çok hafif formlarından, önemli morbidite ve mortaliteye neden olabilecek major organ tutulumlarına kadar geniş bir klinik spektrum içinde, alevlenme ve remisyonlarla seyreder.Hastalığın başlangıcında ve ya seyrinde nöropsikiyatrik semptomlar görülebilir. Biz burada SLE ile bipolar 1 bozukluk birlikteliğini sunmak istedik

Olgu: 38 yaşında beş yıldır SLE tanısı ile izlenen bayan hasta medikal tedavi olarak prednızolon 15 mg /gün po., hidroksiklorokin 400 mg/ gün po., mikofenolat mofetil 2 gr/gün po. olarak kullanmaktaydı. Hastada eklem ve cilt tutulumları dışında renal tutulumda mevcuttu. Hastanın son zamanda olan çok konuşma, konudan konuya atlama, sinirilik olmasından dolayı romatoloji polikliniğinden psikiyatri polikliniğine sevk edilmiş idi. Hastanın soygeçmişinde romatolojik hastalık ve psikiyatrik hastalık öyküsü yoktu. Fizik muayenesinde nabızları palpe edilebilen hastanın üfürümü yoktu. Lokomotor muayenesinde sağ el bilek 2,3. MKF eklemlerinde artrit, aktif malar rash mevcuttu.Her iki alt ekstremitede eser miktarda pretibiyal ödem mevcuttu. Hastanın ruhsal muayenesinde genel görünüm abartılı ve renkli giyimi olan normal kiloda kadın , duygulanım öforik, duygudurum labil, , ses tonu yüksek, konuşma miktarında artma, basınçlı konuşma, dikkat ve konsantrasyonda azalma ve fikir uçuşmaları olduğu, uyku miktarında azalma, duygudurumla uyumlu işitsel varsanı ve hezeyanlarının olduğu saptandı. Bu bilgiler ışığında hastaya bipolar 1 bozukluk tanısı konuldu. Laboratuvar testlerinde tam kan sayımında lökosit: 3380/µL, Hb:11,5 g/dL, Plt: 310.000/µL. Tam idrar tetkiki Proteinüri 2+ idi.; eritrosit sedimantasyon hızı (ESR): 53 mm/h, CRP 54,48 mg/L olarak saptandı. BUN, kreatinin, AST, ALT, GGT, ALP, CK, ASO, tiroid fonksiyon testleri normal sınırlarda, brusella testleri, RF, anti-CCP negatif ANA 1/320, anti-dsDNA 3+, anti-beta 2-glikoprotein IgG/M tetkikleri negatif saptanırken lupus antikoagulan testi ve kardiyolipin IgG/M testleri pozitif olarak saptandı. Akciğer grafisinde patoloji saptanmadı. Hastada bipolar 1 bozukluk düşünülerek psikiyatri kliniğine yatış yapıldı. Mevcut tedaviine ek olarak lityum 300 3x1/gün po, olanzapin 5 mg 2x1/gün po., lorazepam 2.5 mg 2x1/2 gün po. tedavisi başlandı.

Sonuç: SLE'da nörolojik semptomlardan kognitif disfonksiyon, başağrısından sonra en sık görülen bulgulardandır. Bazı çalışmalarda, % 80'lara varan oranlarda saptanmıştır(1).SLE' ye bağlı psikoz iyi tanımlanmış olsa da kortikosteroid kullanan hastalarda kortikosteroidlere bağlı gelişen psikoz da unutulmamalıdır. Major depresyon, anksiyete, panik bozukluğu gibi ciddi afektif bozukluklar nöropsikiyatrik-SLE belirtileri olabilir. Fakat bu psikiyatrik problemler, kronik hastalığa bağlı veya diğer psikososyal faktörlerle ilişkili olabilir. Bunun ayrımı net değildir(2). Bir çalışmada SLE'li hastalarda ruhsal bozukluk, anksiyete ve kişilik bozuklukları eski DSM-IV kriterleri kullanılarak araştırılmış. Hastaların %46.7'sinde en az bir duygudurum veya anksiyete bozukluğu saptanmış ve hastaların % 35.6 ise de en az bir kişilik bozukluğu tespit edilmiştir. Bizde burada orta doz steroid tedavisi altında renal tutulumu da olan bir SLE hastasında gelişen bipolar 1 bozukluk vakasını sunduk.

Anahtar kelimeler: Bipolar 1 Bozukluk, Sistemik Lupus Eritematozus

Kaynaklar

1. Edworthy SM. Clinical Manifestations of Systemic Lupus Erythematosus. In: Haris Jr ED, Budd RC, Firestein GS, Genovese MC, Sergent JS, Ruddy S, Sledge CB, Eds: Kelley's Textbook of Rheumatology 7thEd, USA: Elsevier Saunders, 2005: 1201-1223.
2. Appel GB, Radhakrıshnan J, D'Agati V. Secondary Glomeruler Disease. In: Brenner BM, Rector FC, Eds. Brenner'sand Rector's The Kidney6.Ed. Boston: WB Saunders Company, 2004: 1350-1366.

PS-081

MS VE PSİKOZ BİRLİKTELİĞİ: BİR MADALYONUN İKİ YÜZÜ MÜ?

Nur Nihal Baltacı[1], Ceyhun Hacıyev[2, 1], Behçet Coşar[1]

[1]*Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Abd*
[2]*Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Abd*

Amaç: Multiple Skleroz (MS) merkezi sinir sisteminin demiyelinizasyonuyla giden otoimmün inflamatuar bir hastalıktır. MS'de depresyon ve anksiyete başta olmak üzere psikiyatrik hastalıklar sık görülür. Bununla birlikte, MS ile psikotik bozuklukların varlığı nadirdir ve %2-3

oranında görülür1. MS'de psikotik semptomların görülme oranı, genel popülasyondan 2-3 kat daha fazla olduğu bulunmuştur2.Bu vakada MS hastalığının seyri sırasında psikoz gelişen bir olgu sunulmaktadır.

Olgu: 47 yaşında kadın, dul, üniversite mezunu, 15 yıldır MS ile takipli hastanın abisinin ölümü üzerine; ölen abisini görme, olmayan kedilerin camdan içeri girdiğini görme şikâyetleri ile yakınları tarafından acil servise getirildi. Alınan öyküden 15 yıl önce yürümede güçlük nedeni ile MS tanısını alan hastanın; TV ile konuşma, çıplak şekilde sokağa çıkma şikâyetleri ile 2015 yılında ilk psikiyatri başvurusu olmuş, akut psikoz şeklinde değerlendirilmiş. Haloperidol 3*5 damla, Mirtazapin 30 mg/gün ile taburcu edilmiş. 2015 yılında çekilen EEG'si, sol hemisfer arka bölge disfonksiyonuna işaret eder şeklinde raporlanmış. 2015 yılında çekilen MR'ı "supratentoryal, frontal ve parietalde olmak üzere periventriküler alanda yama tarzında demiyelizan plaklara ait sinyal değişiklikleri mevcuttur" şeklinde yorumlanmış. Bu tarihten şimdiki başvurusuna kadar herhangi bir psikiyatrik başvurusu olmamış. Haloperidol ve Mirtazapin kullanan hastanın ilaçlarını üç ay sonra kestiği öğrenildi. Tanıdan itibaren 2 yıl süreyle Natalizumab kullanan hastanın sonrasında yürüme güçlüğü nedeni ile Fampridin 2*10 mg kullanımı dışında ilaç kullanım öyküsü mevcut değildi. Sigara kullanımı günde 1 paket şeklindeydi. Alkol madde kullanım öyküsü yoktu. Hastanın ruhsal durum muayenesinde çağrışımlarının dağınık olduğu, vizüel halüsinasyonlarının bulunduğu görüldü. Akut psikoz ön tanısıyla yatırılan hastanın rutin laboratuvar tetkikleri normal bulundu. Olanzapin 10 mg/gün başlanarak ilaç dozu 20 mg/güne yükseltildi. Bu sırada çekilen MR sonucu 2015 yılındaki MR sonucu ile karşılaştırılarak anlamlı bir değişiklik olmadığı şeklinde raporlandı. Nörolojinin önerisi ile yedi gün 1 mg/gün Prednol ardından Fingolimod başlanmasına ve olanzapin tedavisinin kesilmesine karar verildi.

Tartışma: MS hastalığı sürecinde psikoz ayrı bir komorbid bozukluk olarak kabul edilmez, ancak MS ile ortak bir patofizyolojik süreci paylaştığı ve psikotik semptomların bölgesel demiyelinizasyonu yansıttığı ve MS seyri ile senkronize olduğu düşünülmektedir. Bu durumda ortaya çıkan psikoz antipsikotik ilaçlara yanıtsız olup MS tedavisine yanıt verir3. Yapılan çalışmalarda Periventriküler ve medial temporal lob lezyonların, MS'li hastalarda artmış psikoz oranları ile ilişkili olabileceğini göstermiştir4.Yukarıda tartışılan olgunun da MR'ında periventriküler bölge tutulumu olduğu görülmektedir. Ancak hastanın psikotik atağı süresince MR bulgularının atak lehine değişmemesi psikozun açıklamasında MS seyrinin etkili olduğu hipotezini karşılamamaktadır. Ayrıca psikotik belirtiler, MS tedavisinde kullanılan interferon ve steroid tedavisine bağlı bir yan etki olarak da ortaya çıkabilir veya bu ilaçlarla şiddetlenir. 5Ancak; vakamızda psikotik atağın geliştiği sırada aktif ilaç kullanım öyküsü yoktu. Bu vakayla görülebileceği gibi MS hastalarında ataklardan ve ilaç kullanımından bağımsız olarak psikoz ortaya çıkabilir ve tedavisi MS hastalığının tedavisidir.

Anahtar kelimeler: Multiple Skleroz, Psikoz, Komorbidite

Kaynaklar

1. Pinkston, J.B., Kablinger, A., Alekseeva, N., 2007. Multiple sclerosis and behavior. Int. Rev. Neurobiol. 79
2. Patten SB, Svenson LW, Metz LM. Psychotic disorders in MS: Population-based evidence of an association. Neurology 2005
3. Thöne J, Kessler E. Improvement of neuropsychiatric symptoms in multiple sclerosis subsequent to high-dose corticosteroid treatment. Primary Care Companion Journal of Clinical Psychiatry 2008
4. Smith EJ. Multiple sclerosis presenting with erotomanic delusions in the context of 'don't ask, don't tell'. Military Medicine 2009
5. Goeb J-L, Cailleau A, Laine P, Etcharry-Bouyx, Maugin D, Duverger P, et al. Acute delirium, delusion and depression during INF-β-1a therapy for multiple sclerosis: A case report. Clinical Neuropharmacology 2003

PS-082

KARTEGENER SENDROMU VE ŞİZOAFEKTİF BOZUKLUK BİRLİKTELİĞİ: RASTLANTI MI?

Nur Nihal Baltacı[1], Behçet Coşar[1]

[1]*Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Abd*

Giriş: Şizofreni ile diğer tıbbi hastalık eş tanıları yüksek oranlarda görülmektedir. Az sayıda olgu çalışması Kartegener ile şizofreni arasında bir birliktelik olduğunu düşündürmüşse de Kartegener sendromlu bireylerde normal popülasyona göre şizofreninin sıklığı arttığına dair net bir veri yoktur.1 Kartegener sendromu her 30000-60000 doğumda bir görülen otozomal resesif kalıtılan nadir bir genetik hastalık olup primer siliyar disfonksiyondan kaynaklanan kronik sinüzit, situs inversus ve bronşiektazi triadını içerir. Aşağıdaki olguda Kartegener sendromu ve şizoafektif bozukluğun beraber görüldüğü bir vaka tartışılacaktır.

Olgu: 39 yaş, erkek, evli, bir çocuklu, üniversite mezunu hasta içinde başkasının ruhunu taşıdığı, dünyanın dışında kalıyormuş gibi hissetme, mehdi olduğu düşünceleri ile psikiyatri polikliniğine başvurdu ve yatışı yapıldı. Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü ve Kartegener tanısı olmayan hastanın 9 yaşında Kartegener Sendromu tanısı aldığı 14 yıl önce akut psikotik bozukluk bir sene önce de mani nedeni ile psikiyatri başvuruları olduğu öğrenildi. Alınan öyküden son on gündür uykusunda azalma olduğu, duvara bakarak şekiller çizdiği, geceleri kedi köpek taklidi yaptığı öğrenildi. Psikiyatrik muayenesinde hastanın bilinci açık, oryante, koopereydi. Konuşma miktarı ve hızı normaldi. Zarar göreceği şeklinde persekutuar, mehdi olduğu yönünde mistik sanrıları olan hastanın kulak çınlaması diye tarif ettiği sesler ve başörtülü kadınlar görme şeklinde varsanıları mevcuttu. Duygu durumu disforik duygulanımı uygunsuz, yargılaması ve impuls kontrolü bozuktu. Hastanın çekilen beyin MR'ı normal olarak yorumlandı. Ön planda şizoafektif bozukluk düşünülerek Amisülprid 400 mg/gün,lityum 900 mg/gün, Ketiyapin 300 mg/gün tedavisine başlandı. SANS ve SAPS'ta belirgin gerileme görülen hasta yatışından 21 gün sonra taburcu edilerek poliklinik takibine alındı

Tartışma: Bu olgu, beynin anormal lateralizasyonunun şizofrenide oynayabileceği rol nedeni ile sunulmuştur. Temporal lobda azalan laterizasyonun derecesi halüsinasyon ve diğer pozitif semptomların şiddetiyle pozitif ilişkili olduğu ve şizofreni hastalarının kontrollere göre daha asimetrik gri cevher oranına sahip olduğu bulunmuştur.2Kartagener sendromunda, ventriküler sistemde ependimal hücrelerin yüzeyinde bulunan silyaların işlevsiz olduğu varsayılır3.Normal beyin siliyer fonksiyonunun başarısızlığı veya embriyonik düğüm siliyer fonksiyonunun başarısızlığı, beyin omurilik sıvısının dolaşımının bozulmasına neden olabilir veya beynin normal asimetrisinin gelişmesini engelleyebilir.4

Bu olguda MR beyinde herhangi bir yapısal anomaliye işaret etmemektedir. Ancak erken beyin asimetrisini yönlendiren gelişimsel süreçler moleküler düzeyde net değildir ve fare hipokampüsünde yapılan çalışmalar, N-metil-d-aspartat reseptörü GluRε2 alt birimlerinin sinaptik dağılımı ve glutamat reseptör ifadesinde asimetri göstermiştir5 fakat situs inversus'lu farelerin beyin görüntülemelerinde yapısal olarak bir farklılık izlenmemiştir. Bu da bize MR bulguları normal olan vakada daha ileri düzey araştırmaların yapılması gerektiğini göstermektedir.

Sonuç olarak Olgumuzdaki Kartagener sendromu ve şizoafektif bozukluk birlikteliği Kartagener sendromu gelişimine neden olan biyokimyasal bozukluğun aynı zamanda psikozun ortaya çıkmasını da kolaylaştırabileceği ya da psikoz riskini arttıran genetik lokusla bağlantılı olabileceği tezini desteklemektedir.

Anahtar kelimeler: Kartegener, şizoafektif bozukluk, beyin asimetrisi

Kaynaklar

1. Roth Y, Baum GL, Tadmor R: Brain dysfunction in primary ciliary dyskinesia? Acta Neurol. Scand
2 Quast TM, Sippert JD, Sauve WM, Deutsch SI:Comorbid presentation of Kartagener's syndrome and schizophrenia: support of an etiologic hypothesis of anomalous development of cerebral asymmetry?. Schizophr Res
3. Greenstone MA, Jones RW, Dewar A, Neville BG: Hydrocephalus and primary ciliary dyskinesia. Arch Dis Child
4. Olbrich H, Haffner K, Kispert A,Volkel A, Volz A, Sasmaz G, et al: Mutations in DNAH5 cause primary ciliary dyskinesia and randomization of left-right asymmetry. Nat Genet
5. Shinohara Y, Hirase H, Watanabe M, et al. (2008) Left-right asymmetry of the hippocampal synapses with differential subunit allocation of glutamate receptors. Proceedings of the National Academy of Sciences

PS-083

ARİPİPRAZOLDEN YARAR GÖREN İSTİFLEME BOZUKLUĞU OLGUSU

Nur Nihal Baltacı[1], Ceyhun Hacıyev[2, 1], Behçet Coşar[1]

[1]*Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Abd*
[2]*Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Abd*

Giriş: İstifleme Bozukluğu; çok az ve ya hiç değeri olmadığı kabul edilen şeyleri edinme ve elden çıkaramama ile karakterizedir. Toplumdaki yaygınlığı %2.5 olan istifleme bozukluğu1 frontotemporal demans, şizofreni, yeme bozuklukları, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, beyin hasarı, otizm spektrum bozuklukları veya kompülsif satın alma, gibi bazı bozukluklara eşlik edebilir. Aşağıda şizoaffektif bozukluğa eşlik eden bir istifleme bozukluğu olgusu tartışılacaktır.

Olgu: 52 yaş, erkek hasta, çalışmıyor, bekar. Yakınlarından alınan bilgiye göre 21 yıldır şizoaffektif bozukluk ile takip edilen hasta son beş yıldır çöplerden naylon diye adlandırdığı plastik parçaları topluyor, çöplerini atmıyormuş. Biriktirdiği eşyaların her gün listesini kontrol eden hasta son beş altı aydır lambaları sayarak açıp kapıyor, aklından geçen her şeyi yazıyormuş. Hastanın son zamanlarda kriz olarak tanımladığı yoğun kaygının eşlik ettiği anları oluyormuş, bu dönemler yarım saat kadar sürüyor ve hasta evinden dışarı çıkmak istemiyormuş. Hastanın ruhsal durum muayenesinde; özbakımı azalmış,algı bozukluğu yok, düşünce yapısı yer yer primer, düşünce akışında çevresellik, perseverasyonlar mevcut, düşünce içeriğinde paranoid sanrılar, aşırı uğraş ve obsesyonlar mevcut, duygudurumu ötimik, yargılama ve impuls kontrolü normal olarak gözlendi. Hastanın kullanmakta olduğu depakin 750 mg/gün,Ketiyapin 300 mg/gün tedavisi; Depakin 1000 mg/gün'e çıkarılıp, ketiyapin tedavisi azaltılarak kesilmesi yönünde düzenlendi.Yerine aripiprazol 15 mg/gün başlanarak 30 mg/güne çıkarıldı.Dört haftalık yatışının sonunda hasta ayaktan takibe alınarak taburcu edildi Taburculuk sonrası izlemlerinde hastanın biriktirdiği eşyaları para karşılığı sattığı, çöplerinden kurtulmak için bir temizlik görevlisi ile anlaştığı, kriz olarak adlandırdığı yoğun kaygının azaldığı öğrenildi.

Tartışma: İstifleme bozukluğu; önceleri Obsesif Kompulsif bozukluğun bir alt tipi olarak değerlendirilmesine karşın; Nöro-görüntüleme çalışmaları, nöropsikolojik testler ve klinik seyir OKB'ye benzer ancak ondan farklı bir klinik tablo olduğunu düşündürmüş ve DSM-5 ile birlikte OKB ve ilişkili bozukluklar başlığı altında bağımsız bir bozukluk olarak yer almıştır[2]. OKB'nin patogenezinde dopaminerjik ve serotoninerjik yolaklar arasında bir bozulma olduğu gösterilmiştir. Bu nedenle D2 ve 5 HT1A reseptörleri üzerindeki kısmi agonistik aktivitesinin yanı sıra 5HT2A reseptörleri üzerindeki antagonistik aktivitesi de bulunan aripiprazol ile yapılan tedavi stratejileri dirençli OKB vakalarında yüz güldürücü olmaktadır[3]. Stein ve arkadaşları istiflemenin patogenezinde dopaminerjik sistemin anahtar rol oynadığını belirtmişlerdir.[4]Yine SSRI'lara dirençli istifleme belirtileri olan, simetri ve ritüel tekrarlama özelliği olan OKB hastalarına güçlendirme amaçlı atipik antipsikotik eklenmesinin uzun dönemdeki etkinliği gösterilmiştir.[5] Bu amaçla istfileme bozukluğunun tedavisinde atipik antipsikotiklerden ketiyapin ve risperidon kullanımına yönelik vaka bildirimleri olmuştur ancak literatürde aripiprazol kullanımına ilişkin vakalar oldukça azdır. Bu vaka şizoaffektif bozuklukla beraber görülen istifleme bozukluğunda aripiprazolün de kullanılabileceğine yönelik bilgilerimizi arttırmaktadır.

Anahtar kelimeler: İstifleme Bozukluğu, Aripiprazol, OKB

Kaynaklar

1. Mueller A, Mitchell J, Crosby R,Glaesmer H, de Zwaan M (2009) The prevalence of compulsive hoarding and its association with compulsive buying in a German population-based sample. Behav Res Ther
2. Pertusa A, Frost RO, Fullana MA, Samuels J, Steketee G, Tolin D, et al.Refining the diagnostic boundaries of compulsive hoarding: a critical review.Clin Psychol Rev 2010
3. Pessina E, Albert U, Bogetto F, Maina G. Aripiprazole augmentation of serotonin reuptake inhibitors in treatmentresistant obsessive-compulsive disorder: a 12- week open-label preliminary study. Int Clin Psychopharmacol 2009
4. Stein DJ, Seedat S, Potocnik F 1999 Hoarding: a review. Isr J Psychiatry Relat Sci
5. Matsunaga H, Hayashida K, Kiriike N, Maebayashi K, Stein DJ 2010The clinical utility of symptom dimensions in obsessive– compulsive disorder. Psychiatry Res

PS-085

"ANNE-KIZ" FOLİE À DEUX: BİR ADLİ VAKA

Alper Bülbül[1], Çiğdem Küçükali[1], Pınar Şen Gökçeimam[1]

[1]*Sbü Erenköy Ruh Ve Sinir Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri*

Giriş: *Folie à deux,* iki ya da daha fazla bireyin benzer ya da aynı ruhsal hastalığın belirtilerini paylaşması durumlarında kullanılan bir terimdir. Literatürde ilk olarak 1860 yılında tanımlanmış ve süreç içerisinde ilişki psikozu, paylaşılmış psikotik bozukluk, aktarılmış delilik, enfeksiyöz delilik, ikiz delilik gibi isimlerle de ifade edilmiştir.

Burada hastanemiz sağlık kurulu polikliniğine başvuran "paylaşılmış psikotik bozukluk" vakasını ele almayı amaçladık.

Olgu: 50 yaşında, kadın, ilkokul mezunu, bir sene öncesine kadar fabrikada işçi olarak çalışmış olan, evli, 3 çocuğu olan ve ailesi ile beraber yaşıyor olduğu öğrenilen hasta mahkeme tarafından vesayet gerekip gerekmediğinin sorulması nedeni ile hastanemiz sağlık kurulu polikliniğine ayaktan başvurdu.

Hastanın alınan öyküsünde önceden çalıştığı iş yerinde esrar satıldığı ve mafyayla birlik olunduğunu düşündüğü için bir sene önce ayrıldığı, ayrıldıktan 2-3 ay sonra takip edildiğini, görünmeyen kameralar ile gözetlendiğini ve dinlendiğini düşünmesi nedeni ile çoklu sayıda polis ve savcılığa birçok başvurusunun olduğu öğrenildi. Hasta ilk zamanlarda mafyadan korktuğu için takip etmelerini ve gözetlemelerini önemsememeye çalıştığını fakat sonrasında televizyondan cumhurbaşkanının ve haber spikerlerinin kendisinin arkasında olduklarına ve mafyayı şikayet etmesi gerektiğine dair mesajlar verdiklerini, sokakta tanımadığı insanların giyiniş tarzları ile kendisine destek olduklarını düşündüğünü söylüyordu. Gözetlendiğini nasıl anladığı sorulduğunda evde olan her şeyin televizyondan yayıldığını, dışarıdan evde yapılan hareketleri söyleyen bir geldiğini bu sebeple belli saatlerde evde çocuklarının bile hareket etmesini yasakladığını, hareket edip yanlış bir hareket yaparlarsa gözetleyenlerin bunu yanlış yorumlayıp halka yayabileceklerini söylüyordu. Hastanın kızı ile yapılan görüşmede annesinin iş yerindeki çalışanların yasa dışı işlere bulaşmış olması nedeni ile işten ayrıldığını, sonrasında takip edildiğinin ve kameralarla izlendiğini düşünmeye başladığını söylediği öğrenildi. Annesine başta inanmadığını, hayaller görüyor olabileceğini düşündüğünü fakat daha sonra kendisinin de izlendiklerini hissettiğini, evde görünmeyen kameralar olduğunu düşündüğünü ve televizyondan cumhurbaşkanı tarafından uyarıldıklarını, izlenmeleri nedeni ile yanlış yorumlanmasın diye bazen hareket bile etmediklerini, bu sebeplerle beraber de polise gittiklerini fakat son aylarda polislerin de herhangi bir şey yapamayacakları için şikayetçi olmaktan vazgeçtiklerini söylüyordu. Hasta ve kızına ayırıcı tanı, rutin tetkikleri ve tedavisinin yapılaması için hastanemiz polikliniğine düzenli takiplere girmesi önerildi.

