



PiBAD

Psikiyatri Bilimleri ve
Araştırmaları Derneği

2. Mini Psikiyatri Zirvesi

5-6 Ekim 2024

Novotel

Konya



BİLDİRİ ÖZETLERİ KİTABI

BİLİMSEL SEKRETERYA



PİBAD

Psikiyatri Bilimleri ve
Araştırmaları Derneği

PİBAD - Psikiyatri Bilimleri ve Araştırmaları Derneği

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

Telefon: 0 212 542 93 27

Web: www.pibad.org

Mail: info@pibad.org

KONGRE SEKRETERYASI



Serenas Group

Adres: Hilal Mah. Cezayir Cad. No 13 Yıldız, Çankaya, Ankara, Türkiye

Telefon: 0 312 440 50 11

Info: www.serenas.com.tr

İÇİNDEKİLER

Davet.....	1
Komite ve Kurullar.....	2
Sözlü Sunumlar.....	3
Poster Sunumlar.....	11
Konuşmacı Metinleri.....	23
Yazar Dizini.....	38

Psikiyatri Ailesinin Değerli Üyeleri,

9.Psikiyatri Zirvesini 7-10 Mart 2024 tarihinde Antalya Mardan Palace Oteli'nde gerçekleştirildi.
10.Psikiyatri Zirvesi ise 10-13 Nisan 2025 tarihinde Antalya Mardan Palace Oteli'nde yapılacaktır.

Daha önce Mini Zirvelerimizden ilkinin 2022 yılında Isparta'da gerçekleştirmiştik. 2. Mini Zirvemizi 5-6 Ekim 2024 tarihlerinde Konya Novotel'de gerçekleştireceğimizi sizlerle büyük mutlulukla paylaşmak isteriz.

Toplantımız iki paralel salonda gerçekleştirilecektir. Toplantıda hem psikiyatri pratiğinde önemli konular ele alınacak hem de majör depresyon, bipolar bozukluk ve şizofreni tedavisinde güncel gelişmeler ayrıntılı şekilde deneyimli klinisyenler tarafından sunulacaktır.

Toplantıda ele alınacak başlıkları aşağıdaki programla sizinle paylaşıyoruz ve bir arada olmaktan mutluluk duyacağız.

2. Mini Psikiyatri Zirvesi'nin bilhassa Konya'ya yakın illerden gelen psikiyatri camiası üyelerine ve tüm katılımcılara bir arada olmak, bilimsel konuları paylaşmak ve iki gün gibi kısa sürede bilimsel ziyafete ortak olmak açısından çok faydalı olacağına yürekten inanıyoruz.

2. Mini Psikiyatri Zirvesi'ne poster ve sözel bildiri ile de katılabileceğinizi bildirmekten mutluluk duyuyor ve katılımlarınızı bekliyoruz.



Prof. Dr. Oğuz KARAMUSTAFALIOĞLU

2. Mini Psikiyatri Zirvesi Başkanı ve Psikiyatri Bilimleri & Araştırmaları Derneği Başkanı

2. Mini Psikiyatri Zirvesi Düzenleme Kurulu

2. Mini Psikiyatri Zirvesi Başkanı ve Psikiyatri Bilimleri & Araştırmaları Derneği Başkanı

Prof. Dr. Oğuz KARAMUSTAFALIOĞLU

2. Mini Psikiyatri Zirvesi Eş Başkanları

Doç. Dr. İkbāl İNANLI

Doç. Dr. Memduha AYDIN

Doç. Dr. Şakir GICA

2. Mini Psikiyatri Zirvesi Düzenleme Kurulu

Yavuz SELVİ

Ömer Faruk AKÇA

Mehmet AK

Ahmet ÜZER

Lut TAMAM

Selime ÇELİK ERDEM

E. Erdal ERŞAN

İsmet Esra ÇİÇEK

Medine Gıynaş Ayhan

Ertuğrul EŞEL

İbrahim EREN

Abdullah Cem ŞENGÜL

Faruk KILIÇ

Gülin Özdamar ÜNAL

Sözlü Sunumlar

SS-001**İNTİHAR GİRİŞİMİ NEDENİYLE
PSİKİYATRİ BÖLÜMÜNE DANIŞILAN
OLGULARIN SOSYODEMOGRAFİK VE
KLİNİK ÖZELLİKLERİNİN GERİYE DÖNÜK
İNCELENMESİ**Çağrı Öğüt¹

¹Uşak Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı
ve Hastalıkları Anabilim Dalı

GİRİŞ ve AMAÇ: Önceki intihar girişimleri, yeni intihar girişimleri için önemli bir risk faktörüdür ve bu olguların yakın takip edilmesi önerilmektedir. Bu çalışmada intihar girişimi nedeniyle psikiyatri bölümüne danışılan hastaların sosyodemografik ve klinik özelliklerinin araştırılması ve bu özellikler ile ayaktan tedavi uyumu arasındaki potansiyel ilişkinin araştırılması planlanmıştır.

YÖNTEM: Uşak Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Bölümü'ne 09.07.2021-31.05.2024 tarihleri arasında intihar girişimi nedeniyle danışılan 18 yaş üstü erişkinlerin sağlık kayıtları geriye doğru incelenerek; cinsiyet, yaş, medeni durum, girişim yöntemi, taburculuk sonrası psikiyatri polikliniğine başvuru durumları ile ilişkili bilgilere ulaşılmıştır.

BULGULAR: Çalışma için belirlenen süre içinde psikiyatri bölümüne danışılan 591 intihar girişimi olduğu saptanmıştır. İntihar girişiminde bulunan kişilerin yaş ortalaması 33,0 ($\pm$ 13,0) olarak saptanmıştır. İntihar girişimi olan kişilerin 346'sının (%58,5) kadın olduğu bulunmuştur. Kullanılan intihar yöntemleri sıklık sırasında göre; ilaç içme (n=453), kimyevi madde (n= 51), kesici alet (n=46), ası/boğma (n=19), yüksekte atlama (n=7), ateşli silah (n= 6), gaz inhalasyonu (n=4) ve diğer yöntemler (n=4) olarak sıralanmıştır. Erkeklerin (n=52; %21,6), kadınlara (n=26; %7,6) göre şiddet içeren yöntemleri (ateşli silah, kesici alet, ası/boğma ve yüksekte atlama) daha sık tercih ettiği saptanmıştır (p<0,001). Hastaların, intihar girişimine yönelik müdahale sonrası 108'inin (%18,3) ilk hafta içinde 162'sinin (%27,4) ilk ay içinde psikiyatri polikliniği başvurduğu saptanmıştır. Bekar olanların 109'unun (%30,5) evli olanların 37'sinin (%26,6) ve dul/boşanmış olanların 16'sının (%17,2) bir ay içinde psikiyatri polikliniği başvurduğu saptanmıştır (p= 0,036). Yaş (p=0,062), cinsiyet (p=0,73) ve girişim yönteminin şiddet içerip içermemesi (p=0,38) ile girişim sonrası ayaktan tedavi uyumu arasında ilişki saptanmamıştır.

TARTIŞMA ve SONUÇ: İntihar girişimi sonrası çok az kişinin psikiyatri poliklinik kontrolü için başvurduğunu göstermektedir. Ayrıca dul/boşanmış olanların intihar girişimi sonrası ayaktan tedavilere daha az uyum sağlayabileceği gösterilmiştir. İlerideki çalışmalarda, intihar girişimi sonrası tedavi uyumu düşük olabilecek riskli grupların daha kapsamlı belirlenmesine ve bu kişilerin tedavi uyumunun artırılmasına yönelik koruyucu yöntemlerin geliştirilmesine ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: İntihar, intihar girişimi, şiddet, konsültasyon liyezon psikiyatrisi, tedavi uyumu

SS-002**TEKRARLAYAN HASTANE YATIŞLARI:
TANIMLAYICI BİR ÇALIŞMA**

Emine Asrı¹, İkbâl İnanlı¹

¹Konya Beyhekim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği

GİRİŞ ve AMAÇ: Yapılan çalışmalar yeniden yatış oranlarının %10 ile %80 arasında ve taburcu olduktan sonraki bir ay ile yedi yıl arasında değişebileceğini göstermektedir. Tekrarlı yatışlar; hastaların yaşam kalitesini ve işlevselliğini olumsuz etkilemekte, aileler içinde ciddi zorluklara neden olmaktadır. Bu çalışmanın amacı; tekrarlayan yatışları olan hastaların sosyodemografik ve klinik özelliklerini belirlemektir.

YÖNTEM: Psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören, son 1 yılda en az iki yatışı olan hastalar çalışmaya dahil edilmiş ve veriler hastane kayıt sisteminden retrospektif olarak alınmıştır. Çalışmaya, 36'sı kadın (%48) ve 39'u erkek (%52) olmak üzere 75 hasta alındı.

BULGULAR: Hastaların yaş ortalaması 37.6 $\pm$ 11.7 olup; 21'i (% 28) evli, 23'ü bekar (% 30.7). Hastaların 27'si (% 36) bipolar bozukluk, 16'sı (% 21.3) şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar, 11'i (% 15.2) madde ve alkol kullanım bozukluğu, 10'u (% 13.3) mental retardasyon, 8'i (% 10.7) majör depresif bozukluk, 4'ü (% 5.3) obsesif kompulsif bozukluk tanısına sahipti. Hastaların son yatışından önce ortalama 8.6 $\pm$ 2.1 kez, son bir yılda ise 3 $\pm$ 1.2 kez hastaneye yatarak tedavi almışlardı. En son yatışlarından sonra geçen süre 80.8 $\pm$ 67.5 gündü. En son yatışlarında reçete edilen ilaç sayısı 3.7 $\pm$ 1.72'ydi. 70 (%93.3) hastanın en son yatışında oral antipsikotik, 20 (% 26.7) hastanın depo antipsikotik, 34 (% 45.3) hastanın duygudurum düzenleyici, 22(% 29.3) hastanın antidepresan reçetesi mevcuttu. 42 (% 57) hasta düzenli poliklinik kontrolüne gelmemiş, 45 (%60) hasta ilaç tedavisini yeterli kullanmamıştı. 13 (% 17.3) hastanın yatışı sırasında intihar düşüncesi, 19 (%25.3) hastanın daha önceden intihar girişimi vardı.

TARTIŞMA: Psikiyatrik yeniden yatış; psikiyatrik tanı, çeşitli maddelerin kötüye kullanımı, cinsiyet, yaş, medeni durum, tedavi durumu ve taburculukta semptomların daha şiddetli olması gibi faktörlerden etkilenmektedir. Önceki çalışmalar, neredeyse her yedi psikiyatrik hastadan birinin taburcu olduktan sonraki 30 gün içinde yeniden hastaneye yatış yaptığını ve yeniden hastaneye yatış oranlarının farklı ülkelerde değiştiğini göstermiştir. Ayrıca hastaneye yatış öyküsü yeniden yatışın güçlü bir belirleyicisi olarak tanımlanmıştır. Bir çalışmada, 26 çalışmayı inceleyerek; genç olma, bekar olma, daha az sosyal destek ve önceki istem dışı yatışların, psikiyatrik yeniden yatışın en önemli faktörleri olduğu tespit edilmiştir. Başka bir çalışmada, ilaç uyumu ve kontrollerin koruyucu faktörler olduğunu bulmuşlardır. Bizim çalışmamızda hastaların çoğunluğunu bipolar bozukluk (27'si % 36) ve şizofreni ve diğer psikotik bozukluk (16'sı % 21.3) tanılı hastalar oluşturmaktaydı. 42 (% 57) hasta düzenli poliklinik kontrolüne gelmemiş, 45 (%60) hasta ilaç tedavisini yeterli kullanmamıştı. Hastaların % 29.3'ü depo antipsikotik önerilmesine rağmen tekrar yatış gerekmişti.

SONUÇ: Tedavi uyumu ve düzenli poliklinik kontrolü tekrarlayan yatışların azalmasında önemli faktörlerdir.

SS-003**BİPOLAR BOZUKLUK TANILI
HASTALARDA MANİK BELİRTİLER;
TANIMLAYICI BİR ÇALIŞMA**

Esra Gül Ölmez¹, Abdülhamit Altunhan¹, İkbâl İnanlı¹

¹Konya Beyhekim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği

GİRİŞ ve AMAÇ: Bipolar bozukluk (BB), yaşam boyu yaygınlığı %10'a ulaşan, tekrarlayıcı, kronik seyirli ve işlevselliği önemli ölçüde azaltan bir hastalıktır. Psikiyatrik yatışların önemli kısmını BB hastalar oluşturmakta ve çoğunlukla manik epizod tanısıyla yatış yapılmaktadır. Bu çalışmanın amacı BB manik epizod tanısıyla yatışı yapılan hastaların Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMDÖ) kullanılarak manik belirtilerin tanımlanmasıdır.

YÖNTEM: Bu çalışmaya DSM-5 tanı kriterlerine göre Bipolar Bozukluk Manik epizod tanısı ile yatışı yapılan 107 hasta alınmıştır.

BULGULAR: Çalışmaya; yaş ortalaması 37.3±11.2 olan 45 kadın (% 42.1), 62 erkek (% 57.9) olmak üzere toplamda 107 hasta alınmış olup, bu hastaların 44'ü evli (%41.1), 38'i (% 35.5) bekar, ortalama öğrenim süresi 9.5± 3.8 yıl, 52'si (% 48.6) orta sosyoekonomik düzeye sahip, 55'i (% 51.4) alt sosyoekonomik düzeye sahipti. Hastaların, hastalık süresi boyunca toplam manik epizod sayısı 7.6±6.4, depresif epizod sayısı 5.2±4.8, hastaneye yatış sayısı 5.6±4.5 olarak belirlendi. YMDÖ'ye göre; 36 (% 33.6) hasta belirgin yükselmislik hissi, 30 hasta (% 30.6) artmış enerji, 45 hasta (% 42.1) hafif cinsel ilgi artışı, 53 hasta (% 49.5) uyku ihtiyacında azalma, 35 hasta (%42.7) zaman zaman iritabilite, 38 hasta (%32.4) konuşma miktarında artış, 43 hasta (%42.3) düşünce üretiminde artış, 48 hasta (%44.7) sanrılar, 24 hasta (%22.4) savunmacı ve küçümseyici tutum içinde, 47 hasta (%43.7) hafif dağınık görünümde, 31 hasta (%31.9) en düşük içgörüyü sahipti.

TARTIŞMA: Psikiyatrik yeniden yatış; psikiyatrik tanı, çeşitli maddelerin kötüye kullanımı, cinsiyet, yaş, medeni durum, tedavi durumu ve taburculukta semptomların daha şiddetli olması gibi faktörlerden etkilenmektedir. Önceki çalışmalar, neredeyse her yedi psikiyatrik hastadan birinin taburcu olduktan sonraki 30 gün içinde yeniden hastaneye yatış yaptığını ve yeniden hastaneye yatış oranlarının farklı ülkelerde değiştiğini göstermiştir. Ayrıca hastaneye yatış öyküsü yeniden yatışın güçlü bir belirleyicisi olarak tanımlanmıştır. Bir çalışmada, 26 çalışmayı inceleyerek; genç olma, bekar olma, daha az sosyal destek ve önceki istem dışı yatışların, psikiyatrik yeniden yatışın en önemli faktörleri olduğu tespit edilmiştir. Başka bir çalışmada, ilaç uyumu ve kontrollerin koruyucu faktörler olduğunu bulmuşlardır. Bizim çalışmamızda hastaların çoğunluğunu bipolar bozukluk (27'si % 36) ve şizofreni ve diğer psikotik bozukluk (16'sı % 21.3) tanılı hastalar oluşturmaktaydı. 42 (% 57) hasta düzenli poliklinik kontrolüne gelmemiş, 45 (%60) hasta ilaç tedavisini yeterli kullanmamıştı. Hastaların % 29.3'ü depo antipsikotik önerilmesine rağmen tekrar yatış gerekmişti.

SONUÇ: BB manik epizod tanısıyla yatış yapılan hastalarda, özellikle psikotik belirtilerin eşlik ettiği, tedavide bu duruma dikkat edilmesi gerektiği ve düzenli poliklinik takibinin önemli olduğu göz önünde bulundurulmalıdır.

SS-004**BEDEN DİSMORFİK BOZUKLUKTA
KAÇINMA DAVRANIŞI OLARAK: UYUM
BOZUCU GÜNDÜZ DÜŞÜ**Fadime Şimşek¹, Yusuf Çokünlü¹¹Konya Numune Hastanesi

GİRİŞ ve AMAÇ: : Beden dismorfik bozukluk, kişinin dış görünüşü ile ilgili hayali bir kusurla aşırı uğraş ile karakterize, kişide aşırı sıkıntıya ve işlevsellikte belirgin bozulmaya yol açan bir hastalıktır. (Karamustafalıoğlu 2018). Vücutlarında kusurlu olarak gördükleri bölgelerle ilgili kaçınma davranışları ve kompulsif tarzda davranışlar bulunur. (Veale 2004). Uyum bozucu gündüz düşleri (maladaptive day dreaming) hayal kurma ile seyreden bir çeşit bağımlılıktır. (Sürman Z., 2022) Yaygın belirtileri arasında uzun süreler boyunca hayal kurma, son derece canlı hayaller kurma, günlük görevleri tamamlamada ve geceleri uyumada zorluk yer almaktadır (Alenizi MM ve ark. 2020). Bu çalışmamızda BDB hastalarının yaşadığı sıkıntı verici hisleri azaltmak için bir kaçınma davranışı olarak uyum bozucu gündüz düşlerini kullanıp kullanmadığı araştırmayı amaçladık. Bu durumun tanınması psikiyatrik işlevselliğin artırılması açısından son derece önemlidir.

YÖNTEM: Çalışmamızda BDB tanısı almış 24 kişiye uyumsuz gündüz düşü Ölçeği (MDS-16) uygulanmıştır. Aynı ölçek sosyodemografik açıdan benzer özellikteki sağlıklı kontrol grubuna da uygulanmış bu iki grup arasında istatistiksel olarak karşılaştırılmıştır

BULGULAR: BDB tanısı alan grup ve ile sağlıklı kontrollerin MDS-16 ölçek puanları karşılaştırıldığında BDB tanısı alan grup ölçekteki tüm sorularda kontrol grubundan anlamlı derecede yüksek puan almıştır. İki grubun sosyodemografik özellikleri ve ölçek puanlarının karşılaştırılması tabloda özetlenmiştir.

SONUÇ: Sonuç: Çalışmamızın sonucunda tüm ölçek puanları BDB hastalarında sağlıklı kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek saptanmıştır. BDB hastalarının uyumsuz gündüz düşlerini çok sık kullandığı görülmektedir. Bunun bir kaçınma mekanizması olabileceği, kaçınma davranışlarının fark edilmemesi ve tedavi edilmemesi sonucunda hastalığın rezidüel belirtilerin kalacağı aşıkardır. Uyum bozucu gündüz düşleri kişilerin işlevselliğini ciddi oranda bozacak bir davranış olduğundan klinisyenler tarafından tanınması sorgulanması ve tedavi edilmesi gerekmektedir.

