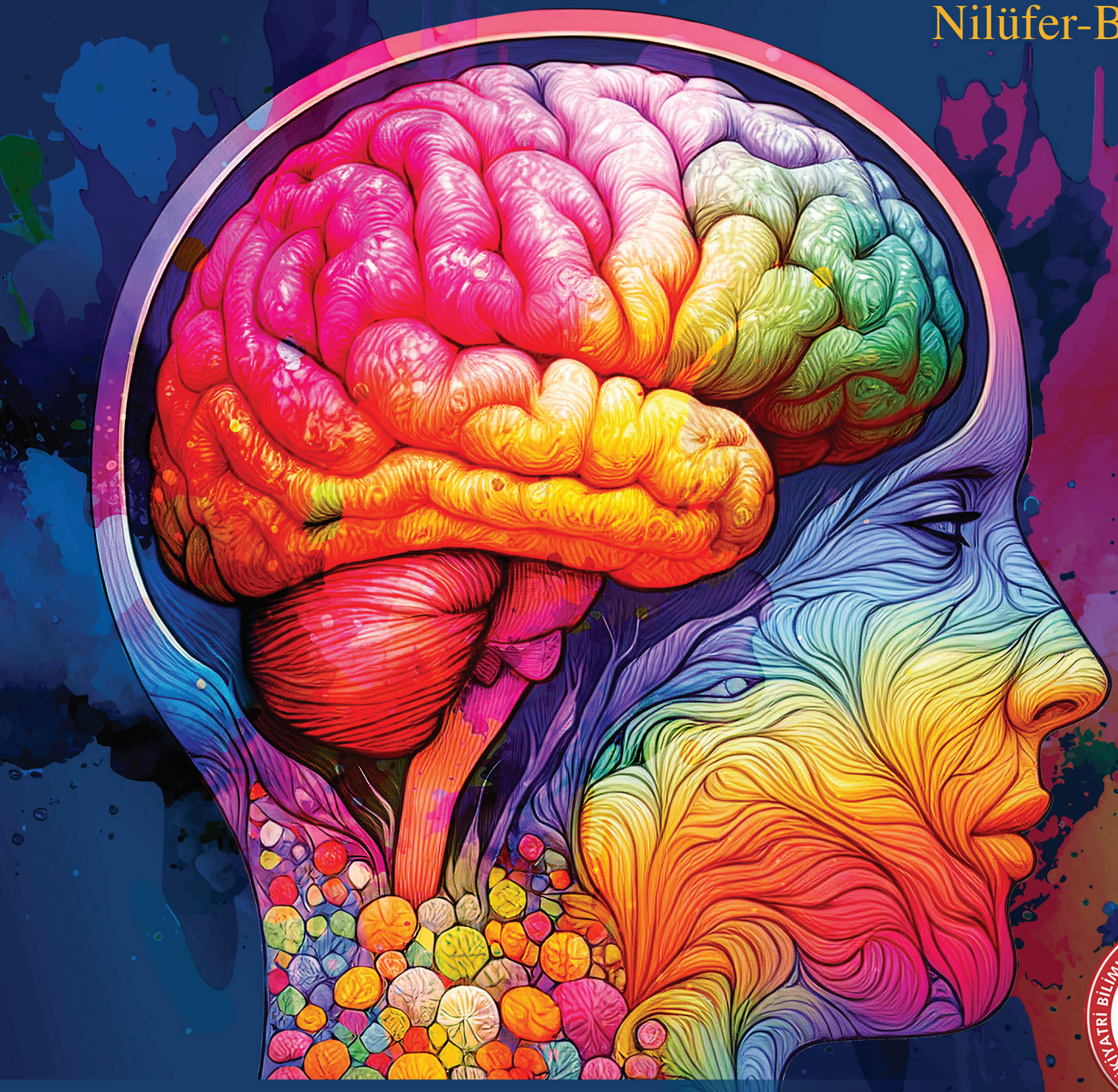
4. PSİKİYATRİ MİDİ ZİRVESİ

24 – 25 Ekim 2026

Ramada by Wyndham Otel
Nilüfer-Bursa



BİLDİRİ ÖZETLERİ KİTABI

PSİKİYATRİ BİLİMLERİ VE ARAŞTIRMALARI DERNEĞİ 2007

PSİKİYATRİ BİLİMLERİ
ARAŞTIRMA DERNEĞİ

pibad.org/4-psikiyatri-midi-zirvesi

PSİKİYATRİ BİLİMLERİ
ARAŞTIRMA DERNEĞİ

Psikiyatri Bilimleri ve Araştırmaları Derneği

Dr. Tevfik Sağlam Cad. No:13/2, 34147
Bakırköy, İstanbul
bilimsel@turkpsikiyatrizirvesi2026.org
www.pibad.org

D Event Turizm Organizasyon

Prof. Dr. Ahmet Taner Kışlalı Mahallesi
2879. Sokak No:8/13-7 06810 Çankaya / Ankara
+90 312 438 10 39
info@devent.com.tr
www.devent.com.tr

İÇİNDEKİLER

DAVET 4

DÜZENLEME KURULU 5

BİLİMSEL PROGRAM 6

SÖZLÜ SUNUM LİSTESİ 10

E-POSTER LİSTESİ 11

KONUŞMA ÖZETLERİ 12

SÖZEL BİLDİRİLER 112

POSTER BİLDİRİLER 141

YAZAR DİZİNİ 163

DAVET

Psikiyatri Ailesinin Değerli Üyeleri,

Daha önce Mini Zirvelerimizden ilkini 2022 yılında Isparta'da, ikincisini ise 2024 yılında Konya'da ve üçüncüsünü ise giderek artan katılımcı sayımız sebebi ile Midi Zirve olarak 2025 yılında Elazığ'da gerçekleştirdik.

4. Psikiyatri Midi Zirvesi'ni 24-25 Ekim 2026 tarihlerinde Bursa Ramada Otel'de gerçekleştireceğimizi büyük bir mutluluk duyarak sizlerle paylaşmak isteriz. Toplantımız üç paralel salonda gerçekleştirilecektir. Toplantıda hem psikiyatri pratiğinde önemli konular ele alınacak hem de majör depresyon, şizofreni ve bipolar bozukluk, geriyatrik bozukluklarda güncel gelişmeler ayrıntılı şekilde deneyimli klinisyenler tarafından sunulacaktır.

4. Psikiyatri Midi Zirvesi'nin bilhassa Bursa iline yakın illerden gelen psikiyatri camiası üyeleriyle ve diğer bölgelerden gelen katılımcılarla bir arada olmak, bilimsel konuları paylaşmak ve iki gün gibi kısa sürede bilimsel ziyafete ortak olmak açısından çok faydalı olacağına yürekten inanıyoruz.

Prof. Dr. Oğuz Karamustafalıoğlu

Kongre ve Psikiyatri Bilimleri ve Araştırmaları Derneği Başkanı

DÜZENLEME KURULU

ORGANİZASYON KOMİTESİ

Kongre Eş Başkanı

Prof. Dr. Cengiz Akkaya

Kongre Eş Başkanı

Prof. Dr. Sema Baykara

Kongre Eş Başkanı

Doç. Dr. Leman İnanç

Dernek Başkanı

Prof. Dr. Oğuz Karamustafalıoğlu

Genel Sekreterler

Doç. Dr. Filiz Özsoy

Uzm. Dr. Aybike Telkök Şen

Geçmiş Zirveler Eş Başkanları

Prof. Dr. Murad Atmaca

Prof. Dr. Sevda Korkmaz

Doç. Dr. İkbal İnanlı

Doç. Dr. Memduha Aydın

Doç. Dr. Şakir Gıca

BİLİMSEL PROGRAM

24 EKİM 2026, CUMARTESİ		24 EKİM 2026, CUMARTESİ	
SAAT	**A SALONU**	**B SALONU**	**C SALONU**
08:30-09:00	**AÇILIŞ KONUŞMALARI**		
09:00-10:00	**Nöromodulasyon ve Bilişsel İşlevler** *Oturum Başkanı: Sinay Önen* **Elektrokonvulzif Terapi ve Bilişsel İşlevler** *İbrahim Uysal* **Transkranial Manyetik Uyarım ve Bilişsel İşlevler** *İlkay Keleş Altun* **Derin Beyin Uyarımı ve Diğer Nöromodulasyon Teknikleri Ve Bilişsel İşlevler** *Sinay Önen*	**Psikiyatride Kırmızı Bayraklar: Gözden Kaçabilen Klinik Durumlar** *Oturum Başkanı: Ayşegül Şengel* **Acil Psikiyatride Kırmızı Bayraklar** *Efekan Muti* **Organik–Psikiyatrik Ayrımında Kritik Noktalar** *Abdülkerim Yağmahan* **Nörogelişimsel Kırmızı Bayraklar** *Uğur Sağlam* **Nörobilişsel ve Atipik Psikiyatrik Sunumlar** *Burak Berke İrkin*	**Dijital Ağlarla Değişen Zihin Ve Psikopatoloji** *Oturum Başkanı: Mustafa Akan* **Hızlı Akış, Sürekli Uyarım ve Yeni Ruhsal Örgütlenmeler** *Selin Ayça Ataselim* **Disosiyasyonun Yeni Görünümleri, Davranışsal Bağımlılıklar** *Yiğit Sandal* **Kendiliğin Sanal Ortamda Şekillenmesi** *Sibel Hande Karakoyun*
10:00-10:15	**KAHVE ARASI**	**KAHVE ARASI**	
10:15-11:15	**Beyin Ağları Üzerinden Nöromodülasyon: Klinik Deneyimler Ve Güncel Uygulamalar** *Oturum Başkanı: Süheyla Ünal* **Tanılardan Ağ Dinamiklerine** *İrem Mutlu* **Depresyonda rTMS ve Default Mode Network** *Tayyibe Erol* **Obsesif Döngülerin Çok Katmanlı Modülasyonu** *Aleyna Sarıoğlu* **Trikotilomani Olgusu Üzerinden Kompulsif Bağımlılıklar: Alışkanlıktan Bağımlılığa** *Havva Esma Aşkın*	**Psikiyatri Pratiğinde Ayırıcı Tanı: Zor Hastada Karar Verme** *Oturum Başkanı: Ayşe Nur İnci Kenar* **Deliryum-Demans-Psödodemans: Yaşlı Hastada Ne Yapalım?** *Tülay Satı Kırkan* **Bipolar Bozukluk mu DEHB mi? Ayırıcı Tanı İncelikleri** *Selin Balki Tekin* **Otizm Spektrum Bozukluğu mu yoksa psikoz mu? Nasıl Ayıralım?** *Ayşe Döndü* **Klinik Gri Alanlar: Borderline Kişilik Bozukluğu Mu, Bipolar Bozukluk Mu** *Aybike Telkök Şen*	**Ruhsal Bozukluklarda Makine Öğrenmesi: Veriden Prediktif Modellere** *Oturum Başkanı: Sinay Önen* **Otizm Spektrum Bozukluklarında Makine Öğrenmesi: Fenotiplemeden Klinik Öngörüye** *Hande Şirin* **Şizofrenide Makine Öğrenmesi: Erken Tanıdan Tedavi Yanıtının Öngörülmesine** *Sinay Önen* **Bipolar Bozuklukta Prediktif Modeller: Duygudurumdan Dijital Belirteçlere** *Burcu Çilingir* **Madde Kullanım Bozukluklarında Yapay Zeka Yaklaşımları: Risk Tahmini ve Relaps Öngörüsü** *Emine Merve Akdağ*
11:15-11:30	**KAHVE ARASI**	**KAHVE ARASI**	
11:30-12:30	**Şizofrenide Bilişsel İşlevler: Patofizyolojiden Kliniğe Güncel Yaklaşımlar** *Oturum Başkanı: Cengiz Akkaya* **Şizofrenide Bilişsel İşlev Bozuklukları: Patofizyolojiden Klinik Yansımalara** *Anıl Muştucu* **Şizofrenide Bilişsel İşlevlerin Değerlendirilmesi: Psikometrik Araçlar ve Nöropsikolojik Testler** *Rümeysa Ayşe Güllülü* **Şizofrenide Bilişsel İşlevlerde Biyobelirteçler: Güncel Bulgular ve Klinik Yansımaları** *Ahmet Furkan Tosun*	**İntihar Davranışı ve Şizofreni** *Oturum Başkanı: Çınar Yenilmez* **Türkiye'de İntihar Davranışının Epidemiyolojisi** *Çınar Yenilmez* **Şizofrenide İntihar Davranışı** *Ferdi Köşger* **Şizofrenide İntihar Davranışından Koruyucu Faktörler** *Deniz Şahin Yavuz*	**Gebelikte Cinsellik: Ruh Sağlığı Ve İlişki Dinamikleri** *Oturum Başkanı: Batuhan Ayık* **Gebelikte Cinselliğin Psikolojisi** *Didem Besikci Keleş* **Gebelikte Cinselliği Etkileyen Psikiyatrik Faktörler** *Filiz İzci* **Gebelikte Cinsel Doyum Ve İlişkili Faktörler: İlişki Dinamikleri Ve Mitlerin Rolü** *Batuhan Ayık*
12:30-13:15	**HUMANİS UYDU SEMPOZYUMU** **Maniden Psikoza: Seroquel'in Klinik Yolculuğu** Humanis *Konuşmacı: Filiz İzci*	**HUMANİS UYDU SEMPOZYUMU** **Maniden Psikoza: Seroquel'in Klinik Yolculuğu** Humanis *Konuşmacı: Filiz İzci*	
13:15-14:15	**ÖĞLE YEMEĞİ**	**ÖĞLE YEMEĞİ**	
14:15-15:15	**Psikiyatri Hastalıkların Tedavisinde Yeni Gelişmeler** *Oturum Başkanları: Oğuz Karamustafalıoğlu ve Selçuk Kırlı* **Şizofreni Tedavisinde Yeni Gelişmeler** *Oğuz Karamustafalıoğlu* **Bipolar Bozukluk Tedavisinde Yeni Gelişmeler** *Şakir Gıca* **Depresyon Tedavisinde Yeni Gelişmeler** *Batuhan Ayık*	**İntihar Riskinin Gözden Kaçan Klinik Boyutları** *Oturum Başkanı: Sevda Korkmaz* **Uyku Bozuklukları Ve İntihar Riski** *Sevda Korkmaz* **Bipolar Bozuklukta İntihara Sıklığı ve İntihara Yaklaşım: Sosyal Medyanın Rolü** *Filiz İzci* **Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunda İntihar Riski** *Aslı Kazğan Kılıçaslan* **Borderline Kişilikte İntihar Riski ve İntihara Yaklaşım** *Didem Besikçi Keleş*	**Deliryumda Güncel Yaklaşımlar: Nörobiyoloji, Biyobelirteçler Ve Farmakolojik Müdahaleler** *Oturum Başkanı: Leman İnanç* **Deliryumun Nörobiyolojisi ve Patofizyolojisi** *Demet Ünsal* **Deliryumda Tanı, Risk Belirleme ve Biyobelirteçler** *Tuna Eker* **Deliryumun Önlenmesi Ve Tedavisinde Güncel Yaklaşımlar** *Ali Görkem Gencer*
15:15-15:30	**KAHVE ARASI**	**KAHVE ARASI**	

BİLİMSEL PROGRAM

24 EKİM 2026, CUMARTESİ		24 EKİM 2026, CUMARTESİ	
SAAT	**A SALONU**	**B SALONU**	**C SALONU**
15:30-16:30	**24 Saatin Bozulan Ritmi: Sirkadiyen Düzensizlik Ekseninde Yeme Ve Davranışsal Bağımlılıklar** *Oturum Başkanı: Yavuz Selvi* **Bozulan Saat: Sirkadiyen Sistem, Kronotip ve Sosyal Jetlag'ın Psikopatolojiye Açılan Kapısı** *Ahmet Üzer* **Saatin Yediği: Krononütrisyon, Öğün Zamanlaması ve Ortorektik Kısıtlamanın Ritmik Yüzü** *Ekrem Furkan Uçak* **Hiç Kapanmayan Kumarhane: Çevrimiçi Bahis, Gece Dürtüselliği ve Yaşantısal Kaçınma** *Veysel Güleç*	**Cinsiyet Disforisine Bütüncül Yaklaşım: Klinik Süreç, Psikososyal Destek ve Güncel Tartışmalar** *Oturum Başkanı: Aslıhan Polat* **Cinsiyet Disforisinde Klinik Yol Haritası: Psikiyatri Ekseninde Multidisipliner İş Birliği** *Ezgi Şişman* **Cinsiyet Disforisinde Grup Psikoterapisi Uygulamaları: Destek ve Klinik Deneyim** *Hanife Yılmaz* **Cinsiyet Disforisinde Güncel Tartışmalar: Küresel Gelişmeler ve Klinik Yansımalar** *Fatma Seher Kocaayan*	**Özel Gruplarda İntihar** *Oturum Başkanı: Sema Baykara* **Bağımlı Hastalarda İntihar Girişimi** *Sema Baykara* **Mahkumlarda İntihar Girişimi** *Şüheda Kaya* **Hekimlerde İntihar/Hekim İntiharları** *Filiz Özsoy*
16:30-16:45	**KAHVE ARASI**	**KAHVE ARASI**	
16:45-18:15	**Yıkım Yapıya Dahildir (Yyd) Psikopatoloji ve Dayanıklılık İçin Negentropik Bir Model (25 Dk)** *Konuşmacı: Süheyla Ünal* **Sözel Bildiri Oturumu - 1** *Oturum Başkanları: Simay Önen ve Aybike Telkök Şen* **İlk Atak Psikozda İnkretin Sistemi Belirteçleri Ve Metabolik Parametreler: Klinik Semptomlarla İlişkileri Ve Ayırt Edici Potansiyelleri** *Ezel Altıntaş* **Bipolar Bozuklukta İntihar Girişimi Öyküsüyle İlişkili Klinik Özellikler Ve Farmakolojik Tedaviler** *Betül Bakay* **6284 Sayılı Kanunun Sağlık Tedbiri Kapsamında Uygulanan Etkileşim Grubuna İlişkin Retrospektif Analiz: Tamamlama Ve Tekrar Yönlendirmeye Dair Tanımlayıcı Bulgular** *Didem Beşikci Keleş* **Antidepresan Tipi İlaçlarla Tedavi Yanıtı Ve Yan Etkileri Üzerine Yansıtıcı İşlevler Ve Duygu Dışavurumunun Etkisi** *Filiz Özsoy*	**İlişkiyi Tedaviye Dönüştürmek: Fonksiyonel Analitik Psikoterapi (Fap) ve Interpersonal Behavıor Therapy İle Seans İçinde Değişim Yaratmak Kursu** *Oturum Başkanı: M. Emrah Karadere* *Konuşmacı: Furkan B. Alptekin*	**Sözel Bildiri Oturumu - 2** *Oturum Başkanları: Mustafa Karaağaç ve Filiz Özsoy* **Bipolar Bozuklukta Endofenotipik Olarak Dürtüselliğin İncelenmesi** *Sümeyra Afşar Reyhani* **Genel Anksiyete Mi, Sağlık Anksiyetesi Mi? Anksiyete Bozukluğu Olan Kadınlarda Serviks Kanseri Korkusunun Yordayıcıları** *Aslıhan Gümüşlü Ağcabay* **Fibromiyaljide İstirahat Durumu Beyin Bağlantısallığı: Grup Ortalamalarından Bireysel Normatif Sapmaya** *Gözde Naz Darcan*
16:45-18:15 *(devam)*	**Psikiyatri Polikliniğinde Erişkin Dehb Tanısının Gözden Kaçmasıyla İlişkili Etkenler: Bir Ara Analiz** *Gürcan Atay* **Alkol Kullanım Bozukluğu Olan Hastalarda Superior Temporal Girus Hacimleri** *Sevda Korkmaz* **6 Şubat Kahramanmaraş Depremleri Öncesi Ve Sonrasında Malatya Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniğinde Yatan Hastaların Sosyodemografik Ve Klinik Özelliklerinin Karşılaştırılması** *Kübra Orman* **Psikotik Bozukluğu Olan Hastaların Bakımverenlerinde Bakım Yükü Ve İlişkili Faktörler** *Mustafa Akan*		**Psikotik Bozukluk Tanılı Olgularda Akatizi Şiddeti Ve İstirahat Nabız Hızı Arasındaki İlişkinin Ön Değerlendirmesi** *Ekrem Furkan Uçak* **Asistan Hekimlerde Depresyon, Anksiyete, Stres Ve Tükenmişlik Düzeyleri İle Problemli Sosyal Medya Kullanımı Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi** *Esma Akpınar Aslan* **İleri Yaşta Yeni Başlayan Psikotik Belirtilerin Nörolojik Nedenleri: Üç Olguluk Vaka Serisi** *Edanur Çiçek* **Adli Psikiyatri Polikliniğine Başvuran Olguların Klinik Ve Sosyodemografik Özellikleri İle Tanısal Dağılımı** *Mehmet Temiz* **Fluoxetıne-Associated Normoprolactınemıc Amenorrhea Worsenıng After Dose Escalatıon: A Case Report** *Aslıhan Gümüşlü Ağcabay* **6-10 Yaş Aralığındaki Çocukların Davranış Problemleri İle Ebeveynlerinin İnternet Kullanım Düzeyleri Ve Yaşam Doyumu Arasındaki İlişkinin İncelenmesi** *Ali Dayi*

BİLİMSEL PROGRAM

25 EKİM 2026, PAZAR		25 EKİM 2026, PAZAR	
SAAT	**A SALONU**	**B SALONU**	**C SALONU**
09:00-10:00	**Psikodermatolojide Yeni Ufuklar: Deri ve Beyin Arasındaki İlişki** *Oturum Başkanı: Çiçek Hocaoğlu* **Kronik Kaşıntının Ruhsal Sonuçları** *Aslı Nagihan Karadeniz* **Psikodermatolojik Hastalıklarda Konsültasyon-Liyezon Yaklaşımı** *Mustafa Akan* **Stres, İnflamasyon ve Deri Hastalıkları** *İbrahim Sefa Güleç* **Psikiyatrik Tedavilerin Dermatolojik Etkileri** *İzzet Çağrı Metin*	**Psikofarmakolojide Yeni Ufuklar: Majör Psikiyatrik Bozuklukların Tedavisinde Güncel Gelişmeler ve Gelecek Projeksiyonları** *Oturum Başkanı: Tülay Satı Kırkan* **Şizofreni Tedavisinde Paradigma Değişimi: Yeni Kuşak Antipsikotikler ve Glutamaterjik/Muskarinik Hedefler** *Salih Kalyoncu* **Bipolar Bozukluk Yönetiminde Yenilikler: Akut Dönem ve Koruyucu Tedavide Yeni Moleküller** *Burcu Çilingir* **Dirençli Depresyonda Güncel Tedavi Stratejileri: Hızlı Etkili Antidepresanlar ve Yeni Nesil Nöromodülasyon** *İlkay Başak* **Psikiyatride Dijital Devrim: Tanı, Seyir Öngörüsü ve Kişiselleştirilmiş Tedavi Algoritmalarında Yapay Zeka Uygulamaları** *Ali Dayi*	**Alkol Kullanım Bozukluğunda Tanıdan Tedaviye Güncel Yaklaşımlar** *Oturum Başkanı: Hayriye Baykan* **Alkol Kullanım Bozukluğunun Nörobiyolojisi: Beyinde Neler Değişiyor?** *Tuba Tuğ Altunöz* **Alkol Kullanım Bozukluğunda Yeni Tedavi Seçenekleri** *Sinan Altunöz* **Alkol Kullanım Bozukluğunda Relapsı Önlemek Mümkün mü? Güncel ve Yenilikçi Yaklaşımlar** *Fulya Özbek Akbaş*
10:00-10:15	**KAHVE ARASI**	**KAHVE ARASI**	
10:15-11:15	**Kendini Bilme (İçgörü) Kavramının Sınırları ve Psikotatoloji İlişkisi** *Oturum Başkanı: Atilla Erol* **Şizofreni ve İçgörü** *Yusuf Dökmen* **Anoreksiya Nervoza ve İçgörü** *Mehmet Akif Suda* **Panik Bozukluk ve İçgörü** *Çisem Sezgin*	**Antipsikotik Tedavide Yenilikler ve Klinik Deneyimler** *Oturum Başkanı: Süheyla Ünal* **5-HT7 Reseptöründen Klinik Pratiğe: Psikoz, Duygudurum ve Bilişsel Belirtilere Güncel Bakış** *Cansu Ünsal Mavi* **Depresyonda İnce Ayar: Dopamin-Serotonin Modülasyonu ile Güçlendirme** *Yalçın Kahya*	**Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Kliniğinde Birinci Nesil Antidepresan Kullanımı Deneyimleri** *Oturum Başkanı: Sevda Korkmaz* **Majör Depresif Bozuklukta ve Anksiyete Bozukluklarında Birinci Nesil Antidepresan Kullanımı Deneyimleri** *Buğra Yapar*
10:15-11:15 *(devam)*	**Obezite ve İçgörü** *Leyla Memmedova* **Obsesif Kompulsif Bozukluk ve İçgörü** *Atila Erol*	**D3 Reseptöründen Kliniğe: 3 Farklı Olguda Gerçek Yaşam Deneyimi** *Kezban Burcu Avanoğlu* **Şizofrenide Tedavi Uyumu ve Klinik Stabiliteye Yeni Bir Perspektif: Altı Aylık Uzun Etkili** *Mustafa Akan*	**Obsesif Kompulsif Bozuklukta Birinci Nesil Antidepresan Kullanım Deneyimleri** *Rümeysa Poyraz Gül* **Birinci Nesil Antidepresanlar İle Tedavide Yan Etkilerin Yönetimi** *Buğra Yapar*
11:15-11:30	**KAHVE ARASI**	**KAHVE ARASI**	
11:30-12:30	**Bipolar Bozuklukta Yeni Tedavi Ufukları: Moleküler Hedeften Nöromodülasyona** *Oturum Başkanı: Bahadır Demir* **Bipolar Bozuklukta Yeni Bir Moleküler Hedef: TRPC4/5 Antagonizması** *Aslıhan Ağcabay* **Ketaminden Nöroaktif Steroidlere: Bipolar Depresyonda Hızlı Etkili Tedaviler** *Lütfiye Şimşek* **Bipolar Bozuklukta TMS: Kime, Ne Zaman, Hangi Protokolle?** *Celal Yaşamalı*	**Duygudurum Bozukluklarında Uyku: Mekanizmalar ve Tedavi Yaklaşımları** *Oturum Başkanı: Şakir Gıca* **Duygudurum Bozukluklarında Uykuyu Tedavi Etmek: Neden, Ne Zaman, Nasıl?** *Şakir Gıca* **Duygudurum Bozukluklarında Nöroinflamasyon: Uyku-İmmün Sistem Etkileşimi ve Klinik Önemi** *Hasan Bakay* **Duygudurum Bozukluklarında Kronoterapi: Biyolojik Saati Hedefleyen Tedavi Yaklaşımla** *Mustafa Karaağaç*	**Dirençli Depresif Bozukluk ve Anksiyete Bozukluğu Birlikteliği: Tanıdan Tedaviye Güncel Yaklaşımlar** *Oturum Başkanı: Rüstem Aşkın* **Dirençli Depresyonda Eşlik Eden Anksiyete Bozuklukları: Tanısal Güçlükler ve Klinik Değerlendirme** *Gülay Taşcı* **Dirençli Depresyonda Anksiyetenin Rolü: Biyolojiden Tedaviye** *Sema Baykara* **Komorbid Anksiyete ve Dirençli Depresyonda Tedavi Stratejileri: Kime, Ne Zaman, Hangi Yaklaşım?** *Filiz Özsoy*
12:30-13:15	**ÖĞLE YEMEĞİ**	**ÖĞLE YEMEĞİ**	
13:15-14:15	**Orta Yaştan İleri Yaşa Giden Rotada Qua Vadis ?** *Oturum Başkanı: Bahadır Bakım* **Geropsikiyatri Neden Önemli?** *Bahadır Bakım* **Geropsikiyatride Psikedelik Tedaviler** *Aslı Beşirli* **Geropsikiyatride Psikodermatoloji** *Efruz Pirdoğan* **Geropsikiyatride Yas/Depresyon** *Betül Kaygusuz Değer*	**Çekirdek Belirtilerin Ötesinde Erişkin Dehb** *Oturum Başkanı: Sinay Önen* **Erişkin DEHB'de Duygu Düzenleme Güçlüğü** *Mevanur Eroğlu* **Erişkin DEHB'de Duyusal İşlemleme Güçlükleri** *Gizem Öztürkci*	**Dijital Çağda Beden, Benlik ve Psikopatoloji** *Oturum Başkanı: Süheyla Ünal* **Ergenlikte Görünüş Karşılaştırma-Sosyal Medyanın Beden Algısı ve Benlik Oluşumu Üzerine Etkisi** *Didem Ayyıldız*

BİLİMSEL PROGRAM

25 EKİM 2026, PAZAR		25 EKİM 2026, PAZAR	
SAAT	**A SALONU**	**B SALONU**	**C SALONU**
13:15-14:15 *(devam)*		**Erişkin DEHB'de Otistik Özellikler** *Elvan Açıkgöz Yalçınkaya* **Erişkin DEHB'de Zaman Algısı ve Erteleme** *Taylan Tanışan*	**Dijital Çağda Yeme Bozuklukları** *Ahsen Büyükavşar* **Yapay Zekâ, Estetik Kültürü ve Beden Dismorfik Bozukluk** *Bahar Kılıç*
14:15-14:25	**ARA**	**ARA**	
14:25-15:25	**Akılcı ilaç Oturumu** *Oturum Başkanı: Oğuz Karamustafalıoğlu* *Konuşmacı: Şakir Gıca*		
15:25-15:40	**KAPANIŞ** Oğuz Karamustafalıoğlu	**KAPANIŞ** Oğuz Karamustafalıoğlu	

SÖZLÜ SUNUM LİSTESİ

SÖZLÜ BİLDİRİ OTURUMLARI

24 EKİM 2026, CUMARTESİ / 17:10-18:20 / SALON A

SÖZLÜ SUNU OTURUMU-1
Oturum Başkanları: Simay Önen ve Aybike Telkök Şen

SS-3	**İlk Atak Psikozda İnkretin Sistemi Belirteçleri Ve Metabolik Parametreler: Klinik Semptomlarla İlişkileri Ve Ayırt Edici Potansiyelleri** Ezel Altıntaş	**17:10-17:17**
SS-7	**Bipolar Bozuklukta İntihar Girişimi Öyküsüyle İlişkili Klinik Özellikler Ve Farmakolojik Tedaviler** Betül Bakay	**17:17-17:24**
SS-9	**6284 Sayılı Kanunun Sağlık Tedbiri Kapsamında Uygulanan Etkileşim Grubuna İlişkin Retrospektif Analiz: Tamamlama Ve Tekrar Yönlendirmeye Dair Tanımlayıcı Bulgular** Didem Beşikci Keleş	**17:24-17:31**
SS-14	**Antidepresan Tipi İlaçlarla Tedavi Yanıtı Ve Yan Etkileri Üzerine Yansıtıcı İşlevler Ve Duygu Dışavurumunun Etkisi** Filiz Özsoy	**17:31-17:38**
SS-15	**Psikiyatri Polikliniğinde Erişkin Dehb Tanısının Gözden Kaçmasıyla İlişkili Etkenler: Bir Ara Analiz** Gürcan Atay	**17:38-17:45**
SS-12	**Alkol Kullanım Bozukluğu Olan Hastalarda Superior Temporal Girus Hacimleri** Sevda Korkmaz	**17:45-17:52**
SS-11	**6 Şubat Kahramanmaraş Depremleri Öncesi Ve Sonrasında Malatya Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniğinde Yatan Hastaların Sosyodemografik Ve Klinik Özelliklerinin Karşılaştırılması** Kübra Orman	**17:52-17:59**
SS-16	**Psikotik Bozukluğu Olan Hastaların Bakımverenlerinde Bakım Yükü Ve İlişkili Faktörler** Mustafa Akan	**17:59-18:06**
SS-21	**Yetişkinlerde Erteleme Davranışı ve Duygu Düzenlenme Güçlüğü Arasındaki İlişki** Senem Erbey	**18:06-18:13**
SS-19	**Yetişkinlerde Gelişmeleri Kaçırma Korkusu İle Bilişsel Esneklik Arasındaki İlişkinin İncelenmesi** Merve Güngöroğlu	**18:13-18:20**

SÖZLÜ BİLDİRİ OTURUMLARI

24 EKİM 2026, CUMARTESİ / 16:45-18:15 / SALON C

SÖZLÜ SUNU OTURUMU-2
Oturum Başkanları: Mustafa Karaağaç ve Filiz Özsoy

SS-4	**İleri Yaşta Yeni Başlayan Psikotik Belirtilerin Nörolojik Nedenleri: Üç Olguluk Vaka Serisi** Edanur Çiçek	**17:20-17:27**
SS-5	**Adli Psikiyatri Polikliniğine Başvuran Olguların Klinik Ve Sosyodemografik Özellikleri İle Tanısal Dağılımı** Mehmet Temiz	**17:27-17:34**
SS-13	**Fluoxetine-Associated Normoprolactınemıc Amenorrhea Worsenıng After Dose Escalatıon: A Case Report** Aslıhan Gümüşlü Ağcabay	**17:34-17:41**
SS-1	**6-10 Yaş Aralığındaki Çocukların Davranış Problemleri İle Ebeveynlerinin İnternet Kullanım Düzeyleri Ve Yaşam Doyumu Arasındaki İlişkinin İncelenmesi** Ali Dayi	**17:41-17:48**
SS-20	**Tip 1 Diyabette Diyabet Distresi: Gece Yeme Davranışının Rolü** Umut İlhan	**17:48-17:55**
SS-17	**Bipolar Bozuklukta Endofenotipik Olarak Dürtüselliğin İncelenmesi** Sümeyra Afşar Reyhani	**16:45-16:52**
SS-8	**Genel Anksiyete Mi, Sağlık Anksiyetesi Mi? Anksiyete Bozukluğu Olan Kadınlarda Serviks Kanseri Korkusunun Yordayıcıları** Aslıhan Gümüşlü Ağcabay	**16:52-16:59**
SS-18	**Fibromiyaljide İstirahat Durumu Beyin Bağlantısallığı: Grup Ortalamalarından Bireysel Normatif Sapmaya** Gözde Naz Darcan	**16:59-17:06**
SS-10	**Psikotik Bozukluk Tanılı Olgularda Akatizi Şiddeti Ve İstirahat Nabız Hızı Arasındaki İlişkinin Ön Değerlendirmesi** Ekrem Furkan Uçak	**17:06-17:13**
SS-2	**Asistan Hekimlerde Depresyon, Anksiyete, Stres Ve Tükenmişlik Düzeyleri İle Problemli Sosyal Medya Kullanımı Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi** Esma Akpınar Aslan	**17:13-17:20**

E-POSTER LİSTESİ

E-POSTER SUNUMLARI	
24 EKİM CUMARTESİ 09:00-18:00 / 25 EKİM PAZAR 09:00-14:00	
POSTER ALANI	
PS-1	**Olanzapin Kullanımına Bağlı İzole Kcft Artışı: Bir Olgu Sunumu** Ali Görkem Gençer
PS-2	**Suisidalite İle Başvuran Bir Subklinik Hipertiroidi Olgusu: Endokrin Ve Psikiyatrik Belirtilerin Birlikte Seyri** İlknur Sahak
PS-3	**Tirzepatid Tedavisi Sonrasında Tıkınırcasına Yeme Davranışı, Anksiyete Ve Depresif Belirtilerde Eş Zamanlı İyileşme** Ömer Osman Bazna
PS-4	**Yaklaşık On Yedi Yıllık Retrograd Bellek Kaybı İle Seyreden Dissosiyatif Amnezi Ve Füg: Bir Olgu Sunumu** Ömer Sinan Tarım
PS-5	**C3 Glomerülonefrit Nedeniyle Steroid ve Eculizumab Tedavisi Alan Genç Erkek Hastada Gelişen Akut Psikotik Atak: Bir Olgu Sunumu** Ali Görkem Gençer
PS-6	**Olgu Sunumu:Lewy Cisimcikli Demans Hastasında Brekspiprazol Yaklaşımı** Buse Parlar
PS-7	**Huntıngton Hastalığında Tedaviye Dirençli Psikoz Ve Klozapin: Bir Olgu Sunumu** Eylül Yılmaz
PS-8	**Ekskoriasyon Bozukluğu – Psikodermatoloji – Farmakoterapi** Gizem Tunçay
PS-9	**Geç Başlangıçlı Psikozda Uzun Etkili Enjektabl Paliperidon Palmitat Sonrası Gelişen Atipik Nöroleptik Malign Sendrom: Bir Olgu Sunumu** Göktan Yaman
PS-10	**Oligodendrogliomalı Bir Hastada Steroid İlişkili Manik Epizod** Ali Görkem Gençer

E-POSTER SUNUMLARI	
24 EKİM CUMARTESİ 09:00-18:00 / 25 EKİM PAZAR 09:00-14:00	
POSTER ALANI	
PS-11	**Serotonin Sendromu Sonrası Üç Aylık Sessizlik: Dirençli Obsesif Kompulsif Bozukluk Olgusu** İlknur Sahak
PS-12	**Şizoaffektif Bozuklukta Tedaviye Dirençli Ajitasyon Ve Psikoz: Eşlik Eden T3-Tirotoksikozunun Olası Rolü** Merve Sena Kırmacı
PS-13	**Kronik Böbrek Hastalığı Eşlik Eden Bipolar Bozuklukta Psikofarmakolojik Tedavi: Bir Olgu Sunumu** Sevda Yıldız Saray
PS-14	**İleri Yaşta Tekrarlayan Alice Harikalar Diyarında Sendromu: Olgu Sunumu** Sima Hasgören Narbay
PS-15	**Nörofibromatozis Tip-1 Tanılı Bir Erişkinde Santral Sinir Sistemi Tutulumu İle İlişkili Hayali Arkadaş Ve Suisidal Telkinler: Bir Olgu Sunumu** Sude Tekin Kondakçı
PS-16	**Depresif Bilişsel Bozuklukta Breksipiprazol Güçlendirme Tedavisi: Bir Olgu Sunumu** Tülay Satı Kırkan
PS-17	**Perimenopozal Dönemle İlişkili Geç Başlangıçlı Ve Hızlı Döngülü Bipolar Bozukluk: Psikotik Özellikli İrritabl Mani Olgusu** Kaan Arslan

KONUŞMA ÖZETLERİ

ORGANİK–PSİKİYATRİK AYRIMINDA KRİTİK NOKTALAR

Abdulkerim YAĞMAHAN

Psikiyatrik belirtilerle başvuran hastalarda organik bir etiyolojinin gözden kaçırılması, hem tanı hem de tedavi gecikmelerine yol açabilen ve ciddi sonuçlar doğurabilen klinik bir hatadır. Anti-NMDA reseptör ensefaliti başta olmak üzere otoimmünensefalitler; psikoz, katatoni veya davranış değişikliği olarak başvurabilmekte ve yıllarca yanlış tanı alabilmektedir. Parkinson hastalığı, Huntington hastalığı ve multipl skleroz gibi nörolojik hastalıklar da psikiyatrik belirtilerle prodromal dönemde ortaya çıkabilmektedir. Tiroid disfonksiyonu, hiponatremi ve hepatik ensefalopati gibi metabolik; ya da nörosifiliz, HIV ensefalopatisi gibi enfeksiyöz nedenler de psikiyatrik tablo taklidi yapan klasik etiyolojiler arasındadır. Özellikle geç başlangıçlı psikiyatrik belirtiler ve hızlı kötüleşen tablolar, her zaman organik bir neden ekarte edilmeden primer psikiyatrik tanıya bağlanmamalıdır.

Kaynaklar

1. Kaplan HI, Sadock BJ. Kaplan &Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, 10. baskı. Wolters Kluwer, 2017.
2. Ropper AH, Samuels MA, Klein JP. Adams and Victor's Principles of Neurology, 10. baskı. McGraw-Hill,2014.
3. Dalmau J, Graus F. Antibody-mediated encephalitis. N Engl J Med. 2018;378:840–851.
4. Stern TA et al. Massachusetts General Hospital Comprehensive Clinical Psychiatry, 2. baskı. Elsevier, 2016.
5. Hales RE, Yudofsky SC, Roberts LW. American Psychiatric Publishing Textbook of Psychiatry, 6. baskı. APPI, 2014.
6. Clinical phenotype and outcomes in autoimmune encephalitis after herpes simplex virus encephalitis: A systematic review and meta-analysis. Cleaver ve ark., J Infect 2025 September, 91(3

ŞİZOFRENİDE BİLİŞSEL İŞLEVLERDE BİYOBELİRTEÇLER: GÜNCEL BULGULAR VE KLİNİK YANSIMALARI

Ahmet Furkan TOSUN

Bilişsel işlev bozuklukları şizofreninin temel klinik özelliklerinden biridir ve dikkat, işlemleme hızı, çalışma belleği, öğrenme-bellek, yürütücü işlevler ve sosyal biliş başta olmak üzere birçok bilişsel alanı etkileyebilir. Bu bozukluklar hastaların işlevselliği, sosyal uyumu ve uzun dönem klinik sonuçlarıyla yakından ilişkilidir. Buna karşın günümüzde bilişsel etkilenmeyi nesnel olarak değerlendirebilen ve rutin klinik uygulamada kullanılabilen özgül bir biyobelirteç bulunmamakta, bilişsel bozukluğa yönelik onaylı bir tedavi de yer almamaktadır.

Son yıllarda şizofrenide bilişsel bozuklukların biyolojik temellerini açıklamak amacıyla çok sayıda biyobelirteç adayı araştırılmaktadır. Periferik düzeyde inflamatuvar belirteçler ve sitokinler, oksidatif stres göstergeleri, nörotrofik faktörler, hipotalamus-hipofiz-adrenal (HHA) ekseni değişiklikleri, metabolik parametreler ve özellikle triptofan-kinürenin yolu metabolitleri öne çıkmaktadır. Elektroensefalografi, olay ilişkili potansiyeller, nörogörüntüleme bulguları ve genetik/epigenetik göstergeler ise bilişsel işlevlerle ilişkili nörobiyolojik süreçleri farklı düzeylerde değerlendirme olanağı sağlamaktadır.

Bununla birlikte mevcut çalışmaların önemli bir kısmında küçük örneklem büyüklükleri, kesitsel tasarım, bilişsel testlerin ve biyobelirteç ölçüm yöntemlerinin heterojenliği ile ilaç kullanımı, hastalık evresi ve metabolik faktörler gibi karıştırıcı değişkenler sonuçların genellenebilirliğini sınırlamaktadır. Tek bir biyobelirteçten ziyade klinik özellikler, bilişsel değerlendirmeler ve farklı biyolojik düzeylerden elde edilen verilerin birlikte ele alındığı çoklu biyobelirteç yaklaşımları daha umut verici görünmektedir. Bu yaklaşımlar, bilişsel hedefli tedavi çalışmalarında hasta tabakalandırması ve tedavi yanıtının öngörülmesi açısından da yol gösterici olabilir.

Bu sunumda şizofrenide bilişsel işlevlerle ilişkili güncel biyobelirteç bulguları, kanıt düzeyleri ve olası klinik kullanım alanları, inflamasyon ve kinürenin yoluna ilişkin kendi araştırma bulgularımız da dahil olmak üzere ele alınacaktır.

BOZULAN SAAT: SİRKADİYEN SİSTEM, KRONOTİP VE SOSYAL JETLAGIN PSİKOPATOLOJİYE AÇILAN KAPISI

Ahmet Üzer MİDİ

Metabolizmadan davranışa kadar fizyolojinin pek çok düzeyi, yaklaşık 24 saatlik bir döngüyle işleyen içsel sirkadiyen sistem tarafından düzenlenmektedir. Ancak bu içsel zamanlama, toplumsal yaşamın dayattığı dışsal zaman çizelgesiyle (iş, okul, sosyal yükümlülükler) her zaman örtüşmemektedir. Wittmann ve arkadaşlarının (2006) "sosyal jetlag" olarak adlandırdığı bu uyumsuzluk, iş ve serbest günlerdeki uyku orta noktaları arasındaki farkla ölçülmekte ve bireyin biyolojik saati ile toplumsal saati arasındaki kronik gerilimi yansıtmaktadır. Bu nedenle sosyal jetlag, uyku süresini kısaltan zararsız bir düzensizlikten çok, tekrarlayan bir sirkadiyen desenkronizasyon biçimi olarak ele alınmalıdır.

Kronotip, yani bireyin sabahçıl ya da akşamcıl yönelimi, bu uyumsuzluğun şiddetini belirleyen temel değişkenlerden biridir. Akşamcıl bireyler toplumsal zaman çizelgeleriyle daha büyük bir uyuşmazlık yaşadıklarından sosyal jetlaga daha fazla maruz kalmaktadır (Wittmann ve ark., 2006); bu durum ruhsal belirti yükünü artırabilir. Nitekim Brezilya'da büyük ölçüde kırsal, 4.051 kişilik bir örneklemde kronotip ve sosyal jetlag depresyon puanlarıyla ilişkili bulunmuş, bu ilişki özellikle 31–40 yaş aralığında belirginleşmiştir (Levandovski ve ark., 2011). Kesitsel olmakla birlikte bu bulgu, sirkadiyen uyumsuzluğun belirli yaşam dönemlerinde depresyon için bir risk etkeni olabileceğini düşündürmektedir.

Roenneberg ve arkadaşları (2019) öz-eleştirel derlemelerinde kanıtın çoğunlukla kesitsel olduğunu ve kavramın basitleştirici yönlerini kabul etmektedir. Bununla birlikte yazarlar, kronotipin zaman vericilerle değişebilen bir durum olduğunu ve sosyal jetlagın risk altındaki bireyleri belirlemede kullanılabilecek nicel bir uyumsuzluk göstergesi olduğunu vurgulamaktadır. Derlemeye göre kronotip araştırmaları, bazı okulların başlama saatlerini geciktirmesi gibi somut politika değişikliklerine de zemin hazırlamıştır. Bu oturum, sirkadiyen sistem, kronotip ve sosyal jetlagın psikopatolojinin gelişimi ve sürmesindeki rolünü tartışmayı amaçlamaktadır.

Kaynaklar

1. Levandovski, R., Dantas, G., Fernandes, L. C., Caumo, W., Torres, I., Roenneberg, T., Hidalgo, M. P., & Allebrandt, K. V. (2011). Depression scores associate with chronotype and social jetlag in a rural population. Chronobiology International, 28(9), 771–778. https://doi.org/10.3109/07420528.2011.602445
2. Roenneberg, T., Pilz, L. K., Zerbini, G., & Winnebeck, E. C. (2019). Chronotype and social jetlag: A (self-) critical review. Biology, 8(3), Article 54. https://doi.org/10.3390/biology8030054
3. Wittmann, M., Dinich, J., Merrow, M., & Roenneberg, T. (2006). Social jetlag: Misalignment of biological and social time. Chronobiology International, 23(1–2), 497–509. https://doi.org/10.1080/07420520500545979

OKB'DE FENOTİPE GÖRE NÖROMODÜLASYON HEDEFLERİ

Aleyna Sarıoğlu

Obsesif kompulsif bozukluk (OKB), yaklaşık %2–3 yaygınlıkta, kronik seyirli, tedaviye çoğu zaman kısmi yanıt veren bir bozukluktur.[1] Nörobiyolojisi uzun süredir kortiko-striato-talamo-kortikal (CSTC) devreyle açıklanmakla birlikte, bu devrenin tek başına klinik çeşitliliği açıklamakta yetersiz kalabileceği, büyük ölçekli beyin ağlarının da katkıda bulunabileceği ileri sürülmektedir. OKB hastalarında dinlenimden göreve/uyarana geçişte default mode ağının (DMN) yeterince deaktive edilemediği ve obsesif imgelerden, ruminasyondan ayrışma güçlüğüyle ilişkili olabileceği bildirilmiştir.[3] DMN ile sensorimotor korteks arasındaki bağlantısallık dengesizliğinin de perseveratif düşünce ve semptom boyutlarıyla ilişkili olabileceği gösterilmiştir.[4]

OKB fenomenolojik olarak heterojendir; faktör analitik çalışmalar kontaminasyon/temizlik, zarar kuşkusu/kontrol, simetri/düzenleme ve kabul edilemez düşünceler/mental ritüeller biçiminde görece tutarlı belirti boyutları bildirmektedir.[4] Ağ temelli yaklaşım ise bu boyutlardan türeyen kirlenme/disgust, kontrol/hata-izleme, pure O/ruminatif, simetri/just-right ve travma/içsel kirlenme fenotiplerini; salience, OFC–ACC–CSTC, default mode, sensorimotor ve fronto-limbik sistemler dâhil baskın ağ örüntüleriyle ilişkilendirme hipotezi üzerinden okumayı önermektedir.

Mevcut tedavi seçenekleri bu çeşitliliği tam olarak karşılayamamaktadır: maruz bırakma ve tepki önleme (ERP) birinci basamak psikoterapi olmakla birlikte, hastaların yaklaşık üçte ikisinde düzelme sağlanabildiği, tam iyileşme oranının ise üçte bir düzeyinde kaldığı bildirilmektedir.[5] Güncel inhibitör öğrenme modeli, ERP'nin amacını korkunun sönmesinden çok sıkıntıya tahammül ve beklenti ihlali yoluyla yeni öğrenme olarak tanımlamaktadır.[5] Tekrarlayan TMS güvenli ve orta düzeyde etkili görünmekle birlikte, hangi hastada hangi hedefin üstün olacağını öngören tutarlı bir klinik belirteç henüz gösterilememiştir.[1] [2] Nitekim randomize çalışmaların çoğunda semptom alt tipi kaydedilmemekte; bu durum, hedef çalışmalarındaki tutarsızlığın olası kaynaklarından biri olarak değerlendirilmektedir.[1] Bu çerçevede temel fikir, klinik çeşitliliği ağ düzeyinde formüle edip fenotip örüntüsünü hem nöromodülasyon hedefi seçimi hem de ERP stratejisiyle bütünleştirebilmektir; ancak bu yaklaşım henüz kanıtlanmış bir protokol değil, hipotez üreten bir formülasyon çerçevesi olarak görülmelidir.[2]

Bu panelde amaç, ağ temelli fenotiplemeyi nöromodülasyon hedefi ve ERP stratejisiyle aynı klinik formülasyonda, kanıtın sınırlarını gözeterek birleştirmektir.

Kaynaklar

1. Kar SK, Agrawal A, Silva-dos-Santos A, Gupta Y, Deng ZD. (2024). The efficacy of transcranial magnetic stimulation in the treatment of obsessive-compulsive disorder: an umbrella review of meta-analyses.
2. Grassi G, Moradei C, Cecchelli C. (2023). Will transcranial magnetic stimulation improve the treatment of obsessive–compulsive disorder? A systematic review and meta-analysis of current targets and clinical evidence.
3. Gonçalves ÓF, Soares JM, Carvalho S, Leite J, Ganho-Ávila A, Fernandes-Gonçalves A, Pocinho F, Carracedo A, Sampaio A. (2017). Patterns of default mode network deactivation in obsessive compulsive disorder.
4. Stern ER, Eng GK, De Nadai AS, Iosifescu DV, Tobe RH, Collins KA. (2022). Imbalance between default mode and sensorimotor connectivity is associated with perseverative thinking in obsessive-compulsive disorder.
5. Hezel DM, Simpson HB. (2019). Exposure and response prevention for obsessive-compulsive disorder: a review and new directions.

PANEL ADI: DELİRYUMDA GÜNCEL YAKLAŞIMLAR: NÖROBİYOLOJİ, BİYOBELİRTEÇLER VE FARMAKOLOJİK MÜDAHALELER

Ali Görkem GENÇER

Deliryum, önceden var olan bir nörobilişsel bozuklukla açıklanamayan dikkat, farkındalık ve bilişsel işlevlerde görülen bozukluklarla karakterize olan bir sendromdur. Genel hastane yatışlarının %10-30'unda deliryum gelişir. Yaşlı ve düşkün hastalarda ise prevalans %60'a dek çıkmaktadır.[1] Başlangıcı hızlı olup semptomlar dalgalı seyreder ve geri dönüşümlüdür. Semptomların tahmin edilemez olması ve düzensizliği deliryumun genellikle zor teşhis edilmesine neden olmaktadır. Hiperaktif, hipoaktif ve karışık olmak üzere üç tipi bulunmaktadır. İleri yaş, madde kötüye kullanımı, ciddi tıbbi hastalık (sepsis, kırık, inme), hipertansiyon, demans, ameliyat geçirmiş olmak, akut enfeksiyon - sepsis geçiriyor olmak, dehidratasyon, kanser ve verilen ilaç tedavileri (özellikle polifarmasi, >3 ilaç verilmesi) deliryum için risk faktörleri arasında sayılabilir.[2] Deliryum gelişmesine neden olabilecek mekanizmalar arasında bilişsel işlevlerde rol oynayan nörotransmiterlerdeki bozulmalar, genetik faktörler, elektrolit dengesizlikleri, oksijenlenmede azalma, artmış metabolizma hızı ve inflamasyon gibi fizyolojik stresörler bulunmaktadır. Deliryum yönetiminde yatkınlaştırıcı tıbbi durumların belirlenerek önlenmesi, çevresel tetikleyicilerin azaltılması, ilaç maruziyetinin en aza indirilmesi, uyku-uyanıklık döngüsünün normalleştirilmesi ve neden olan hastalığın tedavi edilmesi bulunmaktadır.[3] Yapılabilecek non farmakolojik müdahaleler arasında geliştirilmiş bakım, hemşire eğitimi, yeniden yönlendirme ve erken mobilizasyon bulunmaktadır. Farmakolojik müdahaleler ise; başta haloperidol olmak üzere antipsikotikler, kolinesteraz inhibitörleri, melatonin, sitikolin, metiprednizolon ve NSAİİ olarak sıralanabilir. Post operatif deliryumun azaltılması için ise genel anestezi uygulamalarında opioid kullanımını azaltmak, genel anestezi derinliğini azaltmak, alternatif genel anestezi olasılıkları değerlendirilmektedir.[1]

Kaynaklar

1- Siddiqi, N., Harrison, J. K., Clegg, A., Teale, E. A., Young, J., Taylor, J., & Simpkins, S. A. (2016). Interventions for preventing delirium in hospitalised non-ICU patients. The Cochrane database of systematic reviews, 3(3), CD005563. https://doi.org/10.1002/14651858.CD005563.pub3

2- Burry, L., Mehta, S., Perreault, M. M., Luxenberg, J. S., Siddiqi, N., Hutton, B., Fergusson, D. A., Bell, C., & Rose, L. (2018). Antipsychotics for treatment of delirium in hospitalised non-ICU patients. The Cochrane database of systematic reviews, 6(6), CD005594. https://doi.org/10.1002/14651858.CD005594.pub3

3- Ehrlich, A., Oh, E. S., & Ahmed, S. (2024). Managing Delirium in the Emergency Department: An Updated Narrative Review. Current geriatrics reports, 13(2), 52–60. https://doi.org/10.1007/s13670-024-00413-y

ŞİZOFRENİDE BİLİŞSEL İŞLEV BOZUKLUKLARI: PATOFİZYOLOJİDEN KLİNİK YANSIMALARA

Anıl MUŞTUCU

Bilişsel işlev bozuklukları, şizofreninin pozitif belirtileri kadar temel olan, ancak günlük klinik pratikte çoğu zaman geri planda kalan bir boyutudur. Hastaların büyük çoğunluğunda (%75-80) işlemleme hızı, dikkat, çalışma belleği, sözel ve görsel öğrenme, yürütücü işlevler ve sosyal biliş alanlarında sağlıklı bireylere göre ortalama 1-1,5 standart sapma düzeyinde bir bozulma saptanmaktadır. Bu bozulma psikotik belirtilerden önce, premorbid ve prodromal dönemde başlamakta, ilk epizodda büyük ölçüde yerleşmekte ve sonrasında görece stabil bir seyir izlemektedir. Bu özellikler, bilişsel bozulmanın psikozun ikincil bir sonucu olmaktan çok hastalığın çekirdek bir bileşeni olduğunu düşündürmektedir.

Patofizyolojik açıdan bilişsel bozulma, nörogelişimsel bir zemin üzerinde birden fazla düzeyde ortaya çıkan aksaklıklarla ilişkilidir. Poligenik risk ile bilişsel yetenek arasındaki genetik örtüşme ve kompleman aracılı aşırı sinaptik budama gelişimsel kırılganlığa işaret eder. NMDA reseptör hipofonksiyonu ve parvalbümin pozitif internöron disfonksiyonu ise uyarılma-inhibisyon dengesini ve kortikal osilasyonları bozar. Striatal hiperdopaminerjinin aksine prefrontal kortekste dopaminerjik iletimin azalması, antipsikotik tedavilerin bilişsel belirtiler üzerindeki sınırlı etkisini açıklamaya yardımcı olur. Kolinerjik sistemdeki değişiklikler ve prefrontal-hipokampal ile talamo-kortikal ağlardaki bağlantısızlık tabloyu tamamlamaktadır.

Klinik açıdan bilişsel işlevler, istihdam, bağımsız yaşam ve sosyal işlevsellik gibi fonksiyonel sonlanmaların pozitif belirtilere göre daha güçlü bir yordayıcısıdır ve sosyal biliş bu ilişkide aracı bir rol oynar. Bilişsel bozulma ayrıca içgörü, tedavi uyumu ve yaşam kalitesiyle de yakından ilişkilidir. Antikolinerjik yük, benzodiazepin kullanımı ve polifarmasi gibi değiştirilebilir etkenler bilişsel bozulmayı ağırlaştırabilmektedir.

Bu sunumda şizofrenide bilişsel bozulmanın profili, seyri ve altta yatan nörobiyolojik mekanizmalar güncel literatür ışığında ele alınacak; bu mekanizmaların klinik tabloya ve tedavi hedeflerine nasıl yansıdığı tartışılacaktır.

GEROPSİKİYATRİDE PSİKEDELİK TEDAVİLER

Aslı BEŞİRLİ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre 60 yaş üstü bireylerin dünya nüfusu içindeki payı 2015-2050 döneminde %12'den %22'ye ulaşması beklenmektedir. Bu yaş grubunda en sık rastlananlar psikiyatrik hastalıklar ise anksiyete (%7) ve depresyon (%3,8) olarak bildirilmiştir. Öte yandan halihazırda kullanılan SSRI, SNRI ve mirtazapin gibi antidepresan tedaviler birtakım dezavantajlar barındırmakta, etkilerini göstermeleri 4-6 haftayı bularak, mide-bağırsak şikayetleri, kilo alımı, cinsel isteksizlik ve çok sayıda ilaç etkileşimi riski taşımakatadır. Ayrıca bu yaş grubunda etkinlik düzeyleri yalnızca hafif-orta seviyede kalmaktadır (1).

Geriatrik psikiyatride psikedelik ilaçların potansiyel terapötik kullanımına yönelik ilgi son yıllarda belirgin şekilde artmıştır. Bu maddelerin, yaşlı yetişkinlerde sık rastlanan duygudurum bozuklukları, ağır bir bedensel hastalığın yol açtığı psikolojik sıkıntı, travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) ve uzamış yas bozukluğu gibi durumların tedavisinde etkin olabileceğine dair kanıtlar bulunmaktadır (2).

Psikedelik destekli terapi modelinde, az sayıda seans içinde sınırlı doz uygulaması esas alınır. Bu yaklaşım, seçici serotonin geri alım inhibitörü gibi standart farmakoterapilere eklenen bir tedavi olmaktan çok, kuramsal olarak bunlara alternatif bir seçenek sunmayı hedefler (2). Nitekim FDA, psilosibini majör depresyon ve tedaviye dirençli depresyon endikasyonlarında "çığır açan tedavi" statüsüne alarak düzenleyici değerlendirme sürecinde önceliklendirmiştir (3). Güvenlik ve etkinliğe ilişkin kanıtların bu popülasyonda sağlamlaştırılması halinde, psilosibin destekli terapinin tedaviye dirençli depresyonu olan yaşlı bireyler için önemli bir tedavi seçeneği haline gelebileceği öngörülmektedir (2).

Özetle, psikedelik destekli tedaviler; depresyon, TSSB, yas bozukluğu ve bilişsel gerileme gibi geriatrik popülasyonda sık görülen psikiyatrik tabloların yönetiminde umut vadeden bir yaklaşım olarak öne çıkmaktadır. Ancak bu alandaki kanıt tabanı henüz sınırlı olup, ileri klinik araştırmalara ihtiyaç duyulmaktadır. Güvenlik ve etik ilkelerin gözetildiği bir uygulama çerçevesinde, psikedelik ilaçların geriatrik psikiyatri pratiğinde yeni bir dönemi başlatma potansiyeli taşıdığı düşünülmektedir.

Kaynaklar

1. Bouchet L, Sager Z, Yrondi A, et al. Older adults in psychedelic-assisted therapy trials: A systematic review. J Psychopharmacol. 2024;38(1):33-48.
2. Johnston CB, Mangini M, Grob C, Anderson B. The Safety and Efficacy of Psychedelic-Assisted Therapies for Older Adults: Knowns and Unknowns. Am J Geriatr Psychiatry. 2023 Jan;31(1):44-53.
3. Reiff CM, Richman EE, Nemeroff CB, et al: Psychedelics and Psychedelic-Assisted Psychotherapy. Am J Psychiatry 2020; 177: 391–410.

ERİŞKİN DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞUNDA İNTİHAR RİSKİ

Aslı KAZĞAN KILIÇASLAN

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) işlevsellik kaybıyla birlikte intihar düşüncesi, intihar girişimi ve intihar sonucu ölüm açısından klinik önem taşıyan bir nörogelişimsel bozukluktur. Sistematik derlemeler, meta-analizler ve geniş örneklemli boylamsal çalışmalar DEHB tanısı olan bireylerde intihar davranışlarının genel popülasyona göre daha sık görüldüğünü göstermektedir. Bununla birlikte bu ilişkinin, DEHB'nin doğrudan etkisinden çok, bozukluğun çekirdek belirtileri ile psikiyatrik komorbiditeler ve yaşam boyu biriken psikososyal yükün etkileşimi üzerinden ortaya çıktığı düşünülmektedir. Dürtüsellik, emosyonel disregülasyon, düşük frustrasyon toleransı, ödül ertelemede güçlük ve kriz anlarında gelecekteki sonuçları yeterince değerlendirememe, intihar davranışına yatkınlığı artırabilecek olası mekanizmalardır. Depresif bozukluk, bipolar bozukluk ve madde kullanım bozuklukları başta olmak üzere psikiyatrik komorbiditeler, travmatik yaşantılar, kişilerarası çatışmalar, akademik ve mesleki başarısızlıklar, ekonomik güçlükler ve sosyal işlev kaybı bu riski daha da belirginleştirebilir. Bu nedenle erişkin DEHB'de intihar riskinin değerlendirilmesi, yalnızca depresif belirtilerin sorgulanmasına indirgenmemelidir. Tedavi açısından mevcut büyük ölçekli gözlemsel çalışmalar, DEHB farmakoterapisinin intihar davranışını artırdığına ilişkin tutarlı bir kanıt göstermemekte, aksine özellikle uyarıcı tedavi kullanılan dönemlerde intihar davranışlarında daha düşük risk bildiren veriler bulunmaktadır. Erişkin DEHB'de intihar riskinin sistematik olarak sorgulanması, komorbiditelerin, emosyonel disregülasyonun, dürtüselliğin ve güncel psikososyal stresörlerin birlikte değerlendirilmesi önemlidir. İntiharı önleme yaklaşımında temel hedef yalnızca riski saptamak değil, DEHB'nin kendisi dahil değiştirilebilir risk etmenlerini etkin biçimde tedavi etmektir.

KRONİK KAŞINTININ RUHSAL SONUÇLARI

Aslı Nagihan KARADENİZ

Kronik kaşıntı, altı haftadan uzun süren, yetişkin toplumun yaklaşık yedide biri ile beşte biri arasında değişen bir kesimini etkileyen ve dermatoloji pratiğinde en sık karşılaşılan belirtilerden biridir [1,2]. Duyusal bir yakınmanın ötesinde bilişsel, motivasyonel ve duygusal bileşenler içeren kaşıntı, ruhsal sıkıntıyla çift yönlü bir ilişki içinde bulunan çok boyutlu bir semptomdur. Uyku bütünlüğünü bozarak, günlük işlevleri kısıtlayarak, görünür lezyonlar ve kaşıma davranışı aracılığıyla sosyal yük yaratarak ruhsal belirtilere zemin hazırlar. Dikkat, beklenti ve felaketleştirici düşünceler de kaşıntı algısını artırarak bu kısır döngüyü sürdürebilir [3]. Depresif belirtiler ve anksiyete, kronik kaşıntının en sık araştırılan ruhsal boyutlarıdır. Süregelen rahatsızlık; çökkünlük, ilgi kaybı, huzursuzluk ve gelecekteki kaşıntı ataklarına yönelik beklenti kaygısıyla birlikte görülebilmektedir. Genel toplumdan elde edilen veriler, günlük ve yaygın kaşıntının yaşam tarzı etkenleri ve deri hastalığı öyküsü hesaba katıldıktan sonra da orta-ağır depresif belirti olasılığını yaklaşık dört kat, yaygın anksiyete belirtisi olasılığını yaklaşık üç kat artırdığını; bu ilişkinin hafif belirti düzeyinde de bulunduğunu ve her iki cinsiyette benzer olduğunu göstermektedir [1]. Klinik örneklemlerde kaşıntının duygusal boyutu, duyusal özelliklerine göre ruhsal belirtilerin daha güçlü bir öngördürücüsü olarak bildirilmiş olup uyku kalitesindeki bozulma ise kaşıntı şiddeti ile depresif ve somatik belirtiler arasındaki ilişkiye aracılık etmektedir [4]. Kronik kaşıntılı hastaların yaklaşık sekizde birinin anhedonik olduğu ve anhedoninin kaşıntının süresinden çok şiddetiyle ilişkili olduğu bulunmuştur [5]. Kronik kaşıntının ruhsal yükü, semptom şiddetiyle sınırlı değildir. Süreklilik, öngörülemezlik ve kontrol kaybı algısı; algılanan stres, damgalanma, beden algısında olumsuzluk ve sosyal katılımda azalmayla birlikte değerlendirilmelidir. Yakın ilişkiler, cinsel yaşam ve mesleki işlevsellik de etkilenebilir. Ruhsal belirtilerin dağılımı altta yatan hastalığa göre farklılaşabilmekte olup primer dermatozlarda uyku bozukluğu, anksiyete ve depresif belirtiler birlikte görülürken, bazı sistemik hastalıklara bağlı kaşıntı tablolarında depresif belirtiler daha belirgin olabilmektedir [6]. Prurigo nodulariste bildirilen depresyon, anksiyete ve intihar düşüncesi ise bu yükün ağır boyutlarına işaret etmektedir [7].

Anahtar kelimeler: kronik kaşıntı; pruritus; depresyon; anksiyete; uyku bozukluğu; anhedoni; yaşam kalitesi

Kaynaklar

1. Sinikumpu SP, Jokelainen J, Tasanen K, Timonen M, Huilaja L. Association between pruritus and psychosocial well-being: a population-based study among 6,809 subjects. Acta Derm Venereol. 2023;103:adv00837.
2. Pereira MP, Ständer S. Assessment of severity and burden of pruritus. Allergol Int. 2017;66:3–7.
3. Ferreira BR, Katamanin OM, Jafferany M, Misery L. Psychodermatology of chronic pruritus: an overview of the link between itch and distress. Dermatol Ther (Heidelb). 2024;14:1799–1809.
4. Zachariae R, Lei U, Haedersdal M, Zachariae C. Itch severity and quality of life in patients with pruritus: preliminary validity of a Danish adaptation of the Itch Severity Scale. Acta Derm Venereol. 2012;92:508–514.
5. Stefaniak A, Berek-Zamorska M, Zeidler C, Ständer S, Szepietowski JC. Chronic itch affects patients' ability to experience pleasure: anhedonia in itchy disorders. Acta Derm Venereol. 2024;104:adv35420.
6. Ferreira BR, Misery L. Psychopathology associated with chronic pruritus: a systematic review. Acta Derm Venereol. 2023;103:adv8488.
7. Jiang W, Chen J, Li N, Wang X, Li C. Depression, anxiety and suicidal ideation in prurigo nodularis: a systematic review and meta-analysis. Acta Derm Venereol. 2024;104:adv40677.

BİPOLAR BOZUKLUKTA YENİ BİR MOLEKÜLER HEDEF: TRPC4/5 ANTAGONİZMASI

Aslıhan AĞCABAY

Bipolar bozukluğun nörobiyolojisini tek bir nörotransmitter sistemindeki değişiklikle açıklamak mümkün değildir. Günümüzde iyonik homeostaz, nöronal uyarılabilirlik ve nöroplastisiteyi birlikte ele alan daha geniş bir patofizyolojik yaklaşım giderek önem kazanmaktadır. Bipolar bozuklukta hücre içi Ca^{2+} yanıtlarının değiştiğinin gösterilmesi ve CACNA1C başta olmak üzere kalsiyum sinyalizasyonuyla ilişkili genetik bulgular, Ca^{2+} düzenlenmesini yeni tedavi hedefleri açısından dikkat çekici hale getirmiştir. Bununla birlikte, L-tipi kalsiyum kanal antagonistlerinin akut manide belirgin etkinlik gösterememesi, yalnızca Ca^{2+} girişini azaltmanın yeterli olmayabileceğini, kalsiyum sinyalizasyonunun hangi basamağının hedeflendiğinin de önemli olduğunu düşündürmektedir.

Transient Receptor Potential Canonical 4 ve 5 (TRPC4/5) kanalları, farklı nörotransmitter ve nöromodülatör reseptörlerinden gelen sinyallerin membran depolarizasyonu ve Ca^{2+} yanıtına dönüştürülmesine katkıda bulunan non-selektif katyon kanallarıdır. Bu nedenle TRPC4/5, farklı reseptörlerden gelen sinyallerin nöronun ne ölçüde uyarılacağını belirlediği ortak bir kontrol noktası olarak düşünülebilir. TRPC4/5 antagonizmasının tüm Ca^{2+} girişini baskılamak yerine reseptör kaynaklı aşırı uyarılabilirliği sınırlandırması, teorik olarak bipolar bozukluk açısından yeni bir farmakolojik yaklaşım sunmaktadır.