Sonuç: Kişiler arası ilişkinin bu en patolojik halini anlamak amacı ile biyolojik etkenlerin araştırılması, çevresel risk faktörlerinin belirlenmesi, uzun izleme çalışmalarına ve psikodinamik formulasyonlara ihtiyaç vardır. Bir risk faktörü olabileceği bildirilen geleneksel aile yapısının batı toplumlarına göre daha sık görüldüğü ülkemizde, paylaşılmış psikotik bozuklukların bildirilen vakalardan daha fazla olduğu düşünülmektedir.

Bu olgu ile literatüre katkı sağlayarak özellikle nadir olarak görülen hastalıkların bildirilmelerinin önemli olduğuna dikkat çekmek istiyoruz.

Anahtar kelimeler: Folie à deux, paylaşılmış psikotik bozukluk, adli

Kaynaklar

1- Doganavsargil O, Eryilmaz M, Cinemre B, Metin O. Türkiye'de Paylaşılmış Psikotik Bozukluk (Folie à Deux) in Turkey. Current Approaches in Psychiatry 2009; 1:215-228
2- Suresh Kumar PN, Subramanyam N, Thomas B, Abraham A, Kumar K. Folie à deux. Indian J Psychiatry. 2005 Jul;47(3):164-6. doi: 10.4103/0019-5545.55942. PMID: 20814461; PMCID: PMC2919794.

PS-087

İLACA BAĞLI ORTAYA ÇIKAN PİSA SENDROMU:BİR OLGU SUNUMU

Nihal Taştekin[1], Yücel Yılmaz[2], Engin Emrem Beştepe[1]

[1]*Erenköy Ruh Ve Sinir Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi*
[2]*Serbest Hekim*

Amaç: Pisa sendromu, nadir olarak bildirilen, nigrositriatal yolakta aşırı dopamin salınımına bağlı olduğu düşünülen, laterale trunkal deviasyon şeklinde ortaya çıkan bir lomber distoni türüdür (1). Genellikle tipik antipsikotiklerin kullanımına bağlı görülür. Ancak atipik antipsikotikler, duygudurum düzenleyiciler ve antiemetik ilaçlar gibi farklı grup birçok ilaca bağlı geliştiği bildirilmiş vakalar mevcuttur (2). Kadın cinsiyet, ileri yaş, çoklu ilaç kullanımı ve organik beyin hasarının olması bu sendrom için önemli risk faktörleridir (3). Biz de kadın servisimizde takip ettiğimiz ve pisa sendromu gelişen bir olguyu sunarak değerlendirmek istedik.

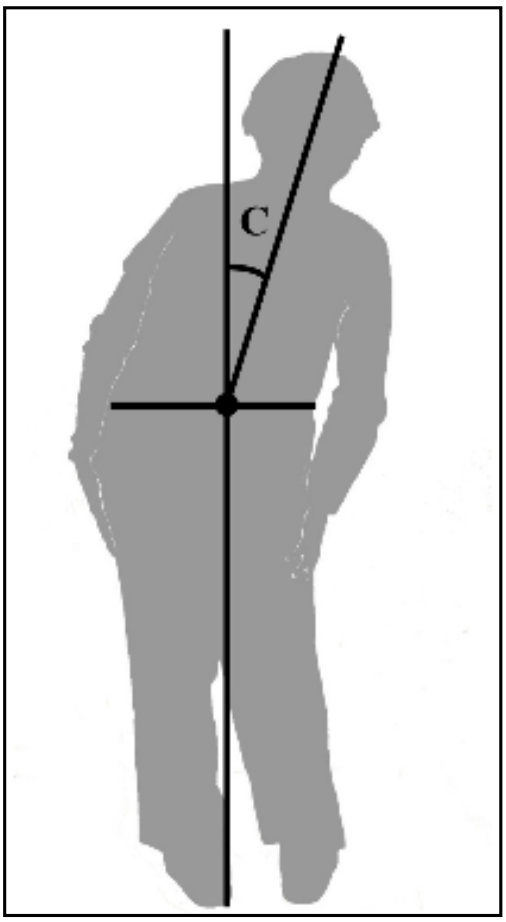
Vaka: 44 yaşında, ortaokul terk, evli, iki çocuk sahibi, eşiyle ayrı yaşayan, sosyal desteği zayıf olan kadın hasta, uykusuzluk, sinirlilik, şüphecilik, enerji artışı, hareketlilik, tedavi reddi şikayetleri ile acil servisten kliniğimize yatırıldı. 15 yıllık hastalık öyküsü, şizoafektif bozukluk tanısı, mükerrer hastane yatışları olduğu, tedavi uyumunun iyi olmadığı, son 1 yıldır ilaçlarını kullanmadığı, geçmişte ekt tedavileri uygulandığı öğrenildi. Eksitasyonu ve tedavi reddi olan hastaya haloperidol 20 mg/g amp ve biperiden 10 mg/g amp tedavileri başlandı, 3 gün sonra enjeksiyonları orale geçildi. Ketiapin XR 300 mg 1x1 tedaviye eklendi. Klinik içi uygunsuz davranışları ve tedaviye uyumsuzluğunun olması nedeniyle EKT başlandı, klorpromazin 150 mg/g tb tedaviye eklendi. Ekt 7 seans yapıldıktan sonra sonlandırıldı. Valproik asit 1000 mg/g ile başlandı. Haloperidol 20 mg/g tb, biperiden 4 mg/g tb, valproik asit 1000 mg/g tb, klorpromazin 150 mg/g tb, ketiapin xr 300 mg/g tedavileri ile takip edilen hastada lomber distoni ve sağ laterale trunkal deviasyon geliştiği gözlendi. Özellikle yürümeyle şikayetinde artış mevcuttu. Haloperidol ve klorpromazin kesilerek, biperiden 6 mg/g tb dozuna yükseltildi. Hastanın bir hafta içinde bulguları tamamen düzeldi.

Tartışma: Olgumuzda tedavi uyumsuzluğu ve eksitasyonu nedeniyle tipik antipsikotik ilaçlar uzun süreli devam edilmiş, kombinasyon tedavileriyle takip edilmek zorunda kalınmıştır. Hastada gelişen pisa sendromu, çoklu antipsikotik kullanımına bağlı ya da valproik asit eklenmesine bağlı bir ilaç etkisi olarak değerlendirilebilir. Tipik antipsikotiklerin kesilmesi ve biperiden dozunun artırılması ile birlikte şikayetlerde gerileme olması, ilaca bağlı pisa sendromunu desteklemektedir (2). Literatürde atipik antipsikotiklerle de ortaya çıktığı bildirilmiş vakalar olsa da, bu hastaların takipte tedavi seçiminde dopaminerjik yan etki potansiyeli daha az olan atipik antipsikotik ajanlar tercih edilmelidir. Özellikle yaşlı ve kadın hastalarda, uzun vadeli yan etki profilinin daha düşük olması, metabolik yan etkilerin daha az olması nedenleriyle aripipirazol önemli bir tedavi seçeneği olarak düşünülebilir. Tardif diskinezi ile birlikte ortaya çıkan bir pisa sendromu olgusunda aripipirazol tedavisinin faydalı olduğu gösterilmiştir (4).

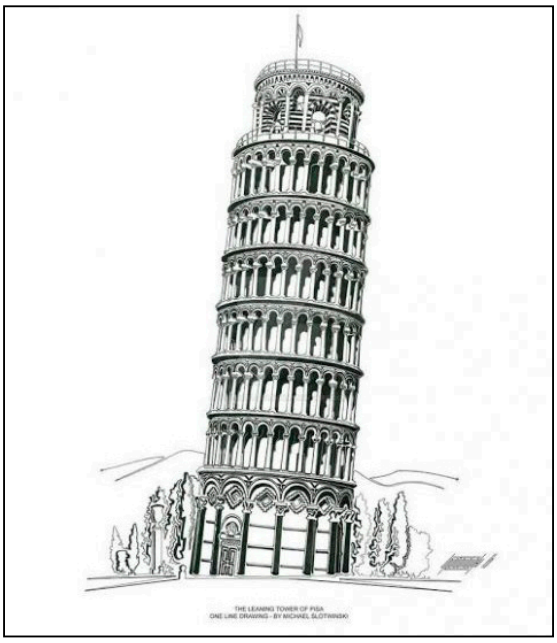
Anahtar kelimeler: pisa sendromu, lomber distoni, psikofarmakoloji

Kaynaklar

1. Miodownik, C., & Witztum, E. (2011). Pisa syndrome and laryngeal dystonia induced by novel antipsychotics. The Israel journal of psychiatry and related sciences, 48(3), 195.
2. Suzuki T, Matsuzaka H: Drug-induced Pisa syndrome (pleurothotonus): epidemiology and management. CNS Drugs 2002; 16:165–174
3. Stübner, S., Padberg, F., Grohmann, R., Hampel, H., Hollweg, M., Hippius, H., ... & Rüther, E. (2000). Pisa syndrome (pleurothotonus): report of a multicenter drug safety surveillance project. The Journal of clinical psychiatry, 61(8), 569-574.
4. Shan, J. C., & Tseng, M. C. M. (2009). Improvement in Pisa syndrome and tardive dyskinesia following aripiprazole treatment. The Journal of neuropsychiatry and clinical neurosciences, 21(3), 350-351.



Resim 1. Pisa sendromu



Resim 2. Pisa kulesi

PS-088

GANSER SENDROMU BULGULARIYLA GELEN BİR SEMANTİK DEMANS OLGUSU

Nihal Taştekin[1], Rabia Bilici[1], Mustafa Ülker[2]

[1]*Erenköy Ruh Ve Sinir Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri*
[2]*Erenköy Ruh Ve Sinir Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji*

Amaç: Ganser Sendromu (GS) ,basit hesaplamalarda ve sorularda doğru cevaba yakın ve yandan cevapların verildiği organik olmayan bir bilişsel gerileme olarak tanımlanmıştır. Psikiyatrik bir sendrom olarak tanımlanmış olmasına rağmen, bu bireylerde sıklıkla organik bir beyin hasarı tespit edilmiştir(1) Bir araştırma; GS ve Frontotemporal Demans(FTD)özellikleri ile başvuran,bir yıl boyunca nöropsikolojik ve görüntüleme bulguları ile takip edilen bir bireyin sonuçta FTD tanısının kesinleştiğini göstermiştir(2) Biz de psikiyatri kliniğimizde takip ettiğimiz bir olgu üzerinden frontotemporal demans-semantik varyans ve temaruz ayırıcı tanısının önemini vurgulamak istedik.

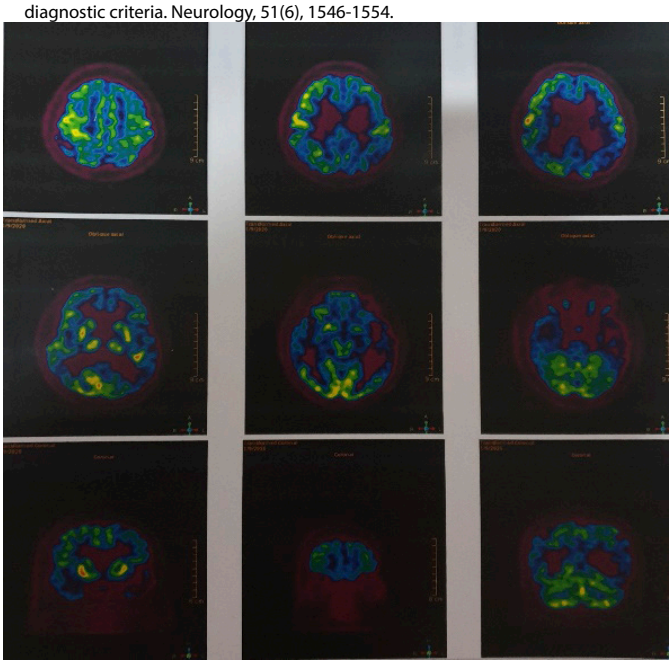
Vaka: 70 yaşında,lise mezunu,evli,ilk eşinden dört,ikinci eşinden iki çocuk sahibi,ikinci eşi ile birlikte yaşıyor olan, ticaretle uğraşan ve varlıklı olduğu belirtilen erkek hasta,hakkında vesayet gerekip gerekmediğinin belirlenmesi amacıyla kliniğimize yatırıldı. Yakınları arasında anlaşmazlık olması nedeniyle,tutarlı bilgiler elde edilemiyordu. Hasta bir şikayetten bahsetmiyordu,ancak sorulan sorulara cevap veremediğinde sinirlenerek,birilerinin zihniyle oynadığını o nedenle bu durumda olduğunu ifade ediyordu. Sorulara yandan cevaplar veren, negativist tutum sergileyen hasta başlangıçta "temaruz" olarak değerlendirildi. Nöroloji uzman hekimi tarafından değerlendirildi. Aile görüşmeleri, sosyal ve psikometrik incelemeler yapıldı. Özellikle son 2 yıldır unutkanlık, evde bazı eşyaları biriktirme, uygunsuz miktarlarda parasal yardımlarda bulunma, aynı ortamda aynı cümleyi tekrarlama gibi şikayetlerinin olduğu, öncesinde insanlarla ilişkileri iyi ve aktifken son dönemde bazı çocuklarıyla görüşmeyi reddettiği, iş hayatından ve eski arkadaşlarından uzaklaştığı, ancak herhangi bir tedavi başvurularının olmadığı anlaşıldı. Hastanın konuşması akıcı, konuşma miktarı fazla olmasına rağmen, konuşma içeriğine ve sözcük seçimlerine bakıldığında anlam bütünlüğünün kaybolduğu cümlelerinin olduğu fark edildi. Ray-15-item, ACE-R, trail-making testi, geriatrik depresyon ölçeği, Boston adlandırma ve meşhur yüzleri tanıma testleri uygulandı. İsimlendirme ve yüz tanımada bozulmaların olduğu, bazı nesnelerin işlevini ve ne olduğunu bilse de adlandırmada problem yaşadığı, parafazik cevaplar verdiği anlaşıldı. Fizik muayenede patolojik bulgu ya da taraf veren nörolojik bulgusu yoktu. Laboratuar tetkikleri ve EEG normaldi. Kranial MR "orta-ileri dereceli serebral atrofi" olarak değerlendirildi. Beyin PET, "solda belirgin bilateral frontal lobda orta düzeylerde ve solda belirgin bilateral parietotemporal loblarda belirgin düzeyde hipometabolik görünüm saptanmış olup, ileri evde demans ile uyumlu bulunduğu" raporlandı. Sonuçlar, hastanın "semantik demans" kliniğini desteklemekteydi.

Tartışma: Bulgular;1998 yılında belirlenen konsensusa (3) göre; ana kriterlerden; aşamalı, akıcı ama boş spontan konuşma, bozulmuş adlandırma ve kelime anlamı kaybı, parafaziler, algısal eşleştirme ve çizimde bozukluk olmaması, tek kelime tekrarının ve yüksek sesle okuma-yazma yeteneğinin korunmuş olması; destekleyici bulgulardan; fonemik parafazilerin olmaması, EEG'nin normal olması, MR ve PET'te özellikle sol temporal atrofi ve hipometabolizma olması Semantik Demans(SD) ile uyumlu bulunmuştur. SD, temaruz gibi psikiyatrik tablolarla karışabilmektedir. Her hastada tüm ayırıcı tanılar gözden geçirilmeli, temaruz ya da GS bulguları ile gelen hastalarda altta yatan organik patolojilerin olasığı da akla getirilmelidir.

Anahtar kelimeler: Semantik demans, Frontotemporal demans, Kognitif bozukluklar, Ganser Sendromu, Temaruz

Kaynaklar

1. Latcham, R., White, A., & Sims, A. (1978). Ganser syndrome: the aetiological argument. Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry, 41(9), 851-854.
2. Ladowsky-Brooks, R. L., & Fischer, C. E. (2003). Ganser symptoms in a case of frontal-temporal lobe dementia: Is there a common neural substrate?. Journal of clinical and experimental neuropsychology, 25(6), 761-768.
3. Neary, D., Snowden, J. S., Gustafson, L., Passant, U., Stuss, D., Black, S. A. S. A., ... & Boone, K. (1998). Frontotemporal lobar degeneration: a consensus on clinical diagnostic criteria. Neurology, 51(6), 1546-1554.



Resim 1. Beyin PET

PS-089

OLGU SUNUMU: RİSPERİDON VE SÜLPİRİD KULLANIMINA BAĞLI PANSİTOPENİ

Yusuf Taylan Boz[1], Tonguç Demir Berkol[1]

[1]*T.C. Sağlık Bakanlığı İstanbul Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı Ve Sinir Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi*

Olgu: Altmış beş yaşında kadın hasta, üç kardeşin en küçüğü, evli, üç çocuk sahibi ve eşiyle beraber yaşamaktadır. Acil servise intihar düşünceleri, perseküsyon hezeyanları ve uykusuzluk şikayetleri ile başvuran hastanın özgeçmişinde diabetes mellitus tanısı mevcuttur.

İlk olarak sekiz yıl önce perseküsyon hezeyanları ve intihar düşünceleri ile psikiyatri kliniğine başvuran hasta bipolar duygudurum bozukluğu tanısı almış. Risperidon tedavisi ile iyilik hali izlenen ve taburcu edilen hasta poliklinik kontrollerinde tedavinin günlük yaşantısında işlevselliğini bozduğunu belirtmiş, bunun dışında bir yan etki görülmemiş. Risperidon kullanımı sonlandırılarak tedaviye aripiprazol ile devam edilmiş. Daha sonraki kontrollerinde hastanın iki yıl boyunca remsiyonda olduğunun görülmesi üzerine aripiprazol tedavisi sonlandırılmış.

Tedavisi sonlandırıldıktan beş yıl sonra hezeyanları ve uykusuzluk şikayeti başlamış, şikayetlerin başlangıcından dört ay sonra hastaneye yatışı gerçekleşmiştir. Risperidon, biperiden ve ketiyapin tedavisi ile izlenen hastada yatışının 11. gününde sitopeni görülmüş.

Tartışma: Akut pansitopeni olgularında ilaç kullanımı suçlanmadan önce buna sebep olabilecek diğer nedenler dışlanmalıdır. Bu nedenler arasında viremi, septisemi, otoimmün hastalıklar, aplastik anemi, myelodisplastik sendromlar, lenforetiküler maligniteler ve tüberkülozis bulunmaktadır. Pansitopeni etiyolojisi araştırılırken kemik iliği aspirasyon biyopsisine gerek duyulabilir, fakat diğer tanısal testlerin yapılması gereklidir. Bu testler arasında kan kültürleri, viral seroloji, otoimmün antikor profili, tüberküloz araştırması için PPD deri testi bulunmaktadır.

Kaynaklar

1. Gnanaraj J, Parnes A, Francis CW, Go RS, Takemoto CM, Hashmi SK. Approach to pancytopenia: Diagnostic algorithm for clinical hematologists. Blood Rev. 2018;32(5):361–367. doi:10.1016/j.blre.2018.03.001
2. Woon LS, Tee CK, Gan LLY, Deang KT, Chan LF. Olanzapine-induced and Risperidone-induced Leukopenia: A Case of Synergistic Adverse Reaction?. J Psychiatr Pract. 2018;24(2):121–124. doi:10.1097/PRA.0000000000000292

3. Dettling M, Cascorbi I, Roots I. Genetic Determinants of Clozapine –Induced Agranulocytosis: Recent results of HLA Subtyping in a Non-Jewish Caucasian Sample. Arch Gen Psychiatry 2001; 58:93-94.

Anahtar kelimeler: risperidon, sülpirid, pansitopeni

PS-090

ŞİZOAFEKTİF BOZUKLUK VE DE CLERAMBAULT

Çağatay Haşim Yurtseven[1], Behçet Coşar[1], İrem Ekmekçi Ertek[1]

[1]Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Giriş: Erotomani kişinin ulaşılması mümkün olmayan bir kişi tarafından tutkuyla sevildiğine yönelik inançlarının bulunduğu nadir görülen bir sanrılı bozukluktur. De Clerambault sendromu tarif etmiş ve primer ve sekonder olarak iki kategoriye ayırmıştır. Primer erotomani bir sanrısal bozukluk alt tipidir. Sekonder erotomani, Paranoid şizofreni, Şizoaffektif bozukluk ve Bipolar affektif bozukluk gibi hastalıklarla birlikte görülür. Aşağıda yaklaşık 20 yıldır devam eden bir erotomani olgusunun tartışılması amaçlanmıştır.

Olgu: 42 yaşında kadın, bekar, çalışmayan ve babasıyla yaşayan hasta son bir aydır devam eden anlamsız konuşma, başkalarının anlayamayacağını iddia ettiği sesler duyma, radyodan mesaj aldığını ve dünyayı kurtaracağını düşünme, ilaç kullanımını reddetme ve ünlü bir talk show sunucusu ile aşk yaşayacağı, evleneceğini düşünme şikayetleriyle babası tarafından polikliniğe getirildi. Yaklaşık 20 yıldır psikiyatri takipleri ve çeşitli ilaç kullanımları mevcuttu. Hasta getirildiği sırada hasta olmadığını, o sunucuyla buluşması gerektiğini, onun serviste kendisini beklediğini ve bu sebeple geldiğini söylüyordu. Artmış hızda ve tonda, baskıcı nitelikte bir konuşması mevcuttu. Bu kişiyle derhal evlenmesi gerektiğini, zira bu evliliğin dünyayı kurtaracağını, yirmi yıl önceki ilk hastalık döneminde bu kişinin televizyondan ona aşkını belli eden konuşmalar yaptığını belirtiyordu. Geldiği dönem ölçek puanları SAPS: 58 YMRS: 42 BPRS: 55 şeklindeydi. Ruhsal durum muayenesinde hareketlilikte artış, primer düşünce süreci, soyutlamada bozulma, işitsel varsanılar, fikir uçuşması, grandiyöz, paranoid ve erotomanik sanrılar, artmış hızda baskılı, enkohere konuşma, eleve duygudurum, genişlemiş duygulanım aralığı, yargılama bozukluğu ve hastalığa dair tam içgörü kaybı gözlenen hasta Şizoaffektif bozukluk tanısıyla servise yatırıldı. Hastanın başvuru öncesinde kullanmakta olduğu Klozapin dozunun kademeli şekilde 600 mg/gün'e çıkılması planlandı. Afektif belirtilerine yönelik Valproik asit 500 mg/gün başlandı ve bir hafta sonra 1000 mg/gün'e yükseltildi. İlerleyen dönemde tedavisine Amisulpirid 200 mg/gün eklendi ve 400 mg/gün'e çıkıldı. Sanrısal içerikleriyle ilgili günlük görüşmeler yapıldı. Dört haftalık tedavi sonrası hastanın belirtilerinde kısmi remisyon elde edildi. Taburcu edilirken ruhsal durum muayenesinde yer yer primer düşünce süreci, ötimik duygudurum, dengeli ve uygun duygulanım mevcuttu. Hastalığa dair kısmi içgörü hali gözlendi.