KAYNAKLAR

1. Karamustafalıoğlu K.O. Temel ve Klinik Psikiyatri, Ankara: Güneş Tıp Kitabevi. 2018.
2. Veale D. Body dysmorphic disorder. postgrad med jornal. 2004 80:67p-71p.
3. Sürman Z. Uyum Bozucu Gündüz Düşleri: Psikiyatri Etiği Açısından Yaklaşım. Türkiye Biyoetik Dergisi, 2022 Vol. 9, No. 3, 120-122
4. Alenizi MM, Alenazi SD, Almushir S, Alosaimi A, Alqarni A, Anjum I, Omair A. Impact of Maladaptive Daydreaming on Grade Point Average (GPA) and the Association Between Maladaptive Daydreaming and Generalized Anxiety Disorder (GAD). Cureus 2020; 12 (10): e10776.

SS-005**BİPOLAR BOZUKLUĞUN FARKLI
DUYGUDURUM EPİZODLARINDA PAN-
İMMÜN İNFLAMASYON DEĞERİ VE
SİSTEMİK İMMÜN İNFLAMASYON
İNDEKSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Medine Gıynaş Ayhan¹, Hazel Demiröz
Öztürk¹, İkbâl İnanlı¹

¹Konya Beyhekim Eğitim ve Araştırma
Hastanesi, Psikiyatri Kliniği

GİRİŞ: Son yıllarda yapılan araştırmalar düşük dereceli sistemik inflamasyonun bipolar bozukluğun patofizyolojisinde rol oynayan bir faktör olduğunu ileri sürmektedir. Pan-immün inflamasyon değeri (PIV) ve sistemik immün-inflamasyon indeksi (SII) yakın zamanda yeni sistemik inflamasyon belirteçleri olarak araştırılmıştır. Bu çalışmanın amacı manik, depresif ve ötimik dönemlerinde olan bipolar bozukluk tanılı hastalar ile sağlıklı kontroller arasında PIV ve SII değerlerini inflamasyon biyobelirteçleri olarak araştırmak ve gruplar arasında karşılaştırma yapmaktır.

GEREÇ ve YÖNTEM: Bu retrospektif ve kesitsel çalışmada, 339 bipolar bozukluk tanılı hastanın ve sağlıklı kontrollerin hastane veri tabanından alınan hematolojik parametre verileri çalışmaya dahil edildi. Hastaların 138'i manik epizodda, 100'ü depresif epizodda ve 101'i ötimik fazda idi. Çalışmaya ayrıca 117 sağlıklı kontrol dahil edildi. PIV ve SII değerleri nötrofil, lenfosit, monosit ve trombosit sayıları kullanılarak hesaplandı ve gruplar arasında karşılaştırıldı.

BULGULAR: Tüm gruplar arasında yaş ve cinsiyet yönünden anlamlı bir farklılık yoktu. Gruplar arasında PIV ($p<.000$), SII ($p=.009$), nötrofil ($p<.000$) ve monosit ($p<.000$) sayısı yönünden anlamlı farklılık saptandı. Kontrol grubu ile manik epizod grubu karşılaştırıldığında PIV ($p<.000$), SII($p=.002$), nötrofil ($p<.000$) ve monosit ($p<.000$) sayıları manik epizod grubunda anlamlı olarak yüksekti. Kontrol grubu ile depresif ve ötimik gruplar karşılaştırıldığında ise PIV ($p=.086$, $p=.139$ sırasıyla) ve SII ($p=.555$, $p=.244$ sırasıyla) yönünden anlamlı farklılık saptanmazken, nötrofil ($p=.043$, $p=.042$ sırasıyla) ve monosit ($p=.010$, $p=.023$ sırasıyla) sayıları depresif ve ötimik grupta anlamlı olarak yüksekti. Bipolar bozukluk hasta gruplarının ikili karşılaştırılması sonucunda manik epizod grubunda depresif ve ötimik gruplara göre PIV ($p<.000$, $p<.000$ sırasıyla), SII ($p=.019$, $p=.034$ sırasıyla), nötrofil ($p=.028$, $p=.005$ sırasıyla) ve monosit ($p<.000$, $p<.000$ sırasıyla) değerlerinin anlamlı olarak yüksek olduğu saptandı. Yapılan regresyon analizlerinde PIV'in, manik epizod grubunu depresif, ötimik ve kontrol grubundan ayırt etmede öngördürücü olduğu saptandı.

TARTIŞMA: Çalışmamız, düşük dereceli sistemik inflamasyonun bipolar bozukluğun, özellikle manik epizodun, patofizyolojisindeki rolünü vurgulamaktadır. Bulgularımız, PIV'in bipolar bozukluğun manik epizodunun ayırt edilmesinde bir belirteç olarak kullanılabileceğini göstermektedir. Ancak daha fazla sayıda örneklemle takip çalışmalarına ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Bipolar bozukluk, inflamasyon, pan-immün inflamasyon değeri, sistemik immün inflamasyon indeksi

SS-006**DEPRESİF BOZUKLUK TANILI ÖLÜM
AMACI İÇERMİYEN KENDİNE ZARAR
VERME DÜŞÜNCESİ OLAN VE İNTİHAR
DÜŞÜNCESİ OLAN HASTALARIN
PSİKOLOJİK ACI VE ÖFKE
RUMİNASYONLARI AÇISINDAN
KARŞILAŞTIRILMASI**Merve Zeren¹Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi¹

GİRİŞ: Majör Depresif Bozukluk (MDB) normalde görülebilen çökkün duygudurumdan, bedensel işlevlerde belirgin bozulma, işlevsellikte azalma, intihar düşünceleri veya girişimleri, kendine zarar vermenin görülmesi ile ayrılmaktadır. MDB, en sık görülen ruhsal hastalıklardan biridir ve birçok insan için tekrarlayan bir hastalıktır. Kendine zarar verme davranışı, intihar niyeti olmadan kişinin kendi vücuduna kasıtlı olarak verdiği herhangi bir zarar olarak tanımlanabilir. İntihar düşüncesi, kişinin intihar planı olmadan hayatına son verme düşünceleri veya isteklerini ifade eder. Ölüm amacı içermeyen kendine zarar verme düşüncesi ve intihar düşüncesi için majör depresif bozukluk en önemli risk faktörüdür. Bu çalışmada depresyon tanısı almış kendine zarar verme düşüncesi olan ve intihar düşüncesi olan iki grup depresyon şiddeti, psikolojik acı ve öfke ruminasyonları açısından karşılaştırılmıştır.

YÖNTEM: Bu çalışmaya, Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Polikliniği'ne ayaktan başvuran DSM-5'e göre Majör Depresif Bozukluk tanısı alan 51 hasta alınmıştır. Hastalar intihar düşüncesi olanlar (30 hasta) ve kendine zarar verme düşüncesi olanlar (21 hasta) şeklinde 2 gruba ayrılmıştır. Hastalara Sosyodemografik veri formu, Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği (HDDÖ), Öfkeye İlişkin Derin Düşünme Ölçeği (ÖİDDÖ) ve Mee-Bunney Psikolojik Acı Değerlendirme Ölçeği (MBPPAS) uygulanmıştır.

BULGULAR: Çalışmamızda depresif tanılı intihar düşüncesi olan hastalar ile ölüm amacı içermeyen kendine zarar verme düşüncesi olan hastalar arasında sosyodemografik ve klinik özellikler bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$). Araştırmamızda gruplar arasında ÖİDDÖ toplam puanı ($p=0.467$) ve alt boyutları arasında (öfke sonrası düşünce, intikam düşünceleri, öfke anıları, nedenleri anlama) anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Araştırmamızda gruplar arasında HDDÖ toplam puanı ($p=0.962$) ile MBPPAS toplam puanı ($p=0.957$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır.

TARTIŞMA ve SONUÇ: Çalışmamızda literatür ile uyumlu olarak intihar düşüncesi olan hastalar ile kendine zarar verme düşüncesi olan hastaların depresyon puanı, psikolojik acı ve öfke ruminasyon puanları anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Gruplar arasında depresyon şiddeti, psikolojik acı ile öfke ruminasyonları arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Çalışmamızda örneklem küçük olması sınırlayıcı bir faktör olmakla birlikte konunun aydınlanması için daha büyük örneklemli çalışmaların yapılması faydalı olacaktır.

SS-007**OBEZİTE MERKEZİNE BAŞVURAN
HASTALARDA BEDEN KİTLE İNDEKSİNİN
DEPRESİF BELİRTİLER, DÜRTÜSELLİK VE
YEME TUTUMU İLE İLİŞKİSİ**

Medine Gıynaş Ayhan¹, Duygu İlke Yıldırım²,
Emine Yıldızgören¹, Mustafa Mert¹, İhsan
Özcan¹

¹Konya Beyhekim Eğitim ve Araştırma
Hastanesi, Psikiyatri Kliniği

²Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile
Hekimliği Kliniği

GİRİŞ: Obezite kalori alımı ve tüketimi arasındaki dengesizlikle karakterize kompleks ve önemli bir halk sağlığı sorunudur. Etiyolojisinde genetik, fiziksel, sosyal ve kültürel özelliklerin, yaşam ve beslenme tarzı gibi etkenlerin yanında psikiyatrik bozukluklar da rol oynamaktadır. Bu çalışmada obez hastalarda depresif semptomlar, yeme tutumu ve dürtüsellik düzeylerini belirlemeyi ve bu değişkenlerin ve cinsiyet gibi sosyodemografik özelliklerin beden kitle indeksi (BKİ) ile ilişkisini araştırmayı amaçladık.

GEREÇ ve YÖNTEM: Çalışmaya Mayıs 2019-Ocak 2020 tarihleri arasında hastanemiz obezite merkezine başvuran, BKİ 30 kg/m² üzerinde olan 83 kadın ve 59 erkek olmak üzere toplam ardışık 142 hasta dahil edildi. Sosyodemografik ve klinik verileri not edilen hastaların Beck Depresyon Envanteri (BDE), Yeme Tutumu Testi ve Barratt Dürtüsellik Ölçeğini doldurmaları sağlandı.

BULGULAR: Hastaların ortalama yaşı 39.45±11.31 yıl, ortalama BKİ 37.88±6.12 kg/m² olarak saptandı. Kadın ve erkekler arasında medeni durum, eğitim süresi ve çalışma durumu açısından anlamlı fark vardı. Kadınlarda depresif belirtiler ve yeme tutumunda bozulma skorları erkeklere göre anlamlı olarak yüksekti. Her iki cinsiyet arasında dürtüsellik puanları yönünden anlamlı farklılık saptanmadı. Yeme tutumunda bozulma olanların olmayanlara göre, eğitim süresinin daha düşük, depresif belirtilerinin daha yüksek olduğu saptandı. BDE kesme değerine göre depresif bozukluğu olanların toplam dürtüsellik, plan yapmama ve dikkatsizlik alt ölçekleri skorlarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu ancak motor dürtüsellik açısından fark olmadığı tespit edildi. Hastalar morbid ve morbid olmayan obezite şeklinde karşılaştırıldığında ise sosyodemografik özellikler ve ölçek skorları yönünden anlamlı farklılık saptanmadı.

Anahtar Kelimeler: Obezite, depresyon, yeme tutumu, dürtüsellik, beden kitle indeksi

POSTER SUNUMLARI

PS-001**DEPRESİF EPİZODDA ARTAN TARDİF
DİSKİNEZİ OLGUSU**

Ayşe Nur Eryılmaz Özkafa¹, Medine Gıynas
Ayhan¹, İkbâl İnanlı¹

¹Konya Beyhekim Eğitim ve Araştırma
Hastanesi, Psikiyatri Kliniği

GİRİŞ: Tardif diskinezi sıklıkla uzun süreli antipsikotik ilaç tedavisi sırasında veya tedaviyi bıraktıktan kısa süre sonra ortaya çıkabilen hiperkinetik bir hareket bozukluğudur. Özellikle ağız dil ve yüz bölgesini tutan, ekstremiteler ve gövdede meydana gelebilen, stereotipik, koreiform ya da atetoid istemsiz hareketlerle kendini gösteren iyatrojenik bir tablodur. Tardif diskinezi için risk faktörleri uzun süre antipsikotik kullanımı sonucu ekstrapiramidal belirtilerin görülmesi, antikolinergik-antiparkinson ajanlarının kullanımı, organik beyin hasarı, zeka geriliği, şizofreninin negatif belirtilerinin olması, duygudurum bozuklukları, sigara, alkol ve madde kullanımı, diyabet mellitus, HIV pozitifliği, malnütrisyon ve vitamin eksiklikleri sayılabilir. Bu olgu sunumunda depresif epizodda artan ve EKT sonrası azalan tardif diskinezi olgusu hastanın onamı alınarak sunulacaktır.

OLGU: M.Ç 47 yaş erkek hastanın 24 senedir bipolar bozukluk tanısı ile takipli olduğu, ilk şikayetlerinin 22 yaşında manik belirtilerle başladığı, 6 yıldır depresif belirtilerinin daha ön planda olduğu, 2019 da yattığı yerde sallanma, ayaklarını sallama şikayetlerinin başladığı, sonrasında ağızda ritmik hareketler olmaya başladığı, istemsiz hareketlerinin depresif dönemde olduğu öğrenilmiştir. 20 gündür lamotrijini temin edemediği için kullanamayan hastanın 10 gündür mutsuzluk, keyifsizlik, isteksizlik, sosyal faaliyetlerde bulunmama, sinirlilik, iştahsızlık, yüzde ve ayaklarda istemsiz hareketler gibi şikayetleri olduğu öğrenilmiştir. En son tedavisi lityum 600 mg / gün, ketiapin 500 mg/gün, olanzapin 20 mg /gün olan hastanın tedavisine lorazepam 3 mg /gün kısa süreli olarak eklendi, ketiapin 700 mg /güne artırıldı, olanzapin 20 mg /gün olarak devam edildi. EKT başlandı, AİMS (Anormal istemsiz hareketler ölçeği) skorunda belirgin azalma EKT 'nin 2.seansı sonrası oldu. Lamotrijin kademeli olarak 150 mg /güne artırıldı, böbrek fonksiyon testlerinde artış olan hastada lityumdan valproik asite geçildi, aripipirazol 5 mg /gün eklendi.

TARTIŞMA: Bazı klinik çalışmalar, duygudurum bozukluğu olan hastaların tardif diskinezi geliştirme açısından yüksek risk altında olduğunu ileri sürmüştür. Tardif diskinezi ile afektif bozukluklar arasındaki ilişkinin ilgi çekici bir yönü, bipolar hastalarda tardif diskinezinin şiddetindeki ruh haline bağlı değişiklikleri içerir. Bildirilen vakaların çoğunda, depresyon epizotlarının tardif diskinezinin alevlenmesiyle ilişkili olduğu, manik epizodların ise tardif diskinezinin zayıflamasıyla ilişkili olduğu bildirilmiştir. EKTden sonra diskinezilerde ve duygudurumda eşzamanlı iyileşme raporları da ruh hali ve diskineziler arasında bir ilişki olduğunu düşündürür.

PS-002

Maddeye Bağlı Psikozda Ayırıcı Tanı: Bir Olgu Sunumu

Batuhan Koşan¹, İkbâl İnanlı¹

¹Konya Beyhekim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği

AMAÇ: Psikoaktif madde kullanımının psikotik bozukluk başta olmak üzere birçok ruhsal hastalığa yol açabileceği bilinmektedir. Maddeye bağlı psikotik bozukluk, ilişkili maddenin kullanımı sonrası, aşırı doz, veya yoksunluk durumlarında gelişebilir. Madde kullanımına bağlı psikotik bozukluğun ayırıcı tanısını yapmak zor ve önemlidir. Günümüzde online satılan takviye gıda olarak tanımlanan ürünlerin kolaylaşmış olup, içeriği bilinmemektedir. Bu olguda bilgisi dahilinde olmadan uyarıcı kullanımı olduğunu tahmin ettiğimiz bir hastanın ayırıcı tanısı tartışılacaktır. Olgu sunumu için hastanın bilgilendirilmiş onamı alınmıştır.

OLGU: 46 yaşında, erkek hasta, kliniğimize şüphelilik, kendi kendine konuşma, kulağına sesler gelme, uydulardan mesaj geldiğini düşünme, huzursuzluk, sinirlilik, uykusuzluk ve baş ağrısı şikayetleri ile yakınlarının adli başvurusu ile yatırıldı. Yaklaşık 7 aydır yakınmalarının olduğu, son bir aydır sosyal içe kapanmasının arttığı ve yakınlarını eve almadığı öğrenildi. Yapılan ruhsal durum muayenesinde duygudurumu depresif, duygulanımı kısıtlı, kendisi hakkında olumsuz söylemler içeren işitsel varsanılar tarifledi, düşünce içeriğinde referansiyel ve persekütif varsanılar mevcuttu, düşünce yapısı normaldi. Hastanın ilk şikayetleri 2015 yılında ani başlangıçlı yaklaşık birkaç hafta süren işitsel varsanılar şeklinde olduğu ve yedi ay öncesine kadar psikotik belirtilerinin olmadığı öğrenildi. Yaklaşık beş yıl önce işyerinde ciddi bir elektrik çarpması yaşadığı ve o dönemden bu yana baş ağrılarının olduğu, tedavi için birkaç kez hastaneye başvurduğu ve tedaviden fayda görmediği öğrenildi. Hasta baş ağrılarının cinsel isteksizliğe yol açtığını, bu nedenle yaklaşık üç yıldır online satın aldığı, bitkisel olduğu söylenen takviye bir ilaç kullandığını, özellikle baş ağrısını azalttığı için düzenli devam ettiğini tanımladı. Yaklaşık yedi ay önce düzenli kullandığı bitkisel ilacın yanında hediye gelen farklı bir tableti kullanmaya başladığı ve yakınmalarının bu tableti kullanmaya başladıktan sonra ortaya çıktığı öğrenildi. Hastayla yapılan görüşmeler sonrasında 2015 yılında yakınmalarının olduğu dönemde de bitkisel içerikli bir ürün kullanıldığı öğrenildi. Yakınları tarafından getirilen tabletlerin görünümü uyarıcı olarak satılan tabletlere benzediği görüldü.

Kliniğimize psikotik bozukluk tanısıyla yatışı yapılan hastanın yapılan kan ve beyin görüntüleme tetkiklerinde organik bir patolojiye ve idrar toksikolojisinde maddeye rastlanmadı. Hastaya aripiprazol başlandı, kademeli olarak 30 mg/güne çıkıldı. Hastanın yaklaşık 4 hafta sonra yapılan ruhsal durum muayenesinde duygudurumu ötimik, duygulanımı uygun, işitsel varsanı tariflemeyi, düşünce içeriğinde herhangi bir sanrı yoktu, çağrışımlar amacına ulaşıyordu. Taburculuk sonrası ilk hafta ve birinci ay poliklinik kontrolünde değerlendirilen hastanın herhangi bir psikotik belirtisinin olmadığı ve şüpheli bir madde kullanımının olmadığı belirlendi.