Preklinik çalışmalar TRPC4/5'in özellikle limbik devrelerde duygusal uyaranların işlenmesi, olumsuz uyaranlara verilen yanıt ve ödül süreçlerinin düzenlenmesinde rol oynayabileceğini göstermektedir. Ouabain ile oluşturulan bipolar bozukluk benzeri sıçan modelinde TRPC4/5 antagonizmasının davranışsal bozulmaları azaltmanın yanı sıra GSK3β, BDNF–TrkB ve sinaptik plastisiteyle ilişkili moleküler değişiklikleri de kısmen düzelttiği bildirilmiştir. Bu bulgular, TRPC4/5 antagonizmasının lityumun da etkilediği bazı nöroplastisite ve hücresel homeostaz yollarıyla ortak noktalarda buluşabileceğini düşündürmektedir. Bununla birlikte, doğrusal bir TRPC4/5–GSK3β–BDNF mekanizması henüz kanıtlanmış değildir.

TRPC4/5 inhibitörlerinin insanlarda merkezi sinir sistemi düzeyinde ölçülebilir farmakodinamik etkiler oluşturabildiği gösterilmiştir. Bununla birlikte, majör depresif bozuklukta yürütülen klinik çalışmalarda bu biyolojik etkiler anlamlı bir tedavi etkinliğine dönüşmemiştir. Bipolar bozuklukta ise TRPC4/5 inhibitörlerinin klinik etkinliğini değerlendiren insan verisi henüz bulunmamaktadır. Sunumda TRPC4/5 antagonizmasının biyolojik gerekçesi, mevcut preklinik ve translasyonel kanıtları ile gelecekte biyobelirteç temelli bipolar çalışmalar açısından taşıdığı potansiyel, eleştirel bir perspektifle ele alınacaktır. Gelecekte yanıtlanması gereken temel sorulardan biri, TRPC4/5 antagonizmasının, hangi biyolojik özelliklere sahip bipolar hastalarda daha anlamlı bir tedavi potansiyeli taşıyabileceğidir.

TRPC4/5 antagonizması günümüzde bipolar bozukluk için klinik bir tedavi seçeneği değildir; ancak bilinen Ca^{2+} disregülasyonunu reseptör–eksitabilite düzeyinde hedefleyen ve klinik olarak doğrulanmayı bekleyen yeni bir translasyonel yaklaşım olabilir.

Anahtar kelimeler: bipolar bozukluk, TRPC4/5, kalsiyum sinyalizasyonu, nöronal eksitabilite, translasyonel psikiyatri

OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK VE İÇGÖRÜ

Atila EROL

İçgörü, psikiyatride daha çok şizofrenide sık görülen hasta olduğunun farkında olmama ve tedavi girişimlerini reddetme davranışları için kullanılmıştır. Şizofrenide görülen psikoz durumu (gerçeği değerlendirme yetisinde bozulma) ve tedavi reddi çoğunlukla içgörü yokluğu veya azlığı ile açıklanmaktadır. İçgörü yokluğu / azlığı durumu başlangıçta bir savunma mekanizması olarak açıklanmaya çalışılmıştır. Farklı bir açıklama ise içgörü yokluğunun bir belirti olduğudur. Bu konudaki en son yaklaşımlardan biri içgörü kaybını nörobilişsel yetersizlik olarak ele almaktadır.

Son dönemde tek boyutlu kategorik açıklama yerine çok boyutlu ve farklı şiddetlerde görülen bir yapı olduğu düşüncesi ağırlık kazanmıştır. İçgörü kavramının farklı boyutları zihinsel süreçlerin farkında olmak, yaşadığı hastalığın farkında olmak, hastalık belirtilerinin farkında olmak, tedavi olmak için gerekli olan ilaçları almayı kabul etmek, ilaçları uygun şekilde almak, tedavi için önerilen uygun yaşam stillerine riayet etmek...

Şizofreni psikoz-içgörü ilişkisi bağlamında en çok çalışılan ve araştırılan teşhis grubudur. Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) de içgörü psikoz, gerçeği değerlendirme bağlamında ele alınmamıştır, obsesyon ve kompulsiyonlarını mantıkdışı ve saçma bulma bağlamında ele alınmıştır. Bu tutum sınıflama sistemlerine de yansımıştır. DSM.5 e kadar içgörü yokluğu OKB için bir şiddet belirteci olarak alttip belirlemede kullanılmıştır; OKB de obsesyonlarının saçma olduğunun farkında olmayan, mantıkdışı bulmayan anlamında. DSM.5 te içgörü belirteci sınıflamadan kaldırılmıştır.

OKB hastalarının obsesyon ve kompulsiyonlarını tamamen saçma ve mantıkdışı bulmaları beklenmiştir; egodistonik yapıya vurgu yapılmıştır. Bu beklentiyi karşılamayan yani mantıkdışı ve saçma bulmayan OKB hastalarının daha şiddetli OKB hastası olduğu ve/veya tedaviye dirençli olacağı varsayılmıştır. Bu konuda yapılan çalışmaların sonuçları tartışmalıdır ve bu beklenti karşılanmamıştır. OKB hastası psikotik olmadığı halde tedaviye direnç göstermesi içgörü azlığı/yokluğu ile açıklanmaya çalışılmıştır fakat kavram OKB deki tedaviye direnci açıklamada yetersiz kalmıştır. Psikozda olduğu gibi OKB için de mevcut içgörü kavramı kapsamı, sınırları ve teorisi yetersiz kalmaktadır. OKB ve her psikopatoloji için farklı bir içgörü ve tedaviye riayet ve direnç açıklaması yapabilecek teorilere ihtiyaç duyulmaktadır.

KLİNİK GRİ ALANLAR: BORDERLİNE KİŞİLİK BOZUKLUĞU MU, BİPOLAR BOZUKLUK MU

Aybike TELKÖK ŞEN

Borderline kişilik bozukluğu (BKB) ve bipolar bozukluk (BB), duygulanım instabilitesi, dürtüsellik ve intiharla ilişkili davranışlar nedeniyle klinik olarak örtüşmektedir. Bu örtüşme, özellikle bipolar II bozukluk ile ilişkili depresif semptomlarda belirgindir. Karşılaştırmalı çalışmalar ve sistematik derlemeler, ayırıcı tanının tek bir belirtiye değil, belirtilerin zamansal örgütlenmesine, kişilik işlevlerine ve yaşam boyu hastalık seyrine dayanması gerektiğini göstermektedir.

Duygulanım instabilitesi her iki bozuklukta görüldüğünden sınırlı ayırt ediciliğe sahiptir. Terk edilme korkusu, kimlik karmaşası ve ilişkilerde süreğen istikrarsızlık BKB lehinedir. BB lehine olan yükselmiş duygudurum, grandiyözite, artmış enerji, basınçlı konuşma ve azalmış uyku ihtiyacı gibi belirtilerin birlikte değerlendirilmesi önemlidir. Ayırıcı tanıyı desteklemek amacı ile kişilik özelliklerini değerlendiren PID-5 algoritması , duygu düzenleme güçlüğünü ölçen DERS gibi tarama ölçekleri kullanılmakla birlikte bu ölçümler klinik görüşmenin yerini almamaktadır. Günlük yaşamda tekrarlanan anlık değerlendirmeler de depresif dönemdeki duygulanım dinamiklerinin tanısal gruplar arasında farklılaşabileceğini düşündürmektedir; mevcut örneklemler klinik uygulama için kesin eşikler sağlamamaktadır.

Ayırıcı tanıda, iki bozukluğun birlikte bulunabileceği de göz önünde bulundurulmalıdır. Komorbid hastalarda intiharla ilişkili sorunlar, hastaneye yatış ve işlev kaybı daha belirgindir. Tedavi kanıtları tanısal ayrımın önemini pekiştirmektedir: BKB'de ilaçların temel patoloji üzerindeki yararına ilişkin kanıt çoğunlukla çok düşük kesinlikteyken, yapılandırılmış psikoterapiler için olumlu sonuçları içeren çalışmalar bulunmaktadır. Bipolar depresyonda ise belirli farmakolojik seçeneklerin etkinliği ağ meta-analizleriyle gösterilmiştir.

Güvenilir değerlendirmede; hastalığın dönemsel değişiklikleri, ilişkisel bağlam, kimlik işlevleri ve komorbidite birlikte ele alınmalıdır. Klinik gri alanlarda boylamsal izlem ve yapılandırılmış görüşmeler, tarama sonuçlarının ve kesitsel belirtilerin aşırı yorumlanmasını azaltabilir. Tedaviye yanıt ise tek başına tanıyı doğrulayan bir ölçüt olarak kullanılmamalı; kanıtın heterojenliği ve örneklemlerin gerçek klinik popülasyonlara genellenebilirliği her zaman dikkate alınmalıdır.

Kaynaklar

1. Massó Rodriguez A, Hogg B, Gardoki-Souto I, et al. Clinical features, neuropsychology and neuroimaging in bipolar and borderline personality disorder: a systematic review of cross-diagnostic studies. Front Psychiatry. 2021;12:681876. doi:10.3389/fpsyt.2021.681876.
2. Bayes AJ, Parker GB. Differentiating borderline personality disorder (BPD) from bipolar disorder: diagnostic efficiency of DSM BPD criteria. Acta Psychiatr Scand. 2020;141(2):142–148. doi:10.1111/acps.13133.
3. Fowler JC, Madan A, Allen JG, Oldham JM, Frueh BC. Differentiating bipolar disorder from borderline personality disorder: diagnostic accuracy of the difficulty in emotion regulation scale and personality inventory for DSM-5. J Affect Disord. 2019;245:856–860. doi:10.1016/j.jad.2018.11.079.
4. Palmer BA, Pahwa M, Geske JR, et al. Self-report screening instruments differentiate bipolar disorder and borderline personality disorder. Brain Behav. 2021;11(7):e02201. doi:10.1002/brb3.2201.
5. Zimmerman M, Chelminski I, Dalrymple K, Martin J. Screening for bipolar disorder and finding borderline personality disorder: a replication and extension. J Pers Disord. 2019;33(4):533–543. doi:10.1521/pedi_2018_32_357.
6. Socada JL, Söderholm JJ, Rosenström T, et al. Affect dimensions and variability during major depressive episodes: ecological momentary assessment of unipolar, bipolar, and borderline patients and healthy controls. J Psychiatr Res. 2024;170:408–416. doi:10.1016/j.jpsychires.2024.01.010.
7. Zimmerman M, Balling C, Chelminski I, Dalrymple K. Patients with borderline personality disorder and bipolar disorder: a descriptive and comparative study. Psychol Med. 2021;51(9):1479–1490. doi:10.1017/S0033291720000215.
8. Stoffers-Winterling JM, Storebø OJ, Ribeiro JP, et al. Pharmacological interventions for people with borderline personality disorder. Cochrane Database Syst Rev. 2022;11:CD012956. doi:10.1002/14651858.CD012956.pub2.
9. Setkowski K, Palantza C, van Ballegooijen W, et al. Which psychotherapy is most effective and acceptable in the treatment of adults with a (sub)clinical borderline personality disorder? A systematic review and network meta-analysis. Psychol Med. 2023;53(8):3261–3280. doi:10.1017/S0033291723000685.

OTİZM SPEKTRUM BOZUKLUĞU MU YOKSA PSİKOZ MU? NASIL AYIRALIM?

Ayşe DÖNDÜ

Giriş ve Amaç: Otizm spektrum bozukluğu (OSB) ile psikotik bozuklukların ayırıcı tanısı, özellikle yetişkinlerde örtüşen klinik özellikler nedeniyle güçleşebilir. Sosyal geri çekilme, sınırlı duygusal ifade ve iletişim güçlükleri her iki tabloda da görülebilir. Bu özet, belirtilerin ayırıcı tanıda nasıl değerlendirilebileceğini ele almaktadır.

Fenomenolojik Örtüşme ve Ayırıcı Tanı: Şizofrenideki negatif belirtiler, OSB'deki sosyal iletişim güçlüklerine benzer bir görünüm oluşturabilir. Bu nedenle belirtilerin gelişimsel seyri ve kişinin önceki işlevselliğine göre değişimi değerlendirilmelidir [1,3]. Çocukluktan itibaren süren sosyal iletişim farklılıkları ile sınırlı ve yineleyici ilgi veya davranış örüntüleri OSB açısından; sonradan ortaya çıkan sanrılar, varsanılar ve dezorganize düşünce ise psikoz açısından önemli ipuçlarıdır [1]. İki bozukluk birlikte bulunabilir. OSB tanısı olan bireylerde yeni gelişen psikotik belirtilerin mevcut tanıya bağlanması tanısal gölgelemeye yol açabilir. ADOS-2 gibi yapılandırılmış araçların sonuçları, gelişimsel öykü ve klinik değerlendirmeyle birlikte yorumlanmalıdır [2].

Sonuç: OSB ile psikozun ayırıcı tanısında tek bir belirti veya ölçek sonucu yeterli değildir. Ayrıntılı gelişimsel öykü, yakınlardan alınan bilgiler, belirtilerin başlangıcı ve zaman içindeki değişimi birlikte değerlendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Otizm spektrum bozukluğu, psikoz, şizofreni, ayırıcı tanı, negatif belirtiler, tanısal gölgeleme.

Kaynaklar

1. Trevisan DA, Foss-Feig JH, Naples AJ, ve ark. Autism spectrum disorder and schizophrenia are better differentiated by positive symptoms than negative symptoms. Front Psychiatry. 2020;11:548. doi:10.3389/fpsyt.2020.00548.
2. Maddox BB, Brodkin ES, Calkins ME, ve ark. The accuracy of the ADOS-2 in identifying autism among adults with complex psychiatric conditions. J Autism Dev Disord. 2017;47(9):2703–2709. doi:10.1007/s10803-017-3188-z.
3. Atbaşoğlu C, Sakarya D. Yetişkinlerde Otizm Spektrumu. Simurg Art Yayınları; 2023.

ACİL PSİKİYATRİDE KIRMIZI BAYRAKLAR

Ayşegül ŞENGEL

Acil psikiyatri değerlendirmesinde tablonun gerçek aciliyetinin belirlenmesi, klinisyenlerin seyrek olmayarak yanıldığı ve zorlandığı alanlardan biridir. İntihar riskinde hastanın muğlak ifadeleri, geçmiş girişimlerin klinisyence yeterince önemsenmemesi veya ızdırap çekmekte olan bir depresif hastanın aniden iyilik hali sergilemesi suisidal bir karar verildiğinin göstergesi olabilecek kritik işaretler arasındadır.Benzer biçimde, disosiyatif donukluk; katatonik bir tablo olabileceği gibi organik bir deliryumun örtük belirtisi de olabilir. İntoksikasyon ve yoksunluk tabloları, klinik sunumu karmaşıklaştıran ve ayırıcı tanıyı güçleştiren ek bir katman oluşturmaktadır. Deliryum ise psikiyatri acillerinde hâlâ en sık gözden kaçan tanılardan biri olmayı sürdürmekte; kimi zaman ajitasyon ya da psikoz olarak yorumlanmaktadır. Bu nedenle ajitasyonun ayırıcı tanısında organik nedenler, madde kullanımı ve birincil psikiyatrik bozukluklar sistematik biçimde dışlanmalıdır.

Kaynaklar

1. Kaplan HI, Sadock BJ. Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry, 11. baskı. Wolters Kluwer, 2015.
2. Stahl SM. Stahl, Essential Psychopharmacology, 4. baskı. Cambridge University Press, 2013.
3. Hales RE, Yudofsky SC, Roberts LW. American Psychiatric Publishing Textbook of Psychiatry, 6. baskı. APPI, 2014.
4. Delirium. Maria De Lourdez Ramirez Echeverria, Caroline Schoo. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2026 Jan.
5. Stern TA, Fava M, Wilens TE, Rosenbaum JF. Massachusetts General Hospital Comprehensive Clinical Psychiatry, 2. baskı. Elsevier, 2016.

ORGANİK–PSİKİYATRİK AYRIMINDA KRİTİK NOKTALAR

Ayşegül ŞENGEL

Psikiyatrik belirtilerle başvuran hastalarda organik bir etiyolojinin gözden kaçırılması, hem tanı hem de tedavi gecikmelerine yol açabilen ve ciddi sonuçlar doğurabilen klinik bir hatadır. Anti-NMDA reseptör ensefaliti başta olmak üzere otoimmün ensefalitler; psikoz, katatoni veya davranış değişikliği olarak başvurabilmekte ve yıllarca yanlış tanı alabilmektedir. Parkinson hastalığı, Huntington hastalığı ve multipl skleroz gibi nörolojik hastalıklar da psikiyatrik belirtilerle prodromal dönemde ortaya çıkabilmektedir. Tiroid disfonksiyonu, hiponatremi ve hepatik ensefalopati gibi metabolik; ya da nörosifiliz, HIV ensefalopatisi gibi enfeksiyöz nedenler de psikiyatrik tablo taklidi yapan klasik etiyolojiler arasındadır. Özellikle geç başlangıçlı psikiyatrik belirtiler ve hızlı kötüleşen tablolar, her zaman organik bir neden ekarte edilmeden primer psikiyatrik tanıya bağlanmamalıdır.

Kaynaklar

1. Kaplan HI, Sadock BJ. Kaplan &Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, 10. baskı. Wolters Kluwer, 2017.
2. Ropper AH, Samuels MA, Klein JP. Adams and Victor's Principles of Neurology, 10. baskı. McGraw-Hill,2014.
3. Dalmau J, Graus F. Antibody-mediated encephalitis. N Engl J Med. 2018;378:840–851.
4. Stern TA et al. Massachusetts General Hospital Comprehensive Clinical Psychiatry, 2. baskı. Elsevier, 2016.
5. Hales RE, Yudofsky SC, Roberts LW. American Psychiatric Publishing Textbook of Psychiatry, 6. baskı. APPI, 2014.
6. Clinical phenotype and outcomes in autoimmune encephalitis after herpes simplex virus encephalitis: A systematic review and meta-analysis. Cleaver ve ark., J Infect 2025 September, 91(3).

NÖROGELİŞİMSEL KIRMIZI BAYRAKLAR

Ayşegül ŞENGEL

Nörogelişimsel bozukluklar, erişkin psikiyatri pratiğinde hâlâ sistematik biçimde değerlendirilmeyen ve yanlış tanıların sıklıkla verildiği bir alandır. Erişkin DEHB; depresyon, anksiyete bozukluğu veya kişilik bozukluğu ile örtüşen belirtileri nedeniyle genellikle maskeli kalır ya da geç tanınır. Yüksek işlevli otistik örüntüler ise özellikle kadınlarda ve yüksek zeka düzeyinde etkin bir sosyal maskeleme (camouflaging) stratejisiyle uzun süre gizlenebilmekte; sosyal fobi ya da çeşitli kişilik bozuklukları olarak yorumlanmaktadır. Duygu düzenleme güçlükleri ve dürtüsellik, özellikle borderline kişilik bozukluğu ile ciddi bir örtüşme yaratmakta; bu durum hem tanısal karışıklığa hem de uygunsuz tedavi seçimlerine neden olabilmektedir. Bu tablolarda maskelemenin farkında olmak ve kapsamlı nörogelişimsel bir öykü almak, doğru tanı koyabilmenin temel koşuludur.

Kaynaklar

1. Barkley RA. Taking Charge of Adult ADHD. Guilford Press, 2010.
2. Attwood T. The Complete Guide to Asperger Syndrome. Jessica Kingsley Publishers, 2006.
3. American Psychiatric Association. DSM-5-TR: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5. baskı metin revizyonu. APA Publishing, 2022.
4. Cortese ve ark. Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) in adults: evidence base, uncertainties and controversies. World Psychiatry, 2025 Oct;24(3):347-371.
5. Hull L, Mandy W, Lai MC. Developing and validating a measure of autistic masking. Autism. 2019;23(5):1168–1182.

NÖROBİLİŞSEL VE ATİPİK PSİKİYATRİK SUNUMLAR

Ayşegül ŞENGEL

Psikiyatrik görünümlü nörobilişsel tablolar, tanısal süreçte en fazla dikkat gerektiren klinik durumlar arasında yer almaktadır. Frontal lob işlev bozukluğuna bağlı kişilik değişiklikleri, dürtü kontrolünde bozulma ve sosyal yargı kaybı; zaman zaman kişilik bozukluğu ya da manik dönem ile karıştırılabilmektedir. Frontotemporal demans (FTD), erken evrelerinde bilişten çok davranış ve kişilik değişiklikleriyle ortaya çıkması nedeniyle klinisyen karşısına psikiyatrik tablo ile gelmesi hiç de nadir olmayan hastalıklardan biridir. Tedavi edilebilir bir depresif tablonun bilişsel gerileme ile örtüşmesi durumunda psödodemans düşünülmeli ve gerçek demansla ayrımı yapılmalıdır. Empati kaybı, apati ve içgörü değişiklikleri de psikiyatrik tablolarla kolaylıkla örtüşebilen nörobilişsel belirtiler olup her birinin arkasında frontal, temporal veya subkortikal bir patoloji yatıyor olabilir. Dalgalı seyir ve çevre bağımlı davranış değişikliği, bu tablolarda erken uyarı işareti olarak değerlendirilmelidir.

Kaynaklar

1. Mesulam MM. Principles of Behavioral and Cognitive Neurology, 2. baskı. Oxford University Press, 2000.
2. Lezak MD, Howieson DB, Bigler ED, Tranel D. Neuropsychological Assessment, 5. baskı. Oxford University Press, 2012.
3. Kaplan HI, Sadock BJ. Comprehensive Textbook of Psychiatry, 10. baskı. Wolters Kluwer, 2017.
4. Rascovsky K, et al. Sensitivity of revised diagnostic criteria for the behavioural variant of frontotemporal dementia. Brain. 2011;134:2456–2477.
5. Stern TA et al. Massachusetts General Hospital Comprehensive Clinical Psychiatry, 2. baskı. Elsevier, 2016.
6. Hu ve ark.,Cognitive and neuropsychiatric profiles distinguish atypical parkinsonian syndromes. Brain. 2025 Sep 3;148(9)3239-3251.

GEROPSİKİYATRİ NEDEN ÖNEMLİ?

Bahadır BAKIM

2030 yılına kadar dünya genelinde her altı kişiden biri 60 yaş ve üzeri olacağı düşünülmektedir (1). Yaygın olmasına ve önemli zorluklara sebep olmasına rağmen, psikiyatrik bozukluklar genellikle yaşlılıkta yeterince teşhis ve tedavi edilememektedir (2). Daha gençlere kıyasla, yaşlı bireylerin psikiyatrik tanı alma olasılığı, psikiyatristle görüşüp psikoterapi alma olanaklarının daha düşük, ancak psikotrop ilaç kullanım oranlarının daha yüksek olduğu (3), bunlar sonucunda, yaşlı hastalarda yaşam kalitesi azalmakta ve morbidite ve mortalitenin artmaktadır (2;4).

Yaşlı yetişkinlerde depresyonun, atipik semptomlarla görünmesi, eşlik eden hastalıklar ve depresif semptomların yaşlanmanın normal bir parçası olduğu yanılgısı sebebiyle sıklıkla yetersiz teşhis edilir ve yetersiz tedavi edilir (5). Tedavinin iyi yönetilmemesi yaşam kalitesini düşürür ve morbiditeyi ve bilişsel gerilemeyi artırır (6,7).

Yalnızlık, özellikle bekar, dul veya boşanmış erkeklerde olmak üzere, yaşlı yetişkinleri sıklıkla etkiler (8). Yaşlı yetişkinler arasında intiharlar kişinin evde yalnız olduğu zamanlarda daha sık meydana gelmektedir (9).

Nöropsikiyatrik semptomlar, asal nörokognitif bozukluğu olan hastaların % 90'ında görülür ve bunlar, ilgisizlik, ajitasyon, psikoz, depresyon ve anksiyete semptomlarını içerebilir. Bu semptomlar, hastalar ve bakıcıları için hastalığın en rahatsız edici yönü olabilir (10). İşitme kaybı, geç yaş depresyonu için önemli bir risk faktörü olabilir (11), bu da Alzheimer hastalığı için bir risk faktörü olabilmektedir (12).

Deliryum ve demans, genel hastanelerde, yaşlılarda sıklıkla birlikte görülür. Deliryum sebebiyle hastaneye akut olarak yatırılan yaşlıların üçte ikisinde altta yatan demans vardır (13,14).

BD-I ve II birlikte yaşlıların %0,5-1,0'ını etkileyebilir (15,16).

Kronik ağrı, yaşamın ilerleyen dönemlerinde en yaygın, maliyetli ve yetisizleştirici rahatsızlıklardan biridir (17). Tedaviye düşük dozla başlayıp, yavaş değişim yapmak, aynı anda birden çok değişim yapmamak, çoklu ilaç kullanımından olabildiğince kaçınmak, hastanın güvenliğine dikkat etmek önemlidir (18). Çeşitli araştırmalar, yaşlı yetişkinlerin rehberlik ve destekle daha sağlıklı yaşam tarzları benimseyebildiklerini ve bunun da daha iyi bir işlevsellik sağladığını göstermiştir (19).

Kaynaklar

1- World Health Organization. Aging and health, https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ ageing-and-health,2022.

2- de Mendonça Lima CA and Ivbijaro G. Mental health and wellbeing of older people: opportunities and challenges. Ment Health Fam Med 2013; 10: 125–127.

3- Maust DT, Kales HC and Blow FC. Mental health care delivered to younger and older adults by office-based physicians nationally. J Am Geriatr Soc 2015; 63: 1364–1372.

4- Lehmann SW, Ellison JM, Sakauye K, et al. Raising the bar on geriatric mental health competency training, https://www.psychiatrictimes.com/view/ raising-bar-geriatric-mental-health-competency training (2020).

5- Small GW. Differential diagnoses and assessment of depression in elderly patients. J Clin Psychiatry. 2009;70:e47. doi:10.4088/JCP.8001tx20c.

6- ZhuY, LiC,WuT, WangY, HuaR, MaY, et al. Associations of cumulative depressive symptoms with subsequent cognitive decline and adverse health events: two prospective cohort studies. J Affect Disord. 2023;320: 91–7. doi:10.1016/j.jad.2022.09.128.

7- Voros V, Fekete S, Tenyi T, Rihmer Z, Szili I, Osvath P. Untreated depressive symptoms significantly worsen quality of life in old age and may lead to the misdiagnosis of dementia: a cross-sectional study. Ann General Psychiatry. 2020;19:52. doi:10.1186/s12991-020-00302-6.

8- Erlangsen A, Jeune B, Bille-Brahe U et al. Age Aging 2004;32:106-9.

9- Harwood D, Jacoby R. In: Hawton K, van Heerin gen K (eds). The international handbook of suicide and attempted suicide. Chichester: Wiley, 2000:275-92.

10- Legesse B, Babadi B, Forester B: Management of neuropsychiatric symptoms in neurocognitive disorders. Focus 2017; 14:18–25.

11- Rutherford BR, Brewster K, Golub JS, Kim AH, Roose SP. Sensation and psychiatry: linking age-related hearing loss to late-life depression and cognitive decline. Am J Psychiatry. (2018) 175:215–24. doi: 10.1176/appi.ajp.2017.17040423

12-Bennett S, Thomas AJ. Depression and dementia: cause, consequence or coincidence? Maturitas. (2014) 79:184–90. doi: 10.1016/j.maturitas.2014.05.009

13- Mukadem N, Sampson E. A systematic review of the prevalence, associations and outcomes of dementia in older general hospital inpatients. Int Psychogeriatr 2011; 23:344-55.
14-Fick DM, Agostini JV, Inouye SK. Delirium superimposed on dementia: a systematic review. J Am Geriatr Soc 2002; 50: 1723-32.
15- Hirschfeld RM, Calabrese JR, Weissman MM, Reed M, Davies MA, Frye MA, et al. Screening for bipolar disorder in the com munity. J Clin Psychiatry. 2003;64(1):53–9.
16- Unutzer J, Simon G, Pabiniak C, Bond K, Katon W. The treated prevalence of bipolar disorder in a large staff-model HMO. Psychiatr Serv. 1998;49(8):1072–8.
17- Institute of Medicine, Committee on Advancing Pain Research, Care and Education. (2011). Relieving pain in America: A blueprint for transform ing prevention, care, education, and research. Washington, DC: National Academies Press.
18- Richler LG, Shimizu M, Kester R.10 Principles of Geriatric Psychiatry. Acad Psychiatry. 2025;49(5):483-487. doi: 10.1007/s40596-025-02126-6.
19- National Institute on Aging. 2020. Cognitive health and older adults. https:// www. nia. nih. gov/ health/ brain- health/ cogni tive- health- and- older- adults.

BEDEN DİSMORFİK BOZUKLUĞU VE ALGORİTMALAR ÇAĞINDA KLİNİK YAKLAŞIM

Bahar KILIÇ

Giriş: Beden Dismorfik Bozukluğu (BDB), kişinin dış görünümündeki küçük ya da tamamen hayali kusurlarla aşırı, takıntılı ve istemsiz bir biçimde meşgul olmasıyla karakterize klinik bir tablodur. Tarihsel süreçte Enrico Morselli'nin "dismorfofobi" tanımlamasından modern tanı kılavuzlarındaki obsesif-kompulsif spektrumuna kadar evrilen bu psikiyatrik durum, günümüzde tekno-bilişim ve sosyal medya dinamikleriyle yeni bir boyut kazanmıştır. Özellikle filtreler, algoritmik güzellik standartları, selfie çekimlerinin yarattığı optik distorsiyonlar ve Zoom/Snapchat dismorfisi gibi olgular, bireylerin kendi doğal anatomilerini bir anomali gibi kodlamalarına yol açmakta; estetik kliniklere başvuran adaylar arasında BDB yaygınlığını belirgin ölçüde yükseltmektedir.

Gelişme: Literatür verileri, genel popülasyonda %1-3 civarında seyreden BDB oranının, estetik cerrahi ve kozmetik dermatoloji kliniklerine başvuranlarda yaklaşık %14 ila %18 seviyelerine tırmandığını göstermektedir. Hastalar genellikle rahatlama umuduyla tekrarlayan ameliyat ve minimal invaziv işlemlere yönelseler de bu müdahaleler altta yatan algısal çarpıtmaları düzeltmemekte; aksine memnuniyetsizliği derinleştirmekte ve intihar dâhil psikiyatrik morbiditeyi artırmaktadır. Bu noktada yapay zekâ teknolojileri iki yönlü bir etkiye sahiptir. Bir yandan gerçekçi olmayan sentetik güzellik normlarını pekiştirme riski taşırken, diğer yandan klinik karar destek mekanizması olarak hayati bir fırsat sunmaktadır. Doğal dil işleme (NLP) ve dijital fenotipleme modelleri, preoperatif kayıt formlarındaki yoğun olumsuz benlik referanslarını ve dil kalıplarını tarayarak riskli olguları hekimden önce işaretleyebilmektedir. Ayrıca BDB tedavisinde cerrahi kesin bir kontrendikasyon teşkil etmekte; Bilişsel Davranışçı Terapi (KDT), Maruz Bırakma ve Tepki Önleme (ERP) ile ACT protokolleri temel altın standart müdahaleleri oluşturmaktadır.

Sonuç: Yapay zekâ ve ileri teknolojiler estetik uygulamaları hızlandırmak yerine, hekimin karar alma sürecini yavaşlatan ve derinleştiren etik bir kontrol noktası olarak konumlandırılmalıdır. Estetik kliniklerde rutin psikometrik tarama ölçeklerinin ve yapay zekâ tabanlı ön triyaj sistemlerinin zorunlu kılınması, dismorfik bireylerin ameliyat masası yerine psikiyatriye yönlendirilmesini güvence altına alacaktır. Sonuç olarak, şeffaf aydınlatılmış onam kuralları, erken medya okuryazarlığı eğitimleri ve koruyucu hekimlik yaklaşımlarıyla estetik tıp pratiği, yalnızca dış görünüşü değiştiren mekanik bir eylemden çıkarılıp bireyin ruhsal bütünlüğünü gözeten etik bir modele taşınmalıdır.

DEPRESYON TEDAVİSİNDE YENİLİKLER

Batuhan AYIK

Majör depresif bozukluk, yüksek hastalık yükü, yineleyici seyri ve işlevsellik üzerindeki belirgin etkileri nedeniyle önemli bir klinik sorun olmaya devam etmektedir. Günümüzde geniş bir antidepresan tedavi seçeneği bulunmasına rağmen remisyona ulaşma oranları halen sınırlıdır. Tedaviye kısmi yanıt veren hastalarda anhedoni, uyku bozuklukları ve bilişsel belirtiler gibi rezidüel semptomlar hastalık yükünü ve relaps riskini artırmaktadır. Ayrıca geleneksel antidepresanlarda etkinin ortaya çıkmasının haftalar alabilmesi, yan etkiler ve tam işlevsel iyileşmenin her hastada sağlanamaması yeni tedavilere duyulan gereksinimi sürdürmektedir.

Son yıllarda depresyonun farmakolojik tedavisinde, geleneksel monoaminerjik yaklaşımlardan farklı nörobiyolojik sistemleri ve nöroplastisiteyi hedefleyen mekanizmalara doğru önemli bir yönelim ortaya çıkmıştır. Ketamin ve intranazal esketamin, NMDA reseptör antagonizması, glutamaterjik iletim ve BDNF-mTOR ilişkili nöroplastisite üzerinden hızlı antidepresan etkinin mümkün olduğunu göstermiş; özellikle tedaviye dirençli depresyonda önemli bir paradigma değişikliği oluşturmuştur. Dextrometorfan-bupropion kombinasyonu ise NMDA reseptör antagonizması ve sigma-1 reseptör agonizmasını monoaminerjik etkilerle birleştiren, hızlı etki potansiyeli taşıyan yeni bir tedavi seçeneği olarak kullanıma girmiştir.

Yeni yaklaşımlar glutamaterjik sistemle sınırlı değildir. GABA-A reseptörlerinin pozitif allosterik modülatörleri olan nöroaktif steroidlerden breksanolon ve zuranolon, özellikle postpartum depresyon tedavisinde yeni ve hızlı etkili bir farmakolojik yaklaşım sunmaktadır. Bunun yanında KCNQ2/3 potasyum kanallarını hedefleyen ezogabin, kappa-opioid reseptör antagonisti navakaprant ve serotonerjik psikedeliklerden psilosibin, depresyonda anhedoni, motivasyon ve stres yanıtı gibi farklı boyutları hedefleyen araştırma alanları olarak dikkat çekmektedir.

Bu konuşmada depresyon tedavisindeki güncel farmakolojik gelişmeler; yeni etki mekanizmaları, hızlı antidepresan etki, nöroplastisite ve farklı semptom boyutlarını hedefleyen tedaviler çerçevesinde ele alınacak; mevcut kanıtların klinik uygulamaya nasıl yansıdığı ve gelecekte depresyon tedavisini nasıl şekillendirebileceği tartışılacaktır.

GEBELİKTE CİNSEL DOYUM VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER: İLİŞKİ DİNAMİKLERİ VE MİTLERİN ROLÜ

Batuhan AYIK

Gebelik, yalnızca biyolojik ve bedensel değişimlerin yaşandığı bir dönem değil, aynı zamanda çift ilişkisinin ve cinselliğin yeniden düzenlendiği önemli bir yaşam geçişidir. Gebelik boyunca cinsel istek, aktivite ve doyumda değişiklikler sık görülmekte; bu değişikliklerin özellikle gebeliğin ilerleyen dönemlerinde belirginleşebildiği bildirilmektedir. Bununla birlikte gebelikte cinsel doyumu yalnızca hormonal ve fiziksel değişikliklerle açıklamak yeterli değildir. Beden algısı, ruhsal durum, gebeliğe ilişkin kaygılar, çift ilişkisinin niteliği ve sosyokültürel inançlar cinsel yaşantıyı birlikte şekillendirmektedir.

Gebelik, çiftin kadın–erkek ilişkisinden ebeveynlik ilişkisine doğru geçiş yaptığı bir dönemdir. Partnerler arasındaki yakınlık, iletişim, karşılıklı destek ve ilişki doyumu cinsel doyumla yakından ilişkiliyken; çatışmalar, değişen roller, beden algısındaki değişiklikler ve partnerlerin birbirlerinden farklılaşabilen cinsel beklentileri yakınlığı olumsuz etkileyebilir. Bu nedenle gebelikte cinselliğin yalnızca gebe kadının cinsel işlevi üzerinden değil, çiftin ortak yaşantısı ve ilişkisel bağlamı içerisinde değerlendirilmesi önem taşımaktadır.

Bu dönemde cinselliği etkileyen bir diğer önemli alan gebeliğe ilişkin cinsel mitler ve korkulardır. Cinsel ilişkinin bebeğe zarar vereceği, düşük veya erken doğuma yol açacağı, enfeksiyon oluşturacağı ya da bebeğin cinsel ilişkiyi hissedeceği gibi bilimsel temeli olmayan inanışlar farklı kültürlerde yaygın olarak bildirilmektedir. Yapılan çalışmalar da gebelik dönemine özgü cinsel mitlerin varlığına ve bu inançların cinsel yaşantıyla ilişkisine dikkat çekmektedir. Güncel çalışmalar, cinsel mitlere daha güçlü inanmanın daha düşük cinsel yaşam kalitesiyle ilişkili olduğunu; buna karşılık cinsel sağlık eğitiminin mitleri azaltarak cinsel yaşam kalitesi ve cinsel işlev üzerinde olumlu etkiler gösterebileceğini düşündürmektedir.

GEROPSİKİYATRİDE YAS VE DEPRESYON: AYIRICI TANIDAN TEDAVİYE

Betül KAYGUSUZ DEĞER

Yaşlılık, eşin/partnerin, aile bireylerinin ve arkadaşların ölümüne tanık olunan, kayıpların biriktiği bir dönemdir. Bu kayıplar hayatın doğal akışının bir parçası olarak görülse de geriatrik popülasyonda uzamış yas bozukluğu (UYB) az rastlanan bir tablo değildir. Yaş ilerledikçe UYB riski azalmakla birlikte, eş kaybı başta olmak üzere yüksek riskli kayıplarla daha sık karşılaşılması yaşlıları UYB açısından risk grubu haline getirmektedir (1).

UYB ve majör depresyon sıklıkla iç içe geçmiş tablolardır, olağan yasın nerede konumlandığı ise hala tartışılmaktadır. Suçluluk, umutsuzluk ve öfke gibi belirtiler her iki tabloda da görülebilir ancak UYB'de bu belirtiler kayba ve kaybedilen kişiye odaklanırken depresyonda daha genel bir değersizlik duygusuna eşlik eder (2). Bu nedenle depresyon tanısı alan hastada altta yatan bir UYB, olağan yas olarak değerlendirilen kişide ise eşlik eden bir depresyon gözden kaçabilir. Bir çalışmada UYB tanısı alanların yaklaşık %65'inde eşlik eden depresyon saptanmış, UYB'nin tek başına görülme oranı %8 civarında kalmıştır (2). Bu bulgu tedavi planlanırken komorbiditenin göz önünde bulundurulması gerektiğini göstermektedir.

Geç yaşamda yasa bağlı depresyonda antidepresan tedaviler depresif belirtileri azaltırken yas belirtileri üzerinde yetersiz kalabilmektedir (2). Buna karşın yaşlılarda yapılan randomize kontrollü bir çalışmada, yas odaklı psikoterapiye (komplike yas tedavisi) yanıt oranı %70,5 ile geç yaşam depresyonunda etkinliği bilinen kişilerarası psikoterapinin (%32) iki katını aşmış, depresif belirtilerde de daha hızlı iyileşme sağlanmıştır (3).

Bu sunumda geropsikiyatride yas ve depresyon güncel literatür ışığında gözden geçirilecek; tanıların ayrımı ve uygun tedavi stratejileri ele alınacaktır. Amaç, klinisyenlerin yaşlı hastada UYB ve depresyonun birlikte bulunabileceğini akılda tutarak her iki tabloyu da tedavide hedeflemesini sağlamaktır.

Kaynaklar

1. Prigerson HG, Maciejewski PK. Prolonged grief disorder: detection, diagnosis, and approaches to intervention. World Psychiatry. 2024;23(3):361-362. doi:10.1002/wps.21228
2. Killikelly C, Smith KV, Zhou N, Prigerson HG, O'Connor MF, Kokou-Kpolou CK, et al. Prolonged grief disorder. Lancet. 2025;405(10489):1621-1632. doi:10.1016/S0140-6736(25)00354-X
3. Shear MK, Wang Y, Skritskaya N, Duan N, Mauro C, Ghesquiere A. Treatment of complicated grief in elderly persons: a randomized clinical trial. JAMA Psychiatry. 2014;71(11):1287-1295. doi:10.1001/jamapsychiatry.2014.1242

MAJÖR DEPRESİF BOZUKLUKTA VE ANKSİYETE BOZUKLUKLARINDA KLOMİPRAMİN KULLANIMI DENEYİMLERİ

Buğra YAPAR

Klomipramin, majör depresif bozukluk (MDB) ve panik bozukluk tedavisinde etkinliği gösterilmiş, klinik kullanım değerini koruyan bir trisiklik antidepresandır. Güçlü serotonin geri alım inhibisyonu ve aktif metabolitinin noradrenerjik etkileri, farmakolojik profilini oluşturur. Tedavi seçeneklerinin çeşitlenmesine rağmen, önceki tedavilere yanıtın yetersiz olduğu ve eş tanıların ilaç seçimini etkilediği hastalarda klomipraminin yeri önemini sürdürmektedir.

MDB'de özellikle ağır ve yatarak tedavi edilen, melankolik özelliklerin sık görüldüğü hasta örneklemlerinden gelen karşılaştırmalı veriler dikkat çekicidir. Danimarka Üniversite Antidepresan Grubu çalışmalarında klomipramin, sitalopram, paroksetin ve moklobemidle karşılaştırıldığında daha yüksek remisyon oranları göstermiştir. Bu bulgular ağır depresyonda güçlü bir tedavi seçeneği olduğunu desteklerken, melankolik özelliklerin tek başına üstün yanıtı öngördüğü kesinleşmemiştir. CANMAT, trisiklikleri tolerabilite ve güvenlilik gerekçeleriyle ikinci basamakta konumlandırmakla birlikte, tedaviye dirençli depresyonda sınıf düzeyindeki etkinlik verilerini vurgular. SSRI veya SNRI tedavilerine yeterli doz ve sürede yanıt alınamayan uygun hastalarda klomipramine geçiş bu çerçevede değerlendirilebilir. MDB'ye obsesif kompulsif bozukluğun eşlik etmesi, her iki bozukluktaki etkinliği nedeniyle klomipramin seçimini ayrıca destekleyebilir.

Anksiyete bozuklukları içinde en güçlü kanıt panik bozukluk ve eşlik eden agorafobik belirtiler içindir. Cochrane ağ meta analizi, klomipraminin plaseboya göre etkinliğini desteklemektedir. WFSBP, panik bozuklukta etkinlik kanıtını yüksek düzeyde değerlendirirken, tolerabilite nedeniyle kullanımını ilk basamak seçeneklerden sonra konumlandırır. Bazı hastalarda düşük dozlarda da antipanik yanıt alınabilmesi, dozun bireyselleştirilmesini önemli kılar. Yaygın anksiyete bozukluğunda kanıt sınırlıdır; sosyal anksiyete ve özgül fobide rutin kullanımını destekleyen yeterli veri bulunmamaktadır.

Klinik uygulamada tedavinin başarısı; uygun hasta seçimi, düşük dozla başlanması, kademeli doz artırımı ve yeterli tedavi süresiyle ilişkilidir. Antikolinerjik etkiler, ortostatik hipotansiyon, kardiyak iletim değişiklikleri ve ilaç etkileşimleri düzenli izlemde dikkate alınmalıdır. Yanıt değerlendirmesinde belirtilerin azalmasının yanı sıra işlevsellik ve sürdürülebilir tolerabilite de gözetilmelidir. Sonuç olarak klomipramin, özellikle ağır MDB, MDB'ye eşlik eden obsesif kompulsif bozukluk ve panik bozuklukta, kanıtlar doğrultusunda seçilmiş hastalarda güncel tedavi seçenekleri arasında değerini korumaktadır.

KLOMİPRAMİN İLE TEDAVİDE YAN ETKİLERİN YÖNETİMİ

Buğra YAPAR

Klomipraminin depresyon, panik bozukluk ve obsesif kompulsif bozukluk tedavisindeki değerinin sürdürülebilmesi, etkinlik kadar tolerabilitenin de gözetilmesine bağlıdır. Özellikle yarar elde edilen hastalarda yan etkiler, tedavinin erken bırakılmasına ve kazanımların kaybına yol açabilir. Bu panelde, klomipraminin terapötik yararını korurken yan etki yükünü azaltmaya yönelik yaklaşımlar, klinik karar verme süreçleri ve kanıtların sınırları üzerinden tartışılacaktır.

Yan etki yönetiminin başlangıç noktası, yakınmaların hastalığın belirtilerinden ayrılması ve hasta açısından taşıdığı önemin anlaşılmasıdır. Antikolinerjik yakınmalar, sedasyon, ortostatik hipotansiyon, kilo artışı, terleme, tremor ve cinsel işlev bozukluğu; yalnızca görülme sıklıklarıyla değil, günlük işlevsellik, yaşam kalitesi ve tedaviye devam etme isteği üzerindeki etkileriyle değerlendirilmelidir. Başlangıç değerlendirmesi, düzenli sorgulama ve ortak karar verme, yönetimin klinik çerçevesini oluşturur.

Dozun bireyselleştirilmesi, titrasyon hızının ve uygulama zamanının düzenlenmesi, eşlik eden ilaç yükünün azaltılması ve hedefe yönelik müdahaleler temel seçeneklerdir. Aynı dozun farklı hastalarda farklı ilaç maruziyetine yol açabilmesi, tolerabilitenin yalnızca reçete edilen dozla açıklanamayacağını gösterir. Klomipramin başlanırken ve tedaviye yeni ilaç eklenirken, metabolizmayı etkileyen veya antikolinerjik, serotonerjik ve kardiyak yan etki yükünü artıran etkileşimlerin gözden geçirilmesi, önlenebilir risklerin azaltılmasında temel bir basamaktır.

Cinsel yan etkiler ve aşırı terleme gibi tedaviyi sürdürmeyi güçleştiren sorunlarda ek farmakolojik yaklaşımlar ele alınacaktır. Antidepresan ilişkili erektil disfonksiyonda fosfodiesteraz-5 inhibitörleri için kontrollü kanıt bulunurken, orgazm bozuklukları ve diğer ekleme stratejilerinde kanıt daha sınırlıdır. Klomipramine özgü küçük çalışmalar ile diğer antidepresanlardan aktarılan bulguların ayrıştırılması önemlidir. Bir yan etkiyi azaltmak amacıyla eklenen ilacın antikolinerjik yükü, etkileşimleri veya nöbet riskini artırabilmesi, her müdahalede toplam klinik yararın yeniden değerlendirilmesini gerektirir.

Kardiyak iletim bozuklukları, nöbet ve serotonerjik toksisite açısından risk temelli izlem, semptom odaklı yönetimi tamamlar. Etkin tedaviyi sürdürme çabası, ciddi veya kalıcı yan etkilerde alternatif tedaviye geçişin geciktirilmesine dönüşmemelidir. Sunumun amacı, klomipramin kullanımını sınırlayan tolerabilite sorunlarını, önlenebilir riskler ve yönetilebilir klinik sorunlar çerçevesinde ele alarak, hastanın tercihleriyle uyumlu ve kanıta dayalı bir tedavi sürekliliği yaklaşımı geliştirmektir.

NÖROBİLİŞSEL VE ATİPİK PSİKİYATRİK SUNUMLAR

Burak Berke IRKIN

Psikiyatrik görünümlü nörobilişsel tablolar, tanısal süreçte en fazla dikkat gerektiren klinik durumlar arasında yer almaktadır. Frontal lob işlev bozukluğuna bağlı kişilik değişiklikleri, dürtü kontrolünde bozulma ve sosyal yargı kaybı; zaman zaman kişilik bozukluğu ya da manik dönem ile karıştırılabilmektedir. Frontotemporal demans (FTD), erken evrelerinde bilişten çok davranış ve kişilik değişiklikleriyle ortaya çıkması nedeniyle klinisyen karşısına psikiyatrik tablo ile gelmesi hiç de nadir olmayan hastalıklardan biridir. Tedavi edilebilir bir depresif tablonun bilişsel gerileme ile örtüşmesi durumunda psödodemans düşünülmeli ve gerçek demansla ayrımı yapılmalıdır. Empati kaybı, apati ve içgörü değişiklikleri de psikiyatrik tablolarla kolaylıkla örtüşebilen nörobilişsel belirtiler olup her birinin arkasında frontal, temporal veya subkortikal bir patoloji yatıyor olabilir. Dalgalı seyir ve çevre bağımlı davranış değişikliği, bu tablolarda erken uyarı işareti olarak değerlendirilmelidir.

Kaynaklar

1. Mesulam MM. Principles of Behavioral and Cognitive Neurology, 2. baskı. Oxford University Press, 2000.
2. Lezak MD, Howieson DB, Bigler ED, Tranel D. Neuropsychological Assessment, 5. baskı. Oxford University Press, 2012.
3. Kaplan HI, Sadock BJ. Comprehensive Textbook of Psychiatry, 10. baskı. Wolters Kluwer, 2017.
4. Rascovsky K, et al. Sensitivity of revised diagnostic criteria for the behavioural variant of frontotemporal dementia. Brain. 2011;134:2456–2477.
5. Stern TA et al. Massachusetts General Hospital Comprehensive Clinical Psychiatry, 2. baskı. Elsevier, 2016.
6. Hu ve ark.,Cognitive and neuropsychiatric profiles distinguish atypical parkinsonian syndromes. Brain. 2025 Sep 3;148(9)3239-3251.

BİPOLAR BOZUKLUKTA PREDİKTİF MODELLER: DUYGUDURUMDAN DİJİTAL BELİRTEÇLERE

Burcu ÇİLİNGİR

Bipolar bozuklukta tanısal gecikme, unipolar depresyondan ayırıcı tanı güçlüğü ve epizodik seyir, bireysel düzeyde öngörü sağlayabilecek yöntemlere duyulan gereksinimi artırmaktadır. Makine öğrenmesi; klinik, nörogörüntüleme, genetik, elektronik sağlık kaydı ve dijital fenotipleme verilerini bütünleştirerek tanı, dönüşüm, tedavi yanıtı ve relaps riskinin öngörülmesi açısından önemli bir araştırma alanı oluşturmuştur. Bununla birlikte, bildirilen yüksek performans değerlerinin klinik yarara doğrudan eşdeğer olmadığı unutulmamalıdır.

Tanısal sınıflandırmaya ilişkin meta-analizlerde bipolar bozukluğun sağlıklı kontrollerden ve unipolar depresyondan ayrımında orta-yüksek düzeyde duyarlılık ve özgüllük bildirilmiştir [1,2]. Ancak örneklem büyüklüğü arttıkça performansın düşmesi, küçük örneklemlerde aşırı öğrenme ve performansın sistematik olarak olduğundan yüksek tahmin edilmesi riskini göstermektedir [2,3]. Bu nedenle modelin değeri kullanılan algoritmanın karmaşıklığından çok, bağımsız dış doğrulama, yeterli test örneklemi ve klinik taban oranlarının dikkate alınmasıyla belirlenmektedir. TRIPOD+AI ve PROBAST gibi çerçeveler, öngörü modellerinin raporlanması ve yanlılık riskinin değerlendirilmesinde temel standartlar sunmaktadır [4,5].

Elektronik sağlık kayıtlarına dayalı büyük örneklemli modeller erken tanı ve bipolar dönüşümün öngörülmesinde umut verici sonuçlar üretirken, sonuç değişkenlerinin tanı kodlarına dayanması önemli bir sınırlılıktır. Lityum yanıtının genetik ve klinik verilerle modellenmesinde anlamlı sinyaller elde edilmesine rağmen, açıklanan varyans bireysel ilaç seçimini yönlendirecek düzeyde değildir [6]. Dijital fenotiplemede uyku-sirkadiyen ritim, hareketlilik ve sosyal iletişim örüntüleri relaps öngörüsü için dikkat çekmektedir; ancak çalışmaların önemli bölümünde yüksek yanlılık riski ve dış doğrulama eksikliği bulunmaktadır [7].

Sonuç olarak makine öğrenmesi bipolar bozuklukta klinik karar desteğine yaklaşmaktadır; ancak rutin tanı veya tedavi seçimi için henüz yeterince doğrulanmış değildir. Gelecekteki ilerlemenin temel belirleyicisi daha karmaşık algoritmalar değil, iyi fenotiplenmiş, temsili ve prospektif klinik veri setleri olacaktır.

Kaynaklar

1. Pan Y, Wang P, Xue B, et al. Machine learning for the diagnosis accuracy of bipolar disorder: a systematic review and meta-analysis. Front Psychiatry. 2025;15:1515549.
2. Colombo F, Calesella F, Mazza MG, et al. Machine learning approaches for prediction of bipolar disorder based on biological, clinical and neuropsychological markers: a systematic review and meta-analysis. Neurosci Biobehav Rev. 2022;135:104552.
3. Flint C, Cearns M, Opel N, et al. Systematic misestimation of machine learning performance in neuroimaging studies of depression. Neuropsychopharmacology. 2021;46(8):1510-1517.
4. Collins GS, Moons KGM, Dhiman P, et al. TRIPOD+AI statement: updated guidance for reporting clinical prediction models that use regression or machine learning methods. BMJ. 2024;385:e078378.
5. Wolff RF, Moons KGM, Riley RD, et al. PROBAST: a tool to assess the risk of bias and applicability of prediction model studies. Ann Intern Med. 2019;170(1):51-58.
6. Cearns M, Amare AT, Schubert KO, et al. Using polygenic scores and clinical data for bipolar disorder patient stratification and lithium response prediction: machine learning approach. Br J Psychiatry. 2022;220(4):219-228.
7. Fang SS, Chen SH. Digital phenotyping for predicting relapse in psychiatric disorders: a systematic review of passive sensing approaches. BMC Psychiatry. 2026;26(1):507.

BİPOLAR BOZUKLUK YÖNETİMİNDE YENİLİKLER: AKUT DÖNEM VE KORUYUCU TEDAVİDE YENİ MOLEKÜLLER

Burcu ÇİLİNGİR

Bipolar bozukluk tedavisinde lityum, valproat ve antipsikotikler temel seçenekler olmaya devam etmekle birlikte; tolerabilite, metabolik yük, terapötik ilaç izlemi, tedaviye direnç ve koruyucu tedavide uyum sorunları yeni farmakolojik yaklaşımlara gereksinimi sürdürmektedir. Güncel gelişmeler yalnızca yeni molekülleri değil, farklı nörobiyolojik hedefleri ve ilaç dağıtım sistemlerini de kapsamaktadır.

Akut manide 2026 yılında bipolar I bozuklukta manik/karma dönem tedavisi için onaylanan milsaperidon, iloperidonla ilişkili farmakolojik özellikleri nedeniyle yeni bir seçenek olarak gündeme gelmiştir [1]. Bunun yanında muskarinik M1/M4 reseptörlerini hedefleyen ksanomelin-trospiyum kombinasyonu (KarXT), bipolar I bozuklukta akut maniye ek tedavi olarak klinik araştırma aşamasındadır [2]. Bu yaklaşım, klasik dopaminerjik mekanizmaların dışında yeni bir tedavi eksenini temsil etmektedir.

Akut bipolar depresyonda lumateperonun kanıt tabanı genişlemekte; güncel meta-analitik veriler ketiapin, lurasidon, kariprazin ve olanzapin-fluoksetin gibi yerleşik seçeneklerle birlikte etkinliğini desteklemektedir [3,4]. KV7 potasyum kanalı açıcısı azetukalner ise bipolar I/II depresyonda Faz III programında değerlendirilen, mekanistik açıdan dikkat çekici bir adaydır [5]. Ketamin/esketamin ve psilosibin gibi hızlı etkili yaklaşımlar umut verici sinyaller sunsa da bipolar-spesifik kontrollü veriler sınırlıdır ve rutin kullanım açısından temkin gerektirir [6].

Koruyucu tedavide lityum etkinlik açısından temel konumunu korumaktadır. Lityum-salisilat-L-prolin iyonik kokristali AL001, daha düşük sistemik lityum maruziyetiyle etkinliği koruma ve terapötik ilaç izlemi yükünü azaltma hedefiyle geliştirilmektedir; bipolar bozuklukta klinik geliştirme süreci devam etmektedir [7]. Uzun etkili antipsikotik formülasyonlar ve gerçek yaşam verileri de tedavi uyumu ve işlevsel sonuçlar açısından önem kazanmaktadır.

Sonuç olarak bipolar bozukluk farmakoterapisi, tek bir "yeni ilaçtan" ziyade muskarinik sistem, iyon kanalları, hızlı etkili mekanizmalar ve yenilikçi lityum dağıtım teknolojilerinin birlikte geliştiği çok yönlü bir döneme girmektedir. Bununla birlikte, erken faz bulguların klinik uygulamaya aktarılmasında bipolar-spesifik randomize kontrollü çalışmalar ve uzun dönem güvenlilik verileri belirleyici olacaktır.

Kaynaklar

1. Vanda Pharmaceuticals. Vanda Pharmaceuticals Announces FDA Approval of BYSANTI (milsaperidone) for the Treatment of Bipolar I Disorder and Schizophrenia. 20 February 2026.
2. ClinicalTrials.gov. A Study to Evaluate the Efficacy and Safety of Adjunctive KarXT in Participants With Bipolar-I Disorder. NCT07140913. Bristol-Myers Squibb; updated 2026.
3. Treatment of bipolar depression: results from a comprehensive network meta-analysis and updated systematic review. 2025. PMID: 41855620.
4. Efficacy and Tolerability of Lumateperone in Acute Bipolar Depression: A Systematic Review and Meta-analysis. Journal of Psychiatry Spectrum. 2026.
5. Xenon Pharmaceuticals Inc. Azetukalner (BPD): X-CEED Phase 3 Program. 2026.
6. The Efficacy of Pharmacological Interventions in the Treatment of MDD and Bipolar Depression With Mixed Features: A Systematic Review. 2024. PMC12397445.
7. Alzamend Neuro Inc. AL001 clinical development program; Phase IIA results and Phase II bipolar disorder study with Massachusetts General Hospital. 2026.

5-HT7 RESEPTÖRÜNDEN KLİNİK PRATİĞE: PSİKOZ, DUYGUDURUM VE BİLİŞSEL BELİRTİLERE GÜNCEL BAKIŞ

Cansu ÜNSAL MAVİ

Serotonin 5-HT7 reseptörü; sirkadiyen ritim, uyku, öğrenme, bellek ve duygudurumla ilişkili süreçlerdeki olası rolü nedeniyle psikofarmakolojide dikkat çeken hedeflerden biridir. Preklinik veriler, 5-HT7 reseptör antagonizmasının antidepresan, anksiyolitik ve bilişsel etkilerle ilişkili olabileceğini; bu etkilerin 5-HT1A reseptör aktivitesi ve prefrontal korteksteki dopaminerjik, kolinerjik ve glutamaterjik iletimle etkileşim içinde ortaya çıkabileceğini düşündürmektedir. Bu farmakolojik çerçeve, dopamin D2 ve serotonin 5-HT2A/5-HT7 reseptör antagonizması ile 5-HT1A parsiyel agonizmasını bir arada taşıyan lurasidon üzerinden klinik açıdan değerlendirilebilir. Histamin H1 ve muskarinik M1 reseptörlerine düşük afinitesi, sedatif ve antikolinerjik yükün görece sınırlı kalmasına katkıda bulunabilir. Randomize kontrollü çalışmalar, lurasidonun akut şizofrenide pozitif ve negatif belirtiler ile genel klinik şiddeti plaseboya kıyasla anlamlı ölçüde azalttığını göstermiştir. Uzun dönem randomize çekilme çalışmasında, şizofreni hastalarında relaps zamanını anlamlı olarak uzattığı ve relaps riskini yaklaşık üçte bir oranında azalttığı bildirilmiştir. Bipolar I depresyonda lurasidonun hem monoterapi hem de lityum veya valproata ek tedavi olarak depresif belirtilerde iyileşme sağladığı; anksiyete, işlevsellik ve yaşam kalitesi üzerinde de olumlu etkiler gösterebildiği saptanmıştır. Güncel doz-yanıt meta-analizi, 40–60 mg/gün aralığının bipolar depresyonda etkinlik ve tolerabilite açısından uygun bir terapötik aralık olabileceğini düşündürmektedir. Bilişsel işlevler açısından, şizofreni çalışmalarında nörokognitif performansta iyileşme sinyalleri bildirilmiş ve uzun dönem analizlerde lurasidonun ketiapin XR'a kıyasla daha iyi bilişsel sonuçlarla ilişkili olabileceği gösterilmiştir. Bununla birlikte, bu bulgular antipsikotik ve antidepresan etkinliğe ilişkin kanıtlar kadar güçlü ve tutarlı değildir. Lurasidonun kilo, glukoz, lipid parametreleri ve QTc üzerindeki etkileri genel olarak sınırlı görünürken, akatizi ve diğer ekstrapiramidal belirtiler özellikle daha yüksek dozlarda artabilmektedir. Sonuç olarak 5-HT7 reseptörü, psikoz, duygudurum ve bilişsel belirtilerin kesişiminde dikkat çekici bir nörofarmakolojik hedef sunmakta; ancak lurasidonun multimodal reseptör profili nedeniyle klinik etkilerin doğrudan 5-HT7 antagonizmasına atfedilemeyeceği göz önünde bulundurulmalıdır.

BİPOLAR BOZUKLUKTA TMS: KİME, NE ZAMAN, HANGİ PROTOKOLLE?

Celal YAŞAMALI

Bipolar Bozuklukta rTMS, farmakoterapinin tıkandığı dirençli ve intolerans gelişen depresif faz yönetiminde sistemik yan etkisiz, kanıta dayalı ve güçlü bir alternatif sunar.

Bipolar bozukluk mani ile tanımlansa da, asıl işlev kaybı depresif fazda yaşanır. NIMH verilerine göre hastalar zamanın büyük kısmını çökkünlükle geçirir:

- Bipolar I: Zamanın %32'si depresif geçer (Maninin 3.5 katı).
- Bipolar II: Zamanın %53'ü depresif geçer (Hipomaninin 53 katı).

Geleneksel antidepresanların mani tetikleme riski, ilaçların dar terapötik indeksi ve antipsikotiklerin metabolik yan etkileri klinisyeni kısıtlar. rTMS kullanımında maniye kayma riskinin ve metabolik bir yan etkisinin olmaması açısından tedavide potansiyel avantaj sağlamaktadır.

Hasta Profillemesi (Kime, Ne Zaman?)

rTMS, güçlü bir "add-on" (ekleme) tedavisi olarak şu gruplarda endikedir:

- Tedaviye Dirençli Bipolar Depresyon(TRBD): En az 2 farklı sınıftan ajanla başarısız olunan orta-ağır epizodlar.
- İlaç İntoleransı: Ağır metabolik sendrom, organ toksisitesi veya geriatrik polifarmasi varlığı.
- Gebelik: Sıfır teratojenik risk ile fetüsü koruyan en güvenli non-invaziv seçenek.
- Zamanlama: Akut fazda erken müdahaleyle 20-30 seanslık kür uygulanmalı; remisyon sonrası nüksü önlemek için idame protokolü sürdürülmelidir.

Protokol Seçimi ve Reçete Yapısı

- Sol DLPFC HF (10-20 Hz): Seviye 1 kanıt düzeyine sahip altın standart yöntem olarak uygulanmaktadır..
- Sol DLPFC iTBS (Theta Burst): Seans süresini 3 dakikaya indiren, yüksek konforlu yeni nesil protokol olup klinik pratikte uygulanabilmektedir.
- Sağ DLPFC LF (1 Hz): Tolere edemeyen veya ajite hastalarda inhibitör alternatif olarak uygulanabilir..
- Doz Optimizasyonu: Kür toplamında 30.000–39.000 puls tepe noktasıdır; fazlası klinik açıdan fayda sağlamadığı bildirilmektedir.

Ventura ve ark. Tarafından yapılan bir meta-analiz(1.709 hasta) çalışmasında , rTMS ile plasebo arasında mani kayma riski açısından anlamlı fark saptamamıştır. Ancak tedavi mutlaka güçlü bir duygudurum düzenleyici şemsiyesi altında yapılmalıdır.

- **Mutlak Kontrendikasyonlar:** İntrakraniyal metalik implantlar ve beyin pili gibi biyonik cihazlar kesin engeldir. (dental implantlar hariç).

TÜRKİYE'DE İNTİHAR DAVRANIŞININ EPİDEMİYOLOJİSİ

Çınar YENİLMEZ

İntihar davranışı; intihar düşüncesi, intihar girişimi ve ölümle sonuçlanan intiharı kapsayan, biyolojik, psikolojik, sosyal, ekonomik ve kültürel etkenlerin karşılıklı etkileşimiyle ortaya çıkan karmaşık bir halk sağlığı sorunudur. Türkiye'de intihar epidemiyolojisinin değerlendirdiği bir çalışmada intihar davranışının yaş, cinsiyet, sosyoekonomik durum ve coğrafi bölgeye göre belirgin farklılıklar gösterebildiği bildirilmiştir.

Türkiye'de tamamlanmış intiharlara ilişkin en kapsamlı veriler Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından sağlanmaktadır. Türkiye'de 2025 yılında 4.599 kişi intihar nedeniyle yaşamını kaybetmiş, kaba intihar hızı yüz binde 5,36 olarak gerçekleşmiştir. 2024 için revize edilmiş değer 4.509 kişi ve yüz binde 5,27'dir. Buna karşılık 2002 yılında 2.301 intihar ve yüz binde 3,49'luk kaba intihar hızı bildirilmiştir. Dolayısıyla son yirmi yılı aşkın dönemde mutlak intihar sayısı yaklaşık iki katına çıkarken, nüfusa göre düzeltilmiş kaba hızda da belirgin artış görülmektedir.

Cinsiyet, Türkiye'de intihar mortalitesinin en belirgin epidemiyolojik değişkenlerinden biridir. 2025 yılında ölümlerin 3.684'ü erkeklerde, 915'i kadınlarda gerçekleşmiş; yani tamamlanmış intiharların yaklaşık %80'ini erkekler oluşturmuştur. 2019-2023 arasındaki 19.659 intihar ölümünü inceleyen yakın tarihli bir çalışma da olguların %76,4'ünün erkek olduğunu göstermektedir. Erkeklerde tamamlanmış intiharın daha sık görülmesine karşılık, intihar girişimlerinin cinsiyet dağılımı farklılaşabilmektedir.

Yaş açısından genç erişkinler önemli bir grubu oluşturmaktadır. Güncel TÜİK verilerinde 2024 yılında yaşa özel intihar hızı 20-24 yaşta yüz binde 9,12, 25-29 yaşta ise yüz binde 9,30'dur. Erkeklerde 25-29 yaş grubundaki hız yüz binde 15'in üzerine çıkarken, kadınlarda görece yüksek hızların ergenlik döneminde görülmesi dikkat çekmektedir. Türkiye verilerini değerlendiren bir çalışma, yaş ve cinsiyet örüntülerinin birbirinden farklı olduğunu; özellikle genç kadınlarda bazı bölgelerde göreli riskin arttığını göstermiştir. Coğrafi ve sosyodemografik farklılıklar da önemlidir. 25 yaş altındaki intiharların değerlendirildiği bir çalışmada, kadın intiharlarının özellikle Doğu Anadolu'da göreli olarak yüksek seyrettiği saptanmıştır. Ayrıca 65 yaş üzerindeki gruplarda erkek intihar hızının kadınların yaklaşık üç katı olduğunu göstermiştir.Eskişehir'de gerçekleştirilen bir araştırmada ise ileri yaş, fiziksel ve psikiyatrik hastalıklar, ekonomik sorunlar ve medeni durum gibi değişkenler intihar davranışı ile ilişkili bulunmuştur.

Son yıllarda Türkiyede tamamlanmış intiharlarda yükselme eğilimi, erkeklerdeki ciddi tamamlanmış ölümler, genç erişkinlerdeki yüksek hızlar ve ileri yaştaki erkeklerin özgül riski epidemiyolojik açıdan önem taşımaktadır.

Kaynaklar

TÜİK, Ölüm ve Ölüm Nedeni İstatistikleri 2025;
Yenilmez C, Oner S, Ayranci U, Kilic Y, Gulec G. Geographical differences in completed suicides in 2003 by gender in Turkey. Pak J Med Sci. 2009;25(3):484-489
Altınöz AE, Yenilmez Ç, Öner SKD, Yıldız P. Completed suicide rates of older adults in 5-year age bands in Turkey between 2002 and 2013. Geriatr Gerontol Int. 2019;19(1):66-69;
Günay Y, Yenilmez Ç, Seber G, Kaptanoğlu C. Eskişehir İlinde 1997-1999 Yılları Arasındaki İntihar Olgularının Değerlendirilmesi. Kriz Dergisi. 2001;9(2).

DELİRYUMUN PATOFİZYOLOJİSİ VE NÖROBİYOLOJİSİ

Demet ÜNSAL ÇELEBİ

Deliryumun patofizyolojisi tek bir mekanizmayla açıklanamayan, nörotransmitter dengesizlikler, nöroinflamasyon, bozulmuş enerji dengesizlikleri ve nöroendokrin süreçlerin birlikte rol oynadığı karmaşık bir süreçtir. Deliryumun en baskın hipotezi, merkezi sinir sisteminde asetilkolin yetersizliğidir. Asetilkolin yetersizliği ayrıca dopaminin aşırı aktivitesine sebebiyet vererek dopaminin deliryum patofizyolojisinde rol amasına neden olur. Glutamat ve GaBa regülasyon bozukluklarıda deliyorumun patofizyolojisin de rol alan diğer nörotrasmitterlerdir.

ŞİZOFRENİDE İNTİHAR DAVRANIŞINDAN KORUYUCU FAKTÖRLER

Deniz ŞAHİN YAVUZ

Literatürde şizofreni hastalarının intihar düşüncesi riskinin %40–50, tamamlanmış intihar oranlarının %4-5 olduğunu bildirmektedir (1,2). İntiharı değerlendiren araçlar çoğunlukla olumsuz bilişlere odaklanırken, Linehan ve arkadaşlarının geliştirdiği "Yaşamı Sürdürme Nedenleri Envanteri", intihar davranışına karşı koruyucu olumlu bilişleri değerlendirmektedir. Bu nedenler, bireyin kendine zarar vermemesini ve hayatta kalmasını destekleyen inançları ifade etmektedir (3). YSNE envaterinde alt ölçekler; ahlaki engeller, toplumsal yargılanma korkusu, intihardan duyulan korku, çocuklara ilişkin kaygılar, aileye karşı hissedilen sorumluluk, yaşamı sürdürme isteği ve baş etme inançları olarak gruplandırılmıştır. Çalışmalarda, intihar davranışına karşı koruyucu faktörler üzerinde sıkça durulmuştur. Aile ile yaşamak ve güçlü sosyal destek, hastalığı kabullenme ve belirtilerle baş etmeyi kolaylaştırarak yalnızlık ve umutsuzluğu azaltabilir; böylece intihar riskine karşı koruyucu olduğu gösterilmiştir. (4).