Tartışma: De Clerambault sendromu nadir görülmesine rağmen klinik pratikte olasılıkla karşılaşılmaktadır. Sıklıkla başka psikiyatrik bozukluklarla birlikte görülmektedir. Sendrom genellikle farmakolojik ve psikoterapötik müdahalelere dirençlidir. Özellikle Şizofreni ve Şiozaffektif bozukluğun eşlik ettiği olgularda sanrıların tedaviye rağmen devam ettiği bilinmektedir. Literatürde erotomaninin tedavisi ve seyrine yönelik bilgiler kısıtlıdır. Erotomani olgularının daha çok bildirilmesi bu bozukluğun anlaşılmasına ve tedavisine yardımcı olacaktır.

Anahtar kelimeler: De Clerambault Sendromu, Şizoaffektif Bozukluk, Erotomani

Kaynaklar

1. Kennedy, Noel, et al. Erotomania revisited: Clinical course and treatment. Comprehensive psychiatry, 2002, 43.1: 1-6.
2. Okumuş, Arş Görv Burak. "Karşılıksız Aşk 'de Clerambault Sendromu': Bir olgu sunumu." Klinik Tıp Bilimleri 6.1: 36-39.
3. DE Moraes Sampaıo, T. De Clérambault's syndrome: Diagnostic and therapeutic challenge. Rev Psiquiatr RS, 2007, 29: 212-218.

PS-091

TAKROLİMUS KULLANIMINA BAĞLI PSİKOTİK ATAK : BİR OLGU SUNUMU

Bukhbat Byambadorj[1], Yalçın Kahya[1]

[1]Akdeniz Üniversitesi,ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Takrolimus özellikle transplantasyon sonucu kullanılan immunsupresan bir ajandır. Sıklıkla nöropsikiyatrik yan etkiler gözlenir. Bu yan etkiler arasında baş ağrısı, sinirlilik, tremor, uyku bozuklukları gibi hafif yan etkilerin yanında dizartri, afazi, bilinç kaybı, intrakranyal hemoraji gibi ağır yan etkiler de bulunmaktadır. Olgumuzda ilaç kullanımı sonrası psikotik semptomlar gelişmiştir.

40 yaş kadın hasta 9 sene once böbrek nakli olmuş, o zamanından beri takrolimus kullanmakta olan hasta polikliniğimize 2 aydır olan şüphecilik, içe kapanıklık, insanların zarar vereceğini düşünme, burnuna gelen ve kimsenin farketmediği tuhaf kokuların varlığı, birilerin ona dokunuyormuş gibi hissetme (kendisinin ifadesine göre cinlerle ilişkiye girme), taktil varsanı sonrası mastürbasyon ihtiyacı, cinsel istekte artma, duvarlarda akrepler görme, aile üyelerin yerine başkaların geçtiğini düşünme gibi şikayetleriyle başvurdu.

Ruhsal durum muayenesinde anksiyöz duygudurum, paranoid ve perseküsyon sanrıları, koku ,görsel ve dokunsal varsanıları mevcuttu. Daha önce psikiyatri başvurusu olmayan hastada organik nedenlerin ekartasyonu için çekilen beyin MR normal olarak raporlandı, hemogram biyokimya tetkiklerinde patoloji saptanmadı. Hastanın 2011 yılında böbrek yetmezliği sebebiyle renal transplantasyon operasyonu geçirdiği ve bu sebeple de takrolimus kullandığı öğrenildi. Takrolimus kan düzeyi bakılan hastanın ilaç kan düzeyinin her zaman 5-8 ng/ml arasında seyrederken son tetkiklerde bu ölçümde 20 ng/ ml çıktığı öğrenildi. Nefroloji bölümüne ilaç dozu azaltılması için danışılan hastanın takipte ilaç dozları azaltıldıktan sonra psikiyatri poliklinik kontrollerde psikotik semptomların azalarak geçtiği öğrenildi. Gelişen psikotik atağın takrolimus kullanımı sonucunda olduğu düşünüldü.

Takrolimus kullanımı sonrası psikotik bozukluk nadir olarak görülmektedir. Psikotik semptomları olan hastalarda kullanılan ilaçlar arasında takrolimusun varlığı bu anlamda önem taşımaktadır.

Anahtar kelimeler: takrolimus, psikoz, transplantasyon

Kaynaklar

1. Clin Schizophr Relat Psychoses. 2019 Jan 3. Tacrolimus-induced psychosis.
2. Gupta P, Singh J, Mahapatra A, Sharan P. Tacrolimus-associated mania with psychotic symptoms in a child after renal transplant. Natl Med J India 2018;31:281-2
3. Psychosis associated with elevated trough tacrolimus blood concentrations after combined kidney-pancreas transplant International Journal of Neuropsychopharmacology (2006), 9, 493–494.

PS-092

UZUN SALINIMLI ARİPİPRAZOL KULLANIMA BAĞLI GELİŞEN PARKİNSONİZM: BİR OLGU SUNUMU

Çiçek Hocaoğlu[1], Burak Okumuş[1], Ayşegül Barak[1]

[1]Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı

Giriş: Aripiprazol 5-HT2A reseptörlerine güçlü antagonist, 5-HT1A, 5-HT2C, dopamin D2 ve D3 reseptörlerine kısmi agonisttir(1). Farmakolojik profili tipik antipsikotiklerden farklı olduğundan, aripiprazolün daha iyi tolere edilebilir olacağına ve daha az hareket bozukluğu ortaya çıkaracağına inanılır. Aynı zamanda atipik antipsikotiklerde görülen kilo alımı, metabolik yan etkiler ve prolaktin artışı yan etkileri aripiprazolde görülmez(1,2). Bu olguda şizofreni tanısı ile ilk kez aripiprazol uzun salınımlı enjeksiyonu sonrasında ekstrapiramidal sistem yan etkisi gelişen olguyu literatür bilgileri ışığında sunmayı amaçladık.

Olgu: 43 yaşında bekar, kadın hasta vasisi olan ağabeyi ile polikliniğimize hareketlerinde tutukluluk ve yavaşlık şikayetleri ile başvurdu. Başvurusundan 1 ay kadar önce dış merkezde şizofreni tanısıyla yattığı, 400 mg uzun salınımlı IM enjeksiyon tedavisinin uygulandığı belirtildi. Ruhsal bir hastalığı olduğunu düşünmeyen hastanın daha öncesinde düzenli tedavi ve takibi olmadığı belirtildi. Hastane yatışı ve taburculuk sonrası olmak üzere 2 adet uzun salınımlı IM enjeksiyon tedavisi aldığı, oral tedavi almadığı belirtildi. Yapılan görüşmede 5 yıl önce askeri personel olan kişiler tarafından zorla kaçırılıp çoklu tecavüze uğradığını, kendine ilaç verilip bayıltılarak yumurtalıklarının çalındığını belirtti. Ailesinin de bu kişilerin kontrolünde olduğunu ve ona güvenmediklerini ve destek vermediklerini ifade etti. Diğer aile üyeleriyle yapılan görüşmede hastanın aile üyeleri ile de problemleri olduğu ve aileden ayrı yaşadığı, onların örgüt üyesi olduklarını düşündüğü, kendisini hastaneye götürmeye çalıştıklarında 'beni satmaya götürüyorsunuz' diyerek karşı çıktığı belirtildi. Üç kardeşi ve annede şizofreni tanısı olduğu belirtildi. Kliniğe yatışı yapılan ve hareketlerde yavaşlama, salyasını tutamama, halsizlik yakınmaları olan hastanın nöroloji konsültasyonu istendi. Kreatin kinaz, beyaz küre, ateş, kan basıncı yüksekliği görülmedi. Kraniel MR ve EEG tetkiklerinde patoloji tespit edilmedi. Simpson-Angus Ekstrapiramidal Belirti Ölçeği ile değerlendirildiğinde 17 puan alan ve ailede parkinsonizm öyküsü olmayan hasta DSM-5'e göre İlaçların yol açtığı hareket bozuklukları tanısı ile değerlendirildi. Hastanın hidrasyonu sağlanıp biperiden 2*2,5 mg ve lorazepam 2*1 mg tedavisi düzenlendi. Yapılan görüşmeler sonrası hastaya DSM-5'e göre şizofreni tanısı kondu. Yakınmalarında düzelme izlenen hastanın tedavisi klozapin 25mg/g olarak düzenlendi, ilaç dozu kademeli olarak arttırıldı. 35 günlük yatarak tedavi gören hastanın halen ayaktan tedavi biriminde takibi devam etmektedir.

Tartışma: Parkinsonizm oluşması için nigrostriatal yolakta %80'i aşan bir dopamin blokajı gereklidir. Ama aripiprazol bu yolakta yaklaşık %70 oranında D2 reseptör blokajı yapmaktadır(2). Parsiyel D2 agonistik etki, özellikle parkinsonizmin daha az görülmesinde önemlidir. Aripiprazole bağlı hareket bozukluklarının altında yatan mekanizmalar açıkça tanımlanmamıştır. Ayrıca aripiprazolde EPS belirtisi oluşmasında koruyucu olabileceği düşünülen antikolinerjik etki bulunmamaktadır(1).

Uzun salımlı formların tedaviye uyumu güvence altına alıp, nüksleri ve hastaneye yeniden yatışları azaltmalarının yanı sıra doz ayarlanmasının güçlüğü ve ilacın kesilmesi sonrası da yan etkilerin sürmesi gibi dezavantajları vardır(3). Bu bulgular ışığında riskli gruplarda aripiprazol kullanılması planlandığında, ilaca bağlı parkinsonizm gelişme olasılığı göz ardı edilmemelidir.

Anahtar Kelimeler: antipsikotik, aripiprazol, parkinsonizm

Kaynaklar

1. Stahl SM. Stahl'ın Temel Psikofarmakolojisi. T Alkın (çev.), İstanbul, İstanbul Tıp Kitabevi, 2015: 202-10.
2. Salmoiraghi A, Odiyoor M. A case of aripiprazole and extrapyramidal side effects: J Psychopharmacol 2006; 20: 592-93.
3. Chue P. Chue J. A review of aripiprazole long-acting injection. Current Medical Research & Opinion 2015, 1–12

PS-093

BİPOLAR BOZUKLUĞUN ÇOCUKLUK DÖNEMİ YORDAYICILARINA YÖNELİK BİR VAKA SUNUMU

Özgün Türe Tekin[1], Mustafa Dinçer[1], Burçin Özlem Ateş[1], Mehmet Ayhan Cöngöloğlu[1]

[1]Gülhane Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Çocukluk çağı bipolar bozukluk (BPB) tanısı tartışmalı olmakla birlikte; kronik seyir, önemli ölçüde işlevsellikte bozulma ve tedavi direnci mevcuttur. [1]Prodrom dönemi ve erken risk belirteçlerini bilmek erken teşhis ve direnci önlemek için önemli olduğu değerlendirilmektedir. Çocukluk çağı BPB kriterleri, özellikle okul öncesi çocuklar için belirsizdir. Birçok çocuk, tanı kriterlerinin net olmaması ve çocukluk çağında bu tanının geçerliliğinin sorgulanması sebebiyle gözden kaçırılmaktadır. Çalışmalarda çocukluk döneminde erken başlayan duygudurum ve uyku değişiklikleri ile psikomotor değişikliklerin, BPB başlamadan önceki belirgin semptomlardan olduğu, BPB'a sahip ebeveynlerin çocuklarının da yüksek riskli grupta olduğu belirtilmektedir. [2]OLGU: 7 yaşında 1. sınıfa devam eden erkek hasta ilgisiz, dikkatsiz, dalgın olması ve derse katılımınının olmaması nedeniyle polikliniğimize yönlendirilen hastaya, klinik değerlendirme sonrası, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) tanısı ile metilfenidat 10 mg/gün başlandı. Süreçte rebound huzursuzluk, davranış sorunları gözlenmesi üzerine metilfenidat kesilerek tedavisi atomoksetin 10 mg/gün olarak düzenlendi. Takiplerde dikkat dağınıklığı devam eden, irritabilite ve amaçsız saldırgan davranışları ve her gün olan ağlama krizleri başlayan hastanın atomoksetin tedavisi kesilip organik etiyolojinin dışlanması, tedavinin düzenlenmesi ve ayırıcı tanı amacıyla servise yatırıldı. Servis yatışı öncesinde yapılan ruhsal durum muayenesinde çevresine ilgisi azalmış, duygulanımı hafif kısıtlı, üzgün, mimik ve jestleri sıkıntı ifade eder tarzda, dikkati azalmış, davranışlarında sosyal çekilme ve dezorganizasyon mevcuttu. Erken gelişim dönemine ilişkin öyküde çocukluk döneminde ilgisiz, tuhaf hareketlerinin olduğu, ismiyle seslenildiğinde bazen yanıt vermediği, yaşıtlarıyla ve ailesiyle iletişiminin olduğu ancak iletişim kalitesinin çok iyi olmadığı öğrenildi. Babada ve teyzede BPB öyküsü mevcuttu. Risperidon 0,5 mg/gün başlandı ancak, uyku miktarında azalma, dezorganize saldırgan davranışlarının devam etmesi nedeniyle, BPB ön tanısıyla valproik asit 300 mg/gün tedavi başlandı ve 600 mg/güne yükseltildi. İlaç düzeyi 81,7 microgram/ml olarak ölçüldü. Tedavisi valproik asit 600 mg/gün, risperidon 0,5 mg/gün olarak düzenlenen hastanın çok silik otistik belirtilerinin devam ettiği ancak dezorganize davranışlarının ve irritabilitesinin kaybolduğu, uykusunun düzene girdiği gözlendi.

Tartışma: Otizm Spektrum Bozukluğu (OSB) olan hastalarda BPB prevelansı %3 ile %27, BPB'da OSB prevelansı %2 ile %30 arasında değişmektedir. 3Geniş otizm fenotipine sahip hastalarda ise BPB'unun çok erken başladığı bulunmuştur. Bu sonuç gençlerle yapılan diğer çalışmalarla tutarlı olup BPB ile OSB komorbiditesinin duygudurum bozukluğunun erken başlangıcıyla ilişkisini vurgulamaktadır. DEHB ve BPB arasındaki ilişki açık olmayıp bu durumu açıklamak için; DEHB semptomlarının bazı vakalarda bipolar bozukluğun prodromu olabileceği, BPB ve DEHB farklı bozukluklar olmakla birlikte, çocukluktaki ortak duygusal zorlanmaları paylaştıkları şeklinde modeller öne sürülmüştür. Son kanıtlar ise DEHB-BPB komorbiditesinin güçlü ve spesifik biyolojik temelllerinin olduğunu desteklemektedir. 4Bizim vakamızında eşik altı otistik belirtilerinin olması, başlangıçta DEHB tanısı alması, BPB'a ilişkin aile öyküsünün olması, uyku miktarında ve psikomotor hareketlerinde değişikliklerinin bulunması, literatür ile uyumlu olarak BPB'un erken dönem yordayıcılarına sahip olduğunu düşündürmektedir.

Anahtar kelimeler: bipolar, erken, yordayıcı, otizm, DEHB, çocukluk, irritabilite

Kaynaklar

1. Pediatric bipolar disorder: evidence for prodromal states and early markers Luby JL1, Navsaria N. J Child Psychol Psychiatry 2010 Jan 18.
2. Bipolar Disorder in Children Renk K1, White R1, Lauer BA1, McSwiggan M1, Puff J1, Lowell A1. Psychiatry J 2014 Feb 24.
3. Subthreshold autism spectrum in bipolar disorder: Prevalence and clinical correlates. Dell'Osso L1, Carpita B2, Bertelloni CA1, Diadema E1, Barberi FM1, Gesi C1, Carmassi C1. Psychiatry Res. 2019 Nov 2019 Oct 7.
4. Bipolar disorder co-morbidity in children with attention deficit hyperactivity disorder Donfrancesco R1, Miano S.2, Martines F1, Ferrante L1, Melegari MG1,Masi G Psychiatry Res 2011 Apr 30

PS-094

UTANGAÇ MESANE SENDROMU TANISIYLA ASKERLİĞE ELVERİŞSİZLİK RAPORU ALAN HASTA: BİR OLGU SUNUMU

Fatmagül Dikyar Altun [1]

[1]Burdur Devlet Hastanesi

Utangaç Mesane Sendromu, başkalarının yanında idrar yapamama durumudur. Başta erkeklerde olmak üzere toplumun %7'sinde bu durum gözlenirken, ürodinamik çalışma yapılan erkek hastaların da %6-19'unda bu duruma rastlanılır (1,2). Bu olgu sunumunda Utangaç

Mesane Sendromu(UMS) tanısı almış, askeri ortamda tekrarlayan mesane globları olan 26 yaşındaki erkek hasta tartışılmıştır.

Summary: Shy Bladder Syndrome is a state of inability to urinate among others. This is observed in 7% of the population, especially in men. This is also seen in 6-19% of male patients undergoing urodynamic studies (1,2). In this case report, a 26-year-old male patient with Shy Bladder Syndrome (UMS) and recurrent bladder globes in a military setting is discussed.

Giriş: Uren ve Dake; UMS'yi sıklıkla depolama sorunlarının da eşlik ettiği, (mesanede tam boşalma hissiyle birlikte olsun olmasın) genellikle yavaş idrar akışı, tereddüt hissi, idrar boşaltımında zorlanma hissi ile karakterize bir sendrom olarak tanımlamıştır. (3)

Olgu Sunumu: 26 yaşında erkek hasta. Özgeçmişinde panik atak öyküsü ve paroksetin kullanımı olan hastanın son bir yılda ilk etapta tuvalette başkaları varken rahatsız olma ve idrarını yapmakta zorlanma şeklinde başlayan şikayeti zamanla ilerlemiş. Tuvaletin bulunduğu bina içerisinde herhangi bir kişinin olması durumunda idrarını yapamaz olmuş. Bu nedenle hastada kaçınma davranışları başlamış. Hasta günlük yaşamında alışveriş merkezleri, sinema gibi insanların olduğu ortamlara gitmiyormuş. Mevcut şikayetlerle nörolojiye başvuran hastanın klinik durumunu açıklayacak organik bir patoloji bulunamamış. Kaçınma davranışlarıyla günlük yaşantısını idame ettirebilen hasta askerliğini yapmak üzere birliğe başvurmuş. Mevcut şikayet askeri ortamda daha da şiddetli bir şekilde devam etmiş. Askeri ortamda 8 gün kalan ve farklı koğuş verme, yalnız kalmasını sağlama gibi kolaylaştırıcı girişimlere rağmen hasta idrarını yapamama sonucunda mesane globu ile çok kere acil servise getirilmiş.

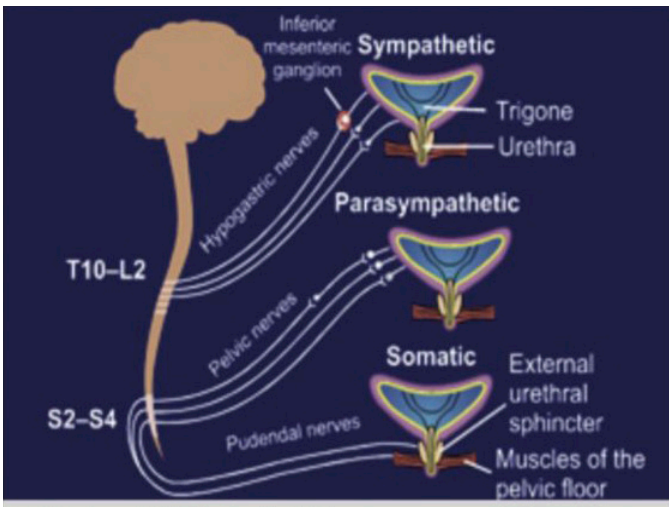
Tartışma: Uluslararası Kontinans Derneği (ICS) tanımlamasına göre detrusor yetersiz aktivitesi ya da detrüsör yetmezliği üretral obstrüksiyon yokluğunda, kontraksiyon gücünde ve/veya süresinde azalma, mesane boşaltımında uzama ve/veya normal zaman aralığında mesanenin tamamını boşaltımını sağlayamama olarak tanımlanmıştır. Detrüsör yetersiz aktivitesine yol açan etyoloji faktörler; myojenik nedenler, nöropatik nedenler (Detrüsör Yetmezliği) ve UMS şeklinde gruplandırılabilir. (4) UMS patofizyolojisi ile ilgili olası bir teori, artmış anksiyete durumlarında ortaya çıkan aşırı sempatik uyarıdır. UMS, sosyal anksiyete bozukluğu, majör depresiyon öyküsü, alkol bağımlılığı, obsesif kompulsif bozukluk ve cinsel istismar ile ilişkili olabilir (5)

Sonuç: UMS henüz uluslararası geçerliliği olan tanı sistemlerinde (ICD/DSM) henüz bulunmamaktadır. UMS' nun gerek fizyopatolojisi gerekse komorbid psikopatojiler konusunda daha net bilgilere ulaşmak için, daha fazla olgunun incelenmesi gerekmektedir. Olgulardan derlenen bilgiler tanı kriterlerinin netleşmesine ve uluslararası geçerliliği olan tanı sistemlerine dahil edilmesine sebep olacaktır. Bu olgu sunumu ile, hayat kalitesini etkileyecek düzeyde kaçınmalara neden olabilecek bu hastalığa dikkat çekmek ve tanı kriterleri oluşturulup, uluslararası geçerliliği olan tanı sistemlerine geçmesi anlamında literatüre katkı sağlanması planlanmıştır.

Anahtar kelimeler: Utangaç mesane sendromu, Detrüsör yetersiz aktivitesi

Kaynaklar

1. Soifer S, Nicaise G, Chancellor M, Gordon D. Paruresis or shy bladder syndrome: an unknown urologic malady? Urol Nurs. 2009;29(2):87-93.
2. Soifer S, Zgourides GD, Himle J, Pickering NL. 2001. Shy Bladder Syndrome: your step by step guide to overcoming paruresis. Oakland, CA: New Harbinger Publication, Inc. p 6–18.
3. Investig Clin Urol. 2017 Dec; 58(Suppl 2): S59–S60.Published online 2017 Dec 19.
4. Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, et al. The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the Standardisation Subcommittee of the Inter- national Continence Society. Neurourol Urodyn 2002;21:167- 78.
5. Vythilingum B, Stein DJ, Soifer S. Is "shy bladder syndrome" a subtype of social anxiety disorder? A survey of people with paruresis. Depress Anxiety. 2002;16(2):84-7.



Şekil 1. İşeme ile ilgili normal yolaklar

Abrams P, Wein AJ. 1998)

PS-096

PAYLAŞILMIŞ PSİKOTİK BOZUKLUK (FOLİE À DEUX): BİR OLGU SUNUMU

Oya Coşkun[1], Şadiye Visal Buturak[1], Orhan Murat Koçak[1], Öznur Arslan[1]

[1]*Kırıkkale Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Kırıkkale*

Giriş ve Amaç: Paylaşılmış psikotik bozukluk; bir aile veya bir grup içinde veya daha çok sayıda kişinin aynı sanrıyı paylaşması ve taşıması olarak tanımlanan ön planda sanrılar olmakla birlikte, varsanıların da tabloya eşlik edebildiği nadir görülen, kültürler arası çeşitlilik gösteren bir bozukluktur. Bu yazıda bir paylaşılmış psikotik bozukluk olgusu sunulması amaçlanmıştır.

Olgu: 32 yaşında, bekar, üniversite mezunu olan erkek hasta. 1 yıldır devam eden huzursuzluk, sinirlilik, sesler duyma, takip edilme zarar görme ve zina düşünceleriyle başvuran hastanın tanı netleştirilmesi için kliniğimize yatışı yapılmıştır.

İlk olarak 6 yıl önce asker dönüşü 1 yıl işsiz kaldığı dönemde, huzursuzluk, korku, sosyal izolasyon, haksızlığa tahammülsüzlük-sinirlilik, şüphecilik şikayetleriyle polikliniğimize başvurusu olan hastaya psikotik bozukluk tanısıyla aripiprazol 10mg/g başlanmıştır. Alınan öyküden daha çok işsiz kaldığı ve evde vakit geçirdiği dönemlerde şikayetlerin ortaya çıktığı, evden ayrıldığı dönemlerde şikayetlerinin düzeldiği öğrenilmiştir.