TARTIŞMA: Bu olguda kliniğimize ilk kez başvuran, yedi aydır psikotik belirtileri bir hastayı sunduk. Hastalık başlangıç yaşı, daha önce kısa bir psikotik atak yaşamış olması, beş yıldır psikotik belirtilerinin bulunmaması, ani başlangıçlı olması, daha öncesinde prodromal belirtilerinin bulunmaması ve işlevselliğinde kısmi bir gerileme olması ayırıcı tanıda yol gösterici olmuş ve hastayla yapılan görüşmeler sonucunda bitkisel bir ürün kullanıldığı bilgisine ulaşılmıştır. Yaptığımız araştırmalar sonrasında online satılan ürünlerin içerisinde uyarıcı nitelikte maddeler olabileceği bilgisine ulaşılmıştır. Bu olguda idrar toksikolojisinde bir maddeyi tespit etmemekle birlikte, şüpheli tabletlerin kullanımı sonrası yakınmalarının başlamış olması, dört hafta sonrasında psikotik belirtilerinin tama yakın gerilemesi ve sonrasında tekrarlamaması nedeniyle madde kullanımına bağlı psikotik bozukluk olarak tanı koyduk. Bu olgu madde kullanımını değerlendirirken online satın alınan ürünler dahil ayrıntılı bir değerlendirme yapılması gerekliliğini vurgulamaktadır.

Kaynakça:

- *KElliott JM, Beveridge TJR. Psychostimulants and monoamine transporters: upsetting the balance. Curr Opin.Pharmacol 2005; 5(1): 94-100.*
- *Balhara YPS, Kuppli PP, Gupta R. Neurobiology of comorbid substance use disorders and psychiatric disorders: current state of evidence. J Addict Nurs 2017; 28(1): 11-26.*
- *Dankı D, Dilbaz N, Okay T, et al. Madde kullanımına bağlı gelişen psikotik bozuklukta atipik antipsikotik tedavisi: bir gözden geçirme. Bağımlılık Dergisi 2005; 6(3): 136-141.*
- *Aldemir E, Baklacı U, Gönül AS (2018) Bir psikiyatri kliniği yataklı birimi hastalarında psikotik bozukluk ve madde kullanım bozukluğu birlikteliği: Retrospektif bir çalışma. Klinik Psikiyatri 21:148-53*
- *Dawe S, Geppert L, Occhipinti S ve ark. (2011) A comparison of the symptoms and short-term clinical course in inpatients with substance-induced psychosis and primary psychosis. J Subst Abuse Treat 40:95-101.*

PS-003**Epileptik Nöbetler ile İlişkili Psikiyatrik Belirtiler: Bir Olgu Sunumu**

Emine Asrı¹, İkbāl İnanlı¹

¹Konya Beyhekim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği

AMAÇ: Epilepsi hastalarında duygudurum bozuklukları, özellikle depresyon, ardından anksiyete bozuklukları, psikoz ve kişilik bozuklukları genel popülasyona göre sık görülmektedir. Psikozun; epilepsi hastalarında % 2-7, temporal lob epilepsisi veya refrakter epilepsili hastalarda ise % 10-19 arasında olduğu gösterilmiştir. Kişilik bozuklukları ise epilepsi hastalarının % 4-32'sinde görülmektedir. Epilepsi hastalarında, nörolojik hastalardan oluşan kontrol grubuna kıyasla, anlamlı ölçüde daha fazla psikiyatrik yakınmalarının olduğu bulunmuştur. Bu sunumda sık geçirilen epileptik nöbetleri ve psikiyatrik belirtileri olan, sıklıkla psikiyatri kliniğine yatışı yapılan bir olgu sunulmaktadır.

OLGU: 19 yaş kadın hasta, kliniğimize sinirlilik, saldırganlık, anlamsız bağırımlar, kendine ve çevreye zarar verici davranışlar şikayetleriyle ailenin adli başvurusu sonrası yatırıldı. Ailesinden alınan anamneze göre 14 yaşında jeneralize tonik klonik bir nöbet sonrası epilepsi tanısı konulduğu, o zamandan itibaren düzenli valproik asit 1000 mg/gün kullandığı, düzenli nöroloji takiplerine gitmediği ve ayda 2-3 kez nöbetlerinin olduğu öğrenildi. Özellikle nöbetler sonrasında olan sinirlilik, aileye hostile tutum, kıyafetlerini çıkarma, uygunsuz zamanlarda dışarıya çıkma gibi davranışlarının olduğu, bu dönemlerde kontrol edemedikleri için tedaviye başvurdukları öğrenildi. Yapılan ruhsal durum muayenesinde bilinç açık, koopere, duygudurumu ötimik, duygulanımı uygun, düşünce içeriğinde ailesinin ona kötü davrandığı düşünceler ve hastaneye yatırılmasına ilişkin aileye karşı öfke yoğunluğu, çağrışımları amacına ulaşıyordu. Tedavisine amisülpirid 200 mg/gün başlanan hastaya, nöroloji konsültasyonu sonrası elektroensefalografisinde epileptik bulgular olması nedeniyle levitiresetam 500 mg/gün başlanarak taburcu edildi.

17 gün sonra acil servise sinirlilik, anlamsız ve küfürlü konuşma, aileye hostile tutum ve psikomotor ajitasyon şikayetleriyle başvuran hastanın yatışı yapıldı. Yapılan ruhsal durum muayenesinde bilinç açık, kısıtlı kooperasyon, oryantasyon değerlendirilemedi, konuşması tek kelimeler halinde ve kekeleme tarzındaydı, duygulanımı apatik olarak değerlendirildi. Yakınlarından alınan bilgiye göre yakın zamanda nöbet geçirdiği öğrenildi. Ertesi gün yapılan ruhsal durum muayenesinde kooperasyonu olan hastanın; yer, zaman ve kişi oryantasyonu bozuk olup son birkaç güne amnezikti. Aileyle yapılan görüşmelerde yakınmalarının nöbetlerden sonra yoğunlaştığı, ama tamamen gerilemediği, epilepsi ilaçlarını kullandığı için epilepsiye bağlamadıkları ve hastanın yakınmalarının farkında olduğunu düşündükleri öğrenildi. Ayrıca daha önce benzer yakınmalarla farklı psikiyatri kliniklerinde yatarak tedavi gördüğü ve nörolojiye yönlendirildiğine tıbbi kayıtlardan ulaşıldı. Tekrar nöroloji konsültasyonu sonrası antiepileptik tedavisi düzenlenen hastanın, interiktal dönemde olan davranış sorunları nedeniyle aripiprazol tedavisine geçişi planlandı. Aileyle yapılan görüşmelerde öncelikle epilepsi tedavisinin önemli olduğu, mevcut yakınmalarının epilepsi ile ilişkili olduğu ve nöbetler kontrol altına alındıktan sonra psikiyatrik yakınmalarının gerileyebileceği hakkında bilgi verilerek taburcu edildi. Hastanın beş ay sonra polikliniğe benzer yakınmalarla başvurduğu ve nöroloji kontrollerine devam etmediği öğrenildi.

TARTIŞMA: Bu sunumda epilepsi tanısı olan, etkin nörolojik tetkik ve tedavisi sürdürülemeyen bir olgudan bahsedilmektedir. Epilepside ilk hedef, nöbete yönelik etkin antiepileptik tedavinin düzenlenmesi olmalıdır. Epilepsi ile ilişkili psikiyatrik tablolar sık görülür ve tedavisi ancak etkin bir antiepileptik tedavi ile mümkündür. Bu olguda postiktal konfüzyon dönemi aile tarafından psikiyatrik bir durum olarak tanımlanmaktadır. Birçok kronik hastalıkta olduğu gibi hasta ve yakınlarının hastalık ve takipleri konusunda bilgilendirilmesi önemlidir. Bu olgu sunumu ile epilepsi ile ilişkili psikiyatrik belirtileri olan hastaların nöroloji ve psikiyatri tarafından multidisipliner bir yaklaşımla takip edilmesinin önemli olduğunu vurgulamaktayız.

PS-004**MİRTAZAPİN'E BAĞLI NADİR BİR YAN
ETKİ: BİR AKATİZİ OLGUSU**Hasan Berat Civelek¹

¹Konya Beyhekim Eğitim ve Araştırma
Hastanesi, Psikiyatri Kliniği

GİRİŞ ve AMAÇ: Mirtazapin, depresyon tedavisinde yaygın olarak kullanılan bir antidepresan olup, genellikle düşük yan etki profili ile bilinir. Sedatif etkileri sayesinde, uyku sorunları olan depresif hastalarda tercih edilmektedir. Ancak literatürde nadir de olsa, mirtazapin ile beklenmedik yan etkiler bildirilmiştir. Bu bildiride, hastadan onam alınmış olup mirtazapinin kullanımına bağlı gelişen akatizi olgusunu sunarak, bu nadir advers etkilerin klinik uygulamada göz önünde bulundurulmasının önemine dikkat çekmek amaçlanmaktadır. Akatizi, çoğunlukla antipsikotik tedavi ile ilişkilendirilen bir durumdur, ancak serotonin ve norepinefrin üzerinde etkili olan mirtazapin gibi ilaçlar da nadiren bu tabloya yol açabilmektedir.

OLGU: 42 yaşında kadın hasta, şiddetli depresyon (Hamilton Depresyon ölçek skoru: 31) nedeniyle kliniğimize başvurmuş ve uyku sorunları eşlik ettiğinden dolayı mirtazapin 30 mg/gün tedavisi başlanmıştır. Hastanın özgeçmişinde nörolojik bir hastalık ya da dopaminerjik sistemle ilişkili ilaç kullanımı bulunmamaktadır. Beş sene önce depresif şikayetlerle sertralin kullanım öyküsü mevcuttur. Mirtazapin tedavisinin birinci haftasında hasta, bacaklarında huzursuzluk, yerinde duramama ve sürekli hareket etme ihtiyacı gibi şikayetler bildirmiştir. Özgeçmişinde akatizi öyküsü olmayan hastaya, yapılan fiziki muayenede, klinik olarak akatizi bulguları saptanmıştır. Hasta tarafından bildirilen şikayetler, Barnes Akatizi Değerlendirme Ölçeği'ne göre değerlendirilmiş ve skor yüksek bulunmuştur. Mirtazapin tedavisinin kesilmesiyle birlikte, şikayetler hızlı bir şekilde gerilemiştir. Sonuç olarak hastaya, mirtazapine bağlı akatizi tanısı konulmuştur.

TARTIŞMA ve SONUÇ: Akatizi, genellikle antipsikotik ilaçların kullanımı ile ilişkili bir yan etki olarak bilinmekte olup, dopamin reseptör blokajına bağlı olarak ortaya çıkar. Mirtazapin ise, serotonin ve norepinefrin üzerinde etkili bir antidepresan olarak bilinir ve dopaminerjik sistemle ilişkisi minimaldir. Ancak bu vaka, mirtazapinin bu nadir yan etkiye neden olabileceğini göstermektedir. Literatürde de nadiren, mirtazapinin dopaminerjik sistem üzerinde etkisi olabileceği ve bu tür motor yan etkilerin görülebileceği bildirilmiştir.

Akatizi, tedavi uyumunu olumsuz etkileyen ve hastaların yaşam kalitesini düşüren bir yan etki olarak bilinmektedir. Dolayısıyla, mirtazapin gibi antidepresanlarla tedavi edilen hastalarda, bu tür yan etkilerin gelişme riski göz ardı edilmemelidir. Akatizi gelişen vakalarda, erken tanı ve tedavi düzenlemesi, ilaca bağlı olumsuz sonuçların önlenmesinde önemli rol oynar.

Bu vaka sunumu, nadir olmasına rağmen, mirtazapin tedavisi sırasında gelişebilecek akatizinin önemine dikkat çekmektedir. Bu tür advers etkilerin farkında olunması ve hastaların yakın takibi, depresyon tedavisinde daha güvenli ve etkili sonuçlar elde edilmesini sağlayacaktır.

KAYNAKLAR:

1. Lehmann, A., & O'Brien, S. (2014). Mirtazapine-induced akathisia: A case report. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 34(4), 530-531.
2. Kane, J. M., Fleischhacker, W. W., Hansen, L., Perlis, R., & Pikelov, A. (2009). Akathisia: An update on the epidemiology, pathophysiology and treatment. *CNS Drugs*, 23(2), 105-118.
3. Andrade, C. (2010). Mirtazapine-induced akathisia and its implications. *Journal of Psychopharmacology*, 24(9), 1313-1315.
4. Rajan, R., Shreeniwas, R., & Suresh, B. (2016). Mirtazapine and akathisia: A rare association. *Indian Journal of Psychiatry*, 58(4), 474-476.

PS-005**NÖROLOJİK BELİRTİLERLE GELEN
HASTADA KONVERSİYON BOZUKLUĞU**Melike Akyel¹

¹Konya Beyhekim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği

AMAÇ: Konversiyon bozukluğu; fiziksel açıklaması olmayan, bilinen tıbbi ya da nörolojik durumlarla ya da hastanın ifade ettiği belirti şiddet ile bağdaşmayan motor ya da duysal işlev kaybı ile kendini gösteren, genellikle stresli bir yaşam olayını takip eden, kişide belirgin sıkıntı ve işlevsellik kaybına neden olan ruhsal bir bozukluktur (1). Konversiyon bozukluğu tanısı diğer tıbbi hastalıkları dışlamak amacıyla yapılan tetkik ve muayeneler sonrası konulmaktadır. Bu süreç ya yeterli değerlendirme tamamlanmadan ya da uzun süreli tetkik ve tedaviler sonrasında olabilmektedir. Bu olgu sunumu yeterli tetkiklerin yapılarak psikiyatriye akut dönemde yönlendirilen bir konversiyon bozukluğu tanılı hastayı sunmaktadır.

OLGU: 29 yaş, eczane teknisyeni, iki çocuklu, evli, kadın hasta; kliniğimize unutkanlık, yakınlarını tanıyamama, konuşmada zorluk, bayılma, uyku düzensizliği, yürümede zorluk şikayetleri ile başvurdu. Hastadan ve ailesinden alınan bilgiye göre şikayetleri yaklaşık 1 ay önce baş ağrısı, sonrasında burun kanaması ve sağ tarafında güç kaybı hissetme, konuşmada bozulma şeklinde başladığı, acil başvurusunda yapılan muayenesinde hastanın bilinci açık ve koopere olduğu, sağ yüz mandibular ve maxiller dallarda hipostezinin olduğu, derin tendon reflekslerinin normal ve sağ üst ve alt ekstremitelerde kas gücü 1/5 şeklinde olduğu öğrenildi. Yürüyememe, sağ taraflı güç kaybı devam eden hasta Sağ Hemiparezi tanısı ile nöroloji tarafından yatırılarak, Kraniyal, Servikal, Torakal görüntüleme ve elektroensefalografi ve elektromyelografi tetkikleri yapıldığı ve organik bir patolojinin saptanmadığı tıbbi kayıtlarından öğrenildi.

Yatışı sonrası psikiyatri ve fizik tedaviye başvurusu önerilen hasta hastanemiz Fizik tedavi kliniğinde yapılan değerlendirme sonrasında akut serebrovasküler bir olay on tanısı ile nörolojiye yatırılarak gözlemlendi, ayrıntılı tetkiklerin tekrar yapıldığı ve organik bir açıklamaya neden olabilecek patoloji saptanmadığı belirlendi. Üç günlük yatış sonrasında kliniğimize Konversiyon bozukluğu ön tanısı ile yönlendirilen hasta yatırılarak değerlendirmeye alındı. Yapılan ruhsal durum muayenesinde ruhsal muayenesinde yaşında görünümde, duygu durumu anksiyeteli, duygulanımı uygun, konuşmada akıcılığı bozulmuş, düşünce içeriğinde bedensel belirtilerine karşı yoğun kaygı mevcut olup, çağrışımlar amacına uygundu. Hasta yatışa tekerlekli sandalye ile geldi, annesi refakatçi olarak alındı. Yapılan görüşmelerde son dönemde aile içi yaşanan sorunlarda artış tarifleyen hastaya Venlafaksin 37,5 mg/gün ve Ketiapin 50 mg/gün başlandı. Hastanın özellikle gece saatlerinde tekrarlayan yüzün sağ yarımında kasılma, yürümede zorluk ve bedensel belirtileriyle ilgili yoğun kaygıları oldu. Venlafaksin kademeli olarak 150 mg/gün'e çıkıldı. Yatışı boyunca destekleyici görüşmeler yapılan hastanın belirtilerinde tama yakın düzelme gözlemlendi, 45 gün sonra taburcu oldu.

TARTIŞMA: Konversiyon bozukluğu özellikle nörolojik ve kas-iskelet sistemi hastalıklarının semptomlarını taklit edebildiği için tanı diğer hastalıkların dışlanması sonucu konulmalıdır. Tedavide iç görü odaklı destekleyici veya davranışçı terapi ve farmakolojik olarak anksiyete ve kas gerginliğini azaltmak için benzodiazepinler, belirtilerle ilgili obsesif ruminasyonları azaltmak için antidepressanlar ve serotonerjik ajanlar önerilmektedir. Bu olgu gerekli tetkiklerin yapılarak akut dönemde, belirtiler kronikleşmeden psikiyatrik tedavisi başlanan ve fayda gören bir konversiyon bozukluğu olması ile dikkat çekicidir.

PS-006

**BİPOLAR BOZUKLUK TANILI HASTADA
ANTIEMETİK KULLANIMINA BAĞLI
GELİŞEN PARKİNSONİZM BELİRTİLERİ**

Medine Gıynaş Ayhan¹, Merve Düşgün
Şimşek¹

¹Konya Beyhekim Eğitim ve Araştırma
Hastanesi, Psikiyatri Kliniği

GİRİŞ: Metoklopramid; serotonin 5-HT₄ reseptör agonisti, dopamin-2 reseptör antagonisti olarak görev yapan sık kullanılan etkili bir antiemetiktir. Psikomotor yan etkileri; periferik ve merkezi olarak etkili bir dopamin antagonisti olması ile ilişkilidir. Parkinsonizm, tardif diskinezi, malign nöroleptik sendrom, akatizi ve akut distonik reaksiyon metoklopramid kullanımına bağlı en sık görülen ekstrapiramidal yan etkilerdir. Olgu bölümüne geçmeden önce hastanın onamının alındığını belirtmek isterim.