Şizofreni hastalarında intihar davranışı üzerindeki koruyucu etmenleri güncel literatüre kazandırabilmek adına; Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu›nun 28.05.2025 tarih ve 64 sayılı kararı ile DSM-5-TR tanı ölçütlerine göre şizofreni tanılı 18–65 yaş aralığındaki 70 hasta ile çalışma yapılmıştır. Örneklem; intihar girişimi öyküsü bulunan (n=30) ve bulunmayan (n=40) olarak değerlendirilmiştir. Katılımcılara Sosyodemografik Veri Formu, Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS), Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği (CŞDÖ), UKU Yan Etki Değerlendirme Ölçeği, Kişisel ve Sosyal Performans Ölçeği (PSP), Yaşamı Sürdürme Nedenleri Envanteri (YSNE) uygulanmıştır. Gruplar klinik ve psikometrik özellikler açısından karşılaştırıldı; intihar girişimini öngören değişkenler lojistik regresyon ve ROC analizleri ile değerlendirilmiştir. İntihar girişimi öyküsü olan hastalarda bekâr olma, çocuk sahibi olmama, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü ve psikiyatri yatış sayısı anlamlı düzeyde yüksek ($p<0,05$), girişim öyküsü olanlarda PANSS toplam puanı, girişim öyküsü olmayanlara göre yüksek saptanmıştır ($72,70\pm13,24$ ve $57,38\pm7,20$; $p=0,001$). YSNE toplam puanı ($275,60\pm37,37$ ve $335,58\pm34,32$; $p=0,001$) ve Ahlaki/Dini Engeller alt boyut puanı ($26,73\pm7,33$ ve $33,22\pm2,85$; $p=0,001$) girişim öyküsü olanlarda düşük saptanmıştır. Tek değişkenli ikili lojistik regresyonda PANSS (OR=1,322; %95 GA:1,123–1,557; $p=0,001$), CŞDÖ (OR=1,166; %95 GA:1,084–1,255; $p=0,001$), PSP 71–100 puan aralığı (OR=0,141; %95 GA:0,040–0,499; $p=0,002$) ve YSNE (OR=0,957; %95 GA:0,938–0,976; $p=0,001$) intihar girişimi öyküsüyle anlamlı ilişkili bulunmuştur. ROC analizinde CŞDÖ'nün ayırt edici gücü anlamlı saptanmaz iken; (AUC=0,615; %95 GA:0,481–0,748; $p=0,103$). PANSS için AUC=0,855 (%95 GA:0,759–0,951; $p=0,001$) olup kesme değeri 58,5, duyarlılık %93,3, özgüllük %62,5; YSNE için AUC=0,114 (%95 GA:0,034–0,194; $p=0,001$) olup kesme değeri 314, duyarlılık %83,3, özgüllük %82,5 olarak saptanmıştır.

Kaynaklar

1) Palmer BA, Pankratz VS, Bostwick JM. The lifetime risk of suicide in schizophrenia. Arch Gen Psychiatry.2005;62(3):247-53.
2) Hor K, Taylor M. Suicide and schizophrenia: a systematic review of rates and risk factors. J Psychopharmacol.2010;24(4 Suppl):81-90.
3) Linehan MM, Goodstein JL, Nielsen SL, Chiles JA. Reasons for staying alive when you are thinking of killing yourself: the Reasons for Living Inventory. J Consult Clin Psychol.1983;51(2):276-86.
4) Koparal B, Hocaoğlu Ç. Şizofreni ve intihar: bir gözden geçirme. Balıkesir Medical Journal.2019;3(3):135-46.

ERGENLİKTE GÖRÜNÜM KARŞILAŞTIRMA- SOSYAL MEDYA, BEDEN ALGISI VE BENLİK SAYGISI

Didem AYYILDIZ

Ergenlik dönemi, bireyin sosyal çevresine ve özellikle akranlarının değerlendirmelerine duyarlılığın belirgin biçimde arttığı önemli bir gelişimsel dönemdir. Bu dönemde sosyal biliş ile ilintili beyin yolaklarında meydana gelen farklılıklar, sosyal ipuçlarına daha fazla önem verme ve kişinin kendisini başkalarının gözünden değerlendirmesiyle ilişkili davranışsal değişimlerle paralellik göstermektedir. Bu süreç yalnızca biyolojik gelişimin sonucu değildir; çevre, akran ilişkileri ve sosyal deneyimlerin miktarı, niteliği ve anlamının değişmesinin de nörogelişimsel mekanizmalarla karşılıklı olarak etkileşimi söz konusudur. Sosyal değerlendirmeye duyarlılığın artması, tek başına olumsuz bir gelişimsel özellik olarak da ele alınmamalıdır. Zira başkalarının düşünce ve duygularına daha fazla odaklanmanın sosyal ilişkileri öğrenme, kabul görme ve aidiyet geliştirme açısından önemli bir işlevi bulunmaktadır.

Bununla birlikte, sosyal medya özellikle fiziksel görünümün öne çıktığı içerikler aracılığıyla sosyal karşılaştırmaya elverişli bir ortam sunmaktadır. Literatürde özellikle görünüm odaklı sosyal medya kullanımıyla beden memnuniyetsizliği, görünüm ideallerinin içselleştirilmesi, bedene yönelik öz-izleme, benlik saygısında azalma ve olumsuz duygudurum arasında anlamlı ilişkiler bildirilmiştir.

Bu sunumda ergenlik döneminde sosyal değerlendirmeye yönelik artmış duyarlılığın sosyal biliş ile ilişkili beyin ağlarındaki nörobiyolojik karşılığı ve sosyal medya ortamlarının bu süreçlerle etkileşimi; görünüm karşılaştırması, beden algısı ve benlik saygısı bağlamında güncel literatür ışığında ele alınacaktır.

GEBELİKTE CİNSELLİĞİN PSİKOLOJİSİ

Didem BEŞİKCİ KELEŞ

Gebelik, kadının ve çiftin cinsel yaşamında belirgin değişimlerin yaşandığı bir dönemdir. Bu değişimler çoğunlukla fiziksel ve hormonal etkenlerle açıklanır; psikolojik belirleyiciler ise klinik pratikte yeterince ele alınmaz. Bu sunumda, gebelikte cinselliği etkileyen psikolojik etkenler güncel literatür ışığında tartışılacaktır. Cinsel etkinlik ve doyum gebelik boyunca azalır ve bu düşüş üçüncü trimesterde belirginleşir; ikinci trimester ise görece korunmuş bir dönemdir. Erken gebelikte fizyolojik değişimler benzer olduğu halde, gebeliğinin farkında olan kadınlarda cinsel işlev puanlarının daha düşük bulunması, değişimin önemli bir bölümünün psikolojik olduğunu düşündürmektedir. Cinsel kaçınmanın en güçlü belirleyicisi fetüse zarar verme, düşük ve erken doğum korkusudur; cinsel ilişkiden kaçınan kadınların çoğunda tıbbi bir kısıtlama bulunmamaktadır. Cinsel doyumu beden imgesinden çok ilişki kalitesi, özellikle eşler arası iletişim belirlemektedir. Ebeveynlik rolüne geçiş, gebeliğe özgü kaygı, depresif belirtiler, yanlış inanışlar ve sağlık çalışanlarının bu konudaki sessizliği de öne çıkan etkenlerdir. Gebelik yalnızca kadını değil partneri de etkiler: erkekte erektil işlev korunurken cinsel istek ve doyum son trimesterde azalır ve eşlerin cinsel işlevleri birbiriyle ilişkilidir. Buna karşın gebelikteki cinsel yakınmalara yönelik müdahale kanıtı sınırlıdır ve büyük ölçüde kısa eğitim programlarına dayanmaktadır. Gebelikte cinsellik, bedensel değişimlerden çok korku, kaygı, ilişki dinamikleri ve bilgi eksikliğiyle biçimlenen, çift düzeyinde bir süreçtir. Bu nedenle klinisyenlerin cinselliği gebelik izleminin erken döneminde kendiliğinden gündeme getirmesi, mitleri düzeltmesi, partneri sürece katması ve koital olmayan yakınlık biçimlerini konuşması önerilmektedir. Sunumda bu önerilerin klinik pratiğe nasıl aktarılabileceği de ele alınacaktır.

BORDERLİNE KİŞİLİKTE İNTİHAR RİSKİ VE İNTİHARA YAKLAŞIM

Didem BEŞİKCİ KELEŞ

Borderline kişilik bozukluğunda (BKB) intihar düşüncesi hastaların yaklaşık %80'inde görülmekte, hastaların %52'si en az bir intihar girişiminde bulunmakta ve tamamlanmış intihar oranı %6–10 ile genel popülasyonun yaklaşık 50 katına ulaşmaktadır. Kronik intihar düşüncesi ve sık tekrarlayan kendine zarar verme davranışının oluşturduğu "temel çizgi", klinisyenin yüksek akut riske karşı duyarsızlaşmasına yol açabilmektedir. Önceki intihar girişimi en güçlü ve en tutarlı yordayıcıdır; majör depresyon, madde kullanım bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu, çocukluk çağı cinsel istismarı, dissosiyasyon, yetersiz psikososyal işlevsellik ve ailede tamamlanmış intihar öyküsü de riski artırmaktadır.

On yıllık prospektif izlem verilerine göre BKB, intihar girişimiyle en güçlü ilişkili tanıdır. Tanı ölçütlerinden kimlik karmaşası, kronik boşluk hissi ve terk edilmekten kaçınma çabaları ise bağımsız risk etkenleri olarak öne çıkmaktadır. BKB'de intihar davranışı çoğunlukla ilişki kopması ve reddedilmeyle tetiklenmekte, dayanılmaz duygudan anlık kaçış işlevi görmektedir. Akut risk, kronik intihar düşüncelerinden çok davranış paternindeki ani değişimle belirlenmektedir; bu değişim kendine zarar verme sıklığının artması ya da öldürücülüğü daha yüksek yeni bir yönteme geçilmesi biçiminde ortaya çıkmaktadır. Öldürücülük ve patern değişimi eksenlerine dayanan risk matrisi, klinik karar verme için yapılandırılmış bir çerçeve sunmaktadır.

Kısa süreli yatış yalnızca akut ve ciddi yaşam riski bulunan durumlarda düşünülmelidir. Uzun ya da tekrarlayan yatışların yararına ilişkin kanıtlar sınırlıdır ve bu yatışlar regresyonu ve kriz-yatış döngüsünü besleyebilmektedir.

İntihar ve kendine zarar verme davranışını azaltmada diyalektik davranış terapisi altın standart kabul edilmektedir; mentalizasyon temelli terapi ve yapılandırılmış psikolojik destek de etkili seçenekler arasında yer almaktadır. Farmakoterapi intihar riski için birincil çözüm değildir. Etkili bir yönetim için BKB'ye özgü risk değerlendirmesi, kişiselleştirilmiş güvenlik planı, öldürücü araçlara erişimin kısıtlanması ve eş tanıların tedavisi gerekmektedir. Bunlara, "manipülatif" etiketinden kaçınan, doğrulayıcı ve sorumluluğu hastayla paylaşan bir terapötik tutum eşlik etmelidir.

ACİL PSİKİYATRİDE KIRMIZI BAYRAKLAR

Efekan MUTİ

Acil psikiyatri değerlendirmesinde tablonun gerçek aciliyetini ve klinik riskini belirlemek, klinisyenlerin sıklıkla zorlandığı alanlardan biridir. Özellikle intihar riskinin değerlendirilmesinde hastanın belirsiz veya muğlak ifadeleri, geçmiş intihar girişimlerinin yeterince önemsenmemesi ve yoğun ruhsal sıkıntı yaşayan depresif bir hastanın kısa süre içinde belirgin bir iyilik hali göstermesi, dikkatle ele alınması gereken kritik işaretlerdir. Bunun yanında, psikiyatrik acillerde ortaya çıkan donukluk, içe çekilme veya çevreyle etkileşimin azalması her zaman primer psikiyatrik bir tabloyu göstermeyebilir; katatoni ile birlikte organik nedenlere bağlı deliryum da bu görünümün altında yer alabilir. İntoksikasyon ve yoksunluk tabloları ise bilinç, davranış ve duygudurum değişiklikleri oluşturarak klinik değerlendirmeyi daha da karmaşık hale getirmekte ve ayırıcı tanıyı güçleştirmektedir. Deliryum, özellikle hipoaktif biçimde seyrettiğinde, psikiyatri acillerinde kolaylıkla gözden kaçabilmekte; hastanın ajite olmaması nedeniyle depresyon, demans veya primer psikiyatrik bozukluklarla karıştırılabilmektedir. Benzer şekilde ajitasyon, tek başına psikiyatrik bir hastalığın göstergesi olarak değerlendirilmemeli; altta yatan organik hastalıklar, madde kullanımı ve yoksunluk durumları sistematik biçimde araştırılmalıdır. Bu nedenle acil psikiyatri değerlendirmesinde ayrıntılı öykü, kollateral bilgi, ilaç ve madde kullanımının sorgulanması, mental durum değerlendirmesi, vital bulgular ve gerektiğinde nörolojik muayenenin birlikte ele alınması; görünürde psikiyatrik olan ancak ciddi tıbbi veya davranışsal risk barındıran tabloların erken fark edilmesi açısından temel önem taşımaktadır.

GERİATRİK PSİKODERMATOLOJİ: YAŞLANAN DERİ, RUHSAL SÜREÇLER VE KLİNİK YAKLAŞIM

Efruz PİRDOĞAN AYDIN

Geriatrik psikodermatoloji, yaşlanmaya eşlik eden kutanöz değişikliklerle psikiyatrik, bilişsel ve psikososyal süreçlerin karşılıklı etkileşimini ele alan disiplinler arası bir çalışma alanıdır. Yaşla birlikte epidermal incelme, bariyer işlevinde bozulma, kserozis, pruritus, deri kırılganlığı ve gecikmiş iyileşme belirginleşirken; yalnızlık, yas, işlev kaybı, bilişsel bozulma, çoklu hastalık yükü ve polifarmasi klinik görünümü ve tedavi sürecini etkileyebilmektedir. Bu nedenle yaşlı hastadaki deri yakınmasının yalnızca dermatolojik ya da yalnızca psikiyatrik bir çerçevede değerlendirilmesi çoğu zaman yetersizdir.

Bu sunumda geriatrik psikodermatolojide güncel uluslararası kılavuz ve sınıflamalar ışığında klinik değerlendirme ve tedavi ilkeleri ele alınacaktır. Delüzyonel infestasyon (delüzyonel parazitoz), psikojenik pruritus, skin-picking (deri yolma) bozukluğu, liken simpleks kronikus, prurigo nodularis ve factitious disorder (dermatitis artefacta) gibi yaşlı erişkinlerde klinik açıdan önem taşıyan tablolar üzerinde durulacaktır. Benzer kaşıma, ovma, yolma ve diğer deri manipülasyonu davranışlarının farklı dermatolojik ve psikopatolojik mekanizmalarla ilişkili olabileceği; bu nedenle morfoloji, duyusal yakınmalar, davranış örüntüsü ve psikososyal bağlamın birlikte değerlendirilmesi gerektiği vurgulanacaktır. Prurigo nodularis, delüzyonel parazitoz, psikojenik pruritus ve malingering olguları üzerinden ayırıcı tanı, hastalık davranışı, eşlik eden psikiyatrik belirtiler, yaşam olayları ve terapötik ilişkiye ilişkin klinik güçlükler tartışılacaktır. Delüzyonel infestasyon bölümünde ayrıca kurumumuzun 10 yıllık, 69 olguluk serisinden tanımlayıcı bulgular sunulacaktır.

Klinik yaklaşımda bedensel belirtilerin yalnızca psikiyatrik etkenlere indirgenmeden değerlendirilmesi; dermatolojik ve sistemik nedenlerin eşzamanlı araştırılması, depresyon, anksiyete, psikotik belirtiler, bilişsel durum, yaşam olayları ve premorbid beden odaklı davranışların sorgulanması önemlidir. Yakın/bakım veren görüşmesi özellikle bilişsel bozulma veya sınırlı içgörü varlığında değerlendirmeyi tamamlayabilir. Tedavide dermatoloji ve psikiyatri iş birliği, düşük dozdan başlayarak yavaş titrasyon yapılması ve geriatrik güvenlik sorunlarının gözetilmesi temel ilkeler arasındadır.

SAATİN YEDİĞİ: KRONONÜTRİSYON, ÖĞÜN ZAMANLAMASI VE ORTOREKTİK KISITLAMANIN RİTMİK YÜZÜ

Ekrem Furkan UÇAK

Beslenme davranışı; yalnızca tüketilen besinlerin niceliği ve niteliğiyle değil, aynı zamanda ne zaman tüketildiğiyle de şekillenen çok boyutlu bir olgudur. Krononütrisyon alanı, öğün zamanlamasının sirkadiyen sistemle olan etkileşimini merkeze alarak beslenme örüntülerinin metabolik ve davranışsal sonuçlarını incelemektedir. Merkezi saat temel olarak ışık ipuçlarıyla senkronize edilirken; karaciğer, kas ve yağ dokusundaki periferik saatler büyük ölçüde beslenme zamanlaması aracılığıyla dış ritme uyarlanır. Bu nedenle sirkadiyen faz dışındaki düzensiz veya gece odaklı yeme örüntüleri; glukoz toleransında ve insülin duyarlılığında bozulmaya yol açabilmektedir (Adafer ve ark., 2020). Bu bulgular, zaman kısıtlamalı beslenme yaklaşımlarının yalnızca metabolik bir diyet stratejisi değil, aynı zamanda sirkadiyen bir düzenleme aracı olduğunu göstermektedir.

Ne var ki sağlıklı beslenmeye yönelik kısıtlayıcı tutumlar patolojik bir eksene evrilebilmektedir. Bratman (1997) tarafından tanımlanan ortoreksiya nervoza, "sağlıklı", "saf" ve "temiz" beslenmeye yönelik katı bir zihinsel meşguliyetle karakterizedir. Bu klinik tabloda gözlenen katı kurallar; zamanla öğün içeriğinin ötesine geçerek öğün sıklığı ve zamanlamasını da mutlaklaştırabilmekte, bireyin içsel açlık-tokluk sinyalleriyle olan temasını zayıflatabilmektedir. Bu noktada krononütrisyon ile ortorektik kısıtlama arasındaki kesişim klinik bir ikilem doğurmaktadır: «Doğru zamanda yeme» saplantısı ve esneklikten yoksun beslenme pencereleri, sirkadiyen uyum sağlamaktan ziyade bedenin fizyolojik ritmini bastıran yeni bir bilişsel kontrol aracına dönüşebilir. Nitekim yeme bozukluğu spektrumundaki bireylerde sirkadiyen faz kaymaları, akşamcıl kronotip yatkınlığı ve uyku-uyanıklık düzeninde belirgin sapmalar bildirilmektedir (Cera ve ark., 2026).

Bu bağlamda krononütrisyonun sunduğu metabolik kazanımların ortorektik kısıtlamanın getirdiği psikopatolojik risklerle kesiştiği sınırların irdelenmesi; sirkadiyen müdahalelerin yeme bozukluklarına yatkın bireylerdeki klinik ve kavramsal yansımalarını anlamada kritik bir zemin oluşturmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Krononütrisyon, Ortoreksiya nervoza, Sirkadiyen ritim

Kaynaklar

Adafer R, Messaadi W, Meddahi M, Patey A, Haderbache A, Bayen S, Messaadi N. Food Timing, Circadian Rhythm and Chrononutrition: A Systematic Review of Time-Restricted Eating's Effects on Human Health. Nutrients. 2020 Dec 8;12(12):3770. doi: 10.3390/nu12123770. PMID: 33302500; PMCID: PMC7763532.

Bratman, S. (1997). Health food junkie. Yoga Journal, 136, 42–50.

Cera G, Scarpelli S, Boltri M, Brusa F, Scalia A, Gorgoni M, Cattaldo S, Prina E, Savino S, Lombardi C, Mendolicchio L, De Gennaro L. Sleep, circadian rhythms and eating disorders: a systematic review. Front Neuroendocrinol. 2026 Jul;82:101264. doi: 10.1016/j.yfrne.2026.101264. Epub 2026 Jun 3. PMID: 42242323.

ERİŞKİN DEHB'DE OTİSTİK ÖZELLİKLER

Elvan AÇIKGÖZ YALÇINKAYA

DEHB ve otizm spektrum bozukluğu (OSB) sık birlikte görülen iki nörogelişimsel bozukluktur ve DSM-5 ile birlikte tanı konabilir hale gelmiştir. Meta-analizler, DEHB'li bireylerin %15–60'ında otistik özellik ya da OSB tanısı bildirmektedir. Erişkin klinik örneklemlerde Otizm Spektrum Katsayısı (AQ) ile tarama pozitifliği %21,9 ile %44,8 arasında değişmektedir.

Örtüşmenin temelinde büyük ölçüde ortak genetik yatkınlık bulunur; genç erişkin ikizlerde otistik ve DEHB özellikleri arasındaki genetik korelasyon 0,72 olarak saptanmıştır. Boyutsal düzeyde en güçlü genetik bağ hiperaktivite-dürtüsellik ile kısıtlı-yineleyici davranışlar arasındadır.

Otistik özellik taşıyan erişkin DEHB hastaları ayrı bir fenotip sergiler: daha sık kadın cinsiyet, daha ileri ilk başvuru yaşı, daha yüksek duygudurum ve anksiyete (özellikle sosyal anksiyete) eştanısı; daha ağır DEHB ve duygu düzensizliği, daha zayıf kişilerarası işlevsellik, artmış biyolojik ritim bozuklukları ve akşamcıl kronotip. Boylamsal veriler bu grupta klinik sonlanım, yaşam kalitesi, sosyal beceriler ve aile işlevselliğinin daha kötü seyrettiğini göstermektedir.

Tanısal süreçte dikkat gerekir: DEHB'de dikkatsizlik, öz-bildirilen sosyal iletişim güçlükleriyle ilişkilidir; ayrıca yüksek AQ skorları sosyal anksiyeteyi yansıtabilir. Bu nedenle pozitif tarama yapılandırılmış ya da yarı-yapılandırılmış görüşmeyle doğrulanmalıdır. Tedavide stimülanlar birinci basamak olarak önerilmekte; ancak yakın izlemle bireyselleştirilmiş titrasyon ve eşlik eden anksiyete, duygudurum bozukluğu ve duygu düzensizliğinin de tedavi edilmesinin önemi vurgulanmaktadır.

Sonuç olarak, erişkin DEHB değerlendirmesinde otistik özelliklerin rutin taranması; karmaşık ve gözden kaçan bir alt grubun tanınması, eştanıların ve duygu düzensizliğinin hedeflenmesi ve bireyselleştirilmiş tedavi planlaması için önemlidir.

MADDE KULLANIM BOZUKLUKLARINDA YAPAY ZEKA YAKLAŞIMLARI: RİSK TAHMİNİ VE RELAPS ÖNGÖRÜSÜ

Emine Merve AKDAĞ

Madde kullanım bozukluklarında (MKB) klinik seyir; kullanılan madde, kullanım örüntüsü, psikiyatrik eş tanılar, tedaviye uyum ve sosyal çevre gibi çok sayıda değişkenin etkileşimiyle şekillenmektedir. Bu heterojen yapı, bireysel düzeyde tedaviyi bırakma, relaps ve diğer olumsuz sonuçların öngörülmesini güçleştirmektedir. Yapay zeka ve özellikle makine öğrenmesi yaklaşımları; klinik, demografik, davranışsal ve biyolojik veriler arasındaki karmaşık ilişkileri modelleyerek bu alanda kişiselleştirilmiş risk tahmini için yeni olanaklar sunmaktadır.

MKB tedavisinden erken ayrılma riskinin belirlenmesine yönelik makine öğrenmesi yöntemi kullanılarak yapılan geniş örneklemli bir çalışmada; yaş, tedavi merkezi ve program türü başta olmak üzere demografik özellikler, madde kullanım örüntüsü ve fiziksel/ruhsal sağlık göstergeleri modele dahil edilmiştir. Bununla birlikte model, tedavide kalan bireyleri belirlemede daha başarılı olurken tedaviyi erken bırakanları öngörmede sınırlı kalmıştır (1).

Alkol kullanım bozukluğunda ise EEG, poligenik risk skorları, demografik özellikler ve klinik değişkenlerin birlikte kullanıldığı multimodal modellerle remisyon durumunun öngörülebileceği gösterilmiştir. Tek bir veri kaynağı yerine farklı veri alanlarının birleştirilmesi, bireysel risk profilinin daha kapsamlı biçimde modellenmesine olanak sağlamaktadır (2). Prospektif bir çalışmada, alkol bağımlılığı tedavi sonuçlarının öngörülmesinde makine öğrenmesi modelleri ve lojistik regresyonun psikologların klinik öngörülerinden daha yüksek doğruluk gösterdiği, ancak yüksek özgüllüğe karşın duyarlılığın düşük kaldığı bildirilmiştir (3).

Bu çerçevede makine öğrenmesi, MKB' de relaps ve tedavi sürecindeki olumsuz sonuçlar açısından riskli bireylerin erken belirlenmesi ve izlem yoğunluğunun kişiselleştirilmesi için önemli bir araştırma alanıdır. Ancak klinik uygulamaya geçişte örneklem büyüklüğü, veri kalitesi, dış doğrulama, model açıklanabilirliği ve yanlış pozitif/negatif sonuçların klinik etkileri dikkate alınmalıdır. Gelecekte farklı veri kaynaklarının bütünleştirildiği, dış doğrulaması yapılmış ve rutin klinik uygulamaya entegre edilebilen modeller; MKB tedavisinde erken uyarı sistemleri ve kişiselleştirilmiş izlem yaklaşımlarının geliştirilmesine katkı sağlayabilir.

Kaynaklar

1. Rabinowitz JA, Wells JL, Kahn G, Ellis JD, Strickland JC, Hochheimer M, Huhn A. S. Predictors of treatment attrition among individuals in substance use disorder treatment: A machine learning approach. Addictive Behaviors 2025; 163, 108265.
2. Kinreich, S., McCutcheon, V. V., Aliev, F., Meyers, J. L., Kamarajan, C., Pandey, A. K., ... & Porjesz, B. (2021). Predicting alcohol use disorder remission: a longitudinal multimodal multifeatured machine learning approach. Translational psychiatry, 11(1), 166.
3. Symons, M., Feeney, G. F., Gallagher, M. R., Young, R. M., & Connor, J. P. (2020). Predicting alcohol dependence treatment outcomes: a prospective comparative study of clinical psychologists versus 'trained'machine learning models. Addiction, 115(11), 2164-2175.

TRANS BİREYLERE MULTİDİSİPLİNER YAKLAŞIM PROTOKOLÜ

Ezgi ŞİŞMAN

Cinsiyet kimliği, bireyin kendi bedenini ve benliğini hangi cinsiyet içinde algıladığını ifade eder; trans bireylerde bu kimlik doğumda atanan cinsiyetle örtüşmez. Bu uyumsuzluğun klinik karşılığı, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (DSM) baskıları boyunca transseksüalizmden cinsel kimlik bozukluğuna, ardından cinsiyet hoşnutsuzluğuna evrilmiştir. Bu terminolojik dönüşüm, klinik odağın kimliğin kendisinden kimliğe eşlik eden sıkıntıya kaydığını göstermektedir. Söz konusu sıkıntıya yönelik tıbbi ve cerrahi müdahaleler, 1979'dan bu yana Dünya Profesyonel Transgender Sağlığı Birliği (WPATH) tarafından yayımlanan Bakım Standartları ile uluslararası bir çerçeveye kavuşmuştur (1). Ancak bu standartların uygulandıkları ülkenin yasal düzenlemelerine ve sağlık sistemine uyarlanması gerekmektedir.

Türkiye'de cinsiyet değişikliğine erişim, Türk Medeni Kanunu uyarınca 18 yaşını doldurmuş ve evli olmayan bireylerle sınırlıdır ve mahkeme iznine bağlıdır. Bu yasal çerçeve, psikiyatrik değerlendirmeyi sürecin hem başlangıcında hem de karar noktalarında belirleyici kılmaktadır. Kocaeli Üniversitesi (KOÜ) Cinsiyet Hoşnutsuzluğu Birimi; psikiyatri, endokrinoloji, üroloji, jinekoloji, plastik cerrahi, kulak burun boğaz ve tıbbi genetik bölümlerinin tek kurumda ve ortak bir konsey yapısı içinde çalıştığı bir model olarak bu uyarlamanın bir örneğini sunmaktadır.

Psikiyatrik değerlendirme, trans bireylerin ayrımcılık deneyimlerine bağlı olarak sağlık hizmetlerine ihtiyatlı yaklaşabildikleri göz önünde bulundurularak olumlayıcı ve yargısız bir iletişim zemininde yürütülmektedir. Ayrıntılı öykünün yanı sıra gerçeği değerlendirme yetisini bozan durumlar, kimlik karmaşası ve cinsel yönelime ilişkin sorunlar ayırıcı tanıda ele alınmaktadır. Eş tanıların taranması bu aşamanın merkezinde yer alır; dört Avrupa ülkesini kapsayan çok merkezli bir çalışmada başvuranların %38'inde güncel, yaklaşık %70'inde yaşam boyu en az bir psikiyatrik tanı saptanmış, bunların başında duygudurum ve kaygı bozuklukları gelmiştir (2). Damgalanma ve azınlık stresiyle ilişkilendirilen bu yük, özkıyım riskinin her başvuruda sistematik olarak değerlendirilmesini gerektirmektedir. Eş tanı tek başına bir dışlama ölçütü değildir; tedavi ile kontrol altına alındığında süreç sürdürülebilmektedir. Değerlendirmeyi izleyen dönemde birey, en az altı aylık gerçek yaşam deneyimi boyunca bireysel ya da grup görüşmeleriyle izlenmekte ve ardından hormon onay raporu düzenlenmektedir. Hormon tedavisi altında en az bir yıllık psikiyatrik ve endokrinolojik izlemin ardından cerrahi onay raporu verilmekte, operasyon sonrasında düzenlenen nihai sağlık kurulu raporu ile nüfus kaydının düzeltilmesi süreci tamamlanmaktadır. Aile toplantıları, bu süreç boyunca tedavi sonuçlarını destekleyen bir bileşen olarak yer almaktadır.

Cinsiyet uyum tedavisinin disforiyi azalttığı, psikolojik işlevselliği ve yaşam kalitesini artırdığı gösterilmiştir (3). Bununla birlikte damgalanma ve ayrımcılığın tedaviyle sona ermemesi ve ömür boyu sürecek hormon kullanımına bağlı tromboembolik, metabolik ve duygudurumsal riskler ile ilaç etkileşimleri, psikiyatrik izlemin süreç tamamlandıktan sonra da sürdürülmesini gerekli kılmaktadır. Tüm bu süreçte psikiyatrinin rolü uyum arttırıcılığı nedeniyle kritiktir.

Kaynaklar

1. Coleman E, Radix AE, Bouman WP, et al. Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8. Int J Transgend Health. 2022;23(Suppl 1):S1–S259.
2. Heylens G, Elaut E, Kreukels BPC, et al. Psychiatric characteristics in transsexual individuals: multicentre study in four European countries. Br J Psychiatry. 2014;204(2):151–156.
3. Murad MH, Elamin MB, Garcia MZ, et al. Hormonal therapy and sex reassignment: a systematic review and meta-analysis of quality of life and psychosocial outcomes. Clin Endocrinol (Oxf). 2010;72(2):214–231.

CİNSİYET DİSFORİSİNDE GÜNCEL YAKLAŞIMLAR VE KLİNİK YANSIMALAR

Fatma Seher KOCAAYAN

Cinsiyet disforisi ve cinsiyet uyumsuzluğuna ilişkin klinik yaklaşımlar, son yıllarda bilimsel literatürde ve sağlık hizmetleri alanında yoğun biçimde ele alınmaktadır. Tanısal sınıflandırmalardaki değişiklikler, artan klinik deneyim, araştırma bulguları ve farklı sağlık sistemlerinde geliştirilen uygulamalar, değerlendirme ve izlem süreçlerinin yeniden ele alınmasını beraberinde getirmiştir.

Güncel yaklaşımlarda, bireyin yaşadığı sıkıntının, işlevselliğin, ruhsal gereksinimlerin ve kişisel özelliklerin bütüncül biçimde değerlendirilmesi ön plana çıkmaktadır. ICD-11'de cinsiyet uyumsuzluğunun ruhsal bozukluklar başlığı dışına alınması da bu alandaki kavramsal değişimin önemli örneklerinden biridir. Bununla birlikte, özellikle gençlere yönelik bakım modelleri, tıbbi ve psikososyal yaklaşımlar, uzun dönem sonuçlar, mevcut kanıtların niteliği ve klinik uygulamaların nasıl yapılandırılması gerektiği konusunda bilimsel tartışmalar devam etmektedir.

Bu sunumda, cinsiyet disforisine ilişkin güncel yaklaşımlar farklı bakış açıları ve mevcut bilimsel veriler çerçevesinde ele alınacaktır. Klinik değerlendirmede eşlik eden psikiyatrik durumların ve ayırıcı tanıların göz önünde bulundurulması, bireysel gereksinimlerin değerlendirilmesi, bilgilendirilmiş karar verme süreçleri, psikoterapinin yeri ve uzun dönem izlemin önemi tartışılacaktır. Ayrıca damgalanma, ayrımcılık ve sağlık hizmetlerine erişim gibi psikososyal etkenlerin ruh sağlığı üzerindeki olası etkilerine değinilecektir.

Psikiyatri pratiğinde temel amaç; bireyin gereksinimlerini, klinik özelliklerini ve içinde bulunduğu psikososyal koşulları dikkate alan, etik ilkeler ve güncel bilimsel bilgi doğrultusunda yürütülen kapsamlı bir değerlendirme sürecinin sağlanmasıdır. Multidisipliner iş birliği, bireyselleştirilmiş yaklaşım ve düzenli izlem bu sürecin önemli bileşenleri arasında yer almaktadır.

Kaynaklar

1. World Health Organization. International Classification of Diseases, 11th Revision (ICD-11). Geneva: WHO; 2019.
2. Kulatunga Moruzi C, Sim P, Mitchell I, Palmer D, Joffe AR. The Cass Review and gender-related care for young people in Canada: a commentary on the Canadian Paediatric Society position statement on transgender and gender-diverse youth. Arch Sex Behav. 2025;54(10):3743-3761. doi:10.1007/s10508-025-03335-8.

ŞİZOFRENİDE İNTİHAR DAVRANIŞI

Ferdi KÖŞGER

İntihar, bireyin yaşamına son verme amacıyla gerçekleştirdiği ve ölümle sonuçlanan davranış olarak tanımlanmaktadır. Şizofrenide intihar davranışı sonucu yaşam kaybı % 5-10 gibi oldukça yüksek bir oranda görülmektedir. Yine, şizofreni tanılı hastaların %25 - 50'sinin yaşamları boyunca en az bir kez intihar girişiminde bulunduğu bilinmektedir. Şizofrenide intihar davranışı ile ilişkili en önemli klinik risk faktörlerinden biri geçmiş intihar girişimi öyküsüdür. Bu yönüyle şizofrenide her intihar girişimi ciddiyetle ele alınmalıdır. İntihar davranışı ile ilişkili şizofrenide yaş, cinsiyet, hastalık süresi, depresif belirtiler, içgörü düzeyi, hastane yatış öyküsü ve klinik belirtilerin şiddeti gibi diğer risk faktörleri de tanımlanmıştır. Özellikle hastalığın erken dönemlerinde ve ilk psikotik atağı izleyen yıllarda intihar riskinin daha yüksek olduğu belirtilmektedir. Şizofrenide ektanı olarak bulunan depresyon umutsuzluk, geleceğe yönelik olumsuz beklentiler ve çaresizlik duyguları ile birlikte intihar riskini arttırmaktadır. Şizofreni tanısına ek olarak alkol ve madde kullanım bozukluklarının bulunması dürtüselliği artırma, yargılama becerisini bozma ve psikotik belirtilerin şiddetlenmesine yol açma nedeniyle intihar riski ile ilişkili olarak değerlendirilmektedir. Klinik bulgular açısından değerlendirildiğinde, perseküsyon sanrıları ve komut veren işitsel varsanılar gibi pozitif belirtiler, bireyin tehdit altında olduğu algısını güçlendirerek intihar davranışına yatkınlığı artırabilmektedir. Negatif belirtiler ile intihar davranışı ilişkisi ise daha karmaşıktır. Düşük negatif belirti şiddetinin intihar riskini arttırabileceğinin yanında uzun süreli negatif belirtilerin neden olduğu sosyal geri çekilme ve işlev kaybının intihar davranışına dolaylı katkı sağlayabileceği de bildirilmektedir. Hastalık öncesi işlevsellik düzeyi daha yüksek olan hastalarda hastalığın yol açtığı değişimlerin ve kayıpların daha fazla fark edilmesi ile ilişkili olarak intihar riskinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Tedavisiz geçen süre, tekrarlayan atak dönemleri diğer klinik risk faktörlerini oluşturmaktadır. Psikososyal risk faktörleri açısından bakıldığında yeterli aile desteğinin olmaması, yalnızlık, sosyal izolasyon, damgalama şizofrenide intihar açısından dikkat çekici durumlardır.

Şizofrenide intihar davranışını önlemede düzenli takip ve tedavilerin planlanması, psikososyal risk faktörlerinin de en az ilaç tedavisinin önemi kadar dikkate alınması ve sosyal işlevlerin desteklenmesi önemli yaklaşımlardır.

BİPOLAR BOZUKLUKTA İNTİHAR SIKLIĞI VE İNTİHARA YAKLAŞIM: SOSYAL MEDYANIN ROLÜ

Filiz İZCİ

Bipolar bozukluk, intihar davranışı açısından yüksek risk taşıyan psikiyatrik bozukluklardan biridir. Meta-analitik veriler, bipolar bozukluğu olan bireylerin yaklaşık üçte birinin yaşamları boyunca en az bir intihar girişiminde bulunduğunu göstermektedir. İntihar riski yalnızca bipolar I bozuklukla sınırlı değildir; güncel çalışmalar bipolar II bozuklukta da tamamlanmış intihar riskinin bipolar I bozukluğa benzer olduğunu ortaya koymaktadır. İntihar davranışı tek bir etkene indirgenemeyen, dinamik ve çok boyutlu bir süreçtir. Geçmiş intihar girişimi, depresif dönemler, karma özellikler, hızlı döngülülük, eşlik eden madde kullanım bozuklukları, umutsuzluk ve yetersiz sosyal destek klinik değerlendirmede dikkate alınması gereken faktörler arasındadır. Bu nedenle intihar riskinin yalnızca tanı anında değil, hastalığın seyri boyunca ve özellikle klinik durumdaki değişikliklerde yeniden değerlendirilmesi önem taşımaktadır.

Dijitalleşmeyle birlikte sosyal medya, intihar davranışının değerlendirilmesi ve önlenmesinde yeni bir alan oluşturmuştur. Sosyal medya bir yandan sosyal destek, deneyim paylaşımı, yardım arama davranışının teşviki ve ruh sağlığı hizmetlerine erişim açısından fırsatlar sunarken; diğer yandan intiharın romantize edilmesi, yöntemlere ilişkin ayrıntılı içerikler ve kontrolsüz bilgi paylaşımı yoluyla kırılgan bireylerde olumsuz etkiler oluşturabilir. Güncel sistematik derlemeler sosyal medyada hem intihar davranışının yayılımıyla ilişkilendirilen Werther etkisinin hem de krizle baş etme, umut ve iyileşme öykülerinin koruyucu etkisini ifade eden Papageno etkisinin görülebileceğini bildirmektedir.

Bipolar bozuklukta sosyal medya kullanımına ilişkin güncel veriler henüz sınırlıdır ve nedensel sonuçlar çıkarmaya yeterli değildir. Sonuç olarak intiharı önleme yaklaşımı; düzenli risk değerlendirmesi, uygun farmakolojik ve psikososyal tedavi, güvenlik planlaması ve dijital ortamda sorumlu, damgalamayan ve yardım aramayı destekleyen iletişimi birlikte içermelidir.

Anahtar kelimeler: Bipolar bozukluk, intihar, intihar girişimi, sosyal medya, Werther etkisi, Papageno etkisi.

Kaynaklar

1. Prevalence of suicide attempts in bipolar disorder: a systematic review and meta-analysis of observational studies. Epidemiol Psychiatr Sci. 2019;29:e63.
2. Comparing suicide completion rates in bipolar I versus bipolar II disorder: a systematic review and meta-analysis. J Affect Disord. 2024;361:480–488.
3. Evaluation of Social Media Use in Bipolar Disorder in Terms of Past Suicide Attempts and Its Impact on Quality of Life. J Nerv Ment Dis. 2025;213(9):241–246.
4. Social media influencers and the Papageno effect: Experimental evidence for the suicide-preventive impact of social media posts on hope, healing, and recovery.Soc Sci Med. 2025;370:117852.

GEBELİKTE CİNSELLİĞİ ETKİLEYEN PSİKİYATRİK FAKTÖRLER

Filiz İZCİ

Gebelik; biyolojik ve hormonal değişimlerin yanı sıra ruhsal, ilişkisel ve sosyokültürel dönüşümlerin yaşandığı özgün bir yaşam dönemidir. Bu süreçte cinsel istek, uyarılma, orgazm, cinsel doyum ve cinsel ilişki sıklığında değişiklikler görülebilir. Gebelikte cinsel işlevde ortaya çıkan değişiklikler yalnızca fizyolojik ve obstetrik etkenlerle açıklanamaz; depresyon, anksiyete, stres, beden algısındaki değişiklikler, gebeliğe özgü korkular ve çift ilişkisinin niteliği cinsel sağlığın önemli psikiyatrik ve psikososyal belirleyicileridir.

Güncel sistematik derleme ve meta-analizler, gebelik döneminde cinsel işlev bozukluğu ve cinsel sıkıntının yaygın olduğunu göstermektedir. Cinsel işlevin gebeliğin ilerleyen dönemlerinde daha fazla etkilenebildiği; psikolojik sıkıntı, depresif ve anksiyete belirtileri ile cinsel işlev arasında anlamlı ilişkiler bulunduğu bildirilmektedir. Depresyon; cinsel istekte ve haz alma kapasitesinde azalma, enerji kaybı, olumsuz benlik algısı ve kişilerarası geri çekilme aracılığıyla cinselliği etkileyebilir. Anksiyete ve gebeliğe özgü kaygılar ise fetüse zarar verme, düşük veya erken doğuma neden olma korkusu gibi düşünceler üzerinden cinsel yakınlıktan kaçınmaya yol açabilir. Gebelik sırasında kilo ve vücut biçimindeki değişiklikler, beden imgesi ve cinsel benlik algısını etkileyebilir. Olumsuz beden algısı cinsel özgüvenin ve cinsel doyumun azalmasıyla ilişkili olabilir. Bunun yanında partner desteği, ilişki doyumu, duygusal yakınlık ve çiftler arasındaki açık iletişim cinsel sağlığın korunmasında önemli rol oynamaktadır. Psikiyatrik tedavi alan gebelerde psikofarmakolojik tedavilerin, özellikle serotonerjik antidepresanların cinsel işlev üzerindeki olası etkileri de değerlendirilmelidir.

Sonuç olarak gebelikte cinsel sağlık; biyolojik, psikiyatrik ve ilişkisel faktörlerin karşılıklı etkileşimi içinde ele alınmalıdır. Antenatal değerlendirmede cinsel sağlığın rutin olarak sorgulanması; depresyon, anksiyete, beden algısı, gebeliğe ilişkin korkular ve çift ilişkisinin değerlendirilmesi, bütüncül perinatal ruh sağlığı yaklaşımının önemli bir bileşenidir.

Anahtar kelimeler: Gebelik, cinsel işlev, cinsel sağlık, beden algısı, çift ilişkisi

Kaynaklar

1. Prevalence rates of sexual distress during pregnancy and influencing factors: a systematic review and meta-analysis.J Sex Med.2026;23(7):qdag179.
2. Prevalence of sexual dysfunctions in pregnant women and the correlated factors: a systematic review and meta-analysis. J Sex Med.2023;20(4):475–487.
3. Relationship Satisfaction and Body Image-Related Quality of Life as Correlates of Sexual Function During Pregnancy: A Systematic Review.Healthcare. 2025;13(23):3020.

HEKİMLERDE İNTİHAR/HEKİM İNTİHARLARI

Filiz ÖZSOY

Hekim intiharları, halk sağlığı ve meslek sağlığı alanında küresel ölçekte ciddi bir kriz olarak değerlendirilen, çok faktörlü bir olgudur. Hekimlerde intihar girişimlerinin son yıllarda artması da dikkat çekicidir. Hekim intiharları için temel risk faktörleri şu şekilde sıralanabilir (1,2):

1. Tükenmişlik ve Aşırı İş Yükü: Uzun nöbet saatleri, uykusuzluk, yoğun hasta temposu ve idari bürokrasi, kronik strese ve tükenmişlik sendromuna (burnout) yol açar.
2. Sağlıkta Şiddet ve Malpraktis Baskısı: Hastalardan veya hasta yakınlarından gelen sözel/fiziksel şiddet tehdidi ve malpraktis davalarının getirdiği hukuki/maddi kaygılar mesleki yıpranmayı artırır.
3. Yardım Arama Engelleri ve Stigma: Hekimler arasında psikolojik destek almak çoğunlukla "zayıflık" olarak görülür. Tıbbi lisansın zarar görmesi veya mesleki itibar kaybı korkusu, psikiyatrik yardım almanın önüne geçer.
4. İntihar Araçlarına Kolay Erişim: Mesleki bilgi ile erişim kolaylığı, hekimlerdeki intihar girişimlerinin maalesef daha yüksek oranla ölümle sonuçlanmasına neden olur.

Yapılan araştırmalarda hem kadın hem erkek hekimlerde intihar oranlarının genel toplumdan yüksek olduğu bildirilmiştir (3-8). Kadın ve erkek hekimler arasında intihar oranları ise birbirine benzer rakamlar bildirilmektedir. Branşlar arası farklılıklar dikkat çekmektedir; anestezi, psikiyatri ve acil tıp önde gelen branşlar olarak sıralanabilir (3-5)

Sonuç olarak insan sağlığını korumak, iyileştirmek adına eğitim alan ve çalışan hekimlerin intiharları hem bireysel olarak hem sağlık sistemleri ve toplum adına düşündürücüdür. Hekimlerin maruz kaldığı iş yükü, tükenmişlik, stres gibi önlenebilir nedenlerin daha hızlı tespiti için çözüm geliştirilmesi için iyi olacaktır. Ayrıca; hekimlerin çalışma koşullarının iyileştirilmesi (nöbet saatlerinin düzenlenmesi, adil iş yükü dağılımı ve sağlıkta şiddete karşı etkin yasal yaptırımlar) ve hekimlerin ruh sağlığını desteklemek için daha etkin yöntemler, programlar geliştirilmelidir. Hekim intiharlarını azaltmaya yönelik önlemlerin belirlenebilmesi için üzerinde daha fazla araştırma yapılması gerekmektedir.

Kaynaklar

1. Patterson PD, Weaver MD, Frank R, et al. Association between poor sleep, fatigue, and safety outcomes in emergency medical services providers. Prehospital Emergency Care. 2012;16(1): 86-97. doi:10.3109/10903127.2011.616261
2. Dutheil F, Aubert C, Pereira B, et al. Suicide among physicians and health-care workers: A systematic review and meta-analysis. PloS One. 2019;14(12). doi.org/10.1371/journal.pone.0226361e0226361
3. Sağlık istatistiği yıllığı 2022.[Online]. https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/48054/0/siy202205042024pdf.pdf. [Acessed:25 th June 2023].
4. Duarte D, El-Hagrassy MM, e Couto TC, et al. Male and female physician suicidality: a systematic review and meta-analysis. JAMA Psychiatry. 2020; 77(6): 587-597. doi:10.1001/jamapsychiatry.2020.0011 10.
5. Duarte D, El-Hagrassy MM, Couto T, et al. Physician suicide demographics and the COVID-19 pandemic. Brazilian Journal of Psychiatry. 2022;44:124-135. doi:10.1590/1516-4446-2021-1865.
6. Kalmoe M, Chapman MB, Gold JA, et al. Physician suicide: a call to action. Missouri Medicine. 2019; 116(3):211.
7. Das N, Khar P, Karia S, et al. Suicide among Health Care Professionals—An Indian Perspective. In: Healthcare. MDPI, 2022. p. 354. doi:10.3390/healthcare10020354
8. Vural T. Ciddi öncelikli, önlenebilir, bir halk sağlığı sorunu: ölümle sonuçlanan hekim intiharları.

KOMORBİD ANKSİYETE VE DİRENÇLİ DEPRESYONDA TEDAVİ STRATEJİLERİ: KİME, NE ZAMAN, HANGİ YAKLAŞIM?

Filiz ÖZSOY

Komorbid anksiyete ile seyreden dirençli depresyon (TRD - Treatment-Resistant Depression), klinik psikiyatride en zorlu tablolardan biridir. Anksiyete komorbiditesi, depresyonun tedaviye yanıtını düşürür, intihar riskini artırır ve intoleransı/yan etki duyarlılığını belirginleştirir (1-3). Bu tablonun yönetiminde (4-6);

1. Tanısal Doğrulama ve Yanıt Öncesi Değerlendirme (Ne Zaman?)

Farmakoterapiyi değiştirmeden önce şu adımlar atılmalıdır:

- Gerçek Direnç Mi? Yetersiz doz, yetersiz süre (en az 4-8 hafta) veya uyum bozukluğu,
- Tıbbi/Etiyolojik Tarama: Troid disfonksiyonu, B12/D vitamini eksikliği, obstrüktif uyku apnesi veya madde/alkol kullanımı,
- Eşlik Eden Tablo: Yaygın Anksiyete Bozukluğu, Panik Bozukluk, Obsesif Kompulsif Bozukluk, ve olası Bipolar bozukluk, Kişilik Bozukluğu

2. Farmakoterapi Stratejileri:

A. Doz artışı-bekleme ya da Değişim

- SSRI / SNRI Değişimi: Bir diğer SSRI'a, ya da SSRI-SNRI değişim
- Atipik Ajanlar: Vortioxetin, Vilazodone değşimi

B. Güçlendirme (Augmentation) Tedavileri

1. Atipik Antipsikotikler (Düşük Doz):

o Ketiapin (XR 50–150 mg): Hem dirençli depresyonda güçlendirme hem de anksiyete/uyku bozukluğunda oldukça etkilidir.

o Aripiprazol / Brexpiprazole: Tolerabilitesi yüksek bir diğer seçenek.

2. Atipik Anksiyolitikler ve Antikonvülzanlar:

o Pregabalin / Gabapentin / Buspiron: SSRI/SNRI yanına eklenerek 5-HT1A agonizması üzerinden anksiyeteyi ve depresif direnci kırabilir.

3. Lityum: Özellikle intihar riski yüksek veya affektif dalgalanması olan TRD hastalarında altın standart güçlendirme ajanlarındandır.

C. Hızlı Etkili Yaklaşımlar ve Yeni Nesil Tedaviler

Geleneksel monoaminerjik tedavilere yanıt alınamadığında:

- Esketamin (Nasal Spray) / Ketamin (IV) / Psilositibin/Gelişmekte olan Psychedelic Tedaviler:

3. Girişimsel/Nöromodülasyon Yaklaşımları (Kime?)

Ağır direnç gösteren, çoklu ilaç intoleransı olan veya hızlı yanıt gereken hastalara uygulanır:

- rTMS (Tekrarlayan Transkraniyal Manyetik Stimülasyon) ya da EKT (Elektrokonvülsif Terapi):

4. Psikoterapi ve Yaşam Tarzı (Bütüncül Yaklaşım)

Farmakoterapi ile beraber daha etkili sonuçlar elde edilecektir:

Sonuç olarak; majör depresif bozukluğu komorbid ankiyete bozukluklarının varlığında tedavi oldukça zorlayıcı olmaktadır. Öncelikle direncin ve komorbiditenin doğru şekilde tanınması ardından hastaya özel seçimler geliştirilmelidir.

Kaynaklar

1. Kafes, A. Y. (2021). Depresyon ve anksiyete bozuklukları üzerine bir bakış. Humanistic Perspective, 3(1), 186-194.
2. Karamustafalıoğlu, O., & Yumrukçal, H. (2011). Depresyon ve anksiyete bozuklukları. Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni, 45(2), 65-74.
3. Aydin, H., & Tamam, L. (2005). Anksiyöz depresyon: Bir depresyon alt grubu mu. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 6(3), 177-187.
4. Lam, R. W., Kennedy, S. H., Adams, C., Bahji, A., Beaulieu, S., Bhat, V., ... & Milev, R. V. (2024). Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2023 Update on Clinical Guidelines for Management of Major Depressive Disorder in Adults: Réseau canadien pour les traitements de l'humeur et de l'anxiété (CANMAT) 2023: Mise à jour des lignes directrices cliniques pour la prise en charge du trouble dépressif majeur chez les adultes. The Canadian Journal of Psychiatry, 69(9), 641-687.
5. Gaynes, B. (2008). The STAR* D study: treating depression in the real world. Cleveland Clinic journal of medicine.
6. McIntyre, R. S., Alsuwaidan, M., Baune, B. T., Berk, M., Demyttenaere, K., Goldberg, J. F., ... & Maj, M. (2023). Treatment-resistant depression: definition, prevalence, detection, management, and investigational interventions. World psychiatry, 22(3), 394-412.

ALKOL KULLANIM BOZUKLUĞUNDA RELAPSI ÖNLEMEK MÜMKÜN MÜ? GÜNCEL VE YENİLİKÇİ YAKLAŞIMLAR

Fulya ÖZBEK AKBAŞ

Alkol kullanım bozukluğunda tedavinin en zorlayıcı basamaklarından biri detoks tedavisinin sağlanması değil, sürdürülebilmesidir. Relaps çoğu zaman tedavi başarısızlığı olarak algılansa da, gerçekte ilk içkiyle aniden başlayan klinik bir durum değildir. Craving artışı, uyku bozukluğu, stres yükünde artış, sosyal geri çekilme ve alkolle ilişkili çevresel tetikleyicilere maruziyet gibi erken belirtiler relapstan günler, hatta haftalar önce ortaya çıkabilir. Ancak relapsın klinik önemi ve özellikle relaps öncesi dönem, sadece yeniden alkol kullanımı üzerinden değerlendirildiğinde olduğundan düşük algılanabilmektedir.

Güncel bağımlılık modelleri relapsı; ödül sistemi, stres yanıtı, craving, çevresel faktörler ve yürütücü kontrol mekanizmalarının etkileşimi sonucunda gelişen dinamik ve potansiyel olarak öngörülebilir bir süreç olarak ele almaktadır. Bu bakış açısı, relaps riskinin erken dönemde tanınması ve ağır içmeye dönüşün önlenmesine odaklanılmasını gerektirmektedir.

Farmakolojik tedavide naltrekson ve akamprosat güçlü kanıta sahip seçenekler arasında yer alırken; topiramat, gabapentin, baklofen ve nalmefen belirli hasta gruplarında değerlendirilebilmektedir. Farmakoterapinin bilişsel davranışçı terapi, motivasyonel müdahaleler, relaps önleme programları ve mindfulness temelli yaklaşımlarla bütünleştirilmesi tedavi etkinliğini artırabilecek çok boyutlu bir yaklaşım sunmaktadır.

Son yıllarda GLP-1 reseptör agonistleri, özellikle semaglutid ile yürütülen çalışmalar literatürde dikkat çekmektedir. Dijital müdahaleler, akıllı telefon tabanlı izlem, anlık değerlendirme ve çeşitli müdahaleler ise relaps riskinin gerçek zamanlı olarak saptanmasına yönelik yeni olanaklar sağlamaktadır. Psilosibin destekli psikoterapi ve nöromodülasyon yöntemleri de umut verici olmakla birlikte mevcut kanıtlar henüz rutin klinik kullanım için yeterli değildir.

Bu sunumda, relapsın güncel nörobiyolojik ve klinik modeli üzerinden mevcut tedaviler, gelişmekte olan yaklaşımlar ve kişiselleştirilmiş relaps önleme stratejileri tartışılacaktır. Amaç, relapsı "başarısızlık" olarak değil, öngörülebilir, yönetilebilir ve müdahale edilebilir bir süreç olarak yeniden değerlendirmektir.

DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞUNDA DUYUSAL İŞLEMLEME GÜÇLÜKLERİ

Gizem ÖZTÜRKCİ

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) sıklıkla dikkat ve yürütücü işlev bozuklukları ekseninde ele alınsa da; klinik kanıtlar duyusal işlemleme güçlüklerinin tablonun temel nörobiyolojik bileşenlerinden biri olduğunu ortaya koymaktadır. DEHB'li bireylerde prefrontal kortekse ulaşan gereksiz çevresel uyaranların filtrelenmesini sağlayan sensorimotor geçitleme (sensorimotor gating / prepuls inhibisyonu) mekanizması belirgin derecede zayıftır. Difüzyon tensör görüntüleme (DTI) bulguları, korpus kallozumdaki mikro-yapısal alterasyonların hemisferler arası bilgi aktarımını yavaşlatarak duyusal entegrasyonu bozduğunu doğrulamaktadır.

Dunn'ın Duyusal İşlemleme Modeli ve AASP (Adolesan/Yetişkin Duyu Profili) ölçeği çerçevesinde DEHB vakaları incelendiğinde; duyusal arayış/aşerme (SC) ve düşük yanıtlılığın (SUR) amigdala ve striatum gibi limbik devrelerle; duyusal aşırı yanıtlılığın (SOR) ise diensefalon ve dopaminerjik yolaklarla ilişkili olduğu saptanmıştır. Nitekim Suriano ve ark. (2024) tarafından yapılan güncel araştırmalar, DEHB'li bireylerin yalnızca görsel ve işitsel değil, propriyoseptif ve taktil tüm modalitelerde kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek atipik duyusal sapmalar sergilediğini göstermektedir.

Bu duyusal düzensizlik; yetişkin yaşamında açık ofis stresi, duyusal aşırı yüklenme (sensory overload), ilişkisel tükenmişlik ve akut "savaş ya da kaç" reaksiyonlarına yol açabilmektedir. Ayırıcı tanıda otizm spektrumundaki (OSB) aşinalık ve rutin arayışına karşın, DEHB'deki duyusal arayışın temelinde yenilik ihtiyacı (novelty seeking) ve dopamin eksikliğini kompanse etme çabası yatar.

Klinik pratikte stimülan tedavisi (metilfenidat) filtreleme kapasitesini artırırken; ergoterapi temelli yaklaşımlar, AASP ile profil haritalama ve kişiselleştirilmiş "duyusal diyet" protokolleri (propriyoseptif girdiler, gürültü engelleyiciler, duyusal molalar) kritik rol oynar. Amaç, nöroçeşitlilik ekseninde sinir sistemini "sakin-uyanık" (calm-alert) aralıkta stabilize ederek yaşam kalitesini artırmaktır.

DİRENÇLİ DEPRESYONDA EŞLİK EDEN ANKSİYETE BOZUKLUKLARI: TANISAL GÜÇLÜKLER VE KLİNİK DEĞERLENDİRME

Gülay TAŞCI

Dirençli depresyon (TRD), yeterli doz ve süre-de uygulanan uygun antidepresan tedavilere rağmen yeterli klinik yanıt veya remisyon sağ-lanamaması ile karakterize, tanısal ve tedavi açısından güçlükler barındıran heterojen bir klinik durumdur. Bununla birlikte, TRD tanısı konulmadan önce psödo-direnceyol açabilecek etkenlerin sistematik biçimde değerlendirilmesi gerekmektedir. Yetersiz tedavi dozu veya süresi, tedavi uyumsuzluğu, yanlış tanı, farma-kokinetik sorunlar ve eşlik eden psikiyatrik ya da tıbbi hastalıklar bu süreçte özellikle dikkate alınmalıdır.

Depresyona eşlik eden anksiyete belirtileri ve anksiyete bozuklukları, tedavi yanıtını ve remisyona ulaş-mayı güçleştiren önemli klinik özellikler arasındadır. Anksiyete bozukluğu eştanısının depresyonda teda-viye yanıtsızlık açısından güçlü bir yordayıcı olduğu; belirgin anksiyöz belirtilerin ise remisyona ulaşama-ma ile ilişkili olduğu bildirilmiştir. Bu nedenle depre-sif belirtilerin tedaviye rağmen sürmesi durumunda, yalnızca antidepresan tedavinin yetersizliği üzerinde durmak yerine eşlik eden anksiyete bozukluklarının varlığı ve yeterince tedavi edilip edilmediği yeniden değerlendirilmelidir.

Tanısal açıdan temel güçlüklerden biri, depresyo-nun kendi içerisinde görülebilen endişe, huzursuzluk, irritabilite, uyku ve konsantrasyon sorunları ile ba-ğımsız bir anksiyete bozukluğunun birbirinden ayrıl-masıdır. Bu ayrımın yapılabilmesi için anksiyete be-lirtilerinin başlangıç zamanı, sürekliliği, tetikleyicileri, kaçınma davranışları ve depresif epizoddan bağımsız olarak ortaya çıkıp çıkmadığı ayrıntılı biçimde sorgu-lanmalıdır. Özellikle yaygın anksiyete bozukluğu, pa-nik bozukluğu, sosyal anksiyete bozukluğu, obsesif-kompulsif bozukluk ve travma sonrası stres bozukluğu açısından sistematik değerlendirme yapılması klinik açıdan önem taşımaktadır.

TRD değerlendirmesinde depresyon tanısının doğ-rulanması da kritik bir basamaktır. Bipolar depresyon, psikotik özellikler veya farklı depresyon alt tiplerinin gözden kaçırılması tedaviye yanıtsızlık şeklinde yo-rumlanabilecek klinik tablolara yol açabilir. Ayrıca anksiyete bozuklukları yanında madde kullanım bo-zuklukları, kişilik bozuklukları, tıbbi komorbiditeler ve psikososyal stresörler de değerlendirilmelidir. Depres-yon tanısının doğrulanması, eşlik eden durumların değerlendirilmesi, tedavi doz ve süresinin yeterliliğinin kontrol edilmesi, tedavi uyumunun değerlendirilmesi, psikososyal faktörlerin gözden geçirilmesi ve uygun laboratuvar incelemelerinin yapılması en doğru yak-laşımdır.

Klinik değerlendirmede yapılandırılmış tanısal gö-rüşmelerin yanı sıra depresif belirtilerin şiddeti, işlev-sellik ve yaşam kalitesinin birlikte değerlendirilmesi önemlidir. SCID ve MINI tanısal değerlendirmede; MADRS, HAM-D ve QIDS-SR depresif belirtilerin iz-lenmesinde; SDS ise işlevselliğin değerlendirilmesinde kullanılabilecek araçlar olarak öne çıkmaktadır. Böyle-ce yalnızca semptomatik yanıtın değil, remisyon ve iş-levsel iyileşmenin de değerlendirilmesi mümkün olur.

Sonuç olarak, dirençli depresyonda eşlik eden ank-siyete bozukluklarının tanınması, yalnızca komorbid bir psikiyatrik durumun belirlenmesi açısından değil, gerçek tedavi direnci ile psödo-direncin ayrıştırılması açısından da önemlidir. TRD tanısı koymadan önce depresyon tanısının doğrulanması, anksiyete ve diğer komorbiditelerin sistematik olarak değerlendirilmesi, tedavinin doz-süre ve uyum açısından yeterliliğinin doğrulanması ve tedavi hedefinin yalnızca yanıt değil, remisyon ve işlevsel iyileşme olarak belirlenmesi temel klinik yaklaşımı oluşturmalıdır.

Kaynaklar

1. Fiorillo A et al. TRD: epidemiology, clinic, burden and treat-ment. Front Psychiatry. 2025;16:1588902
2.] Murphy JA et al. Conceptualisation and risk factors associa-ted with TRD. Depress Res Treat. 2017;2017:4176825
3. EMA. Clinical Investigation of Medicinal Products in the Treat-ment of Depression. 2018.
4. Gabriel FC et al. Guidelines' recommendations for TRD: syste-matic review. PLoS One. 2023;18(2):e0281501
5. Rush AJ et al. (STAR*D). Acute and Longer-Term Outcomes in Depressed Outpatients. Am J Psychiatry. 2006.

CİNSİYET DİSFORİSİNDE GRUP PSİKOTERAPİSİ UYGULAMALARI: DESTEK VE KLİNİK DENEYİM

Hanife YILMAZ ABAYLI

Cinsiyet disforisi yaşayan bireylerin karşılaştığı güçlükler yalnızca bedensel uyum sürecine ilişkin değildir; damgalanma, ayrımcılık, aile ve sosyal çevreden dışlanma, eğitim ve çalışma yaşamındaki engeller ile hukuki süreçlerin yükü, azınlık stresi kavramıyla açıklanan belirgin bir ruhsal yüke yol açar. WPATH SOC-8 psikoterapiyi tıbbi müdahaleler için bir önkoşul olarak tanımlamamakla birlikte, erişilebilir ve destekleyici psikososyal hizmetin önemini vurgular. Grup psikoterapisi bu desteğin sunulmasında ayrıcalıklı bir konuma sahiptir: kişinin yalnız olmadığını görmesi, akran desteği, rol model edinme, umudun paylaşılması ve deneyimin aktarılması, bireysel terapide aynı biçimde oluşmayan iyileştirici etkenlerdir.

Konuşmada, Kocaeli Üniversitesi Cinsiyet Kimliği Birimi'nde psikiyatri yönetimindeki multidisipliner izlem içinde yirmi yılı aşkın süredir yürütülen grup uygulaması, kurulum ve işleyiş ayrıntılarıyla aktarılacaktır. Ayda bir kez, açık grup niteliğinde ve geçiş sürecinin farklı aşamalarındaki katılımcılarla yürütülen oturumlarda; cinsiyet kimliği ve cinsel yönelime dair temel kavramlar, hormonal ve cerrahi tedavilerin etkileri, cinsel yaşantı ve üreme, aile ilişkileri, damgalanmayla baş etme, yasal süreçler ve haklar, kişisel güvenlik ile iş ve eğitim yaşamına ilişkin sorun çözme becerileri ele alınmaktadır. Tercih edilen ad ve zamirlerin tutarlı kullanıldığı grup ortamı, gerçek yaşam deneyiminin ve içselleştirilmiş transfobinin çalışılabildiği güvenli bir alan sunar. Uzman psikiyatri hemşiresinin yardımcı terapist olarak yer alması ve çevrimiçi oturumlarla hibrit izlem, merkeze uzak yaşayanlarda sürekliliği desteklemektedir.

Son bölümde sahada karşılaşılan zorluklar tartışılacaktır: grup bileşimi ve katılımcı seçimi, gizliliğin korunması, grup dinamiklerinin yönetimi, beklentilerin ve tedavi takviminin konuşulması, terapistin aynı zamanda kurul üyesi olmasından doğan ikili rol ve "onay verici" algısı ile dönüştürme girişimlerine karşı kimliği patolojize etmeyen bir terapötik tutumun sürdürülmesi. Amaç, benzer grupları kurmak isteyen ekiplere aktarılabilir, uygulanabilir bir çerçeve sunmaktır.

Kaynaklar

1. Coleman E, Radix AE, Bouman WP, ve ark. Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8. Int J Transgend Health 2022;23(S1):S1-S259.
2. Polat A, Şirin S (Ed.). Cinsiyet Disforisi: Multidisipliner Yaklaşım İlkeleri. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri, 2020.
3. Heck NC. Group psychotherapy with transgender and gender nonconforming adults: evidence-based practice applications. Psychiatr Clin North Am 2017;40:157-175.
4. Polat A, Yılmaz Abaylı H, Dalkıran İ, ve ark. Navigating gender-affirming healthcare in adverse political climates: experience from a university-based transgender clinic in Türkiye. Healthcare 2025;13:2591.

DUYGUDURUM BOZUKLUKLARINDA NÖROİNFLAMASYON: UYKU–İMMÜN SİSTEM ETKİLEŞİMİ VE KLİNİK ÖNEMİ

Hasan BAKAY

Duygudurum bozukluklarının patofizyolojisinde immün disregülasyon ve düşük düzeyli kronik inflamasyonun rolüne ilişkin kanıtlar giderek artmaktadır. Majör depresif bozuklukta (MDB) CRP, IL-6 ve TNF-α başta olmak üzere çeşitli periferik inflamatuvar belirteçlerde artış bildirilirken, bipolar bozuklukta (BB) inflamatuvar değişikliklerin hastalık dönemi ve klinik özelliklere göre farklılaşabileceği gösterilmiştir [1,2]. Bununla birlikte, periferik inflamasyon ile merkezi nöroinflamasyonun aynı olguyu temsil etmediği ve aralarındaki ilişkinin çok aşamalı biyolojik mekanizmalar üzerinden gerçekleştiği göz önünde bulundurulmalıdır. Uyku, immün sistem ile duygudurum düzenlenmesi arasındaki önemli bağlantı noktalarından biridir. Uyku bozukluğu ve sirkadiyen ritim düzensizliği; sempatik aktivite, hipotalamus–hipofiz–adrenal eksen ve inflamatuvar sinyal yollarını etkileyerek proinflamatuvar yanıtı artırabilmektedir. Elli binden fazla katılımcıyı içeren bir meta-analizde uyku bozukluğunun daha yüksek CRP ve IL-6 düzeyleriyle ilişkili olduğu gösterilmiştir [3]. Buna karşılık IL-1β ve TNF-α gibi immün mediyatörlerin de uyku düzenlenmesini etkilemesi, uyku ve inflamasyon arasındaki ilişkinin çift yönlü olduğunu düşündürmektedir. Bu biyolojik etkileşimin klinik karşılıkları duygudurum bozukluklarında giderek daha görünür hale gelmektedir. Kendi çalışmalarımızda, MDB hastalarında intihar girişimi öyküsü bulunan grupta SII, SIRI ve PIV düzeylerinin daha yüksek olduğu ve bu indekslerden oluşturulan kompozit inflamasyon yükünün intihar girişimiyle bağımsız olarak ilişkili olduğu gösterilmiştir [4]. Tedavinin inflamatuar yük ile potansiyel ilişkisi bakımından ötimik BB hastalarında ise valproat kullanımı daha düşük NLR, PLR, SII, SIRI ve PIV değerleriyle ilişkiliyken, lityum kullanımı inflamatuvar yükte bağımsız bir azalma ile ilişkili bulunmamıştır [5]. Bu bulgular, uyku bozukluğu–immün aktivasyon–duygudurum belirtileri arasındaki karşılıklı etkileşimin klinik fenotip, risk değerlendirmesi ve tedavi yanıtının anlaşılmasında önemli bir çerçeve sağlayabileceğini düşündürmektedir. Bu konuşmada duygudurum bozukluklarında nöroinflamasyon ile birlikte uyku–immün sistem etkileşimi ve klinik önemi tartışılacaktır.