Soygeçmişte annede 5 yıl önce başlayan depresif ve müphem alınganlık yakınmalarıyla aripiprazol 5-10mg/g tedavisini düzensiz kullandığı anneyle yapılan görüşmelerde çevreyle iletişimi kısıtlı olduğu saptanmıştır. Oğluna aşırı düşkün, eşiyle arasının kötü, yaklaşık 5-6 yıldır parapsikolojiyle aşırı ilgili olduğu, erkeklerin kendisinden hoşlandığı/kendisini kötü yola düşürmeye çalıştığı, çevresindeki çoğu kadının kötü yola düşürüldüğü, bu yüzden oğlunun evlenemediği, oğlunun bu konuda istihbarat aldığı, polisin de dahil olduğuyla ilgili düşünceleri olduğu saptanmıştır.

Hastanın ruhsal durum muayenesinde; spontan konuşması azalmış, duygudurumu çökkün, duygulanım sığ, düşünce içeriği fakir; referansiyel ve persekütif sanrılar, işitme varsanısı, sanrı ve varsanıları ile ilgili amaca yönelik aktivite artışı tespit edilmiştir. Annenin ruhsal durum muayenesinde; görüşmeciye karşı telaşlı temkinli savunucu, afektinin anksiyöz, düşünce içeriğinin fakir; referansiyel persekütif grandiyöz erotomanik sanrılar, sanrı ile ilgili amaca yönelik aktivite artışı gözlemlenmiştir.

Alınan anamnez ve yapılan psikiyatrik muayene sonucunda hastaya DSM-IV-TR'ye göre paylaşılmış psikotik bozukluk, anneye sanrılı bozukluk tanısı konulmuştur. Hastanın aripiprazolun kesilip ilaçsız izlenmesi sonrası tüm belirtileri düzelmiştir. Anneye aripiprazol 15mg/g başlanmıştır. Takiplerde annenin artık bu düşünceleri mantıksız gördüğü gözlemlenmiştir.

Tartışma: ICD-10'da 'Etkilenme ile oluşan sanrılı bozukluk' tanısı, DSM-V'te 'Sanrılı bozukluğu olan kişinin paylaşımda bulunduğu bireylerde sanrısal belirtiler', DSM-IV'te 'Paylaşılmış psikotik bozukluk' başlığıyla "O sırada yerleşik bir sanrısı olan başka bir kişi ya da kişilerle yakın ilişki içindeki bireyde benzer bir sanrının gelişmesi ve bu sanrının, o sırada yerleşik sanrısı olan kişinin sanrısıyla içerik olarak benzerlik göstermesi" şeklinde ifade edilmiştir. Risk faktörleri; yakın ilişki, sosyal yalıtılmışlık, pasif kişilik, bilişsel bozulma, dil güçlükleri ve stresli yaşam olayları bildirilmiştir. Sunduğumuz olguda da benzer şekilde risk faktörleri mevcuttur. İleride yapılacak çalışmalarla benzerlik ve farklılık içeren olguların sunulmasının, nadir gözlenen bu hastalığın tanı ve tedavisine katkıda bulunabileceği düşüncesindeyiz. Çalışmalarda vakamızda görüldüğü gibi etkilenen bireyin, asıl sanrısı olan bireyden uzaklaştırılmasıyla belirtilerin düzeleceği bildirilmiştir.

Anahtar kelimeler: Paylaşılmış psikotik bozukluk, folie à deux, psikotik bozukluk

Kaynaklar

1. Korkmaz S, Kuloğlu M, Bahçeci B, Atmaca M. Paylaşılmış Psikotik Bozukluk: Bir Olgu Sunumu. Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi 2010;23:206-209.
2. Amerikan Psikiyatri Birliği. DSM-IV-TR Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı. Köroğlu E (Çeviri Ed.), Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 2007, 470-473.
3. Doğanavşargil Ö, Eryılmaz M, Cinemre B, Metin Ö. Türkiye'de paylaşılmış psikotik bozukluk (Folie à deux). Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar 2009; 1:215-228.
4. Ruh Sağlığı Ve Bozuklukları, Öztürk O, Uluşahin A. Ankara 2015.
5. Klinik Psikiyatri DSM-V Tanı Odaklı, Köroğlu E. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 2012.

PS-097

OLGU SUNUMU: ANTİPSİKOTİK KULLANIMINA BAĞLI OLDUĞU DÜŞÜNÜLEN VE LORAZEPAM TEDAVİSİNE YANIT VEREN TREMOR

Meltem Şen[1], Yusuf Taylan Boz[1], Hüseyin Yumrukçal[1], Tonguç Demir Berkol[1]

[1]T.c. Sağlık Bakanlığı İstanbul Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı Ve Sinir Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Olgu: 30 yaşında kadın hasta. İlköğretim mezunu, çalışmıyor. Anne, baba ve kardeşi ile İstanbulda yaşıyor. Dezorganize davranışları sebebiyle psikiyatri polikliniğine başvurdu. Fizik muayenede tremor ve rijidite saptanması üzerine servise yatışı yapıldı.

Hafif mental retardasyon tanısı mevcut hastanın 13 yaşında bilinmeyen miktarda klozapin tablet ile intihar girişimi olmuş. Daha sonra gastrik lavaj yapılmış, yoğun bakım yatışı olmamış. Hasta sekiz yıldır atipik psikoz tanısı ve olanzapin 10 mg/gün tedavisi ile izlenmekte. Yaklaşık sekiz yıllık karbamazepin 400 mg/gün kullanımı sonrası dört ay önceki poliklinik kontrolünde tedavi sonlandırılıp valproat 500 mg/gün ile devam edilmiş ve aynı kontrolde zuklopentiksol 50 mg ve 200 mg uzun etkili IM enjeksiyon uygulanmış.

Servis izleminde hastanın yüksek amplitüdlü tremoru, hipersalivasyonu olduğu izlenmiş, organik sebeplerin ekartasyonu amacıyla yapılan MR, EEG ve kan tetkiklerinde bir patoloji saptanmadı. Nöroloji konsültasyonunda acil patoloji düşülmedi. Ekstrapiramidal sistem yan etkileri ve nöroleptik malign sendrom şüphesi ile tüm tedavileri sonlandırılıp lorazepam 3 mg/gün tedavisine geçildi. Lorazepam tedavisinin ikinci gününde tremorun amplitüdünün düştüğü, hipersalivasyonun ortadan kalktığı, hastanın işlevselliğinin arttığı görüldü. Bunun üzerine tedavisine Aripiprazol eklenme kararı alındı. İlk gün 5 mg ve ikinci gün 10 mg alan hastanın tremorunun ve hipersalivasyonun geri geldiği izlendi.

Hastanın takiplerinde bradikinezisi, bradimimi Parkinsonian duruşu olduğu izlendiğinden ileri nörolojik değerlendirme ve tedavisinin yapılması amacıyla yönlendirilerek taburcu edildi. Taburculuğunda fayda gördüğü izlendiğinden 3 mg/gün Lorazepam reçete edildi.

Kaynaklar

1. Rajput A, Robinson CA, Rajput AH. Essential tremor course and disability: A clinicopathologic study of 20 cases. Neurology. 2004 Mar 23. 62(6):932-6.
2. Stolze H, Petersen G, Raethjen J, Wenzelburger R, Deuschl G. The gait disorder of advanced essential tremor. Brain. 2001 Nov. 124:2278-86.

Anahtar kelimeler: lorazepam, tremor

PS-098

PSİKOTİK BOZUKLUK İLE SEYREDEN İDİYOPATİK NORMAL BASINÇLI HİDROSEFALİ

Öznur Arslan[1], Şadiye Visal Buturak[1], Orhan Murat Koçak[1], Oya Coşkun[1]

[1]Kırıkkale Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Kırıkkale

Giriş Ve Amaç: Normal basınçlı hidrosefali (NBH); yürüme bozukluğu, demans ve inkontinanstan oluşan klasik triadın yanı sıra nadiren psikoz, depresyon veya maniye benzer bir tablo ile de karşımıza çıkarak, psikiyatrik hastalıklarla karışabilmektedir. Normal basınçlı hidrosefalinin psikiyatrik bozukluklara eşlik ettiğiyle ilgili az sayıda olgu bildirilmiştir. Normal basınçlı hidrosefalinin psikiyatrik tanılarla eş zamanlı bir tanı mı yoksa etyolojik bir neden mi olduğu halen cevabı aranan bir sorudur. Bu olgu sunumunda öncesinde psikiyatrik hastalık öyküsü olmayan, sağlıklı bir olguda normal basınçlı hidrosefali tanısıyla birlikte ortaya çıkan geç başlangıçlı psikotik bozukluk olgusu sunulmuştur.

Olgu: 53 yaşında, ilkokul 3. sınıfa kadar eğitim görmüş olan, evli kadın hasta; 5 yıldır giderek artan, insanlardan uzak durma, televizyon izlememe, telefonla konuşmama, kulağına sesler gelme, kulağına gelen sesleri engellemek için kulağına pamuk tıkama, akrabalarının kendisine zarar vereceği ve kulağına cihaz yerleştirildiği düşüncesi, o cihazdan küfür edildiğini söyleme, özbakımında azalma şikayetleri ile eşiyle birlikte polikliniğimize başvurmuştur. Geç başlangıçlı psikotik bozukluk olarak değerlendirilen hastanın ayırıcı tanısının yapılması ve tedavisinin düzenlenmesi amacıyla kliniğimize yatışı yapılmıştır.

Hasta ve yakınlarından alınan anamneze göre hastanın polikliniğimize ilk başvurusu 5 yıl önce olmuştur. O dönemde hastada geç başlangıçlı psikotik bozukluk düşünülerek etyolojiyi araştırmaya yönelik hastanın tetkikleri istenmiş ve olanzapin 10mg/g başlanmıştır. Aynı dönemde beyin ve sinir cerrahisi kliniğinde baş ağrısı ve davranış değişikliği şikayetiyle çekilen beyin manyetik rezonans(MR) görüntülemesinde hidrosefali saptanarak LP yapılmış ve hastaya normal basınçlı hidrosefali tanısı konulmuştur. Boşaltıcı LP uygulaması sonrası bir süre hastanın belirtilerinde iyileşme olduğu yakınlarından öğrenilmiştir. Hasta kontrollerine gelmemiştir ve önerilen tedaviyi ise 2 ay kullandıktan sonra bırakmıştır.

Hastanın kliniğimize yatışı sırasında yapılan fizik muayenesinde geniş tabanlı-dengesiz yürüyüşü gözlemlenmiştir. Ruhsal durum muayenesinde; bilincinin açık, kooperasyona isteksiz olduğu, görüşmecinin sorularını yanıtlamadığı, sadece eşiyle konuştuğu, afektinin künt, duygu durumunun apatik olduğu saptanmıştır. Algı muayenesinde işitme varsanıları, düşünce içeriğinde referansiyel ve persekütif sanrılar tespit edilmiştir.

Kliniğimize yatışı sonrasında beyin MR ile beyin ve sinir cerrahi kliniği konsültasyonu istenmiştir. Yapılan göz dibi muayenesinde papil ödem saptanmamış olup beyin MR ı hidrosefali lehine değerlendirilmiştir.

Hastaya İdiyopatik Normal Basınçlı Hidrosefaliye Bağlı Psikotik Bozukluk tanısı konularak 10 mg/g olanzapin başlanmıştır. Hasta yakınlarının isteğiyle taburcu edilmiştir.

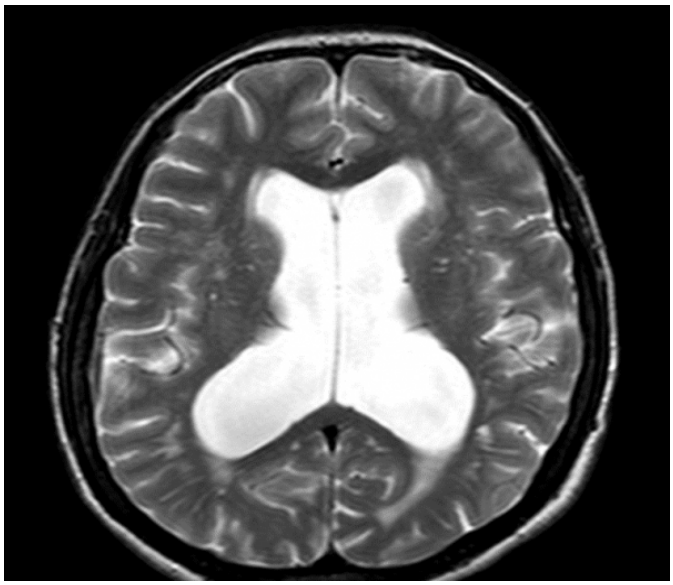
Tartışma: Bu olguda psikotik belirtilerin ileri yaşta ortaya çıkması, aile öyküsünde hiçbir psikiyatrik bozukluğun bulunmaması, yürüme bozukluğu gibi nörolojik bir belirtinin tabloya eşlik etmesi, radyolojik görüntülemede hidrosefali saptanması psikotik bozukluğun, hidrosefali patofizyolojisinin sonucu olabileceğini düşündürmüştür. İleri yaşta

ortaya çıkan psikotik bozukluğu olanların klinik değerlendirmelerinde diğer tıbbi nedenler akılda tutulmalı, detaylı fizik ve nörolojik muayenenin yanı sıra beyin görüntüleme incelemeleri yapılmalıdır.

Anahtar kelimeler: geç başlangıçlı psikotik bozukluk, idiopatik normal basınçlı hidrosefali

Kaynaklar

1. Ruh Sağlığı Ve Bozuklukları, Öztürk O, Uluşahin A. Ankara 2015,
2. Klinik Psikiyatri, Köroğlu E. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 2012,
3. Kocabaş T, Bayad S, Topbaş OA ve ark. (2018) Dsm-5 Içın Yapılandırılmış Klınık Görüşmenın (Scıd-5) Türkçeye Uyarlanması Ve Güvenılırlığı. Turk Psikiyatri Derg 29(1): 19.
4. Tünel M. , Çakmak S. , Tamam L., Demir T. Eş Zamanlı İdiopatik Normal Basınçlı Hidrosefali ve Mani Olgusu: Etiyoloji mi? Eş Tanı mı? Türk Psikiyatri Dergisi 2019;30(4):290-4



Resim 1.

PS-099

OLGU SUNUMU: GAZETE İLE İNTİHAR GİRİŞİMİ

Hatice Melek Başar[1], Yusuf Turushan Özcanlı[2]

[1]*Beylikdüzü Devlet Hastanesi, Psikiyatri Poliklinik*
[2]*Beylikdüzü Devlet Hastanesi, Üroloji Servis*

Amaç: İntihar 'bireyin duygusal, ruhsal ya da sosyal nedenlerin etkisiyle kendi yaşamına son vermesi' olarak tanımlanmaktadır. Kişiyi intihara götüren birçok neden sayılmaktadır. Psikiyatrik bozukluğu olanlarda intihar riskinin, psikiyatrik hastalığı olmayanlara göre 3-12 kat arttığı bildirilmektedir (1). Yazımızda depresyon sonucu penisten içeriye gazete sokma şeklinde intihar girişimi olan bir olgu sunulmuştur.

Olgu: 50 yaşında, erkek, İdrar yapamama sıkıntısı ile bir çok hastaneye başvurmuş en son hastanemiz acil servisinde nöbetçi üroloji uzmanı tarafından görülmüş. Glob vezikale saptanmış ve sonda takılmasına rağmen rahatlamayınca ileri tetkik amaçlı servise yatırıldı. Hastanın yapılan biyokimya, hemogram, TİT, idrar kültür, pa ac garfisi, tüm batın grafisi ve batın bt'sinde, PSA ve ALT'de minimal yükseklik, CRP 97 dışında özellik saptanmadı.15 gün serviste kalan ve glob etyolojisi araştırılan kişinin sondanın kenarından gelen gazete parçaları gelmesi üzerine sistokopi yapıldığında mesanede gazete parçaları görülen kişiye sistoskopi ile müdahele edilmeye çalışılmasına rağmen ulaşılamayınca açık opere edildi. Kişiye sorulduğunda intihar amaçlı olduğunu bildirmesi üzerine psikiyatri tarafından konsulte edildi. Anamnezde, evli ve üç çocuklu, ilkokul mezunu, tekstil işçisiydi. Geçirilmiş akciğer tüberküloz öyküsü dışında geçmişinde ve aile öyküsünde özellik yoktu. Eşi ile mmaddi sebeplerden dolayı geçimsizlik yaşamaktaydı. 21 yaşında mental retarde bakıma muhtaç bir kız çocuğu ile 17 yaşında bir imkansızlıklardan dolayı çalışan ikiz erkek çocukları vardı. Daha önce kredi kartı borcu nedeniyle hapis cezası almış. Yapılan psikiyatrik muayene ve psikometrik testlerde kişinin ağır depresyon yaşadığı zaman zaman içinden sesler geldiği ve yeterince erkek olamadığı için kendisini öldürmesi gerektiği düşünceleri olduğunu belirtti. Kişiye gerekli psikiyatrik tedavi başlanıp, takibe alındı.

Tartışma: Toplumlara göre sıklığı değişen intihar, ölüme götüreceğini bilerek, kurban tarafından gerçekleştirilen eylemlerin doğrudan ya da dolaylı olarak meydana getirdiği ölüm şeklinde tanımlanabilir. Bu davranışının ortaya çıkışında birçok etkenin bir arada rol oynadığı kabul edilmektedir (2). Bu yazıdaki vakada, sosyoekonomik düzeyde ve ataerkil yapıda cinsiyete atfen yapılmış sıradışı bir intihara dikkat çekilmek istenmiştir.

Anahtar kelimeler: intihar, gazete, depresyon

Kaynaklar

1. Turla, A., Aydin, B., Gündüz, M., & Boz, H. (2007). Sizofreni hastasinda intihar: Bir olgu sunumu/Suicide of a patient with schizophrenia: a case report. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 8(1), 74.
2. Ak, M., Gülsün, M., & Özmenler, K. N. (2009). Özkiyim ve Kisilik/Suicide and Personality. Psikiyatride Guncel Yaklasimlar, 1(1), 45.

PS-100

TALAMİK HEMORAJİYE SEKONDER GELİŞEN MANİK ATAK : BİR OLGU SUNUMU

Yalçın Kahya[1]

[1]*Akdeniz Üniversitesi Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı , Antalya*

Talamus, beyin sapı ve çeşitli kortikal alanlar arasında bağlantı sağlayan karmaşık bir yapıdır. Talamus hasarı çeşitli nöropsikiyatrik semptomlara yol açabilir. Olgumuzda talamusta oluşan kanama sonrası gelişen manik ataktan bahsedeceğiz.

36 yaş erkek hasta polikliniğimize son 2 haftadır olan enerji artışı , uyku ihtiyacında azalma , sinirlilik , şüphecilik , çok para harcama şikayetleriyle başvurdu. Daha önce psikiyatri başvurusu olmayan hastada etyolojiye yönelik hemogram , biyokimya tetkikleri ve idrar toksikolojisi bakıldı. Patoloji saptanmadı. Beyin MR da sağ talamusta geçirilmiş hemorajiye bağlı bulgular saptandı. Hastanın 4 ay önce vücut sol yarımında güçsüzlük sebebiyle acil servise başvurduğu ve sağ talamustan bazal ganglionlara uzanan 3x2 cm boyutlu hemoraji saptandığı ve bu sebeple bir süre nöroloji kliniğinde gözlendiği öğrenildi. Hastanın mevcut nörolojik muayenesinde patoloji saptanmaması ve manik atağı açıklayacak diğer sebeplerin ekartasyonu nedeniyle hastada talamik hemorajiye sekonder manik atak geliştiği düşünülmüştür. Takiplerde valproik asit 1000 mg/gün ve risperidon 4 mg/gün tedavisiyle manik atak semptomlarının tamamen geçtiği gözlemlenmiştir.

Literatür incelendiğinde talamik lezyonlardan sonraki mani nadir görülen bir durumdur . Fokal beyin lezyonlarına sekonder mani belirtileri klinik olarak primer psikiyatrik maninin özelliklerine benzer. Hastamızda da olduğu gibi talamus lezyonlarından özellikle sağ talamus lezyonlarında mani semptomları görülmüştür. Talamus hasarı gelişen hastalarda ileri dönemde mani , depresyon gibi psikiyatrik patolojiler açısından dikkatli olunması gerekmektedir.

Anahtar kelimeler: Talamus , Hemoraji , Mani

Kaynaklar

1. Behavioral Disconnection Syndrome Manifesting as Combined Mania and Visual-Auditory Hallucinations Secondary to Isolated Right Thalamic Hemorrhage. J Neuropsychiatry Clin Neurosci. Fall 2017;29(4):401-408.
2. Anosognosia and mania associated with right thalamic haemorrhage. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 2000 Jan;68(1):107-8.
3. Hemiballismus and secondary mania following a right thalamic infarction. Neurology. 1993 Jul;43(7):1422-4.

PS-101

PSÖDOKOLİNESTERAZ EKSİKLİĞİ OLAN HASTADA ELEKTROKONVULSİF TEDAVİ UYGULAMASINDA ROKÜRONYUM KULLANIMI: OLGU SUNUMU

Mustafa Çağrı Yıldız[1], Ali Metehan Çalışkan[1], İbrahim Eren[1]

[1]*Sağlık Bilimleri Üniversitesi Konya Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Beyhekim Psikiyatri Kliniği*

Psödokolinesteraz eksikliği bir kan plazma enzim bozukluğu olup genetik geçişli bir hastalıktır. Bu enzim eksikliğine sahip olan kişilerde bazı anestezik maddelere (ester yapıda lokal anestezikler dahil) karşı artmış duyarlılık olup bunun yanında süksinil kolin ve mivaküryum gibi kas gevşetici ilaçlara da artmış duyarlılık görülmüştür. Elektrokonvulsif tedavi (EKT); psikiyatride mental hastalıkların tedavisinde kullanılan ve hastanın nöbet geçirmesini sağlayan bir tedavi yöntemidir. EKT daha çok tedaviye hızlı yanıtın alınmak istendiği ağır mental ve psikiyatrik hastalıklarda ve medikal tedaviden istenen yanıtın alınamadığı durumlarda tercih edilmektedir. Bu vakamızda daha önce psödokolinesteraz eksikliği tanısı almamış ve EKT uygulanan ve propofol ve süksinil kolin uygulanması takiben anesteziden uyanma sırasında gecikme olan bir hastayı anlatacağız.

Olgu: 32 yaşında evli, eşi ve çocuklarıyla birlikte yaşayan hasta psikiyatri polikliniğine uyku bozukluğu, sinirlilik, saldırganlık, kendi kendine gülme, işitsel ve görsel halüsinasyon, öz bakımda azalma, intihar düşüncesi gibi şikayetlerle başvurdu. Tedavi düzenlenmesi amacıyla servise yatırıldı. Şizofreni tanısı konulan hastaya olanzapin 10 mg/gün başlandı ve 20 mg/güne kadar arttırıldı. Ancak hastanın takiplerinde medikal tedaviden istenen yanıt alınamayınca ve hastanın intihar düşüncelerinin olması üzerine EKT planlandı ve 9 seans uygulandı. İlk EKT'yi takip eden süreçte anestezi sonlandırılmış olmasına rağmen hastanın uyanmasında gecikme olması ve solunum desteğine ihtiyaç duyması nedeniyle hastada psödokolinesteraz enzim eksikliği olabileceği düşünüldü ve kan tahlili yapıldı. Tahlil sonucu psödokolinesteraz 0.19 u/l şeklinde gelen hastada tanı kesinleştirilmiş oldu ve uzamış uyanmanın önüne geçmek üzere hastaya sonraki EKT seanslarında roküronyum uygulandı.