OLGU: M.A, 61 yaşında erkek hasta. Hastadan ve ailesinden alınan anamneze göre ilk şikayetleri 20 sene önce bir stresör sonrasında mutsuzluk, keyifsizlik şeklinde başladığı ve birkaç ay sonra şikayetlerine baskılı konuşma, psikomotor aktivite artışı, grandiyözite eklendiği öğrenildi. Bu şikayetleri de bir süre devam edip tedavisiz geriledikten sonra sürekli geçmişi düşünme, ümitsizlik ve içe kapanma şikayetlerinin devam ettiği ve bu süreç sonunda fare zehri içerek suisid girişiminde bulunduğu söylendi. Yoğun bakım süreci sonrasında devam eden suisid düşüncesi, aklını yitirme korkusu, uykusuzluk şikayetleriyle 2010'da kliniğimize yatırıldığı saptandı. Bipolar bozukluk tanısı konulan hastanın taburculuk sonrası ilaç uyumunun ve poliklinik takiplerinin düzenli olduğu öğrenildi. Son 2 senedir valproat 1000 mg/gün, lityum 300 mg/gün, ketiapin 200 mg/gün kullanan hastanın depresif şikayetlerinin devam ettiği öğrenildi. Son birkaç aydır ise şikayetlerine psikomotor huzursuzluk, yerinde duramama eklendiği ve muayenesinde ise dişli çark bulgusu, akatizi ve parkinson yürüyüşü gibi bulgular saptandı.

Poliklinik kontrollerinde yapılan paroksetin ve olanzapin eklenmesi gibi tedavi düzenlemelerinden yarar görmeyen hastaya depresif şikayetlerine yönelik Transkraniyal Manyetik Stimülasyon (TMS) önerildi. Hastaneye yatırılan hastanın yapılan Hamilton Depresyon Ölçeği puanı:34'tü. Tedavisi valproat 1000 mg/gün, lityum 300 mg/gün, ketiapin 200 mg/gün, propranolol 40 mg/gün şeklinde düzenlendi. Öykü detaylı olarak alındığında hastanın son birkaç aydır mide bulantısı şikayetine yönelik uygunsuz dozlarda metoklopramid kullandığı öğrenildi. Hastanede yattığı süre boyunca metoklopramid kullanımı olmayan hastanın yatışının 2. haftasında psikomotor huzursuzluk, akatizi, ekstremitelerde dişli çark bulgusu ve parkinson yürüyüşü gibi bulguları belirgin olarak geriledi. 20 seans uygulanan Transkraniyal Manyetik Stimülasyon (TMS) bitiminde tekrarlanan Hamilton Depresyon Ölçeği puanı:23'e geriledi. Depresif şikayetlerinde belirgin düzelme olan hasta taburcu edildi.

TARTIŞMA: Antiemetik amaçlı yaygın olarak reçete edilen ve kullanılan metoklopramid aşırı doz ya da dozdan bağımsız olarak distonik reaksiyonlara yol açabilmektedir. Özellikle yaşlı, nörolojik rahatsızlıkları olan ve ekstrapiramidal yan etkilere yatkınlığı olan antipsikotik kullanan hastalarda olası yan etkiler için gereksiz kullanılmamalıdır. Ayrıca psikotrop kullanımı olan psikiyatri hastalarında ekstrapiramidal belirtiler varsa öykü yeniden gözden geçirilmelidir.

PS-007

**KAFA TRAVMASI SONUCU OLUŞMUŞ
ORGANİK PSİKOTİK BOZUKLUĞUN ÇİFT
DOZ UZUN ETKİLİ ARIPIPRAZOL
UYGULAMASI İLE TEDAVİSİ**Bilge Çetin İlhan¹, Merve Düşgün Şimşek¹¹Konya Beyhekim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği

AMAÇ: Organik Psikoz; beyin tümörüne, kafa travmalarına, enfeksiyonlara ve nörolojik hastalıklara bağlı olarak beyin aktivitesini kaybettiği durumlarda görülmektedir. Altta yatan nedenin tedavi edilebildiği vakalarda neden ortadan kalkınca psikotik belirtilerde de düzelme görülebilir. Kafa travması sonucu oluşan ensefalomalaziler gibi düzeltilmesi mümkün olmayan vakalarda antipsikotik ilaçlarla psikotik belirtilerin tedavi edilmesi ilkesi benimsenir. Frontal lob ensefalomalazisi olan vakamızdan bahsetmeden önce hastanın onamının alındığını belirtmek isterim.

OLGU: Bay U.T 43 yaşında, erkek hasta. Ailesinden ve kendisinden alınan anamneze göre ilk şikayetlerinin 2000 yılında geçirmiş olduğu araç dışı trafik kazası sonrası çabuk sinirlenme, aile içi saldırganlık, anlamsız konuşmalar, davranış değişiklikleri, zarar göreceğini düşünme, eşine karşı kıskançlık söylemleri şeklinde olduğu öğrenildi. Kaza sonrası 43 gün yoğun bakım ünitesinde takip edildiği ve bu davranım problemleri için psikiyatri başvurusunun hiç olmadığı söylendi. Sadece 2015 yılında aile içi saldırganlık nedeniyle dış merkezde adli yazıyla 1 hafta yatışının yapıldığı söylendi. O dönem ablasının vesayetini aldığı ve taburculuk sonrası ilaç kullanımının olmadığı öğrenildi. Bahsedilen şikayetlerinin artarak devam ettiği ve 2010 yılından itibaren Beyin ve Sinir Cerrahisinden %70 engel oranı aldığı bildirildi. Kliniğimize başvurusunda sinirlilik, eşine karşı kıskançlık, zarar göreceğini düşünme, olmayan şeylerden bahsetme, unutkanlık, mutsuzluk, saldırganlık şikayetleri mevcuttu. Özgeçmişinde: alkol, sigara, madde bağımlılığı yok; 2000 ve 2005 yıllarında olmak üzere 2 kez araç dışı trafik kazası geçirmiş; ek hastalığı yok.

Soygeçmişinde herhangi bir psikiyatrik hastalık yok. Hastanın yatışı sonrasında EEG ve Kranial MRI görüntülemeleri istendi. EEG normal olarak raporlandı, Kranial MRI görüntülemesinde sağ frontal lob anterior kesiminde 29x19 mm boyutlarında ensefalomalazik alan mevcuttu ve ekstraaksiyel BOS mesafelerinin arttığı görüldü. Görüntülemelerden bir kesit:



Hastaya aripiprazol 5 mg/g başlanarak kademeli olarak 20 mg/g'e yükseltildi. MRI raporu, sosyal incelemesi ve aileden alınan bilgilere göre organik psikotik bozukluk ve davranım bozukluğu düşünüldü. Aileden alınan anamneze ve geçmiş muayene raporlarından edindiğimiz bilgilere göre hastanın taburculuk sonrası oral ilaç uyumunun zayıf olduğuna karar verildi. Bu nedenle oral antipsikotikten fayda görmesi halinde hastaya uzun etkili antipsikotik ilaç başlanması planlandı. Hastaya oral aripiprazol başlandı. Oral aripiprazol ile hedeflenen dozda bir süre takip edilen hastanın fayda gördüğünü düşündüğümüz için uzun etkili aripiprazol 400 mg (1*2) çift doz yükleme aynı gün, farklı kaslara yapıldı ve oral aripiprazol kesildi. Herhangi bir yan etki gözlenmedi. Klinik takibimizde hastanın mevcut şikayetleri geriledi. Altta yatan organik etiyoloji nedeniyle rezidü belirti olsa da hastanın işlevselliğini ve sosyal yaşamını olumsuz etkileyen saldırganlığa varan kıskançlık sanrıları, sinirlilik, zarar göreceğini düşünme, olmayan şeylerden bahsetme gibi şikayetleri büyük oranda gerilemişti. Ayda tek doz olacak şekilde uzun etkili aripiprazol 400 mg/ay ile taburcu edilen hasta poliklinik kontrolüyle takip için yönlendirildi.

TARTIŞMA: Kafa travması sonucu gelişen organik psikotik bozukluk vakalarında yapılan çalışmalarda çeşitli oral veya uzun etkili antipsikotiklerle tedavi edildiği görülmüştür. Çift doz uzun etkili aripiprazol klinik pratiğimizde yeni yeni kullanılmaya başlanmıştır. Bu vakamızda da bu tedaviden fayda gördüğümüz için bu olguyu paylaşmak istedik.

PS-008

**OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK VE
BİPOLAR BOZUKLUK EŞTANILI HASTADA
CAPGRAS SANRISI: BİR OLGU SUNUMU**

Sümeyye Nihan Çelik Satıcı¹, Medine Gıynas
Ayhan¹

¹Konya Beyhekim Eğitim ve Araştırma
Hastanesi, Psikiyatri Kliniği

AMAÇ: Capgras sendromu, sanrısız yanlışı tanıma sendromları arasında yer alır ve Fransız bir psikiyatrist olan Joseph Capgras tarafından ilk kez 1923 yılında tanımlanmıştır. Bu sendromda hasta, yakın ilişkide bulunduğu kişilerin, diğer kişilerin, çevrenin veya hatta kendi benliğinin, onların aynı olan ikizleri ile değiştirildiğine inanır. Psikotik hastaların %4'ünde rastlanabilmektedir. Bütün yaş gruplarında ve her iki cinsiyette de görülebilmekle birlikte kadınlarda daha fazla olduğu bildirilmektedir. Sendromun saf olarak görülmesi çok nadir olup sıklıkla paranoid şizofreni, daha az olarak da şizoaffektif ve duygudurum bozuklukları zemininde ortaya çıkar. Organik bozukluklarda da %25-40 oranında görülmektedir. Bu olgu sunumunda obsesif kompulsif bozukluk ve bipolar bozukluk eştanılı hastada görülen Capgras sanrısı ele alınmıştır.

OLGU: Hastadan yazılı ve sözlü onam alındı. Ö.A., 27 yaşında erkek hasta; üniversitede okuyor, bekar, üç kardeşten ikincisi, ailesiyle birlikte yaşıyor. Psikiyatri polikliniğine, kendi ifadesiyle "Zaman algım bozuldu, geceyi gündüzü ayırt edemiyorum, birileri vücuduma dokunuyor, sürekli ellerimi yıkıyorum, annem-babam değişmiş, beni zehirlemeye çalışıyorlar, kendi cenazeme gittim geldim" şeklindeki şikayetleri ile başvurdu. Psikiyatrik öyküsünden, 10 yaşlarında sürekli el yıkama, sayı sayma, biriktirme şikayetleri ile psikiyatriye başvurduğu, obsesif kompulsif bozukluk tanısı ile fluoksetin süspansiyon başlandığı, bundan yaklaşık 3 yıl sonra ise depresif yakınmaları nedeniyle sertralin 50 mg kullanmaya başladığı, kademeli olarak sertralin 150 mg'a yükseltildiği, 3 ay sonra ise enerji artışı, sinirlilik, çok konuşma, uyku miktarında azalma, neşelilik şikayetleri ile psikiyatri kliniğine yatırılıp yapılan hastanın

bipolar duygulanım bozukluğu tanısı ile takip ve tedavi edildiği öğrenildi. Klinik kayıtlardan hastanın toplamda 3 defa manik epizod, 1 defa depresif epizod tanılarıyla psikiyatri kliniğinde yatırılarak tedavi edildiği tespit edildi. Kliniğimize yatırılıp yapılan hastanın ruhsal durum muayenesinde konuşma hızı ve miktarının arttığı, duygulanımının anksiyeteli olduğu, çağrışımların dağıldığı, işitsel ve taktıl halüsinasyonların, perseküsyon, referansiyel ve Capgras hezeyanlarının, sürekli el yıkama ve sık banyo yapma davranışlarının mevcut olduğu, uyku ve iştahın azalmış olduğu saptandı. Yapılan tetkiklerinde biyokimyasal ve hematolojik değerleri, tiroid fonksiyon testleri, vitamin B12 ve folik asit seviyeleri, EKG, EEG, PA akciğer grafisi ve beyin BT bulguları normal sınırlardaydı. Hastanın tedavisi kademeli olarak dozu artırılarak valproik asit 1000 mg, olanzapin 30 mg, ketiapin 900 mg şeklinde düzenlendi. Toplamda 8 seans EKT yapılan hastanın klinik izleminde anne ve babasıyla ilgili sanrılarının, manik ve obsesif-kompulsif semptomlarının gerilediği gözlemlendi.

TARTIŞMA: Komorbid obsesif kompulsif bozukluk-bipolar duygulanım bozukluğu olan hastamız, bipolar duygulanım bozukluğu tedavisi için valproik asit, ketiapin, olanzapin ve EKT ile tedavi edilmiş olup, obsesif-kompulsif semptomlarının yanı sıra Capgras sanrısının da belirgin olarak düzeldiği gözlemlenmiştir. Capgras sanrısının farklı psikiyatrik ve nörolojik durumlarla ilişkilendirildiği, çok faktörlü bir etiyolojiye sahip olduğu önceki çalışmalar tarafından bildirilmiştir. Antipsikotik ve duygudurum düzenleyici tedavilerin yanı sıra EKT'nin de bu olguda etkili olması, kapsamlı bir tedavi yaklaşımının önemini vurgulamaktadır. Capgras sanrısı, önceki çalışmalarda daha çok psikotik bozukluklarda ve kadınlarda gözlemlenirken, bizim olgumuzda duygudurum bozukluğunda ve erkek hastada görülmesi dikkat çekicidir.

KAYNAKLAR:

1. Coltheart M, Davies M. What is Capgras delusion? Cogn Neuropsychiatry. 2022 Jan;27(1):69-82.
2. Chaudhry S, Weiss A, Surdis C, Garrett M. Capgras Syndrome: In the Conscious and the Unconscious Mind: A Case Report. J Nerv Ment Dis. 2022 Dec 1;210(12):970-973.
3. Joshi S, Thapa M, Manandhar A, Shakya R. Capgras delusion in postpartum psychosis: a case report. Ann Gen Psychiatry. 2021 Mar 20;20(1):21.
4. Pandis, C., & Agrawal, N. (2017). Delusional misidentification syndromes: separate disorders or unusual presentations of existing DSM-5 categories? CNS Spectrums, 22(4), 390-401.

PS-009

**VALPROİK ASİT KULLANIM SONRASI
SİSTEMİK İNFLAMASYONDA ARTIŞ: BİR
OLGU SUNUMU**

Nurettin Duymuş¹, Medine Gıynaş Ayhan¹,
Şenay Yıldız Bozdoğan¹

¹Konya Beyhekim Eğitim ve Araştırma
Hastanesi, Psikiyatri Kliniği

GİRİŞ: Valproik asit (VPA) bipolar bozukluk akut ve idame dönem tedavisinde sıklıkla kullanılan bir ajandır. Kan düzeyinin; akut manide 125, koruyucu tedavide ise 50-100 mg/ml olması planlanır. En sık karşılaşılan yan etkiler kilo artışı, bulantı, kusma, ellerde titreme, halsizliktir ve çoğu dozla ilişkilidir. Vaka raporumuzun amacı VPA'nın beklenmeyen inflamatuvar yan etkilerinin görülebileceğini bildirmektir. Hastadan çalışma hakkında bilgi verilmiş ve onam alınmıştır.

OLGU: N.M., 52 yaşında kadın. 24 yıldır bipolar bozukluk tanısı ile takipli olan hastada tremor ve poliüri yan etkilerinden dolayı uzun süredir kullanmakta olduğu lityum kesilip 3 yıl önce VPA 1000mg/gün başlandığı öğrenildi. VPA başladıktan yaklaşık 10 gün sonra denge kaybı ve bilinç bulanıklığı gelişen hastanın acil servis başvurusunda organik patolojilerin dışlandığı bildirildi. Etiyolojisi netleştirilemediğinden VPA kesildiği, VPA'nın kesilmesinin ardından hastanın şikayetleri birkaç gün içerisinde gerilediği tariflendi. İki yıl boyunca ikili paliperidon 6mg/gün, ketiyapin 100 mg/gün ve idame EKT ile kliniğimizde ayaktan takip edilen hastanın manik epizod ile hastanemize yatışından yaklaşık 1 ay önce tekrar VPA başlandığı ve 750 mg/gün'e çıkıldığı bilgisine ulaşıldı. Taburculuk sonrası ilaç kullanımı şüpheli olan hasta, taburculuğundan bir hafta sonra yine manik epizod düşünülerek kliniğimize yatırıldı, hastanın VPA dozu 1000 mg /gün'e çıkıldı. VPA düzeyi 100-110 arası seyreden hastada, tedavinin 7. Gününde bilinç bulanıklığı, hipotansiyon, oryantasyon kaybı, hareket güçlüğü, genel durum bozukluğu şikayetleri gözlemlendi. Hasta hipotansif ve taşikardikti. Hastadan difüzyon beyin MR, EKG ve geniş kan biyokimyası istendi. Ancak tetkiklerde patoloji saptanmadı. Kan gazı değerleri normal olan hastada hiperamonyemi düşünülmeydi.

Tetkiklerde göze çarpan bozulma CRP'nin 74,84'e yükselmesi oldu. Hastanın hipotansif ve taşikardik olması enfeksiyon ihtimalini akla getirdiğinden enfeksiyon hastalıkları bölümü ile konsülte edildi. Ancak enfektif odak saptanmaması ve ateşinin normal sınırlarda seyretmesi nedeniyle antibiyoterapi başlanmadı. Hastanın VPA tedavisi kesildi ve günlük 1000 cc SF ile hidrasyon uygulandı. İlaç kesildikten sonraki 2.gün kontrol CRP'sinin 67'ye regrese olduğu görüldü. 3.gün alınan kanlarında ise VPA düzeyi 65 mg/ml gelen hastanın bununla beraber CRP'si de 20'ye geriledi. Ertesi gün VPA kan düzeyi 35 mg/ml'ye düşen hastanın bilinci açıldı, oryante ve koopereydi, şikayetleri düzeldi. CRP normal sınırlara geriledi.

TARTIŞMA: Bu olgu sunumunda, VPA kullanımıyla CRP artışı ve hipotansiyon gelişen, ardından VPA'nın kesilmesiyle semptomları düzelen bir vakayı sunduk. Vakada inflamasyon düzeyindeki artışı açıklayabilecek başka bir ilaç kullanımı ya da sistemik hastalık öyküsü yoktu. Sonuç olarak hastada VPA kullanımı sonucunda CRP'yi ciddi miktarda yükseltecek bir inflamatuvar yanıt geliştiği düşünüldü. Bildiğimiz kadarıyla literatürdeki olgu bildirimlerinde yan etkiler VPA toksisitesi neticesinde gözlenmiştir. Bizim vakamızda ise VPA kan düzeyi normal sınırlardayken inflamatuvar yanıtın artması, VPA kesilmesinin ardından CRP'nin dramatik bir şekilde normal sınırlarına gelmesi ve hastanın genel durumunun düzelmesi dikkat çekicidir.