Kaynaklar

1. Osimo EF, Pillinger T, Rodriguez IM, et al. Inflammatory markers in depression: A meta-analysis of mean differences and variability in 5,166 patients and 5,083 controls. Brain Behav Immun. 2020;87:901–909. doi:10.1016/j.bbi.2020.02.010.
2. Munkholm K, Vinberg M, Kessing LV. Cytokines in bipolar disorder: a systematic review and meta-analysis. J Affect Disord. 2013;144:16–27. doi:10.1016/j.jad.2012.06.010.
3. Irwin MR, Olmstead R, Carroll JE. Sleep disturbance, sleep duration, and inflammation: A systematic review and meta-analysis of cohort studies and experimental sleep deprivation. Biol Psychiatry. 2016;80:40–52. doi:10.1016/j.biopsych.2015.05.014.
4. Bakay H, Bakay B. Composite inflammatory burden and suicide risk: The predictive role of SII, SIRI, and PIV in patients with major depressive disorder. Bratisl Med J. 2026;127:1269–1278. doi:10.1007/s44411-026-00496-3.
5. Bakay H, Akgün Kılavuz F. Mood stabilizers and systemic inflammatory burden in euthymic patients with bipolar disorder: a comparative study of lithium and valproate. Psychopharmacology. 2026. doi:10.1007/s00213-026-07111-x.

TRİKOTİLLOMANİ OLGUSU ÜZERİNDEN KOMPULSİF BAĞIMLILIKLAR: ALIŞKANLIKTAN BAĞIMLILIĞA

Havva Esma AŞKIN

Trikotillomani (TTM), DSM-5'te obsesif-kompulsif ve ilişkili bozukluklar arasında sınıflandırılan, yineleyici saç yolma davranışıyla seyreden bir bozukluktur. Saç yolma başlangıçta gerginliği azaltma, haz elde etme veya rahatsız edici bir duyumu giderme gibi sonuçlara yönelik olabilir; tekrarlama ve pekiştirmeyle beklenen sonucundan kısmen bağımsızlaşarak içsel duyumlar, duygusal durumlar ya da çevresel ipuçlarıyla tetiklenen otomatik bir uyaran-tepki örüntüsüne dönüşebilir. Bu süreç, TTM'yi kompulsivite çerçevesinin ötesinde, hedefe yönelik denetimin zayıfladığı ve alışkanlık sisteminin baskınlaştığı bir model içinde ele almayı sağlar. OKB'de yapılan güncel bir dinlenim durumu fMRI çalışmasında hedefe yönelik sistemin merkezi yürütücü ve varsayılan mod ağlarıyla bağlantısının azaldığı, alışkanlık sisteminin ise varsayılan mod ağıyla bağlantısının arttığı gösterilmiştir. Bu bulgular TTM'de doğrudan gösterilmemiş olsa da, transdiagnostik bir alışkanlık mekanizmasına işaret etmektedir. Bu sunumun amacı, uzun süreli bir TTM olgusunda davranışın alışkanlık, kompulsivite ve bağımlılık süreçleriyle kesişen özelliklerini incelemek ve BDT ile provokasyon eşlikli TMS uygulanmasına ilişkin klinik gözlemleri tartışmaktır. 26 yaşında kadın hasta, 15 yıldır süren TTM ve 4 yıldır devam eden depresif belirtilerle başvurdu. Öyküsünde erken başlayan ve otomatikleşen saç yolma davranışına deri yolma, emin olamama ve ritüelistik davranışlar eşlik ediyordu. Önce depresyon odaklı BDT başlandı; ardından hiyerarşiye dayalı maruziyet ve tepki önleme ile iki fazlı TMS protokolü uygulandı: SMA'ya provokasyon eşliğinde 1 Hz, sonrasında sol DLPFC 10 Hz uyarım. Klinik seyir standart belirti ve işlevsellik ölçekleriyle, seans içi sıkıntı ise hastaya özgü tetikleyici hiyerarşisiyle izlendi. MGH Saç Yolma Ölçeği puanı başlangıçtaki 28'den bir aylık kontrolde 15'e geriledi ve provokasyon seanslarında sıkıntının tekrarlayan biçimde azaldığı gözlendi. Buna karşılık MADRS puanı aynı dönemde 19'dan 27'ye yükseldi. Bu ayrışma, saç yolmadaki düzelmenin duygudurumdan bağımsız olabileceğini düşündürmektedir. Ancak eş zamanlı uygulama nedeniyle değişim tek bir bileşene bağlanamaz. Olgu, TTM'nin bazı hastalarda hedefe yönelik davranıştan otomatik alışkanlığa geçiş ekseninde formüle edilmesinin klinik açıdan yararlı olabileceğine işaret etmektedir; bu modelin ve provokasyon eşlikli TMS'nin etkinliğinin kontrollü çalışmalarla sınanması gereklidir.

Kaynaklar

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.). Washington, DC: APA.

Aydın, E. P., Kenar, J. G., Tutan, A., Akil Özer, Ö., & Oğuz Karamustafalıoğlu, K. (2020). Repetitive transcranial magnetic stimulation for treatment of trichotillomania: Case series. Clinical Psychopharmacology and Neuroscience, 18(4), 631-635. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33124597

Carmi, L., Tendler, A., Bystritsky, A., Hollander, E., Blumberger, D. M., Daskalakis, J., ... Zohar, J. (2019). Efficacy and safety of deep transcranial magnetic stimulation for obsessive-compulsive disorder: A prospective multicenter randomized double-blind placebo-controlled trial. American Journal of Psychiatry, 176(11), 931-938. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31109199

Grant, J. E., Odlaug, B. L., & Potenza, M. N. (2007). Addicted to hair pulling? How an alternate model of trichotillomania may improve treatment outcome. Harvard Review of Psychiatry, 15(2), 80-85. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17454177

Kar, S. K., Kumari, B., Joseph, R., Chatterjee, S., Joshi, M., & Agrawal, A. (2025). Role of transcranial magnetic stimulation in the management of trichotillomania: A systematic review. World Journal of Meta-Analysis, 13(1), 98933. https://dx.doi.org/10.13105/wjma.v13.i1.98933

Keuthen, N. J., O'Sullivan, R. L., Ricciardi, J. N., Shera, D., Savage, C. R., Borgmann, A. S., Jenike, M. A., & Baer, L. (1995). The Massachusetts General Hospital (MGH) Hairpulling Scale: 1. Development and factor analyses. Psychotherapy and Psychosomatics, 64(3-4), 141-145. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8657844

Montgomery, S. A., & Åsberg, M. (1979). A new depression scale designed to be sensitive to change. British Journal of Psychiatry, 134(4), 382-389.

Qin, W., Li, S., Wei, S., et al. (2026). Altered seed-to-whole-brain functional connectivity of goal-directed/habitual systems in obsessive-compulsive disorder: Associated genes and preliminary classification potential. European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 276, 3877-3888. https://doi.org/10.1007/s00406-026-02351-6

Sheehan, D. V., Harnett-Sheehan, K., & Raj, B. A. (1996). The measurement of disability. International Clinical Psychopharmacology, 11(Suppl 3), 89-95.

ELEKTROKONVÜLZİF TERAPİ VE BİLİŞSEL İŞLEVLER

İbrahim UYSAL

Nöromodülasyon tedavilerinde klinik iyileşmeyle birlikte bilişsel işlevlerin nasıl değiştiği de önemlidir. Bu panelde farklı nöromodülasyon yöntemlerinin bilişsel etkileri değerlendirilirken, sunumun bu bölümünde elektrokonvülzif terapinin (EKT) bellek üzerindeki etkileri ve klinik uygulamadaki karşılıkları ele alınacaktır.

EKT sonrasında gelişebilen postiktal konfüzyon, yeni öğrenme güçlüğü ve geçmiş anılara erişimdeki kayıplar farklı zamanlarda ve farklı yöntemlerle değerlendirilmelidir. Araştırmalar, birçok bilişsel alanda erken dönemdeki performans düşüşünün ardından başlangıç düzeyine dönüş veya iyileşme olduğunu göstermektedir. Bununla birlikte, grup ortalamalarındaki düzelme her hastanın aynı ölçüde toparlandığı anlamına gelmez (1).

Özellikle otobiyografik bellek üzerinde durulacaktır. Kişi yeni bilgileri öğrenebilirken kendi yaşamındaki bazı olayları hatırlamakta zorlanabilir. Dolayısıyla normal bir bilişsel tarama sonucu, kişisel anı kaybını dışlamaz. Hastanın yakınmalarını ve günlük yaşamındaki değişiklikleri, test sonuçları ve yakınlarının gözlemleriyle birlikte değerlendirmek gerekir. Otobiyografik anıların ne ölçüde geri döneceğine ilişkin belirsizlikler de bilgilendirme görüşmesinde açıklanmalıdır (2,3).

Elektrot yerleşimi, pulse genişliği, uygulanan doz ve seans sıklığının bilişsel sonuçlarla ilişkisi tartışılacaktır. Ayrıca ileri yaş, eşzamanlı ilaç kullanımı ve idame tedavisi sırasında değerlendirmede dikkat edilecek noktalara değinilecektir. Bilişsel yan etkileri azaltmaya yönelik farmakolojik yaklaşımların kanıt sınırlılıkları da gözden geçirilecektir.

Tedavi öncesi değerlendirme ve düzenli izlem, hastaya özgü değişikliklerin fark edilmesini sağlar. Belirgin kötüleşmede olası nedenler araştırılmalı ve EKT planı yeniden değerlendirilmelidir. Tedavinin beklenen yararı ile bilişsel yükü, hastanın öncelikleri gözetilerek birlikte ele alınmalıdır (2).

Kaynaklar

1. Semkovska M, McLoughlin DM. Objective cognitive performance associated with electroconvulsive therapy for depression: a systematic review and meta-analysis. Biol Psychiatry. 2010;68:568–577.
2. Porter RJ, et al. Cognitive side-effects of electroconvulsive therapy: what are they, how to monitor them and what to tell patients. BJPsych Open. 2020;6.
3. Mathiassen AB, et al. Autobiographical memory after electroconvulsive therapy: systematic review and meta-analysis. Br J Psychiatry. 2026;228:263–273.

DİRENÇLİ DEPRESYONLARDA GÜNCEL TEDAVİ STRATEJİLERİ: HIZLI ETKİLİ ANTİDEPRESANLAR VE YENİ NESİL NÖROMODÜLASYON

İlkay BAŞAK

Dirençli depresyonun klinik çerçevesi. Depresyon tedavisinde ardışık ve yeterli tedavi denemelerine karşın iyileşmenin sağlanamaması, bizi yalnızca "kaç ilaç başarısız oldu?" sorusuna değil, direncin niteliğine de bakmaya zorlar. Tedaviye dirençli depresyon (TRD) çoğunlukla en az iki yeterli antidepresan denemesine yanıtsızlık üzerinden tanımlansa da; tanının doğruluğu, doz ve süre, tedavi uyumu, bipolarite, psikiyatrik ve kişilik komorbiditeleri, madde kullanımı ile tıbbi, nörolojik ve iyatrojenik etkenler gözden geçirilmeden gerçek dirençten söz etmek güçtür.

Tedavi alanının genişlemesi. Gerçek TRD doğrulandığında tedavi, klasik monoaminerjik yaklaşımın ötesine uzanan daha geniş bir alana açılır. Lityum ve kanıtı bulunan farmakolojik augmentasyon seçeneklerinin yanında, dopamin-serotonin sistemini farklı reseptör profilleri üzerinden düzenleyen yeni kuşak ajanlar klinik repertuvarı genişletmektedir. Bununla birlikte reseptör farmakolojisindeki farklılıkları, henüz doğrulanmamış hasta-seçim biyobelirteçleri gibi yorumlamamak gerekir.

Hızlı etkili antidepresanlar. Bu değişimin en dikkat çekici alanlarından biri hızlı etkili antidepresanlardır. İntravenöz ketamin ve intranazal S-ketamin (esketamin), TRD'de hızlı yanıt olasılığını gündeme taşımıştır. Ancak hızlı yanıtın kalıcılığı, dissosiyatif ve hemodinamik etkiler, kötüye kullanım riski ve sürdürme tedavisinin planlanması klinik kararın ayrılmaz parçalarıdır. Oral dextromethorphan-bupropion, psilosibin ve gelişmekte olan neuroplastogenler ise hızlı etki paradigmasının farklı yollarla genişleyebileceğini düşündürmektedir.

Nöromodülasyon ve kişiselleştirilmiş seçim. Elektrokonvülsif tedavi (EKT) ağır, psikotik, katatonik ya da hızlı yanıt gerektiren depresyonda önemini korurken; tekrarlayıcı transkraniyal manyetik uyarım (rTMS), theta-burst uyarım (TBS) ve aralıklı theta-burst uyarım (iTBS) ile hızlandırılmış/kişiselleştirilmiş TMS uygulamaları nöromodülasyon alanını genişletmektedir. Transkraniyal doğru akım uyarımı (tDCS) daha düşük yoğunluklu, noninvaziv elektriksel beyin uyarımı yaklaşımı olarak araştırılmakta; diğer transkraniyal elektriksel uyarım yöntemleri de gelişmekte olan seçenekler arasında yer almaktadır. Bu yöntemlerin kanıt düzeyi ve klinik yerleşikliği rTMS/iTBS ile aynı değildir. Güncel yaklaşımın temel sorusu böylece yalnızca "hangi tedavi etkilidir?" olmaktan çıkar; aciliyet, klinik fenotip, önceki tedaviler, komorbidite, tolerabilite, kötüye kullanım riski, sürdürülebilirlik ve hasta tercihi birlikte değerlendirilerek "hangi hastaya, hangi tedavi, hangi zamanda?" sorusuna dönüşür.

Kaynaklar

1. Lam RW, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2023 Update on Clinical Guidelines for Management of Major Depressive Disorder in Adults. Can J Psychiatry. 2024;69(9):641–687. doi:10.1177/07067437241245384.
2. Terao I, et al. Comparative efficacy and safety of intravenous racemic ketamine, repetitive transcranial magnetic stimulation and electroconvulsive therapy for Stage 2 or higher treatment-resistant depression: a systematic review and network meta-analysis. PCN Rep. 2025;4(3):e70136. doi:10.1002/pcn5.70136.
3. Guidetti C, Fava M, Papakostas GI. Novel approaches in depression treatment: from rapid-acting antidepressants to personalized interventions. Mol Psychiatry. 2026. doi:10.1038/s41380-026-03722-0.
4. Goodwin GM, et al. Single-Dose Psilocybin for a Treatment-Resistant Episode of Major Depression. N Engl J Med. 2022;387(18):1637–1648. doi:10.1056/NEJMoa2206443.
5. Iosifescu DV, et al. Efficacy and Safety of AXS-05 (Dextromethorphan-Bupropion) in Patients With Major Depressive Disorder: A Phase 3 Randomized Clinical Trial (GEMINI). J Clin Psychiatry. 2022;83(4). doi:10.4088/JCP.21m14345.
6. Trapp NT, et al. Consensus review and considerations on TMS to treat depression: a comprehensive update endorsed by the National Network of Depression Centers, the Clinical TMS Society, and the International Federation of Clinical Neurophysiology. Clin Neurophysiol. 2025;170:206–233. doi:10.1016/j.clinph.2024.12.015.
7. Antal A, et al. Low intensity transcranial electric stimulation: Safety, ethical, legal, regulatory and application guidelines (2017–2025: an update). Clin Neurophysiol. 2026;184:2111436. doi:10.1016/j.clinph.2025.2111436. PMID:41622107.

TRANSKRANİYAL MANYETİK STİMÜLASYON VE BİLİŞSEL İŞLEVLER

İlkay KELEŞ ALTUN

Girişimsel olmayan beyin uyarım yöntemleri arasında en sık başvurulan yaklaşım Transkraniyal Manyetik Stimülasyondur (TMS). Bu yöntem, beyne iletilen elektromanyetik atımlarla kortikal uyarılma düzeyini ve nöroplastisiteyi regüle eder. Klinik olarak özellikle majör depresyon ve obsesif-kompulsif bozuklukta onaylanmış bir kullanım alanına sahip olmakla birlikte; şizofreni, demans, travma sonrası stres bozukluğu ile madde bağımlılığı gibi tablolardaki terapötik etkinliğine yönelik araştırmalar sürdürülmektedir.

Bilişsel süreçler, dış uyarılara karşı farklı tepkiler verebilen çeşitli nöral ağlar aracılığıyla yönetilir. TMS öncelikli olarak serebral korteksin yüzeyel katmanlarına ulaştığı için hipokampus, singulat girus veya mezensefalon gibi daha derin anatomik bölgelerle ilişkili bilişsel ağlar üzerinde doğrudan etkili olması beklenmeyebilir. Buna karşın, dorsolateral prefrontal korteksin (DLPFC) yüzeysel ve dış uyarım bölgesine yakın konumu, bu bölgeyle ilişkili olan çalışma belleğinin nöromodülasyona yanıt verme olasılığını artırır. TMS'nin bilişsel fonksiyonlar üzerindeki düzenleyici rolünü; kortekste glutamaterjik iletimi destekleyip GABAerjik baskılamayı azaltarak eksitatör sinaptik geçişi güçlendirmesi ve dopamin, serotonin ile asetilkolin gibi nörotransmitter sistemlerini çift yönlü modüle etmesi yoluyla gerçekleştirdiği belirtilmektedir.

Kaynaklar

1- Rossi, S., Antal, A., Bestmann, S., Bikson, M., Brewer, C., Brockmöller, J. ve ark. (2021). Safety and recommendations for TMS use in healthy subjects and patient populations, with updates on training, ethical and regulatory issues: Expert Guidelines. Clinical Neurophysiology: Official Journal of the International Federation of Clinical Neurophysiology, 132(1), 269–306. https://doi.org/10.1016/j.clinph.2020.10.003

2- Opitz, A., Fox, M. D., Craddock, R. C., Colcombe, S. ve Milham, M. P. (2016). An integrated framework for targeting functional networks via transcranial magnetic stimulation. Neuroimage, 127, 86-96. https://doi. org/10.1016/j.neuroimage.2015.11.040

3- Yao J, Song B, Shi J, Yin K, Du W. Effects of Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation at the Cerebellum on Working Memory. Brain Sci. 2023 Aug 3;13(8):1158. doi: 10.3390/brainsci13081158. PMID: 37626514; PMCID: PMC1045273

TANILARDAN AĞ DİNAMİKLERİNE

İrem MUTLU

Psikiyatrik bozukluklar geleneksel olarak belirti kümelerine dayanan tanı sistemleriyle sınıflandırılmaktadır. DSM ve ICD sistemleri klinik iletişim ve tedavi planlaması açısından gerekli olmakla birlikte, aynı tanı içindeki belirgin heterojeniteyi, tanılar arasındaki belirti örtüşmesini ve değişken tedavi yanıtlarını bütünüyle açıklayamamaktadır. Bu nedenle güncel yaklaşımlar tanıların yanında baskın belirti örtüsünü, işlev kaybını ve biyolojik profilleri tamamlayan transdiagnostik modellere yönelmektedir.

Psikiyatrik belirtiler tek bir nörotransmitter, anatomik bölge veya devredeki bozukluğa indirgenemez. Genetik ve çevresel etkenlerden hücre içi sinyal yollarına, sinaptik plastisiteden devre organizasyonuna uzanan değişiklikler, büyük ölçekli beyin ağlarının işleyişini etkileyebilir. Ağ yaklaşımında beyin, bağımsız bölgelerin toplamından çok, birbiriyle sürekli etkileşen dinamik sistemler olarak ele alınır. Default Mode Network kendilikle ilişkili düşünce ve içsel zihinsel süreçlerle; Central Executive Network dikkat, çalışma belleği, bilişsel kontrol ve hedefe yönelik davranışla; Salience Network ise önemli uyaranların seçilmesi ve içsel-dışsal işlemleme durumları arasındaki geçişle ilişkilidir. Psikopatoloji yalnızca bu ağlardan birinin artmış veya azalmış etkinliğinden değil, ağ içi bütünlüğün, ağlar arası ayrışmanın ve geçiş esnekliğinin bozulmasından kaynaklanabilir.

Transdiagnostik nörogörüntüleme ve biyotipleme çalışmaları, aynı biyolojik örüntünün farklı tanılarda görülebileceğini ve aynı tanıyı taşıyan bireylerde farklı devre profillerinin bulunabileceğini göstermektedir. Bu çalışmalar, beyin devreleri arasındaki bağlantıların ve striatumun işleyişinin; olumsuz duygulanım, bilişsel işlevler, sosyal işlevsellik, dürtüsellik ve kaçınma gibi farklı tanılarda ortak görülebilen özelliklerle ilişkili olabileceğini göstermektedir. Dolayısıyla biyotipler kategorik tanıların alternatifi olmaktan çok, klinik heterojenliği ve tedavi yanıtındaki farklılıkları açıklayan tamamlayıcı modellerdir.

Bu çerçeve rTMS'nin etkisini anlamak açısından da önemlidir. Uyarılan kortikal bölge, yalnızca lokal bir anatomik hedef değil, işlevsel olarak bağlantılı olduğu daha geniş ağa ulaşmayı sağlayan bir düğümdür. Depresyonda ruminasyon, anhedoni ve bilişsel kontrol güçlükleri; obsesif kompulsif bozuklukta kortiko-striato-talamo-kortikal döngüler, hata sinyalleri ve bilişsel esneklik; trikotillomanide ise alışkanlık, ödül ve inhibisyon sistemleri farklı ağ etkileşimleri üzerinden ele alınabilir. Böylece tanı, belirti örüntüsü, olası ağ mekanizması ve nöromodülasyon hedefi arasında bütüncül bir ilişki kurulabilir.

Kaynaklar

1. Gupta R, Jha NK, Kumar N, Nagraik R, Ravi K. (2026). From synapse to system: mechanistic pathways of neural signaling dysfunction in psychiatric disorders.
2. Jones JS, Monaghan A, Leyland-Craggs A, et al. (2023). Testing the triple network model of psychopathology in a transdiagnostic neurodevelopmental cohort.
3. Goldstein-Piekarski AN, Ball TM, Samara Z, et al. (2022). Mapping Neural Circuit Biotypes to Symptoms and Behavioral Dimensions of Depression and Anxiety.
4. Lalousis PA, Schmaal L, Wood SJ, et al. (2022). Neurobiologically Based Stratification of Recent-Onset Depression and Psychosis.
5. Mulders PCR, van Eijndhoven PFP, van Oort J, et al. (2022). Striatal connectopic maps link to functional domains across psychiatric disorders.
6. Arango C, Vieta E, Fañanás L, et al. (2026). Precision Medicine in Mental Health: Applications, Challenges, and Recommendations.
7. Wang A, Ye J, Li J, et al. (2026). Bridging the translational gap in systems neuroscience: from circuit mechanisms to clinical therapeutics.

PSİKİYATRİK TEDAVİLERİN DERMATOLOJİK ETKİLERİ

İzzet Çağrı METİN

Deri, nörotransmitter sistemler, nöroendokrin yanıt, immün mediyatörler ve periferik duyusal afferentler arasında yoğun etkileşimin sürdüğü nöro-immüno-kutanöz bir homeostaz alanıdır. Bu biyolojik organizasyon, psikofarmakolojik ajanların kutanöz etkilerinin klasik advers reaksiyon sınıflandırmalarının ötesinde değerlendirilmesine olanak sağlamaktadır. Güncel veriler; antidepresanlar, antipsikotikler ve duygudurum düzenleyicilerin keratinosit aktivitesi, epidermal bariyer bütünlüğü, mast hücresi yanıtı, sitokin sinyallemesi, oksidatif stres ve periferik duyusal iletim üzerinde doğrudan ya da dolaylı farmakodinamik etkiler oluşturabildiğini göstermektedir. Özellikle IL-6, TNF-α, NF-κB ve ilişkili inflamatuvar yolaklardaki değişiklikler, psikiyatrik tedaviler ile kutanöz inflamasyon arasındaki biyolojik kesişim noktalarını belirginleştirmektedir.

Psikofarmakolojik etkinin dermatolojik yansımaları terapötik ve toksik sonuçların aynı biyolojik ağ içerisinde ortaya çıkabildiği geniş bir spektrum göstermektedir. Serotonerjik ve noradrenerjik modülasyon kronik pruritus, nöropatik ağrı ve kutanöz dizestezilerde klinik yarar sağlayabilirken, belirli psikotrop ajanlar psoriaziform reaksiyonlar, pigmentasyon değişiklikleri, alopesi ve ilaç ilişkili dermatozlarla bağlantılıdır. Antipsikotiklerin delüzyonel enfestasyon gibi psikodermatolojik tabloların tedavisindeki yeri ise nörodermatoloji ile psikofarmakoloji arasındaki klinik örtüşmeyi daha görünür hale getirmektedir.

Ciddi kutanöz advers reaksiyonlar, kişiselleştirilmiş tedavinin en belirgin uygulama alanlarından birini oluşturmaktadır. Aromatik antiepileptiklerle ilişkili SCAR riskinde HLA-B*15:02 ve HLA-A*31:01 başta olmak üzere farmakogenetik belirteçler, doz titrasyonu, eşlik eden metabolik varyasyonlar ve farmakovijilans verileri birlikte değerlendirildiğinde klinik öngörü gücü artmaktadır. Bu sunum, psikofarmakolojinin dermatolojik etkilerini sistemik inflamasyon, kutanöz duyusal nörobiyoloji, hedef-doku mikroçevresi, farmakogenetik yatkınlık ve gerçek yaşam güvenlik verileri ekseninde bütüncül bir translasyonel çerçevede tartışacaktır.

DERMATOLOGİCAL EFFECTS OF PSYCHİATRİC TREATMENTS

İzzet Çağrı METİN

The skin is a neuro-immuno-cutaneous homeostatic interface in which neurotransmitter systems, neuroendocrine responses, immune mediators, and peripheral sensory afferents interact closely. This biological organization provides a framework for evaluating the cutaneous effects of psychopharmacological agents beyond conventional classifications of adverse reactions. Current evidence indicates that antidepressants, antipsychotics, and mood stabilizers may exert direct or indirect pharmacodynamic effects on keratinocyte activity, epidermal barrier integrity, mast-cell responses, cytokine signaling, oxidative stress, and peripheral sensory transmission. In particular, alterations in IL-6, TNF-α, NF-κB, and related inflammatory pathways highlight key biological intersections between psychiatric treatments and cutaneous inflammation.

The dermatological consequences of psychopharmacological activity span a broad spectrum in which therapeutic and toxic outcomes may arise within the same biological networks. Serotonergic and noradrenergic modulation may provide clinical benefit in chronic pruritus, neuropathic pain, and cutaneous dysesthesias, whereas certain psychotropic agents are associated with psoriasiform reactions, pigmentary changes, alopecia, and drug-related dermatoses. The role of antipsychotics in the management of psychodermatological conditions such as delusional infestation further illustrates the clinical overlap between neurodermatology and psychopharmacology.

Severe cutaneous adverse reactions represent one of the most clinically relevant domains of personalized treatment. In the context of SCAR risk associated with aromatic antiepileptic drugs, the combined consideration of pharmacogenetic markers, particularly HLA-B*15:02 and HLA-A*31:01, together with dose titration, relevant metabolic variation, and pharmacovigilance data may improve clinical risk prediction. This presentation will discuss the dermatological effects of psychopharmacological treatments within an integrated translational framework encompassing systemic inflammation, cutaneous sensory neurobiology, the target-tissue microenvironment, pharmacogenetic susceptibility, and real-world safety data.

YENİ NESİL ANTİPSİKOTİKLER: GÜNCEL VERİ VE GERÇEK YAŞAM DENEYİMLERİ

Kezban Burcu AVANOĞLU

Kariprazin, dopamin D2/D3 ve serotonin 5-HT1A reseptörlerinde parsiyel agonist etki gösteren, D3 reseptörlerine yüksek afinitesi ile öne çıkan yeni nesil atipik bir antipsikotiktir. Özgün farmakolojik profili, şizofrenide özellikle negatif belirtiler üzerindeki etkisi ve antidepresan özellikleri açısından klinik önem taşımaktadır.

Sedasyon, metabolik yan etkiler ve hipotansiyon açısından görece düşük risk taşıması, uzun dönem tedavide tolerabilite açısından avantaj sağlayabilmektedir. Klinik çalışmalar kariprazinin şizofrenide pozitif ve negatif belirtilerin tedavisindeki etkinliğinin yanı sıra bipolar bozukluk tedavisinde etkili olduğunu göstermektedir.

Bu sunumda kariprazinin farmakolojik özellikleri ve mevcut klinik kanıtlar kısaca gözden geçirildikten sonra gerçek yaşam deneyimleri üzerinden üç olgu tartışılacaktır. Şizofreni ve bipolar bozukluk tanılı iki olgunun yanı sıra serebral palsili bir hastada psikotik belirtilerin yönetiminde kariprazin kullanımı ele alınarak farklı klinik durumlarda tedavi seçimi, klinik yanıt ve tolerabilite tartışılacaktır.

ŞİZOFRENİ TEDAVİSİNDE YENİ GELİŞMELER

K. Oğuz KARAMUSTAFALIOĞLU

Şizofreni, dünya genelinde engelliliğin önde gelen sebeplerinden biridir. Hastalığa yönelik mevcut farmakoterapi ağırlıklı olarak tek mekanizma olarak dopamin D2 reseptör blokajını kullanır; ancak bu yaklaşım genellikle sınırlı etkinlik gösterir ve tolere etmek noktasında sorunlar olabilmektedir. Bu kısıtlılıklar, alternatif tedavi yaklaşımlarının geliştirilmesine katkı sağlamak amacıyla hastalığın etiyolojisinin daha iyi anlaşılması gerekliliğini ortaya koymaktadır. Dopamin dışı mekanizmalar üzerinden ilaçlar geliştirilmeye çalışılmaktadır

Sağlıklı bireylerle kıyaslandığında, bazal ganglionlarda daha yüksek glutamat ve dopamin düzeyleri; kortikal bölgelerde —özellikle de frontal kortekste— ise daha düşük glutamat, dopamin ve gama-aminobütirik asit (GABA) seviyeleri dahil olmak üzere, beyin bölgelerine özgü nörotransmitter değişiklikleri şizofrenide görülmektedir. Geleneksel antipsikotiklerin temel hedefi olan Dopamin D2 reseptörlerinden bağımsız yeni mekanizmalara odaklanma, bu dönemin en heyecan verici gelişmesidir. Muskarinik Asetilkolin reseptörlerini (özellikle M1 ve M4) hedefleyen bu kombinasyon ilacın Faz 3 çalışmalarında hem pozitif hem de negatif semptomları anlamlı ölçüde azalttığı gösterilmiştir. 2024'te FDA onayı almasıyla şizofreni tedavisinde yaklaşık 30 yıl sonra dopamin-dışı mekanizmayla çalışan ilk yeni sınıf ilaç olmuştur. Glutamat sistemindeki bozukluklar, özellikle negatif ve bilişsel semptomların tedavisinde yeni bir umut kaynağıdır. Glutamat modülasyonunu ve voltaj kapılı sodyum kanallarını hedefleyen bileşikler, kronik şizofreni de etkinliklerini göstermek üzere Faz 2/3 çalışmalarından sonuçlar vermektedir (2023). TAAR1 (Trace Amine-Associated Receptor 1) Agonistleri, nörotransmiter sistemlerini farklı yollardan etkileyerek bilişsel bozukluklar ve negatif semptomlarda iyileşme potansiyeli sunan yeni tedavi alternatifleri olarak öne çıkmaktadır. Şizofrenide krtikal bölgelerde dopamin artışı ve neuromelaninin ilişkisi önem kazanmıştır. Erken müdahele, ortak karar verme ve bireyselleşmiş bakım, metabolik sağlık izlemi ve klozapinin erken kullanımını hedef alan şizofreninin farmakolojik tedavisine yönelik tedavi kılavuzları algoritmik ve ha ta merkezli bir yaklaşım sunmaktadır. Digital akıl sağlığı uygulamaları ve sanal gerçeklik terapisi diğer yeni gelişmelerdir Bu gelişmeler, şizofreni tedavisinin geleceğinin, dopamin-merkezli yaklaşımdan biyoloji-temelli, kişiselleştirilmiş ve çok boyutlu (farmakolojik, psikosos yal, teknolojik) bir yaklaşıma doğru evrildiğini açıkça göstermektedir.

Kaynaklar

1- Hamina A et al . Comparative Effectiveness of Antipsychotics in Patients With Schizophrenia Spectrum Disorder. JAMA Net work Open. 2024;7(10):e2438358. doi:10.1001/jamanetwor kopen.2024.38358
2- Robert A McCutcheon*, Toby Pillinger*, Ioana Varvari,et al. INTEGRATE: international guidelines for the algorithmic treatment of schizophrenia. www.thelancet.com/psychiatry https://doi.org/10.1016/S2215-0366(25)00031-8
3- Dudzik P et al. Beyond dopamine: Novel strategies for schizophrenia treatment. Med Res Rev. 2024;1–24
4- Ueno F et al.Neuromelanin accumulation in patients with schizophrenia: A systematic review and meta-analysis. Neuroscience and behavioral reviews 2022,132,1205-1213

DELİRYUMDA GÜNCEL YAKLAŞIMLAR: NÖROBİYOLOJİ, BİYOBELİRTEÇLER VE FARMAKOLOJİK MÜDAHALELER

Leman İNANÇ

Deliryum; dikkat, yönelim ve bilişsel işlevlerde ani gelişen bir değişiklikle karakterize edilen 'akut konfüzyonel durum', 'akut beyin sendromu' olarak adlandırılan bir tablodur. Deliryum için çok sayıda yatkınlaştırıcı ve tetikleyici faktör tanımlanmıştır. Nöroinflamasyon, beyin damar disfonksiyonu, değişmiş beyin metabolizması, nörotransmitter dengesizliği başta olmak üzere deliryum patogenezine katkıda bulunan çeşitli nörobiyolojik süreçler olduğu tahmin edilmektedir (1). Deliryum, bir veya daha fazla patofizyolojik mekanizmanın ortak sonucu olarak serebral fonksiyonların dekompansasyonunu yansıtır (2). Deliryumun fark edilmesi güçtür ve %66'ya varan oranlarda teşhis edilemeyebilir. Tanı ve tedavi morbidite ve mortalite açısından önemlidir. Hastalar altta yatan ilişkili tıbbi durumun tedavi edilmemesi veya riskli davranışlar nedeniyle ölebilir (3). Deliryumun başlıca ayırıcı tanı grubuna giren bozukluklar psikotik bozukluklar ve demanstır. Psikotik bozukluklarda bilinç bulanıklığı ve oryantasyon kusuru görülmez ve görsel halüsinasyonlar deliryumda daha yaygındır. Demans, kronik bir gidiş göstermesi ile deliryumdan ayrılır (3). Hastanede kalış süresinin uzaması, işlevsellikte düşme, yüksek tedavi maliyeti gibi ekonomik sonuçlara da yol açması, uzun vadede mortalite ve demans gelişimi ile ilişkili olması nedeniyle bu sendromu erken tespit edip önlemek çok önemlidir.

Kaynaklar

1. Wilson JE, Mart MF, Cunningham C, Shehabi Y, Girard TD, MacLullich AMJ, Slooter AJC, Wesley Ely E. Delirium. Nat Rev Dis Primers 2020; 6, 90.
2. Grover S, Avasthi A. Clinical Practice Guidelines for Management of Delirium in Elderly. Indian J Psychiatry 2018 Feb;60(Suppl 3):S329-S340
3. Brown TM, Boyle MF. Delirium. BMJ. 2002 Sep 21;325(7365):644-7.

OBEZİTE VE İÇGÖRÜ

Leyla MEMMEDOVA

Obezite sağlığı olumsuz yönde etkileyen, yaşam kalitesini düşüren ve ölüm riskini artıran, çok yönlü, kronik, ilerleyici ve heterojen bir hastalıktır. Genetik yatkınlık, çevresel tetikleyiciler, hormonal düzensizlikler, nöropsikolojik süreçler ve bireyin davranışsal örüntüleri, obezitenin gelişiminde birlikte rol oynamaktadır. Son yıllarda artan prevalansla birlikte, obezitenin yalnızca fizyolojik değil; bilişsel, duygusal ve sosyal boyutlarıyla da değerlendirilmesi zorunlu hale gelmiştir. Bu noktada, psikiyatri alanında sıklıkla kullanılan ve tedavi sürecinin güçlü bir belirleyicisi olarak değerlendirilen "içgörü" kavramı önem kazanmaktadır. İçgörü, bireyin kendi psikiyatrik durumu, semptomları, tedavi gereksinimi ve bunların toplumsal sonuçlarını fark edebilme ve bu farkındalık doğrultusunda tutum geliştirebilme kapasitesi olarak tanımlanır.

Literatürde obezitede içgörüyü doğrudan ele alan çalışmalar sınırlı olmakla beraber, obez yetişkinler arasında kendini fazla kilolu veya obez olarak algılayan bireylerin oranlarının azaldığı, birçoğunun kilo durumlarını hafife aldıkları ve kendilerini gerçekte olduklarından daha sağlıklı bir kiloda olduğunu düşündükleri bildirilmektedir.

Yaptığımız bir çalışmada obeziteye özgü geliştirilen Obezite Farkındalık ve İçgörü (OFİ) ölçeğinin klinik ve antropometrik göstergelerle ilişkisi incelenmiştir. OFİ toplam puanının hem VKİ hem de vücut yağ oranı ile pozitif yönde ilişkili olduğu bulunmuştur. Ayrıca OFİ toplam puanının obezite evresi, VKİ ve vücut yağ oranını anlamlı biçimde yordadığı; dolayısıyla içgörü düzeyindeki artışın daha yüksek obezite şiddeti ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Cinsiyet karşılaştırmalarında, OFİ toplam puanı ve alt alan puanlarının kadınlarda daha yüksek bulunması, obeziteye ilişkin farkındalık ve içgörünün demografik özelliklerle ilişkili olabileceğini düşündürmektedir.

Bu bulgular, obezite bağlamında içgörünün genel psikiyatrik içgörü ölçeklerinden farklı ve hastalığa özgü bir yapı olarak değerlendirilmesi gerektiğine işaret etmektedir. Obeziteye özgü bir değerlendirme aracı olan OFİ'nin, VKİ, vücut yağ oranı ve obezite evresi gibi klinik şiddet göstergeleriyle gösterdiği ilişkiler, ölçeğin obeziteye ilişkin farkındalığın değerlendirilmesinde kullanılabilecek bir araç olabileceğini düşündürmektedir. Klinik uygulamada obeziteye ilişkin farkındalık ve içgörünün rutin değerlendirmelere dahil edilmesi, tedavi gereksiniminin anlaşılması ve müdahale planlarının bireyselleştirilmesine katkı sağlayabilir.

KETAMİNDEN NÖROAKTİF STEROİDLERE: BİPOLAR DEPRESYONDA HIZLI ETKİLİ TEDAVİLER

Lütfiye ŞİMŞEK

Bipolar depresyonda belirgin işlev kaybı, tedavi direnci ve intihar riski, hızlı klinik yanıtı önemli bir tedavi hedefi hâline getirmektedir. Ancak yalnızca etkinin ne kadar hızlı başladığı değil; mani veya hipomaniye geçiş riski, yanıtın sürekliliği ve uzun dönem tedavinin nasıl planlandığı da önemlidir. Ketamin, esketamin, breksanolon ve zuranolon, farklı nörobiyolojik sistemleri hedefleyen hızlı etkili antidepresanlar arasında öne çıkan seçeneklerdir.

Ketamin ve S-enantiomeri esketamin glutamatanerjik sistem üzerinden etki gösterir. Bipolar depresyon üzerine yapılan randomize kontrollü çalışmalar, duygudurum dengeleyici tedaviye eklenen intravenöz ketaminin depresif belirtilerde ve intihar düşüncelerinde saatler içinde azalma sağlayabildiğini göstermektedir. Seri infüzyonlarla da olumlu sonuçlar bildirilmiş olmakla birlikte, optimal uygulama sıklığı ve sürdürme protokolü henüz netleşmemiştir. İntranazal uygulanan esketamin ise unipolar tedaviye dirençli depresyonda güçlü bir kanıt tabanına sahiptir. Ancak bipolar depresyon tedavisindeki veriler ağırlıklı olarak gerçek yaşam örenkleri ve retrospektif çalışmalardan gelmektedir. Bununla birlikte mevcut bulgular, esketaminin de seçilmiş olgularda araştırılmaya değer, umut verici bir seçenek olabileceğini düşündürmektedir.

Nöroaktif steroidler olan breksanolon ve zuranolon, sinaptik ve ekstrasinaptik GABA-A reseptörlerini pozitif allosterik olarak düzenler. Breksanolona ilişkin kanıtlar postpartum depresyonda yoğunlaşmaktadır. Zuranolonun ise bipolar I ve II depresyonda değerlendirildiği 35 katılımcılı açık etiketli faz 2 çalışmada, 14 günlük tedavinin ardından hızlı belirti azalması ve %45 yanıt bildirilmiştir. Küçük örneklemli ve kontrol grubu olmaması nedeniyle bu olumlu bulgular öncü niteliktedir ve daha geniş kontrollü çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Sonuç olarak üzerine çalışılan yeni tedavi seçenekleri, bipolar depresyonda daha hızlı iyileşme için önemli bir potansiyele işaret etmektedir. Erken yanıtın sürekliliğini, mani veya hipomaniye geçiş riskini ve uzun dönem güvenliliği açıklığa kavuşturacak çalışmalar, bu tedavilerin klinik kullanımdaki yerini belirleyecektir.

Kaynaklar

1. Repple J, Bayas M, Möser C, et al. Current evidence for the role of rapid-acting antidepressants in bipolar depression: A perspective and plan for action. Biol Psychiatry. 2025;98(4):333–342. doi:10.1016/j.biopsych.2025.02.903
2. Orsini DK, Di Luch S, Tomlinson G, et al. Serial ketamine infusions for treatment-resistant bipolar depression: A randomized clinical trial. JAMA Psychiatry. Published online September 2, 2026. doi:10.1001/jamapsychiatry.2026.2658
3. Carmellini P, Fagiolini A, Pinzi M, et al. Faster and greater antidepressant response to intravenous ketamine in bipolar compared with unipolar treatment-resistant depression: Diagnostic and sex-related findings from a naturalistic study. Psychiatry Res. 2026;362:117184. doi:10.1016/j.psychres.2026.117184
4. Santucci MC, Ansari M, Nikayin S, et al. Efficacy and safety of ketamine/esketamine in bipolar depression in a clinical setting. J Clin Psychiatry. 2024;85(4):24m15376. doi:10.4088/JCP.24m15376
5. Deligiannidis KM, Meltzer-Brody S, Maximos B, et al. Zuranolone for the treatment of postpartum depression. Am J Psychiatry. 2023;180(9):668–675. doi:10.1176/appi.ajp.20220785

ANOREKSİYA NERVOZA VE İÇGÖRÜ

Mehmet Akif SUDA

İçgörü kavramı psikiyatride büyük ölçüde psikotik bozukluklar üzerinden tanımlanmış ve değerlendirme araçlarının çoğu bu çerçevede geliştirilmiştir (David, 1990; Amador ve ark., 1991). Güncel sistematik derlemeler ise psikoz dışı bozukluklarda içgörünün farklı bir yapı sergileyebileceğine işaret etmektedir; mevcut ölçüm araçlarının bu farkı yeterince yakalayamadığı vurgulanmaktadır (Konstantakopoulos, 2019; Halaj ve Huppert, 2022).

AN, içgörü sorunlarının en sık görüldüğü psikiyatrik hastalıklardan biridir ve literatürde bildirilen içgörüsüzlük/inkar oranları %15 ile %80 arasında geniş bir aralıkta değişmektedir. Belirtiler sıklıkla benlikle uyumlu (egosintonik) yaşanır; hasta düşük kilosunun bilişsel düzeyde farkında olsa da bunu bir sorun olarak görmeyebilir (Gregertsen ve ark., 2017). AN'deki inkar tek bir mekanizmaya indirgenemez: çarpık bilgi işlemeden kaynaklanan kasıtsız bir süreç olabileceği gibi, hastalığın istenmeyen sonuçlarından kaçınmaya yönelik kasıtlı bir tutum da olabilir (Vandereycken, 2006; Arbel ve ark., 2014). Nitekim klinisyen değerlendirmesine dayanan bir çalışmada, AN hastalarının yaklaşık dörtte üçünde içgörü bulunmadığı; buna karşın klinisyen değerlendirmesi ile farklı içgörü ölçeklerinin (Brown İnançların Değerlendirilmesi Ölçeği, Akıl Hastalığına İçgörüsüzlük Ölçeği gibi) sonuçlarının büyük ölçüde birbiriyle uyumlu olduğu, ancak öz bildirime dayanan Beck Bilişsel İçgörü Ölçeği'nin diğer araçlardan farklı sonuçlar verdiği gösterilmiştir. Bu karmaşık yapı hastalığa özgü değerlendirme araçlarının geliştirilmesini gerektirmiş, ancak bu araçların klinik pratikte yaygınlaşması ve farklı dillere uyarlanması hâlâ sınırlı kalmıştır (Sciarrillo ve ark., 2024; Gawron ve ark., 2025).

Sunumda ayrıca AN'de kilo ve beden algısına ilişkin inançların sanrısal nitelikte olup olmadığına dair süregelen klinik ve felsefi tartışmalara da yer verilmektedir (Gadsby, 2024; Evans, 2023, 2025).

Sonuç olarak, AN'de içgörünün psikoz merkezli kavramlarla tam olarak açıklanamayan, çok boyutlu bir yapı sergilediği; klinisyen değerlendirmesi ile farklı ölçüm araçlarının birbirini büyük ölçüde desteklediği ve klinik değerlendirmede bu özgüllüğün göz önünde bulundurulması gerektiği ortaya konmaktadır.

ERİŞKİN DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞUNDA DUYGU DÜZENLEME GÜÇLÜĞÜ

Mevanur EROĞLU

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), çocuklukta başlayan ve erişkin dönemde de sürebilen; dikkatsizlik, hiperaktivite ve dürtüsellik belirtileriyle karakterize nörogelişimsel bir bozukluktur. Bununla birlikte, erişkin DEHB'nin klinik görünümünde duygu düzenleme güçlüğünün önemli bir boyut olduğu giderek daha fazla kabul edilmektedir. Duygu düzenleme güçlüğü; irritabilite, düşük engellenme toleransı, duygusal labilite, yoğun negatif duygulanım, dürtüsel emosyonel tepkiler ve başlangıçtaki duygusal dengeye dönmede güçlük gibi belirtilerle ortaya çıkabilmektedir. Erişkin DEHB'de duygu düzenleme güçlüğünü inceleyen bir meta-analizde, 13 çalışma ve 2.535 katılımcı değerlendirilmiş; DEHB grubunda genel duygu düzenleme güçlüğünün sağlıklı kontrollere göre belirgin olarak daha yüksek olduğu gösterilmiştir. En güçlü etki duygusal labilite alanında saptanmış, duygu düzenleme güçlüğü ile DEHB belirti şiddeti arasında da anlamlı ilişki bildirilmiştir. Duygu düzenleme güçlüğünün DEHB'nin çekirdek bir özelliği olup olmadığı tartışmalı olmakla birlikte, güncel derlemeler bu alanın klinik değerlendirmede sistematik biçimde ele alınmasını önermektedir. Duygu düzenleme güçlüğü, kişilerarası ilişkiler, akademik ve mesleki işlevsellik ile yaşam kalitesinde bozulmaya katkıda bulunmakta; psikiyatrik komorbiditeler ve yürütücü işlev sorunlarıyla ilişkili görünmektedir. Nörobiyolojik modeller, prefrontal düzenleyici sistemlerle amigdala, ventral striatum ve orbitofrontal korteksi içeren ağlar arasındaki top-down ve bottom-up süreçlerdeki bozulmalara işaret etmektedir. Tedavi açısından, stimülanlar ve atomoksetinin emosyonel labilite ve duygu düzenleme belirtilerinde iyileşme sağlayabildiğini gösteren sistematik derleme ve meta-analizler bulunmaktadır. Bununla birlikte, psikoeğitim, bilişsel davranışçı terapi ve duygu düzenleme becerilerini hedefleyen psikososyal müdahaleler de klinik yönetimin önemli bileşenleridir.Bu sunumda erişkin DEHB'de duygu düzenleme güçlüğünün klinik özellikleri, nörobiyolojik temelleri, işlevsellik üzerindeki etkileri, ayırıcı tanısı ve güncel tedavi yaklaşımları literatür bulguları ışığında ele alınacaktır.

ŞİZOFRENİDE TEDAVİ UYUMU VE KLİNİK STABİLİTEYE YENİ BİR PERSPEKTİF: ALTI AYLIK UZUN ETKİLİ ENJEKSİYON TEDAVİSİ

Mustafa AKAN

Şizofreni ve ilişkili psikotik bozuklukların uzun dönem yönetiminde tedavi uyumsuzlığı, nükslerin ve hastaneye yatışların en temel nedenlerinden biridir. Yeni nesil uzun etkili enjektabl antispikotikler, kararlı plazma ilaç konsantrasyonu sağlayarak oral tedaviye baplı uyum sorunlarınu ve nüks riskini belirgin bir şekilde azaltmaktadır. Paliperidon Palmitat'ın yılda iki kez uygulama imkanı sunan 6 aylık depo formu (PP6M), şizofreni tedavisinde enjeksiyon sıklığını azaltan önemli bir seçenektir.

PP6M ile Paliperidon Palmitat üç aylık formülasyonunu (PP3M) karşılaştıran randomize, çift kör, aktif kontrollü non-inferiority çalışmasında 12 aylık nüks yaşamayan hasta oranları %91,9 ve %94,8 bulunmuştur. Tedavi farkı önceden belirlenen non-inferiority sınırını karşılamış, böylece PP6M'nin relaps önlemede PP3M'den daha az etkili olmadığı gösterilmiştir. PANSS, CGI-S ve PSP sonuçları da iki formülasyonda benzer seyretmiştir. Karşılaştırmalı tolerabilite ve güvenlilik çalışmalarında PP6M ve PP3M'nin genel güvenlilik profilleri benzer bulunmuş; metabolik parametrelerde belirgin bir üstünlük gösterilmemiştir. Daha yüksek enjeksiyon hacmiyle ilişkili enjeksiyon bölgesi ağrısı ve lokal reaksiyonlar ise PP6M kullanımında dikkat edilmesi gereken pratik noktalar arasındadır. PP6M'nin klinik değerinin önemli bir boyutu, uygulama takvimi ve doğru hasta seçiminin tedavi sürekliliğiyle birleştirilmesidir. PP3M'den PP6M'ye geçiş, doz eşdeğerliği ve enjeksiyon aralığı gibi pratik ayrıntılar klinik uygulamada önem taşımaktadır; özellikle düşük paliperidon dozları için PP6M'ye doğrudan karşılık bulunmaması hasta seçiminde göz önünde bulundurulmalıdır.

Bu sunumda güncel literatür verileri doğrultusunda PP6M'nin klinik etkinliği, relaps oranlarına etkisi, diğer antipsikotik ajanlar arasındaki farkları, yan etki - tolerabilite profilleri ile adli psikiyatri perspektifindeki yeri tartışılacaktır.

Anahtar Kelimeler: Paliperidon Palmitat 6 aylık depo formülasyonu, uzun etkili enjektabl antipsikotik, şizofreni, relaps, tedavi uyumu.

Kaynaklar

1. García-Carmona JA, García-Pérez A, Isidro Garcia G, Forcen-Muñoz LA, Ovejero Garcia S, Saez Povedano R, et al. Preliminary data from a 4-year mirror-image and multicentre study of patients initiating paliperidone palmitate 6-monthly long-acting injectable antipsychotic: the Paliperidone 2 per Year study. Therapeutic Advances in Psychopharmacology. 2023;13:20451253231220907.
2. Mortlock A-M, Larkin F, Ross CC, Gupta N, Sengupta S, Das M. Effectiveness of paliperidone depot injection in seriously violent men with comorbid schizophrenia and dissocial personality disorder in a UK high-security hospital. Therapeutic Advances in Psychopharmacology. 2017;7(5):169-79.
3. Krozer S, Johnston KL, Najarian D, Wang S, Fua S, Kern Sliwa J, et al. Importance of Long-Acting Injectable Antipsychotic Preparation, Administration, and Injection Site Tolerability: A Focus on Paliperidone Palmitate Once-Every-6-Months Formulation. Perspectives in psychiatric care. 2023;2023(1):3237737.
4. Najarian D, Turkoz I, Knight RK, Galderisi S, Lamaison HF, Zalitacz P, et al. Long-term efficacy and safety of paliperidone 6-month formulation: an open-label 2-year extension of a 1-year double-blind study in adult participants with schizophrenia. International Journal of Neuropsychopharmacology. 2023;26(8):537-44.
5. Turkoz I, Daskiran M, Siddiqui U, Knight RK, Johnston KL, Correll CU. Relapse rates with paliperidone palmitate in adult patients with schizophrenia: results for the 6-month formulation from an open-label extension study compared to real-world data for the 1-month and 3-month formulations. International Journal of Neuropsychopharmacology. 2024;27(2):pyad067.

PSİKODERMATOLOJİK HASTALIKLARDA KONSÜLTASYON-LİYEZON YAKLAŞIMI

Mustafa AKAN

Psikodermatolojik hastalıklar, deri ile beyin arasındaki çift yönlü etkileşimin görünür hale geldiği heterojen bir hastalık grubudur. Stres yanıtı, nöroimmünolojik süreçler, inflamasyon, duyusal işleme, davranışsal pekiştirme ve psikiyatrik komorbiditeler; kaşıntı, ağrı, yanma, ekskoriyasyon, inflamatuvar dermatozların alevlenmesi ve tedaviye uyumsuzluk gibi ortak klinik sonuçlara katkıda bulunabilir. Bu nedenle hastayı yalnızca dermatolojik veya yalnızca psikiyatrik bir çerçevede değerlendirmek, tanısal gecikmeye, gereksiz tedavilere ve tedavi ittifakının zedelenmesine yol açabilir.

Uluslararası sınıflandırma, primer ruhsal hastalıkların deriyi etkilediği tablolar ile primer deri hastalıklarının ruhsal durumla ilişkili olduğu tabloları birbirinden ayırırken, bu kategorilerin klinik pratikte keskin sınırlarla ayrılmadığını da vurgulamaktadır. Konsültasyon-liyezon yaklaşımının ilk basamağı; primer ve sekonder deri lezyonlarını ayırt etmek, sistemik hastalık, enfeksiyon, nöropatik süreç ve ilaç etkilerini değerlendirmek, ardından belirtinin fenomenolojisini ve davranışsal döngüsünü tanımlamaktır. Psikiyatrist ve dermatolog; ortak bir dil kullanmalı, hastanın yaşadığı duyumu özenle ele alarak psikiyatrik formülasyonu açıklamalı ve tedaviyi hastanın kabul edebileceği ortak hedefler üzerinden birlikte planlamalıdır. Böylece biyolojik, psikolojik ve sosyal boyutlar aynı bakım planında görünür hale gelir. Bu yaklaşım, damgalanmayı azaltır ve özellikle zor olgularda tedavinin sürekliliğini güçlendirir. Delüzyonel infestasyon, ekskoriyasyon bozukluğu, beden dismorfik bozukluğu ve kronik kaşıntı bu yaklaşımın özellikle gerekli olduğu örneklerdir. Avrupa'daki güncel öneriler, bölgesel psikodermatoloji ekiplerinin kurulmasını ve sağlık çalışanlarının bu alanda eğitilmesini desteklemektedir.

Bu sunumda psikodermatolojik hastalıklarda konsultasyon-liyezon yaklaşımı, psikiyatrist ve dermatoloğun görev paylaşımı, tedavideki işbirliğinin olumlu etkileri tartışılacaktır.

Anahtar Kelimeler: Psikodermatoloji; konsultasyon-liyezon psikiyatrisi; dermatoloji-psikiyatri işbirliği; stres-inflamasyon; multidisipliner tedavi

Kaynaklar

1. Ferreira BR, Vulink N, Mostaghimi L, Jafferany M, Balieva F, Gieler U, et al. Classification of psychodermatological disorders: proposal of a new international classification. Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology. 2024;38(4):645-56.
2. Misery L, Schut C, Balieva F, Bobko S, Reich A, Sampogna F, et al. White paper on psychodermatology in Europe: A position paper from the EADV Psychodermatology Task Force and the European Society for Dermatology and Psychiatry (ESDaP). Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology. 2023;37(12):2419-27.
3. Christensen RE, Jafferany M. Unmet Needs in Psychodermatology: A Narrative Review: RE Christensen, M. Jafferany. CNS Drugs. 2024;38(3):193-204.
4. Zhou S, Mukovozov I, Chan A-W. What is known about the psychodermatology clinic model of care? A systematic scoping review. Journal of Cutaneous Medicine and Surgery. 2018;22(1):44-50.

DUYGUDURUM BOZUKLUKLARINDA KRONOTERAPİ: BİYOLOJİK SAATİ HEDEFLEYEN TEDAVİ YAKLAŞIMLARI

Mustafa KARAAĞAÇ

Sirkadiyen ritim bozulması, duygudurum bozukluklarının en tutarlı klinik ve biyolojik özelliklerinden biridir. Diürnal duygudurum değişimi, erken uyanma, mevsimsel örüntü, kısalmış REM latansı ve düşük amplitüdlü hormon ve vücut ısısı ritimleri bu ilişkiyi yansıtır. Bipolar bozuklukta uyku kaybının manik epizodu tetikleyebilmesi, ritim sisteminin hastalığın seyrinde belirleyici olduğunu düşündürmektedir. Suprakiazmatik çekirdekteki ana saat ve CLOCK/BMAL1–PER/CRY moleküler geri besleme döngüsü; ışık, uyku-uyanıklık zamanlaması ve sosyal rutinler aracılığıyla düzenlenir. Kronoterapi, bu girdileri kontrollü biçimde kullanarak sirkadiyen ve uyku homeostatik sistemleri hedefleyen tedavilerin ortak adıdır.

Uyanıklık tedavisi (total ya da parsiyel uyku yoksunluğu), hastaların yaklaşık yarısında saatler içinde antidepresan yanıt sağlar; ancak toparlayıcı uykudan sonra relaps sıktır. Uyku fazı ilerletme ve sabah parlak ışık tedavisiyle birlikte uygulanan üçlü kronoterapi bu yanıtı sürdürmeyi amaçlar ve ilaca dirençli ya da intihar düşüncesi olan hastalarda umut verici sonuçlar göstermiştir. Parlak ışık tedavisi mevsimsel depresyonda iyi kanıtlanmıştır; mevsimsel olmayan major depresyonda ve duygudurum dengeleyici eşliğinde bipolar depresyonda da etkili bulunmuştur. Akut manide karanlık tedavisi ve mavi ışığı bloke eden amber gözlükler düşük maliyetli ek seçenekler olarak öne çıkmaktadır. Lityum, agomelatin ve melatonin gibi kronobiyotik etkili ilaçlar ile kişilerarası ve sosyal ritim tedavisi kazanımların sürdürülmesine katkı sağlayabilir.

Kronoterapi hızlı etkili, iyi tolere edilen ve biyolojik temeli güçlü bir yaklaşım olmasına karşın klinikte yeterince kullanılmamaktadır. Bipolar hastalarda hipomaniye kayma ve epilepside nöbet riski gibi durumlar dikkatli hasta seçimi ve ekip altyapısı gerektirir. Bu sunumda kronoterapötik yöntemlerin biyolojik temelleri, güncel kanıtları, uygulama protokolleri ve kişiselleştirilmiş kronoterapiye yönelik gelecek yaklaşımlar tartışılacaktır.

Anahtar kelimeler: kronoterapi, sirkadiyen ritim, uyku yoksunluğu, ışık tedavisi, bipolar bozukluk, depresyon

ŞİZOFRENİDE BİLİŞSEL İŞLEVLER: PATOFİZYOLOJİDEN KLİNİK YANSIMALARA

Rümeysa Ayşe GÜLLÜLÜ

Şizofrenide bilişsel işlev bozuklukları, hastalığın temel özelliklerinden biri olup klinik belirtilerden bağımsız olarak işlevsellik, sosyal uyum ve yaşam kalitesi üzerinde belirleyici rol oynamaktadır. Dikkat, işlemleme hızı, çalışma belleği, sözel ve görsel öğrenme, yürütücü işlevler ve sosyal biliş gibi farklı alanlarda gözlenen bu bozuklukların standart ve güvenilir yöntemlerle değerlendirilmesi, hastalığın bilişsel profilinin ortaya konulması ve bireyselleştirilmiş müdahalelerin planlanması açısından önem taşımaktadır.

Bu sunumda, şizofrenide bilişsel işlevlerin değerlendirilmesinde kullanılan psikometrik araçlar ve nöropsikolojik testler, klinik ve araştırma uygulamaları bağlamında ele alınacaktır. MATRICS girişimi kapsamında geliştirilen MATRICS Consensus Cognitive Battery (MCCB) başta olmak üzere, Brief Assessment of Cognition in Schizophrenia (BACS), Brief Cognitive Assessment Tool for Schizophrenia (B-CATS) ve Screen for Cognitive Impairment in Psychiatry (SCIP) gibi değerlendirme bataryalarının kapsamları ve kullanım özellikleri tartışılacaktır. Ayrıca Wisconsin Kart Eşleme Testi, Stroop Testi, İz Sürme Testi ve sözel akıcılık testleri gibi belirli bilişsel alanları değerlendiren nöropsikolojik araçların klinik katkıları üzerinde durulacaktır. Sosyal bilişin değerlendirilmesinde kullanılan yöntemlere ve öznel bilişsel yakınmalar ile nesnel test performansı arasındaki farklılıklara da değinilecektir.

Son olarak, bilişsel değerlendirmede standardizasyon, kültürel uyarlama, normatif veriler ve tekrarlayan ölçümlerin sınırlılıkları tartışılacaktır. Nöropsikolojik testlerin yanı sıra, bilişsel işlev bozukluklarıyla ilişkili elektrofizyolojik, nörogörüntüleme ve serum temelli biyobelirteçler ile güncel araştırmalarda öne çıkan yeni nesil değerlendirme yaklaşımlarına değinilecektir. Bu yöntemlerin klinik geçerliliği ve gelecekteki potansiyel kullanım alanları ele alınarak, şizofrenide bilişsel işlevlerin çok boyutlu değerlendirilmesinin bireyselleştirilmiş tedavi, bilişsel rehabilitasyon ve işlevsel prognozun öngörülmesi açısından önemi vurgulanacaktır.

OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUKTA BİRİNCİ NESİL ANTİDEPRESAN KULLANIM DENEYİMLERİ

Rümeysa POYRAZ GÜL

Obsesif kompulsif bozukluk (OKB), obsesyon ve/veya kompulsiyonlarla seyreden, işlevsellikte belirgin kayba yol açabilen kronik bir psikiyatrik bozukluktur. Farmakolojik tedavide seçici serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI), etkinlikleri ve görece iyi tolerabiliteleri nedeniyle ilk basamakta tercih edilmektedir. Birinci nesil antidepresanlar ise OKB tedavisinde uzun süredir kullanılan ve etkinliklerine ilişkin güçlü kanıtların bulunduğu farmakolojik seçenekler arasında yer almaktadır.

Randomize kontrollü çalışmalar ve meta-analizler, birinci nesil antidepresanların OKB belirtilerini azaltmadaki etkinliğini desteklemektedir. Bazı çalışmalarda SSRI'lara kıyasla daha yüksek etkinlik bildirilmiş olmakla birlikte, doğrudan karşılaştırmalarda SSRI'lara üstünlükleri tutarlı biçimde gösterilememiştir. Güncel kılavuzlarda bu ilaçlar, etkinliklerine ilişkin güçlü kanıtlara rağmen genellikle ikinci basamak farmakoterapi seçenekleri arasında konumlandırılmaktadır. Bunun temel nedenleri antikolinerjik yan etkiler, ortostatik hipotansiyon, kardiyak ileti bozuklukları, nöbet riskinde artış ve doz aşımındaki toksisitedir. Birinci basamak tedavilerden bu ilaçlara geçiş öncesinde gerekli SSRI denemelerinin sayısı konusunda ise kılavuzlar arasında farklılıklar bulunmaktadır.

Birinci nesil antidepresan tedavisinde düşük dozdan başlanması, tolerabilite ve klinik yanıta göre kademeli titrasyon yapılması ve yeterli tedavi süresinin tamamlanması önemlidir. SSRI'lar ile birinci nesil antidepresanların kombinasyonu ise sınırlı etkinlik verileri ve farmakokinetik etkileşimler nedeniyle rutin bir yaklaşım olmayıp tedaviye dirençli olgularda dikkatle değerlendirilmelidir.

Bu sunumda, güncel literatür ve tedavi kılavuzları ışığında birinci nesil antidepresanların OKB tedavisindeki etkinliği, güvenlilik profili, dozlama ve izlem özellikleri ile tedavi algoritmasındaki yerinin ele alınması ve klinik olgular üzerinden kullanım deneyimlerinin tartışılması planlanmıştır.

ŞİZOFRENİ TEDAVİSİNDE PARADİGMA DEĞİŞİMİ: YENİ KUŞAK ANTİPSİKOTİKLER VE GLUTAMATERJİK/MUSKARİNİK HEDEFLER

Salih KALYONCU

Şizofreni tedavisinde, dopamin (D2) blokajına dayalı mevcut antipsikotiklerin özellikle negatif belirtiler ve bilişsel bozulmalarda yetersiz kalması, yeni mekanizma arayışlarını zorunlu kılmıştır [3, 4, 5, 18]. Bu paradigma değişimi, muskarinik agonizm ile başarılı sonuçlar verirken, glutamaterjik yaklaşımlarda daha heterojen kalmaktadır [6, 9, 17].

Muskarinik Yolak: Bu alandaki en somut ilerleme, doğrudan D2 blokajı yapmayan KarXT (xanomeline-trospium) ile sağlanmıştır [9, 10]. KarXT, akut psikozda anlamlı klinik etkinlik (PANSS skorlarında düşüş) göstermiş ve 2024'te onaylanarak non-D2 antipsikotikler için tarihsel bir kırılma yaratmıştır [9, 10, 17]. Ekstrapiramidal belirtiler ve kilo artışı gibi klasik yan etkiler yerine, çoğunlukla periferik kolinerjik (bulantı, dispepsi) yan etkiler görülmektedir [9, 10, 11, 12]. Uzun dönem verileri henüz sınırlı olsa da erken güvenlilik profilini koruduğu bildirilmektedir [11, 17].

Glutamaterjik Yolak: NMDAR hipofonksiyonu hipotezine dayanan glutamaterjik hedefler, özellikle bilişsel işlevler ve negatif belirtiler için güçlü bir biyolojik temel sunar [6, 14]. Ancak, klinik sonuçlar heterojen çıkmış ve umut verici erken sinyaller sıklıkla faz 3 aşamasında (örneğin 2025'teki CONNEX programında iclepertin) başarısız olmuştur [17]. Bu durum hipotezin yanlışlığından çok, biyobelirteç eşliğinde doğru hasta alt gruplarının seçilememesinden kaynaklanmaktadır [6, 15].

Sonuç olarak; şizofreni tedavisindeki paradigma değişimi muskarinik hedeflerle doğrulanmış olup, gelecekte tek bir yolaktan ziyade biyolojik alt tiplere göre şekillenen bir tedavi mimarisi öne çıkacaktır [5, 14, 17].