Tartışma: Psödokolinesteraz enzim eksikliği saptandıktan sonra hastamıza EKT uygulanmış olup roküronyum anestezide kullanılmıştır ve sonraki EKT seanslarında komplikasyon görülmemiştir. Bu nedenle EKT öncesi hastalarda rutin psödokolinesteraz düzeyine bakılması anestezik komplikasyonları azaltabilir. Bunun yanında anesteziden uyanma süresinin arttığı durumlarda psödokolinesteraz enzim eksikliğinin olabileceği akılda tutulmalıdır.

Anahtar kelimeler: psödokolinesteraz eksikliği, elektrokonvulsif tedavi, roküronyum, anestetik ilaçlar

Kaynaklar

1. Maiorana, A; Roach Jr, RB (2003). "Heterozygous pseudocholinesterase deficiency: A case report and review of the literature". Journal of Oral and Maxillofacial Surgery. 61 (7): 845–7
2. Alexander, Daniel R. (2002). Pseudocholinesterase deficiency. Retrieved Mar. 13, 2007.
3. Rudorfer, MV, Henry, ME, Sackeim, HA (2003). "Electro convulsive therapy". In A Tasman, J Kay, JA Lieberman (eds) Psychiatry, Second Edition. Chichester: John Wiley&SonsLtd, 1865–1901.
4. Beloucif S (2013). "Informed consent for special procedures: electro convulsive therapy and psychosurgery". Curr Opin Anesthesiol. 26: 182–5.

PS-102

GEBELİKTE ANKSİYETE BOZUKLUĞU TEDAVİSİ: İKİ OLGU SUNUMU

Bilge Çetin İlhan

Konya Eğitim Araştırma Hastanesi Yazır Psikiyatri Kliniği

Amaç: Perinatal anksiyete belirtileri hem anne için obstetrik riskleri arttırmakta hem de bebeğin gelişimini olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Gebelik sırasında tedavi edilmeyen maternal anksiyetenin apgar skorlarında değişme, fetal harekerlerde ve fetal homodinamide bozulmaya yol açabileceği bilinmektedir (1). Yapılan çalışmalar, gebelik sırasında klinik olarak önemli anksiyete semptomları yaşayan kadınların preterm doğum ve düşük doğum ağırlıklı bebeklerin yanı sıra preeklampsi dahil diğer komplikasyonlara sahip olma olasılığının daha yüksek olduğunu göstermektedir. Bu nedenle, anksiyete bozukluğu olan kadınların gebelik sırasında dikkatle izlenmesi çok önemlidir, böylece hamilelik sırasında anksiyete semptomları ortaya çıkarsa uygun tedavi uygulanabilir.Bilişsel-davranışçı terapi (BDT) ve gevşeme teknikleri, hamilelik sırasında anksiyete semptomlarının tedavisinde çok faydalı olabilir ve ilaç ihtiyacını azaltabilir. Bu yöntemlerin anksiyete belirtilerini azalttığı gösterilmiş olsa da, daha önceden anksiyete bozukluğu olan kadınlarda gebelik boyunca ilaç tedavisi gerekebilir. Kullanılacak bir ilaç seçilirken, iyi bir güvenlik profiline sahip etkili bir tedavi seçmek önemlidir.

Olgu-I: A hanım, 34y, çalışıyor-öğretmen, ikinci gebeliği, isteyerek gebe kaldı. Hasta yaklaşık 10 yıldır anksiyete bozukluğu ile takip edilmiş. Kısa süreli ilaç kesimi denenmiş ancak şikayetlerin yinelemesi nedeni ile tedaviye devam etmiş. Gebelik öncesinde almakta olduğu tedavi tedrici azaltılarak kesildi ve gebelik planlandı. Gebeliğin 4. haftasından itibaren anksiyete belirtileri şiddetlenen hastaya öncelikle BDT ile takip denendi. Tedaviden yarar görmeyen hastaya kendisinin ve eşinin isteği ve onayı ile medikal tedavi başlandı. Gebelik boyunca düzenli aralıklarla görüşmeler ve takip yapıldı. Doğum zamanında oldu, hastanın takip ve tedavisine halen devam edilmektedir.

Olgu-II: B hanım, 31y, çalışmıyor-ev hanımı, üçüncü gebeliği, istemeyerek gebe kalmış. Tekrarlayan depresyon tanısı ile yaklaşık 8 yıldır takipte olan hasta venlafaksin tedavisine devam etmekte iken gebe olduğunu öğrenmiş. Gebelik ile birlikte anksiyete belirtileri başlamış ve giderek şiddetlenmiş. Önceki gebeliklerinde de gebeliğinin çok zor geçtiğini söyleyen hasta tedavisini bırakmak istemedi. Kendisinin ve eşinin isteği ve onayı ile medikal tedavisine devam edildi, hastaya eş zamanlı BDT uygulandı. Gebelik boyunca düzenli aralıklarla görüşmeler ve takip yapıldı. 37. haftada doğum oldu, komplikasyon yaşanmadı.

Tartışma: Anksiyete bozuklukları hamilelikte yaygındır ve hem anne hem de fetüs için kısa ve uzun vadeli risklerle ilişkilendirilmiştir ve psikofarmakolojik tedavi gerektirebilir. Anksiyete için kanıta dayalı, etkili tedaviler arasında BDT ve farmakolojik müdahaleler bulunur. Antenatal antidepresan tedavinin riskleri minimum düzeydedir. Tüm antidepresanlar plasentayı geçer ve bu düzey maternal dozun ortalama% 70 ila % 86'sıdır (2). Gebe kadınlarda randomize, çift kör, plasebo kontrollü çalışmalar mevcut olmadığından, bunların gebelikteki etkilerine ilişkin veriler büyük ölçüde vaka kontrollü veya geriye dönük çalışmalarla sınırlıdır. İleriye dönük kontrollü çalışmalarda antidepresan maruziyet ile önemli bir düşük riski ve doğumsal anomaliler arasında bir ilişki bulunamamıştır (3). Bu nedenle, gebelik sürecinde psikiyatrik semptomlar tanımlanmalı ve tedavi edilmelidir.

Anahtar kelimeler: perinatal, gebelik, BDT, antidepresan, anksiyete

Kaynaklar

1. Fairbrother N. Young AH, Janssen P, Anthony MM; Tucker E. Depression and anxiety during the perinetel period. BMC Psychiatry 2015; 15:206
2. Sutter-Dallay AL, Giaconne-Marcesche V, Glatigny-Dallay E, Verdoux H. Women with anxiety disorders during pregnancy are at increased risk of intense postnatal depressive symptoms: A prospective survey of the MATQUID cohort. Eur Psychiatry. 2004;19(8):459–63.
3. Lennestål, Roland MD; Källén, Bengt MD. Delivery Outcome in Relation to Maternal Use of Some Recently Introduced Antidepressants. Journal of Clinical Psychopharmacology: December 2007 - Volume 27 - Issue 6 - p 607-613

PS-103

REMİSYONDA BİR YAYGIN ANKSİYETE BOZUKLUĞU OLGUSUNUN COVID-19 TANISI SONRASI PSİKİYATRİK DEĞERLENDİRMESİ – OLGU SUNUMU

Erengül Güney[1]

[1]*Artvin Devlet Hastanesi*

Eylül 2020 itibariyle, 29 milyondan fazla insan, 2019 Aralık ayı sonunda ortaya çıkan yeni bir viral pnömoni (COVID-19) etkeni ile enfekte olmuştur. Yol açtığı fiziksel hasara ek olarak, COVID-19'un ruh sağlığı üzerinde de ciddi etkileri vardır. Buna rağmen, COVID-19 salgını sırasında psikiyatrik hastalar, ruh sağlığı hizmetlerinde bir azalma ile karşılaşabilirler. Bu bildiride, anksiyete bozukluğu nedeniyle beş yıldır tedavi edildiği ve tam düzelme gösterdiği bilinen, COVID-19 tanısı sonrasında anksiyete bozukluğu yinelemesi nedeni ile psikiyatri sevisine yatışı yapılmış bir olgu psikiyatrik yönden incelenmiş olup anksiyete bozukluğu için düzenlenen tedavi tartışılmıştır. Hastanın yatışı sırasında mevcut tedavisi değerlendirilmiş ve uzun zamandır fayda görmesi nedeni ile devam edilmiştir, bununla birlikte benzodiazepin tedavisi ek olarak başlanmıştır. Birinci ve ikinci ayının sonunda değerlendirildiğinde hastanın işlevselliği ve yaşam kalitesi artmış, semptomları azalmıştır. Sonuç olarak; halihazırda psikotrop ilaçlarla tedavi gören COVID-19 hastalarında devam eden tedavi ihtiyacını ve dozunu gözden geçirmek ve mevcut psikiyatrik semptomların ve psikiyatrik geçmişin doğru bir değerlendirmesi yarar sağlamaktadır.

Anahtar kelimeler: Anksiyete bozukluğu, Coronavirüs

Kaynaklar

1. Wuhan Municipal Health Commission, 2020. Report of novel coronavirus-infected pneumonia in China. Published January 20, 2020. Accessed January 31, 2020. http://wjw.wuhan.gov.cn/front/web/showDetail/2020012009077.
2. Huang Y, Zhao N. Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 outbreak in China: a web-based cross-sectional survey. Psychiatry Res. 2020;288:112954. doi:10.1016/j.psychres.2020.112954.
3. Hao F, Tan W, Jiang L, et al. Do psychiatric patients experience more psychiatric symptoms during COVID-19 pandemic and lockdown? A case-control study with service and research implications for immunopsychiatry. Brain Behav Immun. 2020;87:100-106. basım yeri bilinmiyor : doi:10.1016/j.bbi.2020.04.069.
4. Liu X, Lin H, Jiang H, et al. Clinical characteristics of hospitalised patients with schizophrenia who were suspected to have coronavirus disease (COVID-19) in Hubei Province, China. Gen Psychiatr. 2020;33(2):e100222. Published 2020 Apr 20. basım yeri bilinmiyor : doi:10.1136/gpsych-2020-100222.
5. Coutinho AE, Chapman KE. The anti-inflammatory and immunosuppressive effects of glucocorticoids, recent developments and mechanistic insights. Molecular and cellular endocrinology. 2011;335(1):2-13. doi: 10.1016/j.mce.2010.04.005.
6. Ostuzzi G, Papola D, Gastaldon C, et al. Safety of psychotropic medications in people with COVID-19: evidence review and practical recommendations. BMC Med. 2020;18(1):215. Published 2020 Jul 15.

PS-104

ALIŞILMADIK BİR İNTİHAR GİRİŞİMİ VAKASI; ÇAMAŞIR SUYUNUN İNTRAVENÖZ İNJEKSİYONU

Bahadır Demir[1], Şengül Kocamer Şahin[1], Esra Aslan[1], Gülçin Elboğa[1], Abdurrahman Altındağ[1]

[1]*Gaziantep Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı*

Amaç: İntihar davranışı tüm yaş gruplarını etkileyebilen psikiyatri kliniklerinde ve acil servislerde sıklıkla karşımıza çıkan bir sağlık problemidir (Hocaoğlu, 2013). İntihar yöntemleri yaş gruplarına, toplumsal ve kültürel koşullara göre görülme sıklığında farklılık olmasına karşın temelde kişinin en çabuk ulaşabileceği yöntemi seçtiği görülmektedir. Bu çalışmada sodyum hipoklorit'in (NaClO, çamaşır suyu) intravenöz (IV) yoldan kullanımı ile intihar girişiminde bulunan bipolar bozukluk tanılı bir vaka sunulmaktadır.

Olgu: 33 yaşında, bekar, bir hastanede temizlik personeli olarak çalışan kadın hasta, acil servise intihar girişimi nedeniyle getirildi. Hastanın genel durumu iyi bilinci açıktı. Alınan anamnezde son dönemde psikososyal stressörlerinin olduğu, 6 yıldır bipolar bozukluk tanısı ile takip edildiği, mevcut halinde valproik asit 1000 mg/gün, fluoksetin 40 mg /gün ve modafinil 300 mg/gün kullandığı, tedavi uyumunun iyi olduğu öğrenildi. Hastanın daha önce bir manik dönem, üç depresif dönem yaşadığı ve ilaç alımı ile suicid girişimi olduğu anlaşıldı. Fizik muayenesinde; sol kolunda dirsek iç yüzünde 3 cm çapında kırmızı renkli ekimoz ve ödem vardı. Olgu çalıştığı hastanede üst solunum yolu enfeksiyonu geçirmesi sebebiyle mayi tedavisi aldığını ve damar yolu açıldığını bildirdi. Tedavi sonrası damar yolunun çekilmesini beklemeden hastaneden ayrıldığını ve evinde 5 ml enjektörle 7 kez hipoklorik asit, 5 kez alkol puşelediğini anlattı. Hasta 24 saatlik acil servis gözlemi sonucu psikiyatri servisine yatırıldı. Hastanın sol kol dopler sonografisinde: sol sefalik venin açık, sol median kübital ven ile bu segmentten itibaren bazilik venin tromboze olduğu, yüzeyel tromboflebit lehine değerlendirildiği raporlandı. Hasta kardiyovasküler cerrahiye (KVC) konsulte edildi. KVC ekstremite elevasyonu önerdi. Hastanın psikiyatrik gözlem ve tedavisinin tamamlanması sonucu 10. gün taburcu edildi.

Tartışma: Bipolar bozukluk ile takipli hastalarda mortaliteyi etkileyen önemli bir faktör intihar davranışıdır. Bipolar hastaların %20-60'ının yaşamlarında en az bir kez intihar girişiminde bulunmuş olduğu, %4 ila 19'unun intihar ile yaşamını sonlandırdığı bilinmektedir (Rihmer, Gonda, & Döme, 2017). Türkiye İstatistik Kurumu (TUIK) 2015 verilerine göre ülkemizde intihar ile ölümde kullanılan en sık metod erkeklerde ası (%46.7) ve ateşli silah (%30.9) iken kadınlarda ası (%48.4), yüksekten atlama (%20.7) ve ateşli silahtır (%16.3) ("Turkish Statistical Instute," 2015). İntihar yöntemleri cinsiyete ve eğitim düzeyine bağlı olarak da değişkenlik göstermektedir. Seçilen intihar yönteminde temelde kişinin en çabuk ulaşabileceği yöntemi seçtiği görülmektedir(Gould, Fisher, Parides, Flory, & Shaffer, 1996). Bizim sunduğumuz olguda da damar yolunun olması bu farklı intihar girişiminin oluşmasında etkilidir. Hastanelerde taburculuk öncesi damar yolları çıkarılmakta, sonrasında taburculuk yapılmaktadır. Ancak hastane personellerine açılan damar yollarında bu kural göz ardı edilebilmektedir. Sağlık çalışanları bu konuda uyanık olmalıdır.

Anahtar kelimeler: Bipolar bozukluk, intihar, injeksiyonlar

Kaynaklar

Gould, M. S., Fisher, P., Parides, M., Flory, M., & Shaffer, D. (1996). Psychosocial risk factors of child and adolescent completed suicide. Archives of general psychiatry, 53(12), 1155-1162.

Hocaoğlu, Ç. (2013). İki uçlu bozukluk ve intihar davranışı. Journal of Mood Disorders, 3(5).

Rihmer, Z., Gonda, X., & Döme, P. (2017). The assessment and management of suicide risk in bipolar disorder. The Treatment of Bipolar Disorder: Integrative Clinical Strategies and Future Directions, 207.

Turkish Statistical Instute. (2015). Retrieved from http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do%3fid%3d21516

PS-105

PREDNİZOLON İLE TETİKLENEN İKİ MANİSİ OLAN İMMUN TROMBOSİTOPENİLİ HASTA

Bahadır Demir[1], Şengül Kocamer Şahin[1], Esra Aslan[1], Gülçin Elboğa[1], Abdurrahman Altındağ[1]

[1]*Gaziantep Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı*

Giriş: Kortikosteroidler antienflamatuar, antialerjik ve immunsupresif etkileri nedeniyle oldukça yaygın kullanılan steroid yapılı hormonlar ve sentezle elde edilen aynı yapıdaki analoglardır (1). Steroidlerin bazı sistemik yan etkileri sık görülür ve klinisyenler tarafından iyi bilinir. Psikiyatrik yan etkiler ise steroid sağaltımı altındayken sıklıkla görülür ancak tanı ve tedavi oranları düşüktür. Steroidlere ikincil mani, depresyon, karma dönem, psikoz, deliryum, özkıyım, depersonalizasyon, bilişsel bozulmalar ve daha hafif psikiyatrik bozukluklar (irritabilite , uykusuzluk , anksiyete, labil duygulanım) gelişebilir (2). Steroidlerin psikiyatrik yan etkilerinin patofizyolojisi hala tartışmalı konular arasındadır.

Ancak psikiyatrik tablonun kolinerjik ve dopaminerjik stimülasyonuna bağlı olarak ortaya çıktığı, kortikosteroidlerin hücre zarında yer alan sodyum potasyum pompasının işlevini bozarak iyon akışını değiştirdiği ve serotonin salınımını azalttığı düşünülmektedir (3). Burada sadece steroid tedavisi altındayken gelişen iki manik dönemi olan İmmun Trombositopeni (İT) tanılı olguyu sunmayı amaçladık.

Olgu: 50 yaşında, evli, üç çocuklu, ev hanımı hasta yaklaşık bir haftadır başlayan sinirlilik, saldırganlık, enerji artışı, çok konuşma, uyku ihtiyacında azalma ve aile bireylerine karşı düşmanca tutumu olması üzerine kliniğimize yakınları eşliğinde getirildi. Alınan anamnezde hastaya yaklaşık yirmi gün önce İT nedeniyle 60 mg/gün oral prednizolon yükleme tedavisi başlandığı, yedi gün süreyle bu dozda kullanması sonrası İT açısından kliniğinde düzelme olması üzerine dört günde bir 15 mg azaltıldığı anlaşıldı. Yaklaşık iki hafta içerisinde İT açısından belirgin düzelme gösteren hastanın normal işlevselliğine döndüğü öğrenildi. Sonraki bir hafta içerisinde hastada sinirlilik, enerjide artış, sürekli ev işi ve temizlik yapma isteği, konuşma miktarı ve hızında artış ve uyku ihtiyacında belirgin azalma ile belirli manik belirtiler ortaya çıkmış. Olgu ikinci trombositopeni atağına kadar psikotik veya duygudurumla ilişkili dönem yaşamamış. Premorbid kişilik özelliklerinin çekingen, sakin ve uyumlu olduğu öğrenildi. Aile öyküsünde erkek kardeşinde bipolar bozukluk vardı.

Tartışma: Kortikosteroidler otoimmün hastalıklarda, romatolojik hastalıklarda ve dermatolojik hastalıklarda sıklıkla kullanılmaktadır. Bu hastalıklarda hasta grubunun önemli bir bölümü genç yaş hastalardır. Psikiyatrik bozuklukların çoğunun kronik gidiş göstermesi ve işlevselliği bozduğu göz önüne alındığında, kortikosteroid kullanmak zorunda kalan hastalarda gelişebilecek psikiyatrik semptomların / bozuklukların takibi büyük önem taşımaktadır. Hastamızın steroid sağaltımı altındayken ikinci kez manik atak geçirmiş olması, tüm hekimlerin ilaçların psikiyatrik yan etkileri açısından uyanık olmasını, hastanın psikiyatrik özgeçmişi ve aile öyküsünün mutlaka sorgulanması gerekliliğini ortaya koymuştur.

Anahtar kelimeler: mani, prednizolon, immün trombositopeni

Kaynaklar

1. Morand, E.F. Corticosteroids in the treatment of rheumatological disease. Curr Opin Rheumatol 2000; 12 :171-177.
2. Lopez-Medrano F, Cervera R, Trejo O, et al. Steroid induced psychosis in systemic lupus erythematosus: a possible role of serum albumin level. Ann Rheum Dis 2002; 61: 562-3
3. Sirois F. Steroid psychosis: a review. Gen. Hosp. Psychiatry. 2003;25:27-33.

PS-106

HASHİMOTO ENSEFALOPATİSİNE BAĞLI KATATONİ OLGUSU

Bahadır Demir[1], Esra Aslan[1], Şengül Kocamer Şahin[1], Gülçin Elboğa[1], Abdurrahman Altındağ[1]

[1]*Gaziantep Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı*

Giriş: Hashimoto ensefalopatisi (HE), konfüzyon, stupor, koma, inme benzeri tablolar, titreme, epileptik nöbetler, miyoklonus, davranış değişiklikleri, varsanı ve hezeyan gibi pek çok farklı nöropsikiyatrik belirti ile klinikte görülebilir (1,2).

HE tanısı konulan olgularda belirli ortak özellikler tespit edilmiştir. Bunlardan ilki nöropsikiyatrik bulguların olması ve bu bulguların başka bir hastalıkla açıklanamaması, ikincisi belirtiler devam ederken yüksek serum tiroid otoantikorlarının saptanması, üçüncüsü ise klinik tablonun steroid tedavisine hızlı bir şekilde yanıt vermesidir (3).

Olgu: Elli yaşında kadın hasta, yakınları tarafından getirildi. Alınan anamnezde 2 ay önce uykusuzluk ve konuşmama ile başlayan şikayetlerine, yaklaşık bir ay önce dezorganize davranış ve görsel varsanılar eklenmiş. Hastaya ilk aşamada "Psikotik Özellikli Major Depresyon" ön tanısı ile olanzapin 10 mg/g ve sertralin 50 mg/g başlandı. Poliklinik kontrollerinde şikayetleri gerilemeyen hastada ayrıca yeni semptomlar ortaya çıktı. Hastanın psikiyatrik muayenesinde künt duygudurum, stupor, mutizm, negativism, rijidite ve postur alma gözlendi. Hasta katatoni tanısıyla psikiyatri kliniğimize yatırıldı. Rutin testlerinde Tiroid Uyarıcı Hormon (TSH: 12.028 mU / L) ve Anti Tiroid Peroksidaz (573 IU / ml) düzeyleri dışında anormallik yoktu. Hastaya 10 yıl önce Hashimoto Tiroiditi teşhisi konulduğu öğrenildi.

Hastaya katatoni semptomları nedeniyle günde 5 mg lorazepam verildi. İzlemde katatonik belirtilerin artması, idrar kaçırması ve nistagmus olması nedeniyle nöroloji konsültasyonu istendi. Hasta hashimoto ensefaliti tanısıyla nöroloji kliniğine devir edildi. Hasta, nöroloji servisinde kontrendikasyon olmaması nedeniyle verilen steroid tedavisine dramatik yanıt verdi. Sekiz günlük takipte şikayetleri düzelen hasta nöroloji polikliniği kontrolü önerisiyle taburcu edildi.

Tartışma: Hashimoto ensefalopatisi, nöropsikiyatrik semptomlar ve yüksek anti-tiroid otoantikor seviyeleri ile karakterize, bozukluğa özgü radyolojik ya da elektroensefalografi (EEG) bulguları olmayan ve steroid tedavisiyle dramatik düzelme gözlenen bir klinik tablodur. Olgumuzda HE tedevisi ile katatoni tablosu gerilemiştir.

Metabolik hastalıklar, viral enfeksiyonlar, sıcak çarpması, otoimmun hastalıklar, ilaç intoksikasyonları ya da çekilmesi, multipl skleroz, ensefalit, parkinson hastalığı ve inme dahil nörolojik hastalıklar katatoni tablosu ile karşımıza çıkabilir (4,5) Katatoni tedavisinde altta yatan tıbbi bir durumun olup olmadığı ivedilikle araştırılmalı ve tedavisinin sağlanması gerekmektedir.

Anahtar kelimeler: Katatoni, ensefalopati, tiroidit

Kaynaklar

1. Watemberg N, Greenstein D, Levine A. Encephalopathy associated with Hashimoto thyroiditis: pediatric perspective. J Child Neurol 2006; 21:1-5.
2. Canelo-Aybar C, Loja-Oropeza D, Cuadra-Urteaga J, Romani-Romani F. Hashimoto's encephalopathy presenting with neurocognitive symptoms: a case report. J Med CaseRep.2010;4:337.
3. Chong JY, Rowland LP, Utiger RD. Hashimoto encephalopathy: syndrome or myth? Arch Neurol 2003; 60:164-171.
4. Abrams R, Taylor MA. Catatonia. A prospective clinical study. Arch Gen Psychiatry 1976; 33:579-581.
5. Primavera A, Fonti A, Novello P, Roccatagliata G, Cocito L. Epileptic seizures in patients with acute catatonic syndrome. J Neurol Neurosurg Psychiatry 1994; 54:1419-1422.