KAYNAKLAR:

1. Barbosa. (2019). Valproic acid induced necrohemorrhagic pancreatitis: Case report and diagnostic approach in uncommon pancreatitis. Int J Surg Case Rep. 2019;60, 126-129.
2. Mekonnen. (2019). Valproic Acid Poisoning. J Emerg Nurs. 2019 Jan;45(1):, 98-100.
3. Morrison, P. (2020). The Maudsley Guidelines on advanced prescribing in psychosis.
4. Öztürk, O. (2023). Ruh Sağlığı ve Bozuklukları.
5. UF, D. (2020). Valproic acid associated pleuropericardial effusion: case report. Ideggogy Sz. 2020 Jan 30;73(1-2):70-72.
6. Zhang. (2020). Valproic acid-induced eosinophilic pleural effusion: A case report and brief review. . Ann Clin Psychiatry. 2020 Nov;32(4), 288-290.

PS-010**Kranial metalik nesnesi olan depresif hastada EKT uygulanabilir mi?**

Sare Nur Yıldırım¹, İkbâl İnanlı¹

¹Konya Beyhekim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği

AMAÇ: Elektrokonvulsif tedavi (EKT) ruhsal hastalıkların tedavisinde kullanılan etkin ve güvenilir bir tedavi yöntemidir ve oldukça uzun zamandır uygulanmaktadır. Kranial metalik nesneler (tıbbi cihazlar veya metalik yabancı cisimler) varlığında EKT'nin güvenliği hakkında çok az şey bilinmektedir. Klinisyenler için yeterli literatür ve kılavuz yokluğunda kranial metalik nesnesi olan bir hastada EKT endikasyonunu titizlikle belirlenmelidir. Bu sunumda kranial metalik nesnesi olan bir olguda EKT uygulama karar verme sürecinden bahsedilmektedir.

OLGU: 20 yaş erkek hasta, kliniğimize hayattan zevk alamama, mutsuzluk, sürekli eski olayları hatırlama, özellikle iki yıl önce yaşadığı silahla intihar girişimi ile ilgili düşünme, kendisini yetersiz hissetme şikayetleri ile yatırıldı. İlk kez 16 yaşındayken sinirlilik, okul ortamına uyumsuzluk, ders başarısında düşme, alınganlık ve madde kullanımı yakınmaları nedeniyle psikiyatriye başvuran hastanın önerilen tedaviyi kullanmadığı ve takiplerine devam etmediği öğrenildi. Okulu bırakarak çeşitli işlerde çalışan ve sık iş değişimi olan hastanın farklı birçok madde kullanımına devam ettiği, psikiyatrik yakınmalarının dönem dönem şiddetlenerek devam ettiği bilgisine ulaşıldı. 18 yaşında silahla kafasına ateş ederek intihar girişiminde bulunan hasta 28 gün yoğun bakımda kaldığı, sağ temporal bölgeden giren merminin sol temporal artere yakın olduğu için opere edilemediği, sağ gözde %100, sol gözde %70 görme kaybı geliştiği tıbbi kayıtlarından belirlendi. Bu dönem sonrasında umutsuzluk, isteksizlik, karamsarlık, yetersizlik ve intihar düşünceleri nedeniyle birçok poliklinik başvuruları ve hastane yatışları olduğu öğrenildi. Farklı birçok antidepresan tedavisini kullandığı belirlenen hastaya ketiapin ve lityum ekleme tedavileri yapıldığı bildirildi.

Yaklaşık 4 aydır venlafaksin 300 mg/g ve klozapin 400 mg/g kullanan hastanın depresif yakınmaları devam etmekteydi. Yapılan ruhsal durum muayenesinde özbakımı azalmış, duygudurumu depresif, duygulanımı uygun, konuşma miktarı ve tonu azalmış, düşünce içeriğinde tekrar göremeyeceği için suçluluk düşünceleri, iyileşemeyeceği ve yetersizlik düşünceleri ve intihar isteği yoğundu, çağrışımları amacına ulaşmaktaydı. Hastanın daha önce farklı antidepresan tedavilerini kullandığı, halen etkin doz ve sürede venlafaksin ve klozapin kullanmasına rağmen yakınmalarının devam etmesi üzerine EKT uygulanabileceği düşünüldü. EKT öncesi anestezi beyin cerrahi konsültasyonları planlandı. Aile ve hasta EKT uygulamasına onam vermediği için, EKT yapılamadı. Hastanın venlafaksin dozu 375 mg' a yükseltildi, klozapine devam edildi ve lamotrijin başlanarak yatışı sırasında tedricen arttırılarak 100 mg/g ulaşıldı. Hastanın depresif yakınmalarında kısmi gerileme olması ve intihar düşüncelerinin olmaması nedeniyle ayaktan takip edilmek üzere taburcu edildi.

TARTIŞMA ve SONUÇ: EKT özellikle farmakolojik tedaviye cevap vermeyen ağır depresyon tedavisinde en etkili seçeneklerin başında gelmektedir. Kafa içi basınç artışı, intraserebral kitle ve ödem, yakın dönemde geçirilmiş miyokard ve serebral enfarkt durumlarında önerilmemektedir. Kranial metalik nesnesi (mermi) bulunan bu hastaya EKT için gerekli endikasyon mevcut olmasına rağmen sadece ailenin onam vermemesi değil daha önce benzer bir tecrübeye sahip olmamamız, kılavuzlarda ve literatürde yeterli bilginin olmaması nedeniyle EKT tedavisinden vazgeçilmiştir. 24 benzer olgunun gözden geçirildiği bir çalışmada hiçbir olguda kranial metalik nesneyle ilişkili komplikasyon gelişmediği bildirilmiştir. Bu olgu sunumu ile EKT uygulamasının kranial metalik nesnesi olan hastalar için multidisipliner bir yaklaşımla bir tedavi seçeneği olabileceği vurgulanmaktadır.

PS-011**Bir olgu üzerinden unipolar ve bipolar depresyon ayırıcı tanısı**

Elif Özdemir¹, İkbâl İnanlı¹

¹Konya Beyhekim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği

AMAÇ: Bipolar Bozukluk; depresyon ve manik epizodlarla karakterize, tekrarlayıcı, süregelen bir hastalıktır. Yapılan çalışmalarda, hastalığın sıklıkla depresif epizodla başladığı ve bipolar bozukluk tanısı konulmasına kadar geçen süre yaklaşık 10 yıla kadar uzadığı bildirilmiştir (1). İlk görüşmede unipolar depresyon tanısı alan hastaların yaklaşık %10 ila 25 i bipolar bozukluk tanısı olabileceği çalışmalarda gösterilmiştir(1). Bu sunum ile daha önce 3 kez depresif epizod geçiren ve manik belirtilerle kliniğimize yatırılan bir olguyu , unipolar ve bipolar depresyon ayırıcı tanısı vurgulamayı amaçlamaktadır.

OLGU: 24 yaş, erkek hasta, kliniğimize; kendi kendine konuşma, uykusuzluk, sürekli ders çalışma, çok ve baskılı konuşma, cinleri görme, çok zeki olduğunu ve Hz Meryem ile nişanlı olduğu ve takip edildiğini düşünme yakınmaları ile yatışı yapıldı. Yapılan ruhsal durum muayenesinde duygudrumu irritabl, duygulanımı uygun, işitsel ve görsel varsanı tanımlayan hastanın, grandiyöz ve persekütif sanrıları vardı, çağrışımları amacına ulaşıyordu. Yaklaşık üç ay önce uykusuzluk, sinirlilik, acilde tanıştığı hemşireye aşık olma sonrası tıp fakültesini kazanması gerektiğini düşünerek çok ders çalışma, cinsel isteğinde artış yakınmaları başlayan hastanın ilk psikiyatrik yakınmalarının iki yıl önce içe kapanma, isteksizlik, uyku miktarında artış, anhedoni, işe devam edememe, suçluluk ve cinler tarafından hasta edildiğini düşünme ile başladığı öğrenildi.

Bu dönemde psikiyatri başvurusu olan hastaya depresyon tanısı konarak tedavi önerildiği, ama hasta ve yakınları tedaviyi kullanmadıkları belirlendi Yakınmaları bir ay sonra gerileyen hastanın üç ay sonra depresif belirtileri tekrarlayan hastanın yakınmalarına telefon kullanmama, kendisine gülmeyi ve çay içmeyi yasaklama yı içeren oersekütif ve suçluluk hezeyanları eklendiği ve 2 ay sürdüğü, yaklaşık bir yıl sonra yine aynı yakınmaların olduğu, dört ay süren bir epizod geçirdiği öğrenildi. yapılan kan ve beyin görüntüleme tetkikleri sonradan organik sebepleri dışlana hastanın idrar toksikolojinide maddeye rastalanmadı. Bipolar bozukluk psikotik özellikli manik epizod tanısı ile hastaya olanzapin başlanarak, kademeli olarak olanzapin 30 mg/güne çıkarıldı. Yaklaşık 40 gün sonra yakınmaları gerileyen hasta taburcu edildi.

TARTIŞMA: Bu olguya ilk depresif belirtilerinin görülmesinden iki yıl sonra manik ve psikotik belirtileri sonrası bipolar bozukluk tanısı konulmuştur. Yapılan çalışmalarda erken başlangıç yaşı, depresyonun şiddetinin ağır olması, psikotik ve karma belirtilerinin eşlik etmesi, psikomotor yavaşlama, anergi ve hipersomni varlığı, ani başlangıç, kısa süreli epizodlar ve tekrarlayan epizodların varlığı ve atipik özelliklerin bipolar depresyonda daha sık görüldüğü bildirilmiştir. Ayrıca aile öyküsünde bipolar bozukluk olması yine önemlidir. Bu olguda; depresif epizodlara psikotik belirtinin eşlik etmesi, uyku miktarında artış, depresif yakınmalarının ani başlaması, kısa sürmesi ve tekrarlaması, epizodlar arası sürenin kısa olması ve ağır olması bipolar depresyonu düşündürmektedir. Bu olgu ile depresif belirtilerle gelen hastaların tanısında bipolar depresyon ayırıcı tanısının önemi vurgulanmaktadır.

Konuşmacı Metinleri

Kronotip, Psikolojik Acı ve İntihar İlişkisi

Ahmet ÜZER

Kronotip, bireylerin biyolojik ritimlerine göre sabah veya akşam saatlerinde daha aktif olma eğilimlerini tanımlar. Son yıllarda yapılan araştırmalar, akşam tipi kronotipin depresif belirtiler ve intihar eğilimi ile ilişkili olduğunu göstermektedir. Akşam tipi bireylerde depresyon ve intihar riskinin arttığı bilinmekle birlikte, bu ilişkinin altında yatan psikolojik mekanizmalar tam olarak aydınlatılamamıştır.

Bu çalışmanın amacı, akşam tipi kronotipin depresyon, kaygı ve psikolojik acı aracılığıyla intihar eğilimine etkisini araştırmaktır. Araştırmada, depresif bozukluk tanısı almış 118 hasta ile sağlıklı 85 bireyden oluşan bir kontrol grubuna Sabahçılık-Akşamcılık Anketi (MEQ), Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği, İntihar Olasılığı Ölçeği ve Mee-Bunney Psikolojik Acı Değerlendirme Ölçeği uygulanmıştır.

Analiz sonuçları, akşam tipi kronotipe sahip bireylerde intihar riskinin büyük oranda depresyon ve psikolojik acı tarafından aracılık edildiğini ortaya koymuştur. Kaygı düzeylerinin bu ilişkide belirgin bir rol oynamadığı görülmüştür; bu durum, akşamcı bireylerin intihar riskindeki artışın esas olarak depresyon ve psikolojik acıya bağlı olduğunu ve kaygının bu süreçte önemli bir etmen olmadığını göstermektedir. Elde edilen bulgular, akşam tipi kronotipin, özellikle depresyon geçmişi olan bireylerde, intihar riskine psikolojik acı yoluyla katkıda bulunabileceğini işaret etmektedir.

Araştırma sonuçları, intihar önleme stratejilerinde psikolojik acının ele alınmasının önemini vurgulamaktadır. Akşam tipi kronotipin depresyon ve psikolojik acı aracılığıyla intihara katkıda bulunabileceği düşünüldüğünde, bu faktörlerin tedavi süreçlerinde dikkate alınması intihar riskini azaltabilir.

Anahtar kelimeler: Kronotip, intihar, psikolojik acı, depresyon

Şizofrenide İntihar

Dr. Bilge ÇETİN İLHAN

Psikiyatrik hastalıklar, intiharın güçlü öngörücüsüdür. İntihar girişiminde bulunan hastaların yüzde 90'ından fazlasında psikiyatrik bir bozukluk, intihar eden hastaların yüzde 95'inde psikiyatrik bir tanı vardır.

Şizofreni hastalarının beklenenden çok daha erken yaşlarda öldüğü bilinmektedir. Bu oranının %40'a kadarı intihar ve doğal olmayan ölümlere bağlı olmaktadır. Şizofreni hastalarında yaşam boyu intihar riskinin yüzde 4,9 olduğu tahmin edilmektedir. Risk altında olanların tespiti klinik olarak önemli olmakla birlikte, risk tahmininin kesin olmadığı bilinmektedir.

Şizofreni hastalarında intihar oranı genel nüfusa göre çok daha yüksektir. İntihar oranının genel nüfusa göre dört kat daha fazla olup, genç yaş grubunda (18-34 yaş) en yüksek oranda görülmekte, yaşla birlikte azalmaktadır (65 yaş ve üzeri). Şizofreni hastalarının yaklaşık yüzde 5'i yaşamları boyunca intihar etmekte, tamamlanmış intiharların yaklaşık yüzde 10'u şizofreni hastalarında meydana gelmektedir.

Depresyon, şizofreni hastalarında sıklıkla mevcuttur ve buna rağmen depresyon sıklıkla yeterince teşhis edilmemekte ve yeterince tedavi edilmemektedir. Depresyon, popülasyonlar arasında intihar davranışı için önemli bir risk faktörü olarak kabul edilir.

Tipik antipsikotik ilaçların, antidepresanlarla birlikte veya tek başına, ayrıca klozapin dışındaki atipik antipsikotik ilaçların, şizofreni hastalarında ölümcül veya ölümcül olmayan intihar davranışı üzerinde bir etkisi olduğuna dair çok az kanıt vardır. Ancak, klozapinin intihar riskini azalttığını gösteren önemli miktarda veri vardır. Klozapinin etkisini araştıran bir çalışmada 88 şizofreni hastasında intihar eğilimi oranını azalttığı bildirilmiştir. İntihar eğilimi olmayan hastaların yüzdesi, başlangıçtaki yüzde 53'ten klozapin tedavisi sırasında yüzde 88'e yükselmiştir. İntihar girişimlerinde yüzde 86'lık bir azalma olmuştur. Hastanede yatan hastalarda yapılan başka bir çalışmada neredeyse aynı sonuçlar elde edilmiştir.

Tedavi ile şizofrenide intihar riski azaltılabilmektedir. Ek olarak, antipsikotik ilaç tedavisi uzun vadede intihar kaynaklı ölüm riskini azaltılabilmektedir.

Acil Serviste Ajitasyonun Kontrolü ve Şiddet Yönetimi

Cem ŞENGÜL

Acil serviste karşılaşılan şiddet ve ajitasyon hastaları ve sağlık çalışanlarını etkileyen ciddi bir sorundur. Bu sorun genel olarak bir ruhsal hastalığın belirtisi olabilmekle birlikte birçok organik hastalığın seyri sırasında da görülebilir. Bu sorunun sağlıklı bir şekilde ele alınabilmesi için saldırgan davranışın önceden tanınıp önlenmesi ve saldırgan kişi ile karşı karşıya kalındığında kullanılacak müdahale yöntemlerinin geliştirmiş olması gerekmektedir. Acil serviste şiddeti incelerken öncelikle iki kavram üzerinde durmak gerekmektedir. Bu kavramlar agresyon ve ajitasyondur. Bu tabloların hızlıca tespiti ve sonrasında hastanın süratle kontrol altına alınıp sakinleştirilmesi daha iyi gözlem, fizik muayene ve mental durum muayenesi yapmaya da izin verecektir. Bu tabloların tedavisinde ise hem farmakolojik hem de farmakolojik olmayan tedavi yöntemleri kullanılmaktadır. İlaç tedavisinde 1950'li yıllardan günümüze en sık olarak benzodiazepinler ve antipsikotikler kullanılmaktadır. Bu ilaçlar tek başlarına kullanılabildikleri gibi birlikte de uygulanabilmektedir. Ayrıca gerekli hastalarda fiziksel kısıtlamaya da gidilebileceği unutulmamalıdır. Ajite saldırgan hastaya müdahalenin bir ekip işi olduğu ve tüm tedavi seçeneklerinin hastanın yararı göz önüne alınarak karar verilmesi uygun olacaktır.

Şizofrenide TRSM Uygulamaları

Prof. Dr. E. Erdal ERŞAN

Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri (TRSM) belli bir coğrafi alanda yaşayan ağır ruhsal hastalığı olan bireyleri topluma yeniden kazandırmak amacıyla kurulmuş merkezlerdir. TRSM ile hastanelere dayalı hizmet modelinden, toplum tabanlı ruh sağlığı hizmet modeline geçmek amaçlanmış ve böylece ruhsal hastalığı olan bireylerin yaşam kalitelerinin yükseltilmesi hedeflenmiştir.

Şizofreniyle ilişkili çok sayıda belirti ve yeti yitimi iyileştirebilecek tek bir tedavi yöntemi yoktur ve psikososyal tedavilerle yeterince desteklenmediğinde ilaç tedavisinin başarısı sınırlı kalmaktadır. Şizofreni tedavisinde en uygun yöntemin ilaç tedavisinin psikososyal girişimlerle bütünleştirilmesi olduğu daha fazla vurgulanmaktadır.

TRSM'lerde şizofreni hastaları için uygulanan psikososyal tedavi girişimleri arasında; bireylerin kişisel gereksinimleri ve yetenekleri göz önünde bulundurularak hazırlanan bakım planları dahilinde; psikoterapi; bireysel ve grup terapileri, hasta ve ailelerine yönelik psikososyal beceri eğitimleri, ergoterapi, iş- uğraşı terapileri, sosyal, ekonomik, barınma ve iş konularındaki sıkıntılarının giderilmesine yönelik uygulamalar, ev ziyaretleri, damgalanmaya yönelik; hastalara, bakım verenlere, sağlık çalışanlarına ve topluma eğitimler düzenlemek; toplumsal bilinçlendirme ve hastanın topluma yeniden kazandırılması çalışmaları yer almaktadır.

TRSM hizmetlerinin hastaların bireysel, sosyal ve toplumsal işlevselliklerini iyileştirmeye ciddi katkısı olduğunu düşünüyorsanız da TRSM hizmetlerinin yapılandırılmasının ve mümkün olduğu kadar çok kronik psikiyatrik rahatsızlığı olan hastanın TRSM hizmetlerini kullanmaya teşvik edilmesi oldukça önemlidir.