Kaynaklar

1. Achtyes, E., Hopkins, S., Dedic, N., Dworak, H., Zeni, C., & Koblan, K. (2023). Ulotaront: review of preliminary evidence for the efficacy and safety of a TAAR1 agonist in schizophrenia. European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 273, 1543-1556. https://doi.org/10.1007/s00406-023-01580-3
2. Ågren, R., Betari, N., Saarinen, M., Zeberg, H., Svenningsson, P., & Sahlholm, K. (2023). In Vitro Comparison of Ulotaront (SEP-363856) and Ralmitaront (RO6889450): Two TAAR1 Agonist Candidate Antipsychotics. International Journal of Neuropsychopharmacology, 26, 599-606. https://doi.org/10.1093/ijnp/pyad049
3. Correll, C., Abi-Dargham, A., & Howes, O. (2022). Emerging Treatments in Schizophrenia.. The Journal of clinical psychiatry, 83 1. https://doi.org/10.4088/jcp.su21204ip1
4. Dogra, S., & Conn, P. (2022). Metabotropic Glutamate Receptors As Emerging Targets for the Treatment of Schizophrenia. Molecular Pharmacology, 101, 275-285. https://doi.org/10.1124/molpharm.121.000460
5. Dudzik, P., Lustyk, K., & Pytka, K. (2024). Beyond dopamine: Novel strategies for schizophrenia treatment. Medicinal Research Reviews, 44, 2307-2330. https://doi.org/10.1002/med.22042
6. Fadgyas-Stanculete, M., & Căpăţînă, O. (2025). Glutamate-Based Therapeutic Strategies for Schizophrenia: Emerging Approaches Beyond Dopamine. International Journal of Molecular Sciences, 26. https://doi.org/10.3390/ijms26094331
7. Goh, K., Wu, T.-H., Chen, C.-H., & Lu, M.-L. (2021). Efficacy of N-methyl-D-aspartate receptor modulator augmentation in schizophrenia: A meta-analysis of randomised, placebo-controlled trials. Journal of Psychopharmacology, 35, 236-252. https://doi.org/10.1177/0269881120965937
8. Kane, J. (2022). A New Treatment Paradigm. Journal of Clinical Psychopharmacology, 42, S1-S13. https://doi.org/10.1097/jcp.0000000000001596
9. Kaul, I., Sawchak, S., Walling, D., Tamminga, C. A., Breier, A., Zhu, H., Miller, A. C., Paul, S. M., & Brannan, S. K. (2024). Efficacy and Safety of Xanomeline-Trospium Chloride in Schizophrenia. JAMA Psychiatry, 81, 749-756. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2024.0785
10. Kaul, I., Sawchak, S., Correll, C., Kakar, R., Breier, A., Zhu, H., Miller, A. C., Paul, S. M., & Brannan, S. K. (2023). Efficacy and safety of the muscarinic receptor agonist KarXT (xanomeline-trospium) in schizophrenia (EMERGENT-2)... Lancet. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)02190-6
11. Kaul, I., Claxton, A., Chaturvedi, S., Patel, T., Wu, H., Sawchak, S., & Sauder, C. (2026). Long-term efficacy, safety, and tolerability of xanomeline and trospium chloride in schizophrenia: A 52-week, open-label trial (EMERGENT-5).. Schizophrenia research, 288, 86-94. https://doi.org/10.1016/j.schres.2025.12.015
12. Kramer, *., Brannan, S. K., Sauder, C., & Kaul, I. (2025). Safety And Efficacy Of Karxt In Patients With Schizophrenia In The Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled EMERGENT TRIALS. International Journal of Neuropsychopharmacology, 28. https://doi.org/10.1093/ijnp/pyae059.279

13. Moran, P. M., & Granger, K. (2025). IUPHAR REVIEW: Moving beyond dopamine-based therapeutic strategies for schizophrenia.. Pharmacological research, 107727. https://doi.org/10.1016/j.phrs.2025.107727
14. Okubo, R., Okada, M., & Motomura, E. (2024). Dysfunction of the NMDA Receptor in the Pathophysiology of Schizophrenia and/or the Pathomechanisms of Treatment-Resistant Schizophrenia. Biomolecules, 14. https://doi.org/10.3390/biom14091128
15. Sehatpour, P., & Kantrowitz, J. T. (2024). Finding the right dose: NMDAR modulating treatments for cognitive and plasticity deficits in schizophrenia and the role of pharmacodynamic target engagement. Biological psychiatry, 97, 128-138. https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2024.08.019
16. Siafis, S., Chiocchia, V., Macleod, M. R., Austin, C., Homiar, A., Tinsdeall, F., Friedrich, C., Ramage, F. J.,... Leucht, S. (2024). Trace amine-associated receptor 1 (TAAR1) agonism for psychosis... Wellcome Open Research, 9. https://doi.org/10.12688/wellcomeopenres.21302.1
17. Wang, Y., Wang, J., Zhang, X., & Liu, X. (2026). Emerging non-D2 receptor-based therapies for schizophrenia: a focus on muscarinic and glutamatergic pathways. Frontiers in Psychiatry, 17. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2026.1898212
18. Ye, N., Wang, Q., Li, Y., & Zhen, X. (2024). Current emerging therapeutic targets and clinical investigational agents for schizophrenia: Challenges and opportunities. Medicinal Research Reviews, 45, 755-787. https://doi.org/10.1002/med.22086

HIZLI AKIŞ, SÜREKLİ UYARIM VE YENİ RUHSAL ÖRGÜTLENMELER

Selin Ayça ATASELİM

Modern çağda dijital platformların ve sosyal medyanın sunduğu sürekli uyarım ile hızlı bilgi akışı, bireylerin ruhsal yapısı ve bilişsel süreçleri üzerinde derin dönüşümlere yol açmaktadır. Araştırmalar, algoritmik dopamin döngülerinin ve yoğun medya çoklu görevinin dış uyaranları filtreleme yeteneğini zayıflattığını, dikkat süresini kısalttığını ve çalışma belleği ile tepki ketleme gibi yürütücü işlevlerde bozulmaya neden olduğunu göstermektedir. Ayrıca edilgen kaydırma ve olumsuz içerik maruziyeti gibi dijital davranışlar, bilişsel aşırı yüklenmeye ve zihinsel yorgunluğa yol açmaktadır. Ruhsal örgütlenme boyutunda ise dijital ağ bağımlılığı, bireylerde yabancılaşma, kendine odaklı dikkat artışı ve olumsuz değerlendirilme korkusunu tetikleyerek sosyal kaygıyı ve psikopatolojiyi şiddetlendirmektedir. Bu sunumda, hızlı akış ve sürekli uyarımın prefrontal korteks işlevleri, bilişsel denetim mekanizmaları ve değişen dijital ağlar bağlamında ortaya çıkan yeni ruhsal örgütlenmeler üzerindeki etkileri bütüncül bir çerçevede tartışılacaktır.

Anahtar Kelimeler: Sürekli uyarım, dijital bağımlılık, yürütücü işlevler, beyin çürümesi, sosyal kaygı

Kaynaklar

1. De, D., El Jamal, M., Aydemir, E., & Khera, A. (2025). Social media algorithms and teen addiction: Neurophysiological impact and ethical considerations. Cureus, 17(1), e77145.
2. Yousef, A. M. F., Alshamy, A., Tlili, A., & Metwally, A. H. S. (2025). Demystifying the new dilemma of brain rot in the digital era: A review. Brain Sciences, 15(3), 283.
3. Xu, X., & Fang, H. (2026). Social media addiction and social anxiety among college students: the serial mediating roles of alienation, self-focused attention, and fear of negative evaluation. Frontiers in Psychology, 17, 1797966.
4. Ophir, E., Nass, C., & Wagner, A. D. (2009). Cognitive control in media multitaskers. Proceedings of the National Academy of Sciences, 106(37), 15583-15587.
5. Aitken, A., Jounghani, A. R., Carbonell, L. M., Tadeo, D., Kumar, A., Crawford, S., ... & Hosseini, S. M. H. (2025). Naturalistic fNIRS assessment reveals decline in executive function and altered prefrontal activation following social media use in college students. Scientific Reports, 15(1), 36960.

BİPOLAR BOZUKLUK MU, DEHB Mİ? AYIRICI TANI İNCELİKLERİ

Selin BALKİ TEKİN

Bipolar bozukluk ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB), erişkin psikiyatri pratiğinde örtüşen klinik özellikleri nedeniyle ayırıcı tanıda güçlük oluşturabilen iki önemli nöropsikiyatrik tablodur. Dikkat dağınıklığı, dürtüsellik, psikomotor aktivite artışı, konuşkanlık, irritabilite ve duygulanımda değişkenlik her iki bozuklukta da gözlenebilmekte; özellikle retrospektif değerlendirmelerde tanısal belirsizliğe yol açabilmektedir.

Ayırıcı tanıda en önemli unsurlardan biri belirtilerin zamansal seyri ve epizodik niteliğidir. DEHB belirtileri genellikle çocukluk çağında başlar ve görece süreklilik gösterirken bipolar bozuklukta manik veya hipomanik belirtiler kişinin olağan işlevselliğinden belirgin sapma gösteren, sınırlı süreli duygudurum epizodları içinde ortaya çıkar. Uyku ihtiyacında belirgin azalma, grandiyozite, hedefe yönelik aktivitede artış ve davranışlarda niteliksel değişim bipolar bozukluk lehine güçlü klinik ipuçlarıdır.

Duygusal labilitenin özellikleri de ayırıcı tanıda önem taşır. DEHB'de duygusal değişimler sıklıkla çevresel uyaranlara bağlı, kısa süreli ve reaktif özellik gösterirken; bipolar bozuklukta daha kalıcı, sendromal ve diğer manik ya da depresif belirtilerle birlikte seyreden duygudurum değişiklikleri beklenir.

Doğru tanısal değerlendirme; kesitsel semptom sorgulamasının ötesinde, gelişimsel öykü, hastalık seyri, önceki epizodlar, aile öyküsü ve işlevsellik değişikliklerinin bütüncül olarak ele alınmasını gerektirir. Ayrıca DEHB ve bipolar bozukluğun komorbiditesinin mümkün olduğu göz önünde bulundurulmalı ve tedavi planlaması buna göre yapılmalıdır.

ALKOL-MADDE KULLANIM BOZUKLUKLARI VE İNTİHAR

Sema BAYKARA

Literatür çalışmaları, bağımlıların genel popülasyona göre intihar açısından yüksek risk altında olduğunu göstermektedir. Önlenebilir bir ölüm nedeni olan intiharın bu riskli grupta önceden tahmin edilebilmesi önemlidir. Alkol kullanım bozukluğu (AKB) olan kişilerin yaşam boyu intihar girişimi prevelansları yüksektir. ağır alkol içicilerin sosyal içicilere göre ortalama altı kat fazla intihar riski taşıdıklarını göstermiştir.

Alkol-madde kullanım bozukluğu (AMKB) olan bireylerde intihar için önde gelen risk faktörleri, Psikososyal işlev bozukluğu, Psikiyatrik semptomlar kişilerarası olumsuz yaşam olayları (suçluluk ve umutsuzluk duygusunu artırır). Yalnızken içki içmeye daha çok meyillidirler Alkolün etkisiyle ortaya çıkan dürtüsellik intihar ile sonuçlanabilir.

Çok sayıda gözden geçirme çalışması, hem kronik hem de akut alkol kullanımı ile daha fazla dürtüsellik, bilişsel bozulma, ağrıya tolerans artışı, ölüme karşı psikolojik engellerin azalması, yüksek derecede ölümcül intihar yöntemlerinin kullanılması riskinin artışı olduğunu göstermiştir.

Son yıllardaki çalışmalar alkol tüketiminin intihar düşüncesinden intihar girişimine dönüşmesinde önemli bir rol oynayabileceğini göstermektedir.

Prefrontal korteks ve anterior singulat kortekste azalan serotonerjik aktivite saldırganlık-şiddet davranışı ile doğrudan ilişkilidir.

Saldırgan tutumu olan hastaların beyin omurilik sıvısındaki serotonin metabolitinin (5-hidroksiindolasetik asit) arttığı gösterilmiştir. Mezolimbik yolaklardaki dopamin miktarının artmasının saldırganlık/şiddetle yakından ilişkili olduğu gösterilmiştir.

İntihar girişiminde bulunan kişilerde kan ve idrarda noradrenalinin ana metaboliti olan 3-metoksi-4-hidroksifenilglikol (MHPG) düzeylerinin kontrollere kıyasla daha düşük olduğu bulunmuştur. Hem AKB olan hastalarda hem de intihar öyküsü olanlarda karar verme ve davranışsal inhibisyonu sağlamada çok önemli bir yeri olan dorsolateral prefrontal kortekste gri cevher hacminin azaldığı gösterilmiştir

Alkollü iken intihar girişiminde bulunma başvurulan intihar yöntemlerini de belirlemektedir. Çalışma sonuçlarına göre alkol miktarı arttıkça intihar yöntemi olarak ateşli silah kullanma olasılığı belirli bir kan alkol düzeyine kadar artmakta (ölen erkekler için yaklaşık 0,40 g/dL; ölen kadınlar için 0,30 g/dL), bu seviyeden sonra ihtimal düşmekteydi.

İntiharın ön görülemezliği dikkate alındığında, bu grupta yer alan hastaları değerlendirirken intihar da mutlaka ayrıntılı olarak sorgulanmalıdır.

İntiharın önlenmesini içeren çalışmalar AMKB'lerin tanı ve tedavisine de odaklanmalıdır.

DİRENÇLİ DEPRESYONDA ANKSİYETENİN ROLÜ-BİYOLOJİDEN TEDAVİYE

Sema BAYKARA

TRD (Treatment-Resistant Depression): Tedaviye Dirençli Depresyon

Yeterli doz + yeterli süre + uygun tanı ve uyum koşullarında verilen en az iki antidepresan tedavisine rağmen anlamlı yanıt/remisyon elde edilememesi.

Anksiyete: TRD'nin görünmeyen yükü Literatürde "kaygılı depresyon"genellikle şu iki şekilde tanımlanır:

(a) Majör depresif bozukluk ile bir anksiyete bozukluğunun (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı-5 (DSM-5) tarafından tanımlandığı şekliyle) birlikteliği

veya

(b) Majör depresif bozukluğa ek olarak, semptom derecelendirme ölçekleriyle ölçülen anksiyete belirtilerinin varlığı.

Bu tanımlar, klinisyenlerin hasta değerlendirilmesinde kullanabilecekleri ortak bir dil oluşturmaktadır

Anksiyetesi olan depresif hastalar anksiyete eşlik etmeyen depresif hastalarla karşılaştırıldığında;

daha erken başlangıç yaşı

daha uzun depresyon dönemleri

daha yüksek düzeyde intihar düşüncesi ve intihar girişimi öyküsü

daha düşük tedavilere yanıt verme ve iyileşme oranları

daha yüksek kronikleşme eğilimi sağlıkla ilişkili daha düşük yaşam kalitesi

daha fazla eşlik eden tıbbi hastalık varlığı daha düşük işlevsellik ile karakterizedir.

Depresyon + anksiyete: birliktelik neden sık?

Depresyon hastalarında gözlemlenen azalmış tepkiselliği açıklamak amacıyla

«Duygu bağlamına duyarsızlık" (emotion context insensitivity) hipotezi

Bu teoriye göre, depresyon hastaları (kaygı durumlarından bağımsız olarak), olumlu ve olumsuz duygusal uyaranlar içeren resimlere bakmak gibi pasif görevlere karşı azalmış bir tepkisellik sergilemişlerdir.

Bir başka çalışma;

İtici (aversif) bir uyarana —elektrik şoku tehdidine— maruz kaldıklarında, depresyon hastalarının kaygılı beklenti ve irkilme tepkilerinin arttığını göstermiştir.

Depresyon + anksiyete: birliktelik neden önemli?

anksiyete bozukluklarının-tedaviye yanıt vermemenin olası yordayıcıları olduğu saptanırken;

anksiyete belirtilerinin varlığı-daha düşük remisyon oranlarını yorduyor gibi görünmektedir:

Yaygın Anksiyete Bozukluğu tedavisinde kullanılan ilaç sınıflarının bir çoğu —selektif serotonin gerialım inhibitörleri, serotonin-noradrenalin geri alım inhibitörleri, trisiklik antidepresanlar, agomelatin) — anksiyete belirtilerinin eşlik ettiği depresyonun tedavisinde de etkilidir

-Benzodiazepinlerin uykusuzluk veya diğer anksiyete belirtileriyle seyreden MDB tedavisinde yardımcı ajan olarak yeri vardır ve kısa vadede (1–4 hafta) antidepresan tedavisine bir benzodiazepin eklenmesini destekleyen kanıtlar mevcuttur.

Hekimler, depresyonu olan hastalarında anksiyete belirtilerini rutin olarak taramalı ve tedavi ile izlem yaklaşımlarını buna göre düzenlemelidir.

UYKU BOZUKLUKLARI VE İNTİHAR RİSKİ

Sevda KORKMAZ

2021 Yılında yaklaşık 750.000 kişi intihar sonucu hayatını kaybetmiştir. İntihar, dünya genelinde en yaygın 10. ve ergenler arasında en yaygın ikinci ölüm nedeni olmaya devam etmektedir. İntihar girişimleri ve intihar düşüncesi, gelecekteki intiharın en güçlü yordayıcısıdır. İntihar davranışı öyküsü olan kişilerdeki intihar düşüncesi değişkenliğinin yaklaşık yarısı, bireylerin kendi içlerinde günden güne yaşadıkları değişimlerden kaynaklanmaktadır. İntihar riskini arttırabilecek değiştirilebilecek risk faktörleri bulunmaktadır.

Uyku sorunları intihar düşüncesi veya girişimi açısından tek başına belirleyici değildir; ancak risk değerlendirmesinde dikkate alınması gereken klinik bir göstergedir. Depresyon ve madde kullanımı gibi psikiyatrik bozukluklar uzun süredir başlıca risk faktörleri olarak kabul edilse de, yeni kanıtlar uyku bozukluklarını özellikle uykusuzluk, sirkadiyen ritim bozuklukları ve kabusları, intihar eğiliminin bağımsız ve değiştirilebilir yordayıcıları olarak öne çıkarmaktadır. Uykusuzluk, aşırı uyarılma, umutsuzluk ve bozulmuş duygu düzenlemesi yolları aracılığıyla intihar riskine katkıda bulunurken, kabuslar intihar düşüncesi ve girişimleri riskinin artmasıyla ilişkilidir ve potansiyel olarak diğer uyku bozukluklarından farklı bir etki gösterebilir. İntihar düşüncesindeki kısa süreli dalgalanmalara katkıda bulunabilecek faktörlerden biri uykudur. Uyku yoksunluğu, olumsuz uyaranlara karşı artan amigdala aktivasyonu yoluyla olumsuz duygusal süreçlerin işlenmesinde değişiklikleri tetikler Bozulmuş uyku düzeni ayrıca, anhedoninin temel bir belirtisi olan günlük yaşamda ödül tepkiselliğinin azalmasıyla da ilişkilidir. Bu altta yatan mekanizmaları yansıtan çeşitli çalışmalar; uykunun daha fazla bölündüğü, süresinin daha kısa olduğu ve öznel uyku kalitesinin daha düşük olduğu gecelerin, intihar riski yüksek popülasyonlarda normalden daha yüksek olumsuz duygulanım ve azalmış olumlu duygulanım ile ilişkili olduğunu göstermiştir. Bu durum, uyku bozukluklarının; ruh hali ve duygusal düzenleme üzerindeki olumsuz etkileri aracılığıyla intihar düşüncesini tetikleyebileceğini düşündürmektedir. İntihar davranışı ile ilişkili olabilecek riskl faktörlerinin erkenden farkedilmesi ve kapsamlı olarak değerlendirmesi. Bu bağlamda uygun tedavi stratejilerinin planlanması önemlidir. Risk varsa yalnızca uyku sorununa odaklanmak yerine bütüncül güvenlik ve tedavi planı oluşturulması önem arz eder.

KENDİLİĞİN SANAL ORTAMDA ŞEKİLLENMESİ

Sibel Hande KARAKOYUN

Günümüz dijital dünyasında benlik, sadece tecrübe edilen bir olgu olmaktan çıkarak tahayyül edilen kitlelere sunulan performatif bir sürece dönüşmektedir. Russell Belk'in genişletilmiş benlik kuramına göre bireyler; dijital izler, avatarlar ve kitlelerin geri bildirimleriyle benliklerini ortaklaşa inşa etmektedir. Ancak farklı sosyal çevrelerin ve izleyicilerin aynı mecralarda kesişmesiyle oluşan güncel durum, sabit ve tekil bir kimlik yerine LinkedIn, Instagram veya X gibi platformlarda çoklu benlik tezahürlerinin sergilenmesini getirmektedir. Bireylerin algoritmik yönlendirmeler, trendler ve dijital onay mekanizmalarıyla biçimlendiği bu ortamda, özel ile kamusal alan arasındaki geleneksel sınırlar giderek esnemekte; mahrem düşünceler kamusal alana taşınarak benliğin tescil aracına dönüşmektedir. Sonuç olarak dijital kendilik, insanın kendi hikayesinin tek yazarı olmaktan çıkıp, algoritmalar ve kitlelerle birlikte oluşturduğu canlı ve akışkan bir sürece evrilmektedir. Bu panelde; sanal ortamda benlik inşası, sosyal bağlamların iç içe geçmesinin oluşturduğu çoklu kimlik performansı, algoritmik aynalar ve mahremiyetin dönüşümü kuramsal ve olgusal boyutlarıyla tartışılacaktır.

Anahtar Kelimeler: Genişletilmiş, performatif kimlik, benlik, dijital onay, algoritmik ayna, mahremiyet.

Kaynaklar

1. Marwick, A. E., & Boyd, D. (2011). I tweet honestly, I tweet passionately: Twitter users, context collapse, and the imagined audience. New media & society, 13(1), 114-133.
2. Belk, R. (2016). Extended self and the digital world. Current Opinion in Psychology, 10, 50-54.

ALKOL KULLANIM BOZUKLUĞUNDA YENİ TEDAVİ SEÇENEKLERİ

Sinan ALTUNÖZ

Alkol kullanım bozukluğu (AKB), mevcut tedavilere rağmen önemli bir hastalık yükü oluşturmaktadır. Diyabet ve obezite tedavisinde kullanılan glukagon benzeri peptid-1 (GLP-1) reseptör agonistlerinin ödül devreleri üzerindeki etkileri, bu ilaçları bağımlılık tedavisinde yeni bir araştırma alanına taşımıştır. Bu sunumda, GLP-1 reseptör agonistlerinin AKB'deki olası etki mekanizmaları, güncel klinik kanıtlar ve tedavideki potansiyel yeri değerlendirilecektir. Preklinik araştırmalar, GLP-1 reseptör aktivasyonunun mezolimbik dopaminerjik iletimi düzenleyerek alkolün pekiştirici etkilerini ve alkol arama davranışını azaltabileceğini düşündürmektedir. Bununla birlikte, klinik sonuçlar tüm ilaçlar ve sonlanımlar açısından tutarlı değildir. Eksenatidin 127 katılımcıyla değerlendirildiği 26 haftalık randomize kontrollü çalışmada, ağır içme günleri açısından plaseboya üstünlük gösterilememiş; obezitesi bulunan alt grupta keşifsel yarar saptanmıştır [1]. Semaglutidin 48 katılımcıyla incelendiği dokuz haftalık çalışmada, laboratuvar ortamında alkol tüketimi, içme günü başına tüketim ve aşerme azalırken, içme günlerinin sayısında anlamlı farklılık bulunmamıştır [2]. 2026 yılında yayımlanan, AKB ve obezitesi bulunan 108 katılımcının dahil edildiği çalışmada, bilişsel davranışçı terapiye eklenen haftalık semaglutid, 26 haftada ağır içme günlerinin oranını plaseboya kıyasla daha fazla azaltmıştır [3]. Aynı yıl yayımlanan 50 katılımcılı oral semaglutid çalışmasında ise birincil sonlanım olan laboratuvarda uyarılmış aşermede anlamlı iyileşme saptanmamasına rağmen, ağır içme günlerinde ve bazı ikincil sonuçlarda azalma bildirilmiştir [4]. Mevcut bulgular, özellikle obezitenin eşlik ettiği AKB'de semaglutidin umut verici bir tedavi adayı olduğunu göstermektedir. Ancak sınırlı örneklemler, farklı sonlanımlar, gastrointestinal yan etkiler ve uzun dönem verilerin yetersizliği, sonuçların genellenebilirliğini kısıtlamaktadır. Rutin klinik kullanımdaki yerinin belirlenmesi için daha geniş, uzun süreli ve mevcut tedavilerle karşılaştırmalı çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar kelimeler: GLP-1 reseptör agonistleri, alkol kullanım bozukluğu, ödül sistemi, semaglutid

Kaynaklar

1. Klausen MK, et al. Exenatide once weekly for alcohol use disorder investigated in a randomized, placebo-controlled clinical trial. JCI Insight. 2022;7(19):e159863. doi:10.1172/jci.insight.159863. insight.jci.org
2. Hendershot CS, et al. Once-Weekly Semaglutide in Adults With Alcohol Use Disorder: A Randomized Clinical Trial. JAMA Psychiatry. 2025;82(4):395-405. doi:10.1001/jamapsychiatry.2024.4789. PubMed
3. Klausen MK, et al. Once-weekly semaglutide versus placebo in patients with alcohol use disorder and comorbid obesity: a randomised, double-blind, placebo-controlled trial. Lancet. 2026;407(10540):1687-1698. doi:10.1016/S0140-6736(26)00305-3. PubMed
4. Schacht JP, Sakai JT, Raymond K, Shelton R. Oral Semaglutide for Alcohol Use Disorder: A Randomized Clinical Trial. Am J Psychiatry. 2026;183(9):636-645. doi:10.1176/appi.ajp.20260003.

DERİN BEYİN UYARIMI VE DİĞER NÖROMODÜLASYON TEKNİKLERİ VE BİLİŞSEL İŞLEVLER

Sinay ÖNEN

Nöromodülasyonun bilişsel etkileri tanıya, uyarılan bölgeye ve kullanılan yönteme göre değiştiğinden, belirtilerdeki düzelme ile bilişsel değişim ayrı değerlendirilmelidir [1,2]. Bu konuşmada derin beyin uyarımı (DBU), transkraniyal doğru akım uyarımı (tDCS), transkraniyal manyetik uyarım (TMS) ve vagus siniri uyarımına ilişkin güncel bulgular ele alınacaktır.

Parkinson hastalığında 10 randomize çalışmanın meta-analizi, DBU sonrasında en iyi tıbbi tedaviye göre sözel akıcılık ve Stroop girişim performansında daha fazla düşüş, ancak genel bilişsel işlevde anlamlı fark olmadığını göstermiştir [1]. Tedaviye dirençli obsesif kompulsif bozuklukta DBU belirtileri azaltırken, bilişsel sorunlar uyarımla ilişkili yan etkiler arasında bildirilmiştir [2]. Alzheimer hastalığında fornix DBU için küçük çalışmalarda geçici olumlu bulgular görülse de hafif evredeki randomize çalışmalarda klinik açıdan anlamlı bilişsel yarar gösterilememiştir [3].

Tedaviye dirençli depresyonda subkallozal singulat DBU uygulanan 12 hastanın kontrolsüz, beş yıllık izleminde sözel bellek iyileşirken, kısa süreli randomize çapraz çalışmada belirgin nöropsikolojik etki saptanmamıştır [4,5]. Unipolar depresyonda tekrarlayıcı TMS'nin bilişsel üstünlüğü meta-analizde gösterilememiştir; buna karşılık bilişsel iyileştirme ile birlikte uygulanan tDCS, remisyondaki depresyonu veya hafif bilişsel bozukluğu bulunan yaşlılarda bilişsel gerilemeyi yavaşlatmıştır [6,7]. Bipolar depresyonda derin TMS, depresif belirtileri azaltmasına rağmen sahte uyarıma göre ek bilişsel yarar sağlamamıştır [8]. Şizofrenide sol dorsolateral prefrontal kortekse uygulanan aralıklı teta patlaması uyarımı, ağ meta-analizinde sahte uyarıma kıyasla genel bilişsel ölçümlerde iyileşmeyle ilişkili bulunmuştur [9]. Transkütanöz auriküler vagus siniri uyarımının özellikle yürütücü işlevler ve bilişsel esneklik için olumlu sonuçları vardır; klinik uygulamadaki yerinin belirlenmesi için daha fazla kontrollü çalışma gereklidir [10].

Kaynaklar

1. Ning, J., Lv, X., You, J., Zhou, X., An, C., & Zhou, Z. (2026). Neuropsychological outcomes comparing deep brain stimulation and best medical treatment for Parkinson's disease: A systematic review and meta-analysis. Frontiers in Psychology, 17, 1865587. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2026.1865587
2. Cohen, S. E., Niemeijer, M. J., Zantvoord, J. B., van Wingen, G. A., Mocking, R. J. T., & Denys, D. (2025). Deep brain stimulation for obsessive-compulsive-disorder: A systematic review and meta-analysis of individual participant outcome data from sham-controlled trials. Molecular Psychiatry, 30, 4937–4947. https://doi.org/10.1038/s41380-025-03092-z
3. Fahim, F., Farajzadeh, M., Rahatijafarabad, B., Mohammadi, A. M., Khorram, A., Mostafaei, M., Nikbakht, O., Zamiri, R., Sepehrian, N., Oveisi, S., & Zali, A. (2026). Deep brain stimulation of the fornix for Alzheimer's disease: A systematic review and meta-analysis of cognitive outcomes. Neurosurgical Review, 49, Article 328. https://doi.org/10.1007/s10143-026-04236-7
4. Vicent-Gil, M., Trujols, J., Puigdemont, D., Portella, M. J., Alemany, C., Serrano-Gimeno, V., Aibar-Durán, J. Á., Rodríguez Rodríguez, R., Ros, E., Cofán, M., Cardoner, N., & de Diego-Adeliño, J. (2026). Long-term cognitive effects after SCG-DBS in patients with treatment resistant depression: A 5-year follow-up. Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry, 149, 111882. https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2026.111882
5. Gholamali Nezhad, F., Tassone, V. K., Khoo, Y., Wu, M., Lin, Q., Demchenko, I., Janssen-Aguilar, R., Ceniti, A. K., Rizvi, S. J., Lou, W., Giacobbe, P., Kennedy, S. H., Lozano, A. M., McAndrews, M. P., & Bhat, V. (2025). Lack of neuropsychological effects following short-term subcallosal cingulate gyrus deep brain stimulation in treatment-resistant depression: A randomised crossover study. BMJ Mental Health, 28, e301408. https://doi.org/10.1136/bmjment-2024-301408
6. Fu, L., Ren, J., Lei, X., Zhang, R., & Zhang, C. (2025). Effects of repetitive transcranial magnetic stimulation (rTMS) on cognitive impairment in depression: A systematic review and meta-analysis. Journal of Affective Disorders, 373, 465–477. https://doi.org/10.1016/j.jad.2025.01.014
7. Rajji, T. K., Bowie, C. R., Herrmann, N., Pollock, B. G., Lanctôt, K. L., Kumar, S., Flint, A. J., Mah, L., Fischer, C. E., Butters, M. A., Bikson, M., Kennedy, J. L., Blumberger, D. M., Daskalakis, Z. J., Gallagher, D., Rapoport, M. J., Verhoeff, N. P. L. G., Golas, A. C., Graff-Guerrero, A., . . . Mulsant, B. H. (2025). Slowing cognitive decline in major depressive disorder and mild cognitive impairment: A randomized clinical trial. JAMA Psychiatry, 82(1), 12–21. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2024.3241
8. Chu, L., Jia, X., Gao, P., Sun, X., Zhang, J., Ding, Y., Chen, S., Bi, F., Zhang, C., Li, D., & Zhang, Y. (2026). Effects of deep transcranial magnetic stimulation on cognitive function in bipolar depression: A randomized controlled trial using the MATRICS Consensus Cognitive Battery. Alpha Psychiatry, 27(1), 47409. https://doi.org/10.31083/AP47409
9. Kishi, T., Ikuta, T., Sakuma, K., Hamanaka, S., Nishii, Y., Hatano, M., Kito, S., & Iwata, N. (2024). Theta burst stimulation protocols for schizophrenia: A systematic review and network meta-analysis. JAMA Network Open, 7(10), e2441159. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.41159
10. Liu, F., & Li, Y. (2026). Sorting the mind: Cognitive enhancement through transcutaneous auricular vagus nerve stimulation: A systematic review and meta-analysis. Psychological Medicine, 56, e207. https://doi.org/10.1017/S0033291726105017

ŞİZOFRENİDE MAKİNE ÖĞRENMESİ: ERKEN TANIDAN TEDAVİ YANITININ ÖNGÖRÜLMESİNE

Sinay ÖNEN

Şizofreni; klinik görünüm, hastalık seyri ve tedavi yanıtı açısından heterojen ve tanısı büyük ölçüde semptom temelli değerlendirmeye dayanan bir bozukluktur. Makine öğrenmesi (ML), klinik, nörogörüntüleme, elektrofizyolojik, dijital ve moleküler verilerdeki örüntüleri birey düzeyinde analiz ederek erken risk belirleme ve kişiselleştirilmiş tedavi açısından olanaklar sunmaktadır (Li ve Calhoun, 2026).

Son yıllarda odak, yalnızca "şizofreni–sağlıklı kontrol" ayrımından anlamlı öngörü problemlerine kaymaktadır. Elektronik sağlık kayıtlarından yapılandırılmış veriler ve klinik metinleri kullanan geniş ölçekli bir model, 15–29 yaş arasındaki 406.268 bireyde psikoz spektrum bozukluğu gelişme riski yüksek kişilerin rutin sağlık hizmetleri içinde belirlenebileceğini göstermiştir (Marafino ve ark., 2026). Klinik yüksek risk grubunda başlangıç videolarından çıkarılan yüz hareketi özellikleri sonraki psikiyatrik bozukluğa geçişi öngörmüş; psikoz gelişenlerde duyarlılık %78 olarak bildirilmiştir (Loch ve ark., 2026). EEG tabanlı derin öğrenme modelleri yüksek sınıflandırma performansları göstermekle birlikte, veri setleri arasındaki değişkenlik genellenebilirlik sorununa işaret etmektedir (Jagan ve ark., 2026). Periferik kan transkriptom verilerini 12 ML algoritmasıyla bütünleştiren bir çalışma ise sekiz bağımsız veri setinde doğrulanan 16 genlik tanısal imza ve iki biyolojik alt tip tanımlamıştır (Li ve ark., 2026).

Makine öğrenmesi, şizofrenide tedavi yanıtını öngörmek için de kullanılabilir. fNIRS verilerine dayalı bir model, dört haftalık antipsikotik tedavi yanıtını yüksek doğrulukla öngörmüştür (AUC=0,914) (Cheng ve ark., 2026). İki bağımsız psikoz kohortunda klinik ve sosyodemografik değişkenlerle geliştirilen modellerin dış doğrulamada semptom şiddeti ve remisyonu öngörebilmesi, erişilebilir verilerle klinik karar desteğinin mümkün olabileceğini göstermektedir (Coutts ve ark., 2026). Nedensellik bilgisiyle güçlendirilmiş nörogörüntüleme modelleri de antipsikotik yanıt tahmininde merkezler arası genellenebilirliğin artırılabileceğini düşündürmektedir (Xiao ve ark., 2026). Bununla birlikte küçük ve heterojen örneklemler, farklı protokoller, sınırlı dış doğrulama, açıklanabilirlik ve algoritmik adalet sorunları klinik uygulamaya geçişi sınırlamaktadır. Geleceğin hedefi, çok merkezli ve prospektif olarak doğrulanmış ML sistemlerini klinisyenin yerini alan değil, bireysel risk ve tedavi seçimini destekleyen araçlar olarak geliştirmektir.

Kaynaklar

1. Li X, Calhoun VD. Artificial intelligence for schizophrenia: from unimodal prediction to multimodal characterization. Curr Opin Psychiatry. 2026;39(3):192-200. doi:10.1097/YCO.0000000000001076.
2. Marafino BJ, Kline-Simon AH, Stavers-Sosa I, Cronkite DJ, Gerstley LD, Durojaiye C, et al. Development and validation of a machine learning model to identify individuals at high risk for psychotic disorders using medical record data. BMC Psychiatry. 2026;26(1):227. doi:10.1186/s12888-026-07846-z.
3. Loch AA, Queluz FH, Waurzenczak B, Gondim JM, Argolo FC, Lopes-Rocha AC, et al. Predicting transition to psychiatric disorders in clinical high-risk for psychosis subjects using machine learning and facial features. Schizophr Res. 2026;295:161-169. doi:10.1016/j.schres.2026.06.001.
4. Jagan SJ, Smrithy GS, Chandrasekaran B, Byju S, Dhavakumar P. A comparative evaluation of EEG-based deep learning models for schizophrenia detection with cross-dataset validation and explainable AI. Neurol Res. 2026:1-36. doi:10.1080/01616412.2026.2661743.
5. Li Z, Sun Q, Li H, Guan N, Ni J, Wang J, et al. Machine learning-based predictive models and subtypes patterns in peripheral blood of schizophrenia based on a machine learning computational framework. Schizophrenia (Heidelb). 2026;12(1):46. doi:10.1038/s41537-026-00744-z.
6. Cheng L, Xu X, Yang H, Du J, Sheng L, Li X, et al. A multimodal fNIRS-based machine learning model for symptom assessment and treatment response prediction in schizophrenia. Schizophr Res. 2026;294:63-72. doi:10.1016/j.schres.2026.04.014.
7. Coutts F, Mena S, Ucur E, Fleischhacker WW, Kahn R, Lieberman J, et al. Ensuring generalizability and clinical utility in mental health care applications: robust artificial intelligence-based treatment predictions in diverse psychosis populations. Psychiatry Clin Neurosci. 2026;80(1):64-75. doi:10.1111/pcn.13914.
8. Xiao Y, Li M, Liao J, Yan J, Li Z, Guo H, et al. CINP: a causality-informed framework for generalizable and replicable neuroimaging prediction of antipsychotic response in schizophrenia. Biol Psychiatry. 2026 Mar 14. Online ahead of print. doi:10.1016/j.biopsych.2026.03.988.

MAHKUMLARDA İNTİHAR VE KENDİNE ZARAR VERME DAVRANIŞI

Şüheda KAYA

Epidemiyolojik Veriler: Türkiye'de genel nüfusta kaba intihar hızı 100.000'de 4,19 iken, ceza infaz kurumlarında bu oran 100.000'de 28 düzeyindedir. Cezaevlerindeki intihar riski genel topluma kıyasla yaklaşık 7 kat daha yüksektir. Genel toplumda intiharlar tüm ölümlerin %1'ini oluştururken, cezaevlerindeki toplam ölümlerin %15'inin sebebi intihardır. İntihar; yaşlılık ve hastalık gibi doğal nedenlerden sonra cezaevlerindeki ikinci büyük ölüm nedenidir. Türkiye, 100.000 kişide 357,2 mahkûm oranı ve cezaevi yoğunluğu bakımından Avrupa ülkeleri arasında ilk sırada yer almaktadır. Genel popülasyonda bir yıllık kendine zarar verme oranları %1 civarındayken, cezaevi popülasyonunda bu oran erkeklerde %5–6, kadınlarda ise %20–24 arasında seyretmektedir. Kadın mahkûmlarda kendine zarar verme eylemleri erkeklerden 10 kat daha fazladır. Çocuk ve ergen tutuklularda ise hapsedilmek, intihar riskini genel nüfustaki akranlarına kıyasla 23 kat artırmaktadır.

Risk Faktörleri

Klinik Risk Faktörleri: Mevcut intihar düşüncesi, geçmiş intihar girişimi ve geçmiş öykü, psikiyatrik tanı ve bozukluklar, Majör depresyon, Borderline (Sınır) Kişilik Bozukluğu ve psikotik bozukluklar

Kurumsal ve Çevresel Stresörler: Tek kişilik hücre ve tecrit, ilk kabul dönemi, disiplin ve mağduriyet

Kriminolojik Faktörler ve Kopya İntihar Etkisi: Hüküm giymemiş olmak (geçici tutukluluk / remand statüsü), Kopya İntihar (Werther Etkisi)

KZVD Risk Faktörleri: İntihar amacı taşımayan Kendine Zarar Verme Davranışı (KZVD), bireyin ölme amacı gütmeksizin kendi bedeninde doku hasarı oluşturacak şekilde gerçekleştirdiği eylemlerdir. Erkek mahkûmlarda geçmişte en az bir kez KZVD sergileme oranı %64,5 gibi yüksek bir düzeydedir. En sık başvurulan yöntemler: Kesme / faça atma (%50,5), bir yere çarpma / kendine vurma (%39,8), yaranın iyileşmesine engel olma (%10), kendini yakma (%8) ve birden fazla yöntemi bir arada kullanmadır (%7).

Önleme ve Müdahale

Erken Tarama ve Triyaj: Cezaevine kabul anında (ilk 24 saat) uzman personelce ruh sağlığı ve bağımlılık taraması yapılmalı; nakil, ceza kesinleşmesi ve disiplin cezası gibi dönüm noktalarında risk değerlendirmeleri güncellenmelidir.

Fiziksel Çevre ve Tecrit Sınırlandırması: Sosyal izolasyon yaratan tek kişilik hücre/tecrit uygulamaları sınırlandırılmalı; riskli mahkûmların koğuşlarında ası noktaları, ip, kesici/delici alet ve ilaç birikimi engellenmelidir.

Psikososyal Müdahaleler ve Terapiler: Umutsuzluk, dürtüsellik ve duygu düzenleme güçlüklerini gidermek amacıyla **Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT)**, **Diyalektik Davranış Terapisi (DBT)** ve psiko-eğitim programları uygulanmalıdır.

Personel Eğitimi ve Akran Desteği: İnfaz koruma memurları ve sağlık çalışanlarına intihar farkındalığı ve kriz yönetimi eğitimi verilmeli; eğitilmiş mahkûm akran destek ağları kurulmalıdır.

Haber Yönetimi ve Bulaşıcılığın Önlenmesi: Kopya intiharları (Werther etkisi) engellemek adına kurum içi veya dışı intihar haberlerinin yayılması engellenmeli veya azami dikkatle iletilmelidir.

Tahliye Sonrası ve Kurumlar Arası Entegrasyon: Tahliye sonrasında mükerrer suçları ve intihar davranışlarını önlemek amacıyla **Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri (TRSM)** ve **AMATEM** gibi dış kuruluşlarla sürekli entegrasyon sağlanmalıdır

YIKIM YAPIYA DAHİLDİR: PSİKOPATOLOJİ VE DAYANIKLILIK İÇİN NEGENTROPİK BİR MODEL

Süheyla ÜNAL

Ruhsal işleyiş, biyolojik düzenleme, ilişkiler ve anlamlandırma süreçlerinin karşılıklı etkileşiminden doğar. Bu etkileşimleri Yapı–Yıkım–Dönüşüm döngüsü içinde ele alan Negentropik Sistemler Modeli (NSM) ruh sağlığını mevcut düzeni koruma ve değişen koşullarda yeniden örgütlenme arasında esnek geçiş yapabilme kapasitesi olarak kavramsallaştırır.

NSM, birbirine bağımlı üç katmanı bütünleştirir: otonomik, nöroimmün, metabolik ve sirkadiyen süreçleri kapsayan organizma; bağlanma güvenliği, epistemik güven ve birlikte düzenlemenin gerçekleştiği sosyal alan; kendilik temsilleri, mentalizasyon ve anlam üretiminin örgütlendiği ruhsal aygıt. Bu katmanların karşılıklı geri bildirimleri, düzenin sürdürülmesini veya işlevsiz örüntülerin yerleşmesini etkiler.

Stres, travma ve hastalıkla biriken yüklerin düzenleyici kapasiteyi aşması, modelde entropik kriz olarak adlandırılır. Bifurkasyon, mevcut işleyişin sürdürülemediği ve farklı yörüngelerin açıldığı geçişi ifade eder. Geçişin yönünü birikmiş yükler, kaynaklar ve çevresel koşullar birlikte şekillendirir. Mevcut yapının çözülmesi yeniden örgütlenmeye alan açabilir, ancak her yıkım gelişimle sonuçlanmaz. Model, psikopatolojiyi katılaşma, dağılma ve tamamlanamayan dönüşüm örüntüleri üzerinden yorumlamayı önerir. Belirtiler, tanısal anlamlarının yanında, sistemin zaman içindeki işleyişini değerlendirmeye yardımcı olur.

Negentropik dayanıklılık, öğrenme, anlamlandırma, amaç geliştirme ve sosyal destek yoluyla düzenleme kapasitesini koruma ve yeniden kurma becerisidir. Negentropik kapasitör, biyolojik ritimler, güvenli ilişkiler ve psikolojik esneklik gibi kaynakların kullanılabilirliğini anlatan bir metafordur. Allostatik yük, kalp hızı değişkenliği, enflamatuar belirteçler, sosyal destek ve mentalizasyon ölçümleri, modelin araştırılmasında değerlendirilebilecek göstergelerdir.

MEANS formülasyonu; mevcut düzen, eşik ve yük, etkileşen alanlar, negentropik rezerv ve sıradaki işlevsel geçiş üzerinden klinik değerlendirmeyi yapılandırır. Müdahaleler stabilizasyonu, kaynakların güçlendirilmesini ve işlevsel seçeneklerin genişletilmesini hedefler. Farmakoterapi, psikoterapi, nöromodülasyon ve yaşam tarzı düzenlemeleri, kişinin gereksinimlerine göre bu hedefler çevresinde birlikte planlanabilir. İyileşme, belirti azalmasıyla birlikte toparlanma süresi ve yeni stresler karşısında seçeneklere erişim üzerinden izlenir.

NSM, tanı ve kanıta dayalı tedaviyi tamamlayan kuramsal bir çerçevedir. Kavramlarının ölçülebilir karşılıkları, önerilen göstergelerin geçerliliği ve modelin klinik öngörü gücü, çok düzeyli ve uzunlamasına araştırmalarla sınanmayı gerektirir.

Anahtar kelimeler: negentropi, allostatik yük, dayanıklılık, sistem kuramı, psikopatoloji, bifurkasyon.

BİPOLAR BOZUKLUK TEDAVİSİNDE YENİ GELİŞMELER

Şakir GICA

Bipolar bozukluk, yüksek prevalansı, eşlik eden psikiyatrik komorbiditeleri ve artmış intihar riski nedeniyle klinik yönetiminde bütüncül bir yaklaşım gerektiren ciddi bir psikiyatrik tablodur. Bu panelde, hastalığın mani, depresyon ve idame dönemlerine yönelik güncel kanıta dayalı farmakolojik ve non-farmakolojik tedavi stratejileri özetlenmektedir. Akut mani tedavisinde duygudurum dengeleyiciler ve yeni nesil atipik antipsikotikler temel dayanak noktası olmaya devam ederken, şiddetli vakalarda ilaç kombinasyonları ön plana çıkmaktadır. Hastalığın seyrinde en fazla zamanı kapsayan bipolar depresyon döneminde ise manik kayma ve hızlı döngülülük riski nedeniyle antidepresan monoterapisinden kaçınılması güncel kılavuzların en önemli vurgularından biridir. Bu bağlamda, klinik pratikte antidepresan kullanım eğilimi azalırken, depresif atak tedavisinde etkinliği ve güvenilirliği kanıtlanan yeni nesil atipik antipsikotik ajanların kullanımı giderek artmaktadır. Dirençli veya hızlı döngülü olgularda ise uygun antipsikotik ve duygudurum dengeleyici kombinasyonlarının yanı sıra elektrokonvülsif terapi (EKT) gibi nöromodülasyon teknikleri ve sirkadiyen ritim temelli müdahaleler tedavi planına entegre edilmelidir. Tedaviye yeterli yanıt alınamayan durumlarda ilaç uyumu, atlanmış psikiyatrik veya tıbbi komorbiditeler mutlaka yeniden değerlendirilmelidir. Bipolar bozukluk tedavisindeki güncel paradigma; antidepresan kullanımının sınırlandırılmasını, atipik antipsikotiklerin daha geniş bir tedavi yelpazesinde konumlandırılmasını ve hastanın klinik profiline uygun, kişiselleştirilmiş tedavi algoritmalarının oluşturulmasını işaret etmektedir.

DUYGUDURUM BOZUKLUKLARINDA UYKUYU TEDAVİ ETMEK: NEDEN, NE ZAMAN, NASIL?

Şakir GICA

Uyku, merkezi sinir sisteminin işlevlerini ve duygudurumu doğrudan düzenleyici bir role sahiptir; bu nedenle uyku bozuklukları psikiyatrik hastalıkların hem tetikleyicisi hem de bir sonucu olarak ortaya çıkmaktadır. Bipolar bozuklukta (BB) uyku sorunları ötimik (iyilik) dönemlerinde bile devam edebilmekte ve duygudurum ataklarının tekrarlamasına, hızlı döngülülüğe, anksiyeteye ve artmış intihar riskine zemin hazırlamaktadır.

Hastaların mevcut yüksek dozlu ilaç yükü ve polifarmasi endişeleri göz önüne alındığında, farmakolojik ve farmakolojik olmayan uyku müdahalelerinin doğru zamanlamayla planlanması klinik seyir açısından kritiktir. Bağımlılık ve bilişsel yan etkileri nedeniyle benzodiazepinlerin kullanımından kronik uykusuzluk yönetiminde kaçınılmalıdır.

İlaç dışı "nasıl" müdahale edileceği noktasında biyolojik ve sosyal ritimleri düzenleyen kronoterapötik yaklaşımlar hızlı ve etkili seçenekler sunmaktadır. Depresyon tedavisinde uygulanan uyku yoksunluğu (tüm gece veya gecenin ikinci yarısında uyanık kalma), yavaş dalga uykusunu (S süreci) ve sirkadiyen mekanizmaları yeniden ayarlayarak hızlı bir antidepresan etki sağlarken, bu etki lityum veya parlak ışık terapisi ile kombinlendiğinde kalıcılığı artmaktadır. Mani ve hızlı döngülü dönemlerde ise yapay mavi ışığı filtreleyen "karanlık terapisi" semptomları yatıştırmaktadır. Bu biyolojik müdahalelere ek olarak; uyku ve yemek gibi günlük sosyal zamanlayıcıları (zeitgeber) rutine bağlayan Kişilerarası İlişkiler ve Sosyal Ritim Terapisi (IPSRT) ile yatakta geçirilen süreyi güvenli bir sınır olan en az 6.5 saatte tutarak uygulanan uyarlanmış Bilişsel Davranışçı Terapi (CBT-I-BP), uykunun yeniden yapılandırılmasında temel stratejilerdir.

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu'nda (DEHB) zamanla ilişkili güçlükler, yalnızca planlama ya da zaman yönetimi sorunlarıyla sınırlı değildir; zamanın algılanması ve işlenmesindeki farklılıklar da klinik tablonun önemli bir bileşenidir. Bazı güncel meta-analizler de DEHB'de zaman tahmini, zaman üretimi ve süre ayrımı gibi zamansal işlemleme süreçlerinde güçlükler bulunduğuna işaret etmektedir. Gündelik yaşamda sıklıkla "time blindness" olarak adlandırılan bu deneyim, daha akademik bir ifadeyle zamansal farkındalık ve zamansal işlemleme güçlükleri çerçevesinde ele alınabilir.

Zaman algısındaki bu farklılıklara, gelecekteki sonuçların mevcut davranış üzerindeki etkisinin görece zayıflaması eşlik edebilir. DEHB'de daha küçük ve yakın ödüllerin, daha büyük fakat gecikmiş ödüllere tercih edilme eğiliminin arttığını gösteren bulgular, gecikme indirgemesinin erteleme davranışını anlamada önemli mekanizmalardan biri olabileceğine işaret etmektedir (Marx ve ark., 2021).

Erteleme aynı zamanda yürütücü işlevlerle ilişkili bilişsel güçlükler bağlamında değerlendirilmelidir. DEHB'de çalışma belleği performansındaki güçlükler (Kofler ve ark., 2020), hedefe yönelik davranışın organize edilmesi ve sürdürülmesini zorlaştırabilecek bilişsel süreçlerden biridir. Buna ek olarak, yetişkin DEHB'de belirgin biçimde daha yüksek duygu düzenleme güçlükleri bildirilmiştir (Beheshti ve ark., 2020). Bu durum, özellikle zorlayıcı veya bunaltıcı görevler karşısında kaçınma ve ertelemenin anlaşılması açısından önemli bir bağlam sunmaktadır.

Bu mekanizmaların birleşimi, ertelemeyi basit bir "zaman yönetimi sorunu" olmaktan çıkararak zaman algısı, ödülün zamansal değeri, yürütücü işlevler ve duygu düzenlemenin kesişiminde konumlandırmaktadır. İşlevsel sonuçları ise özellikle iş yaşamında performans, devamlılık ve mesleki işlevsellik alanlarında belirginleşebilmekte (Adamou ve ark., 2013), daha geniş ölçekte sosyal ve aile yaşamına da yansıyabilmektedir. Son teslim tarihinin yaklaşmasıyla artan zaman baskısı ve görevin daha somut hale gelmesi, bazı bireylerde son dakika aktivasyonuyla göreve başlamayı kolaylaştırabilse de bu örüntü erteleme döngüsünün sürmesine katkıda bulunabilir. Bu döngünün ele alınmasında psikofarmakolojik tedavilerin yanı sıra bilişsel davranışçı terapi, mindfulness temelli bilişsel terapi ve DEHB koçluğu gibi yaklaşımlar; zamanın dışsallaştırılması, görev başlatma, planlama, duygu düzenleme ve sürdürülebilir öz-düzenleme becerilerinin desteklenmesi açısından önem taşımaktadır.

Kaynaklar

Marx, I., Hacker, T., Yu, X., Cortese, S., & Sonuga-Barke, E. (2021). ADHD and the choice of small immediate over larger delayed rewards: A comparative meta-analysis of performance on simple choice-delay and temporal discounting paradigms. Journal of Attention Disorders, 25(2), 171–187. doi: 10.1177/1087054718772138.

Kofler, M. J., Singh, L. J., Soto, E. F., Chan, E. S. M., Miller, C. E., Harmon, S. L., & Spiegel, J. A. (2020). Working memory and short-term memory deficits in ADHD: A bifactor modeling approach. Neuropsychology, 34(6), 686–698. doi: 10.1037/neu0000641.

Beheshti, A., Chavanon, M.-L., & Christiansen, H. (2020). Emotion dysregulation in adults with attention deficit hyperactivity disorder: A meta-analysis. BMC Psychiatry, 20, 120. doi: 10.1186/s12888-020-2442-7.

Adamou, M., Arif, M., Asherson, P., et al. (2013). Occupational issues of adults with ADHD. BMC Psychiatry, 13, 59. doi: 10.1186/1471-244X-13-59.

ERİŞKİN DEHB'DE ZAMAN ALGISI VE ERTELEME

Taylan TANIŞAN

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu'nda (DEHB) zamanla ilişkili güçlükler, yalnızca planlama ya da zaman yönetimi sorunlarıyla sınırlı değildir; zamanın algılanması ve işlenmesindeki farklılıklar da klinik tablonun önemli bir bileşenidir. Bazı güncel meta-analizler de DEHB'de zaman tahmini, zaman üretimi ve süre ayrımı gibi zamansal işlemleme süreçlerinde güçlükler bulunduğuna işaret etmektedir. Gündelik yaşamda sıklıkla "time blindness" olarak adlandırılan bu deneyim, daha akademik bir ifadeyle zamansal farkındalık ve zamansal işlemleme güçlükleri çerçevesinde ele alınabilir.

Zaman algısındaki bu farklılıklara, gelecekteki sonuçların mevcut davranış üzerindeki etkisinin görece zayıflaması eşlik edebilir. DEHB'de daha küçük ve yakın ödüllerin, daha büyük fakat gecikmiş ödüllere tercih edilme eğiliminin arttığını gösteren bulgular, gecikme indirgemesinin erteleme davranışını anlamada önemli mekanizmalardan biri olabileceğine işaret etmektedir (Marx ve ark., 2021).

Erteleme aynı zamanda yürütücü işlevlerle ilişkili bilişsel güçlükler bağlamında değerlendirilmelidir. DEHB'de çalışma belleği performansındaki güçlükler (Kofler ve ark., 2020), hedefe yönelik davranışın organize edilmesi ve sürdürülmesini zorlaştırabilecek bilişsel süreçlerden biridir. Buna ek olarak, yetişkin DEHB'de belirgin biçimde daha yüksek duygu düzenleme güçlükleri bildirilmiştir (Beheshti ve ark., 2020). Bu durum, özellikle zorlayıcı veya bunaltıcı görevler karşısında kaçınma ve ertelemenin anlaşılması açısından önemli bir bağlam sunmaktadır.

Bu mekanizmaların birleşimi, ertelemeyi basit bir "zaman yönetimi sorunu" olmaktan çıkararak zaman algısı, ödülün zamansal değeri, yürütücü işlevler ve duygu düzenlemenin kesişiminde konumlandırmaktadır. İşlevsel sonuçları ise özellikle iş yaşamında performans, devamlılık ve mesleki işlevsellik alanlarında belirginleşebilmekte (Adamou ve ark., 2013), daha geniş ölçekte sosyal ve aile yaşamına da yansıyabilmektedir. Son teslim tarihinin yaklaşmasıyla artan zaman baskısı ve görevin daha somut hale gelmesi, bazı bireylerde son dakika aktivasyonuyla göreve başlamayı kolaylaştırabilse de bu örüntü erteleme döngüsünün sürmesine katkıda bulunabilir. Bu döngünün ele alınmasında psikofarmakolojik tedavilerin yanı sıra bilişsel davranışçı terapi, mindfulness temelli bilişsel terapi ve DEHB koçluğu gibi yaklaşımlar; zamanın dışsallaştırılması, görev başlatma, planlama, duygu düzenleme ve sürdürülebilir öz-düzenleme becerilerinin desteklenmesi açısından önem taşımaktadır.

Kaynaklar

Marx, I., Hacker, T., Yu, X., Cortese, S., & Sonuga-Barke, E. (2021). ADHD and the choice of small immediate over larger delayed rewards: A comparative meta-analysis of performance on simple choice-delay and temporal discounting paradigms. Journal of Attention Disorders, 25(2), 171–187. doi: 10.1177/1087054718772138.

Kofler, M. J., Singh, L. J., Soto, E. F., Chan, E. S. M., Miller, C. E., Harmon, S. L., & Spiegel, J. A. (2020). Working memory and short-term memory deficits in ADHD: A bifactor modeling approach. Neuropsychology, 34(6), 686–698. doi: 10.1037/neu0000641.

Beheshti, A., Chavanon, M.-L., & Christiansen, H. (2020). Emotion dysregulation in adults with attention deficit hyperactivity disorder: A meta-analysis. BMC Psychiatry, 20, 120. doi: 10.1186/s12888-020-2442-7.

Adamou, M., Arif, M., Asherson, P., et al. (2013). Occupational issues of adults with ADHD. BMC Psychiatry, 13, 59. doi: 10.1186/1471-244X-13-59.

DEPRESYONDA AĞ FENOTİPLEMESİNE GÖRE RTMS: TEK TİP TEDAVİDEN DEVRE TEMELLİ NÖROMODÜLASYONA

Tayyibe EROL

Majör depresif bozukluğun klinik heterojenliği, tedaviye dirençli depresyonda (TRD) daha belirgin hale gelmekte ve standart tekrarlayıcı transkraniyal manyetik stimülasyon (rTMS) protokollerine verilen yanıtın bireyler arasında önemli ölçüde değişmesine yol açmaktadır. Güncel nörogörüntüleme bulguları, bu heterojenliğin yalnızca klinik belirtilerle değil, büyük ölçekli beyin ağlarının organizasyonundaki farklılıklarla da ilişkili olabileceğini düşündürmektedir.

Üçlü ağ modeli bu açıdan işlevsel bir çerçeve sunmaktadır. Varsayılan Mod Ağı (Default Mode Network; DMN) kendine referanslı düşünce ve ruminasyonla, Merkezi Yönetici Ağ (Central Executive Network; CEN) bilişsel kontrol ve yürütücü işlevlerle, Belirginlik Ağı (Salience Network; SN) ise içsel ve dışsal uyaranların öneminin belirlenmesi ve ağlar arası geçişin düzenlenmesiyle ilişkilidir. Depresyonda bu ağların kendi içindeki ve birbirleri arasındaki bağlantısallık değişiklikleri, farklı semptom örüntülerinin nörobiyolojik karşılıklarını tanımlamak için potansiyel bir "ağ fenotiplemesi" yaklaşımı sunmaktadır.

Bu yaklaşım rTMS açısından iki önemli olanak sağlamaktadır: tedavi öncesinde yanıtla ilişkili olabilecek ağ özelliklerinin belirlenmesi ve uyarım hedefinin bireysel devre organizasyonuna göre seçilmesi. Özellikle subgenual anterior singulat korteks (sgACC) ile fonksiyonel bağlantısı temel alınarak sol dorsolateral prefrontal korteks hedefinin kişiselleştirilmesi ve hızlandırılmış theta-burst protokolleri, devre temelli nöromodülasyonun klinik uygulanabilirliğine yönelik önemli örneklerdir.

Bununla birlikte ağ fenotiplemesine dayalı rTMS henüz rutin klinik uygulamayı belirleyen doğrulanmış bir algoritma değildir. Bu uygulamadaki temel hedefimiz uygulamalarımızdan elde ettiğimiz sonuçlarla hangi hastada hangi ağ disfonksiyonunun baskın olduğunu ve hangi nöromodülasyon yaklaşımının bu devreyi en etkili biçimde değiştirebildiğini ortaya koymaktır.

Kaynaklar

Brown, R. (2024). Impact of SNT on affective, cognitive, and somatic symptoms of depression (Unpublished doctoral dissertation). Palo Alto University.

Chu, S. A., Tadayonnejad, R., Corlier, J., Wilson, A. C., Citrenbaum, C., & Leuchter, A. F. (2023). Rumination symptoms in treatment-resistant major depressive disorder, and outcomes of repetitive Transcranial Magnetic Stimulation (rTMS) treatment. Translational Psychiatry, 13(1), Article 293.

Luo, Z., Li, W., Xu, Y., Shen, J., Wang, C., Lan, X., ... & Ning, Y. (2026). Identifying neurophenotypes of major depressive disorder through normative model of regional homogeneity. Nature Mental Health.

Mehta, S. (2022). The effect of repetitive Transcranial Magnetic Stimulation on suicidality in patients with treatment resistant depression (Unpublished master's thesis). University of Toronto.

Taylor, H., Nicholas, P., Tanglay, O., Young, I. M., Doyen, S., Sughrue, M. E., & Fitzgerald, P. B. (2022). Machine learning decomposition of the depression connectome provides potential markers and targets for Transcranial Magnetic Stimulation. Research Square.

Tozzi, L., Zhang, X., Pines, A., Olmsted, A. M., Zhai, E. S., Anene, E. T., ... & Williams, L. M. (2024). Personalized brain circuit scores identify clinically distinct biotypes in depression and anxiety. Nature Medicine, 30(7), 2076–2087.

Tsuchiyagaito, A., Edwards, M. D., ... & Drevets, W. C. (2025). Increased insular functional connectivity during repetitive negative thinking in major depression and healthy volunteers. Psychological Medicine.

Tura, A., & Goya-Maldonado, R. (2023). Brain connectivity in major depressive disorder: a precision component of treatment modalities?. Translational Psychiatry, 13(1), Article 196.

ALKOL KULLANIM BOZUKLUĞUNUN NÖROBİYOLOJİSİ: BEYİNDE NELER DEĞİŞİYOR?

Tuba TUĞ ALTUNÖZ

Alkol kullanım bozukluğu (AKB), genetik yatkınlık ve çevresel etkenlerin, ödül işleme, stres yanıtı ve yürütücü kontrol devrelerindeki nöroadaptasyonlarla etkileştiği heterojen bir psikiyatrik bozukluktur. Bu sunumda, AKB'nin gelişimi ve sürdürülmesinde rol oynayan nörokimyasal, hücresel ve devresel değişiklikler güncel araştırmalar çerçevesinde değerlendirilecektir. Bağımlılık döngüsünün aşırı tüketim/entoksikasyon, yoksunluk/olumsuz duygulanım ve zihinsel meşguliyet/beklenti evreleri sırasıyla bazal gangliyonlar, amigdala ve prefrontal korteksle ilişkilendirilmektedir. Akut alkol alımı, mezolimbik dopaminerjik ve endojen opioid sinyalleşmesini etkileyerek pekiştirmeye katkıda bulunur. Tekrarlayan maruziyet, ödül sisteminin duyarlılığında azalma ve alkolle ilişkili ipuçlarının motivasyonel öneminde artışla ilişkilidir. GABAerjik ve glutamaterjik iletimdeki adaptasyonlar, toleransın ve yoksunluk sırasında gelişen hipereksitabilitenin nörobiyolojik zeminini oluşturur [1,3]. Amigdalada kortikotropin salgılatıcı faktör ve dinorfin–kappa opioid sistemlerinin etkinleşmesi, stres duyarlılığını ve olumsuz duygulanımı artırır. Böylece alkol kullanımı, haz arayışının yanında sıkıntıyı giderme işlevi kazanarak negatif pekiştirmeyle sürdürülür. Prefrontal inhibisyonun zayıflaması ve striatal alışkanlık devrelerindeki değişiklikler, davranışsal esnekliğin azalmasına ve kompulsif kullanıma katkı sağlar [1]. Güncel bulgular, mikroglia ve astrosit işlevleri, sitokin sinyalleşmesi ve sinaptik plastisitedeki değişikliklerin de patofizyolojiye katıldığını düşündürmektedir; ancak nöroimmün bulguların önemli bölümü preklinik araştırmalara dayanmaktadır [2]. Nörogörüntüleme çalışmaları, kortikal hacim ve beyaz cevher bütünlüğündeki azalmaları, frontostriatal bağlantısallık değişikliklerini ve ayıklıkla ilişkili kısmi toparlanmayı göstermektedir [3]. Bu bütüncül çerçeve, aşerme ve nüksün anlaşılmasını desteklerken, nöroplastisite ve bireysel farklılıkları dikkate alan tedavi hedeflerinin geliştirilmesine temel sunmaktadır.

Anahtar kelimeler: Alkol kullanım bozukluğu, nörobiyoloji, ödül sistemi, nöroplastisite.

Kaynaklar

1. Vendruscolo LF, Koob GF. Neurobiology of negative reinforcement as a driving force in alcohol addiction. Neuron. 2026. doi:10.1016/j.neuron.2026.04.038.
2. Melkumyan M, Randall PA, Silberman Y. Central amygdala neuroimmune signaling in alcohol use disorder. Addiction Neuroscience. 2025;14:100194. doi:10.1016/j.addicn.2024.100194.
3. Ferrando R. Multimodal neuroimaging of alcohol use: from acute neurochemical effects to chronic brain network reorganization and precision treatment targets. Front Neurol. 2026;17:1798789. doi:10.3389/fneur.2026.1798789.

DELİRYUMDA TANI, RİSK BELİRLEME VE BİYOBELİRTEÇLER

Tuna EKER

Deliryum, akut başlangıçlı ve dalgalanan seyir gösteren dikkat, farkındalık ve bilişsel işlev bozukluğu ile karakterize, özellikle ileri yaş ve ağır hastalık durumlarında sık görülen önemli bir nöropsikiyatrik sendromdur. Tanının gecikmesi mortalite, hastanede kalış süresi ve uzun dönem bilişsel sonuçlar açısından olumsuz sonuçlarla ilişkilidir [1]. Klinik olarak gözden kaçabilen formlar nedeniyle sistematik değerlendirme önem taşımaktadır. Güncel öneriler doğrultusunda risk altındaki hastalarda 4AT, yoğun bakım hastalarında ise CAM-ICU veya ICDSC gibi yapılandırılmış araçların da kullanımı önerilmektedir [1,2].

Deliryum gelişiminde ileri yaş, bilişsel bozukluk ve ağır hastalık gibi yatkınlaştırıcı faktörlerin; enfeksiyon, metabolik bozukluklar, ilaçlar, hipoksi, ağrı ve uyku bozukluğu gibi tetikleyicilerle birlikte değerlendirilmesi gerekir [1].

Son yıllarda biyobelirteç çalışmaları deliryum patofizyolojisinde nöroinflamasyon, kan-beyin bariyeri bozukluğu ve nöronal/glial hasarın rolüne işaret etmektedir. Özellikle CRP, IL-6 ve TNF-α ile GFAP ve NfL önemli aday biyobelirteçler olarak araştırılmaktadır [3–5]. Bununla birlikte, mevcut kanıtlar hiçbir biyobelirtecin tek başına klinik tanı için yeterli olmadığını göstermektedir.

Bu sunumda deliryumun erken tanınması, risk belirleme yaklaşımları ve biyobelirteçlerin mevcut kanıtları ile klinik uygulamadaki potansiyel yeri ele alınacaktır. Biyobelirteçler henüz klinik tanının yerini almamakla birlikte, deliryumun biyolojik temellerinin anlaşılması, riskin erken belirlenmesi ve gelecekte çoklu biyobelirteçlere dayalı risk modellerinin geliştirilmesi açısından önemli bir araştırma alanı oluşturmaktadır.

Kaynaklar

1. NICE. Delirium: prevention, diagnosis and management in hospital and long-term care (CG103). Updated 2023.
2. MacLullich AMJ, et al. The 4AT: rapid assessment test for delirium. Age Ageing. 2013.
3. Lozano-Vicario L, et al. Biomarkers of delirium risk in older adults: a systematic review and meta-analysis. Front Aging Neurosci. 2023.
4. Cytokines and inflammatory biomarkers and their association with post-operative delirium: a systematic review and meta-analysis. 2025.
5. Perioperative neurofilament light chain and glial fibrillary acidic protein as biomarkers of postoperative delirium: a systematic review and meta-analysis. 2026.

DELİRYUM – DEMANS – PSÖDODEMANS: YAŞLI HASTADA AYIRICI TANI VE KLİNİK YAKLAŞIM

Tülay Satı KIRKAN

Yaşlı hastalarda deliryum, demans ve psödodemans benzer klinik görünümlerle ortaya çıkabilen, ancak doğaları ve tedavi yaklaşımları birbirinden temelde farklı olan üç durumdur. Bu derlemenin amacı, güncel literatür ışığında bu üç tablonun ayırıcı tanı ölçütlerini, tarama araçlarını ve tedavi ilkelerini gözden geçirmektir.

Deliryum; dikkat ve bilinç düzeyinde saatler-günler içinde gelişen, dalgalanan seyirli akut bir tablodur ve altta yatan tıbbi bir nedenle ilişkilidir; hastanede yatan yaşlılarda sıklığı %20-30, yoğun bakımda %70-87'ye ulaşmaktadır. Demans, sinsi başlangıçlı ve kronik ilerleyici bir süreç olup bilinç ve dikkat ileri evreye kadar korunur; Alzheimer tipi, vasküler, Lewy cisimcikli ve frontotemporal demans en sık alt tiplerdir. Psödodemans ise geç başlangıçlı depresyona bağlı, tedaviyle geri dönüşümlü bilişsel bozulmayı ifade eder; ancak olguların yaklaşık üçte biri izlemde kalıcı demansa ilerlemektedir. Demans zemininde süperempoze deliryum sıklığı %22-31 olarak bildirilmekte; ani ve açıklanamayan kötüleşmenin demansın doğal seyri sanılmaması gerekmektedir. CAM (Confusion Assessment Method – Konfüzyon Değerlendirme Yöntemi) ve 4AT (4 'A's Test) gibi yatak başı tarama araçları, ayırıcı tanıda yüksek duyarlılık ve özgüllükle kullanılabilmektedir.

Deliryum bir tıbbi acildir ve öncelik altta yatan nedenin saptanıp tedavi edilmesidir; non-farmakolojik önlemler esastır, farmakoterapi yalnızca güvenlik gerektiğinde düşük doz ve kısa süreli uygulanmalıdır. Demans yönetiminde kolinesteraz inhibitörleri/memantin ve psikososyal destek, psödodemansta ise antidepresan tedavi ve uzun süreli nöropsikolojik izlem önem taşımaktadır. Üç tablonun doğru ve zamanında ayırt edilmesi, yaşlı hastalarda morbidite ve mortalitenin azaltılması açısından kritik önemdedir.