PS-107

VARDİYALI OLARAK ÇALIŞANLARDA DÜRTÜSELLİK, SİRKADİYEN TERCİHLER VE İŞ DOYUMUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ

Hacire Bingöl[1], Pınar Güzel Özdemir[2]

[1]*Yüzüncü Yıl Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi*
[2]*Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilimdalı*

Amaç: Vardiyalı sistemde özellikle de gece vardiyasında çalışmak genel sağlık durumunun bozulmasına neden olarak bedensel ve zihinsel performansı, aile ve sosyal ilişkileri olumsuz etkilediği gibi uyku-uyanıklık ritmi ve dürtüsellik alanlarında problemlere yol açarak iş doyumunu etkileyebilir (1,2). Bu çalışmada vardiyalı çalışan hemşire ve sağlık memuru gibi sağlık personellerinde gece ve gündüz vardiyalı sistemde çalışmanın dürtüsellik, sirkadiyen tercihler ve iş doyumuna etkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Metot: Bu amaçla Yüzüncü Yıl Üniversitesi Dursun Odabaş Tıp Merkezi Hastanesi'nde 50'si gündüz vardiyasında ve 50'si gece vardiyasında çalışmakta olan toplam 100 sağlıklı, gönüllü hemşire ve sağlık memuru çalışmamıza dâhil edilmiştir. Bireylere Sosyo-Demografik özelliklerini oluşturan veri formu, Barratt Dürtüsellik (BIS)-11Ölçeği, Sabahlılık-Akşamlılık Ölçeği (MEQ), ve Minnesota İş Doyum Ölçeği uygulanmıştır. Yerel etik onayı alınarak araştırmamıza başlanmış olup katılımcıların yazılı onamları alınmıştır.

Bulgular: Çalışmamıza katılan 100 sağlık personelinin 42'si erkek, 58'i kadındı. Gündüz grubunda çalışanların yaş ortalaması 34.18±7.824, gece grubunda çalışanların yaş ortalaması, 28.92±5.710' du. Gündüz grubunda çalışanların çoğunluğunu kadınlar oluştururken, gece grubunda çalışanların çoğunluğunu erkekler oluşturmaktaydı. Her iki grup arasında yapılan sonuçlara göre, dürtüselliğin alt boyutları olan dikkat,

motor ve toplam puan değişkenleri bakımından gece ve gündüz vardiyası arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Bu üç değişken (dikkat, motor dürtüsellik, Barratt toplam puan) bakımından gece vardiyasında çalışanların değerleri gündüz grubuna göre daha yüksek bulunmuştur. İçsel doyum, dışsal doyum, genel doyum ve planlama değişkenleri bakımından gece ve gündüz vardiyaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık çıkmamıştır (Tablo 1).

Sonuç: Vardiyalı olarak çalışan sağlık personellerinde yaptığımız bu çalışmada elde edilen sonuçlara göre; kronik bir uyku yoksunluğu olarak değerlendirilebilen vardiyalı sistemde gece çalışmanın dürtüsellik oranlarını artırdığını farklılıklar ne olursa olsun, bir kişinin çalışma vardiyalarına uygun olup olmayacağını bilmek için kronotip özeliklerinin değerlendirilmesi gerektiğini önermekteyiz.

Anahtar kelimeler: Vardiyalı Çalışma, Dürtüsellik, Sirkadiyen Tercihler, İş Doyumu

Kaynaklar

1. Selvi Y, Özdemir PG, Özdemir O, Aydın A, Beşiroğlu L. Sağlık çalışanlarında vardiyalı çalışma sisteminin sebep olduğu genel ruhsal belirtiler ve yaşam kalitesi üzerine etkisi. Düsünen Adam- Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi, 2010; 23:238-243.
2. Özdemir PG, Ökmen AC, Yılmaz O. "Vardiyalı Çalışma Bozukluğu v e Vardiyalı Çalışmanın Ruhsal ve Bedensel Etkileri", Current Approaches in Psychiatry 2018; 10(1); 71-83.

Tablo 1.

	Gündüz Vardiyası (n=50)	*Gece Vardiyası (n=50)*	*Toplam (n=100)*	*p*
İçsel doyum	2.99±0.7	3.11±0.68	3.05±0.69	0.56
Dışsal doyum	2.58±0.74	2.80±0.75	2.67±0.75	0.17
Genel doyum	2.83±0.67	2.99±0.66	2.91±0.67	0.28
Dikkat	18±5.28	18.9±3.24	18.45±4.38	0.025*
Motor	21.2±4.58	24.54±4.01	22.8±4.6	0.000***
Planlama	27.4±5.26	27.2±4.31	27.3±4.79	0.917
Barrat Toplam	66.6±11.6	70.64±9.17	68.62±10.64	0.017*

PS-108

KONVERSİYON BOZUKLUĞU OLAN HASTALARDA TİYOL / DİSÜLFİT HOMEOSTAZININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Hasan Büyükarslan[1], Pınar Güzel Özdemir[2], Mustafa Sever[3], İbrahim Halil Yasak[1], Mehmet Asoğlu[1], İsmail Koyuncu[1]

[1]*Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi*
[2]*Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi*
[3]*Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi*

Amaç: Konversiyon bozukluğunun etiyolojisinde çeşitli psikodinamik görüşler, nörobiyolojik ve genetik etmenler, sosyo-kültürel görüşler üzerinde durulmuş; ancak çalışmalar sonucunda genellikle çok etkenli bir bozukluk olduğu bildirilmiştir (1,2). Tiyoller, reaktif oksijen ürünlerinin neden olduğu doku ve hücre hasarına karşı koruma sağlamak için serbest radikallerle reaksiyona girebilen bir sülfidril grubu içeren organik bileşiklerdir (3,4). Bu çalışmanın amacı konversiyon bozukluğu hastalarında antioksidan savunmada önemli rolü olan dinamik tiyol / disülfid homeostazını belirlemektir.

Metot: Çalışmamıza acil servise 2017-2018 tarihleri arasında başvuran, DSM-5 tanı kriterlerine göre konversiyon bozukluğu tanısı konan 96 hasta dahil edildi. Hastaların fiziksel muayeneleri yapıldıktan sonra bir psikiyatrist tarafından DSM-5 tanı kriterlerine dayanan yapılandırılmış bir psikiyatrik görüşme kullanılarak konversiyon bozukluğu tanısı konuldu. Çalışmaya yaş ve cinsiyetine göre eşleştirilen 96 sağlıklı gönüllü dahil edildi. Dışlama kriterleri olarak her iki grup için de bedensel hastalık varlığı, nörolojik hastalıklar, depresyon varlığı, anksiyete bozuklukları, zeka geriliği, demans ve diğer psikotik ve bilişsel bozukluklar alındı. Alkol veya diğer psikoaktif madde kullanıcıları ile sigara içenler kontrol grubu dışında bırakıldı. Her iki grupta, tiyol/disülfit homeostaz parametreleri, tam otomatik bir yöntem ile analiz edildi (5). Çalışma yerel etik komitesinden onay alınarak başlandı ve tüm katılımcılardan yazılı onam alındı.

Bulgular: Konversiyon bozukluğuna sahip 96 hastanın 55'i (%55,6) kadın, 41'i (%44,5) erkek iken, kontrol grubunda yer alan sağlıklı erkek ve kadın bireylerin sayısı birbirine eşitti. Yaş ve cinsiyet açısından anlamlı farklılık bulunmayan her iki grubun ortalama VKİ değerlerinin birbirine oldukça yakın olduğu görülmektedir (Tablo 1). Çalışmamızda konversiyon ve kontrol grubuna ait bireylerden alınan serum örneklerinde natif tiyol, disülfit ve total tiyol miktarları ölçülmüştür. Natif tiyol ve total tiyol miktarlarına ait en yüksek ortalamalar kontrol grubu örneklerinde tespit edilmiştir. Kontrol grubunda natif ve total tiyol miktarları, konversiyon grubuna ait miktarlar ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır (sırasıyla; Z=-5.548, p<0. 001 ve Z=4.644, p<0.001). Disülfit miktarı bakımından gruplar değerlendirildiğinde ise en yüksek ortalama değer konversiyon grubuna ait örneklerde saptanmıştır (24,55±6,38 µmol/L'e karşın 19.85±9. 09 µmol/L). Gruplar arasında disülfit miktarı açısından da anlamlı bir fark saptanmıştır (p<0. 001). Natif tiyol, disülfit ve total tiyol miktarlarının birbirleri ile olan oranları yüzde cinsinden hesaplanmıştır. Disülfit/natif tiyol ve disülfit/total tiyol oranları sırasıyla %7.93±2.67 ve %6.81±2.01 ile en yüksek oranda konversiyon grubunda tespit edilmesine rağmen, natif tiyol/total tiyol ortalama oranı en yüksek olan grup kontrol grubu olarak bulunmuştur. Disülfit/natif tiyol (p<0. 001), disülfit/total tiyol (p<0,001) ve natif tiyol/total tiyol (p<0. 001) oranları ile çalışma grupları arasında anlamlı farklılığa rastlanmıştır (Tablo 2). Sonuç: Konversiyon bozukluğu olan hastalarda oksidatif stres ve doku inflamasyonunun bir göstergesi olarak dinamik disülfit düzeyleri ile disülfit/natif tiyol ve disülfit/total tiyol oranlarının kontrole kıyasla daha yüksek olduğunu ortaya koymuştur ve ilk olma özelliği taşımaktadır.

Anahtar kelimeler: Konversiyon bozukluğu, oksidatif stres, tiyol / disülfit homeostazı

Kaynaklar

1. Uğuz Ş, Toros F. Konversiyon Bozukluğunda Sosyodemografik ve Klinik Özellikler. Türk Psikiyatri Dergisi 2003; 14(1):51-58.
2. Nicholson TRJ, Kanaan RAA. Conversion disorder. Psychiatry 2009; 8:5164-5169.
3. Chen AF, Chen DD, Daiber A, Faraci FM, Li H, Rembold CM, et al. Free radical biology of the cardiovascular system. Clin Sci (Lond). 2012; 123:73-91.
4. Kemp M, Go YM, Jones DP. Nonequilibrium thermodynamics of thiol/disulfide redox systems: a perspective on redox systems biology. Free Radic Biol Med. 2008; 44:921-37.
5. Erel O, Neselioglu S. A novel and automated assay for thiol/disulphide homeostasis. Clin Biochem. 2014; 47:326-32.

Tablo 1. Gruplar arasında demografik özelliklerin dağılımı

		Konversiyon grubu (n:92)	*Kontrol grubu (n:92)*	*χ2*	*p*
Cinsiyet	Kadın	55 (%55.6)	48 (%50)		
	Erkek	41 (%44,5)	48 (%50)	1.026	0.385
		Ortalama±SS	Ortalama±SS	z	p
Yaş		35.55±13.14	35.10±12.13	-0.058	0.953
Vücut Kitle İndexi		23.98±0.53	23.91±0.51	-0.943	0.346

Tablo 2. Gruplar arasında tiyol/disülfit homeostazına ait değerlerin dağılımı

	Konversiyon grubu	*Kontrol grubu*		
	Ortalama±SS	*Ortalama±SS*	*z*	*p*
Natif tiyol (µmol/L)	328. 40±68.82	404.22±92.23	-5.548	<0.001
Disülfit (µmol/L)	24.55±6.38	19.85±9.09	-3.608	<0.001
Total tiyol (µmol/L)	381.51±71.85	452.30±106.56	-4.644	<0.001
Disülfit/Natif tiyol (%)	7.93±2.67	5.03±2.47	-6.681	<0.001
Disülfit/Total tiyol (%)	6.81±2.01	4.47±2.03	-6.753	<0.001
Natif Tiyol/Total Tiyol (%)	86.37±4.03	91.03±4.06	-6.760	<0.001

PS-109

BORDERLINE KIŞILIK BOZUKLUĞU TANILI OLGULARDA VİRCHOW-ROBİN MESAFESİ: BIR OLGU SUNUMU

Koray Soytürk[1], Çiçek Hocaoğlu[2]

[1]*Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi Rize*
[2]*Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Rize*

Amaç: Beyin yüzeyini delerek dokunun içine doğru ilerleyen küçük arter ve arteriollerin çevresini saran, pia ile döşeli perivasküler alan, Virchow-Robin Mesafesi (VRM) olarak adlandırılmaktadır. Her ne kadar VRM'nin etiyolojisi belli olmasa da; demanslı, epilepsili, kafa travmalı, yüksek kan basınçlı hastalarda VRM saptanmıştır. Ayırıcı tanıda infarkt, tümör, vaskülit ve demyelinizasyon gibi durumlar yer almaktadır. Kitle etkisi oluşturmadıklarından genellikle semptomsuzdurlar ve tesadüfen rastlanılırlar. Mikroskobik olan VRM'ler genişlediğinde, manyetik rezonans görüntülerinde (MRG) gözlenebilirler. VRM'nin radyolojik görüntüsünün ve "genişleme"nin tanımı hakkında görüş birliği yoktur. Bir değerlendirmede 2 mm sınır olarak kabul edilmişken, diğerinde boyuttan çok şeklin patolojiyi tanımladığı ileri sürülmüştür. MR görüntülemelerinde ince kesitler alındığında, özellikle uzun-TR sekanslarında VRM'lerin neoplazi, küçük damar hastalığı, demyelinizan hastalık ve postiktal değişikliklerle karıştırılması olasıdır. Ayrıca VRM'ler kimi zaman patolojik anlamı olmaksızın görülebilir. Bu çalışmada şiddetli başağrısı, öfke nöbetleri, kendine zarar verme davranışları sergileyen sistemik nörolojik muayenesi normal olan, borderline kişilik bozukluğu tanısı ile kliniğimizde yatarak izlenen beyin serebral manyetik rezonans görüntülemede VRM saptanan kadın hasta literatür bulguları eşliğinde sunuldu.

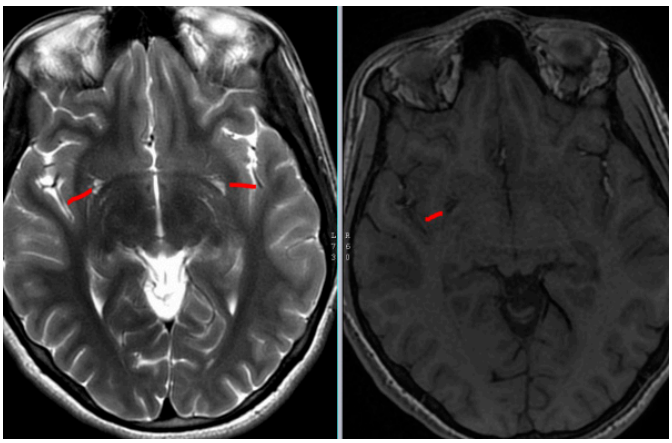
Olgu: Son 4 yıldır birkaç gün sürüp geçen olağanüstü düşünce dönemleri olduğu ifade edilen hasta 1 hafta önce başlayan kulağına sesler gelmesi, görüntüler görme, başağrısı, büyüklenmeci tavırlar, insanlardan şüphelenme, yüksekten atlama girişimi ve saldırganlık yakınmaları tarafından polikliniğimize getirilen 20 yaşındaki kadın hasta servisimize kabul edildi. Daha önce psikiyatrik başvuru ve tedavi görme öyküsü olmayan hastanın arkadaşları ve aile bireyleri ile sık sık sorunlar yaşadığı öğrenildi. Çok iyi ve çok kötü arasında yüksek salınımlı fikir kaymaları, dürtüsellik, eylem ve söylemlerde tutarsızlık, çabuk öfkelenme ve diğer insanları kontrol etme çabası izlenen hastada kurt kadına dönüşeceği inancı, iyi ruhlarla bir araya gelip kötülükle savaştığı düşüncesi, kötü insanların iyilerin aklına girip onları yönettiği düşüncesi gibi sanrısal düşünceleri de mevcuttur. Servisimize yatışı yapılan hastanın DSM-5'e göre kısa psikotik bozukluk ve borderline kişilik bozukluğu tanısı ile tedavisi olanzapin tedricen 15 mg/gün olarak düzenlenmiştir. Öfkelilik hali devam eden, servis içinde saldırgan davranış sergileyen hastanın tedavisine tedaviye karbamazepin 200 mg/gün eklenmiştir. Bilateral bazal ganglion inferior düzeyde VRM ile uyumlu birkaç adet tüm serilerde BOS ile izointens odak mevcuttur.

Tartışma: VRM olan hastalarda bazen tıbben açıklanamayan fiziksel ve ruhsal belirtiler izlenebilir. Bugüne kadar yapılan çalışmalarda demans, depresyonu olan olgulardaki VRM dikkat çekilmiş ancak ulaşabildiğimiz kadarı ile BKB tanısı ile izlenen olgularda VRM bildirilmemiştir. Çalışmamız bu alanda ilk olgu bildirimidir. Klinisyenler atipik özellikte yakınmaları olan ve tedavi yanıtları istenilen düzeyde olmayan olgularda tıbbi değerlendirmeler konusunda dikkatli olmalıdırlar.

Anahtar kelimeler: Borderline kişilik bozukluğu, Virchow-Robin mesafesi, Manyetik rezonans görüntüleme

Kaynaklar

1.Paranthaman R, Greenstein AS, Burns AS, et al. Vascular function in older adults with depressive disorder. Biol Psychiatry. 2010 Jul 15;68(2):133-9.
2. Tokuçoğlu F, Arıcı Ş, Çelebisoy M ve ark. Serebral görüntülemede Virchow-Robin Mesafesi: Ayırıcı tanı ve klinik ilişkisi Journal of Turkish Cerebrovascular Diseases 2009 15:1; 13-16.
3. Yılmaz M, Hazer DB, Çullu N ve ark. Dev Kistik Virchow-Robin Mesafesine Bağlı Ataksik Yürüyüş: Olgu Sunumu Journal of Neurological Sciences 29:(2)# 31; 427-430, 2012
4. Tok S, Doğan N, Devir Ç. Atypical Virchow - Robin Space: A Case Report with MRI Findings. CausaPedia 2013; 2:541 Ca 2013;2:541



Hastaya ait Virchow-Robin mesafeleri

PS-110

ISPARTA TOPLUM RUH SAĞLIĞI MERKEZİNE KAYITLI HASTALARIN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ

Gözde Bacık Yaman[1], İnci Meltem Atay[2]

[1]*Isparta Şehir Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Isparta, Türkiye*
[2]*Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Ad, Isparta, Türkiye*

Giriş: Ülkemizde 2008 yılından itibaren Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri lüzumlu hallerde hastaların takip ve tedavilerinin ev ortamlarında sunulabilmesi, yatış oranlarının azaltılması, psikososyal yardım verilmesi ve hastaların topluma kazandırılması gibi hedefler doğrultusunda açılmıştır(1). Bu çalışmada Isparta Toplum Ruh Sağlığı Merkezine kayıtlı hastaların sosyodemografik verilerinin, klinik özelliklerinin ve merkeze uyumlarının incelenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve yöntem: Toplum Ruh Sağlığı Merkezine açıldığı 2013 yılından beri kayıt olmuş 294 hasta çalışmaya dahil edildi. Kayıtlı hastaların dosyaları incelenerek sosyodemografik özelliklerine, tanılarına, suisid girişim öykülerine, ev ziyareti alıp almadıklarına ve merkeze düzenli gelme durumlarına bakıldı.

Bulgular: Hastaların %41,2'si kadın, %58,2'si erkektir ve çoğu bekar olup (%44,2), en fazla hasta sayısı 35-44 yaş grubundadır (%31,3). Hanedeki ilk çocuklarda ruhsal hastalığın daha fazla oranda (%28,2) görüldüğü ve kendi gelir durumlarına bakıldığında çoğunluğun ya gelirinin olmadığı yada engelli maaşı aldığı anlaşıldı. Hastaların %61,6'sının birinci derece akrabalarında psikiyatrik hastalık öyküsünün olmadığı, olanlar içinde ise en fazla oranda(%18) kardeşlerinde hastalık olduğu, %7,5'inin hayatında 1 kez suisid girişiminde bulunduğu, %2'sinin ise 2 ve daha fazla kez suisid girişiminde bulunduğu tespit edildi. Hastaların çoğunluğunun (%52,4) en az 1 kez mobil ev ziyareti aldığı ve %2,1'sinin merkeze düzenli geldiği görüldü.

Sonuç: Türkiye'de toplum yapısı nedeni ile hastaların çoğu aileleri ile beraber yaşamaktadır. Bakım verenler sadece medikal tedaviler konusunda yardım almakta bunun dışında ekonomik ve hukuki konularda kendilerini yalnız hissetmekte ve bu konuların getirdiği sorunlar nedeniyle zamanla hastalar ve aileler arasında ilişkiler bozulmaktadır(2). Kurulan ekip tarafından ev ziyaretleri yoluyla hizmetlerin hastanın ayağına gidiyor olması ruh sağlığı hizmeti alamayan hastaların tespit edilmesi ve hastaların bu hizmetlerden faydalanmalarının sağlanması açısından önemlidir. Bu sayede hastalara psikososyal destek hizmetlerinin verilmesi, merkezlere düzenli geliş oranlarının arttırılması ile hastalığın alevlenme ve yatış oranlarının azaltılması sağlanabilmektedir.Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde hastalık ile ilgili erken bulguların hastalara öğretildiği bir çalışmada merkeze düzenli gelen hastaların hastalıklarını yönetme becerilerini edinmesi ile birçok belirtinin önüne geçildiği gösterilmiştir(3).Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri ile ilgili çalışmaların artması,

tecrübelerin paylaşılması ve hastaların uyumlarının arttırılması ile bu merkezlerin verimliliğinin daha da arttırılabileceğini düşünmekteyiz.

Anahtar kelimeler: Toplum ruh sağlığı merkezi, sosyodemografik özellikler, merkeze düzenli gelme

Kaynaklar

1. Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Hakkında Yönerge. T.C. Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2011. (http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-12038/toplum-ruhsagligi-merkezleri-hakkında-yönerge/htlm.)
2. Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı 2011-2023. T.C. Sağlık Bakanlığı, Ankara 2011. (http://www.saglik.gov.tr/TSHGM/dosya/1-73168/h/ulusal-ruhsagligi-eylemplani.pdf)
3. Bilge A, Beycan Ekitli G, Embel N, Kaya FG, Kalkan Turan HS, Kaygı Oğulluk M. Toplum Ruh Sağlığı Merkezindeki Şizofreni Hastalarına Uygulanan Öncü Belirtileri Tanıma ve Başetme Eğitiminin İçgörü Düzeyi ve Yaşam Kalitesine Etkisi. Uluslarrası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi 2016;7(2):52-68.

PS-111

ŞİZOFRENİ TEDAVİSİ SIRASINDA GELİŞEN UYGUNSUZ ANTİDİÜRETİK HORMON SALINIM SENDROMU

Gözde Bacık Yaman[1]

[1]*Isparta Şehir Hastanesi Psikiyatri Kliniği, Isparta, Türkiye*

Giriş: Şizofreni, dünya nüfusunun yaklaşık %1'ini etkileyen kronik psikiyatrik bir hastalıktır(1). Hiponatremi antipsikotik ilaçlar kullananan kronik şizofreni hastalarının %10'unda görülür ancak ilaç kullanmasalar bile şizofreni hastalarının %4'ünü etkiler(2).Antipsikotik ilaçlar ile tetiklenmiş Uygunsuz Antidiüretik Hormon(ADH) salınım Sendromunda böbrekler aşırı miktarda solüt içermeyen su tutar, hiponatremi meydana gelir, serum osmolalitesi düşük, idrar osmolalitesi görece yüksektir.