Maddeye Bağlı Psikotik Bozukluk, Güncel Tedavi Yaklaşımları

Doç. Dr. Erdinç ÇİÇEK

Psikoaktif madde kullanan kişilerde , madde kullanımına bağlı psikotik bozukluk gelişebileceğini destekleyen sağlam kanıtlar vardır. Çok sayıda araştırma kannabinoidler, kokain, amfetaminler, katinon türevleri ve halüsinojenler gibi yasadışı maddeler sadece akut intoksikasyon sırasında geçici psikotik semptomları tetiklemekle kalmayıp, aynı zamanda birincil psikotik bozukluğa yakından benzeyen bir sendromla sonuçlanabilir. Madde kaynaklı psikozun şizofreni veya bipolar bozukluğa dönüşüm oranları %32,2'ye kadar ulaşabilir.

Antipsikotik ajanlar şizofreni tedavisinde birincil yöntem olarak belirlenmiştir ve genellikle madde kaynaklı psikozların yönetiminde de etkilidir. Psikotik semptomların şiddetine ve etkisine bağlı olarak, devam eden semptom yönetimi için hem kısa hem de uzun vadede antipsikotikler kullanılmaktadır. Maddeye bağlı psikoz tedavisinde kullanılan tedaviler için sağlam veriler sınırlıdır ve bu hastaların yönetimi için kapsamlı bir kılavuz bulunmamaktadır. Madde kaynaklı psikoz, çeşitli ruhsal bozuklukların gelişimiyle ilişkilidir ve gelecekteki nöksleri belirlemek, önlemek ve tedavi etmek için uzun süreli takip gerektirir. Bu sunumda maddeye bağlı psikoz tedavisinde güncel tedavi yaklaşımları tartışılacaktır.

Yürütücü İşlevler ve Psikiyatrik Hastalıklar

Prof. Dr. Ertuğrul EŞEL

Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı

Yürütücü işlevler bir dizi eylemi ve bilişsel işlevi bir hedefe yönelik olarak organize etmeyi sağlayan işlevlerdir. Genel olarak prefrontal korteksin (PFK) işlevleridir. PFK'nin yürütücü işlevlerle yaptığı esas şey, rutin olmayan uyaranlara ve değişen koşullara uygun cevaplar üretebilmektir.

Yürütücü işlevler başlıca: Dikkat (uyanıklık, dikkati sürdürme ve hedefini değiştirme, girişim kontrolü), inhibitör kontrol, emosyon düzenlemesi, çalışan bellek, planlama, zamansal düzenleme, problem çözme, karar verme, soyut düşünme gibi işlevlerden oluşmaktadır.

Dikkat: Beynin sınırlı kaynaklarının bazı duyuşal girdilere tahsis edilip, diğerlerinin dışlanması anlamına gelir. PFK zihnin bir ödev üzerinde kalmasını sağlar, ilgisiz uyarana çelınmesini engeller. PFK lezyonlarında dikkatin bir noktadan diğerine geçirilmesi (set değiştirme) de bozulmaktadır. Bilişsel esneklik ve set değiştirebilmenin özellikle PFK ve dorsal striatumdaki dopaminerjik aktivite ve dopamin D2 reseptörleri ile ilişkili olduğu ileri sürülmektedir. Akut stres sırasında ve travma sonrası stres bozukluğunda (TSSB) bilişsel esneklik bozulur. Şizofreniklerde Wiskonsin kart eşleme testi (WCST)'de perseveratif hataların artması da bilişsel esnekliğin bozulduğunu gösterir.

İnhibitör kontrol (cevap inhibisyonu): Bir kişinin hedefe yönelik uygun davranış cevapları üretebilmek amacıyla, düşünce ve duygularını, dürtülerini, doğal ve alışkanlık temelli davranışsal cevaplarını baskılayabilme yetisidir. Dürtü kontrolü ile ilişkilidir. İnhibitör kontrolde ventromedial (vmPFK) ve dorsolateral PFK (dlPFK)'ten çıkan ve bazal ganglionlara giden frontostriatal yolak en önemli yoldur. Bu yolağın hasarlandığı travmatik beyin hasarlarında, DEHB hastalarında, bağımlılarda, psikozlarda, majör depresyonda, OKB'de, ve tüm dürtü kontrol bozukluklarında inhibitör kontrol bozulmaktadır.

Emosyon düzenlemesi: Kişinin kendi emosyonel tepkilerini izleme, değiştirme ya da tamamen baskılayabilme yeteneği olarak tanımlanır. Emosyon düzenlemesinin daha çok PFK'nin amigdala gibi yapılar üzerindeki inhibitör kontrolüne bağlı olduğu düşünülür. PFK lezyonlarında amigdala üzerine baskılayıcı etki ortadan kalktığı için emosyonel düzenleme bozulur, otomatik ve koşullanmış emosyonel cevaplar ortaya çıkar. Çocukluk travmaları emosyon düzenlemesini kalıcı biçimde bozabilir. Bunların dışında otizm spektrum bozuklukları, DEHB, demanslar, anksiyete bozuklukları, majör depresyon, bazı kişilik bozuklukları ve madde kullanım bozukluklarında emosyon düzenlemesi bozulmaktadır.

DEHB'li Ergenlerde Multimodal Tedavi

Dr. Mustafa Esad TEZCAN

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB), ergenler arasında en yaygın nörogelişimsel bozukluklardan biridir ve dikkatsizlik, hiperaktivite ve dürtüsellik ile karakterizedir. DEHB'nin etkin bir şekilde yönetimi, farmakolojik, davranışsal ve eğitsel müdahaleleri birleştiren multimodal bir yaklaşım gerektirir. Bu derleme, DEHB tanılı ergenlerde güncel multimodal tedavi yöntemlerini inceleyerek son gelişmeleri ve kanıta dayalı stratejileri ele almaktadır. DEHB tedavisinin temel taşı, öncelikli olarak metilfenidat ve amfetamin gibi uyarıcı ilaçlarla yapılan farmakolojik tedavilerdir. Bununla birlikte, özellikle uyarıcı ilaçların yan etkilerinin olduğu veya komorbiditelerin bulunduğu durumlarda, atomoksetin ve guanfacin gibi uyarıcı olmayan ilaçlar alternatif seçenekler olarak dikkat çekmektedir. Farmakoterapide kişiselleştirilmiş tedavi rejimleri, genetik belirteçler ve bireysel yanıt paternlerine dayalı olarak yeni bir yönelim olarak öne çıkmaktadır. Davranışsal müdahaleler, ilaç tedavisine önemli bir tamamlayıcı olarak, yürütücü işlevleri, akademik performansı ve sosyal becerileri geliştirmeyi hedeflemektedir. Duygusal düzensizliklerin ele alınması ve özdenetim becerilerinin iyileştirilmesi için bilişsel-davranışçı terapi (BDT) yaygın olarak kullanılmaktadır. Aile eğitim programları, davranış yönetiminde ve aile stresinin azaltılmasında da etkili bulunmuştur. Mobil uygulamalar ve teleterapi gibi dijital sağlık teknolojilerinin entegrasyonu, davranışsal müdahalelerin sunulmasında ve tedavi sürecinin izlenmesinde yeni yollar açmaktadır. Bireyselleştirilmiş eğitim planları (BEP) ve sınav süresinin uzatılması gibi düzenlemeleri içeren eğitsel destek, DEHB'li ergenlerin akademik sonuçlarını optimize etmede önemli bir rol oynamaktadır. Sağlık hizmeti sağlayıcıları, eğitimciler ve aileler arasındaki işbirliği, kapsamlı ve kişiye özel bir tedavi yaklaşımı sağlamak için kritik öneme sahiptir. Sonuç olarak, farmakolojik, davranışsal ve eğitsel müdahaleleri birleştiren multimodal tedavi yaklaşımları, DEHB'li ergenlerin karmaşık ihtiyaçlarını karşılamak için gereklidir.

Gelecekteki araştırmalar, bu modalitelerin uzun vadeli etkilerini ve kişiselleştirilmiş tedavi planlarını inceleyerek klinik sonuçları ve yaşam kalitesini artırmaya odaklanmalıdır.

ACİL SERVİSTE PSİKİYATRİK DURUMLARA YAKLAŞIM

Doç. Dr. Faruk KILIÇ

Süleyman Demirel Üniversitesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları ABD, Isparta

Psikiyatrik acil, hasta, aile ya da bir kurum tarafından tanımlanan ve acil müdahale edilmesini gerektiren düşünce, davranış, duygudurum ya da sosyal ilişkilerde ani bozulma olarak tanımlanmaktadır. Acil psikiyatrik değerlendirme için başvuran hastalarda, genel tıbbi ve psikiyatrik hastalık beraberliği, yakın zamanda geçirilen travma, madde ile ilgili durumlar yüksek olduğu bilinmektedir. Tıbbi ve madde kaynaklı semptomlar her zaman göz önünde bulundurulmalıdır. Mümkün olduğunda, acil servis tedavi ekibi, tedavi planlamasına yardımcı olmanın yanı sıra, olayların veya semptomların geçmişini netleştirmeye yardımcı olabilecek herhangi bir aile, arkadaş veya tedavi sağlayıcısını belirleyecek ve onlarla iş birliği yapacaktır. Bu, özellikle kendi istekleri dışında getirilen veya bilgi veremeyecek kadar ajite veya bilişsel olarak zayıf olan hastalar için önemlidir. Ülkemizde psikiyatrik nedenlerle acil servislerine yapılan başvuruların sayısı giderek artmaktadır. Acillerde yapılan psikiyatrik değerlendirme ile psikiyatrik hastalıklarda uygulanan acil müdahaleler, sadece psikiyatri alanında çalışan hekimlerin değil, acil sağlık hizmeti sunan tüm hekimlerin hakim olması gereken, elzem konulardır. Bu sunumda acil servis koşullarında bipolar bozukluk, psikotik bozukluklar, anksiyete bozuklukları ve konversiyon bozukluğu hastalarına acil serviste yaklaşım basamaklarının incelenmesi amaçlanmaktadır.

Bebeklik ve Oyun Çocuklarında DEHB ve Multimodal Tedavisi

Doç. Dr. Fatih Hilmi ÇETİN

**Diamind Çocuk-Ergen Psikiyatri Kliniği,
Konya**

Beden ağırlığının sadece %2,5'i iken enerjinin yaklaşık %20'sini tüketen yetişkin bir insan beyni ortalama 100 milyara nörona ve yaklaşık olarak eşit sayıda glial hücreye, birkaç yüz trilyondan dört katrilyona kadar sinaps yapısına ve ortalama 160.000 km akson uzunluğuna sahiptir. Tüm bu karmaşık yapının teşekkülü ilk yirmi yıl boyunca sürse de farklı nörogelişimsel aşamalar farklı evrelerde tamamlanmak üzere, %80-90 civarında gelişim hayatın ilk üç yılında tamamlanmaktadır. Prenatal dönemde saatte 4 milyon nöron ve dakikada 42 milyon sinaps (yada saniyede 700 bin sinaps) üretim hızı erken çocukluk döneminde nörogelişimsel sürecin bir yandan ne denli hızlı ve harikulade bir yandan da ne denli dış etkenlere duyarlı ve kusursuz ilerlemesi gerektiğini ortaya koymaktadır. Normal otistik dönemle başlayan insan yavrusu 6.yılında dikkat, bellek, dil, planlama ve organizasyon açısından temel yürütücü işlev becerilerine de biryandan ulaşır. Nörogelişimsel perspektiften nörogenez, migrasyon, sinaptogenez ve miyelinizasyonda aksamalar; psikodinamik faktörler açısından özne olmaya izin veren, aynalayan, regüle eden ve sınır koyan ebeveyn ve çevre değişkenlerinde yetersizlikler yürütücü işlevlerin gelişiminde ketlenmeyle sonuçlanır. Sonuçta DEHB başta olmak üzere nörogelişimsel bozukluklar spektrumal şekilde ortaya çıkar. Psikanalitik bir bakışla Borromean düğümü perspektifinden (yürütücü işlevler & gelişimsel özellikler & psikopatoloji) süreci ele anlamak ayrıca tanı ve müdahale planı açısından önemlidir.

Kaynaklar

1. Silbereis JC, Pochareddy S, Zhu Y, Li M, Sestan N. The cellular and molecular landscapes of the developing human central nervous system. *Neuron*. 2016;89(2):248-68.

2. Salinas RD, Connolly DR, Song H. Invited review: epigenetics in neurodevelopment. *Neuropathology and applied neurobiology*. 2020;46(1):6-27.

Psikiyatrik acil durumda ilk değerlendirme ve müdahale

Gözde BACIK YAMAN

**Süleyman Demirel Üniversitesi Psikiyatri
Anabilim Dalı**

Psikiyatrik acil, hasta, aile ya da bir kurum/birim tarafından tanımlanan ve acil müdahale edilmesini gerektiren düşünce, davranış, duygudurum ya da sosyal ilişkilerde ani bozulma olarak tanımlanmaktadır. Psikiyatrik bir yakınma ile acil servise gelen hastalarda davranıştaki bozulmanın nedeni bipolar bozukluk, akut psikotik alevlenme, intihar, madde kullanım bozukluğu, şiddetli anksiyete, panik bozukluk ve travma sonrası dönem gibi çok yönlü olabilmektedir. Psikiyatrik acil durum olarak değerlendirilen hastaların yaklaşık yarısının ek sistemik bir hastalığının olduğu ya da psikiyatrik acil belirtilerin genel tıbbi bir durum ile ilgili bir hastalık sonucu gelişebildiği de gösterilmektedir. Öncelikle acil serviste hastanın değerlendirildiği alanlar ile ilgili güvenliğin sağlanması, tehlike oluşturabilecek faktörlerin belirlenmesi ile kendimiz ve hastanın güvenliğini sağlamak için bir planımızın olması önerilmektedir. Acil servislere psikiyatrik yakınmalarla gelen bir hasta tek başına, bir yakınıyla veya polis eşliğinde gelebilmektedir. Bazen belirti açık bir şekilde dile getirilirken, bazen de altta yatan temel sorun hekimden gizlenebilmektedir. Acil serviste değerlendirmede hastanın acile getiriliş biçimi, durumuna ilişkin kendi ifadesi, hastanın genel görünüşü, hasta ile kooperasyon kuruluyor mu ve muhakemesinde bir yetersizlik var mı öncelikle incelenmelidir. Hastanın görüşmeye getiriliş biçimi, iç görüşü ve tedaviyle ilişkili tutumunu belirlemekte önemlidir. Hasta ile görüşme hekim ya da hastanın muayene yapılacak odaya girmesiyle başlamaktadır.

Psikiyatrik görüşme hekimin kendini tanıtmaması ve muayenenin amacını açıklaması ile başlamaktadır. Sonrasında kişinin sosyodemografik bilgileri, ana yakınması, geçmiş psikiyatrik öyküsü, madde kullanım bozukluğu öyküsü ve ek hastalıkları sorgulanmaktadır. Madde kullanım bozukluğu öyküsü sorgulanırken sorulara yaygın kullanılan, sosyal olarak kabulü olan bir madde olarak sigaradan başlamak uygun görülmektedir. Ailede bilinen psikiyatrik, nörolojik bir hastalık var mı ya da intihar, madde kullanım bozukluğu öyküsü var mı sorulmalıdır. Acil serviste ruhsal durum muayenesinde aktif psikotik belirtiler, intihar ya da başkasına zarar verme düşüncelerinin değerlendirilmesi, psikoaktif madde entoksikasyonuna dair muayene bulgularının varlığının saptanması ve bu bulguların kayıt altına alınması önem taşımaktadır.

Acil Serviste Aжитasyonun Kontrolü ve Şiddet Yönetimi

Abdullah Cem ŞENGÜL

**Süleyman Demirel Üniversitesi Psikiyatri
Anabilim Dalı**

Acil serviste karşılaşılan şiddet ve ajitasyon hastaları ve sağlık çalışanlarını etkileyen ciddi bir sorundur. Bu sorun genel olarak bir ruhsal hastalığın belirtisi olabilmekle birlikte birçok organik hastalığın seyri sırasında da görülebilir. Bu sorunun sağlıklı bir şekilde ele alınabilmesi için saldırgan davranışın önceden tanınıp önlenmesi ve saldırgan kişi ile karşı karşıya kalındığında kullanılacak müdahale yöntemlerinin geliştirmiş olması gerekmektedir. Acil serviste şiddeti incelerken öncelikle iki kavram üzerinde durmak gerekmektedir. Bu kavramlar agresyon ve ajitasyondur. Bu tabloların hızlıca tespiti ve sonrasında hastanın süratle kontrol altına alınıp sakinleştirilmesi daha iyi gözlem, fizik muayene ve mental durum muayenesi yapmaya da izin verecektir. Bu tabloların tedavisinde ise hem farmakolojik hem de farmakolojik olmayan tedavi yöntemleri kullanılmaktadır. İlaç tedavisinde 1950’li yıllardan günümüze en sık olarak benzodiazepinler ve antipsikotikler kullanılmaktadır. Bu ilaçlar tek başlarına kullanılabildikleri gibi birlikte de uygulanabilmektedir. Ayrıca gerekli hastalarda fiziksel kısıtlamaya da gidilebileceği unutulmamalıdır. Ajite saldırgan hastaya müdahalenin bir ekip işi olduğu ve tüm tedavi seçeneklerinin hastanın yararı göz önüne alınarak karar verilmesi uygun olacaktır.

ACİL SERVİSTE İNTİHAR GİRİŞİMİNE YAKLAŞIM

Doç. Dr. Gülin ÖZDAMAR ÜNAL

**Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi
Psikiyatri Anabilim Dalı**

Klinisyenlerin acil servislere hastaların intihar düşünceleri ve davranışları ile karşılaşmaları, zaman kısıtlamaları, hospitalizasyon kararı verildiğinde psikiyatri servislerinde yer bulamama ve yakın gelecekte kendine zarar verme riskini öngörmenin zorluğu gibi faktörler nedeniyle oldukça güçtür. Bu zorluklar, acil servis çalışanlarını hem psikolojik hem de profesyonel açıdan büyük bir baskı altına sokar. Hastaların hızlı değerlendirilmesi, doğru müdahalenin planlanması ve bu süreçte intihar riski taşıyan kişilerin güvenliğini sağlamak, ciddi bir koordinasyon ve uzmanlık gerektirir. Ayrıca, sınırlı kaynaklar ve zaman baskısı altında doğru kararlar almak, ekiplerin tükenmişlik yaşama riskini de artırır. Bu nedenle, acil serviste intihar riski taşıyan hastaları değerlendirmek ve gerekli müdahaleleri yapmak için destekleyici eğitimlere erişimlerinin sağlanması büyük önem taşır.

Acil serviste intihar vakalarının değerlendirilmesi kapsamlı ve çok yönlü olmalıdır. Bu değerlendirmede, intihar riskinin belirlenmesi, hastanın özgeçmişi, psikiyatrik hastalık öyküsü ve intihar riskini artıran biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlerin tanınması üzerinde durulmalıdır. Empatik ve açık bir iletişim kurarak kriz müdahalesi yapılmalıdır. Kısa süreli müdahale teknikleriyle, intihar riski taşıyan hastaların güvenliğinin sağlanması, psikososyal destek sunulması ve gerekirse farmakolojik tedavi ve hastane yatışı kararı verilmelidir. Tüm bu değerlendirmeler sırasında hasta güvenliği, gizlilik ve etik sorumluluklara dikkat edilmelidir.