Kaynaklar

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed., Text Revision (DSM-5-TR). Washington, DC: APA, 2022.
2. Inouye SK, van Dyck CH, Alessi CA, ve ark. Clarifying confusion: the confusion assessment method. Ann Intern Med. 1990;113(12):941–948.
3. Bellelli G, Morandi A, Davis DH, ve ark. Validation of the 4AT, a new instrument for rapid delirium screening: a study in 234 hospitalised older people. Age Ageing. 2014;43(4):496–502.
4. Fick DM, Agostini JV, Inouye SK. Delirium superimposed on dementia: a systematic review. J Am Geriatr Soc. 2002;50(10):1723–1732.
5. Gibb K, Seeley A, Quinn T, ve ark. The prevalence of delirium in a general hospital population: a systematic review and meta-analysis. Age Ageing. 2020;49(3):352–360.
6. Oh ES, Fong TG, Hshieh TT, Inouye SK. Delirium in older persons: advances in diagnosis and treatment. JAMA. 2017;318(12):1161–1174.
7. Bingham KS, Meyer JH, ve ark. Longitudinal outcomes of patients with pseudodementia: a systematic review. Psychol Med. 2018.

NÖROGELİŞİMSEL KIRMIZI BAYRAKLAR

Uğur SAĞLAM

Erişkin psikiyatri pratiğinde dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) ve otizm spektrum bozukluğu (OSB), diğer psikiyatrik bozukluklarla örtüşen belirtiler nedeniyle gözden kaçabilir. Dürtüsellik, duygu düzenleme güçlüğü ve kişilerarası sorunlar DEHB ile borderline kişilik bozukluğunun; sosyal kaçınma ve iletişim güçlükleri ise OSB ile sosyal anksiyete bozukluğunun ayırıcı tanısını zorlaştırabilir. Bu konuşma, ortak belirtilerden hareketle önceki tanıların dayanaklarını yeniden değerlendirmeyi ve eşlik eden bozuklukları araştırmayı amaçlamaktadır.

Güncel literatür ve klinik kılavuzlar, dört tamamen kurgusal eğitim olgusu üzerinden tartışılacaktır. Olgular, gözden kaçan DEHB'yi, OSB ile sosyal anksiyete birlikteliğini ve önceki nörogelişimsel tanıların kapsamlı değerlendirmede doğrulanmadığı durumları örneklemektedir. Önceki tanı baştan yanlış kabul edilmeden, hem eksik tanı hem de özgül olmayan belirtilerin nörogelişimsel bozukluklara yanlışlıkla bağlanması ele alınacaktır. Tanı ve reçete kayıtlarındaki artışın tek başına yanlış tanı oranını göstermediği vurgulanacaktır.

Değerlendirmede yakınmaların ne zaman başladığı, hangi koşullarda sürdüğü ve iş, ilişkiler ve günlük yaşam üzerindeki etkileri araştırılmalıdır. Nörogelişimsel bozukluk kuşkusunda çocukluk belirtileri, farklı ortamlardaki güçlükler, kişinin onayıyla yakınlarından alınan bilgiler ve eski kayıtlar birlikte incelenmelidir. İlişki krizleri veya kaygı azaldığında süren güçlükler ayrıca sorgulanmalıdır. Görünür başarının arkasındaki telafi çabası ve dış destek ihtiyacı değerlendirilmelidir. Sosyal maskeleme otistik özelliklerin fark edilmesini güçleştirebilir; ancak herhangi bir cinsiyete özgü değildir ve tek başına OSB kanıtı oluşturmaz. Akademik başarı ve iyi göz teması nörogelişimsel bozuklukları tek başına dışlamaz.

Tarama ölçekleri, yapılandırılmış tanısal görüşmeler, standartlaştırılmış gözlem ve belirti şiddetini izleyen araçların farklı rolleri açıklanacaktır. Pozitif tarama tanıyı doğrulamaz; düşük puan güçlü klinik kuşkuyu ortadan kaldırmaz. Maskeleme anketleri de tanısal değerlendirmelerin yerini tutmaz. Klasik Stroop, emosyonel Stroop ve bilgisayarlı dikkat testleri bu dört bozukluk arasında tek başına tanısal ayrım sağlayamaz. Tetkikler öykü, muayene ve tedavi güvenliği gereksinimine göre seçilmelidir.

Nörogelişimsel kırmızı bayraklar, kapsamlı değerlendirmeye yönlendiren klinik ipuçlarıdır. Tanısal karar, tanı ölçütlerinin tümü ve alternatif açıklamalar değerlendirilerek verilmelidir. Amaç, gözden kaçan bozuklukları ve eş tanıları belirleyerek tedavi ve destekleri kişinin ihtiyaçlarına uyarlamaktır.

Anahtar kelimeler: Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu; otizm spektrum bozukluğu; borderline kişilik bozukluğu; sosyal anksiyete bozukluğu; ayırıcı tanı.

Kaynaklar

1. Cortese S, Bellgrove MA, Brikell I, ve ark. Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) in adults: evidence base, uncertainties and controversies. World Psychiatry. 2025;24(3):347–371. doi:10.1002/wps.21374.
2. Hull L, Mandy W, Lai MC, ve ark. Development and Validation of the Camouflaging Autistic Traits Questionnaire (CAT-Q). J Autism Dev Disord. 2019;49(3):819–833. doi:10.1007/s10803-018-3792-6.
3. National Institute for Health and Care Excellence. Autism spectrum disorder in adults: diagnosis and management. CG142. 2012; güncelleme 2021. https://www.nice.org.uk/guidance/cg142.

Yapay zekâ kullanım beyanı: Bu özetin taslağının oluşturulması ve dil düzenlemesinde ChatGPT'den yararlanılmıştır.

HİÇ KAPANMAYAN KUMARHANE: ÇEVRİMİÇİ BAHİS, GECE DÜRTÜSELLİĞİ VE YAŞANTISAL KAÇINMA

Veysel GÜLEÇ

Çevrimiçi platformlarının kesintisiz erişilebilirliği, geleneksel kumarhane ortamlarının bazı sınırlarını ortadan kaldırarak yeni bir risk profili yaratmaktadır. Bu durum, dürtüsel karar alma eğilimi yüksek bireyler için özellikle riskli bir zemin oluşturmaktadır; nitekim bir çalışmada, çevrimiçi ortamda bahis oynayan grubun çevrimdışı gruba kıyasla önceden düşünmeme (lack of premeditation) boyutunda anlamlı derecede yüksek düzeye sahip olduğu, ayrıca bu grubun kumara başlama yaşının daha erken olduğu bulunmuştur (López-Torres ve ark, 2021).

Gece gerçekleştirilen kumar davranışı, yalnızca erişilebilirlikle değil, sirkadiyen düzenlemeyle de ilişkilendirilebilir. Akşamcıl kronotipin (eveningness) tepki engelleme becerisinde zayıflama ve dürtüsellikte artışla ilişkili olduğu, bu örüntünün madde kullanım bozuklukları ve bipolar bozukluk gibi dürtü kontrolünün zayıfladığı tabloların ortak bir kişilik özelliği olabileceği öne sürülmektedir (Kang ve ark, 2015). Uykusuzluk ve gece aktivitesiyle birleşen bu yatkınlık, kumar davranışının gece saatlerinde daha az denetimli bir hâl almasına zemin hazırlayabilir.

İşlevsel bağlamsalcı (functional contextualist) felsefe perspektifinden bakıldığında insan davranışı, içinde gerçekleştiği çevreden ayrıştırılamayan bütüncül bir "bağlam içindeki eylem" (act-in-context) olarak ele alınmaktadır. Bu teorik çerçevede gece çevrimiçi kumar oynama eylemi; dışsal ve sosyal denetim mekanizmalarının zayıfladığı, yalnızlık ive uykusuzluk gibi kurucu olguların (motivating/establishing operation) işlev gördüğü özgün bir bağlamda şekillenmektedir.

Kumar davranışı, rahatsız edici içsel deneyimleri anlık olarak uzaklaştırma işlevi görerek olumsuz pekiştirme (negative reinforcement) mekanizması üzerinden güçlenebilir, bu durumda kısa vadeli bir rahatlama sağlayan yaşantısal kaçınma (experiential avoidance) sürecini derinleştirir (Harris, 2019).

İnsan davranışları yalnızca doğrudan çevresel temaslarla (contingency-shaped) sınırlı kalmaz; dil ve sembolik kapasite sayesinde kural güdümlü davranışlar (rule-governed behavior) da sürecin merkezine yerleşir. İnsan dilinin ürünü olan "Kayıpları telafi etmeliyim" veya "Şansım dönmek üzere" biçimindeki sözel kurallar (self-rules), kurala uymanın getireceği olası sonuçların çekiciliğini artıran birer motivatif artırıcı (motivative augmental) işlevi görür (Törneke, 2010). Birey bu zihinsel kurallarla bütünleştiğinde (bilişsel birleşme/fusion), sözel kural doğrudan çevrenin sunduğu verilere ve finansal kayıplar gibi ağır cezalara ağır basar.

Kaynaklar

Harris, R. (2019). ACT made simple: An easy-to-read primer on acceptance and commitment therapy (2nd ed.). New Harbinger Publications.

Kang, J. I., Park, C. I., Sohn, S. Y., Kim, H. W., Namkoong, K., & Kim, S. J. (2015). Circadian preference and trait impulsivity, sensation-seeking and response inhibition in healthy young adults. Chronobiology international, 32(2), 235–241. https://doi.org/10.3109/07420528.2014.965313

López-Torres I, León-Quismondo L and Ibáñez A (2021) Impulsivity, Lack of Premeditation, and Debts in Online Gambling Disorder. Front. Psychiatry 11:618148. doi: 10.3389/fpsyt.2020.618148

Törneke, N. (2010). Learning RFT: An introduction to relational frame theory and its clinical application. New Harbinger Publications.

BREKSİPİPRAZOL

Yalçın KAHYA

Brekspiprazol; dopamin D2 ve serotonin 5-HT1A reseptörlerinde parsiyel agonist, serotonin 5-HT2A reseptörlerinde antagonist etki gösteren ikinci kuşak bir antipsikotiktir. Serotonin ve dopamin sistemlerini dengeleyici etkisi nedeniyle "serotonin-dopamin aktivite modülatörü" olarak tanımlanmaktadır. Aripiprazole kıyasla dopamin D2 reseptörlerindeki intrinsik aktivitesinin daha düşük olması, akatizi ve huzursuzluk gibi dopaminerjik yan etkiler açısından daha farklı ve bazı hastalarda daha avantajlı bir tolerabilite profili sağlayabilir. Ancak bu farmakolojik farklılıkların klinik sonuçlara katkısı kesin olarak ortaya konmuş değildir.

Majör depresif bozuklukta, uygun doz ve sürede antidepresan kullanılmasına rağmen yeterli yanıt alınamayan hastalarda güçlendirme tedavisi olarak kullanılmaktadır. Klinik araştırmalar, antidepresan tedaviye brekspiprazol eklenmesinin depresif belirtilerde plaseboya göre daha fazla azalma sağladığını göstermektedir. İyileşmenin tedavinin ilk haftasından itibaren başlayabildiği ve sonraki haftalarda devam ettiği bildirilmiştir. Brekspiprazolün, eşlik eden anksiyete belirtileri bulunan majör depresif bozukluk hastalarında da depresif belirtileri azaltabildiği görülmüştür.

Tedavide hedef yalnızca belirti şiddetini azaltmak değildir. Hastanın günlük yaşama yeniden katılması, işlevselliğinin artması ve yaşamdan haz alabilmesi de önemlidir. Hasta bildirimine dayalı değerlendirmelerde brekspiprazolün konsantrasyon, karar verme, kendilik algısı, geleceğe bakış, genel ilgi, enerji düzeyi, haz alma kapasitesi, cinsel ilgi ve kişilerarası duyarlılık gibi alanlarda iyileşme sağlayabildiği gösterilmiştir. Bu kazanımların uzun süreli tedavide de sürdüğü bildirilmiştir.

Kısa ve uzun dönem güvenlilik verileri, brekspiprazolün genel olarak iyi tolere edildiğini göstermektedir. Sonuç olarak brekspiprazol, antidepresan tedaviye yetersiz yanıt veren hastalarda semptom kontrolünün yanı sıra yaşama katılımı ve işlevselliği destekleyebilen bir güçlendirme seçeneğidir.

DİSOSİYASYONUN YENİ GÖRÜNÜMLERİ VE DAVRANIŞSAL BAĞIMLILIKLAR

Yiğit SANDAL

Geleneksel psikiyatride travma zemininde gelişen bir savunma mekanizması olarak tanımlanan disosiyasyon, dijital çağın maruziyet örüntüleriyle atipik klinik görünümler kazanmaktadır. Özellikle kısa formatlı video içeriklerinin (Shorts, Reels, TikTok) sonsuz akışında gerçekleşen aralıksız kaydırma davranışı; hipnotik bir tempo yaratarak bireyde akut görev indüklü disosiyasyon geliştirmekte, zaman algısını bükmekte ve zihinsel olarak kendini kaptırmaya neden olmaktadır. Problemli sosyal medya kullanımı; bireyin içsel duyumlarından koparak beden disosiyasyonu yaşamasına ve zihinsel bir kaçış alanı olarak maladaptif hayal kurma döngüsüne girmesine zemin hazırlamaktadır. Bu süreç zamanla dikkat fragmantasyonu, bellek sorunları ve emosyonel küntleşmeyle karakterize bir "dijital disosiyasyon" tablosuna evrilmektedir. Dolayısıyla klinisyenin davranışsal bağımlılıkları yalnızca impuls kontrol yetersizliği olarak değil; disforiden kaçınma ve disosiyasyon dinamikleri ekseninde değerlendirmesi ayırıcı tanı ile psikoterapötik müdahale açısından kritik önem taşımaktadır. Bu sunumda; dijitalleşmeyle dönüşen disosiyatif süreçlerin davranışsal bağımlılıklarla etkileşimi, beden disosiyasyonu dinamikleri ve klinikteki ayırıcı tanı ile psikoterapötik müdahale yaklaşımları tartışılacaktır.

Anahtar Kelimeler: Disosiyasyon, davranışsal bağımlılıklar, dijitalleşme, sosyal medya kullanımı

Kaynaklar

1. Casale, S., Ghinassi, S., & Elhai, J. D. (2025). A 2-wave study on the associations between dissociative experiences, maladaptive daydreaming, bodily dissociation, and problematic social media use. Journal of Behavioral Addictions, 14(3), 1419-1428.
2. Sarabon, L. (2025). Task-Induced Dissociation During Binge-Scrolling as a Mediator Between Childhood Maltreatment and Problematic Social Media Use (Doctoral Dissertation).
3. Montag, C., Yang, H., & Elhai, J. D. (2021). On the Psychology of TikTok Use: A First Glimpse From Empirical Findings. Frontiers in Public Health, 9, 641673.

ŞİZOFRENİ VE İÇGÖRÜ: NEYİ ÖLÇÜYORUZ?

Yusuf DÖKMEN

İçgörü, psikiyatrinin temel ancak sınırları belirsiz kavramlarından biridir. Jaspers'ın hastalık bilinci ve hastalık içgörüsüne ilişkin ayrımlarından günümüze kavram giderek operasyonelleştirilmiş; David'in çok boyutlu yaklaşımı hastalığın farkında olma, belirtileri hastalığa atfetme ve tedavi gereksinimini tanıma gibi bileşenleri ölçülebilir hale getirmiştir.

Beck'in bilişsel içgörü kavramı ise kişinin kendi düşünce ve çıkarımlarına mesafe alabilmesini ve bunların yanılabilirliğini değerlendirebilmesini öne çıkarmıştır.

Güncel araştırmalar, klinik ve bilişsel içgörünün ilişkili olmakla birlikte özdeş yapılar olmadığını ve zaman içinde paralel değişmeyebildiğini göstermektedir. Kliniğimizde gerçekleştirilen çalışmada da farklı içgörü ve inanç değerlendirme araçları psikopatolojiyle farklı ilişki örüntüleri göstermiştir. Bilişsel içgörü PANSS boyutlarıyla anlamlı ilişki göstermezken, klinik ve inanç-temelli ölçümler pozitif, negatif ve genel psikopatolojiyle farklı biçimlerde ilişkilenmiştir. Ölçek çalışmalarında ortaya çıkan bu ayrımlar, fenomenolojik ve psikanalitik literatürde daha geniş bir kavramsal düzleme taşınmaktadır.

Fenomenolojik çalışmalar, içgörü yetersizliğini yalnızca yetersiz öz-düşünüm veya bozulmuş metakognisyon üzerinden açıklamanın şizofreninin özgül yaşantısal yapısını gözden kaçırabileceğini öne sürmektedir. Benlik ve temel gerçeklik deneyimindeki değişimler ile ortak ve psikotik gerçekliklerin birlikteliği, Bleuler'in "çifte kayıt" kavramıyla ele alınmaktadır. Psikanalitik yaklaşımlar da içgörü sorununda, gerçekliğin nasıl tesis edildiğine ve öznenin bu gerçeklik içerisinde sosyal bağa nasıl dahil olduğuna odaklanır. Öznenin gerçeklikle ve ötekiyle ilişkisini yeniden düzenleyen, kimi durumlarda sosyal bağ içerisinde bir konum edinmesini mümkün kılan öznel çözüm girişimleri ele alınmaktadır. Bu bağlamda kesinlik, kuşku, düzeltilebilirlik ve kişinin yaşantısına aldığı mesafe, "içgörü"den daha temel inceleme düzeyleri olarak belirir. İçgörü kavramının operasyonelleştirme sürecinde, onun esas özelliğinden ne anladığımız sorusu sorulmaya devam etmektedir.

OTİZM SPEKTRUM BOZUKLUKLARINDA MAKİNE ÖĞRENMESİ: FENOTİPLEMEDEN KLİNİK ÖNGÖRÜYE

Hande ŞİRİN

Otizm spektrum bozukluğu (OSB), sosyal iletişim ve sosyal etkileşimde kalıcı yetersizlikler ile sınırlı, tekrarlayıcı davranış, ilgi veya etkinlik örüntüleri ile karakterize edilen bir nörogelişimsel bozukluktur (1). Tanılama süreci büyük ölçüde klinisyenlerin davranışsal gözlemlerine ve klinik değerlendirmelerine dayanmakta olup son yıllarda makine öğrenmesi, OSB'nin objektif tanısı ve erken öngörüsünde umut verici bir paradigma değişimi sunuyor görünmektedir. Makine öğrenmesi, yapay zeka, psikoloji, nörobiyoloji ve istatistik gibi pek çok disiplini bir araya getiren geniş bir alan olarak, psikiyatrik bozuklukların tanı, tedavi ve izlem süreçlerinde giderek önemli bir araç hâline gelmiştir. Bu sunumda, makine öğrenmesinin OSB alanındaki uygulamaları "fenotipleme" ve "klinik öngörü" ekseninde güncel literatür ışığında ele alınmıştır. Fenotipleme alanında yapılan çalışmalar dikkat çekici sonuçlar ortaya koymakta olup göz izleme verileriyle eğitilen makine öğrenmesi modellerinin, OSB'li çocukları tipik gelişim gösteren akranlarından yaklaşık %85 doğrulukla ayırt edebildiği gösterilmiştir (2). Ayrıca okul öncesi dönemdeki çocuklarda OSB'li bireylerin yüksek doğrulukla tespit edilebildiği bildirilmektedir (3). Benzer şekilde, beyin görüntüleme verileriyle eğitilen modeller yüksek başarı göstermekte ve OSB'ye özgü beyin bağlantı farklılıklarını ortaya koymaktadır (4). Literatürdeki bu bulgular, makine öğrenmesinin OSB'ye özgü fenotipleri objektif biçimde karakterize edebileceğini sunuyor görünmektedir. Klinik öngörü alanındaki çalışmalarda ise makine öğrenmesi, tanısal sınıflandırmanın ötesine geçerek tüberoz skleroz kompleksli yüksek riskli bebeklerde makine öğrenmesi modellerinin 36. ayda OSB tanısını önceden tahmin edebildiği bildirilmiştir (5). Bunun yanı sıra, çocukların uyarlanabilir davranış yörüngelerini %77 doğrulukla öngören modeller geliştirilmiştir (6). Sonuç olarak makine öğrenmesi, OSB'de tanıyı objektifleştirme ve erken öngörü sağlama konusunda umut verici bir araç olarak karşımıza çıkıyor görünmektedir. İleriye yönelik yapılacak geniş örneklemli izlem çalışmaları bu alandaki bilgilerimizi artırabilir, klinisyenlere destek olabilir ve ailelere erken müdahale imkânı sunabilir.

Kaynaklar

1. Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Washington (DC): American Psychiatric Publishing; 2013
2. Han, W., Yang, X., Li, X., Wang, J., Liu, J., & Pang, W. (2026). Machine learning-based diagnosis of autism spectrum disorder in children and adolescents using eye-tracking data: A systematic review and meta-analysis. International Journal of Medical Informatics, 208, 106235. https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2025.106235
3. Wei, Q., Cao, H., Shi, Y., Xu, X., & Li, T. (2022). Machine learning based on eye-tracking data to identify Autism Spectrum Disorder: A systematic review and meta-analysis. Journal of Biomedical Informatics, 137, 104254. https://doi.org/10.1016/j.jbi.2022.104254
4. Song, D. Y., Topriceanu, C. C., Ilie-Ablachim, D. C., Kinali, M., & Bisdas, S. (2021). Machine learning with neuroimaging data to identify autism spectrum disorder: a systematic review and meta-analysis. Neuroradiology, 63(12), 2057–2072. https://doi.org/10.1007/s00234-021-02774-z
5. Zhang, C., Wang, R., Capal, J. K., Srivastava, S., Filip-Dhima, R., Bebin, E. M., Krueger, D. A., Northrup, H., Wu, J. Y., Warfield, S. K., Sahin, M., Zhang, B., & TACERN Study Group (2026). A two-step temporal data augmentation and supervised learning framework for predicting autism diagnosis at 36 months in patients with tuberous sclerosis complex. Computers in biology and medicine, 210, 111719. https://doi.org/10.1016/j.compbiomed.2026.111719
6. Aitken, A., Lazerwitz, M. C., Eash, A., Hattangadi, N., Mukherjee, P., Marco, E. J., & Shapiro, K. A. (2025). Predictive modeling of adaptive behavior trajectories in autism: insights from a clinical cohort study. Translational psychiatry, 15(1), 398. https://doi.org/10.1038/s41398-025-03592-0

SÖZEL BİLDİRİLER

SS-1

6-10 YAŞ ARALIĞINDAKİ ÇOCUKLARIN DAVRANIŞ PROBLEMLERİ İLE EBEVEYNLERİNİN İNTERNET KULLANIM DÜZEYLERİ VE YAŞAM DOYUMU ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Ayça Karatepe[1], Ali Dayı[2]

[1]Serbest Klinik Psikolog, Bolu

[2] Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Bandırma Balıkesir

Giriş: Teknolojik gelişmelerle birlikte internet kullanımı günlük yaşamın merkezinde yer almakta; aşırı ve kontrolsüz kullanım davranışsal bağımlılık riskini artırmaktadır. Ebeveynlerin dijital araçlarla geçirdikleri sürenin artması, aile içi iletişimi zayıflatarak çocukların psikososyal gelişimini olumsuz etkileyebilmekte ve davranış problemlerinin ortaya çıkmasına zemin hazırlayabilmektedir. Bu araştırmada; 6-10 yaş aralığındaki çocukların problem davranışları ile ebeveynlerinin internet bağımlılığı ve yaşam doyumu düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntemler: İlişkisel tarama modelindeki araştırmanın örneklemini; 6-10 yaş grubunda çocuğu bulunan 200 kadın ve 200 erkek olmak üzere toplam 400 ebeveyn oluşturmuştur. Veriler; Demografik Bilgi Formu, Gözden Geçirilmiş Davranış Problemleri Kontrol Listesi (GGDPKL), İnternet Bağımlılık Ölçeği (İBÖ) ve Yaşam Doyum Ölçeği (YDÖ) ile çevrim içi toplanmıştır. Verilerin analizinde parametrik testlerden bağımsız örneklemler t-testi, tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ve Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. Çalışma için İstanbul Arel Üniversitesi Etik Kurulundan onay alınmıştır (Tarih: 17.12.2021, Karar No: 2021/17-13).

Bulgular: Analizler sonucunda; ebeveynlerin İBÖ puanları ile çocukların GGDPKL Davranım Bozukluğu/Hiperaktivite-İmpulsivite (r=0,201; p< 0,01) ve Depresyon/Dikkat Eksikliği (r=0,231; p<0,01) puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki saptanmıştır. Ebeveynlerin YDÖ puanları ile çocukların Davranım Bozukluğu/Hiperaktivite-İmpulsivite (r=0,102; p<0,05) ve Depresyon/Dikkat Eksikliği (r=0,162; p<0,01) puanları arasında ise negatif yönde anlamlı korelasyon bulunmuştur. Sosyalleşmiş Saldırganlık alt boyutu ile İBÖ ve YDÖ puanları arasında anlamlı ilişki görülmemiştir (p>0,05)). Demografik analizlerde; 24-35 yaş grubundaki ebeveynlerin internet bağımlılık puanları ileri yaştakilere kıyasla anlamlı düzeyde yüksek iken (p<0,01), 36 yaş ve üzeri ebeveynlerin yaşam doyumları daha yüksek bulunmuştur (p<0,01). Düşük sosyoekonomik düzeye sahip ailelerin çocuklarında problem davranış puanları anlamlı derecede yüksek tespit edilmiştir (p<0,05).

Sonuç: Ebeveynlerin internet bağımlılığı arttıkça çocukların davranış, dikkat ve duygulanım sorunları artmakta; yaşam doyumu arttıkça davranış problemleri azalmaktadır. Ebeveynlerin bilinçli teknoloji kullanımı konusunda desteklenmesi ve aile içi doyumun artırılması çocukluk çağı davranış problemlerinin önlenmesinde kritik bir koruyucu faktördür.

Anahtar Kelimeler: Davranış Problemleri; İnternet Bağımlılığı; Yaşam Doyumu; Ebeveyn Tutumları; Çocukluk Çağı

Kaynaklar

1. Young KS. Internet addiction: The emergence of a new clinical disorder. *CyberPsychol Behav*. 1998;1(3):237-244.
2. Diener E, Emmons RA, Larsen RJ, Griffin S. The Satisfaction With Life Scale. *J Pers Assess*. 1985;49(1):71-75.
3. Quay HC, Peterson DR. *Revised Behavior Problem Checklist: Professional Manual*. Odessa: Psychological Assessment Resources; 1996.
4. Erişti B, Avcı F. Preschool children's views regarding their parents' frequency of internet use at home and its relevant effects. Addicta: The Turkish Journal on Addictions. 2018;5(2):163-184.

Not: Bu çalışma, Dr. Öğr. Üyesi Ali DAYİ danışmanlığında Ayça Karatepe tarafından savunulan "6-10 Yaş Aralığındaki Çocukların Davranış Problemleri İle Ebeveynlerinin İnternet Kullanım Düzeyleri Ve Yaşam Doyumu Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" başlıklı klinik psikoloji yüksek lisans tezinden üretilmiştir.

SS-2

ASİSTAN HEKİMLERDE DEPRESYON, ANKSİYETE, STRES VE TÜKENMİŞLİK DÜZEYLERİ İLE PROBLEMLİ SOSYAL MEDYA KULLANIMI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Esma Akpınar Aslan

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

Giriş: Asistan hekimler; yoğun iş yükü, uzun çalışma saatleri ve nöbetler nedeniyle depresyon, anksiyete, stres ve mesleki tükenmişlik açısından riskli bir gruptur. Farklı örneklemlerde; problemli sosyal medya kullanımının depresyon, anksiyete, stres ve tükenmişlik ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (1,2). Çalışmanın amacı, asistan hekimlerde depresyon, anksiyete, stres ve tükenmişlik düzeyleri ile problemli sosyal medya kullanımı arasındaki ilişkileri ve bu değişkenlerin problemli sosyal medya kullanımını yordayıcı etkilerini değerlendirmektir.

Yöntem: Veriler çevrim içi anketle toplandı. Katılımcılara Sosyodemografik Veri Formu, Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği-21, Maslach Tükenmişlik Ölçeği ve Bergen Sosyal Medya Bağımlılığı Ölçeği uygulandı. Değişkenler arasındaki ilişkiler Spearman korelasyonu, problemli sosyal medya kullanımının yordayıcıları çoklu doğrusal regresyon analiziyle değerlendirildi. Çalışma için Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi, Müdahale Olmayan Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay alınmıştır (26-MOBAEK-170).

Bulgular: 120 katılımcının %65,0'ı kadın ve yaş ortancası 29,0 (28,0–32,0) yıldı. Problemli sosyal medya kullanım puanı depresyon (ρ=0,242; p=0,008), anksiyete (ρ=0,368; p<0,001), stres (ρ=0,288; p=0,001), duygusal tükenme (ρ=0,250; p=0,006) ve duyarsızlaşma (ρ=0,245; p=0,007) ile pozitif, kişisel başarı ile negatif yönde (ρ=−0,315; p<0,001) ilişkiliydi. Depresyon, anksiyete, stres ve tükenmişlik alt boyutlarının birlikte değerlendirildiği çoklu doğrusal regresyon modeli istatistiksel olarak anlamlıydı [F(6,113)=2,676; p=0,018] ve problemli sosyal medya kullanım puanındaki varyansın %12,4'ünü açıkladı (R^2=0,124). Ancak, hiçbir değişken bağımsız yordayıcı değildi (tümü p>0,05).

Sonuç: Asistan hekimlerde depresyon, anksiyete, stres ve tükenmişlik problemli sosyal medya kullanımıyla ilişkili bulunmuş, ancak bağımsız yordayıcı saptanmamıştır. Sonuçlarımız, güncel bulgularla birlikte problemli sosyal medya kullanımının çok boyutlu yapısına işaret etmektedir (3).

Anahtar Kelimeler: Asistan hekimler, sosyal medya, tükenmişlik, depresyon, anksiyete

Kaynaklar

1. Jahagirdar V, Sequeira LA, Kinattingal N, Roohi TF, Alshehri S, Shakeel F, Mehdi S. Assessment of the impact of social media addiction on psychosocial behaviour like depression, stress, and anxiety in working professionals. BMC Psychol. 2024 Jun 15;12(1):352.
2. Karakoç E, Öğüt N, Aslan A. Sosyal medya bağımlılığı ve tükenmişlik sendromu arasındaki ilişkinin belirlenmesi: sağlık çalışanları örneğinde. Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi. 2024;11(3):923-43.
3. Guan Z, Tang N, Luo G, Zhang X. Prevalence of Social Media Addiction and Associations With Usage Patterns, Burnout, and Health Conditions Among Medical Trainees in China: Cross-Sectional Study. J Med Internet Res. 2026 May 4;28:e75675.

Tablo 1. Problemli sosyal medya kullanımı ve aylık nöbet sayısının psikolojik belirtiler ve tükenmişlik boyutlarıyla korelasyonları

Değişken	BSMBÖ-toplam puan ρ	p	Aylık nöbet sayısı ρ	p
DASS-21-Depresyon	0,242	0,008	0,268	0,003
DASS-21-Anksiyete	0,368	<0,001	0,161	0,080
DASS-21-Stres	0,288	0,001	0,215	0,018
Maslach-Duygusal Tükenme	0,250	0,006	0,178	0,052
Maslach-Duyarsızlaşma	0,245	0,007	0,289	0,001
Maslach-Kişisel Başarı	−0,315	<0,001	−0,005	0,960

Not: N=120. ρ (rho), Spearman sıra korelasyon katsayısını göstermektedir. İstatistiksel anlamlılık düzeyi p<0,05 olarak kabul edilmiştir. BSMBÖ: Bergen Sosyal Medya Bağımlılığı Ölçeği, DASS-21: Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği-21, Maslach: Maslach Tükenmişlik Ölçeği.

Tablo 2. Problemli Sosyal Medya Kullanımının Yordayıcılarına İlişkin Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi

Değişken	B	SH	β	t	p	%95 GA	VIF
Sabit	17,104	2,797	—	6,116	<0,001	11,563–22,645	—
DASS-21-Depresyon	–0,070	0,091	–0,111	–0,769	0,443	–0,251–0,111	2,710
DASS-21-Anksiyete	0,138	0,111	0,180	1,237	0,218	–0,083–0,359	2,740
DASS-21 Stres	0,064	0,107	0,105	0,604	0,547	–0,147–0,275	3,880
Maslach-Duygusal Tükenme	0,045	0,095	0,065	0,467	0,641	–0,144–0,234	2,507
Maslach-Duyarsızlaşma	0,079	0,177	0,056	0,448	0,655	–0,271–0,430	2,021
Maslach-Kişisel Başarı	–0,190	0,117	–0,152	–1,625	0,107	–0,423–0,042	1,124

Model özeti: R^2=0,124; düzeltilmiş R^2=0,078; F(6,113)=2,676; p=0,018.

Not: N=120. Bağımlı değişken Bergen Sosyal Medya Bağımlılığı Ölçeği toplam puanıdır. B: standardize edilmemiş regresyon katsayısı; SH: standart hata; β: standardize regresyon katsayısı; GA: güven aralığı; VIF: varyans şişirme faktörü. İstatistiksel anlamlılık düzeyi p<0,05 olarak kabul edilmiştir. DASS-21: Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği-21, Maslach: Maslach Tükenmişlik Ölçeği. Çoklu doğrusal regresyon analizinde Enter yöntemi kullanılmıştır.

SS-3

İLK ATAK PSİKOZDA İNKRETİN SİSTEMİ BELİRTEÇLERİ VE METABOLİK PARAMETRELER: KLİNİK SEMPTOMLARLA İLİŞKİLERİ VE AYIRT EDİCİ POTANSİYELLERİ

Ezel Altıntaş[1], Bahadır Demir[2], Muhammet Sancaktar[2], Gülçin Elboğa[2], Feridun Bülbül[2], Kenan Ercan[3], Seyithan Taysı[4], Abdurrahman Altındağ[2]

[1]Kilis Prof. Dr. Alaeddin Yavaşca Devlet Hastanesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, Kilis, Türkiye
[2]Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Gaziantep, Türkiye
[3]Gaziantep Üniversitesi Fitoterapi ve Tıbbi ve Aromatik Bitkiler Araştırma ve Uygulama Merkezi (FİTOTABA), Gaziantep, Türkiye
[4]Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı, Gaziantep, Türkiye

Giriş: Psikozda metabolik bozuklukların antipsikotik tedaviden bağımsız olarak hastalığın erken dönemlerinde ortaya çıkabileceğine ilişkin kanıtlar artmaktadır(1). Literatürde, İAP ve şizofreni olgularında prediyabetik belirteçleri, şizofreni ve diyabet gelişimi arasındaki ilişkiyi ve ortak patofizyolojik mekanizmaları inceleyen çok sayıda çalışma bulunmaktadır (2,3). Ancak mevcut çalışmaların büyük çoğunluğu, esas olarak metabolik parametre düzeylerine odaklanmıştır. Bu çalışmada ise ilk atak psikoz (İAP) hastalarında glukagon benzeri peptid-1 (GLP-1), glukoza bağımlı insülinotropik polipeptid (GIP) ve dipeptidil peptidaz-4 (DPP-4) düzeyleri ile glukoz metabolizması parametrelerinin sağlıklı kontrollerle karşılaştırılması ve bu belirteçlerin klinik semptomlarla ilişkilerinin değerlendirilmesi amaçlandı.

Yöntemler: Olgu-kontrol tasarımındaki çalışmaya DSM-5-TR ölçütlerine göre İAP tanısı alan, antipsikotik-naif veya 14 günden kısa süre antipsikotik tedavi alan 24 hasta ve yaş ile beden kitle indeksi açısından eşleştirilmiş 24 sağlıklı kontrol dahil edildi. Serum GLP-1, GIP, DPP-4, açlık glukozu, insülin ve HbA1c düzeyleri ölçüldü; insülin direnci HOMA-IR ile hesaplandı. Klinik belirtiler Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS) ve Psikotik Belirti Değerlendirme Ölçekleri (PSYRATS) ile değerlendirildi. Çalışma Gaziantep Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından onaylandı (Karar No: 2024/466).

Bulgular: İAP grubunda GLP-1 (p=0,001), GIP (p=0,001) ve DPP-4 (p=0,040) düzeyleri kontrollere göre anlamlı olarak düşük; açlık glukozu (p=0,001) ve HOMA-IR (p=0,003) ise anlamlı olarak yüksekti. GLP-1 ile glukoz arasında negatif yönde ancak istatistiksel anlamlılığa ulaşmayan bir ilişki saptandı (r=−0,40; p=0,055). GLP-1 düzeyleri PANSS negatif belirti alanındaki bazı maddelerle anlamlı ilişkiler gösterdi. ROC analizinde GLP-1 için eğri altında kalan alan 0,87 (%95 GA: 0,78–0,97) olup duyarlılık ve özgüllük %79 olarak bulundu.

Sonuç: İlk atak psikozda inkretin sistemi belirteçlerindeki azalma ve glukoz homeostazındaki bozulmanın hastalığın erken döneminde mevcut olabileceği gösterildi. Bulgular, inkretin sistemi ile psikozun klinik ve metabolik özellikleri arasında olası bir ilişkiye işaret etmekte ve özellikle GLP-1'in İAP için potansiyel bir biyobelirteç olarak daha geniş örneklemlerde araştırılmasını desteklemektedir.

Anahtar Kelimeler: İlk atak psikoz; GLP-1; GIP; DPP-4; glukoz metabolizması

Kaynaklar

1.Pillinger T, Beck K, Gobjila C, et al. Impaired glucose homeostasis in firstepisode schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. JAMA Psychiatry. 2017;74(3):261-269.
2.Perry BI, McIntosh G, Weich S, et al. The association between first-episode psychosis and abnormal glycaemic control: systematic review and metaanalysis. Lancet Psychiatry. 2016;3(11):1049-1058.
3. Yang W, Zheng L, Zheng B, et al. A meta-analysis of abnormal glucose metabolism in first-episode drug-naive schizophrenia. Psychiatr Danub. 2020;32(1):46-54.

SS-4

İLERİ YAŞTA YENİ BAŞLAYAN PSİKOTİK BELİRTİLERİN NÖROLOJİK NEDENLERİ: ÜÇ OLGULUK VAKA SERİSİ

Edanur Çiçek[1], Aslı Selen Eker Bilge[1], Alpkağan Kale[2], Nermin Tepe[2], Merve Şahin Can[1]

[1]Balıkesir Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Balıkesir, Türkiye

[2]Balıkesir Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Balıkesir, Türkiye

Giriş: İleri yaşta ortaya çıkan psikotik belirtiler, psikiyatrik hastalıkların yanı sıra otoimmün, paraneoplastik ve nörodejeneratif hastalıkların ilk bulgusu olabilir. Hızlı başlangıç, görsel halüsinasyonlar, bilişsel değişiklikler ve nörolojik bulgular organik etiyolojiler açısından uyarıcıdır. Bu çalışmada, psikiyatrik belirtilerle başvuran ve altta yatan farklı nörolojik hastalıklar saptanan üç olgu sunulmuştur [1,2].

Olgu 1: Daha önce psikiyatrik hastalık öyküsü olmayan 75 yaşında kadın hasta, yaklaşık bir hafta içinde gelişen unutkanlık, görsel ve taktil halüsinasyonlar, uyku-uyanıklık bozukluğu ve dezorganize davranışlar nedeniyle tarafımıza başvurdu. Vefat etmiş yakınlarını görme ve bacaklarında keneler dolaştığını hissetme tarifliyordu. Mini Mental Test puanı 23/30 olup beyin manyetik rezonans görüntülemesinde (MRG) patolojik bulgu saptanmadı. Klinik bulgular ve EEG'de nonkonvülsif status epileptikus ile uyumlu epileptiform aktivitelerin saptanması sonucunda otoimmün ensefalit düşünüldü. Kortikosteroid, intravenöz immünoglobulin (IVIG) ve rituksimab tedavileri uygulandı. IVIG tedavisine klinik yanıt gözlendi. Takiplerde genel durumu kötüleşen hasta dış merkez yoğun bakımında eksitus oldu.

Olgu 2: Akustik nörinom tanısı olan ve daha önce psikiyatrik hastalık öyküsü olmayan 65 yaşında erkek hasta, yaklaşık bir hafta içinde gelişen paranoid sanrılar, görsel ve işitsel halüsinasyonlar nedeniyle tarafımıza başvurdu. Vefat etmiş anne ve babasını gördüğünü ve birileri tarafından zehirleneceğini düşünüyordu. MRG ve EEG normaldi. Paraneoplastik panelde anti-recoverin, anti-GAD65 ve anti-titin antikor pozitifliği ve BOS proteininde hafif artış saptandı. Paraneoplastik ensefalopati düşünülerek primer malignite odağının araştırılması amacıyla ileri tetkikler planlandı. IVIG ve düşük doz olanzapin tedavisi sonrası psikotik belirtileri geriledi ve hasta remisyonda izlendi.

Olgu 3: Karaciğer sirozu ve hipertansiyon tanısı olan 72 yaşında kadın hasta, yaklaşık sekiz aydır süren konuşma ve iletişimde azalma, demansif belirtiler ve halüsinasyonlar nedeniyle tarafımıza başvurdu. Takibinde yürüme güçlüğü ve anlamsız konuşma gelişti. MRG'de bilateral talamus, putamen ve kortikal-subkortikal bölgelerde difüzyon kısıtlılığı saptandı. Hiperamonyemi ekarte edildi. EEG'de yaygın yavaşlama ve epileptiform anomaliler izlendi. BOS'ta RT-QuIC pozitifliği saptanması üzerine Creutzfeldt-Jakob hastalığı tanısı konuldu. Hasta dış merkez yoğun bakımında eksitus oldu.

Tartışma: İleri yaşta başlayan psikotik belirtiler, özellikle hızlı başlangıç, görsel halüsinasyonlar, bilişsel değişiklikler veya nörolojik bulgular eşlik ettiğinde sekonder nedenler açısından ayrıntılı değerlendirme gerektirir [1,2]. Sunulan olgular, otoimmün ensefalit, paraneoplastik ensefalopati ve prion hastalığının psikoz benzeri belirtilerle ortaya çıkabileceğini göstermektedir [3,4,5]. Bu nedenle atipik özellikler taşıyan olgularda erken nörolojik değerlendirme ve multidisipliner yaklaşım önem taşımaktadır [1,2].

Anahtar Kelimeler: Psikozlar, Otoimmün Ensefalit, Paraneoplastik Sendromlar, Creutzfeldt-Jakob Hastalığı

Kaynaklar

1. Pollak TA, Lennox BR, Müller S, et al. Autoimmune psychosis: an international consensus on an approach to the diagnosis and management. Lancet Psychiatry. 2020;7(1):93-108.
2. Endres D, Rauer S, Kern W, et al. Red flags for autoimmune encephalitis in psychiatric patients. Front Psychiatry. 2017;8:25.
3. Graus F, Titulaer MJ, Balu R, et al. A clinical approach to diagnosis of autoimmune encephalitis. Lancet Neurol. 2016;15(4):391-404.
4. Dalmau J, Graus F. Antibody-mediated encephalitis. N Engl J Med. 2018;378(9):840-851.
5. Hermann P, Appleby B, Brandel JP, et al. Biomarkers and diagnostic guidelines for sporadic Creutzfeldt-Jakob disease. Lancet Neurol. 2021;20(3):235-246.

SS-5

ADLİ PSİKİYATRİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN OLGULARIN KLİNİK VE SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ İLE TANISAL DAĞILIMI

Şule Şirin Berk, Mehmet Temiz

Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Kahramanmaraş

Giriş ve Amaç: Bu çalışmada adli psikiyatri polikliniğimize yönlendirilen olguların psikiyatrik tanıları, sosyodemografik ve klinik özellikleri ve suça karışma veya maruz kalma durumlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı kesitsel ve retrospektif tipte yapılan bu çalışmada veriler ocak-aralık 2025 tarihleri arasında adli psikiyatri polikliniğine yönlendirilen 243 olgunun arşiv dosyaları ve raporları geriye dönük olarak kayıtları incelenerek verileri elde edildi. Çalışma, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırma Etik Kurulu tarafından onaylanmıştır (Karar numarası: 2026/17-05, tarih: 30/06/2026).

Bulgular: Olguların yaş ortalaması 40,19 ± 17,56 olarak bulunmuştur. Çalışmaya katılan toplam 243 bireyin demografik özellikleri incelendiğinde, araştırma grubunda erkek katılımcıların (%63,4) kadın katılımcılara (%36,6) kıyasla daha yüksek oranda olduğu belirlenmiştir. Olguların çoğu evli, 54'ü (%22,2) okuryazar olmayan olgulardan oluşmaktaydı. Geçmiş tanı dağılımı incelendiğinde; %31,3'ünün (n=77) geçmişte herhangi bir psikiyatrik tanısının bulunmuyorken, suça karışan olguların geçmiş psikiyatrik tanılar arasında en sık alkol/madde kullanım bozukluğu (%14,2; n=35), depresif bozukluk (%11,4; n=28), anksiyete bozukluğu (%8,5; n=21) ve bipolar duygudurum bozukluğu (%7,7; n=19) olarak saptandı. Geçmiş psikiyatrik tanılar içerisinde özellikle alkol/madde kullanım bozuklukları ile depresif ve anksiyete bozukluklarının öne çıktığı görülmektedir.

Psikotrop ilaç kullanımı değerlendirldiğinde; herhangi bir ilaç kullanmayan katılımcıların belirgin biçimde çoğunlukta olup; ilaç kullanan olgular arasında en fazla yüksek doz antipsikotik ilaç kullananların olduğu saptandı. Suça karışma açısından yapılan değerlendirmede; 152'si (%62,6) suça karışmayan, 80 olgu (%32,9) fail, 11 olgu (%4,5) ise mağdur olarak sınıflandırıldı. Başvuru nedenlerine göre dağılımı incelendiğinde, en yüksek Türk Ceza Kanunu 32. madde kapsamında 79 başvuru (%32,5), daha sonra Türk Medeni Kanunu 405. ve 432. madde kapsamında değerlendirilen olgulardan oluşmaktaydı.

Suç işleyenler madde kullanımı ve bağımlılığının değerlendirildiği olgular ile ceza sorumluluğu açısından değerlendirilen olgularda erkek cinsiyet anlamlı olarak yüksek ve eğitim düzeyi anlamlı olarak düşük olarak saptanmıştır. Çalışmamızda suç işleyenlerdeki psikiyatrik tanılar sıklık sırasına göre; madde bağımlılığı, duygudurum bozuklukları ve psikotik bozukluklar olarak değerlendirilmiştir.

Tartışma ve Sonuç: Madde kullanımı ve bağımlılığı olanlar kullandıkları madde dolayısıyla, doğrudan ya da dolaylı olarak daha fazla suça karışmaktadırlar. Bu kişiler sıklıkla adli sisteme dahil olmakta ve süreçteadli psikiyatrinin konusu olmaktadırlar.

Anahtar Kelimeler: Adli psikiyatri, klinik profil, psikiyatrik tanılar, suça karışma

Kaynaklar

1. Hanife Kocakaya, Deniz Deniz Özturan. Bir Üniversite Hastanesi Psikiyatri Polikliniğine Adli Yolla Başvuran Olguların Retrospektif İncelenmesi. Kırıkkale Uni Med J. 2023 Aug. 1;25(2):285-92. doi:10.24938/kutfd.1316918
2. Selim Polat, Cicek Hocaoglu. Bir eğitim ve araştırma hastanesi psikiyatri polikliniğine yönlendirilen adli olguların değerlendirilmesi. otd. 12(2):290-4. doi:10.21601/ortadogutipdergisi.648702
3. Aydın S, Batmaz S, Akpınar Aslan E, Çelikbaş Z, Çetin S. Adli Psikiyatri Raporlarının Değerlendirilmesinde Multidisipliner Yaklaşım. Bull Leg Med. 2021;26(2):101-https://doi.org/10.17986/blm.1416

SS-7

BİPOLAR BOZUKLUKTA İNTİHAR GİRİŞİMİ ÖYKÜSÜYLE İLİŞKİLİ KLİNİK ÖZELLİKLER VE FARMAKOLOJİK TEDAVİLER

Betül Bakay

Konya Şehir Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Konya, Türkiye

Giriş: Bipolar bozuklukta intihar girişimleri önemli bir klinik sorundur. Kadın cinsiyet, erken hastalık başlangıcı ve sigara kullanımı gibi özelliklerin intihar girişimiyle ilişkili olabileceği; farmakolojik tedavi örüntülerinin ise klinik risk ve tedavi tercihleriyle birlikte değerlendirilmesi gerektiği bildirilmektedir [1,2]. Bu çalışmada bipolar bozuklukta yaşam boyu intihar girişimi öyküsüyle ilişkili klinik özellikler ve farmakolojik tedaviler incelendi.

Yöntemler: Bu retrospektif çalışmaya bipolar bozukluk tanılı 289 hasta dahil edildi ve yaşam boyu intihar girişimi öyküsüne göre iki gruba ayrıldı. Sosyodemografik özellikler, hastalık seyri, psikiyatrik yatışlar ve güncel farmakolojik tedaviler tıbbi kayıtlardan elde edildi. Sürekli değişkenler Mann–Whitney U, kategorik değişkenler ki-kare veya Fisher's exact test ile karşılaştırıldı. İntihar girişimi öyküsü bulunanlarda girişim sayısı ile klinik değişkenler Spearman korelasyonu ile incelendi. Cinsiyet, hastalık başlangıç yaşı, sigara, alkol, lityum, serotonin-noradrenalin geri alım inhibitörü (SNRI) kullanımı ve psikiyatrik yatış sayısını içeren ikili lojistik regresyon modeli oluşturuldu. Anlamlılık düzeyi $p<0,05$ kabul edildi. Etik kurul onayı Necmettin Erbakan Üniversitesi İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Araştırmalar Etik Kurulu'ndan alınmıştır (2026/6737).

Bulgular: Hastaların 44'ünde (%15,2) yaşam boyu intihar girişimi öyküsü vardı. Psikiyatrik yatış sayısının medyanı intihar girişimi öyküsü olanlarda 3, olmayanlarda 2 idi ($p=0,030$). İntihar girişimi öyküsü olanlarda sigara (%72,7 ve %44,5; $p<0,001$), alkol (%18,2 ve %4,9; $p=0,005$), lityum (%68,2 ve %50,6; $p=0,032$) ve SNRI (%11,4 ve %2,4; $p=0,015$) kullanımı daha sıktı (Tablo 1). İntihar girişimi sayısıyla klinik değişkenler arasında anlamlı korelasyon saptanmadı. Regresyonda kadın cinsiyet (OR=2,91; 95% CI: 1,27–6,64), sigara (OR=6,18; 95% CI: 2,50–15,27), lityum (OR=2,24; 95% CI: 1,06–4,73) ve SNRI kullanımı (OR=6,30; 95% CI: 1,55–25,71) intihar girişimi öyküsüyle bağımsız ilişkiliydi (tümü $p<0,05$, Tablo2).

Sonuç: Bulgular, intihar girişimi öyküsünün özellikle kadın cinsiyet ve sigara kullanımıyla ilişkili olduğunu göstermektedir. İntihar girişimi öyküsü olanlarda lityumun daha sık kullanılması, lityumun intihar davranışına yönelik koruyucu etkileri dikkate alındığında, bu tedavinin geçmişte girişim bulunan hastalarda daha fazla tercih edilmesini yansıtıyor olabilir [4,5]. SNRI kullanımındaki fark ise antidepresan kullanımı ile intihar davranışı arasında ilişki bildiren güncel gözlemsel verilerle birlikte değerlendirilmelidir [3]; düşük SNRI kullanım sıklığı bu bulgunun yorumunu sınırlandırmaktadır.

Anahtar kelimeler: Bipolar bozukluk; intihar girişimi; sigara kullanımı; lityum; antidepresanlar

Kaynaklar

1. Nylander PO, Lexne E, Lehman C, Brudin L, Bengtsson F. Bipolar Disorder VI: Long-Term Follow-Up of Suicide Attempts and Prophylactic Effect of Lithium Treatment in Bipolar Affective Disorder. Biol Psychiatry Glob Open Sci. 2026;6(4):100735. doi:10.1016/j.bpsgos.2026.100735.
2. Pietschnig J, Oberleiter S, Köhler MD. Smoking behavior is associated with suicidality in individuals with psychosis and bipolar disorder: a systematic quantitative review and meta-analysis. Front Psychol. 2024;15:1369669. doi:10.3389/fpsyg.2024.1369669.
3. Deng Y, Xu N, Huang J, et al. Antidepressant use and worsening of non-suicidal self-injury and suicidality in bipolar disorder: A multicenter retrospective cohort study. Psychiatry Res. 2026;364:117301. doi:10.1016/j.psychres.2026.117301.
4. Park SA, Son S, Tae BS, et al. Long-term treatment with lithium, valproate, and atypical antipsychotics on suicide risk in patients with bipolar disorder: A nationwide retrospective cohort study. J Affect Disord. 2026;392:120264. doi:10.1016/j.jad.2025.120264.
5. Wang JX, Le GH, Wong S, et al. The efficacy of lithium in the treatment of suicidal ideation, behavior and suicide: An updated systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. J Affect Disord. 2025;387:119487. doi:10.1016/j.jad.2025.119487.

Tablo 1. Yaşam boyu intihar girişimi öyküsüne göre sosyodemografik ve klinik özellikler

Değişken	İntihar girişimi (–) n=245	İntihar girişimi (+) n=44	p
Kadın cinsiyet	133 (54,3)	25 (56,8)	0,756
Sigara kullanımı	109 (44,5)	32 (72,7)	<0,001
Alkol kullanımı	12 (4,9)	8 (18,2)	0,005
Madde kullanımı	7 (2,9)	4 (9,1)	0,069
Mevsimsellik	23 (9,4)	1 (2,3)	0,144
Psikotik özellik	101 (41,2)	22 (50,0)	0,278
Bipolar II	18 (7,3)	3 (6,8)	1,000
Yaş, yıl	43 (31–53)	40 (29–46)	0,158
Eğitim süresi, yıl	12 (8–12)	12 (8–14,25)	0,387
Hastalık süresi, yıl	13 (5–20)	15 (7–19,25)	0,625
Hastalık başlangıç yaşı, yıl	26 (20–34)	23,5 (18–30,5)	0,057
Toplam duygudurum epizodu sayısı	6 (4–10)	7 (5–10)	0,185
Depresif epizod sayısı	2 (1–5)	3 (2–4,25)	0,125
Karma epizod sayısı	0 (0–0)	0 (0–0)	0,527
Hipomanik epizod sayısı	0 (0–0)	0 (0–0)	0,659
Manik epizod sayısı	2 (1–5)	2 (1–5,25)	0,925
Psikiyatrik yatış sayısı	2 (1–4)	3 (2–5)	0,030

Veriler kategorik değişkenler için n (%), sürekli değişkenler için medyan (Q1–Q3) olarak sunulmuştur. Sürekli değişkenlerde Mann–Whitney U testi; kategorik değişkenlerde Pearson ki-kare veya uygun olduğunda Fisher's exact test kullanılmıştır. Kalın p değerleri p<0,05'i göstermektedir.

Tablo 2. Yaşam boyu intihar girişimi öyküsü ile ilişkili değişkenlerin çok değişkenli lojistik regresyon analizi

Değişken	OR	95% CI	p
Kadın cinsiyet	2,91	1,27–6,64	0,011
Hastalık başlangıç yaşı	0,97	0,93–1,01	0,095
Sigara kullanımı	6,18	2,50–15,27	<0,001
Alkol kullanımı	2,63	0,88–7,84	0,082
Lityum kullanımı	2,24	1,06–4,73	0,035
SNRI kullanımı	6,30	1,55–25,71	0,010
Psikiyatrik yatış sayısı	0,97	0,88–1,06	0,456

Bağımlı değişken: yaşam boyu intihar girişimi öyküsü (0=yok, 1=var). Analize eksiksiz verisi bulunan 288 hasta dahil edilmiştir. OR: odds ratio; CI: confidence interval. Kalın p değerleri p<0,05'i göstermektedir.

SS-8

GENEL ANKSİYETE Mİ, SAĞLIK ANKSİYETESİ Mİ? ANKSİYETE BOZUKLUĞU OLAN KADINLARDA SERVİKS KANSERİ KORKUSUNUN YORDAYICILARI

Aslıhan Gümüşlü Ağcabay[1], Onur Ağcabay[2], Bahadır Demir[3]

[1]Dr. Ersin Arslan Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Gaziantep, Türkiye
[2]Gaziantep Üniversitesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Onkoloji Bilim Dalı, Gaziantep, Türkiye
[3]Gaziantep Üniversitesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Gaziantep, Türkiye

Giriş: Serviks kanseri, HPV aşılaması ve tarama programlarıyla büyük ölçüde tanınıp önlenebilir olmasına karşın, kansere yönelik korku tarama davranışını hem artırabilmekte hem de engelleyebilmektedir. Anksiyete bozukluğu olan kadınlarda serviks kanseri korkusunun genel anksiyete düzeyiyle mi yoksa bedensel sağlığa yönelik özgül kaygılarla mı daha yakından ilişkili olduğu yeterince bilinmemektedir. Çalışmamızda genel anksiyete ve sağlık anksiyetesi düzeyleri, sağlık okuryazarlığı ve HPV bilgi düzeyinin serviks kanseri korkusuyla ilişkileri ve anksiyete belirtileriyle kanser korkusu arasındaki ilişkide sağlık anksiyetesinin aracı rolünü inceledik.

Yöntem: Kesitsel, tek merkezli çalışmaya psikiyatri polikliniğimize başvuran, 18–49 yaş arasında anksiyete bozukluğu tanısı bulunan 263 kadın dahil edildi. Tanılar yaygın anksiyete bozukluğu(%42,2), panik bozukluk(%39,5), hastalık kaygısı bozukluğu %12,5) ve sosyal fobi(%5,3) şeklindeydi. Eşlik eden depresyon, Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği kullanılarak dışlandı(HAM-D <7).Katılımcılara Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32, Sağlık Anksiyetesi Ölçeği(SAÖ), Kanser Korkusu Ölçeği, HPV Bilgi Ölçeği ve Beck Anksiyete Envanteri(BAÖ) uygulandı. İlişkiler Spearman korelasyonuyla, aşırı kanser korkusunun bağımsız yordayıcıları çok değişkenli lojistik regresyonla ve aracılık modeli 5000 yinelemeli bootstrap analiziyle değerlendirildi.

Bulgular: Katılımcıların yaş ortalaması 34,3±9,2 yıl olup %63,5'i daha önce hiç serviks kanseri taraması yaptırmamıştı. BAÖ puanı ile kanser korkusu arasında pozitif ilişki saptandı(rho=0,263;p<0,001); sağlık anksiyetesinin kanser korkusuyla ilişkisi ise daha güçlüydü(rho=0,467;p<0,001). Sağlık okuryazarlığı ile HPV bilgi düzeyi arasında anlamlı ilişki bulunmadı(rho=0,024). Yeterli sağlık okuryazarlığı aşırı kanser korkusu açısından koruyucu görünmesine rağmen(OR=0,45), sağlık anksiyetesi modele eklendiğinde bu ilişki anlamlılığını kaybetti. Çok değişkenli analizde sağlık anksiyetesi bağımsız yordayıcı olarak kalırken BAÖ anlamlılığa ulaşmadı(p=0,066). Sağlık anksiyetesi üzerinden işleyen aracılık yolu anlamlıydı(0,151;%95 GA:0,091–0,221) ve toplam ilişkinin %61'ine karşılık geldi. Otuz yaş ve üzerindeki kadınlarda(n=169) düzenli tarama yaptıranların kanser korkusu daha yüksekti(p=0,008).Düzenli tarama yaptırmayan 217 kadının %29,5'i gerekçe olarak kanser çıkma korkusunu bildirdi.

Sonuç: Anksiyete bozukluğu olan kadınlarda serviks kanseri korkusu, genel anksiyeteden çok sağlık anksiyetesiyle ilişkili görünmektedir. Bulgular, sağlık anksiyetesinin bu ilişkide önemli bir istatistiksel aracı olabileceğini düşündürmekle birlikte, kesitsel tasarım nedeniyle ilişkilerin yönü konusunda çıkarım yapılamamaktadır. Sağlık okuryazarlığının HPV bilgisiyle ilişkisiz olması, genel sağlık okuryazarlığının hastalığa özgü bilgi düzeyini doğrudan yansıtmayabileceğine işaret etmektedir. Düzenli tarama yaptıranlarda daha yüksek korku saptanması ise korku ile tarama davranışı arasındaki ilişkinin tek yönlü olmadığını düşündürmektedir. Serviks kanseri danışmanlığında bilgi aktarımının yanı sıra sağlık anksiyetesinin değerlendirilmesi klinik açıdan yararlı olabilir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık anksiyetesi, kanser korkusu, serviks kanseri, HPV, sağlık okuryazarlığı

Çalışmamız, Helsinki Bildirgesi ilkelerine uygun olarak yürütülmüş olup, etik kurul onayı Gaziantep Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 2026/62 karar numarası ile alınmıştır. Tüm katılımcılardan yazılı bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

SS-9

6284 SAYILI KANUNUN SAĞLIK TEDBİRİ KAPSAMINDA UYGULANAN ETKİLEŞİM GRUBUNA İLİŞKİN RETROSPEKTİF ANALİZ: TAMAMLAMA VE TEKRAR YÖNLENDİRMEYE DAİR TANIMLAYICI BULGULAR

Didem Beşikci Keleş, Haluk Usta

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri, İstanbul, Türkiye

Giriş: Aile içi şiddet faillerine uygulanan etkileşim grubu programlarına ilişkin Türkiye'de veriler sınırlıdır. Bu çalışmada, 6284 sayılı Kanunun sağlık tedbiri kapsamında yönlendirilen faillere uygulanan etkileşim grubu programına dair bireylerin tamamlama, tamamlamama ve tekrar yönlendirme oranlarının tanımlanması amaçlanmıştır.

Yöntemler: Bu retrospektif, tanımlayıcı çalışmada, 1 Temmuz 2024-30 Haziran 2026 tarihleri arasında polikliniğimize 6284 sayılı Kanun kapsamında yönlendirilen ve 30 Haziran 2026 itibariyle tedbir süresi sona ermiş bireylerin arşiv kayıtları incelenmiştir. Eksik ve mükerrer kayıtlar çıkarıldıktan sonra 1.094 kayıt analiz edilmiştir. Mahkûmiyet geçmişi bulunanlar (n=38) ayrı bir alt grup olarak değerlendirilmiş; ana örneklem 809 kişiden oluşmuştur. Bireyler oturumlara devamlılıklarına göre "tamamlayan" ve "tamamlamayan" olarak sınıflandırılmış, çalışma dönemi içinde birden fazla tedbir kararıyla yönlendirilip yönlendirilmediği belirlenmiştir. Veriler SPSS Statistics 22.0 ile betimsel olarak analiz edilmiş, çalışmanın naturalistik niteliği nedeniyle hipotez testi uygulanmamıştır. Çalışmamız için etik kurul onayı alınmıştır.

Bulgular: Ana örneklemdeki 809 kişinin %36,8'i (n=298) programı tamamlamış, %42,0'si (n=340) tamamlamamış, %21,1'i (n=171) oturumlar devam ederken tedbir süresinin dolması, kaldırılması, hastane yatışı veya askerlik gibi nedenlerle bu iki grubun dışında bırakılmıştır. Tekrar yönlendirme oranı tamamlayanlarda %19,1 (57/298), tamamlamayanlarda %24,1 (82/340), dahil edilmeyenlerde %14,0 (24/171) olarak bulunmuştur. Kişi başı ortalama yönlendirme sayısı 1,28±0,65'tir. Mahkûmiyet geçmişi bulunan ayrı alt grupta (n=38) 43 yönlendirme episodu saptanmış, bu grupta yalnızca 3 kişi başka bir dönemde programı tamamlamıştır.

Sonuç: Bulgularımız, mahkeme kararıyla yönlendirilen faillerin önemli bir kısmının programı tamamlayamadığını ve tekrar yönlendirme oranının tamamlamayan grupta görece daha yüksek olduğunu göstermektedir. Uluslararası literatür bu programların etkinliğine ilişkin tutarsız kanıt sunmakta; Campbell derlemesi (1) bu tutarsızlığı veri güvenilirliği sorunlarına bağlamakta, resmi kayıtların mağdurun şikâyet davranışından, mağdur beyanının ise yüksek kayıp oranlarından etkilenebileceğini bildirmektedir. Program süresi ve yoğunluğunun nüks üzerindeki etkisini inceleyen bir çalışma (2), kısa süreli (4 oturum) programların anlamlı etki göstermediğini, uzun süreli (20 oturum) standart programı tamamlamanın ise nüksü anlamlı ölçüde azalttığını saptamıştır. Öte yandan, geleneksel Duluth ve standart bilişsel davranışçı grup modellerinin etkinliğinin de sınırlı ya da belirsiz kaldığı bildirilmektedir (3,4,5). Bu bulgular, altı haftalık programımızdaki tamamlamama ve tekrar yönlendirme oranlarıyla birlikte değerlendirildiğinde hem program süresinin hem de içeriğinin gözden geçirilmesi gerektiğine işaret etmektedir.

Anahtar Kelimeler: aile içi şiddet, yakın partner şiddeti, 6284 sayılı kanun, sağlık tedbiri, etkileşim grubu

Kaynaklar

1. Wilson DB, Feder L, Olaghere A. Court-mandated interventions for individuals convicted of domestic violence: An updated Campbell systematic review. Campbell Systematic Reviews. 2021. doi:10.1002/cl2.1151
2. Claxton TL, Richards TN. A Comparison of Clients in a Differentiated Batterer Intervention Treatment Program: The Importance of Treatment Level Matching by Referral Sources. Int J Offender Ther Comp Criminol. 2021;65(16):1804-22. doi:10.1177/0306624X20981046
3. Punzo G, Velotti P. Interventions for Perpetrators of Intimate Partner Violence: An Umbrella Review of Systematic Reviews. Aggressive Behavior. 2026. doi:10.1002/ab.70056
4. Babcock JC, Gallagher MW, Richardson A, Godfrey DA, Reeves VE, D'Souza J. Which battering interventions work? An updated Meta-analytic review of intimate partner violence treatment outcome research. Clinical Psychology Review. 2024. doi:10.1016/j.cpr.2024.102437
5. Nesset MB, Lara-Cabrera ML, Dalsbø TK, Pedersen SA, Bjørngaard JH, Palmstierna T. Cognitive behavioural group therapy for male perpetrators of intimate partner violence: A systematic review. BMC Psychiatry. 2019. doi:10.1186/s12888-019-2010-1

SS-10

PSİKOTİK BOZUKLUK TANILI OLGULARDA AKATİZİ ŞİDDETİ VE İSTİRAHAT NABIZ HIZI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN ÖN DEĞERLENDİRMESİ

Ekrem Furkan Uçak, Orçun Öztürk

Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Afyonkarahisar, Türkiye

Giriş: Antipsikotik tedavinin en sık görülen ve uyumu olumsuz etkileyen ekstrapiramidal motor yan etkilerinden biri olan akatizi; sübjektif içsel huzursuzluk ve objektif motor hareketlilik ile karakterize bir tablodur (Salem et al., 2017). Literatür verileri, bu durumun yalnızca motor bir yan etki olmadığını, aynı zamanda merkezi otonom ağın etkilenmesi sonucu kardiyovasküler otonomik dengesizliklerle de yakından ilişkili olduğunu göstermektedir (Kim et al., 2013). Antipsikotiklerin reseptör profilleri ve eşzamanlı kullanılan antikolinerjik gibi ajanlar da otonomik aktivite üzerinde belirgin değişikliklere yol açabilmektedir (Huang et al., 2013). Bu çalışmanın amacı, antipsikotik kullanan psikotik bozukluk tanılı hastalarda Barnes Akatizi Ölçeği (BAÖ) ile saptanan akatizi şiddeti ile istirahat nabız hızı arasındaki olası ilişkinin incelenmesidir.

Yöntemler: Kesitsel ve gözlemsel tasarımdaki bu çalışma için Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Girişimsel Olmayan Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay alınmış (Karar No: 2025/8) ve Helsinki Bildirgesi'ne tam uyum sağlanmıştır. 33 hastadan yazılı bilgilendirilmiş onam alınmıştır. Akatizi şiddeti Barnes Akatizi Ölçeği (BAÖ) ile derecelendirilmiş; elde edilen skorlar (0-4), istirahat nabız hızları ve taşikardi (>100 atım/dk) sıklığı ile karşılaştırmalı olarak analiz edilmiştir.

Bulgular: Araştırmaya katılan 33 hastanın (22 kadın, 11 erkek) yaş ortalaması 38.9 ± 11.4 yıldır. Örneklemin genel istirahat nabız ortalaması 90.5 ± 15.2 atım/dk olarak ölçülmüştür. BAÖ skoru ≥2 olan grupta taşikardi sıklığı %46 (6/13) iken, BAÖ 0-1 grubunda bu oran %10.5 bulunmuştur. Alt grupların ortalama nabız hızları sırasıyla; BAÖ 0 grubunda (n=15) 85.1, BAÖ 1'de (n=4) 87.5, BAÖ 2'de (n=8) 93.7 ve BAÖ 3'te (n=3) 114.0 atım/dk olarak kaydedilmiştir. BAÖ=4 olan iki vakada ise ortalama nabız 85.0 atım/dk saptanmıştır.

Sonuç: Çalışmanın ön bulguları, akatizi şiddetinin artması (BAÖ 0-3 aralığı) ile istirahat nabız hızının yüksekliği arasında pozitif yönde bir ilişki olabileceğine işaret etmektedir. BAÖ 4 grubundaki görece düşük nabız ortalaması, eşzamanlı kullanılan anti-akatizi ajanların bradikardik etkileriyle ilişkili olabilir. Sonuç olarak; akatizi tabloları değerlendirilirken vital bulguların (özellikle istirahat nabzının) takibi, otonomik hiperaktivitenin klinik izlemi ve kardiyovasküler risk yönetimi açısından pratik ve son derece faydalı bir parametre olabilir.

Anahtar Kelimeler: *Otonomik İnstabilite, Akatizi, Antipsikotikler*

Açıklama: Bu özet yalnızca dil düzeltme amacıyla Gemini Pro 3.1 kullanılarak düzenlenmiştir.