Olgu: Şizofreni tanısı ile 15 yıldır takip edilen, zuklopentiksol 4mg/gün ve olanzapin 5 mg/gün kullanan, ek hastalığı ve başka ilaç kullanımı olmayan 45 yaşında kadın hasta halsizlik, kusma, uykuya meyil şikayetleri ile yakınları tarafından acil servise getirildi. Acil serviste epileptik nöbet geçiren ve bilinç bulanıklığı olan hasta yoğun bakım servisine yatırıldı. Kranial görüntülemede serebellar folialarda belirginleşme ve kortikal sulcuslarda genişleme dışında bulguya rastlanmadı. Hastanın istenen tetkiklerinde Na 119mmol/L, serum osmolalitesi 232mOsm/kg, idrar osmolalitesi 256mOsm/kg ve idrar dansitesi 1010 idi. Travma öyküsü olmayan, oksijenizasyonu, tiroid hormon değerleri normal olan hastanın çekilen toraks tomografisinde her iki akciğer bazalinde minimal kalınlaşmalar ve hafif derecede fibrotik sekel değişiklikler dışında infiltratif lezyon saptanmadı. Alınan öykü ve bulgular doğrultusunda hastaya antipsikotik kullanımına bağlı Uygunsuz ADH Salınım Sendromu tanısı konuldu. Olanzapin tedavisi kesilerek, sıvı kısıttlaması yapıldı. Takiplerinde kliniği düzelen hasta, öneriler ile taburcu edildi.

Tartışma: Hiponatremi serum sodyum seviyesinin 135mmol/L altında olmasıdır(3). Antipsikotiklerin hiponatremiye neden olmasının altında yatan mekanizma uygunsuz ADH salınımıdır. Hayvan çalışmalarında tipik ve atipik antipsikotiklerin ADH salınımını arttırdığı kanıtlanmıştır(4). Hiponatreminin gelişmesi ile ilgili ileri yaş, kadın cinsiyet, diğer ilaçların kullanımı ve tıbbi komorbidite gibi çeşitli risk faktörleri tanımlanmıştır. Tedavinin ilk 2 haftasında risk yüksek bulunurken, ilacın dozunun hiponatremi gelişimi ile ilgili olmadığı görülmüştür(5).

Sonuç: Psikotrop ilaçların neden olduğu Uygunsuz ADH Salınım Sendromuna bağlı hiponatremi erken fark edilmez ve tedavi edilmezse potansiyel ciddi sonuçları olan önemli bir klinik problemdir. Antipsikotik ile tedavi edilen hastalarda hiponatremi bulgularına karşı dikkatli olunmalı, kan sodyum düzeyleri yakından takip edilmeli ve hastalığın seyrinde ki herhangi bir değişiklik, hekimi hiponatremi olasılığına karşı uyarmalıdır.

Anahtar kelimeler: Uygunsuz antidiüretik hormon salınım sendromu, hiponatremi, şizofreni, antipsikotik

Kaynaklar

1. Meyer JS, Quenzer LF. Psychopharmacology: Drugs, the Brain, and Behavior. 2nd ed. Sunderland, MA: Sinauer Associates;2013.
2. Mannesse CK,van Puijenbroek EP, Jansen PA, van Marum RJ, Souverein PC, Egberts TC. (2010) Hyponatraemia as an adverse drug reaction of antipsychotic drugs: a case-control study in VigiBase. Drug Saf. 2010 Jul 1;33(7):569-578. https://doi: 10.2165/ 11532560-000000000-00000.
3. Smith DM, McKenna K, Thompson CJ. Hyponatraemia. Clin Endocrinol (Oxf) 2000;52(6):667-78. doi: 10.1046/j.1365-2265.2000.01027.x.
4. Ather Siddiqui J, Qureshi SF, Al Zaharani A. Psychotropic-Induced Hyponatremia: A Review. Psychiatry and Behavioral Sciences 2018;8(4):213-21. https://doi.org/10.5455/PBS.20180324094723
5. Madhusoodanan S, Bogunovic OJ, Moise D, Brenner R, Markowitz S, Sotelo J. Hyponatraemia associated with psychotropic medications. A review of the literature and spontaneous reports. Adverse Drug React Toxicol Rev 2002;21(1-2):17-29. https://doi.org/10.1007/BF03256181

PS-112

COVID-19 SALGININDA ORTAYA ÇIKAN DOĞUM SONRASI PSİKOZ: BİR OLGU SUNUMU

Koray Soytürk[1], Sabri Çolak[2], Çiçek Hocaoğlu[3]

[1]*Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi Rize*
[2]*Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Kadın Hastalıkları Ve Doğum Anabilim Dalı Rize*
[3]*Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı Rize*

Amaç: Tüm dünyada yaşamı ciddi bir şekilde tehdit eden coronavirus hastalığı (COVID-19) ekonomik, sosyal, psikolojik belirtilere de yol açtı. Pandeminin başladığı tarihten bu güne farklı topluluklar üzerinde COVID-19'un etkilerini araştıran çalışmalar yapılmış olmasına rağmen gebeler üzerindeki psikolojik etkileri yeterince incelenmemiştir. COVID-19 tüm bireyleri etkilediği gibi pandemi döneminde gebelik yaşayan ve doğum yapan kadınların da bu süreçten etkilenmeleri kaçınılmazdır. COVID-19 gebelerde ve doğum sonrası dönemde bebeklerinin virüsten etkilenmesi ihtimali nedeniyle önemli korku, endişeye neden olabilir. Gebelik ve doğum sonrası dönem ruhsal belirti ve bozukluklar açısından riskli bir dönemdir. Özellikle doğum sonrası psikoz en ciddi yıkıcı sonuçları olan klinik görünümdür. Bu çalışmada COVID-19 salgının başlangıcı sırasında gebeliğinin son döneminde olan ve doğum sonrası psikoz tanısı ile takip edilen hasta literatür bulguları eşliğinde sunulmuştur.

Olgu: İlk yakınmaları 1 ay önce çok konuşma, aşırı para harcama, kendi kendine anlamsız konuşma ve davranışlar, ev eşyalarını balkondan atma, insanlardan şüphelenme, uykusuzluk, yemek yememe, saldırganlık olarak başlayan ve yakınları tarafından acil servisimize getirilen 30 yaşındaki kadın hasta servisimize kabul edildi. Daha önce herhangi bir psikiyatrik hastalık ve tedavi görme öyküsü olmayan hastanın 2 ay önce ilk doğumunu yaptığı öğrenildi. Pandemi dönemine kadar gebelik ile ilgili kontrollerini düzenli olarak yaptırdığı ancak,'hastalık kaparım endişesi' ile gebelik kontrollerini aksattığı, doğum için bile hastaneye gitmek istemediği belirtildi. Normal doğum ile bir erkek bebek sahibi olan hasta bebeği ile evine döndükten sonra hastalık bulaşır endişesi ile eşinin hastanedeki işine gitmesini istememiş, yakınlarını eve almamış. İlk günlerde bebeğine bakım verebilen hasta daha sonra bebeğine bakamamaya ve evdeki işlerini yapamamaya başlamış. Servisimize kabul edilen hastanın psikiyatrik değerlendirme sonrası DSM-5'e göre doğum sonrası başlayan kısa psikotik bozukluk tanısı ile olanzapin 10mg/gün ve lityum 900mg/g tedavisi düzenlendi. Servisimizde 12 gün yatarak tedavi gören ve yakınının isteği ile taburculuk işlemi gerçekleştiren hastanın halen ayaktan tedavi biriminde takipleri devam etmektedir.

Tartışma: COVID-19 salgını gebelerde ve doğum yapan kadınlarda da çaresizliğe ve umutsuzluğa sebep olmaktadır. Özellikle enfeksiyondan korunmak için artmış kişisel hijyen alışkanlıkları ile birlikte sosyal sınırlama, izolasyon ve karantina gibi daha ciddi önlemler gebelerde ve doğum yapan kadınlarda belirgin strese yol açmaktadır. Ayrıca hastanelerde pandemi nedeniyle rutin çalışma programları değişmesi ve olgu sunumumuzda da olduğu gibi gebelerin enfekte olacağı endişesinden dolayı rutin gebelik vizitlerinde eksiklikler olmuştur. Doğum sonrası dönemde psikososyal değişim, uykusuzluk, genetik yatkınlık, hormonal ve psikostresör faktörler psikozun ortaya çıkışını kolaylaştırır. Klinisyenlerin pandemi döneminde gebelerin ve doğum sonrası olguların takiplerinde psikiyatrik belirtiler konusunda duyarlı olmaları önemlidir.

Anahtar kelimeler: COVID-19, doğum sonrası psikoz, tanı

Kaynaklar

1. Wang, C., et al., A novelcoronavirusoutbreak of global healthconcern. Lancet, 2020. 395(10223): p. 470-473.
2. Trocado, V., et al., Pregnancy and COVID-19: a systematic review of maternal, obstetric and neonatal outcomes. J Matern Fetal Neonatal Med, 2020: p. 1-13.
3. Durankuş, F. and E. Aksu, Effects of the COVID-19 pandemic on anxiety and depressive symptoms in pregnant women: a preliminary study. J Matern Fetal Neonatal Med, 2020: p. 1-7.
4. Qiao, Y., et al., Effects of depressive and anxiety symptoms during pregnancy on pregnant, obstetric and neonatal outcomes: a follow-up study. J Obstet Gynaecol, 2012. 32(3): p. 237-40.
5. Çim EFA. Post partum Psikoz. Van Tıp Derg 24(2): 131-134, 2017

PS-113

BUPROPİON KULLANIMINA BAĞLI PSİKOTİK BELİRTİLERİN GÖRÜLDÜĞÜ BİR OLGU SUNUMU

Mert Sinan Bingöl[1], Ali Erdoğan[1]

[1]*Akdeniz Üniversitesi Hastanesi*

Giriş: Bupropion; norepinefrin ve dopamin geri alım inhibitörü olarak etki eden ve yan etki profili bakımından oldukça güvenli sayılabilecek bir antidepresan ilaçtır. Bupropion'un en sık görülen yan etkileri uykusuzluk, konstipasyon, baş ağrısı ve ağız kuruluğu şeklindedir. Bu olgu sunumunda, sık gözlenen yan etkilerden farklı olarak, psikotik belirtilerin gözlendiği bir olgu sunularak, ortaya çıkabilecek nadir görülen yan etkilere dikkat çekilmesi amaçlanmıştır.

Olgu: 23 yaş erkek hasta, evli ve 1 çocuğu var. Üniversite personeli olarak çalışıyor. Son 2 yıldır daha sık olan sinirlenme, isteksizlik, mutsuzluk gibi şikayetleri olması nedeniyle zaman zaman psikiyatri polikliniğimize başvuruları olmuş. Bu nedenle 2018 yılında kısa süreli olarak sertralin, 2019 yılında da paroksetin kullanımları olmuş. 2020 yılındaki benzer şikayetlerle başvurusunda, daha önce kullandığı ilaçlardan fayda görmediğini belirtmesi ve cinsel yan etkilerden yakınması nedeniyle, kendisine bupropion 150 mg başlanmış. İlaca başlandıktan 3 hafta sonra kontrole gelen hastanın daha önce hiç olmadığı halde, bupropion tedavisi başlandıktan sonra karanlık yerlerden geçerken korkma, tedirginlik, şüphecilik, takip ediliyor gibi hissetme, birilerinin ona zarar vereceğini düşünme, ölüm korkusu, geceleri canlı ve korkulu rüyalar görme gibi şikayetleri olmuş. Bupropion kullanımından önce böyle şikayetlerinin hiç olmadığını belirten hastada, bupropion kesilmiştir, essitalopram 10 mg başlanmıştır. Essitalopram başlandıktan sonra takiplerinde, birkaç hafta içerisinde şüphe, korku, zarar görme düşüncelerinin kaybolduğu gözlenmiştir.

Tartışma: Bupropion; dopamin ve norepinefrin geri alım inhibitörü özelliği olan, ikinci kuşak bir antidepresandır. Cinsel fonksiyon üzerine minimal etkisi, daha az sedasyon yapması, gastrointestinal yan etki oranlarının düşüklüğü ve kilo kaybettirici özelliği kullanım avantajı sağlamaktadır. Bupropion'un yaygın gözlenen yan etkilerinin dışında daha az sıklıkta olmak üzere canlı rüyalar, dikkat, algı ve hafıza değişiklikleri, görsel halüsinasyon ve delüzyonlar, katatoni, insomnia gibi nöropsikiyatrik yan etkiler görülebilmektedir(1, 2). Bupropion; dopamin ve norepinefrin geri alım blokajı ile beyin ekstrasellüler dopamin ve norepinefrin konsantrasyonlarını doza bağımlı olarak arttırmaktadır(3). Bupropion tedavisi sırasında, nadir de olsa halüsinasyon veya diğer psikotik belirtiler gözlenebilmektedir. Bu durum muhtemelen artmış dopaminle ilişkilendirilmektedir (4,5). Bupropion son zamanlarda depresif bozukluk tedavisinde sık olarak kullanılan ve yan etkilerinin azlığı nedeniyle tercih edilebilen bir antidepresan olmasına rağmen, tedavi sırasında oluşabilecek psikotik bulgular da dahil, her türlü yan etki konusunda hekimin dikkatli olması gerekmektedir.

Anahtar kelimeler: bupropion, psikotik belirtiler, yan etkiler

Kaynaklar

1. Dwoskin LP, Rauhut AS, King-Pospisil KA, Bardo MT. Review of the pharmacology and clinical profile of Bupropion, an antidepressant and tobacco use cessation agent. CNS Drug Reviews 2006; 12(3-4):178-207.
2. Golden RN, James SP, Sherer MA, Rudorfer MV, Sack DA, Potter WZ. Psychoses associated with bupropion treatment. Am J Psychiatry 1985; 142:1459-62.
3. Papakostas GI. Dopaminergic-based pharmacotherapies for depression. Eur Neuropsychopharmacol 2006; 16(6):391-402
4. Ames D, Wirshing WC, Szuba MP. Organic mental disorders associated with bupropion in three patients. J Clin Psychiatry 1992;53(2):53-5.
5. Kroemer S, Kawohl W. Gustatory and olfactory hallucinations under therapeutic dosing of bupropion. J Neuropsychiatry Clin Neurosci 2011; 23(2):53.

PS-114

ELEŞTİRİLME KORKUSU PSİKOTİK BİR BULGU OLABİLİR Mİ? OLGU SUNUMU

Osman Özdemir[1], Pınar Güzel Özdemir[2]

[1]*Serbest Psikiyatrist*
[2]*Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilimdalı*

Giriş: Eleştirilme korkusu kişinin olumsuz yönlerinin alay konusu olacağını düşünmesidir. Freeman ve arkadaşlarının (2014) paranoya hiyerarşisine göre piramidin en altında reddedilme korkusu, dünyanın potansiyel bir tehdit içerdiği düşüncesi, kişiler arası ilişkilerde duyarlılık gibi sosyal endişeler yer almaktadır (1,2). Bu olguda eleştirilme korkusunun hezeyan türü psikotik bir bulgu olabileceği belirtilmektedir.

Olgu: 21 yaşında erkek hasta; Premorbid kişilik özellikleri olarak içe dönük az sayıda arkadaşı olan ve sınırlı sayıda hobileri olan bir kişi iken lise son sınıfta başlayan kendine bakmama, içe kapanma, uzun süre hareketsiz kalma, kendi kendine konuşma ve gülme, sinirlilik, küfür etme, takip edildiğini, herkesin kendisine saldıracağını düşünme, çok namaz kılma, ve mehdi olacağına inanma şikayetleri olmuş. Ruhsal durum muayenesinde; kendine bakımı azalmıştı, düşünce içeriği fakirdi, sorulara kısa yanıtlar veriyordu, duygulanımı kısıtlıydı, referans ve perseküsyon hezeyanları, Schneiderian belirtileri ve işitsel halüsinasyonları vardı. Hareketlerini yorumlayan ve kendisini yönlendiren sesler duyuyordu. Aklından geçenlerin karşısındaki insanın bildiğini söylüyordu. Uykusu azalmıştı. Tedavinin orta evresinde hasta eleştirilmekten ve dışlanmaktan korktuğunu ifade ediyordu. Yaptığım hatalardan, tipimden, hareketlerimden dolayı eleştirilebilirim diyordu. Arkadaşlarım, hatta annem ve babam da beni eleştirebileceğini; salak olduğunu söyleyebileceklerini düşünüyordu. Birisinin ona tembel veya başarısız olduğunu söylemesinden çekiniyordu. Söz konusu kişilere karşı öfke besliyor ve onlardan uzak duruyordu. Aynı zamanda bu kişilerden kavga edeceğinden ve ona küfür edeceğinden çekiniyordu. Hastaya Aripiprazol 5 mg/gün başlanarak kademeli olarak 20 mg/gün'e kadar yükseltildi. Takiplerinde hezeyanları azaldı, işlevselliği arttı, ailesiyle daha yakın olmaya başladı. Kendine bakımı arttı. Ancak extrapiramidal yan etkileri nedeniyle ilaç dozu önce düşürüldü daha sonra biperiden ile beraber risperidona geçildi. Hasta bu tedaviden belirgin fayda gördü. Premorbid işlevselliğine döndü. Antipsikotik tedavi ile beraber eleştirilme korkusu da düzeldi.

Tartışma: Bu vakada soyal fobiden farklı olarak eleştirilme korkusunun toplumsal olay olmaksızın görülmesi, diğer hezeyan türlerinde olduğu gibi mantıksal zincirde temellendirilememesi, sosyal izolasyonun negatif belirtilerle ilişkili olması, affektinin künt olması, eleştirilme korkusunun diğer psikotik semptomlara eşlik etmesi, ve antipsikotik tedavi ile azalma göstermesi eleştirilme korkusunun psikotik bir bulgu olabileceğini düşündürmektedir.

Anahtar kelimeler: eleştirilme korkusu, psikotik bulgu, boyutsal yaklaşım, paranoya hiyerarşisi

Kaynaklar

1. Freeman D, Evans N, Lister R, Antley A, Dunn G, Staler M. Height, social comparison, and paranoia An immersive virtual reality experimental study. Psychiatry research. 2014;218;348-52.
2. Bal F, Hacıosman BZ. Hezeyanlı bozukluk hakkında güncel ve bilimsel gelişmeler. The journal of social science. 2019;3:106-21.

PS-115

YETİŞKİNDE UYKU TERÖRÜ : BİR OLGU SUNUMU

Şule Gül[1], Çiçek Hocaoğlu[1]

[1]*Recep Tayyip Erdoğan Eğitim Araştırma*
[2]*Recep Tayyip Erdoğan Eğitim Araştırma*

Amaç: Duygudurum bozukluklarında (DDB) doğal seyirde,ilaçlara bağlı veya eş tanı uyku bozuklukları görülmekte birbirini potansiyalize eden bu durumlarda hastalığın yineleme riski,tedavi direnci artmakta. Uyku terörü,konfüzyonel uyanmalar,uyurgezerlik gibi parasomnilerin DDB seyrinde görülme sıklığı arttığı gözlenmiş.(Ohayon ve ark.) Uyku terörü NREM evre 3'de görülen ani uyanmayla beraber çığlığın eşlik ettiği ve kişinin uyandırılınca sakinleştirilemediği,amnezik bir parasomnidir.Bu çalışmada nörolojik muayenesi ve Kranial MR görüntülemesi normal olup mani bulgularıyla servisimizde takip ettiğimiz hastanın geceleri başlayan konfüzyonel uyanmaları, zaman zaman da disosiyatif bulguların eşlik ettiği uyku terörüne benzer korkuları,kabusları literatür bulguları eşliğinde sunuldu.

Olgu Sunumu: İlk şikayetleri 25 yıl öncesinde aslında ölü olduğunu çevresindeki insanların melek olduğu düşünceleri ve uykusuzluk ile başlamış.Postpartum dönemde de perseküsyon sanrılarıyla nüks etmiş. Duygudurum bozukluğu tanısı olan son 1 haftadır uykusuzluk,uykuda çığlık atma,ağlama,korku atakları ,perseküsyon sanrıları olan kadın hasta poliklinik üzerinden servisimize kabul edildi.Hastamızda geceleri ani ürpertici çığlıklarla başlayan aşırı korku davranışının eşlik ettiği uyku terörü gözlemledik.Uyandırılmaya çalışıldığında hasta, zorluk çekildi. Konfüzyon,dezoryantasyon ve korku atakları sırasında söylediği disosiyatif cümleleri hatırlamadığı amnezik bir durum yatış sürecinde geceleri her gün tekrarladı.Hastaya diğer ilaçlarına ek olarak geceleri klonazepam 2mg/gün eklendi ve zamanla korkularında azalma görüldü.Ara ara işitsel varsanıları olan hastanın babasının kendi babası olmadığı gibi düşünceleri vardı.Klinik seyirde sanrı ve varsanıların kaybolduğu gündüz duygudurumu ötimik hale gelen hastanın gece uyku terörü bulguları bir süre devam etti.Atak sırasında kabuslar görme,çığlık atma,terleme,titreme,taşipne,takipnesi olan hasta dezoryante gözlendi.Hasta lityum 300 mg 3*1 ,risperidon 2 mg ,ketiyapin 250 mg,biperiden 2 mg,klonazepam 2 mg ile 20 günlük yatışın sonunda taburcu oldu.Uyku laboratuarı ve video EEG'si olan bir merkezde değerlendirilmesi önerildi.

Tartışma: Uyku terörü NREM uykusu parasomnilerindendir.Kişi derin uykuda iken çığlık atarak yoğun bir korkuyla oturur pozisyonuna gelir.Beraberinde terleme,taşikardi,takipne,piloereksiyon,kızarma gibi otonomik belirtiler eşlik eder.Kısa süren bu atakları hasta sabah uyandığında hatırlamaz.Genelde 5-7 yaşlarında görülüp ergenlik döneminde kendiliğinden düzelir.Erişkinlerde yaygınlığı %1'in altındadır.(7) Genetik yatkın bir zemin ve beraberinde bulunan psikiyatrik hastalık erişkin uyku terörü için bir risk faktörüdür.Olson ve ark. parasomnisi olan 93 hastalık vaka seriside klonazepam ile %87 remisyon sağladığını belirtmiştir.Uyku teröründe yatak eşinden alınan anamnez,Video EEG kaydı ile hastanın uyku laboratuarında değerlendirmesi tanıda yardımcıdır.

Anahtar kelimeler: Yetişkin,uyku terörü,parasomni,klonazepam

Kaynaklar

1. Bipolar Bozuklukta Uyku Sleep in Bipolar Disorder Necla Keskin, Lut Tamam Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry 2016;8(3):255-265 doi:10.18863/pgy.238187
2. Parasomni ve Dissosiyatif BozuklukMustafa BİLİCİ,Kader Semra KARATAŞ Turkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics 2013;6(3)
3. Parasomniler: Tanı, Sınıflama ve Klinik Özellikleri Deniz Tuncel, Fatma Özlem Orhan Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 2009; 1:280-299
4. İki Olgu Özelinde Uyku Terörü ve Tedavi Yaklaşımı Treatment Approach to Sleep Terror: Two Case Reports Hatice SODANTURAN, Nermin GÜNDÜZ, Aslıhan POLAT, Ümit TURAL Arch Neuropsychiatr 2015; 52: 204-6 DOI: 10.5152/npa.2015.7243
5. American Academy of Sleep Medicine, The international classification of sleeep disorders: diagnostic and coding manual 2001; 141-214.

PS-116

İHMAL EDİLEN BİR KONU 'YETİŞKİN AYRILMA ANKSİYETESİ BOZUKLUĞU': BİR OLGU SUNUMU

Koray Soytürk[1], Çiçek Hocaoğlu[2]

[1]*Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi Rize*
[2]*Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Psikiyatri Anabilim 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. Yetişkinlik AAB'sinin yaşam boyu yaygınlığı %6.6 olarak bildirilmiştir (3). Yetişkin AAB oluş nedenleri, klinik özellikleri, risk faktörleri, eştanılı psikiyatrik bozuklukları ve tedavi yaklaşımları ile ilgili yeterli çalışma mevcut değildir. Bu çalışmada erişkin AAB ve yineleyen major depresif bozukluk tanıları ile servisimizde tedavi gören kadın hasta literatür bulguları eşliğinde sunulmuştur.