İntihar vakalarıyla sıklıkla karşılaşan psikiyatristler, bu durumların yarattığı duygusal yükü başa çıkabilmek için ruh sağlıklarını korumaya yönelik destek mekanizmalarına erişmelidir. Ekip içi dayanışmayı artıracak toplantılar, süpervizyonlar ve gerektiğinde profesyonel destek hizmetlerine yönlendirmeler bu sürecin bir parçası olmalıdır. Tüm bu unsurlar, intihar riski taşıyan hastalarla karşılaşan psikiyatristlerin daha güvenli ve etkili müdahaleler gerçekleştirmesine katkıda bulunacaktır.

DEHB de Uyku ve Kronotip

Dr. Öğr. Üyesi Hasan Ali GÜLER

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB), dünya genelinde çocuklarda %7.2 prevalansla görülen bir nörogelişimsel bozukluktur. DEHB'de %25-50 oranında uyku sorunları eşlik etmekte olup, bu bozukluğun insomnia, uyku ile ilişkili solunum bozuklukları, huzursuz bacak sendromu ve sirkadiyen ritim uyku-uyanıklık bozukluklarıyla ilişkili olduğuna dair kanıtlar bulunmaktadır. Sirkadiyen ritimdeki kişiler arası farklılıklar kronotip olarak adlandırılır ve sabahlık, akşamlılık ile ara tip olmak üzere üç ana kategoriye ayrılır. Literatürde, akşamlılık kronotipine sahip bireylerin daha fazla bedensel hastalık ve ruhsal zorlanma yaşadığı bildirilmektedir. DEHB tanılı çocuk ve ergenlerin ise akşamlılık kronotipine daha yüksek oranda eğilimli olduğu gösterilmiştir. Ayrıca, uyku bozuklukları ve kronotip arasında da güçlü bir ilişki olup, akşamlılık kronotipine sahip bireyler daha fazla uyku sorunu yaşamaktadır. Bu sunumda, DEHB, uyku ve kronotip arasındaki ilişkinin güncel literatür ışığında ele alınması ve bu ilişkinin klinik pratikte ve gelecekteki araştırmalarda nasıl işlevsel olabileceği tartışılacaktır.

Bipolar Duygulanım Bozukluğu ve Anksiyete Bozuklukları Eştanısı/ Yönetimi

İkbal İNANLI

Bipolar bozukluk (BB) ve anksiyete bozuklukları eş tanısı oldukça sık görülmektedir. BB tanılı hastalarda anksiyete bozuklukları birlikteliği hastalığın gidişini olumsuz etkilemekte, madde kullanımı ve intihar girişimiyle ilişkili olduğu ve tedavi yanıtını kötüleştirdiği yapılan çalışmalarda gösterilmiştir. Son zamanlarda yapılan geniş çaplı çalışmalara göre, anksiyete ve duygudurum bozuklukları arasındaki eş zamanlı ve kümülatif eştanı riski yüksek ve iki yönlüdür. Anksiyete bozuklukları eştanısının hem atak dönemlerinde hem ötimik dönemlerde görülebileceği bildirilmiştir. Ayrıca her yaşta bireyde eştanı görülme sıklığı benzerdir. Yakın zamanda yapılan bir meta analiz çalışmasında en sık BB ve yaygın anksiyete bozukluğu eştanısının görüldüğü bildirilmiştir. Anksiyete bozuklukları ve bipolar bozukluk eştanısı varlığında tedavi zorlaşmakta olup, özellikle antidepresan kullanımı ile ilişkili riskler konusunda dikkatli olunmalıdır. Mevcut kılavuzlarda farklı tedavi seçenekleri önerilmiş olmakla birlikte yeterli sayıda çalışma bulunmamaktadır.

Bipolar Duygulanım Bozukluğu ve OKB Eş tanısı / Yönetimi

**Dr. Hasan Bakay / NEÜ Tıp Fakültesi
Psikiyatri AD Öğretim Üyesi**

Bipolar bozukluk (BB) ve obsesif-kompulsif bozukluk (OKB) komorbiditesinin nispeten yaygın olduğu ve genellikle hastalığın daha şiddetli seyretmesiyle ilişkili olduğu bilinmektedir¹. OKB ve BB komorbiditesi hastaların birincil tanısına göre değişiklik göstermektedir. Birincil OKB tanısı olan hastalarda BB komorbidite oranlarının %6 ile %10 arasında değiştiği bulunurken, birincil BB tanısı olan hastalarda OKB'nin komorbid olduğu vakaların %11 ile %21 arasında değiştiği tespit edilmiştir^{2,3}. Ancak hem OKB hem de BB'nin genellikle erken başlangıçlı olması nedeniyle, hangi durumun önce ortaya çıktığını belirlemek bazı durumlarda güç olabilir. OKB, komorbidite söz konusu olduğunda BB hastalarında daha erken yaşta başlangıç, daha fazla sayıda geçirilmiş duygudurum epizodu, hızlı döngülülük, mevsimsellik, madde kötüye kullanımı, intihar davranışında artış, daha fazla rezidü belirti ve daha düşük işlevsellik ile ilişkili bulunmuştur^{2,3}. BB hastalarında obsesif kompulsif belirtilerin duygudurum değişikliği ile birlikte dalgalanma eğiliminde olabileceği ve epizodik bir seyir izleyebileceği bildirilmiştir^{2,3}. Bu seyir, depresyon sırasında semptomların kötüleşmesi, mani/hipomani sırasında semptomların iyileşmesi ve daha yüksek ortalama depresif epizod sayısı ile karakterize edilmiştir⁴. Nispeten yüksek sayılabilecek komorbidite oranları, bazı araştırmacıları bu durumun BB'nin alt bir fenotipi olabileceğini öne sürmelerine neden olmuştur⁵. Obsesif kompulsif belirtiler bazı BB hastalarında sadece duygudurum düzenleyiciler veya antipsikotikler ile kontrol altına alınabilir ve antidepresan kullanımına gerek olmayabilir. BB-OKB komorbiditesinde öncelikli hedef duygudurumun düzeltilmesi olmalıdır⁶. Buna rağmen bazı vakalarda manik kayma riski göz önünde bulundurularak antidepresanların kullanımı gerekebilir. Obsesif kompulsif belirtilerin kontrolünde antidepresan kullanımı gerekliliğinde yine ilk seçenek olarak OKB tedavisine benzer şekilde SSRI'lar tercih edilebilir.

Lityum, antikonvülsanlar, olanzapin, risperidon, ketiyapin ve aripirazolün komorbid obsesif kompulsif belirtilerin kontrol altına alınmasında kanıt düzeyi düşük de olsa etkin olduğuna dair bildirimler mevcuttur. Nispeten daha güncel yayınlarda EKT uygulamasının ve topiramet kullanımının etkili olduğu bildirilmiştir. Bu sunumda BB-OKB komorbiditesine ait klinik özellikler ile birlikte güncel literatür ışığında bu vakaların yönetimi tartışılacaktır.

Referanslar

1. Netto VM, Flores CA, Pallanti S. Pharmacological Treatment for Comorbid Bipolar Disorder and Obsessive-Compulsive Disorder in Adults. *J Psychiatr Pract.* 2020 Sep;26(5):383-393. doi: 10.1097/PRA.0000000000000499. PMID: 32936585.
2. Yatham LN, Kennedy SH, Parikh SV, Schaffer A, Bond DJ, Frey BN, Sharma V, Goldstein BI, Rej S, Beaulieu S, Alda M, MacQueen G, Milev RV, Ravindran A, O'Donovan C, McIntosh D, Lam RW, Vazquez G, Kapczinski F, McIntyre RS, Kozicky J, Kanba S, Lafer B, Suppes T, Calabrese JR, Vieta E, Malhi G, Post RM, Berk M. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) 2018 guidelines for the management of patients with bipolar disorder. *Bipolar Disord.* 2018 Mar;20(2):97-170. doi: 10.1111/bdi.12609. Epub 2018 Mar 14. PMID: 29536616; PMCID: PMC5947163.
3. Dell'Osso B, Vismara M, Benatti B, Cirnigliaro G, Grancini B, Fineberg NA, Van Ameringen M, Hollander E, Stein DJ, Menchon JM, Rodriguez CI, Nicolini H, Lanzagorta N, Pallanti S, Grassi G, Lochner C, Marazziti D, Hranov G, Karamustafalioglu O, Hranov L, Zohar J. Lifetime bipolar disorder comorbidity and related clinical characteristics in patients with primary obsessive compulsive disorder: a report from the International College of Obsessive-Compulsive Spectrum Disorders (ICOCs). *CNS Spectr.* 2020 Jun;25(3):419-425. doi: 10.1017/S1092852919001068. Epub 2019 May 27. PMID: 31131775.
4. Mucci F, Toni C, Favaretto E, Vannucchi G, Marazziti D, Perugi G. Obsessive-compulsive disorder with comorbid bipolar disorders: clinical features and treatment implications. *Curr Med Chem.* November 2017; 25(41):5722-5730.
5. Ozdemiroglu F, Sevincok L, Sen G, Mersin S, Kocabas O, Karakus K, Vahapoglu F. Comorbid obsessive-compulsive disorder with bipolar disorder: A distinct form? *Psychiatry Res.* 2015 Dec 30;230(3):800-5. doi: 10.1016/j.psychres.2015.11.002. Epub 2015 Nov 3. PMID: 26561371.
6. Amerio A, Maina G, Ghaemi SN. Updates in treating comorbid bipolar disorder and obsessive-compulsive disorder: A systematic review. *J Affect Disord.* 2019 Sep 1;256:433-440. doi: 10.1016/j.jad.2019.06.015. Epub 2019 Jun 6. PMID: 31234022.

Maddeye Bağlı Psikotik Bozukluk, Şizofreni ve Bipolar Bozukluğa Dönüşür mü?

Doç. Dr. İsmet Esra Çiçek

SBÜ Beyhekim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği

Maddeye bağlı psikoz, psikoaktif bir maddenin kullanımını takiben ortaya çıkan geçici psikotik semptomlarla karakterizedir ve madde kullanımının sonlanmasıyla belirtiler azalma eğilimi gösterir. Başlangıçta maddeye bağlı psikoz tanısı alan bireylerde ilerleyen zamanlarda şizofreni ve bipolar bozukluğa geçiş bildirilmiştir. Geçiş oranları çalışmalar arasında farklılık göstermektedir.

Maddeye bağlı psikozun şizofreni ve bipolar bozukluğa dönüşmesinde yaş, cinsiyet, kullanılan madde, daha önceki psikiyatrik hastalık öyküsü, aile öyküsü ve psikotik belirtilerin başlangıcından sonra madde kullanımının devamı ve tedavi uyumu gibi faktörlerin etkisi araştırılmıştır. Bu panel oturumunda madde kullanımına bağlı psikozun bipolar bozukluk ve şizofreniye dönüşümü ile ilgili değerlendirmeler güncel bilgiler ışığında sunulacaktır.

Bipolar Bozuklukta Güncel Tedaviler: Kanıtı Dayalı Yaklaşımlar

Kürşat Altınbaş

Bipolar bozukluk, tekrarlayan depresif ve manik epizodlarla karakterize, bireylerin yaşam kalitesini ciddi şekilde etkileyen bir ruhsal hastalıktır. Son yıllarda yapılan araştırmalar, tedavi seçeneklerinin genişletilmesi ve kişiselleştirilmesi üzerinde yoğunlaşmıştır. Bipolar bozukluğun tedavisinde en temel yaklaşım, farmakoterapinin uygun psikoterapilerle desteklenmesidir. Bu kapsamda kullanılan ilaçlar arasında duygu durum düzenleyicileri ve ikinci kuşak antipsikotikler (SGA'lar) yer almaktadır.

Lityum, uzun yıllardır bipolar bozukluğun tedavisinde altın standart olarak kabul edilmekte olup, manik epizodları önleme ve intiharı azaltma etkisiyle öne çıkmaktadır. Bununla birlikte, ikinci kuşak antipsikotikler, hem akut manik hem de depresif epizodların tedavisinde önemli bir yer tutmaktadır. FDA onaylı tedavi seçenekleri arasında olanzapin-fluoksetin kombinasyonu, lurasidon, ketiypin, karpiprazin ve lumateperon bulunmaktadır. Bu ilaçlar, özellikle akut bipolar depresyonun yönetiminde etkilidir.

Bipolar bozuklukta antidepresan kullanımı ise hala tartışmalı bir konudur. Antidepresanlar, depresif semptomların hafifletilmesinde yardımcı olabilir; ancak, bu ilaçların tek başına kullanımı manik kayma ve döngü hızlanması (rapid cycling) riskini artırabilir. Bu nedenle klinik kılavuzlar, antidepresanların mümkün olduğunca duygu durum düzenleyicilerle birlikte kullanılması gerektiğini vurgulamaktadır. Antidepresanların uzun dönem tedavide aşırı dikkatle izlenmesi ve risk-fayda oranının her hasta için ayrı ayrı değerlendirilmesi önerilmektedir.

Son dönemde farmakogenetik testler, tedavi sürecine dahil edilerek daha kişiselleştirilmiş yaklaşımlar sunmaktadır. Bu testler, hastaların ilaçlara verdiği yanıtı ve yan etki profillerini öngörmeye yardımcı olarak, tedavi sonuçlarının iyileştirilmesine katkıda bulunmaktadır.

Bipolar bozukluk tedavisindeki bu güncel gelişmeler, bireyselleştirilmiş yaklaşımların ve multidisipliner işbirliklerinin önemini bir kez daha ortaya koymaktadır.

Dürtü Kontrol Bozukluklarına Yaklaşım ve Tedaviler

Lut TAMAM

Dürtü kontrol bozuklukları, bireyin anlık dürtüleri kontrol etme becerisinde zorluk yaşadığı ve bu dürtülerin sonucunda kendine ya da başkalarına zarar verme potansiyeline sahip davranışlar sergilediği bir grup psikiyatrik hastalığı kapsar. Bu bozukluklar arasında kleptomani, piromani, aralıklı patlayıcı bozukluk, kompulsif seks bağımlılığı ve alışveriş bağımlılığı gibi bozukluklaryer alır. Dürtü kontrol bozukluklarının etiyolojisi tam olarak bilinmemekle birlikte, genetik, biyolojik, nörolojik ve çevresel faktörlerin rol oynadığı düşünülmektedir. Tedavi yaklaşımları, bireysel bozukluğun türüne, şiddetine ve eşlik eden psikiyatrik durumlara göre değişiklik gösterir. İlk aşamada genellikle psikoterapiler tercih edilir. Bilişsel davranışçı terapi (BDT), psikodinamik yaklaşımlar bireyin dürtüsel davranışlarını tanımlayıp kontrol etmesine yardımcı olma amacıyla kullanılan en yaygın tedavi yöntemlerinden biridir. Özellikle kumar oynama ve kleptomani gibi durumlarda BDT oldukça etkili sonuçlar verebilir. Diğer yandan, dürtü kontrol bozukluklarında farmakolojik tedaviler de sıkça başvurulmuş bir yöntemdir. Seçici serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI'lar), antikonvülsanlar ve antipsikotikler gibi ilaçlar, özellikle BDT ile birlikte uygulandığında olumlu sonuçlar doğurabilir. Bunun yanında, dürtü kontrol bozuklukları genellikle diğer psikiyatrik hastalıklarla (depresyon, anksiyete bozukluğu, obsesif-kompulsif bozukluk vb.) birlikte görüldüğünden, multidisipliner bir yaklaşım benimsenmesi gereklidir. Tedavi sürecinde hastanın sosyal çevresi ve destek sistemleri de önemli bir rol oynar. Uzun vadeli tedavi ve takip, nükslerin önlenmesi açısından kritik öneme sahiptir. Sonuç olarak, dürtü kontrol bozuklukları karmaşık ve çok boyutlu bir tedavi süreci gerektirir ve kişiye özel bir yaklaşım benimsenmelidir.

Maddeye Bağlı Psikotik Bozukluk: Klinik Belirtiler ve Ayırıcı Tanısı

Doç. Dr. Medine GIYNAŞ AYHAN

Madde kullanımına bağlı gelişen psikotik bozukluk (MBP) klinik olarak oldukça önemli bir tablodur. Alkol, amfetaminler, esrar, kokain, halüsinojenler, inhalanlar, opioidler ve fensiklidin psikotik tabloya neden olabilen maddeler arasındadır. DSM-5'e göre, MBP tanısı için madde intoksikasyonu veya çekilmesi sırasında veya hemen sonrasında ortaya çıkan, maddenin fizyolojik etkilerinden kaynaklandığı düşünülen ve başka bir psikotik bozuklukla daha iyi açıklanamayan varsanların ve/veya sanrıların olması ve bu semptomların 4 haftadan uzun sürmemesi gerekmektedir. ICD-10'a göre ise psikotik belirtiler son madde kullanımından sonra 6 aya kadar devam edebilir. Risk faktörleri arasında psikiyatrik bozukluğun olması, kullanılan maddenin potensi, saflığı, miktarı ve kullanma süresi, çoklu madde kullanımı, ailede psikoz öyküsünün bulunması sayılabilir. Ayırıcı tanıyı yapmak hastalığın takibi ve tedavisi açısından kritik öneme sahiptir. Ancak MBP ile şizofreninin pozitif belirtiler açısından benzer olması, eş zamanlı madde kullanımının sık olması ve madde kullanımı ile psikotik belirtiler arasındaki neden-sonuç ilişkisinin iki yönlü olması tanısız zorluğu artırmaktadır. MBP ayırıcı tanısı için bir maddenin kullanılmış olması, madde kullanımına bağlı intoksikasyon ya da yoksunlukla görülen psikotik belirtilerin beklenenden daha şiddetli düzeyde olması ve maddenin psikotik belirtilerin esas fizyolojik sorumlusu olması gerekmektedir. Eğer psikotik belirtiler madde intoksikasyonu ile görülmesi beklenenden daha şiddetli değilse, psikotik belirtiler için ayrı tanı gerekli değildir ve madde intoksikasyonu tanısı belirtileri tanımlamada yeterli olacaktır. Altta yatan ve tedavi edilmesi gereken bir genel tıbbi durumun varoluşu olmadığının belirlenmesi de önemlidir. Yapılan çalışmalarda klinik olarak MBP'de daha şiddetli pozitif belirtiler görülürken; primer psikotik bozuklukla negatif belirti şiddeti, dezorganize konuşma, afekte kısıtlılık ve psikomotor retardasyon görülme oranı daha yüksek saptanmıştır. Ancak MBP kliniği ile birincil psikotik bozukluk kliniği arasındaki farklılıklar konusunda hala bir netlik bulunmamaktadır. MBP tanısını başlangıçta kesin olarak koymanın zor olduğu ve tanıyı netleştirmek için boylamsal takibin gerekli olduğu düşünülmektedir.