Kaynaklar

1. Salem, H., Nagpal, C., Pigott, T., & Teixeira, A. L. (2017). Revisiting Antipsychotic-induced Akathisia: Current Issues and Prospective Challenges. Current Neuropharmacology, 15(5). https://doi.org/10.2174/1570159X14666161208153644
2. Kim, J. H., Aann, J. H., Llee, J., Kim, M. H., & Hhan, A. Y. (2013). Altered heart rate dynamics associated with antipsychotic-induced subjective restlessness in patients with schizophrenia. Neuropsychiatric Disease and Treatment, 9, 989–994. https://doi.org/10.2147/NDT.S48701
3. Huang, W. L., Chang, L. R., Kuo, T. B. J., Lin, Y. H., Chen, Y. Z., & Yang, C. C. H. (2013). Impact of antipsychotics and anticholinergics on autonomic modulation in patients with schizophrenia. Journal of Clinical Psychopharmacology, 33(2), 170–177. https://doi.org/10.1097/JCP.0B013E3182839052

SS-11

6 ŞUBAT KAHRAMANMARAŞ DEPREMLERİ ÖNCESİ VE SONRASINDA MALATYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ PSİKİYATRİ KLİNİĞİNDE YATAN HASTALARIN SOSYODEMOGRAFİK VE KLİNİK ÖZELLİKLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Kübra Orman

Malatya Turgut Özal Üniversitesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Dr. Öğr. Üyesi, Malatya, Türkiye

Giriş: 6 Şubat 2023 Kahramanmaraş merkezli depremler, Türkiye'de fiziksel ve psikososyal yıkıma neden olmuş, ruh sağlığı hizmetlerine gereksinimini artırmıştır. Afetlerin depresyon, anksiyete, travma sonrası stres bozukluğu ve psikiyatrik bozuklukların alevlenmesi üzerine etkileri bilinmekle birlikte, psikiyatri servislerinde yatarak tedavi gören hastaların klinik profilindeki değişimler sınırlı sayıda çalışmada değerlendirilmiştir(1). DSÖ Türkiye depremleri sonrasında yalnızca akut psikososyal desteğin değil, ağır ruhsal bozuklukların uzun dönemli izlem ve tedavisinin de sağlık hizmetlerinin temel bileşenlerinden biri olması gerektiğini vurgulamıştır(2). Çalışmamızda, hastanemiz Psikiyatri Kliniğinde 6 Şubat depremleri öncesi ve sonrasında yatarak tedavi gören hastaların sosyodemografik ve klinik özelliklerinin karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Retrospektif ve karşılaştırmalı olarak planlanan çalışmaya 2020–2023 deprem öncesi ve 2023–2026 deprem sonrası psikiyatri servisinde yatarak tedavi görmüş hastalar dahil edilmiştir. Gerekli veriler elektronik hasta kayıtlarından elde edilmiştir. Veriler IBM SPSS 22 programı ile analiz edilmiştir. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya toplam 2472 hasta dahil edilmiştir. Hastaların yaş ortancası 43,0 yıl, yatış süresi ortancası 11,0 gün olarak bulunmuştur. Hastaların 1615'i (%65,3) 2020–2023 döneminde, 857'si (%34,7) 2023–2026 döneminde yatırılmış olup cinsiyet dağılımı dengeliydi (Kadın %49,7;Erkek %50,3). En sık karşılaşılan tanılar bipolar bozukluk (%16,4), karışık anksiyete-depresif bozukluk (%16,1), depresif bozukluk (%14,4), anksiyete bozukluğu (%14,0) akut-geçici psikotik bozukluk (%12,6) olmuştur. Diğer tanılar örneklemin %10,6'sını oluşturmuştur. Deprem sonrası dönemde hastaların yaş ortancası (45,0-42,7 yıl; $p<0,001$) ve yatış süresi (12gün - 10gün;$p=0,001$) anlamlı olarak daha yüksekti. Cinsiyet dağılımı benzerdi.($p=0,213$). Bipolar bozukluk (%19,8-%14,6;$p=0,009$), karışık anksiyete-depresif bozukluk (%18,8-%14,6; $p=0,038$), şizoafektif bozukluk (%3,9-%2,0;$p=0,038$), kişilik bozukluğu (%1,2-%0,3;$p=0,038$) oranlarında artış; anksiyete bozukluğu tanısıyla yatışlarda ise azalma (%8,6-%16,8;$p<0,001$) saptandı. Diğer tanı gruplarında deprem öncesi ve sonrası dönemler arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$). Tanı gruplarına göre yatış sürelerinde anlamlı farklılık izlenmedi.

Sonuç: Afet sonrası ruh sağlığı hizmetlerinin planlanmasında yalnızca travma ilişkili bozukluklar değil, duygudurum ve psikotik bozuklukların yönetimi de öncelikli alanlar arasında değerlendirilmelidir(3). Çalışmamızda deprem sonrası dönemde daha ileri yaşta, daha uzun süre yatan ve bipolar bozukluk, şizoafektif bozukluk, karışık anksiyete-depresif bozukluk tanılarının daha sık görüldüğü bir hasta profili saptanmıştır. Bu bulgular, afetlerin ağır psikiyatrik bozuklukların klinik seyrini, yataklı tedavi gereksinimini artırabileceğini bildiren önceki çalışmalarla uyumludur. Bununla birlikte, çalışmanın retrospektif ve tek merkezli olması, deprem sonrası psikiyatri servisinin yaklaşık bir yıl süreyle hizmet verememesi ve son altı ayda açık servisten kapalı servise dönüştürülmesi önemli kısıtlılıklardır. Bu nedenle gözlenen değişikliklerin yalnızca depremin etkisini değil, sağlık hizmeti sunumundaki yapısal değişiklikleri de yansıtabileceği unutulmamalıdır.

Anahtar kelimeler: psikiyatri, Psikiyatri Hastanesi Bölümü, Psikiyatrik tedavi süreçleri

Kaynaklar

1. North, C. S., & Pfefferbaum, B. (2013). Mental health response to community disasters: a systematic review. Jama, 310(5).
2. World Health Organization. Mental Health and Psychosocial Support after the Türkiye Earthquakes. 2023.
3. North, C. S., & Pfefferbaum, B. (2013). Mental health response to community disasters: a systematic review. Jama, 310(5).

Tablo 1. Psikiyatrik Tanı Dağılımının Deprem Öncesi ve Sonrası Dönemlere Göre Karşılaştırılması					
	Deprem öncesi (n=1615)		**Deprem sonrası (n=857)**		**p***
	n	**%**	**n**	**%**	
Uyum bozukluğu	26	1,6	7	,8	0,225
Akut ve geçici psikotik boz.	205	12,7	106	12,4	0,903
İmpuls kontrol boz.	4	,2	1	,1	0,821
Alkol madde kullanım boz.	9	,6	4	,5	1,000
Anksiyete boz.	272	16,8	74	8,6	<0,001
Şizofreni	61	3,8	42	4,9	0,321
Bipolar boz.	236	14,6	170	19,8	0,009
Madde psikozu	0	,0	2	,2	0,229
Demans	3	,2	0	,0	0,730
Davranış boz.	15	,9	3	,4	0,225
Deluzyonel boz.	12	,7	3	,4	0,373
Depresif boz.	225	13,9	131	15,3	0,542
Karışık anksiyete ve depresif boz.	236	14,6	161	18,8	0,038
Disosiyatif boz.	30	1,9	8	,9	0,198
İlaç intoksikasyonu	7	,4	5	,6	0,889
OKB	43	2,7	19	2,2	0,700
Şizoafektif boz.	33	2,0	33	3,9	0,038
Zeka geriliği	0	,0	3	,4	0,125
Somatizasyon boz.	5	,3	2	,2	1,000
Kişilik boz.	5	,3	10	1,2	0,038

SS-12

ALKOL KULLANIM BOZUKLUĞU OLAN HASTALARDA SUPERİOR TEMPORAL GİRUS HACİMLERİ

Mehmet Gürkan Gürok, Muhammed Fatih Tabara, Sevda Korkmaz

Fırat Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Psikiyatri AD, Elazığ, Türkiye

Giriş: Alkol kullanım bozukluğu (AKB), bireylerin hayatlarını ciddi şekilde etkileyen ve toplum sağlığını ilgilendiren, sosyal biliş ile duygu işleme süreçlerinde belirgin bozulmalarla karakterize yaygın bir psikiyatrik bozukluktur [1, 2]. Superior temporal gyrus (STG), temporal lobun önemli bir parçası olup işitsel işlemlerin yanı sıra empati kurma, başkalarının duygularını anlama ve sosyal biliş süreçlerinde kritik bir rol oynamaktadır [3, 4]. AKB hastalarının başkalarının duygularını analiz etme ve ifade etmede yaşadıkları zorluklar göz önüne alındığında, bu çalışmanın temel amacı AKB hastalarında sosyal biliş ile ilişkili olan STG hacimlerini yapısal nörogörüntüleme yöntemleriyle değerlendirmektir.

Yöntemler: Araştırmaya, Fırat Üniversitesi psikiyatri kliniğine başvuran 18-65 yaş aralığında 15 AKB hastası ve benzer demografik özelliklere sahip 17 sağlıklı gönüllü dahil edilmiştir. Tüm tanılar DSM-5 kriterleri temel alınarak yapılandırılmış klinik görüşme (SCID) aracı ile konulmuştur. Araştırma için Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Yerel Etik Kurulu'ndan gerekli etik kurul izni alınmış olup (kaynak belgede spesifik bir tarih ve karar numarası belirtilmemiştir), tüm prosedürler 1983 Helsinki Bildirgesi'ne uygun olarak yürütülmüştür. Katılımcıların beyin görüntüleri 3.0 Tesla gücünde MR cihazı kullanılarak elde edilmiş, STG ve alt bölgeleri (planum temporale, Heschl girusu) bir nöroradyolog tarafından manuel olarak izlenip ölçülmüştür.

Bulgular: İki grup arasında yaş, cinsiyet dağılımı, el kullanımı, toplam beyin, toplam gri madde ve beyaz madde hacimleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$). Buna karşın, Tablo 1'de detaylı olarak sunulduğu üzere, AKB hastalarının hem sol (11.28 ± 0.55 cm^3'e karşı 12.86 ± 0.84 cm^3) hem de sağ (11.35 ± 0.62 cm^3'e karşı 12.97 ± 0.97 cm^3) toplam STG hacimlerinin sağlıklı kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha küçük olduğu tespit edilmiştir ($p<0.001$). Benzer şekilde, planum temporale ve Heschl girusu alt bölgelerinin hacimleri de AKB hastalarında anlamlı derecede düşüktür. Ek olarak, Heschl girusu hacimleri ile hastalık süresi ve klinik şiddet ölçekleri (MAST ve SADQ-C) puanları arasında anlamlı düzeyde korelasyonlar bulunmuştur ($p<0.05$).

Sonuç: Çalışma, AKB tanılı hastalarda STG'de belirgin hacimsel küçülmeler olduğunu ortaya koymuştur. Bu yapısal daralmanın, hastaların yaşadığı sosyal bilişsel bozuklukların temelinde yatan nöroanatomik bir anormallik olabileceği düşünülmektedir. Bulguların doğrulanması ve bu farklılıkların fonksiyonel yansımalarının anlaşılması için daha geniş örneklemli çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar kelimeler: Alkol Kullanım Bozukluğu; Manyetik Rezonans Görüntüleme; Superior Temporal Girus;

Kaynaklar

1. Le Berre, A. P., Laniepce, A., Segobin, S., Pitel, A. L., & Sullivan, E. V. (2019). Alcohol use disorder: Permanent and transient effects on the brain and neuropsychological functions. Oxford University Press.
2. APA. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5 (5th Ed.). American Psychiatric Publishing.
3. Vander Ghinst, M., Bourguignon, M., de Beeck, M. O., Wens, V., Marty, B., Hassid, S., Choufani, G., Jousmäki, V., Hari, R., & Van Bogaert, P. (2016). Left superior temporal gyrus is coupled to attended speech in a cocktail-party auditory scene. Journal of Neuroscience, 36(5), 1596–1606.
4. Adolphs, R. (2003). Is the human amygdala specialized for processing social information? Annals of the New York Academy of Sci

Tablo 1. Hasta ve kontrol gruplarındaki demografik, klinik ve superior temporal girus hacim verileri			
Değişken	**Hasta Grubu (n=15)**	**Sağlıklı Kontroller (n=17)**	**p**
Yaş (yıl)	32.52 ± 5.90	36.86 ± 11.03	0.169
Cinsiyet (Kadın/Erkek)	1 / 14	2 / 15	0.548
Hastalık süresi (yıl)	16.60 ± 10.78	-	-
MAST	28.40 ± 12.51	-	
SADQ-C	26.86 ± 14.83	-	
AUDIT	23.93 ± 7.46	-	
Sol STG (cm^3)	11.28 ± 0.55	12.86 ± 0.84	<0.001
Sağ STG (cm^3)	11.35 ± 0.62	12.97 ± 0.97	<0.001
Sol Planum temporale (cm^3)	1.98 ± 0.24	2.32 ± 0.22	<0.001
Sağ Planum temporale (cm^3)	1.55 ± 0.21	2.16 ± 0.23	<0.001
Sol Heschl girusu (cm^3)	1.29 ± 0.10	1.59 ± 0.18	<0.001
Sağ Heschl girusu (cm^3)	1.21 ± 0.16	1.46 ± 0.25	<0.001
MAST: Michigan Alcoholism Screening Test, SADQ-C: Severity of Alcohol Dependence Questionnaire, AUDIT: Alcohol Use Disorders Identification Test			

SS-13

FLUOXETINE-ASSOCIATED NORMOPROLACTINEMIC AMENORRHEA WORSENING AFTER DOSE ESCALATION: A CASE REPORT

Aslıhan Gümüşlü Ağcabay[1], Bahadır Demir[2]

1Department of Psychiatry, Dr. Ersin Arslan Education Research Hospital, Gaziantep, Türkiye
2Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Gaziantep University, Gaziantep, Türkiye

Introduction: Menstrual disturbances have been reported with selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) and other antidepressants and may be overlooked in routine clinical care [1]. Although hyperprolactinemia is a recognized mechanism of medication-associated amenorrhea, menstrual disruption may not always be explained by prolactin elevation alone [2]. Secondary amenorrhea requires structured evaluation, including exclusion of pregnancy, endocrine assessment and medication review [3]. We report a case of fluoxetine-associated normoprolactinemic amenorrhea with apparent worsening following dose escalation.

Case: A 32-year-old woman (G1P1), 20 months postpartum and not breastfeeding, presented with a first moderate major depressive episode. She had no psychiatric or medical history and used no medications. Cycles had been regular (28-30 days) since postpartum month 6. Fluoxetine 20 mg/day was initiated; delayed menses and hypomenorrhea developed during the first cycle thereafter. After three weeks the dose was increased to 40 mg/day because of partial response, after which she developed secondary amenorrhea, missing three consecutive cycles. Work-up performed during fluoxetine treatment excluded pregnancy (beta-hCG 0.00 mIU/mL) and showed prolactin 16.39 ng/mL (reference 3.34-26.72) without galactorrhea, thyroid-stimulating hormone 2.227 mIU/mL, free thyroxine 0.69 ng/dL, follicle-stimulating hormone 4.10, luteinizing hormone 5.72 and estradiol 52 pg/mL. Pelvic ultrasonography and pituitary magnetic resonance imaging were unremarkable. Weight was stable (body mass index 21.5), with no excessive exercise or eating-disorder symptoms. At month four depressive symptoms improved (Hamilton Depression Rating Scale 9); fluoxetine was discontinued and psychotherapy continued. Spotting occurred 24 days after discontinuation and full-volume menstrual bleeding followed at approximately day 40.

Discussion: The temporal relationship, worsening after dose escalation, and return of menstruation following discontinuation support a fluoxetine-associated effect. No endocrine, gynecological or structural cause was identified. Normal prolactin suggests mechanisms beyond sustained hyperprolactinemia, possibly serotonergic modulation of the hypothalamic-pituitary-ovarian axis [2]. Delayed recovery may reflect the prolonged elimination of fluoxetine and norfluoxetine. Amenorrhea progressed while mood improved, making a purely mood-related mechanism less likely. However, rechallenge was not performed, ovulation was not documented, and remission coincided with discontinuation; causality cannot be established definitively. Clinicians should inquire about menstrual changes after SSRI initiation or dose escalation and complete a standard amenorrhea work-up.

Keywords: Fluoxetine; Amenorrhea; Menstruation Disturbances; Selective Serotonin Reuptake Inhibitors; Prolactin

References

1. Uguz F, Sahingoz M, Kose SA, Ozbebit O, Sengul C, Selvi Y, et al. Antidepressants and menstruation disorders in women: a cross-sectional study in three centers. Gen Hosp Psychiatry. 2012;34(5):529-533.
2. Ramanathan B, Vijayan S, Sivakumar P, Selvaraj A. Fluoxetine brakes the menstrual cycle: uncovering the unexpected effect. Ind Psychiatry J. 2025;34(1):126-129.
3. Klein DA, Poth MA. Amenorrhea: an approach to diagnosis and management. Am Fam Physician. 2013;87(11):781-788.

SS-14

ANTİDEPRESAN TİPİ İLAÇLARLA TEDAVİ YANITI VE YAN ETKİLERİ ÜZERİNE YANSITICI İŞLEVLER VE DUYGU DIŞAVURUMUNUN ETKİSİ

Ömer Furkan Çağlar[1], Filiz Özsoy[2]

[1]T.C. Sağlık Bakanlığı Hitit Üniversitesi Çorum Erol Olçok Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Çorum
[2]Tokat Gaziosmapaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Tokat

Amaç: Bu çalışmada; antidepresan tedavi yanıtı ve yan etkileri üzerine sosyodemografik veriler, yansıtıcı işlevler, bedenselleştirme, duygu düzenleme ve sosyal destek arasındaki ilişkiyi incelemeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya psikiyatri polikliniğine başvuran Majör Depresif Bozukluk (MDB) veya Yaygın Anksiyete Bozukluğu (YAB) tanıları konan 100 hasta ve hastalar ile yaş, cinsiyet, eğitim yılı açısından eşleştirilmiş 102 kişi sağlıklı kontrol grubu olarak alındı. Her iki gruba da sosyodemografik veri formu, Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAM-D), Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği (HAM-A), Yansıtıcı İşleyiş Ölçeği (RFQ-54), Bedensel Duyumları Abartma Ölçeği (BDAÖ), Sosyal Provizyon Ölçeği (SPÖ) ve Kişilerarası Duygu Düzenleme Ölçeği (KDDÖ) uygulandı. Hasta grubuna kontrol muayenesinde UKU-Yan Etki Değerlendirme Ölçeği (UKU-YEDÖ) yapıldı.

Bulgular: Hasta grubunun BDAÖ puanları ve RFQ-54-Yansıtıcı İşleyiş Belirsizlik (RFQu) alt ölçek puanları sağlıklı kontrollerden yüksek iken; SPÖ toplam ve tüm alt ölçek puanları ise düşüktü ($p<0.05$). MDB hastalarının SPÖ bakım fırsatı, güvenilir ittifak alt ölçekleri ve ölçeğin toplam skorları YAB hastalarından düşüktü. YAB hastalarının KDDÖ toplam puanları ve bakış açısı edinme alt ölçek puanları MDB hastalarına göre daha yüksek saptandı ($p<0.05$). MDB ve YAB arasında UKU-YEDÖ puanları açısından fark saptanmadı. Tedaviye yanıt veren hastaların SPÖ değer onayı ve bakım fırsatı alt ölçek puanları tedaviye yanıt vermeyen hastalardan yüksek olarak bulundu. Diğer ölçekler açısından tedaviye yanıt veren ve vermeyen hastalar arasında farklılık saptanmadı.

Sonuç: Çalışmamızın sonuçlarına göre MDB ve YAB olan kişilerin sosyal destekten yoksun kalma, bedensel duyumlarını abartma ve zihinselleştirmede problem yaşama olasılıkları yüksek olarak değerlendirildi. Hastaların değerlendirilme süreçlerinde; bu bozulmaların göz önünde bulundurulması, hastaların sosyal desteklerinin iyileştirilmesi hem hastalıkların seyri hem de tedavi seçeneklerinin belirlenmesi açısından önem taşıdığı düşünülmektedir. Tedaviye yanıt verme düzeyi ile sosyodemografik veriler ve ölçek puanları arasında ise ilişki saptanmadı. Bu sonuçtan yola çıkarak tedavi yanıtı üzerinde biyolojik değişkenlerin rolünün daha önemli olabileceği düşünüldü.

Not: Bu çalışma Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu tarafından 24.12.2020 tarihli oturumda 80576354-050-99/324 sayılı 33 no'lu karar ve 27.04.2022 tarihli 80576354-050-99/64 sayılı kararla etik kurul onamı alınmıştır. Araştırma alınan etik kurul onamı ile tez çalışması olarak yürütülmüştür.

Bulgulara ait tablolar aşağıda sunulmuştur.

Tablo 1. Hasta ve Kontrol Grubunun Sosyodemografik Özellikleri

Sosyodemografik Özellikler	Hasta (n=100)		Kontrol (n=102)		Toplam (n=202)		X2	p
	N	%	n	%	n	%		
Cinsiyet								
Kadın	66	66	55	53.9	121	60	3.067	0.08
Erkek	34	34	47	46.1	81	40		
Eğitim Durumu								
İlkokul	16	16	0	0	16	7.9		
Ortaokul	10	10	1	1	11	5.4		
Lise	27	27	2	2	29	14.4	73.083	<0.001
Ön Lisans	7	7	10	9.8	17	8.4		
Lisans	36	36	55	53.9	91	45		
Yüksek Lisans	4	4	34	33.3	38	18.8		
Medeni Durum								
Bekar	43	43	44	43.1	87	43.1	0	0.984
Evli	57	57	58	56.9	115	56.9		
Gelir Düzeyi								
2500 TL ve altı	31	31	3	2.9	34	16.8		
2501-5000 TL	41	41	19	18.6	60	29.7	57.295	<0.001
5001-8000 TL	16	16	35	34.3	51	25.2		
8001 TL ve üstü	12	12	45	44.1	57	28.2		
Düzenli- Gelir Getirici İş								
Var	50	50	87	85.3	137	67.8	28.822	<0.001
Yok	50	50	15	14.7	65	32.2		

Hesaplamalarda Ki-Kare testi kullanılmıştır.

Tablo 2. Hasta Grubunun Sosyodemografik Özellikleri

Sosyodemografik Özelllikler	MDB (n=53)		YAB (n=47)		Toplam (n=100)		X^2	P
	n	%	n	%	n	%		
Cinsiyet								
Kadın	36	67.9	30	63.8	66	66	0.186	0.666
Erkek	17	32.1	17	36.2	34	34		
Eğitim Durumu								
İlkokul	8	15.1	8	17	16	16		
Ortaokul	6	11.3	4	8.5	10	10		
Lise	14	26.4	13	27.7	27	27	0.667	0.985
Ön Lisans	3	5.7	4	8.5	7	7		
Lisans	20	37.7	16	34	36	36		
Yüksek Lisans	2	3.8	2	4.3	4	4		
Medeni Durum								
Bekar	20	37.7	23	48.9	43	43	1.275	0.259
Evli	33	62.3	24	51.1	57	57		
Gelir Düzeyi								
2500 TL ve altı	17	32.1	14	29.8	31	31		
2501-5000 TL	19	35.8	22	46.8	41	41	1.739	0.628
5001-8000 TL	9	17	7	14.9	16	16		
8001 TL ve üstü	8	15.1	4	8.5	12	12		
Psikiyatrik İlaç								
Başlanmış	28	52.8	22	46.8	50	50	0.361	0.548
Başlanmamış	25	47.2	25	53.2	50	50		
Ailede Psikiyatrik Öykü								
Var	12	22.6	8	17	20	20	0.492	0.483
Yok	41	77.4	39	83	80	80		
Düzenli Gelir Getirici İş								
Var	27	50.9	23	48.9	50	50	0.40	0.841
Yok	26	49.1	24	51.1	50	50		
Kronik Hastalık								
Var	12	22.6	11	23.4	23	23	0.008	0.928
Yok	41	77.4	36	76.6	77	77		

Hesaplamalarda Ki-Kare testi kullanılmıştır.

Tablo 3. Hasta ve Kontrol Grubunun Ölçek Puanları Açısından Karşılaştırılması

Ölçek Puanları	Hasta (n=100)			Kontrol (n=102)			
	Ort.	SS	Medyan (min-maks)	Ort.	SS	Medyan (min-maks)	p
SPÖ-Rehberlik	11.22	3.25	11 (4-16)	13.36	2.17	13.50 (4-16)	<0.001
SPÖ-Değer Onayı	11.22	2.67	11 (5-16)	12.77	1.48	12 (9-16)	<0.001
SPÖ-Sosyal Bütünleşme	11.70	2.45	11.50 (5-16)	12.75	1.57	12.50 (8-16)	<0.001
SPÖ-Bağlanma	11.24	2.82	11 (4-16)	13.09	2.07	13 (4-16)	<0.001
SPÖ-Bakım Fırsatı	12.23	2.54	12 (4-16)	13.20	1.80	14 (7-16)	<0.001
SPÖ-Güvenilir İttifak	12.33	2.64	12 (6-16)	13.72	1.95	13.50 (4-16)	<0.001
SPÖ Toplam	69.94	12.60	71 (39-96)	78.92	8.96	79.50 (46-96)	<0.001
KDDÖ-Sosyal Model Alma	17.12	5.33	17 (5-25)	17.48	3.35	17 (8-25)	0.567
KDDÖ-Yatıştırılma	16.21	5.33	16 (5-25)	16.11	4.21	15.50 (7-25)	0.892
KDDÖ-Olumlu Duyguları Artırma	20.56	4.53	22 (7-25)	20.68	3.15	21 (9-25)	0.819
KDDÖ-Bakış Açısı Edinme	14.69	5.24	14 (5-25)	15.46	4.19	16 (6-24)	0.251
KDDÖ Toplam	68.58	17.17	68 (29-100)	69.74	12.01	69.50 (36-96)	0.578
BDAÖ	31.99	8.05	33 (11-47)	26.51	6.74	26 (10-43)	<0.001
Yansıtıcı İşleyiş Kesinlik	25.90	14.10	25.50 (3-70)	27.47	13.06	25.50 (5-64)	0.413
Yansıtıcı İşleyiş Belirsizlik	22.63	13.89	21 (1-64)	11.89	8.17	10 (1-40)	<0.001

Tabloda kullanılan kısaltmalar: SPÖ: Sosyal provizyon ölçeği, KDDÖ: Kişilerarası duygu düzenleme ölçeği, BDAÖ: Bedensel duyumları abartma ölçeği, Ort: Ortalama, SS:Standart sapma.Hesaplamalarda Bağımsız Gruplarda T Testi kullanılmıştır.

Tablo 4. Majör Depresif Bozukluk ve Yaygın Anksiyete Bozukluğu Grubunun Ölçek Puanları Açısından Karşılaştırılması

Ölçek Puanları	MDB (n=53)			YAB (n=47)			
	Ort.	SS	Medyan (min-maks)	Ort.	SS	Medyan (min-maks)	p
HAM-D	19.15	5.87	19 (10-35)	15.95	4.59	15 (6-29)	0.003
HAM-A Psişik	7.67	2.31	8 (2-12)	7.85	2.13	8 (3-13)	0.702
HAM-A Somatik	9.16	4.32	9 (1-20)	9.23	4.00	9 (2-20)	0.939
HAM-A Toplam	16.84	5.78	16 (6-30)	17.08	5.67	17 (7-33)	0.838
SPÖ-Rehberlik	10.77	3.19	10 (4-16)	11.72	3.27	12 (4-16)	0.146
SPÖ-Değer Onayı	10.77	2.46	11 (6-16)	11.72	2.83	12 (5-16)	0.076
SPÖ-Sosyal Bütünleşme	11.56	2.48	11 (5-16)	11.85	2.44	12 (6-16)	0.566
SPÖ-Bağlanma	11.07	3.00	11 (4-16)	11.42	2.61	11 (7-16)	0.539
SPÖ-Bakım Fırsatı	11.64	2.63	12 (4-16)	12.89	2.28	13 (7-16)	0.013
SPÖ-Güvenilir İttifak	11.71	2.48	11 (6-16)	13.02	2.68	13 (7-16)	0.013
SPÖ Toplam	67.54	12.34	67 (39-89)	72.63	12.46	72 (42-96)	0.043
KDDÖ-Sosyal Model Alma	16.32	5.61	16 (5-25)	18.02	4.90	18 (9-25)	0.112
KDDÖ-Yatıştırılma	15.56	5.66	15 (5-25)	16.93	4.89	17 (6-25)	0.202
KDDÖ-Olumlu Duyguları Artırma	19.83	5.07	21 (7-25)	21.38	3.72	22 (12-25)	0.088
KDDÖ-Bakış Açısı Edinme	13.45	5.10	13 (5-24)	16.08	5.11	15 (6-25)	0.012
KDDÖ Toplam	65.16	17.96	67 (29-95)	72.42	15.54	71 (42-100)	0.034
BDAÖ	33.07	6.99	35 (15-46)	30.76	9.02	32 (11-47)	0.160
Yansıtıcı İşleyiş Kesinlik	25.24	13.37	24 (5-70)	26.63	14.99	27 (3-66)	0.625
Yansıtıcı İşleyiş Belirsizlik	25.50	15.18	24 (1-64)	19.38	11.61	17 (4-58)	0.025

Tabloda kullanılan kısaltmalar: MDB: Majör depresif bozukluk, YAB: Yaygın anksiyete bozukluğu, HAM-D: Hamilton depresyon derecelendirme ölçeği, HAM-A: Hamilton anksiyete değerlendirme ölçeği, SPÖ: Sosyal provizyon ölçeği, KDDÖ: Kişilerarası duygu düzenleme ölçeği, BDAÖ: Bedensel duyumları abartma ölçeği, Ort: Ortalama, SS:Standart sapma Hesaplamalarda Bağımsız Gruplarda T Testi kullanılmıştır.

Tablo 5. Hasta Grubunun 2.-4. Haftadaki Yan Etkilerinin Karşılaştırılması

UKU-YEDÖ 2.-4. Hafta	MDB (n=40)			YAB (n=31)			
	Ort.	SS	Medyan (min-maks)	Ort.	SS	Medyan (min-maks)	p
UKU- Ruhsal	2.10	2.68	1 (0-12)	1.22	1.40	1 (0-4)	0.082
UKU-Nörolojik	0.30	0.82	0 (0-4)	0.25	0.63	0 (0-2)	0.815
UKU-Otonomik	1.75	1.90	1 (0-7)	2.09	1.86	2 (0-7)	0.446
UKU-Diğer	0.77	1.42	0 (0-6)	0.45	1.02	0 (0-4)	0.270
UKU-Toplam	4.87	4.75	3 (0-16)	4.03	3.02	3 (0-12)	0.367

Tabloda kullanılan kısaltmalar: MDB: Majör depresif bozukluk, YAB:Yaygın anksiyete bozukluğu, Ort:Ortalama, SS:Standart sapma. Hesaplamalarda Bağımsız Gruplarda T Testi kullanılmıştır.

Tablo 6. Hasta Grubunun 4.-8. Haftadaki Yan Etkilerinin Karşılaştırılması

UKU-YEDÖ 4.-8. Hafta	MDB (n=34)			YAB (n=25)			
	Ort.	SS	Medyan (min-maks)	Ort.	SS	Medyan (min-maks)	p
UKU-Ruhsal	0.76	1.47	0 (0-6)	0.24	0.66	0 (0-2)	0.073
UKU-Nörolojik	0.08	0.37	0 (0-2)	0.00	0.00	0 (0-0)	0.184
UKU-Otonomik	0.50	0.92	0 (0-3)	0.48	0.96	0 (0-3)	0.936
UKU-Diğer	0.14	0.70	0 (0-4)	0.24	0.72	0 (0-3)	0.622
UKU-Toplam	1.50	2.29	0 (0-7)	1.00	1.68	0 (0-5)	0.361

Tabloda kullanılan kısaltmalar: MDB: Majör depresif bozukluk, YAB:Yaygın anksiyete bozukluğu, Ort:Ortalama, SS:Standart Sapma. Hesaplamalarda Bağımsız Gruplarda T Testi kullanılmıştır.

SS-15

PSİKİYATRİ POLİKLİNİĞİNDE ERİŞKİN DEHB TANISININ GÖZDEN KAÇMASIYLA İLİŞKİLİ ETKENLER: BİR ARA ANALİZ

Deniz Alçı, Gürcan Atay, Onur Gökmen, Merve Şahin Can

Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Balıkesir, Türkiye

Giriş: Erişkin dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB), belirtilerinin diğer psikiyatrik bozukluklarla örtüşmesi nedeniyle, psikiyatrik tedavi altında olan hastalarda dahi gözden kaçabilmektedir. Bu çalışmada, başka psikiyatrik tanılarla izlenip tedavi edilmesine rağmen DEHB tanısı gözden kaçmış ve araştırma kapsamındaki tarama ve tanısal değerlendirme sonucunda DEHB tanısı alan hastalar ile daha önce DEHB tanısı almış hastaların sosyodemografik, klinik, bilişsel, işlevsel ve kişilik özelliklerinin karşılaştırılması ve tanının gözden kaçmasıyla ilişkili etkenlerin belirlenmesi amaçlandı.

Yöntemler: Devam etmekte olan kesitsel çalışmanın bu ara analizine 74 erişkin dahil edildi. Katılımcıların 37'si önceden DEHB tanısı almış ve tedavi görmekte olan, 37'si ise başka bir psikiyatrik tanıyla izlenirken DIVA-5 görüşmesiyle ilk kez DEHB tanısı alan hastalardan oluştu. Katılımcılara Sosyodemografik Veri Formu, ASRS, DIVA-5, Beck Depresyon Envanteri (BDE), Beck Anksiyete Envanteri (BAE), Beş Faktör Kişilik Envanteri-Kısa Form, Stroop Testi ve Sheehan Yeti Yitimi Ölçeği uygulandı. Gruplar arası karşılaştırmalar yapıldı; çoklu karşılaştırmalar için yanlış keşif oranı (false discovery rate, FDR) düzeltmesi uygulandı ve tanının gözden kaçmasıyla bağımsız ilişkili değişkenler lojistik regresyonla incelendi. Çalışma Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Araştırmaları Etik Kurulu onayıyla yürütülmektedir.

Bulgular: Gruplar yaş açısından benzerdi (25,97±6,41 ve 27,89±9,26 yıl; p=0,614). Tanısı gözden kaçan grupta kadınların oranı %81,1, önceden tanılı grupta %40,5'ti (OR=6,29; %95 GA=2,19–18,01; p<0,001). Bu fark FDR düzeltmesi sonrası anlamlı kalan tek bulguydu (q=0,045). Gruplar arasında güncel DEHB belirti şiddeti, DIVA-5 erişkinlik ölçüt sayısı, DSM-5 DEHB klinik görünüm dağılımı, işlevsellik ve Stroop performansı açısından anlamlı fark saptanmadı. Tanısı gözden kaçan grupta depresyon, anksiyete ve nörotisizm puanları daha yüksek, dışadönüklük puanı daha düşüktü; ancak bu farklılıklar cinsiyete göre tabakalandırıldığında ortadan kalktı ve FDR düzeltmesi sonrası anlamlılığını korumadı. Lojistik regresyonda kadın cinsiyet, yaş için düzeltme sonrasında tanının gözden kaçmasının bağımsız yordayıcısıydı (OR=7,52; %95 GA=2,46–23,03; p<0,001). Depresyon, nörotisizm ve çocukluk dönemi DEHB ölçüt sayısının ayrı ayrı modele eklenmesi bu ilişkiyi ortadan kaldırmadı ve bu değişkenler bağımsız katkı sağlamadı.

Sonuç: Bu ara analiz, benzer güncel DEHB belirti şiddeti, işlevsellik ve bilişsel performansa rağmen kadınlarda erişkin DEHB tanısının gözden kaçma olasılığının daha yüksek olabileceğine işaret etmektedir. Duygudurum ve kişilik özelliklerinde gözlenen farklılıkların ise büyük ölçüde grupların cinsiyet dağılımını yansıttığı görülmektedir. Planlanan örnekleme ulaşılması, bulguların daha yüksek istatistiksel güçle değerlendirilmesini sağlayacaktır.

Anahtar kelimeler: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu; Erişkin; Kadınlar; Gecikmiş Tanı; Cinsiyet Faktörleri

Kaynaklar

1. Oliva F, Malandrone F, Mirabella S, Ferreri P, di Girolamo G, Maina G. Diagnostic delay in ADHD: Duration of untreated illness and its socio-demographic and clinical predictors in a sample of adult outpatients. Early Interv Psychiatry. 2021;15(4):957-965.
2. Johnson J, Morris S, George S. Misdiagnosis and missed diagnosis of adult attention-deficit hyperactivity disorder. BJPsych Adv. 2021;27(1):60-61.
3. McIntosh D, Kutcher S, Binder C, Levitt A, Fallu A, Rosenbluth M. Adult ADHD and comorbid depression: A consensus-derived diagnostic algorithm for ADHD. Neuropsychiatr Dis Treat. 2009;5:137-150.

SS-16

PSİKOTİK BOZUKLUĞU OLAN HASTALARIN BAKIMVERENLERİNDE BAKIM YÜKÜ VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

Mustafa Akan[1], Aybike Telkök Şen[2], Özge Çetin[3], Süheyla Ünal[1]

[1]Bursa Şehir Hastanesi, Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri Hastanesi, Bursa, Türkiye
[2]Bursa Çekirge Devlet Hastanesi, Çekirge Toplum Ruh Sağlığı Merkezi, Bursa, Türkiye
[3]Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Yıldırım Toplum Ruh Sağlığı Merkezi, Bursa, Türkiye

Giriş: Şizofreninin kronik seyri, yinelemelerle ilerlemesi, işlevsellikte belirgin kayıplara yol açabilmesi ve günlük yaşam aktivitelerinde sürekli desteğe gereksinim oluşturabilmesi, bakım sorumluluğunun önemli ölçüde aile üyelerine aktarılmasına neden olabilmektedir. Bu süreçte bakımverenler yalnızca hastanın tedavi ve günlük gereksinimlerini karşılamakla kalmamakta; hastalık belirtilerini izleme, krizleri yönetme, sağlık hizmetlerine erişimi sürdürme ve aile içi sorumlulukları dengeleme gibi görevleri de üstlenmektedir. Bu nedenle bakım yükü, bakım verme sorumluluğunun bakımverenin fiziksel, duygusal, sosyal ve ekonomik yaşamı üzerindeki etkilerini içeren çok boyutlu bir yapı olarak ele alınmalıdır. Bu araştırmada psikotik bozukluğu olan hastaların bakımverenlerinde bakım yükü ile ilişkili faktörlerin incelenmesi ve cinsiyete göre farklılıkların değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntemler: Araştırma, 15/02/2025-15/11/2025 tarihleri arasında Bursa Şehir Hastanesi Psikiyatri Kliniği'nde yürütülmüştür. Araştırma için gerekli izin Bursa Şehir Hastanesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'ndan alınmıştır (05/02/2025-2025-3/6). Araştırmaya psikiyatri polikliniğine başvuran şizofreni tanılı 100 hastanın birincil bakımvereni dahil edilmiştir. Katılımcılara Sosyodemografik Veri Formu, Zarit Bakıcı Yük Ölçeği (ZBYÖ), Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği, Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği ve Psikolojik İyi Oluş Ölçeği uygulanmıştır. Elde edilen verilerin gruplar arasında istatistiksel analizi yapılmıştır.

Bulgular: Katılımcıların %58'i kadın, %42'si ise erkek cinsiyette olup, yaş ortalamaları 54.3±12.8 olarak hesaplanmıştır. Kadınların ZBYÖ toplam puanı ve depresyon, anksiyete, stres puanları istatistiksel olarak anlamlı şekilde erkeklere göre daha yüksek belirlenmiştir (sırasıyla $p=0.040$, $p=0.017$, $p=0.003$, $p=0.025$, $p=0.035$). ZBYÖ toplam puanı ve depresyon, anksiyete, stres puanları arasında pozitif korelasyon saptanmıştır (sırasıyla $r=0.623$, $r=0.510$, $r=0.615$). Ayrıca kadınların bakım verdikleri hastalarda fiziksel saldırganlık öyküsü erkeklere kıyasla daha yüksek bulunmuştur ($p=0.021$).

Sonuç: Bakım yükü, şizofreni hastalarının bakımverenlerinde depresyon, anksiyete ve stres belirtileriyle birlikte değerlendirilmelidir. Araştırmamızda kadın bakımverenlerin erkeklere kıyasla daha yüksek bakım yükü ile depresyon, anksiyete ve stres belirtileri yaşadığı görülmüştür. Hastadaki fiziksel saldırganlık öyküsü, kadın bakımverenlerde bakım yükünü ağırlaştıran kategorik bir risk faktörü olabilir. Özellikle kadın bakımverenler ve hastasında saldırganlık öyküsü bulunanlar, ruhsal değerlendirme ve destekleyici müdahaleler açısından öncelikli gruplar olabilir; ancak risk değerlendirmesi yalnızca cinsiyete dayandırılmamalı, bakımverenin bireysel ve ailesel özellikleriyle hastanın klinik özellikleri birlikte ele alınmalıdır. Psikiyatri hemşireleri ve ruh sağlığı ekibi tarafından verilecek psikoeğitim, kriz ve saldırganlıkla baş etme eğitimi, sosyal destek olanaklarına yönlendirme ve gerektiğinde psikolojik danışmanlık, bakımverenlerin yükünü azaltmaya katkı sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: Şizofreni; bakım yükü; depresyon; anksiyete; stres

Kaynaklar

1. Ertek E, Akan M. Bir şehir hastanesinin acil servisine başvuran evde sağlık hizmeti alan hastaların bakım verenlerinde bakıcı yükü: kesitsel bir araştırma. Journal of Medical Topics and Updates. 2024;3(3):67-73.
2. Bilgen Ç, Erdal A, Bilgili N. Schizophrenia-related beliefs and care burdens among caregivers of patients with schizophrenia registered at community mental health centers. Current Approaches in Psychiatry. 2020;12.
3. Zahid MA, Ohaeri JU. Relationship of family caregiver burden with quality of care and psychopathology in a sample of Arab subjects with schizophrenia. BMC Psychiatry. 2010;10(1):71.
4. Ata EE, Doğan S. The effect of a brief cognitive behavioural stress management programme on mental status, coping with stress attitude and caregiver burden while caring for schizophrenic patients. Archives of Psychiatric Nursing. 2018;32(1):112-9.
5. Onwumere J, Zhou Z, Kuipers E. Informal caregiving relationships in psychosis: reviewing the impact of patient violence on caregivers. Frontiers in Psychology. 2018;9:1530.

SS-17

BİPOLAR BOZUKLUKTA ENDOFENOTİPİK OLARAK DÜRTÜSELLİĞİN İNCELENMESİ

Filiz Kulacaoğlu Öztürk, Sümeyra Afşar Reyhani

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul, Türkiye

Giriş: Dürtüsellik, bipolar bozuklukta ötimik dönemde sürmesi ve etkilenmemiş birinci derece akrabalarda da artmış düzeylerde görülebilmesi nedeniyle potansiyel bir endofenotip olarak değerlendirilmektedir (1–3). Bu çalışmada ötimik bipolar bozukluk hastaları, etkilenmemiş kardeşleri ve sağlıklı kontrollerde dürtüselliğin farklı boyutlarının karşılaştırılması ve endofenotipik özellik gösteren bileşenlerin belirlenmesi amaçlandı.

Yöntemler: Çalışmaya DSM-5-TR'ye göre bipolar bozukluk tanısı alan ve en az 8 haftadır ötimik 38 hasta, etkilenmemiş 38 kardeş ve 38 sağlıklı kontrol olmak üzere 114 katılımcı dahil edildi. Barratt Dürtüsellik Ölçeği-11 (BIS-11), Stroop Testi, Go/No-Go Testi ve Iowa Kumar Testi (IGT) uygulandı. Hastalara Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği ve Young Mani Derecelendirme Ölçeği, kardeşlere Hipomani Soru Listesi-32-R1 uygulandı. Çalışma için 22 Ocak 2025 tarihinde 2025/22 protokol numarasıyla etik kurul onayı alındı. Yaş, cinsiyet, beden kitle indeksi, eğitim yılı, sigara ve ilaç kullanımı kontrol edilerek ANCOVA uygulandı.

Bulgular: BIS-11 toplam ve plansızlık puanları, Stroop 2–5. kart tamamlama süreleri ve IGT net skoru üç grupta gradyan örüntüsü göstererek endofenotip adayı olarak sınıflandırıldı (tümü $p<.001$). Stroop interferans skoru ve 1. kart süresinde yalnızca hasta grubu kontrollerden farklılaştı. Go/No-Go komisyon hataları hastalarda kontrollere göre yüksekken kardeş grubu diğer gruplardan anlamlı olarak ayrışmadı.

Sonuç: Bulgular, bipolar bozuklukta dürtüselliğin çok boyutlu olduğunu göstermektedir. Genel dürtüsellik ve plansızlık ile bilişsel kontrol ve karar verme süreçlerinin kardeşlerde hastalar ve kontroller arasında konumlanması, bu özelliklerin aday endofenotipler olabileceğini desteklemektedir.

Anahtar Kelimeler: Bipolar Bozukluk; Dürtüsellik; Endofenotip; Karar Verme; İnhibitör Kontrol

Kaynaklar

1. Lombardo LE, Bearden CE, Barrett J, et al. Trait impulsivity as an endophenotype for bipolar I disorder. Bipolar Disord. 2012;14(5):565–570.
2. Hıdıroğlu C, Esen ÖD, Tunca Z, et al. Can risk-taking be an endophenotype for bipolar disorder? A study on patients with bipolar disorder type I and their first-degree relatives. J Int Neuropsychol Soc. 2013;19(4):474–482.
3. Wessa M, Kollmann B, Linke J, Schönfelder S, Kanske P. Increased impulsivity as a vulnerability marker for bipolar disorder: Evidence from self-report and experimental measures in two high-risk populations. J Affect Disord. 2015;178:18–24.

SS-18

FİBROMİYALJİDE İSTİRAHAT DURUMU BEYİN BAĞLANTISALLIĞI: GRUP ORTALAMALARINDAN BİREYSEL NORMATİF SAPMAYA

Murat İlhan Atagün, Gözde Naz Darcan

Psikiyatri Anabilim Dalı, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi

Amaç: Fibromiyaljide istirahat durumu işlevsel manyetik rezonans görüntülemede ortak grup düzeyi bağlantısallık değişiklikleri ile bireysel normatif sapma ve heterojenliği birlikte incelemek.

Yöntem: Çalışmaya 33 fibromiyalji hastası ve 33 sağlıklı kadın kontrol dahil edildi. On dakikalık istirahat verileri standart ön işleme ve gürültü giderme adımlarından geçirildi. İlk aşamada pACC, bilateral anterior insula, bilateral S2, PAG ve PCC'den oluşan altı bölgeli hedefli panelde 15 bağlantı değerlendirildi. İkinci aşamada 32 düğümlü standart ağ atlasından beş temel ağ için 15 ağ içi/ağlar arası ölçüt üretildi. Grup karşılaştırmaları yaş ve ortalama hareket için düzeltildi. Ayrıca sağlıklı kontroller referans alınarak çapraz doğrulamalı bireysel normatif sapma ve çok değişkenli dağılım analizleri yapıldı.

Bulgular: Hedefli panelde ve standart ağ analizinde çoklu karşılaştırma sonrası anlamlı grup farkı saptanmadı. Bireysel normatif sapma fibromiyalji grubunda orta büyüklükte daha yüksekti ($d=0,44$; iki yönlü $p=0,066$). Çok değişkenli dağılım da artma eğilimindeydi ($d=0,40$; $p=0,116$). Sapma yükü fibromiyalji şiddeti veya ağrı düzeyiyle ilişkili değildi.

Sonuç: Fibromiyalji, ortak ve güçlü bir bağlantısallık imzasından çok, bireyler arasında değişken normatif sapmalar ve artmış heterojenlik eğilimi ile ilişkili olabilir.

Anahtar kelimeler: Fibromyalji, ağrı, beyin ağları, beyin görüntüleme

SS-19

YETİŞKİNLERDE GELİŞMELERİ KAÇIRMA KORKUSU İLE BİLİŞSEL ESNEKLİK ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Merve Güngöroğlu[1], **Esra Gül Mirhanoğulları**[2]

[1]*Altınbaş Üniversitesi, Psikoloji Ana Bilim Dalı, Klinik Psikoloji, İstanbul, Türkiye*
[2]*Altınbaş Üniversitesi, Psikoloji Ana Bilim Dalı, Klinik Psikoloji, İstanbul, Türkiye*

Giriş: Dijital teknolojilerin günlük yaşamda yaygınlaşması, sosyal gelişmeleri sürekli takip etme ve kaçırmama eğilimini daha görünür hale getirmiştir. Bu bağlamda Gelişmeleri Kaçırma Korkusu (GKK), bireyin kendisinin dahil olmadığı ortamlarda başkalarının değerli ve ödüllendirici deneyimler yaşanabileceğine ilişkin kaygı duyması ve haberdar olmayı sürdürme isteğiyle açıklanmaktadır. Bu noktada, alternatif düşünceler geliştirme ve değişen koşullara uyum sağlama kapasitesi olarak bilişsel esneklik, gelişmeleri kaçırma korkusunun bireylerdeki sürecinin anlaşılmasında önemli olabileceğini düşündürmektedir. Bu doğrultuda araştırmanın temel amacı, yetişkinlerde gelişmeleri kaçırma korkusu ile bilişsel esneklik arasındaki ilişkiyi incelemektir. Aynı zamanda her iki değişkenin katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre farklılaşıp farklılaşmadığının belirlenmesi amaçlanmaktadır.

Yöntem: Araştırma, nicel araştırma yöntemlerinden ilişkisel tarama modeline göre tasarlanmış olup örneklemini 18–40 yaş aralığında gönüllü katılım sağlayan 425 yetişkin bireyden oluşmaktadır. Veriler, Google Forms aracılığıyla hazırlanan çevrimiçi anket formu üzerinden toplanmıştır. Anket formunda Bilgilendirilmiş Onam Formu, Sosyodemografik Bilgi Formu, Gelişmeleri Kaçırma Korkusu Ölçeği (GKKÖ) ve Bilişsel Esneklik Envanteri (BEE) yer almaktadır. Gelişmeleri Kaçırma Korkusu ile Bilişsel Esneklik arasındaki ilişki Pearson korelasyon analizi ile sosyodemografik özelliklere göre ölçek puanlarının farklılaşması ise bağımsız örneklem t-testi ve tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ile incelenmiştir. ANOVA sonucunda anlamlı farklılık saptanan değişkenlerde, farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek amacıyla post-hoc çoklu karşılaştırma testleri uygulanmıştır.

Bulgular: Gelişmeleri kaçırma korkusu (GKK) puanlarının cinsiyet ($t=3,562$; $p<0,001$) ve günlük sosyal medya kullanım süresine ($t=5,113$; $p<0,001$) göre anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır. Kadın katılımcıların puan ortalamasının erkek katılımcıların puan ortalamasından yüksek saptanmıştır. Günlük sosyal medya kullanım süresi 4 saat ve üzeri olan katılımcıların puan ortalamasının 3 saatten az olan katılımcıların puan ortalamasından anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır. Yaş, eğitim durumu, medeni durum, çalışma durumu ve sosyal medya kullanım amacına göre anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Bilişsel esneklik puanlarının cinsiyet ($p<0,001$), günlük sosyal medya kullanım süresi ($p=0,044$) ve çalışma durumuna ($p=0,005$) ve sosyal medya kullanım amacına ($p=0,045$) göre anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır. Post-hoc karşılaştırma test sonuçlarına göre, çalışan katılımcıların öğrencilere, sosyal medyayı bilgi edinmek amacıyla kullanan katılımcıların diğer amaçlara göre kullanan katılımcılara göre bilişsel esneklik puanlarının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur. Yaş ($p=0,896$), medeni durum ($p=0,691$) ve eğitim durumuna ($p=0,776$) göre ise anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). FOMO ile bilişsel esneklik toplam puanı ($r=-0,330$; $p<0,001$), Alternatifler ($r=-0,111$; $p=0,022$) ve Kontrol ($r=-0,468$; $p<0,001$) alt boyutları arasında negatif yönlü ve anlamlı ilişkiler bulunmuştur. Bu bulgular, daha yüksek gelişmeleri kaçırma korkusu puanlarının daha düşük bilişsel esneklik, alternatifler ve kontrol puanlarıyla ilişkili olduğunu göstermiştir. Gelişmeleri kaçırma korkusu ile yüksek korelasyon katsayısının Kontrol alt boyutunda bulunduğu saptanmıştır.

Sonuç: Araştırma bulguları, gelişmeleri kaçırma korkusu ile bilişsel esneklik arasında negatif yönlü ve anlamlı ilişkiyi ortaya koymaktadır. Bu sonuç, bilişsel esnekliğin alternatif ve kontrol alt boyutlarının gelişmeleri kaçırma korkusunda önemli psikolojik de-

ğişkenlerden birinin olabileceğine işaret etmektedir. Araştırmanın gelişmeleri kaçırma korkusu ile ilişkili psikolojik boyutunun daha kapsamlı anlaşılmasına ve ilgili alanyazına katkı sağlayabileceği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Gelişmeleri Kaçırma Korkusu, Bilişsel Esneklik, Yetişkin.

Kaynaklar

Dennis, J. P., & Vander Wal, J. S. (2010). The cognitive flexibility inventory: Instrument development and estimates of reliability and validity. Cognitive therapy and research, 34(3), 241-253.

Przybylski, A. K., Murayama, K., DeHaan, C. R., & Gladwell, V. (2013). Motivational, emotional, and behavioral correlates of fear of missing out. Computers in human behavior, 29(4), 1841-1848.

SS-20

TİP 1 DİYABETTE DİYABET DİSTRESİ: GECE YEME DAVRANIŞININ ROLÜ

Umut İlhan[1], Şebnem Burhan[2]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastenesi, Psikiyatri Kliniği, İstanbul, Türkiye
[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastenesi, Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Kliniği, İstanbul, Türkiye

Amaç: Tip 1 diyabetes mellitus (T1DM), sürekli öz-yönetim gerektiren ve glisemik kontrolün günlük yaşam alışkanlıklarıyla yakından ilişkili olduğu kronik bir hastalıktır. Yeme davranışları; insülin dozları, glisemik dalgalanmalar ve psikososyal yükle ilişkili önemli bir faktördür. T1DM'de bozulmuş yeme davranışlarının daha sık görüldüğü ve glisemik kontrolü olumsuz etkileyebileceği bildirilmektedir. Gece yeme, kontrolsüz ve duygusal yeme gibi davranışların diyabete bağlı stresi etkileyebileceği düşünülmekle birlikte, bu ilişki T1DM'de yeterince aydınlatılmamıştır. Bu çalışmanın amacı, T1DM'li yetişkinlerde gece yeme davranışı ile diyabete bağlı stres arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amaçlanmıştır.

Yöntem: Kesitsel tasarımlı bu çalışmaya T1DM tanılı 46 yetişkin hasta dahil edilmiştir. Hastaların gece yeme davranışı Night Eating Questionnaire (NEQ), psikososyal yükleri Diabetes Distress Scale (DDS) ile değerlendirilmiştir.

Bulgular: Katılımcıların yaş medyanı 27,0 [IQR: 24-38] yıl, %56,5'i (n=26) kadın, %43,5'i (n=20) ise erkektir. Diyabet süresi medyanı 14,0 [IQR: 5,50-20,3] yıl olarak saptanmıştır. Günlük toplam insülin dozu 59,0 [IQR: 51,0-78,5] ünite, HbA1c medyanı %8,90 [IQR: 7,40-9,60] olarak belirlenmiştir. NEQtop puanlarının medyanı 21.0 [IQR: 17-25.8], Total DDS puanlarının medyanı ise 2.82 [IQR: 1.07-3.76] olarak saptanmıştır. Hastaların 15 tanesinin (%32) haftada ikiden fazla hipoglisemisi öyküsü vardı. Gece yeme ölçeği toplam puanı (NEQtop), toplam DDS puanı ile pozitif korelasyon göstermiştir (r=0.36, p=0.01). Diyabet süresi ile NEQtop arasında negatif yönde bir eğilim izlenmiştir (r=−0.31, p=0.04). Toplam DDS puanı; NEQtop (r=0.363, p=0.01), HbA1c (r=0.319, p=0.03) ve LDL (r=0.30, p=0.04) ile zayıf düzeyde ve anlamlı pozitif korelasyon sergilemiştir. Hipoglisemisi olan hastaların Toplam DDS skorları olmayanlara kıyasla yüksek tesbit edilmiştir (3.82 [IQR: 3.51-3.90] vs 1.82 [IQR: 1.53-2.76] p=0.01).

Sonuç: T1DM'li yetişkinlerde diyabet distresi ile gece yeme davranışları arasında anlamlı bir ilişki olduğu gösterildi. Diyabet distresi ayrıca daha yüksek HbA1c ve LDL düzeyleri ile haftada iki veya daha fazla hipoglisemi öyküsü ile ilişkili bulundu. Bu bulgular, T1DM yönetiminde yalnızca glisemik hedeflere değil, diyabet distresine ve yeme davranışlarına yönelik psikososyal değerlendirmeye de önem verilmesi gerektiğini düşündürmektedir.

Anahtar kelimeler: tip 1 diyabetes mellitus, yeme davranışı, gece yeme

SS-21

YETİŞKİNLERDE ERTELEME DAVRANIŞI VE DUYGU DÜZENLEME GÜÇLÜĞÜ ARASINDAKİ İLİŞKİ

Senem Erbey, Esra Gül Mirhanoğulları

Altınbaş Üniversitesi, Psikoloji Ana Bilim Dalı, Klinik Psikoloji, İstanbul, Türkiye

Giriş: Erteleme, bireyin olumsuz sonuçlarını öngörmesine rağmen gerçekleştirmesi gereken bir görevi gönüllü olarak geciktirmesiyle karakterize edilen ve öz düzenleme süreçleri ile ilişkilendirilen yaygın bir davranış örüntüsüdür. Literatürde erteleme davranışı, bireyin görev karşısında deneyimlediği olumsuz duygulardan kısa vadede uzaklaşma çabası çerçevesinde de ele alınmaktadır. Bu yaklaşım, erteleme davranışının anlaşılmasında duygu düzenleme süreçlerinin incelenmesini önemli kılmaktadır. Bu doğrultuda araştırmanın temel amacı, yetişkinlerde erteleme davranışı ile duygu düzenleme güçlüğü arasındaki ilişkiyi incelemektir. Ayrıca, her iki değişkenin katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre farklılaşıp farklılaşmadığının belirlenmesi amaçlanmaktadır.

Yöntem: Araştırma, nicel araştırma yöntemlerinden ilişkisel tarama modeline göre tasarlanmış olup örneklemini 18–40 yaş aralığında gönüllü olarak katılım sağlayan 362 yetişkin birey oluşturmaktadır. Veriler, Google Forms aracılığıyla hazırlanan çevrimiçi anket formu üzerinden toplanmıştır. Anket kapsamında katılımcılara bilgilendirilmiş onam formunun ardından Sosyodemografik Bilgi Formu, Erteleme Eğilimleri Ölçeği ve Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği Kısa Formu (DDGÖ-16) uygulanmıştır. Erteleme ile duygu düzenleme güçlüğü arasındaki ilişki Pearson korelasyon analiziyle; ölçek puanlarının sosyodemografik özelliklere göre farklılaşması ise bağımsız örneklem t-testi ve tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ile incelenmiştir. ANOVA sonucunda anlamlı farklılık saptanan değişkenlerde, farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek amacıyla post-hoc çoklu karşılaştırma testleri uygulanmıştır.

Bulgular: Erteleme puanlarının yaş ($p=0,004$), medeni durum ($p=0,002$), eğitim durumu ($p=0,030$) ve çalışma durumuna ($p=0,007$) göre anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır. Post-hoc karşılaştırma test sonuçlarına göre, 18–25 yaş grubundaki katılımcıların 33–40 yaş grubuna, lisans mezunlarının ön lisans ve altı eğitim düzeyindekilere ve öğrencilerin çalışanlara kıyasla erteleme davranışının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur. Medeni duruma göre bekar katılımcıların puan ortalamasının evli katılımcıların puan ortalamasından anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur ($t=3,082$; $p=0,002$). Cinsiyete göre ise anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p=0,970$). Duygu düzenleme güçlüğü puanlarının yaş ($p<0,001$), medeni durum ($p=0,002$) ve çalışma durumuna ($p=0,002$) göre anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır. Post-hoc karşılaştırma test sonuçlarına göre, 33–40 yaş grubundaki katılımcıların diğer yaş gruplarına ve çalışan bireylerin öğrencilere kıyasla duygu düzenleme güçlüğü puanlarının anlamlı düzeyde daha düşük olduğu bulunmuştur. Medeni duruma göre bekar katılımcıların puan ortalamasının evli katılımcıların puan ortalamasından anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur ($t=3,053$; $p=0,002$). Cinsiyet ($p=0,790$) ve eğitim durumuna ($p=0,961$) göre ise anlamlı farklılık saptanmamıştır. Erteleme ile duygu düzenleme güçlüğü toplam puanı arasında pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=0,552$; $p<0,001$). Bu bulgular, duygu düzenleme güçlüğü puanları yükseldikçe erteleme eğilimi puanlarının da yükselme eğiliminde olduğunu göstermiştir. Duygu düzenleme güçlüğü alt boyutları arasında erteleme eğilimleriyle en yüksek korelasyon Amaçlar alt boyutunda saptanmıştır ($r=0,537$; $p<0,001$).

Sonuç: Araştırma bulguları, yetişkinlerde erteleme davranışı ile duygu düzenleme güçlüğü arasında pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki olduğunu ortaya koymuştur. Bu sonuç, duygu düzenleme süreçlerinin erteleme davranışı ile ilişkili önemli psikolojik değişkenlerden biri olabileceğine işaret etmektedir. Araştırmanın, erteleme davranışı ile ilişkili psikolojik süreçlerin daha kapsamlı biçimde anlaşılmasına ve ilgili alanyazına katkı sağlayabileceği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Erteleme, Duygu Düzenleme Güçlüğü, Yetişkinler.

Kaynaklar

Pychyl, T. A., & Sirois, F. M. (2016). Procrastination, emotion regulation, and well-being. In T. A. Pychyl & F. M. Sirois (Eds.), Procrastination, health, and well-being (pp. 163–188). Academic

Steel, P. (2007). The nature of procrastination: A meta-analytic and theoretical review of quintessential self-regulatory failure. Psychological Bulletin, 133(1), 65–94.

POSTER BİLDİRİLER

PS-1

OLANZAPİN KULLANIMINA BAĞLI İZOLE KCFT ARTIŞI: BİR OLGU SUNUMU

Ali Görkem Gençer, Şeyma Turgut

Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, İstanbul Türkiye

Özet: Bir atipik antipsikotik olan Olanzapin nadiren hepatotoksisiteye yol açabilir. Kliniği asemptomatik seyirden ciddi hepatik yetmezliğe kadar geniş bir yelpazeye yayılabilir. Olgumuz, olanzapin kaynaklı KCFT artışını konu almaktadır.

Giriş: Olanzapin tedavisi sırasında görülen karaciğer enzimlerinde yükselme ve hepatotoksisite gibi yan etkiler genellikle tedavinin ilk haftalarında ortaya çıkmaktadır.[1] Vakalar çoğunlukla asemptomatik seyretse de bazılarında semptomatiktir ve tedavi kesilmezse ciddi hepatik komplikasyonlar oluşabilir.[2]

Olgu: Madde kullanım öyküsü ve ailesine yönelik homosidal davranışlar nedeniyle acil servise getirilen 18 yaşındaki erkek hasta, ruhsal durum muayenesinde paranoid – persekütif ve referansiyel sanrıların saptanması nedeniyle servisimize yatırıldı. Hastanın ve ailesinin tıbbi geçmişinde herhangi bir psikiyatrik veya sistemik hastalık saptanmadı. İdrarda maddeye rastlanmadı. Tüm rutin tetkikleri normaldi. Başvuru PANSS skoru 71 olarak belirlendi; olanzapin 5 mg/gün başlanarak kademeli olarak 15 mg/gün dozuna çıkıldı. Tedavinin ilerleyen günlerinde AST ve ALT düzeylerinde belirgin yükselme izlendi (tepe değerler ALT: 497 U/L, AST: 201 U/L); GGT, bilirubin, ALP ve LDH değerleri normal sınırlarda saptandı. Alkol kullanımı, hepatotoksik ilaç öyküsü veya altta yatan karaciğer hastalığı öyküsü saptanmadı. Dahiliye ve gastroenteroloji konsültasyonları sonrasında olanzapin dozu kademeli olarak azaltılarak sonlandırıldı; izlemde karaciğer enzimleri iki hafta içinde normale döndü. Psikotik semptomların yönetiminde uzun etkili paliperidon ile devam edilerek klinik tabloda kısmi düzelme sağlandı. (PANSS:58) İlk 6 hafta haftada bir kontrole çağırıldı. Karaciğer fonksiyon testleri (KCFT) normaldi. Sistemik bulgu tariflemedi.

Tartışma: Olanzapin'in hepatotoksik etkisi büyük olasılıkla idiosinkratiktir. Özellikle yaşlılarda, altta yatan karaciğer hastalığı bulunanlarda ve polifarmasi uygulanan hastalarda risk artmaktadır.[1] Bu nedenle, olanzapin tedavisi sırasında KCFT'nin düzenli olarak izlenmesi önerilmektedir. KCFT'de bozulma genellikle tedavinin ilk haftalarında ortaya çıkar ve genellikle geçicidir. Çoğu hastada bu değişiklikler tedaviye devam edilse de kendiliğinden düzelir.[3] Bazı hastalarda ise karaciğer fonksiyonlarındaki bozulmalar daha uzun süre devam edebilir veya ciddi hepatotoksisiteye yol açabilir. Ciddi vakalarda, karaciğer yetmezliği, sarılık, kanama bozuklukları veya ensefalopati gibi daha ciddi komplikasyonlar gelişebilir. Özellikle olanzapin tedavisine başlanmadan önce ve tedavi süresince belirli aralıklarla karaciğer fonksiyonları izlenmeli, herhangi bir anormal değer saptanırsa, tedaviye müdahale edilmelidir. Olgumuzda, izole transaminaz yüksekliğinin ilacın kesilmesiyle birlikte tama yakın olarak düzelmesi, erken tanı ve zamanında müdahalenin önemini vurgulamaktadır. KCFT'de belirgin artış saptanan hastalarda doz azaltımı veya tedavinin geçici olarak durdurulması etkili bir yaklaşım olarak öne çıkmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Olanzapin, hepatotoksisite, karaciğer enzimleri, antipsikotik

Kaynaklar

1. Basu, S., Pandya, A., & Acharya, R. (2010). "Olanzapine and Hepatotoxicity: A Review of Literature." Journal of Clinical Psychopharmacology, 30(5), 543-548. doi: 10.1097/JCP.0b013e3181f16a18.
2. Manceaux, P., Constant, E., Zdanowicz, N., Jacques, D., & Reynaert, C. (2011). Management of marked liver enzyme increase during olanzapine treatment: a case report and review of the literature. Psychiatria Danubina, 23 Suppl 1, S15–S17.
3. Gunther, M., & Dopheide, J. A. (2023). Antipsychotic Safety in Liver Disease: A Narrative Review and Practical Guide for the Clinician. Journal of the Academy of Consultation - Liaison Psychiatry, 64(1), 73–82. https://doi.org/10.1016/j.jaclp.2022.09.006

PS-2

SUİSİDALİTE İLE BAŞVURAN BİR SUBKLİNİK HİPERTİROİDİ OLGUSU: ENDOKRİN VE PSİKİYATRİK BELİRTİLERİN BİRLİKTE SEYRİ

İlknur Sahak, Esra Koca, Rümeysa Yeni Elbay

Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, İstanbul, Türkiye

Giriş ve Amaç: Hipertiroidi, tipik somatik bulgularının yanı sıra anksiyete, irritabilite, uyku bozuklukları ve duygudurum değişiklikleri gibi çeşitli psikiyatrik belirtilerle de seyredebilir. Ancak bazı olgularda psikiyatrik belirtilerin ön planda olması, altta yatan endokrin bozukluğun tanınmasını güçleştirerek tanının gecikmesine yol açabilir. Bu olgu sunumunda, hipertiroidinin tedavi sürecinde tiroid fonksiyonları ve psikiyatrik belirtilerdeki değişimin birlikte değerlendirilmesi amaçlandı.

Olgu: Kırk iki yaşında, bilinen psikiyatrik hastalık öyküsü olmayan erkek hasta, uykusuzluk, mutsuzluk, değersizlik ve suisidal düşünceler nedeniyle psikiyatri polikliniğine başvurdu. Trazodon 50 mg/gün ve trifluoperazin 1 mg/gün tedavisine rağmen üç haftalık izlemde yakınmaları gerilemedi ve suisidal düşüncelerinde artış oldu. Yeniden başvurusunda, son bir ayda 10 kg kilo kaybının yanı sıra çarpıntı, ellerde titreme, ajitasyon ve yoğun kaygı tarifliyordu. Suisidalite nedeniyle önerilen yatışı kabul etmeyen hastanın tetkiklerinde TSH 0,166 mIU/L saptandı. Metimazol 5 mg/gün ve propranolol 40 mg/gün başlanırken psikiyatrik tedavisi sertralin 50 mg/gün olarak düzenlendi. On gün sonraki kontrolde TSH 0,041 mIU/L ve sT4 0,95 ng/dL idi. Suisidal düşünceleri, çarpıntı, huzursuzluk ve iştahsızlık yakınmaları devam ettiğinden tedaviye ketiapin 25 mg/gün ve gerektiğinde alprazolam 0,5 mg eklendi. Bir ay sonraki kontrolde TSH 0,169 mIU/L ve sT4 1,3 ng/dL olarak ölçüldü; suisidal düşünceleri devam ediyordu. Her kontrolde yapılan Beck Anksiyete Ölçeği puanı 55'in, Beck Depresyon Ölçeği ise 58'in altına düşmedi. Bunun üzerine metimazol 10 mg/gün, sertralin ise 100 mg/güne yükseltildi. İkinci ay kontrolünde ise TSH 0,930 mIU/L ve sT4 0,79 ng/dL olarak saptandı. Hastanın uyku ve iştahının normale döndüğü, huzursuzluğu ve suisidal düşüncelerinin ise tamamen gerilediği, Beck Anksiyete Ölçeği puanı 13 ve Beck Depresyon Ölçeği puanının ise 11 olduğu görüldü.