Olgu: Bayan R., 43 yaş kadın hasta , ev hanımı, bekar, ilkokul mezunu, ailesiyle birlikte yaşıyor. Son 3 aydır moralsizlik, keyifsizlik, evden çıkmak istememe, can sıkıntısı, göğsünde sıkışma hissi, iştahsızlık, kilo kaybı, uyku düzensizliği, nedensiz ağlamaların olması ve iş yapamama yakınmaları ile ablası refakatinde psikiyatri polikliniğine başvuran hasta servisimize kabul edildi. Hastanın gün içinde yüksek sesle ağlama, nefes alamama, darlık hissi mevcuttu. Servis içindeki izlem sırasında sık sık annesi, ablası ile ağlamaklı bir şekilde uzun telefon görüşmeleri yaptığı izlenen hastanın yapılan görüşmelerde bugüne kadar annesi ve ablasından hiç ayrı yaşamadığı, onlardan ayrı kalamadığı öğrenildi. Annesinin de çok kaygılı, titiz, kuralcı bir yapıya sahip olduğunu, çocukluk ve ergenlik döneminde annesinin 'başlarına bir şey gelir' endişesi ile hiçbir yere yalnız göndermediği, bu nedenle hiç arkadaş edinemediğini, ilkokuldan sonra çok istediği halde okula devam edemediğini belirten hasta bu durumun halen devam ettiğini belirtti. Şimdiye kadar ev dışında hiç kalmadığını, sokağa sadece annesi ve ablası ile çıkabildiğini, şu an kendisinin de 'anneme ablama bir şey olur mu' endişesi yaşadığını belirten hastanın uygulanan Bağlanma Tarzı Ölçeği'nde güvensiz bağlanma modeli ile uyumlu olduğu, Erişkin Ayrılma Anksiyetesi Anketi puanı 73 olarak değerlendirildi. Stres yönetimi ve problem çözme becerileri geliştirmeye yönelik destekleyici görüşmeler sonucunda yakınmalarında azalma olan hasta tedavisinin 26. günü kendisinin ve yakınının isteği üzerine tedavisine ayaktan tedavi biriminde devam etmesi önerilerek taburcu edilmiştir.

Tartışma: DSM-5 tanı sisteminde yetişkinleri içeren tanı ölçütleri ile yetişkin AAB olgularının ve riskli grupların erken saptanıp ayırt edilmesi ve 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. Özellikle olgu sunumuzda da olduğu gibi çocukluk döneminde annenin mizaç özellikleri ve tutumunun yetişkin AAB gelişimindeki rolü önemlidir. Bu nedenle çalışmamızın bu alanda yapılacak çalışmalara katkı sağlayacağı inancındayız.

Anahtar kelimeler: ayrılma anksiyetesi bozukluğu, tanı, tedavi, eştanı

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. Bögels 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.

PS-117

ARİPİPRAZOLE BAĞLI PARKİNSONİZM: OLGU SUNUMU

Şuheda Tapan Çelikkaleli[1], Pınar Güzel Özdemir[1]

[1]*Van Yyü Dursun Odabaş Tıp Merkezi*

Giriş: Aripiprazol, D2 ve 5-HT1A reseptör parsiyel agonisti, 5-HT2A reseptör antagonisti bir atipik antipsikotiktir. Önce şizofreni tedavisi için onay alan aripiprazol, daha sonra bipolar bozukluk manik dönem akut ve sürdürüm tedavisinde güçlendirici ilaç olarak onay almıştır. Aripiprazol farklı farmakolojik özellikleri nedeniyle diğer atipik antipsikotiklere göre yan etki açısından daha güvenilir bir ilaçtır ve psikiyatri pratiğinde oldukça sık tercih edilmektedir. Antipsikotik kullanımına bağlı sık görülen önemli yan etkilerden biri de ekstrapiramidal sistem (EPS) belirtileridir ve tedavi uyumunu olumsuz etkilemektedir. Aripiprazol ile yapılan çalışmalarda ise ilaca bağlı EPS belirtilerinin plaseboya yakın oranda görüldüğü ve diğer antipsikotik ilaçların neden olduğu EPS belirtileri nedeniyle aripiprazole geçildiğinde, EPS belirtilerinin düzelmesinde etkin olabileceği bildirilmiştir(1).

Olgu: 57 yaşında, 30 yıldır Bipolar Bozukluk tanısıyla takipli kadın hasta, uykusuzluk, sinirlilik, çok konuşma, hareketliliğinde artış, saçma konuşmalar, çevresinden şüphelenme şeklinde şikayetlerle Bipolar Bozukluk, Manik Atak tanısıyla Psikiyatri kliniğimizde yatırılarak takip edilmiş, aripiprazol 20 mg/gün, lityum 1200 mg/gün, ketiapin 100 mg/gün tedavisiyle taburcu edilmiştir.Bir ay sonraki kontrolünde ellerde tremor ve her iki üst ekstremitede rijidite ve dişli çarkı saptanan hastanın lityum düzeyi normal ölçülmüş olup tedavisine propranolol 40 mg/gün ve bornaprin hidroklorür 4 mg /gün eklenmiştir. Mevcut tedaviyle halsizlik, uykululuk, hareketlerde yavaşlama, yardımsız yürümekte zorlanma, titreme şikayetleri devam eden hastanın muayenesinde bradikinezi, bradimimi, her iki kolda dişli çark bulgusu, sol elde istirahat tremoru olduğu tesbit edilmiştir. Yapılan değerlendirme sonucunda hastanın daha önce benzer yakınmalarının olmadığı,ailede başka bir bireyde parkinsonizm belirtilerinin bulunmadığı saptanmış, ilaca bağlı parkinsonizm tanısı olduğu düşünülerek aripiprazol dozunun azaltılarak kesilmiştir. Parkinsonizm belirtilerinin birkaç ay içinde gerilediği gözlenmiştir.

Tartışma: Aripiprazol farklı etki mekanizması (D2 ve 5-HT1A reseptör parsiyel agonisti ve 5-HT2A reseptör antagonisti) nedeniyle diğer atipik antipiskotiklerin neden olduğu birçok yan etkiye sahip değildir. Bu nedenle aripiprazol daha önce EPS belirtileri gelişmiş veya gelişme riski yüksek olan olgularda daha sıklıkla tercih edilmektedir. İleri yaş, kadın cinsiyet, duygudurum bozukluğu tanısı, daha önce EPS belirtilerinin varlığı, geçirilmiş bir beyin hastalığı veya uzun süreli antipsikotik kullanıyor olmak, ilaca bağlı parkinsonizm gelişmesini kolaylaştırır. İlaca bağlı parkinsonizmin klinik özelliği; bilateral ve simetrik parkinsonizm bulguları ve hem istirahatte hem de postural olabilen tremordur. Parkinsonizm belirtilerine neden olan ilacın azaltılması veya kesilmesini takiben haftalar-aylar içinde semptomların gerilemesi tanıyı destekler fakat De Schutter ve ark. yaptığı bir çalışmada %10-50 ilaca bağlı parkinsonizm olgusunda bulguların devam ettiği bildirilmiştir (2,3).

Sonuç: Antipsikotik kullanımı sırasında parkinsonizm ve diğer EPS belirtileri nedeniyle ilaç değişimi yapılacak olan hastalar ve riskli gruplarda (ileri yaş, kadın cinsiyet vb) aripiprazol kullanılması planlandığında, ilaca bağlı parkinsonizm gelişme olasılığı göz önünde bulundurulmalıdır.

Anahtar kelimeler: Anahtar Kelimeler: Aripiprazol, Parkinsonizm, Bipolar Bozukluk

Kaynaklar

1. Davies MA, Sheffler DJ, Roth, BL. Aripiprazole: a novel atypical antipsychotic drug with a uniquely robust pharmacology. CNS drug reviews, 2004, 10.4: 317-336.
2. De Schutter P,Bouckaert F,Peuskens J. Aripiprazole-induced parkinsonism in a 64-year-old female patient diagnosed with bipolar disorder. Tijdschrift Voor Psychiatrie, 2011, 53.5: 299-303.
3. Thanvi B, Treadwell S. Drug induced parkinsonism: a common cause of parkinsonism in older people. Postgraduate medical journal, 2009, 85.1004: 322-326.

YAZAR DİZİNLERİ

A

Aghayeva, Chichak 280
Akbaş, Halide 218
Akbaş, İbrahim 277
Akbaş, Taner 181
Akça, Erdoğdu 269
Akçal, Tuna 245
Akdağ, Emine Merve 141
Akkuş, Merve 244
Ak, Osman 235, 283
Aksoy, Umut Mert 79
Aksu, Muhammed Hakan 130, 171, 216
Aktaş, Sena 285
Aktepe, Evrim 245, 267
Akyıldız, Abdulbaki 275
Alnıak, İzgi 247, 252
Alpkan, Latif Ruhşat 91, 133
Alptekin, Köksal 268
Altınbaş, Kürşat 82, 102
Altındağ, Abdurrahman 63, 304, 305
Altın, Mustafa Ozan 219, 240
Altınyazar, Vesile 275
Altınyazar, Vesile 43
Altun, Fatmagül Dikyar 299
Altunova, Deniz 235
Anuk, Dilek 34
Arıkan, Zehra 290, 291
Arslan, Fatima Serra 279
Arslan, Öznur 300, 301
Aslan, Esra 304, 305
Asoğlu, Mehmet 306
Aşık, Ecenur Aydın 57
Aşık, Refika Yamanel 132
Ataöv, Gözde 230, 232, 277
Atay, İnci Meltem 244, 307
Atay, Özge 230, 232, 240
Ateş, Burçin Özlem 299
Atmaca, Murad 238, 272
Avcı, İlknur Kiraz 122, 291
Avşar, Pınar Aydoğan 245, 266, 267
Aydede, Hayriye Zeynep 253
Aydın, Erkan 154
Aydın, Mehmet Sinan 93, 146
Aydın, Memduha 56
Aydın, Tuğba 275
Ayhan, Medine Gıynaş 172
Ayık, Batuhan 27
Ay, Rukiye 250

B

Babalıoğlu, Merve 247
Bakay, Hasan 139
Balaban, Özlem Devrim 83, 115, 153, 219, 222, 230, 232, 240, 277, 287
Balcıoğlu, İbrahim 87
Baltacı, Ersin 188
Baltacı, Nur Nihal 225, 235, 273, 291, 293, 294, 295
Baltacıoğlu, Mehmet 124
Barak, Ayşegül 298
Başar, Hatice Melek 302
Batmaz, Mert 233
Baykara, Sema 238, 272
Baz, Fatih 269
Belli, Hasan 265, 270
Berberoğlu, Ziya 251
Berkol, Tonguç Demir 297, 301
Beşirli, Aslı 215
Beştepe, Engin Emrem 41, 292, 296
Beştepe, Engin Emrem 25
Beyazyüz, Murat 37
Bilgesoy, Ceren 286
Bilici, Rabia 297
Bilir, Esra 248
Bingöl, Hacire 305
Bingöl, Mert Sinan 276, 309
Bolu, Abdullah 224
Boran, Kaan 230, 232
Boyacıoğlu, Seda Orenay 243
Bozdağ, Meltem Çınar 236, 288
Bozdoğan, Şenay Yıldız 174
Bozkurt, Aruz 129, 186
Bozkurt, Melike Güveli 185
Boz, Yusuf Taylan 297, 301
Bulut, Süheyla Doğan 156
Buturak, Şadiye Visal 300, 301
Bülbül, Alper 295
Bülbül, Öznur 111
Büyükarslan, Hasan 306
Büyükbayram, Halil İbrahim 245
Byambadorj, Bukhbat 276, 298

C

Ceyhun, Hacer Akgül 250
Cinemre, Buket 220
Coşar, Behcet 248
Coşar, Behçet 162, 225, 235, 236, 266, 268, 269, 273, 281, 288, 289, 290, 291, 293, 294, 295, 298
Coşkuner, Ecem Merve 266, 268
Coşkun, Nihan 225
Coşkun, Oya 300, 301
Cöngöloğlu, Ayhan 92
Cöngöloğlu, Mehmet Ayhan 299

Ç

Çakıtlı, Sibel 246
Çakmak, Soner 232
Çalışkan, Ali Metehan 173, 235, 303
Çalışkan, Metin 243
Çalıyurt, Okan 38
Çallı, Sümeyye Yasemin 28, 286
Çallı, Sümeyye Yasemin Kurtuluş 282, 286
Çamur, Demet Zihni 99
Çelebi, Demet Ünsal 227
Çelebi, Fahri 227
Çelik, Fatma Gül Helvacı 121
Çelikkaleli, Şuheda Tapan 311
Çelik, Mustafa 233
Çetin, Alptekin 73, 217
Çetin, Buğra 225
Çetin, Nazlı Kapubağlı 69
Çetin, Şahabettin 189
Çırakoğlu, Emre 107
Çiçekçi, Elvan 260
Çiçek, İsmet Esra 175, 278
Çoker, Fatma 177
Çolak, Sabri 308
Çökmüş, Fikret Poyraz 128, 145, 271
Çukurova, Merve 50

D

Darçın, Aslı Enez 35
Delibaş, Dursun Hakan 226
Demir, Bahadır 254, 304, 305
Demirci, Hasan 81, 182
Demircioğlu, Melis 53, 215, 218
Demirci, Onur Okan 279
Demirdaş, Arif 244
Demirel, Ömer Faruk 49, 272
Demir, Esra Yancar 24
Demirezen, Dilek 51
Dikici, Didem Sücüllüoğlu 149, 271
Dilbaz, Nesrin 85, 134, 159, 217
Dinçer, Mustafa 299
Dirik, Gülay 230
Doğan, Oğuzhan 206
Doğan, Veysel 241
Doğuç, Duygu Kumbul 245
Döndü, Ayşe 243
Dumlupınar, Ebru 262
Duran, Alaattin 272
Durmaz, Onur 74, 246
Durmaz, Pınar 293
Durmaz, Yunus 293

E

Efe, Canan 98
Eğilmez, Oğuzhan Bekir 261, 262
Ekici, Esengül 255, 257
Elboğa, Gülçin 304, 305
Elmas, Alev 32
Eray, Uğur 275
Ercan, Fedi 245
Ercan, Seda Kırcı 245
Erdoğan, Ali 123, 220, 309
Erdoğan, Esin 118, 226
Erdoğan, Yakup 276
Eren, İbrahim 101, 235, 273, 278, 303
Ergelen, Mine 197
Ermis, Aysegul 242
Erol, Atila 17
Erşan, E. Erdal 176
Ertek, İrem Ekmekci 167
Ertek, İrem Ekmekçi 225, 235, 236, 288, 289, 298
Eryürek, Selin 280
Er, Zehra 161

F

Filipov, Hülya 247

G

Genç, Davut 284
Gençer, Ali Görkem 21
Geniş, Bahadır 225, 248, 274
Geniş, Bahadır 22, 170
Gıca, Şakir 116, 239
Göğcegöz, Işıl 40, 78
Göğüş, Feride 225
Gökçay, Hasan 271
Gökçeimam, Pınar Şen 295
Gökçenoğlu, Yasemin 278
Gökler, Mehmet Enes 247
Gönüllü, Oya Güçlü 223
Gulsen, Hatice 253
Güçlü, Özgül Özdilmen 285
Güleç, Hüseyin 76, 227
Güleç, İbrahim Sefa 289
Gül, Ertuğ 278
Güller, Barış 126
Gül, Özlem 219, 277
Gül, Şule 310
Gündoğmuş, Ayşe Gökçen 255
Gündoğmuş, İbrahim 224, 239
Güneş, Mustafa 292
Güney, Büşra 239
Güney, Erengül 252, 304
Gürbüzer, Nilifer 250
Gürok, Mehmet Gürkan 238, 272
Güzelce, İpek Buse 285
Güz, Gürler 217
Güz, Hatice Özyıldız 64, 106

H

Hacıyev, Ceyhun 225, 235, 268, 273, 290, 291, 293, 295
Hamurcu, Hayriye Dilek 65
Hekim, Alaaddin 272
Hocaoğlu, Çiçek 251, 289, 291, 298, 307, 308, 310
Hocaoğlu, Çiçek 23

I

Işık, Adem 276
Işık, Ümit 244, 245, 266

İ

İlhan, Bilge Çetin 303
İnanlı, İkbal 235, 283
İnan, Merve Yalçınay 248
İzci, Filiz 26, 110

K

Kahve, Aybeniz Civan 142
Kahya, Yalçın 283, 298, 302
Kalenderoğlu, Aysun 233, 261
Kaloğlu, Hatice Ayça 158
Kamazoğlu, Bekir Alp 183
Kandedmir, Özge 256
Karaahmet, Elif 255
Kara, Aysu 222, 280
Karabekiroğlu, Aytül 105
Karabekiroğlu, Koray 253
Karaca, Aysel 33
Karacı, Rahşan 284
Karadağ, Ayşe Sevgi 233
Karagöz, Ezgi 268
Kara, Hüseyin 218, 275
Karakuş, Pelin Sultan 261
Kara, Mahmut Zabit 261
Karamustafalıoğlu, K. Oğuz 42, 58, 103
Karamustafalıoğlu, Nesrin 222, 239
Karasu, Umut 148
Karaytuğ, Mahmut Onur 232
Karslıoğlu, Ersin Hatice 66, 84
Kart, Ayşegül 95
Katar, Kübra Sezer 255, 257
Kavla, Yasin 247, 272
Kaya, Ender 180, 256
Kaya, Hasan 144
Kayalar, Aycan 225
Kaya, Özlem Bolat 157
Kaya, Şüheda 238
Kazan, Özlem Kızılkurt 60
Kazgan, Aslı 243, 264
Kazğan, Aslı 221, 262, 263, 265
Keçeli, Funda 277
Keleş, Didem Beşikci 292
Kenar, Ayşe Nur İnci 147
Kılıç, Cenk 117, 222
Kılıç, Faruk 244, 245
Kılıç, Muhsin Koray 29, 282
Kılıç, Özge 248
Kılınçel, Oğuzhan 250
Kılınç, Faruk 238
Kılınç, Sevilay Umut 151, 280
Kırkan, Tülay Satı 202, 288
Kırşavoğlu, Betül 285
Kızılkurt, Özlem 218
Kızılkurt, Özlem Kazan 257
Koçak, Orhan Murat 300, 301
Koparal, Buket 225
Korkmaz, Sevda 221, 238, 263, 272
Koyu, Elif 282
Koyuncu, İsmail 306
Kulacaoğlu, Filiz 112
Kuloğlu, Mehmet Murat 218
Kulu, Müberra 229
Kumsar, Neslihan Akkişi 77
Kunt, Sevilay 195
Kurhan, Faruk 228
Kurt, Aydın 178
Kurt, Osman 221
Kuru, Tacettin 241
Kuşçu, Kemal 248
Kuştepe, Ali 233, 261
Kutlutürk, Pelin 236, 289
Kuzugüdenlioğlu, Duru 244
Küçükali, Çiğdem 295
Küçükkarapınar, Melike 131, 266, 268, 269
Küçük, Önder 199

M

Maner, Ayşe Fulya 45, 109
Mangan, Mehmet Serhat 227
Menkü, Burak Erman 248
Mermi, Osman 272
Mustan, Aybüke Tuğçe 67

N

Noyan, C. Onur 36

O

Odabaşı, Osman Ozan 287
Oğuz, Fazıl Çağrı 232
Okumuş, Burak 298
Orhan, Fatma Özlem 44

Ö

Öncü, Fatih 233, 280
Öncü, Meltem Karaöz 270, 271
Öncü, Muhammet Zahid 271
Önen, Sinay 54
Örnek, Bahar Yeşil 239
Örsel, Sibel 255
Örüm, Mehmet Hamdi 233, 252, 260, 261, 262
Özbek, Mutlu Muhammed 20
Özcanlı, Yusuf Turushan 302
Özdel, Kadir 257
Özdemir, Armağan 46
Özdemir, Osman 309
Özdemir, Pınar Güzel 305, 306, 309, 311
Özdemir, Yusuf Özay 286
Özdin, Selçuk 104
Özgür, Gülşah Meral 100
Özkan, Enis 282, 287, 292
Özkara, Pelin 239
Özmenle, Kamil Nahit 94
Özmenler, Kamil Nahit 224
Özsoy, Filiz 229
Özturan, Deniz Deniz 179
Öztürk, Ahmet Mücteba 226

P

Paltun, Salih Cihat 155
Parlak, Ekin 282, 286
Parsanoğlu, Zozan 240
Poyraz, Canan Aksoy 47

S

Sağır, Berkant 201
Sağlam, Nazife Gamze Usta 113, 137
Sağlam, Tarık 272
Sancak, Barış 108
Saraçoğlu, İrem 256
Savrun, Yusuf 290
Sayar, Gökben Hızlı 278, 279, 280
Selçuk, Mahmut 292
Selvi, Hatice Cansu 236, 268, 269
Sever, Mustafa 306
Sevinçok, Doğa 19
Sibel Çakıtlı 246
Sipahi, Ege 284
Solmaz, Mustafa 86, 265, 271
Soytürk, Koray 307, 308, 310
Sönmez, Doğancan 291
Suma, Merve 216
Sünbül, Esra Aydın 227

Ş

Şahan, Ebru 216
Şahbudak, Begüm 70, 127
Şahin, Şengül Kocamer 304, 305
Şahpolat, Musa 244
Şair, Yaşan Bilge 256
Şalçin, Celal 78
Şalçini, Celal 254
Şen, Cansu Çakır 48
Şen, Meltem 301
Şenormancı, Güliz 223
Şenormancı, Ömer 222, 223
Şenormancı, Ömer 30, 39
Şentürk, Erman 168, 248
Şimşek, Gamze 227, 282, 286

T

Tabara, Muhammed Fatih 221
Tabo, Abdulkadir 62, 150
Takım, Uğur 187
Tanrıverdi, Seda 219, 277, 287
Tarhan, Nevzat 278
Taşcı, Gülay 231, 281
Taşçı, Azize Beril 224
Taşçı, Gülay 238
Taştekin, Nihal 285, 296, 297
Tekin, Özgün Türe 299
Topaloğlu, Eda Tansu 256
Torun, Yasemin Taş 184
Tuman, Bengü
Tuman, Taha Can
Tuna, Özgecan 59
Tunçtürk, Mustafa 18
Turan, Bahadır 200
Turan, Çetin 31, 222
Turan, Şenol 138, 247

U

Uğur, Kerim 243
Usta, Miraç Barış 253
Uygur, Abdullah Burak 241
Uysal, Erdem 265
Uzdu, Asena 220
Uzun, Özcan 239

Ü

Ülker, Mustafa 297
Ünal, Berfu 281
Ünal, Berrin 235
Ünal, Gülin Özdamar 55
Ünübol, Başak 71
Ünübol, Hüseyin 72, 231, 278, 279, 280
Ünver, Hasan 216
Üstündağ, Mehmet Fatih 75

V

Vogt, Gökçe 230

Y

Yağın, Fatma Hilal 243
Yağlı, Nafiye 273
Yakar, Burkay 238
Yalçın, Murat 196
Yaman, Gözde Bacık 307, 308
Yasak, İbrahim Halil 306
Yaylacı, Ferhat 125
Yertutanol, Fatma Duygu Kaya 253
Yeşilbaş, Dilek 191
Yeşilkaya, Ümit Haluk 239
Yeşilyurt, Sinem 120, 226
Yığman, Fatih 96, 216, 257
Yıldırım, Feride 228
Yıldırım, Mehmet 226
Yıldız, Fatma Büşra Parlakkaya 216
Yıldız, Mesut 269
Yıldız, Mustafa Çağrı 303
Yıldız, Sevler 221, 243, 262, 263, 264, 265
Yılmaz, Ahmet 52, 80, 215
Yılmaz, Onat 207, 208
Yılmaz, Onur 249
Yılmaz, Yücel 296
Yırtımcı, Şükran 239
Yumrukçal, Hüseyin 301
Yurtseven, Çağatay Haşim 298
Yücehan, Zeynep 278
Yücens, Bengü 97
Yüksel, Rabia Nazik 140