Düşünce ve Depresyon

Prof. Dr. Mehmet AK

**NEÜ Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı
Konya**

Son dönemdeki araştırmalar majör depresif bozukluğun bütün ruhsal bozukluklar arasında yaşam boyu yaygınlığı en yüksek olan hastalık olduğunu göstermektedir. Depresyonun dünya genelinde yaklaşık 280 milyon insanı etkilediği bildirilmektedir. Depresyonun farmakolojik tedavisi kadar terapi yöntemleri de önemlidir. Bu konuda yapılmış çalışmalar bilişsel davranışçı terapinin en etkili terapi yöntemi olduğunu göstermektedir.

Depresyonu anlama ve tedavi etmede bilişsel model kognitif triadın önemini vurgular. Kişinin kendisi, dış dünya ve geleceğe yönelik olumsuz düşüncelerini psikopatolojinin ana yapısı olarak tanımlar. Terapide düşüncelerle çalışmak değişim için önemli bir adımdır. Seanslarda başlangıçta hedef düşünceleri ve sayıltıları ortaya çıkarmaktır. Bunun için; düşüncelerin duyguyu yaratmasının açıklanması, düşünceleri gerçeklerden ayırt etme, düşüncedeki çarpıtmayı sınıflama gibi teknikler kullanılır. Tespit edilen otomatik düşünceler, terimleri tanımlama, semantik analiz, bedel-kazanç analizi, kanıtları inceleme, olumsuz düşünceleri değiştirmek için davranışları kullanmak gibi tekniklerle ele alınır. Alternatif düşünceler oluşturulması sağlanarak değişim hedeflenir. İhtiyaç halinde ara inanç ve şema düzeyinde müdahaleler yapılmalıdır. Özellikle tekrarlayıcı depresyonlarda şemalarla çalışmak rekürrensi önlemek için önemlidir.

Şizofrenide Güncel Tedaviler

Memduha AYDIN

Şizofreni, hastaların hayatını her yönüyle etkileyen, gerçeklik algısında bozulma, düşünce bozuklukları, duygusal düzensizlikler ve sosyal ilişkilerde zorluklar gibi belirtilerle karakterize kronik bir psikiyatrik hastalıktır.

Şizofreni tedavisinde hem ilaç tedavileriyle hem de psikososyal destekle belirtileri azaltmak ya da ortadan kaldırmak, hastanın yaşam kalitesini ve topluma uyumunu mümkün olduğunca artırmak ve hastalığın yıkıcı etkilerini mümkün olduğunca azaltmak hedeflenmektedir.

Güncel tedaviler arasında bulunan mevcut antipsikotik ilaçlar tedavide genellikle belirtilerin kontrol altına alınmasına ve hastanın günlük işlevselliğini geri kazanmasına yardımcı olmaktadır. Terapi ve destek programlarından bilişsel davranışçı terapi, destekleyici terapi ve sosyal beceri eğitimi gibi terapiler hastanın semptomlarını yönetmesine, stresle başa çıkmasına ve sosyal ilişkilerini geliştirmesine yardımcı olarak şizofreni tedavisinde önemli rol oynamaktadır. Tedavide düzenli ilaç kullanımının çok önemli rolü olması bakımından tedavi uyumu en önemli sorunlardan biri olarak karşımıza çıkmaktadır. Günümüzde "doktorun hastaya uyguladığı tedavi" modelinden uzaklaşarak "ortak karar alma" gibi yöntemlerle hastaların doktorlarıyla işbirliği içinde olmaları sağlanarak tedavi uyumunun artması hedeflenmektedir. Şizofreni hastaları için destek sunan merkezler, ev bakımı, iş becerileri eğitimi ve istihdam desteği gibi destek hizmetleri de güncel tedavi yaklaşımlarının en önemli unsurlarındandır.

Antipsikotik ilaçlar farmakolojik tedavinin temeli olmakla beraber iyilik halinin sağlanmasında her hastada aynı sonucu vermemektedir. Farmakolojik tedavilerde yeni mekanizmalar araştırılmaktadır. Bunlar arasında dopamin ve serotoninden farklı olarak glutamat ve NDMA gibi nörotransmitter sistemlerini hedefleyen çalışmalar bulunmaktadır. Tedavileri geliştirmek amacıyla yapılan çalışmaların yanı sıra şizofrenide gözlenen yaygın nörolojiksel patolojiyi önlemek için spesifik gen ekspresyonlarının araştırılması bu alanda ilerleme hedeflerindendir. Önleyici çalışmaların sonuçları ve tedavi için yeni moleküller klinik uygulamalarda yerini alana kadar şizofreninin güncel tedavisi, mevcut farmakolojik ajanlar, psikososyal destek ve rehabilitasyon hizmetleri olarak devam etmektedir.

DEHB de Yeni ve Gelişen Tedavi Yaklaşımları

Doç. Dr. Necati Uzun

Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) çocukluk çağında başlangıç gösteren, dikkatsizlik, hareketlilik, dürtüsellik ve yürütücü fonksiyon sorunları ile karakterize bir nörogelişimsel bozukluktur. Sıklığı yapılan araştırmalarda değişiklikler göstermekle birlikte %5-12 arasında olduğu bildirilmektedir. Güncel tedavisinde davranışsal müdahaleler ve medikal tedaviler kullanılmaktadır. Medikal tedavilerde metifenidat, amfetamin gibi stimülan ilaçların yanı sıra atomoksetin, klonidin ve guanfazin gibi non-stimülan ilaçlarda kullanılmaktadır. Görece yaygın bir bozukluk olan DEHB'nin tedavisinde hem mevcut kullanımda olan medikal tedavilerin farklı formları hem de yeni medikal ve ilaç dışı tedavi yöntemleri geliştirilmeye devam etmektedir.

İlaç tedavisi bağlamında baktığımızda yaygın kullanılan metilfenidat gibi ilaçların farklı formları yeni tedavi seçenekleri olarak karşımıza çıkmaktadır. Geleneksel tablet ve kapsül tasarımıyla farklı olarak metilfenidat için uzatılmış salınım gösteren transdermal yama, çiğnenebilir tabletler ve oral solüsyonlar görece yeni birer tedavi seçeneği olarak karşımıza çıkmaktadır. Benzer şekilde geleneksel tablet ve kapsül tasarımıyla farklı olarak amfetamin için de oral solüsyonlar, besinlere boşaltılabilen kapsül formları ve ön ilaç formları görece yeni tedavi seçenekleri olarak karşımıza çıkmaktadır.

Sadece ilaç tedavisi bağlamında değil teknolojik bir takım tedavi yaklaşımları da son yıllarda DEHB tedavisinde Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi (FDA) tarafından onaylanarak DEHB tedavisinde yerini almıştır. EndeavorRx adlı bilgisayar oyunu 8-12 yaş arası DEHB'li çocukların tedavisi için yakın zamanda FDA tarafından onaylanarak kullanıma girmiştir. İlave olarak Trigeminal nerve stimulation (TNS) or external Trigeminal nerve stimulation (eTNS) adlı medikal cihazlarda 7-12 yaş arası DEHB'li çocuklarda kullanımı için FDA tarafından onaylanan bir takım yeni tedavi yöntemlerinden biridir.

Ülkemizde henüz yeni tedavi yaklaşımları yaygın olarak kullanılamaması ile birlikte tedavi seçeneklerinde gözlenen artışların DEHB tedavisi gören çocuk ve gençlerin hem ilaç etkinlikleri hem ilaçların yan etki profilleri hem de çocuk ve gençlerin tedaviye uyumları konularında olumlu katkılar sunacağını düşündürmektedir.

Kaynaklar

1. Mechler, K., Banaschewski, T., Hohmann, S., & Häge, A. (2022). Evidence-based pharmacological treatment options for ADHD in children and adolescents. *Pharmacology & therapeutics*, 230, 107940.
2. Cutler, A. J., & Mattingly, G. W. (2017). Beyond the pill: new medication delivery options for ADHD. *CNS spectrums*, 22(6), 463-474.
3. Canady, V. A. (2020). FDA approves first video game Rx treatment for children with ADHD. *Mental Health Weekly*, 30(26), 1-7.
4. McGough, J. J., Sturm, A., Cowen, J., Tung, K., Salgari, G. C., Leuchter, A. F., ... & Loo, S. K. (2019). Double-blind, sham-controlled, pilot study of trigeminal nerve stimulation for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 58(4), 403-411.

DEHB VE SINIRDA KİŞİLİK**Prof. Dr. Ömer FARUK AKÇA****Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp
Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve
Hastalıkları A.D.**

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), organizasyon ve odaklanma sorunları, dikkatsizlik, hiperaktivite ve dürtüsellik ile karakterize nörogelişimsel bir bozukluktur. DEHB'nun erişkinlik döneminde çeşitli kişilik bozuklukları ile ilişkili olduğu hem geriye dönük hem de takip çalışmalarında gösterilmiştir. DEHB'nun özellikle Paranoid, Narsistik, Antisosyal, Borderline ve Kaçınan Kişilik Bozuklukları ile ilişkili olabileceğine dair araştırmalar bulunmaktadır. Çalışmalar özellikle Antisosyal Kişilik Bozukluğu ve Borderline Kişilik Bozukluğu'nun DEHB ile birliktelik oranını oldukça yüksek olduğunu bildirmektedir.

Borderline kişilik bozukluğu, yaygın bir duygusal düzensizlik, tutarsız kimlik ve kişilerarası işlev bozukluğu örüntüsü ile karakterize ciddi bir ruhsal bozukluktur. Son çalışmalar Borderline Kişilik Bozukluğu'nun çocukluk ve ergenlik döneminde de belirtiler gösterdiğini, ergenlik döneminde Borderline Kişilik Bozukluğu tanısının konulabileceğini, tanının erken konulmasının ve erken müdahalenin tedavi başarısını artırdığını bildirmektedir.

Bu sunumda ergenlik dönemi DEHB ve Borderline Kişilik Bozukluğu arasındaki ilişki incelenecek ve beraberliği durumunda görülen klinik ve psikometrik özellikler ve tedavi süreci değerlendirilecektir.

**Zamanın Döngüsü: Kronobiyojinin
Üreme Sistemine Etkileri****Doç. Dr. Şakir GICA****Necmettin Erbakan Üniversitesi, Meram
Tıp Fakültesi, Psikiyatri ABD**

Kronobiyoloji, biyolojik ritimlerin ve bunların fizyolojik süreçler üzerindeki etkilerinin incelenmesiyle ilgilenir. Son zamanlarda, sirkadiyen ritimlerin üreme hormonları ve işlevleri üzerindeki etkisi, araştırmacılar için ilgi çekici bir konu haline gelmiştir. Özellikle akşam tipi bireylerin kronotipinin üreme hormonları ve işlevleri üzerindeki etkisi, giderek daha fazla araştırılan bir konudur. Akşam tipi bireyler genellikle düzensiz uyku düzenleri yaşarlar ve bunun da hormonal dengesizliklere yol açarak üreme sağlığını etkileyebileceği bildirilmektedir. Örneğin, çalışmalar uyku yoksunluğunun LH ve FSH salgılanmasını bozabileceğini ve bunun da üreme fonksiyonunu olumsuz etkileyebileceğini göstermektedir.

Sirkadiyen ritmin hem kadın hem erkek üreme sistemine çeşitli mekanizmalar aracılığıyla etkileri olduğu görülmektedir. Kadın üreme sistemi bağlamında, sirkadiyen saatler ile hipotalamo-hipofizer sistem arasındaki etkileşim olması nedeniyle sirkadiyen ritimlerdeki bozulmaların gonadotropin salgılatıcı hormon (GnRH) salgılanmasını etkileyerek FSH ve LH gibi hormonların seviyelerinde değişikliklere ve üreme bozukluklarına katkıda bulunabileceği gösterilmiştir. Bununla beraber yine benzer mekanizma ile kadınlarda polikistik over sendromu ve erken over yetmezliği gibi üreme bozukluklarına katkıda bulunabileceği bildirilmektedir.

Erkek üreme sistemi açısından ise sirkadiyen ritimlerin spermatogenez ve sperm kalitesi üzerinde belirgin etkileri vardır. Özellikle testosteronun, sabah saatlerinde zirveye ulaşan bir diurnal (günlük) salınımının olduğu, akşam tipi bireylerde bu salınımın bozulduğu, bu durumun ise sperm hareketliliği ve canlılığında azalmaya neden olabileceği bildirilmektedir.

Kronotip farklılıkları ve sirkadiyen ritim bozukluklarının, sperm üretim döngülerini etkileyebileceği bildirilmekte ve hatta yardımcı üreme teknolojileri (YÜT) gibi protokollerin, bu biyolojik ritimlerle uyumlu hale getirilerek başarı oranlarının artırılabilirliği rapor edilmektedir.

Sonuç olarak, sirkadiyen ritimlerin hem kadın hem de erkek üreme sistemleri üzerindeki etkileri karmaşık ve çok yönlüdür. Sirkadiyen bozulmaların hormonal dengesizliklere, sperm kalitesi düşüklüğüne ve üreme fonksiyonlarındaki aksamalara yol açabileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

Bu panel konuşmasında, sirkadiyen ritimlerin ve kronobiyolojik faktörlerin, folikül uyarıcı hormon (FSH) ve luteinize edici hormon (LH) gibi üreme hormonlarını, ayrıca spermatogenez ve sperm olgunlaşmasını nasıl etkilediğine dair güncel bulguları özetlemektedir.

Şizofrenide Az Konuşulanlar: “Şizofrenide Depresyon ve Anksiyete”

Prof. Dr. Selime ÇELİK ERDEN

Şizofreni hastalığının birçok döneminde (prodromal dönem, post-psikotik dönem, ilaçlarla indüklenen akinetik belirtilerin olduğu dönem) depresif belirtiler görülmektedir (1). Şizofreninin negatif belirtilerinden olan anhedoni ve motivasyon azlığı gibi belirtiler depresyonda da görülmekte ve bu nedenle ayırıcı tanı yapmak güç olabilmektedir (1). Şizofrenide depresyonu inceleyen araştırmalarda %50'ye ulaşan oranlar bildirilmiştir (2). Şizofrenide depresyon varlığı relaps ile ve intihar davranışı ile ilişkilendirilmektedir (3). Atipik antipsikotikler (ketiyapin, lurasidon, amisülprid, aripirazol, olanzapin, klopazapin) depresif semptomların azaltılmasında tipik antipsikotiklerden üstün olduğu, klopazapinin ise intihar riski taşıyan hastaların yönetiminde etkili olduğu bildirilmektedir.

Klinik uygulamalarda antidepresanların, transkraniyal manyetik stimülasyonun ve elektrokonvülsif terapinin her zaman etkili olmasa da kullanıldığı görülmektedir (4). Şizofrenide komorbid panik bozukluk, sosyal fobi, yaygın anksiyete bozukluğu gibi anksiyete bozuklukları görülebilmektedir. Siris ve arkadaşları (1991) şizofreni hastalarının %24'ünde panik bozukluk, %20'sinde sosyal anksiyete bozukluğu olduğunu, %31.5'nde hastalığın başlangıcında panik bozukluk belirtilerinin görüldüğü bildirmişlerdir (5). Şizofreniye eşlik eden anksiyete varlığı daha kötü sosyal işlevsellik, daha fazla relaps ve daha yüksek intihar oranları ile ilişkilendirilmiştir (6).

Bu panelde, “Şizofrenide Depresyon ve Anksiyete” konusunu güncel literatürler ışığında meslektaşlarımızla birlikte tartışmayı amaçlamaktayız.

Kaynaklar

1. Atmaca, G., & Durat, G. (2016). Şizofreni hastalarında intihar ve depresyon. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 6(1)
2. Martin, R. L., Cloninger, C. R., Guze, S. B., & Clayton, P. J. (1985). Frequency and differential diagnosis of depressive syndromes in schizophrenia. *The Journal of clinical psychiatry*, 46(11 Pt 2), 9-13.), 51-55.
3. Özsan, H. H., & Tuğcu, H. (1998). Şizofrenik Hastalarda İntihar Olasılığının çeşitli faktörlere göre incelenmesi. *Kriz Dergisi*, 6(1), 33-39.
4. Mosolov, S. N. (2020). Diagnosis and treatment depression in schizophrenia. *consortium Psychiatricum*, 1(2), 29-42.
5. Siris, S. G., Rifkin, A., Reardon, G. T., Endicott, J., Pereira, D. H., Hayes, R., & Casey, E. (1984). Course-related depressive syndromes in schizophrenia. *The American Journal of Psychiatry*, 141(10), 1254-1257.
6. Achim, A. M., Maziade, M., Raymond, É., Olivier, D., Mérette, C., & Roy, M. A. (2011). How prevalent are anxiety disorders in schizophrenia? A meta-analysis and critical review on a significant association. *Schizophrenia bulletin*, 37(4), 811-821.

Yazar Dizini*Çağrı Öğüt4**Emine Asri5**Esra Gül Ölmez6**Fadime Şimşek7**Merve Zeren8**Hazel Demiröz Öztürk9**Ayşe Nur Eryılmaz Özkafa11**Emine Asri12**Batuhan Koşan13**Ayşe Nur Eryılmaz Özkafa14**Emine Asri15**Melike Akyel16**Merve Düşgün Şimşek17,18**Sümeyye Nihan Çelik Satıcı19**Nurettin Duymuş20**Sare Nur Yıldırım21**Elim Özdemir 22**Ahmet Üzer24**Bilge Çetin İlhan24**Cem Şengül25**E. Erdal Erşan25**Ertuğrul Eşel26**Erdoğan Çiçek26**Mustafa Esad Tezcan27**Faruk Kılıç27**Fatih Hilmi Çetin28**Gözde Bacık Yaman28**Gülin Özdamar Ünal29**Hasan Ali Güler30**İkbal İnanlı30**Hasan Bakay31**Kürşat Altınbaş32**İsmet Esra Çiçek32**Medine Gıynaş Ayhan33**Lut Tamam33**Mehmet Ak34**Memduha Aydın34**Necati Uzun35**Şakir Gıca36**Ömer Faruk Akça36**Selime Çelik Erden37*



PiBAD

Psikiyatri Bilimleri ve
Araştırmaları Derneği

BİLİMSEL SEKRETERYA

PSİKİYATRİ BİLİMLERİ VE ARAŞTIRMALARI DERNEĞİ

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

Web: www.pibad.org

E-mail : bilimsel@psikiyatrizirvesi.org



GROUP

SERENAS

ORGANİZASYON SEKRETERYASI

SERENAS ULUSLARARASI TURİZM KONGRE ORG. A.Ş.

Turan Güneş Bulvarı 5. Cad. No:13 Yıldız, Çankaya / Ankara

Tel : +90 312 440 50 11

Faks : +90 312 441 45 63

Web : www.serenas.com.tr

E-mail : info@psikiyatrizirvesi.org