Tartışma ve Sonuç: Bu olguda, depresif ve suisidal belirtilere belirgin kilo kaybı, çarpıntı, tremor ve huzursuzluk gibi hipertiroidiyi düşündüren somatik belirtilerin eşlik etmesi dikkat çekmektedir. İzlemde tiroid fonksiyonlarındaki düzelmeyle birlikte psikiyatrik belirtilerin de gerilemesi, iki klinik durum arasında olası bir ilişkiyi düşündürmekle birlikte, eş zamanlı psikofarmakolojik tedavi nedeniyle doğrudan bir nedensellik ilişkisi kurmak mümkün değildir. Yeni başlayan psikiyatrik belirtilerde, özellikle somatik bulguların eşlik ettiği durumlarda, tiroid fonksiyonlarının değerlendirilmesi göz ardı edilmemelidir.

Anahtar Kelimeler: Hipertiroidi, Suisidalite, Depresyon

Kaynaklar

1. Ross DS, Burch HB, Cooper DS, et al. 2016 American Thyroid Association Guidelines for Diagnosis and Management of Hyperthyroidism and Other Causes of Thyrotoxicosis. Thyroid. 2016;26(10):1343-1421. doi:10.1089/thy.2016.0229.
2. Jurado-Flores M, Warda F, Mooradian A. Neuropsychiatric Manifestations of Thyroid Disease. Journal of the Endocrine Society. 2022;6(2):bvab194. doi:10.1210/jendso/bvab194.
3. Bunevicius R, Prange AJ Jr. Psychiatric manifestations of Graves' hyperthyroidism: pathophysiology and treatment options. CNS Drugs. 2006;20(11):897-909.

PS-3

TİRZEPATİD TEDAVİSİ SONRASINDA TIKINIRCASINA YEME DAVRANIŞI, ANKSİYETE VE DEPRESİF BELİRTİLERDE EŞ ZAMANLI İYİLEŞME

Ömer Osman Bazna

Gülhane Eğitim ve Araştırması Hastanesi, Psikiyatri, Ankara, Türkiye

Giriş: Obezite, depresif belirtiler ve tıkınırcasına yeme davranışı sıklıkla birlikte görülen ve birbirini olumsuz yönde etkileyebilen klinik durumlardır. Son yıllarda glukagon benzeri peptid-1 (GLP-1) reseptör agonistleri ve çift GIP/GLP-1 agonisti olan tirzepatidin yalnızca kilo kaybı üzerindeki etkileri değil, iştah düzenlenmesi, ödül sistemi ve yeme davranışları üzerindeki potansiyel etkileri de araştırılmaktadır. Özellikle "food noise" olarak tanımlanan, yemekle ilişkili tekrarlayıcı ve yoğun zihinsel uğraşın azalmasına yönelik gözlemler dikkat çekmektedir. Metabolik ve psikiyatrik belirtilerin birlikte hedeflenmesi, özellikle metabolik psikiyatri alanında, güncel araştırmaların odak noktalarından birini oluşturmaktadır. Bu olgu sunumunda, tirzepatid tedavisi sonrasında tıkınırcasına yeme belirtileri ve eşlik eden depresif belirtilerde gözlenen değişim sunulmuştur.

Olgu: Otuz beş yaşında kadın hasta; obezite, insülin direnci, tıkınırcasına yeme belirtileri ve orta düzey depresif belirtiler nedeniyle tarafımızca izlenmekteydi. Başlangıçta vücut ağırlığı 98 kg, beden kitle indeksi (BKİ) 37,0 kg/m^2 şeklindeydi. Psikiyatrik tedavi olarak sertralin 100 mg/gün kullanmakta olup metabolik yan etkiler nedeniyle ek antipsikotik tedavi planlanmamıştı. Başlangıç değerlendirmesinde Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) 20, Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) 25 ve Tıkınırcasına Yeme Ölçeği puanı 30 olarak saptandı. Tirzepatid tedavisi 5 mg/hafta dozunda başlandı; 5. haftada 7,5 mg/haftaya, 9. haftada ise 10 mg/haftaya titre edildi. On iki haftalık izlem sonunda vücut ağırlığı 86 kg'a, BKİ değeri ise 33,0 kg/m^2'ye geriledi. Toplam vücut ağırlığının yaklaşık %12'si oranında kayıp gözlendi. Klinik görüşmelerde food noise, gece yeme davranışı, kontrol kaybı hissi ve yeme sonrası suçluluk duygularında belirgin azalma gözlendi. On ikinci hafta değerlendirmesinde BAÖ puanı 10'a, BDÖ puanı 15'e ve Tıkınırcasına Yeme Ölçeği puanı 12'ye geriledi. Başlangıçta ve izlem süresince suisidal düşünce saptanmadı.

Tartışma: Bu olgu, tirzepatid tedavisi sırasında kilo kaybına eşlik eden tıkınırcasına yeme belirtileri, yemekle ilişkili zihinsel uğraş ve depresif belirtilerdeki azalmanın dikkat çekici bir örneğini sunmaktadır. Mevcut literatürde GLP-1 temelli tedavilerin iştah düzenlenmesi ve ödül sistemi üzerindeki etkilerine ilişkin veriler giderek artmaktadır. Bununla birlikte, gözlenen psikiyatrik iyileşmenin doğrudan tirzepatid tedavisine bağlanması mümkün değildir. Ayrıca mevcut veriler, tirzepatid tedavisinin psikiyatrik güvenliliği ve intihar düşüncesi açısından belirgin bir risk artışı göstermediğini düşündürmektedir. Yine de tüm bu bulgular, metabolik ve ödül sistemi hedefli tedavilerin psikiyatrik belirtilerle olası ilişkilerinin araştırılması açısından dikkat çekici olup, özellikle tıkınırcasına yeme davranışı bağlamında kontrollü çalışmalara duyulan gereksinimi vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Metabolik Psikiyatri; Obezite; Tirzepatid

Kaynaklar

1. Jastreboff AM, Aronne LJ, Ahmad NN, Wharton S, Connery L, Alves B, Kiyosue A, Zhang S, Liu B, Bunck MC, Stefanski A; SURMOUNT-1 Investigators. Tirzepatide Once Weekly for the Treatment of Obesity. N Engl J Med. 2022 Jul 21;387(3):205-216. doi: 10.1056/NEJMoa2206038. Epub 2022 Jun 4. PMID: 35658024.
2. Pierret ACS, Mizuno Y, Saunders P, Lim E, De Giorgi R, Howes OD, McCutcheon RA, McGowan B, Sen Gupta P, Smith D, Ismail K, Pillinger T. Glucagon-Like Peptide 1 Receptor Agonists and Mental Health: A Systematic Review and Meta-Analysis. JAMA Psychiatry. 2025 Jul 1;82(7):643-653. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2025.0679. PMID: 40366681; PMCID: PMC12079569.
3. Bartel S, McElroy SL, Levangie D, Keshen A. Use of glucagon-like peptide-1 receptor agonists in eating disorder populations. Int J Eat Disord. 2024 Feb;57(2):286-293. doi: 10.1002/eat.24109. Epub 2023 Dec 22. PMID: 38135891.

PS-4

YAKLAŞIK ON YEDİ YILLIK RETROGRAD BELLEK KAYBI İLE SEYREDEN DİSSOSİYATİF AMNEZİ VE FÜG: BİR OLGU SUNUMU

Ömer Sinan Tarim, Ali Emre Şevik, Sude Tekin

Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çanakkale, Türkiye

Giriş: Dissosiyasyon; bellek, bilinç ve kimlik bütünlüğünde kopmalarla seyreden psikopatolojik bir durumdur. Bireyin baş etme kapasitesini aşan akut veya kronik stresörler sonrasında dissosiyatif amnezi ve füg tabloları ortaya çıkabilmekte; bellek kaybı acı verici anıları uzaklaştıran bir savunma mekanizması işlevi görebilmektedir. Literatürde dissosiyatif amnezi belirtilerinin farklı sürelerde seyredebildiği bildirilmiştir.

Olgu: Kırk dört yaşında erkek hasta, ailesiyle yaşadığı tartışma sonrası evden ayrılarak üç gün kaybolmuş ve polis eşliğinde hastaneye getirilmiştir. Psikiyatrik muayenede, son üç gün ve geçmiş on yedi yıla ait amnezisi olduğu, zaman yöneliminin bozulduğu saptanmıştır. Organik etiyolojiyi dışlamak amacıyla yapılan nörolojik muayene, beyin görüntüleme ve lomber ponksiyon bulguları olağandır. Hastanın geçmişinde; şiddetli geçimsizlik, boşanma, işsizlik, yoğun alkol kullanımı ve şoförlüğünü yaptığı kazada yakın arkadaşını kaybetme gibi kronik stresörler mevcuttur. Psikiyatri servisine yatırılarak paroksetin, risperidon ve diazepam tedavisi başlanan hastanın takiplerinde organik bulgu saptanmamış, somatik yakınmalarının telkinle azaldığı gözlenmiştir. Destekleyici görüşmeler ve psikofarmakolojik tedavi eşliğinde hastanın belleği kademeli olarak düzelmiş, taburculuk sonrası takiplerinde hatırlanan sürenin arttığı ve depresif belirtilerin gerilediği izlenmiştir. İnsan katılımlı bu olgu sunumu için ilgili etik standartlara uyulmuş ve hastadan bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

Tartışma: Olgumuzda hastanın unuttuğu dönemin, evlilik süreci ve sonrasındaki başarısızlıklarla (boşanma, işsizlik, kaza) örtüşmesi ve hatırlanan son dönemin nişanlılık dönemi olması sembolik bir anlam taşımaktadır. Elde edilen bulgular, kronik ve yoğun stres altında dissosiyatif amnezinin bilinçdışı bir savunma mekanizması olarak ortaya çıktığını göstermektedir. Psikiyatrik müdahaleler ve sosyal destekle sağlanan klinik düzelme, stresörlerin niteliği ile unutulan yaşam dönemleri arasındaki ilişkiyi desteklemektedir.

Anahtar Kelimeler: Dissosiyatif Amnezi, Dissosiyatif Füg, Psikiyatrik Rehabilitasyon, Psikolojik Stres

Kaynaklar

1. Clouden, T. A. Dissociative Amnesia and Dissociative Fugue in a 20-Year-Old Woman With Schizoaffective Disorder and Post-Traumatic Stress Disorder. Cureus, 2020.
2. Staniloiu, A., Markowitsch, H. Dissociative Amnesia. Lancet Psychiatry, 2014.
3. Jelicic, M. Dissociative Amnesia? It Might Be Organic Memory Loss! Topics in Cognitive Science, 2024.
4. Sharifi, M., Turner, A., Fuglestad, T., Bell, C. A Case Report of Dissociative Amnesia Involving 'Detective Work'. HCA H

PS-5

C3 GLOMERÜLONEFRİT NEDENİYLE STEROİD VE ECULİZUMAB TEDAVİSİ ALAN GENÇ ERKEK HASTADA GELİŞEN AKUT PSİKOTİK ATAK: BİR OLGU SUNUMU

Ali Görkem Gençer, İrem Kılıç

Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırması Hastanesi Psikiyatri Kliniği, İstanbul

Giriş: Kortikosteroidler; nefrolojik, romatolojik ve otoimmün hastalıkların tedavisinde sık kullanılan güçlü immünsüpresif ajanlar olup kullanımları sırasında anksiyete, uykusuzluk, duygudurum belirtileri, deliryum ve akut psikoz gibi psikiyatrik yan etkiler görülebilmektedir [1,2]. Risk, doz yüksekliği ve tedavi süresinin yanında komorbid hastalığı olan kişilerde artırmaktadır [2]. Eculizumab, kompleman sistemini C5 düzeyinde inhibe eden ve C3 glomerulopati gibi tablolarda kullanılan bir monoklonal antikordur; doğrudan psikiyatrik bir yan etkisi net olarak tanımlanmamıştır ancak ağır bedensel hastalık, uzun hastane yatış süresi ve eş zamanlı yüksek doz steroid kullanımı psikoz gelişimi için zemin oluşturabilir [3-4]. Olgumuz, C3 glomerülonefrit nedeniyle yüksek doz kortikosteroid ve eculizumab tedavisi başlanan genç bir erkek hastada taburculuk sonrası kısa sürede gelişen akut psikotik tabloyu aktarmakta ve steroid ilişkili psikoz konusunda farkındalığın artırılmasını amaçlamaktadır.

Olgu: Psikiyatrik hastalık öyküsü bulunmayan 20 yaşındaki erkek hastanın C3 glomerülonefrit tanısıyla 40 gün yatarak tedavi gördüğü, bu süreçte kortikosteroid (60 mg/gün) ve haftalık eculizumab infüzyonu başlandığı ve uyku düzenini sağlamak amacıyla kullandığı alprazolamın taburculukla birlikte aniden kesti-ği öğrenildi. Dört gündür devam eden uykusuzluk, paranoid-persekitif-referans hezeyanları ve hipervijilans nedeniyle psikiyatri servisine yatırıldı. Yatış PANSS skoru 75'ti. Metabolik ve enfeksiyöz nedenler dışlandı, steroid ilişkili akut psikoz düşünüldü. Tedaviye haloperidol, biperiden ve ketiapin ile başlandı, risperidonla (8 mg/gün) devam edildi. Nefroloji ile koordinasyon içinde steroid dozu 60 mg'dan 25 mg/gün'e kademeli olarak azaltıldı. Belirgin klinik düzelme sağlandı, taburculuk PANSS skoru 32'ydi.

Tartışma: Bu olgu, yüksek doz steroid tedavisinin hastalarda ani başlayan uykusuzluk, sanrılar, hipervijilans ve davranış değişiklikleriyle karakterize akut psikoz tablosu oluşturabileceğini göstermektedir. Steroid ilişkili nöropsikiyatrik etkilerin hipotalamo-hipofiz-adrenal eksen düzensizliği ve dopaminerjik aktivite artışıyla ilişkili olabileceği, riskin 40 mg/gün prednizolon eşdeğerinin üzerinde belirgin şekilde arttığı bildirilmektedir [1,2]. Eculizumab tedavisinin doğrudan psikozla ilişkili olduğu yönünde güçlü bir kanıt bulunmamakla birlikte, bu tedavi sırasında enfeksiyon riski artabileceğinden özellikle meningokok enfeksiyonu ayırıcı tanıda dışlanmalıdır [4]. Tedavide temel yaklaşım, kortikosteroid dozunun tıbbi durum elverdiğince azaltılması ve kısa süreli antipsikotik tedavi uygulanması olup, psikiyatri-nefroloji işbirliği iyileşme açısından belirleyici rol oynamaktadır [5].

Anahtar kelimeler: steroid, psikoz, eculizumab

Kaynaklar

1. Nasereddin, L., Alnajjar, O., Bashar, H., Abuarab, S. F., Al-Adwan, R., Chellappan, D. K., & Barakat, M. (2024). Corticosteroid-Induced Psychiatric Disorders: Mechanisms, Outcomes, and Clinical Implications. Diseases (Basel, Switzerland), 12(12), 300. https://doi.org/10.3390/diseases12120300
2. Gostoli, S., Carrozzino, D., Raimondi, G., Subach, R., Gigante, G., & Rafanelli, C. (2025). Corticosteroid-induced manic and/or psychotic symptoms: a systematic review. Frontiers in pharmacology, 16, 1628765. https://doi.org/10.3389/fphar.2025.1628765
3. Lewandowski, D., Konieczny, M., Chrzanowski, K., Jakubowska, M., Paryzek, Z., Miedziaszczyk, M., & Idasiak-Piechocka, I. (2025). Eculizumab in C3 Glomerulopathy: A Systematic Review of Therapeutic Efficacy and Clinical Outcomes. Pharmaceutics, 17(10), 1284. https://doi.org/10.3390/pharmaceutics17101284
4. Wang, X. F., Bao, L. R., Hu, T. L., Xu, R. F., Gao, W. N., Wang, J. Y., Zhao, J. R., Fu, Z. L., Meng, Y., & Wang, S. F. (2025). Adverse drug events (ADEs) risk signal mining related to eculizumab based on the FARES database. Frontiers in pharmacology, 15, 1440907. https://doi.org/10.3389/fphar.2024.1440907
5. Huynh, G., & Reinert, J. P. (2021). Pharmacological Management of Steroid-Induced Psychosis: A Review of Patient Cases. The Journal of pharmacy technology : jPT : official publication of the Association of Pharmacy Technicians, 37(2), 120–126. https://doi.org/10.1177/8755122520978534

PS-6

OLGU SUNUMU:LEWY CİSİMCİKLİ DEMANS HASTASINDA BREKSPİPRAZOL YAKLAŞIMI

1Buse parlar, Bahadır Bakım2

[1]Seyrantepe Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri, İstanbul, Türkiye
[2]Seyrantepe Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri, İstanbul, Türkiye

Giriş ve Amaç: Lewy Cisimcikli Demans (LCD), progresif bilişsel gerileme, bilişsel dalgalanmalar, tekrarlayan görsel halüsinasyonlar, REM uyku davranış bozukluğu ve parkinsonizm ile karakterize nörodejeneratif bir tablodur. Bu olguda, dirençli görsel halüsinasyon ve paranoid hezeyanları bulunan, pimavanserine alternatif olarak brekspiprazol ile başarılı şekilde tedavi edilen bir LCD vakasının sunulması amaçlanmıştır.

Olgu Sunumu: 62 yaşında erkek hasta; 1 yıldır devam eden konuşma ve denge güçlüğü, görsel ve koku halüsinasyonları ile paranoid hezeyanları nedeniyle 112 tarafından acil servise getirildi. Son 1 haftadır uyuyamama, anlamsız konuşma, dezorganize ve eksite davranışlar sergilediği öğrenildi. Özgeçmişinde rüyada konuşma ve hareketlenme (REM uyku davranış bozukluğu) öyküsü mevcuttu.

Ruhsal durum muayenesinde özbakımı azalmış, irritabl, yer-zaman yönelimi bozuk, dikkat ve belleği etkilenmiş, paranoid hezeyanları ve disforik duygudurumu mevcuttu. Nöropsikolojik değerlendirmede saat çizme ve şekil kopyalama testlerinde belirgin bozulma saptandı. Kranial MR'da yaşla uyumlu yaygın kortikal atrofi, EEG'de tüm hemisferlerde yaygın 4-5 Hz delta-teta dalgaları izlendi. BOS biyokimyası, otoimmün ve paraneoplastik paneller normaldi.

LCD ön tanısıyla nöropsikiyatri konseyinde değerlendirilen hastaya donepezil 10 mg/gün başlandı. Başlangıçta kullanılan olanzapin 10 mg, ketiapin 200 mg ve aripiprazol 10 mg kesilerek, serotonin-dopamin aktivite modülatörü brekspiprazol yavaş titrasyonla 2 mg/gün dozuna çıkarıldı. Takibinde ajitasyon, paranoid hezeyan ve görsel halüsinasyonlarda belirgin gerileme, oryantasyon ve kooperasyonda iyileşme gözlendi.

Tartışma ve Sonuç: LCD olgularında klasik ve atipik antipsikotikler motor semptomlarda kötüleşme ve nöroleptik duyarlılık riskini artırabilir. Pimavanserin, parkinson psikozunda FDA onayı bulunan tek antipsikotiktir. Olgunun değerlendirildiği dönemde ülkemizde pimavanserine erişim olmaması nedeniyle brekspiprazol tercih edilmiştir. D2 ve 5-HT1A kısmi agonizması ile 5-HT2A antagonizması sayesinde brekspiprazol, sedasyon ve ekstrapiramidal yan etkileri azaltarak demans ilişkili ajitasyon ve psikotik belirtilerin tedavisinde alternatif bir seçenek olabilir.

Anahtar kelimeler: Lewy Cisimcikli Demans, Brekspiprazol, Demans ilişkili psikoz

Kaynaklar

1. Atipik parkinsonizm sendromları,Gençer Genç DOI: 10.5606/phhb.dergisi.2021.016
2. A Review of Dementia with Lewy Bodies' Impact, Diagnostic Criteria and Treatment Samuel D Capouch, Martin R Farlow, Jared R Brosch
3. Brexpiprazole I: in vitro and in vivo characterization of a novel serotonin-dopamine activity modulator Kenji Maeda, Haruhiko Sugino, Hitomi Akazawa, Naoki Amada Jun Shimada Takashi Futamura, Hiroshi Yamashita, Nobuaki Ito, Robert D McQuade, Arne Mørk, Alan L Pehrson, Morten Hentzer, Vibeke Nielsen, Christoffer Bundgaard, Jørn Arnt, Tine Bryan Stensbøl, Tetsuro Kikuchi
4. New antipsychotic drugs for the treatment of agitation and psychosis in Alzheimer's disease: focus on brexpiprazole and pimavanserin Filippo Caraci Mario Santagat, Giuseppe Caruso ario Cannavò Gian Marco Leggialvatore Salomone ilippo Drago
5. Comparative Outcomes of Commonly Used Off-Label Atypical Antipsychotics in the Treatment of Dementia-Related Psychosis: A Network Meta-analysis Ismaeel Yunusa , Nazia Rashid, George N Demos, Bhargavi S Mahadik, Victor C Abler, Krithika Rajagopalan

Bu özet, yalnızca dil düzeltme amacıyla ChatGPT kullanılarak düzeltilmiştir.

PS-7

HUNTINGTON HASTALIĞINDA TEDAVİYE DİRENÇLİ PSİKOZ VE KLOZAPİN: BİR OLGU SUNUMU

Eylül Yılmaz, Filiz Kulaçoğlu Öztürk

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

Giriş: Huntington hastalığı (HH), motor, kognitif ve nöropsikiyatrik belirtilerle seyreden otozomal dominant nörodejeneratif bir hastalıktır. Psikoz bu yelpaze içinde görece nadirdir; ancak psikozun eşlik ettiği olgularda işlevsellikte ve bilişsel işlevlerde daha hızlı bozulma bildirilmektedir. HH'de psikoz tedavisine ilişkin randomize veri sınırlıdır ve uygulamalar büyük ölçüde uzman görüşüne dayanmaktadır. Burada, yeterli doz ve süreyle uygulanan olanzapin tedavisine yanıt alınamaması üzerine klozapine geçilen bir HH olgusu sunulmaktadır.

Olgu: Altmış bir yaşında, yedi yıl önce HH tanısı almış, ailesinde beş HH olgusu bulunan erkek hasta; eşinin sadakatsizliğine ilişkin hezeyanı ve eşine yönelik boğma girişimleri nedeniyle yatırıldı.

Muayenesinde dizartri, irritabl mizaç, jaluzik hezeyan, artmış kontrolsüz motor aktivite ve koreoatetoid hareketler saptandı; organik etiyolojiyi dışlayan tetkikler normaldi. Kraniyal manyetik rezonans görüntülemede sulkuslarda belirginleşme ile üçüncü ve lateral ventriküllerde genişleme biçiminde atrofi izlendi; bazal ganglionların sinyali normaldi.

Olanzapin başlanarak doz kademeli olarak 30 mg/güne kadar artırıldı. Üçüncü haftada psikotik belirtilerde gerileme sağlanamaması üzerine tedavi direnci kabul edilerek klozapin 12,5 mg/gün ile başlandı ve olanzapin kademeli azaltılarak kesildi. Klozapin dozu artırılarak 200 mg/gün hedef dozuna ulaşıldı. Titrasyon boyunca hemogram, elektrokardiyografi ve troponin izlemleri doğaldı; yan etki olarak hipersalivasyon gözlendi.

Klozapin ile jaluzik hezeyan geriledi, kontrolsüz motor aktivite ve koreoatetoid hareketlerde azalma izlendi. Hasta klozapin 200 mg/gün, ketiapin 100 mg/gün, sertralin 50 mg/gün ve amantadin 300 mg/gün ile taburcu edildi.

Tartışma:HH'de psikoz nadir ancak prognostik olarak ağır bir bileşendir; prevalans tahminleri %4,1-17,6 arasında değişmekte, psikotik belirti gösteren hastalarda motor, kognitif ve işlevsel performans daha kötü seyretmektedir. Şizofreniden ayırt edici bir fenomenoloji tanımlanmamıştır; paranoid içerik sık, formal düşünce bozukluğu nadirdir. Patofizyolojide frontostriatal ağ disfonksiyonu, glutamaterjik disregülasyon ve medium spiny nöron patolojisi öne sürülmektedir. Hastalık ilerledikçe antipsikotik reçete edilme oranı %7,0›dan %38,7›ye, psikoz endikasyonu %0,9›dan %16,0›ya yükselmektedir.

HH'de onaylanmış tedavi bulunmadığından uygulamalar uzman konsensüsüne dayanır. Klozapinin HH'deki tek randomize kontrollü çalışmasında kore üzerindeki yararı sınırlı bulunmuştur. Buna karşın klozapin, şizofreni ve şizoaffektif bozuklukta kalıcı ajitasyon ve saldırganlığın yönetiminde altın standart kabul edilmekte, antiagresif etkisinin antipsikotik etkisinden bağımsız işleyebileceği bildirilmektedir. Konsensüs kılavuzu, HH'de nöropsikiyatrik belirtilerin diğer popülasyonlar için geliştirilmiş stratejilerle tedavi edilebildiğini vurgulamaktadır. Dirençli psikotik belirtilerin eşlik ettiği HH olgularında klozapin, hematolojik ve kardiyak izlem eşliğinde değerlendirilebilecek bir seçenektir.

Anahtar Kelimeler: Huntington Hastalığı; Psikotik Bozukluklar; Klozapin; Sanrılar; Antipsikotik Ajanlar

Kaynaklar

1. Badenoch JB, Rickards H, McCutcheon RA, Nair A. Psychosis in Huntington's disease: a review and comparison with schizophrenia. Schizophr Res. 2025;284:175-85.
2. Andriessen RL, Oosterloo M, Hollands A, Linden DEJ, de Greef BTA, Leentjens AFG. Psychotropic medication use in Huntington's disease: a retrospective cohort study. Parkinsonism Relat Disord. 2022;105:69-74.
3. Anderson KE, van Duijn E, Craufurd D, et al. Clinical management of neuropsychiatric symptoms of Huntington disease: expert-based consensus guidelines on agitation, anxiety, apathy, psychosis and sleep disorders. J Huntingtons Dis. 2018;7(3):355-66.
4. van Vugt JP, Siesling S, Vergeer M, van der Velde EA, Roos RA. Clozapine versus placebo in Huntington's disease: a double blind randomised comparative study. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 1997;63(1):35-9.
5. Faden J, Citrome L. A systematic review of clozapine for aggression and violence in patients with schizophrenia or sch

PS-8

EKSKORİASYON BOZUKLUĞU – PSİKODERMATOLOJİ – FARMAKOTERAPİ

Gizem Tunçay, Damla Kuş, Nazan Dolapoğlu, Rıza Gökçer Tulacı

Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, Balıkesir, Türkiye

Giriş: Ekskoriasyon (deri yolma) bozukluğu (EDB), tekrarlayıcı deri yolma veya koparma davranışı sonucunda doku bütünlüğünün bozulduğu, obsesif-kompulsif ve ilişkili bozukluklar kapsamında değerlendirilen psikiyatrik bir bozukluktur Dermatillomani ve psikojenik ekskoriasyon olarak da adlandırılan EDB, DSM-5'te "Obsesif-Kompulsif ve İlişkili Bozukluklar" başlığı altında sınıflandırılmıştır.Klinik görünüm yüzeysel ekskoriasyonlardan kronik ülserasyonlara kadar değişebilmekte, nadiren belirgin doku kaybı gelişebilmektedir. Depresif bozukluklar, anksiyete bozuklukları ve obsesif-kompulsif bozukluk EDB'ye eşlik edebilen psikiyatrik durumlardandır. Deri lezyonlarının ön planda olması nedeniyle hastalar başlangıçta dermatoloji veya plastik cerrahi kliniklerine başvurabilmektedir. Bu nedenle tanı ve tedavide dermatolojik ve psikiyatrik değerlendirmenin birlikte yürütülmesi önemlidir [1,2].

Olgu: Altmış dokuz yaşında, evli, iki çocuklu kadın hasta, frontal ve oksipital saçlı derideki eroziv plaklar nedeniyle dermatoloji kliniğinde değerlendirilmiş, ayırıcı tanı incelemelerinin ardından EDB açısından psikiyatriye yönlendirilmiştir. Öyküsünde yaygın anksiyete bozukluğu ve depresif dönem tanılarıyla psikiyatrik takip bulunmaktaydı. Yaklaşık beş yıl önce çökkün duygudurum, ilgi ve istek kaybı, uykusuzluk, yorgunluk ve enerji azalması başlamıştı. Saçlı deriyi yolma ve koparma davranışı ise üç yıl önce kaygılarının yoğun olduğu dönemlerinde ortaya çıkmıştı. Geçmişte paroksetin, duloksetin, sertralin, trazodon, risperidon ve ketiapin kullanmıştı. Başvurusunda paroksetin 50 mg/gün ve ketiapin 100 mg/gün kullanıyordu. Paroksetinden essitaloprama çapraz geçiş yapılarak aripiprazol 5 mg/gün eklendi. İzlemde lezyonlarda gerileme görülmesine karşın evlilik sorunları sonrasında yolma davranışı yeniden arttı. Klomipramin 25 mg/gün başlanarak 75 mg/güne çıkarıldı ve essitalopram kademeli kesildi. Son kontrollerde saçlı deriyle ilişkili uğraşlarda ve yolma davranışında belirgin azalma gözlendi.



Şekil.

Tartışma: EDB tedavisinde deri lezyonlarının yanı sıra yolma davranışını sürdüren psikiyatrik belirtilerin ve psikososyal etkenlerin değerlendirilmesi önemlidir. Serotonerjik antidepresanlar, N-asetilsistein ve opioid antagonistleri farmakolojik seçenekler arasında araştırılmış; bilişsel davranışçı terapi ve alışkanlığı tersine çevirme eğitiminin yararlı olabileceği bildirilmiştir [1,3]. Tekrarlayan manipülasyon çoğunlukla yüzeysel lezyonlara yol açsa da kronik ülserasyon ve ciddi doku hasarı gelişen olgular bildirilmiştir [4,5]. Bu olguda ileri yaşta süren, anksiyete ve psikososyal stresle şiddetlenen saçlı deri yolma davranışı dikkat çekmektedir. Ayrıca belirtilerin evlilikle ilişkili stres dönemlerinde yeniden belirginleşmesi, çevresel tetikleyicilerin hastalığın seyri üzerindeki olası etkisini göstermektedir. Dermatoloji ve psikiyatri izleminin eş zamanlı sürdürülmesi, hem kutanöz hasarın hem de tekrarlayıcı davranışın değerlendirilmesine olanak sağlamış ve klinik yönetimin bütüncül biçimde yürütülmesini desteklemiştir. Klomipramin tedavisi sonrasında gözlenen klinik düzelme, önceki tedavilere yeterli yanıt alınamayan hastalarda bireyselleştirilmiş tedavi yaklaşımının önemini düşündürmektedir.

Anahtar kelimeler: Ekskoriasyon Bozukluğu, Psikodermatoloji, Farmakoterapi

Kaynaklar

1. Grant, J. E., Odlaug, B. L., Chamberlain, S. R., Keuthen, N. J., Lochner, C., & Stein, D. J. (2012). Skin picking disorder. American Journal of Psychiatry, 169(11), 1143–1149.
2. Malayala, S. V., Rehman, H., & Vasireddy, D. (2021). Dermatillomania: A case report and literature review. Cureus, 13(1), e12932.
3. Spiegel, D. R., & Finklea, L. (2009). The recognition and treatment of pathological skin picking: A potential neurobiological underpinning of the efficacy of pharmacotherapy in impulse control disorders. Psychiatry (Edgmont), 6(2), 38–42.
4. Galdyn, I. A., Chidester, J., & Martin, M. C. (2015). The reconstructive challenges and approach to patients with excoriation disorder. Journal of Craniofacial Surgery, 26(3), 824–825.
5. Nico, M. M. S., & Lourenço, S. V. (2016). Obsessive-compulsive behaviour related cutaneous ulcers: Two cases with therapeutic considerations. International Wound Journal, 13(5), 860–862.

PS-9

GEÇ BAŞLANGIÇLI PSİKOZDA UZUN ETKİLİ ENJEKTABL PALİPERİDON PALMİTAT SONRASI GELİŞEN ATİPİK NÖROLEPTİK MALİGN SENDROM: BİR OLGU SUNUMU

Göktan Yaman, **Süheyla Ünal**

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Şehir Hastanesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Bursa, Türkiye

Giriş: Geç yaşamda başlayan psikotik bozukluklar, primer psikiyatrik hastalıkların yanı sıra nörolojik, nörodejeneratif ve diğer nedenler açısından dikkatli değerlendirme gerektirir. Geç başlangıçlı şizofreni (LOS), psikotik belirtilerin 40–59 yaş arasında başladığı olguları tanımlar. Nöroleptik malign sendrom (NMS) antipsikotik kullanımıyla ilişkili, nadir ancak yaşamı tehdit edebilen bir komplikasyondur. Klasik klinik ve laboratuvar bulgularının tamamının görülmediği tablolar atipik NMS prezentasyonu olarak bildirilmektedir.

Olgu: Altmış beş yaşında kadın hastanın psikotik belirtileri 57 yaşında, perseküsyon ve partisyon sanrıları ile işitsel-görsel varsanılar şeklinde başlamıştı. Belirgin negatif semptom, biçimsel düşünce bozukluğu veya dezorganizasyon yoktu; sosyal işlevselliği kısmen korunmuştu, Standardize Mini Mental Test skoru 30/30 idi. Başlangıç yaşı açısından LOS kapsamında değerlendirilen olgunun klinik görünümü, çok geç başlangıçlı şizofreni benzeri psikozda da tanımlanan fenomenolojik örüntüyle benzerlik göstermekteydi. Yatışında kısa süreli oral paliperidon, ketiapin ve olanzapin kullanıldı. İçgörüsü olmayan hastaya oral tedavi uyumunun düşük olacağı öngörülerek paliperidon palmitat uzun etkili enjeksiyon (LAI) başlandı. Poliklinik kontrolünde (LAI 1. yükleme dozundan 8 hafta sonra başlayan ve giderek artan) tremor, yürüme ve konuşma güçlüğü, disfaji, beslenme reddi ve ciddi kilo kaybı saptandı. Beden kitle indeksi 15 kg/m^2 olan hastada yaygın kurşun boru rijiditesi, trismus, taşikardi ve bilinç dalgalanmaları saptandı. Vücut sıcaklığı 36,8°C, kreatin kinaz düzeyi normaldi. Nörogörüntülemede akut intrakranial patoloji saptanmadı. Korunmuş bilişsel işlevler Lewy cisimcikli demans gibi nörodejeneratif bir süreci desteklemedi; belirgin negativizm, postür alma veya balmumu esnekliği gibi katatoni bulguları gözlenmedi. Antikolinerjik ve benzodiazepin tedavisine sınırlı yanıt alınması ve bilinç değişikliği ile taşikardinin eşlik etmesi tabloyu yalnızca şiddetli ekstrapiramidal yan etkiyle açıklamayı güçleştirdi. İleri yaş ve kaşeksinin hipertermi ve kreatin kinaz yüksekliğini sınırlayabileceği düşünülerek tablo olası atipik NMS ile uyumlu değerlendirildi. Antipsikotikler kesildi; hidrasyon, elektrolit replasmanı, biperiden, lorazepam ve amantadin tedavileriyle kısmi klinik düzelme sonrası ayaktan izlem planlandı. Yazılı bilgilendirilmiş onam alındı.

Tartışma: LAI formülasyonlar, ilacın vücuttan hızla uzaklaştırılamaması nedeniyle NMS şüphesinde klinik seyri uzatabilmektedir. Bu olgu; ileri yaş, düşük kas kütlesi ve ikinci kuşak LAI tedavisi varlığında, hipertermi ve kreatin kinaz yüksekliği gibi klasik bulgular eksik olsa dahi, katatoni ve nörodejeneratif nöroleptik duyarlılığı da gözetilerek, NMS olasılığının klinik gidişat doğrultusunda değerlendirilmesi gerektiğini vurgulamaktadır.

Anahtar kelimeler: nöroleptik malign sendrom, geç başlangıçlı psikoz, paliperidon palmitat, uzun etkili enjektabl antipsikotik, partisyon sanrısı

Kaynaklar

1. Howard R, Rabins PV, Seeman MV, Jeste DV. Late-onset schizophrenia and very-late-onset schizophrenia-like psychosis: an international consensus. The International Late-Onset Schizophrenia Group. Am J Psychiatry. 2000 Feb;157(2):172-8. doi: 10.1176/appi.ajp.157.2.172. PMID: 10671383.
2. Nisijima K, Shioda K. A rare case of neuroleptic malignant syndrome without elevated serum creatine kinase. Neuropsychiatr Dis Treat. 2014 Feb 24;10:403-7. doi: 10.2147/NDT.S58677. PMID: 24591835; PMCID: PMC3938441.
3. Howard, R., Castle, D., O'Brien, J., Almeida, O. and Levy, R. (1992), Permeable walls, floors, ceilings and doors. Partition delusions in late paraphrenia. Int. J. Geriat. Psychiatry, 7: 719-724. https://doi.org/10.1002/gps.930071006

Bu özette dil düzenleme amacı ile Claude'dan yararlanılmıştır.

PS-10

OLİGODENDROGLİOMALI BİR HASTADA STEROİD İLİŞKİLİ MANİK EPİZOD

İrem Kılıç, Ali Görkem Gençer, Lütfiye Söğütlü

Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, İstanbul, Türkiye

Giriş: Duygudurum değişiklikleri, davranışsal belirtiler ve psikotik bulgular beyin tümörlerinde görülebilmekte; bu belirtiler tümörün yerleşimi, peritümöral ödem, nöbetler ve tedavide kullanılan ilaçlarla ilişkili olabilmektedir. Frontal ve frontal-subkortikal ağların etkilenmesi; disinhibisyon, irritabilite, dürtü kontrolünde azalma ve muhakeme bozukluğuyla ilişkilidir; lezyonel mani olgularında sağ hemisfer tutulumunun daha sık bildirilmesi, sağ frontal yerleşimli lezyonların ikincil manik tablolar açısından önemini desteklemektedir [1,2]. Beyin tümörlerine eşlik eden vazojenik ödemin tedavisinde sık kullanılan kortikosteroidler; uykusuzluk, irritabilite, mani ve psikotik belirtilere yol açabilmekte, bu risk, tedavinin erken döneminde ve yüksek dozda artmaktadır [3,4]. Olgumuzda, sağ frontal oligodendrogliomaası ve belirgin vazojenik ödemi bulunan bir hastada yüksek doz deksametazon tedavisi sonrasında gelişen psikotik özellikli manik epizod sunulmuştur.

Olgu: 53 yaşında, psikiyatrik öyküsü olmayan erkek hasta; iki haftadır devam eden uyku ihtiyacında azalma, konuşmada hızlanma, enerji artışı, aşırı harcama, irritabilite ve şüphecilik nedeniyle acil servise getirildi. Hastanın sağ frontal yerleşimli oligodendroglioma (IDH-mutant ve 1p/19q-kodelesyonlu, CNS WHO derece 3) nedeniyle 2016 ve 2024'te opere edildiği, haziran 2026 MRG'sinde nekroz ve kontrastlanmada artış ile -sağda daha belirgin- bilateral vazojenik ödem ve 8–9 mm orta hat şifti saptandığı öğrenildi. Artan ödem nedeniyle deksametazon 16 mg/gün başlanan, bir ay sonra dozu 8 mg/güne düşürülen hastanın manik ve psikotik belirtileri bu tedavi sonrasında ortaya çıktı. Muayenede eleve duygudurum, grandiyöz ve persekütuvar sanrılar, artmış psikomotor aktivite, konuşma hızında artış saptandı. YMRS skoru 31'di. Metabolik, endokrin ve enfeksiyöz nedenler dışlandı. Haloperidol, ketiapin ve biperiden başlandı. Deksametazon dozu kademeli biçimde azaltıldı, risperidona geçildi. Levetirasetam nöroloji tarafından kesildi, yerine valproat eklendi. İzlemde belirtilerin gerilediği görüldü, taburculukta YMRS skoru 8'di.

Tartışma: Olgumuz sağ frontal yerleşimli tümör, belirgin vazojenik ödem ve yüksek doz deksametazon tedavisinin birlikte etkili olduğu ikincil bir psikotik özellikli manik episodu yansıtmaktadır. Sağ hemisfer lezyonlarının lezyonel maniyle daha sık ilişkilendirildiği [1,2] ve oligodendrogliomanın manik belirtilerle ortaya çıkabildiği bildirilmektedir [5]. Manik belirtilerin yüksek doz kortikosteroid başlanması sonrasında gelişmesi, kortikosteroid tedavisinin bu konuda önemli bir tetikleyici faktör olabileceğini düşündürmüştür [3,4]. Olgumuz ayrıca organik zeminde gelişen duygudurum ve psikotik belirtilerin değerlendirilmesinde psikiyatri-nöroloji işbirliğinin önemini vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Bipolar bozukluk, kortikosteroidler, oligodendrogliom

Kaynaklar

1. Barahona-Corrêa, J. B., Cotovio, G., Costa, R. M., Ribeiro, R., Velosa, A., Silva, V. C. E., Sperber, C., Karnath, H. O., Senova, S., & Oliveira-Maia, A. J. (2020). Right-sided brain lesions predominate among patients with lesional mania: evidence from a systematic review and pooled lesion analysis. Translational psychiatry, 10(1), 139. https://doi.org/10.1038/s41398-020-0811-0
2. Cotovio, G., Faro Viana, F., Fox, M. D., & Oliveira-Maia, A. J. (2022). Lesion network mapping of mania using different normative connectomes. Brain structure & function, 227(9), 3121–3127. https://doi.org/10.1007/s00429-022-02508-8
3. De Bock, M., & Sienaert, P. (2024). Corticosteroids and mania: A systematic review. The world journal of biological psychiatry : the official journal of the World Federation of Societies of Biological Psychiatry, 25(3), 161–174. https://doi.org/10.1080/15622975.2024.2312572
4. Warrington, T. P., & Bostwick, J. M. (2006). Psychiatric adverse effects of corticosteroids. Mayo Clinic proceedings, 81(10), 1361–1367. https://doi.org/10.4065/81.10.1361
5. Saha, R., & Jakhar, K. (2015). Oligodendroglioma presenting as chronic mania. Shanghai archives of ps

PS-11

SEROTONİN SENDROMU SONRASI ÜÇ AYLIK SESSİZLİK: DİRENÇLİ OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK OLGUSU

İlknur Sahak, **İrem Yazıcı Karabulut, Mehmet Emrah Karadere**

Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, İstanbul, Türkiye

Giriş ve Amaç: Serotonin sendromu (SS), Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) tedavisinde birinci basamak tedavi olarak kullanılabilen serotonerjik ilaçların tek başına veya kombinasyonu sonucunda gelişen ve yaşamı tehdit edebilen bir durumdur. Tedavide sorumlu ilaçların kesilmesi ve destekleyici bakım esastır. SS sonrasında dirençli obsesif kompulsif bozukluk (OKB) belirtilerinin seyri ve remisyon süresi hakkında sınırlı veri bulunmaktadır. Bu olguda, dirençli OKB hastasında gelişen SS sonrasında takip edilen hastanın belirtilerinin 9 aylık seyri sunulmuştur.

Olgu: Elli dokuz yaşında, 16 yıldır dirençli OKB tanısıyla takip edilen kadın hastanın son altı ayda kızına yönelik takıntıları, huzursuzluğu, uyku sorunları artması üzerine Paroksetin 60 mg/gün, mirtazapin 15 mg/gün, trifluoperazin 10 mg/gün ve biperiden 2 mg/gün tedavisine klomipramin 30 mg/gün eklendiği öğrenildi. Yaklaşık iki hafta sonra aniden huzursuzluk, uykusuzluk, bilinç bulanıklığı, konfüzyon, görsel varsanılar, dezorganize davranışlar gelişmesi nedeniyle acil serviste görüldü. Muayenesinde dil ve ekstremitelerde tremor, hafif rijidite, alt ekstremitelerde hiperrefleksi, denge bozukluğu ve dizartri saptandı. Ateş ve belirgin otonomik bulgu yoktu. Kreatin kinaz en yüksek 165 U/L ölçüldü; kraniyal görüntülemeleri olağandı. SS düşünülerek tüm psikiyatrik ilaçları kesildi. İki gün içinde hafif el tremoru dışındaki bulgular geriledi. On günlük yatışın ardından fluoksetin 20 mg/gün ve aripiprazol 10 mg/gün tedavisiyle taburcu edildi. İki haftada bir kontrol muayenesinde görülen hastada 3 ay boyunca obsesyon, kompulsiyon veya başka bir psikiyatrik yakınma saptanmadı ve her gelişinde Y-BOCS=0 olarak hesaplandı. 3 ay sonrasında tetikleyici olmadan aniden cinsellikle alakalı takıntılar, eşine sürekli bu konuda sorular sorma, uykusuzluk, evde duramama, sık sık ağlama şikayetleri başladı. 5 ay boyunca 4 haftada bir düzenli görüşülen hastada SS riski gözetilerek düzenlenen optimum farmakolojik müdahaleye rağmen semptomlarda gerileme olmadı. YBOCS alt ölçeklerinde obsesyon 18 puanın ve kompulsüyon 18 puanın altına düşmedi. Tartışma ve

Sonuç: Serotonin sendromu sonrası OKB belirtilerinin ortaya çıkış zamanı ve seyri konusunda literatürde yeterli veri bulunmamaktadır. Olgumuzda, serotonin sendromunu takiben 3 ay boyunca OKB belirtileri kayboldu ve Y-BOCS puanı 0'dı. Üçüncü ayda belirtilerin ortaya çıkması ve 5 ay boyunca optimum tedaviye rağmen düzelme olmaması, SS sonrası bir remisyon olabileceğini düşündürmektedir. Bu durum, serotonerjik aşırı uyarılma sonrasında gelişen nöroadaptif değişikliklerin OKB belirtilerini baskılamış olabileceği hipotezini gündeme getirmektedir. Bu ilişkinin ve SS sonrası OKB belirtilerinin seyir özelliklerinin aydınlatılabilmesi için daha çok sayıda olguyu içeren çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Serotonin sendromu, OKB, Remisyon

Kaynaklar

1. Scotton WJ, Hill LJ, Williams AC, Barnes NM. Serotonin Syndrome: Pathophysiology, Clinical Features, Management, and Potential Future Directions. Int J Tryptophan Res. 2019 Sep 9;12:1178646919873925. doi: 10.1177/1178646919873925. PMID: 31523132; PMCID: PMC6734608.
2. Nutt DJ, Forshall S, Bell C, Rich A, Sandford J, Nash J, Argyropoulos S. Mechanisms of action of selective serotonin reuptake inhibitors in the treatment of psychiatric disorders. Eur Neuropsychopharmacol. 1999 Jul;9 Suppl 3:S81-6. doi: 10.1016/s0924-977x(99)00030-9. PMID: 10523062.
3. Bracco L, Dusi N, Moltrasio C, Brambilla P, Delvecchio G. Structural and functional brain imaging after treatment with selective-serotonin reuptake-inhibitors in obsessive-compulsive disorder: A mini review. J Affect Disord. 2024 Jan 15;345:141-148. doi: 10.1016/j.jad.2023.10.034. Epub 2023 Oct 10. PMID: 37820957.

PS-12

ŞİZOAFFEKTİF BOZUKLUKTA TEDAVİYE DİRENÇLİ AJİTASYON VE PSİKOZ: EŞLİK EDEN T3-TİROTOKSİKOZUNUN OLASI ROLÜ

Merve Sena Kırmacı, Seda Kırcı Ercan

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hastanesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Aydın, Türkiye

Giriş: Şizoaffektif bozuklukta akut alevlenmeler; sanrı, varsanı, mani ve şiddetli psikomotor ajitasyonla seyredebilir. Standart antipsikotik ve sedatif tedavilere beklenen yanıtın alınamadığı durumlarda, psikiyatrik belirtileri ağırlaştırabilecek eşlik eden tıbbi nedenlerin araştırılması önemlidir [1,3,4]. Hipertiroidi anksiyete ve irritabilitenin yanı sıra nadiren mani ve psikozla ilişkili olabilir [2]. Bu olguda, tedaviye dirençli ajitasyonla seyreden şizoaffektif bozukluk alevlenmesinde eşlik eden T3-tirotoksikozunun olası rolünün tartışılması amaçlandı.

Olgu: Elli yaşında, bekar, şizoaffektif bozukluk manik tip tanılı erkek hasta; ilaçlarını düzensiz kullanma, kendi kendine konuşma, çevreyi rahatsız edici davranışlar ve artan ajitasyon nedeniyle yatırıldı. İlk psikiyatrik belirtileri 2004 yılında başlayan hastanın 14 yatışı, çoklu antipsikotik/duygudurum düzenleyici kullanımı ve sekiz seans elektrokonvülsif tedavi öyküsü vardı. Ruhsal durum muayenesinde özbakımda azalma, konuşma hız ve miktarında artış, çağrışım hızlanması; persekütif, grandiyöz ve mistik sanrılar ile işitsel varsanılar saptandı. Bilinci açık ve oryantasyonu tamdı. Günde üç kez intramüsküler haloperidol 10 mg, biperiden 5 mg ve klorpromazin 25 mg uygulanmasına rağmen ajitasyon sürdü. TSH 0,06 μIU/mL, serbest T3 4,73 pg/mL, serbest T4 1,38 ng/dL saptandı; tiroid otoantikorları negatifti. T3-tirotoksikozu düşünülerek metimazol başlandı. Sonrasında ajitasyon daha düşük doz psikofarmakolojik tedaviyle kontrol altına alınabildi; psikotik belirtilerde kısmi düzelme izlendi. Kontrolde TSH 0,52 μIU/mL'ye yükseldi.

Tartışma: Tirotoksikozun primer psikiyatrik hastalığın tek nedeni olduğu söylenemese de, antitiroid tedavi sonrası ajitasyondaki belirgin gerileme ve psikofarmakolojik tedaviye yanıtın artması, eşlik eden tiroid disfonksiyonunun alevlenmenin şiddetine katkıda bulunmuş olabileceğini düşündürmektedir. Tedaviye dirençli veya alışılmış ataklardan farklı seyreden akut psikoz ve ajitasyon tablolarında tiroid fonksiyonlarının değerlendirilmesi, düzeltilebilir tıbbi etkenlerin saptanması açısından önemlidir [2,4].

Anahtar Kelimeler: Şizoaffektif Bozukluk; Psikomotor Ajitasyon; Psikoz; Tirotoksikoz; Triiyodotironin.

Kaynaklar

1. Tandon R. Schizoaffective disorder in adults: Epidemiology, clinical manifestations, course, assessment, and diagnosis. In: Post TW, ed. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate; 2024.
2. Ross DS. Overview of the clinical manifestations of hyperthyroidism in adults. In: Post TW, ed. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate; 2024.
3. Richmond JS. Assessment and emergency management of the acutely agitated or violent adult. In: Post TW, ed. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate; 2024.
4. Freudenreich O, Brown HE, Holt MIC. Medical evaluation of adults with psychiatric illness. In: Post TW, ed. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate; 2024.

PS-13

KRONİK BÖBREK HASTALIĞI EŞLİK EDEN BİPOLAR BOZUKLUKTA PSİKOFARMAKOLOJİK TEDAVİ: BİR OLGU SUNUMU

Sevda Yıldız Saray, Deniz Alçı,Serap Akdeniz, Rıza Gökçer Tulacı, Büşra Duba

Balıkesir Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Balıkesir

Giriş: Bipolar bozukluk, yineleyici duygudurum dönemleriyle seyreden ve uzun süreli tedavi gerektiren kronik psikiyatrik bozukluktur. Tedavide duygudurum düzenleyiciler ve antipsikotikler ilk sırada tedavilerdir (1). Kronik böbrek hastalığı (KBH) ve hemodiyaliz gereksinimi, ilaçların farmakokinetik özelliklerinde değişiklik ve yan etki riski nedeniyle tedaviyi güçleştirebilmektedir (2). Hemodiyaliz hastalarında antipsikotik kullanımına ilişkin kanıtların sınırlı olması, bireyselleştirilmiş yaklaşımın önemini artırmaktadır (3). Bu olguda, hemodiyaliz alan bipolar bozukluk tanılı bir hastada mani döneminin yönetiminin sunulması amaçlanmıştır.

Olgu: Yaklaşık 25 yıldır bipolar bozukluk tanısıyla izlenen; hipertansiyon, KOAH ve KBH tanıları bulunan ve dört aydır haftada iki gün hemodiyaliz uygulanan hasta, bir haftadır devam eden psikomotor aktivite ve özgüven artışı, konuşma hız ve miktarında artış, uyku gereksiniminde azalma ve evden kaçma davranışları nedeniyle kliniğimize yönlendirildi. Hemodiyaliz gereksinimi nedeniyle dış merkezlerde psikiyatri yatışı gerçekleştirilememişti.

Başvuru öncesinde ketiapin XR 400 mg/gün, risperidon 2 mg/g, zuklopentiksol dekanoat 200 mg/10 gün ve lüzum halinde zuklopentiksol asetat 50 mg kullandığı öğrenildi. Hasta son altı aydır valproik asit kullanmıyordu. Hastadan edinilen bilgiye göre takipli olduğu hekimi aralıklı olarak valproik asidi ekleyip çıkarıyordu. Hastanın ataklarının ağırlıklı olarak manik özellikte olduğu ve son psikiyatri yatışının Şubat 2026'da manik atak nedeniyle gerçekleştiği belirlendi. Yaklaşık 20 yıl önce NSAİİ kullanımı sonrası lityum intoksikasyonu öyküsü mevcuttu.

Yatışında valproik asit 500 mg/gün başlanarak 1500 mg/güne kadar artırıldı. Ketiapin tedavisi klinik yanıta göre düzenlenerek 600 mg/gün olarak sürdürüldü. Olanzapin tedaviye eklenerek 20 mg/güne kadar artırıldı. Devam eden manik belirtiler nedeniyle haloperidol eklenerek kademeli olarak 15 mg/güne çıkarıldı. Lorazepam ve sonrasında klonazepam yardımcı tedavi olarak kullanıldı. Ekstrapiramidal yan etkiler nedeniyle biperiden eklendi. Hemodiyaliz programına yatış boyunca devam edildi.

Tartışma: Bu olgu, bipolar bozukluk ve hemodiyaliz birlikteliğinde akut mani tedavisinin zorluklarını göstermektedir. Geçirilmiş lityum intoksikasyonu, mevcut renal hastalık ve hemodiyaliz gereksinimi tedavi seçeneklerinin belirlenmesinde önem taşımıştır. Mani belirtilerinin kontrolü için duygudurum düzenleyici ve çoklu antipsikotik tedavi kademeli olarak düzenlenmiştir. Ayrıca hemodiyaliz gereksiniminin psikiyatrik yatışı güçleştirmesi, bu hastalarda psikiyatri ve nefroloji iş birliğinin önemini ortaya koymaktadır. Tedavinin renal durum, önceki tedavi yanıtı, ilaç tolerabilitesi ve yan etki profili dikkate alınarak bireyselleştirilmesi önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Bipolar bozukluk, hemodiyaliz, kronik böbrek hastalığı

Kaynaklar

1. Keramatian K, Chithra NK, Yatham LN. The CANMAT and ISBD guidelines for the treatment of bipolar disorder: summary and a 2023 update of evidence. Focus (Am Psychiatr Publ). 2023;21(4):344-353. doi:10.1176/appi.focus.20230009.
2. Dalal PK, Kar SK, Agarwal SK. Management of psychiatric disorders in patients with chronic kidney diseases. Indian J Psychiatry. 2022;64(Suppl 2):S394-S401. doi:10.4103/indianjpsychiatry.indianjpsychiatry_1016_21.
3. Sutar R, Atlani MK, Chaudhary P. Antipsychotics and hemodialysis: a systematic review. Asian J Psychiatr. 2021;55:102484. doi:10.1016/j.ajp.2020.102484.

PS-14

İLERİ YAŞTA TEKRARLAYAN ALİCE HARİKALAR DİYARINDA SENDROMU: OLGU SUNUMU

Sima Hasgören Narbay, Bahadır Bakım

Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, İstanbul, Türkiye

Giriş: Alice Harikalar Diyarında Sendromu (AIWS); görsel algı, beden şeması ve zaman algısında bozulmalarla karakterize nadir bir algı bozukluğudur. Bedenin tamamının veya bir bölümünün olduğundan büyük ya da küçük algılanması makrosomatognozi ve mikrosomatognozi olarak tanımlanır; somestetik belirtiler AIWS spektrumunun temel özelliklerindendir. Etiyolojide migren, epilepsi, enfeksiyonlar, yapısal beyin lezyonları, ilaçlar, psikiyatrik bozukluklar yer alabilir. Erişkin ve yaşlı olgularda nörolojik nedenler daha sık bildirilmektedir. Bu olgu, uzun süreli remisyon sonrasında ileri yaşta yeniden ortaya çıkan somatognostik metamorfopsinin psikiyatrik belirtilerle birlikteliğini sunmaktadır.

Olgu: 71 yaşında erkek hasta; kaygı, isteksizlik, sosyal ortamlardan kaçınma,somatognostik metamorfopsi şikayetleriyle kliniğimize yatırıldı. İlk psikiyatrik yakınmalarının yaklaşık 35 yıl önce, ekstremitelerinin uzayıp kısaldığını düşünme ve depresif belirtilerle başladığı; EKT sonrası belirgin düzelme sağlandığı ve uzun süre psikiyatrik yatış olmadığı öğrenildi.1 sene önce kaygı ve depresif yakınmalarının başladığı ve süreç içerisinde sertralin,olanzapin ve mirtazapin tedavilerinin uygulandığı öğrenildi. Yaklaşık 2 aydır elleri ve ayaklarının uzayıp kısaldığını düşünme, diğer insanların vücut parçalarında değişiklik algılama yakınmalarının yeniden geliştiği, bu şikayetlerin kaygı ve depresif yakınmalarında artışa neden olduğu ve hastanın yatışından yaklaşık 3 hafta önce çoklu ilaç alımı ile suisid girişiminde bulunduğu belirtildi. Muayenesinde anksiyöz duygudurum, paranoid/persekütif ve majik düşünceler, somatognostik metamorfopsi, avolisyon ve pasif suisidal düşünceler saptandı. Nörolojik sebepleri dışlamak amacıyla MRG, enfeksiyöz etkenler için kan biyokimyası ve seroloji bakıldı; göz hastalıklarının dışlanması amacıyla göz hastalıkları kliniğine danışıldı. Dış merkezde sertralin 100 mg/g, kariprazin 3 mg/g, mirtazapin 45 mg/g ve alprazolam 0,5 mg/g başlanmıştı. Servis takiplerinde mirtazapin ve alprazolam sonlandırıldı, sertralin 150 mg/g'e çıkarıldı, valproat Na 750 mg/g eklenerek tedricen 1000 mg/g'e çıkarıldı. Takiplerde şikayetlerinin düzeldiği gözlendi. Olgudaki ekstremitelerin boyut değiştirdiği algısı, AIWS'nda tanımlanan somatognostik bozukluklarla örtüşmektedir. Literatürde depresyon, şizofreni ve bipolar duygudurum bozukluğu gibi psikiyatrik tablolarla birliktelik bildirilmiş olsa da psikiyatrik etiyolojiler görece seyrektir.

Tartışma: AIWS, farklı patofizyolojik mekanizmalara bağlı gelişebilir. Somatosensoriyel ve görsel bilginin entegrasyonunda temporo-parieto-oksipital bileşkenin önemli rol oynadığı düşünülmektedir. Metamorfopsiler altta yatan nörolojik, psikiyatrik veya diğer tıbbi durumların belirtisi olabileceğinden, özellikle ileri yaşta ortaya çıkan ya da tekrarlayan olgularda ayrıntılı nörolojik değerlendirme, beyin görüntüleme ve gerektiğinde EEG gibi incelemeler önem taşır. Bu olgu, somatognostik metamorfopsinin onlarca yıllık aradan sonra tekrarlayabilmesi ve psikiyatrik belirtilerle iç içe geçebilmesi nedeniyle dikkat çekicidir.

Anahtar Kelimeler: Alice Harikalar Diyarında Sendromu, somatognostik metamorfopsi, psikoz

Kaynaklar

1. Blom JD. Alice in Wonderland syndrome: A systematic review. Neurol Clin Pract. 2016;6(3):259–270. doi:10.1212/CPJ.0000000000000251.
2. Mastria G, Mancini V, Viganò A, Di Piero V. Alice in Wonderland Syndrome: A Clinical and Pathophysiological Review. BioMed Research International. 2016;2016:8243145. doi:10.1155/2016/8243145.
3. Tunç S, Başbuğ HS. Alice in Wonderland syndrome: a strange visual perceptual disturbance. Psychiatry and Clinical Psychopharmacology. 2017. doi:10.1080/24750573.2017.1354655.

PS-15

NÖROFİBROMATOZİS TİP-1 TANILI BİR ERİŞKİNDE SANTRAL SİNİR SİSTEMİ TUTULUMU İLE İLİŞKİLİ HAYALİ ARKADAŞ VE SUİSİDAL TELKİNLER: BİR OLGU SUNUMU

Sude Tekin Kondakçı, Ali Emre Şevik

Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çanakkale, Türkiye

Giriş: Nörofibromatozis Tip-1 (NF-1), santral sinir sistemi tutulumu ve çeşitli nöropsikiyatrik belirtilerle seyredebilen otozomal dominant geçişli nörogenetik bir bozukluktur. NF-1'de depresyon, anksiyete ve intihar riski artışı sık bildirilmekle birlikte, çocukluk çağında normal kabul edilen ancak erişkinlikte oldukça nadir görülen 'hayali arkadaş' fenomeni ve organik psikotik tablolar klinik olarak dikkat çekicidir.

Olgu: Kırk altı yaşında, NF-1, intraabdominal periferik sinir kılıfı tümörü ve ülseratif kolit tanıları olan erkek hasta; içine kapanma, yoğun sosyal izolasyon ve yaklaşık bir yıldır gördüğü hayali 'ikiz' figürünün intihar telkinleri nedeniyle başvurdu. Öyküsünden, NF-1 tanılı annesinin bir yıl önce vefatı sonrası depresif belirtilerinin arttığı, fiziksel olarak kendisine benzeyen ancak farklı karaktere sahip hayali ikizinin 'kendini öldür, yaşamayı hak etmiyorsun' yönlendirmeleriyle intihar planı yaptığı öğrenildi. Ruhsal muayenesinde duygudurum depresif, anhedoni, anerji ve pasif özkıyım düşüncesi mevcuttu; Wechsler Yetişkinler Zekâ Ölçeği (WAIS) değerlendirmesi sınır-donuk zekâ ile uyumluydu. Beyin manyetik rezonans görüntülemesinde (MRG) sağ serebellar pedinküllerde, ponsta ve mezensefalonda NF-1 santral tutulumunu düşündüren hiperintens odaklanmış alanlar (FASİ lezyonları) saptandı. Yatarak tedavisi düzenlenen hastanın uygunsuz polifarmasisi sonlandırıldı; duloksetin 120 mg/gün, mirtazapin 30 mg/gün ve olanzapin 5 mg/gün tedavisi başlandı. Yatışının 35. gününde depresif belirtileri anlamlı düzeyde gerileyen, özkıyım düşünceleri kaybolan ve hayali ikiz yaşantısı belirgin şekilde azalan hasta şifa ile taburcu edildi.

Tartışma: Erişkinlikte ortaya çıkan hayali arkadaş yaşantısı genellikle disosiyatif ya da psikotik süreçlere işaret eder. Bu olguda, hastanın kognitif düzeyi, beyin MRG'de tespit edilen santral tutulum bulguları ve tedaviye yanıtı, tablonun disosiyasyondan ziyade NF-1 nöropatolojisine ikincil organik kökenli atipik bir psikotik fenomen olduğunu düşündürmektedir. Erişkin NF-1 olgularında psikiyatrik semptomların multidisipliner yaklaşımla değerlendirilmesi hayati önem taşır. Bildiri için hastadan bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

Anahtar Kelimeler: Nörofibromatozis Tip 1, Hayali arkadaş, Organik psikoz, İntihar düşüncesi, Manyetik rezonans görüntüleme

Kaynaklar

1. Gutmann DH, Ferner RE, Listernick RH, Korf BR, Wolters PL, Johnson KJ. Neurofibromatosis type 1. Nat Rev Dis Primers. 2017;3:17004.
2. Ferner RE, Huson SM, Thomas N, et al. Guidelines for the diagnosis and management of individuals with neurofibromatosis 1. J Med Genet. 2007;44(2):81-88.
3. Pearson RM, Rouse H, Doswell SE, et al. Imaginary companions in childhood and adult creativity. J Res Pers. 2001;35(3):281-294.
4. Güven Kılıçoğlu A, Seferoğlu M, Hakyemez B, Akkaya C. A Neurofibromatosis type 1 case associated with generalised anxiety disorder. Anatolian J Clin Investig. 2010;4(1):61-63.

PS-16

DEPRESİF BİLİŞSEL BOZUKLUKTA BREKSİPİPRAZOL GÜÇLENDİRME TEDAVİSİ: BİR OLGU SUNUMU

Tülay Satı Kırkan

Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Bandırma/Balıkesir, Türkiye

Giriş: Atipik bir antipsikotik olan breksipiprazol, majör depresif bozuklukta (MDB) antidepresan tedaviyi güçlendirme seçeneği olarak onay almıştır (1). Yaşlı popülasyonda depresyona ikincil gelişen bilişsel bozulmalar (psödodemans), demans ile sıklıkla karışmakta ve yetersiz tedaviye yol açabilmektedir (2). Bu olguda, nöroloji tarafından bilişsel bozukluk ön tanısıyla takip edilen ve dirençli depresyon tablosuna breksipiprazol eklenmesiyle 1 ayda tama yakın klinik ve bilişsel iyileşme sağlanan bir depresif bilişsel bozukluk vakası sunulmuştur.

Olgu: 62 yaşında kadın hasta; 3 yıl önce eşinin vefatının ardından başlayan unutkanlık, durgunluk ve günlük yaşam aktivitelerinde zorlanma şikayetleriyle başvurdu.Öyküsünden, hastanın 3 yıldır nöroloji kliniğince "bilişsel bozukluk?" tanısıyla izlendiği öğrenildi. Ruhsal muayenesinde; affekt künt, duygudurum depresif, bakışlar donuk, konuşma soru-cevap şeklinde, soruları yanıtlama süresi uzamış olup genellikle "bilmiyorum" şeklinde yanıtlar verdiği görüldü. Uyku ve iştah bozukluğu tanımlamıyordu. Yapılan mental durum muayenesinde; zaman oryantasyonunda (gün/ay) ve hatırlamada belirgin kusurlar saptanarak Mini Mental Durum Muayenesi (MMDM) puanı 21/30, Geriatrik Depresyon Ölçeği (GDÖ) kısa versiyonu puanı 13 olarak hesaplandı. Tıbbi tetkikleri olağandı; kraniyal görüntülemede belirgin atrofi saptanmadı, EEG incelemesi doğaldı. Yaklaşık 2 yıldır Sertralin 200 mg/gün kullanmakta olan ancak semptomları devam eden hastanın tedavisine Breksipiprazol 0,5 mg/gün eklendi. Tedavinin 1. ayındaki kontrolde, depresif belirtilerin ve unutkanlık şikayetinin belirgin düzeyde gerilediği görüldü (GDÖ: 5).

Tartışma ve Sonuç: Breksipiprazol; serotonin 5-HT1A ve dopamin D2 reseptör parsiyel agonisti, 5-HT2A ve noradrenalin alfa-1B/2C antagonisti etki profiline sahiptir (3). Hastanın MMDM sırasındaki "bilmiyorum" yanıtları depresif psödodemansı destekler niteliktedir. Literatürde breksipiprazolün prefrontal korteksteki monoaminerjik modülasyonu ve nöroplastisite üzerindeki olumlu etkileri sayesinde hem antidepresan yanıtı artırdığı hem de bilişsel süreçlerde iyileşme sağladığı gösterilmiştir (3,4). Bu olgu, yaşlı grupta demansı taklit eden dirençli depresif bilişsel bozukluk tablolarında breksipiprazol augmentasyonunun hızlı ve etkili bir seçenek olduğunu vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Breksipiprazol, depresif bilişsel bozukluk, psödodemans, majör depresif bozukluk, geriatrik psikiyatri

Kaynaklar

1. Beyer JL, Weisler RH. Adjunctive brexpiprazole for the treatment of major depressive disorder. Expert Opin Pharmacother. 2016 Dec;17(17):2331-2339. doi: 10.1080/14656566.2016.1254188. PMID: 27788337.
2. Mars JA, Marwaha R. Depressive Cognitive Disorders. 2025 Sep 14. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2026 Jan–. PMID: 32644682.
3. McKeage K. Adjunctive Brexpiprazole: A Review in Major Depressive Disorder. CNS Drugs. 2016 Feb;30(2):91-9. doi: 10.1007/s40263-016-0320-0. PMID: 26849053.
4. Fava M, Okame T, Matsushima Y, Perry P, Weiller E, Baker RA. Switching from Inadequate Adjunctive or Combination Treatment Options to Brexpiprazole Adjunctive to Antidepressant: An Open-Label Study on the Effects on Depressive Symptoms and Cognitive and Physical Functioning. Int J Neuropsychopharmacol. 2017 Jan 1;20(1):22-30. doi: 10.1093/ijnp/pyw087. PMID: 27784751; PMCID: PMC5412581.

PS-17

PERİMENOPOZAL DÖNEMLE İLİŞKİLİ GEÇ BAŞLANGIÇLI VE HIZLI DÖNGÜLÜ BİPOLAR BOZUKLUK: PSİKOTİK ÖZELLİKLİ İRRİTABL MANİ OLGUSU

Kaan Arslan[1], **Furkan Bahadır Alptekin**[1], **Hasan Mervan Aytaç**[1,2]

[1] *Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, İstanbul, Türkiye*
[2] *İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Türkiye*

Giriş: Menopozal geçiş, gonadal hormonlardaki dalgalanmalar ve nörotransmiter sistemlerindeki değişikliklerle ilişkili nörobiyolojik açıdan duyarlı bir dönemdir [1]. Bu dönemde bipolar bozukluk belirtilerinde artış bildirilmiş olmakla birlikte [1,3,4], yaşam boyu ilk kez ortaya çıkan mani ve hızlı döngülü bipolar bozukluğa ilişkin veriler sınırlıdır [2]. Bu olguda perimenopozal geçişle zamansal ilişkili, geç başlangıçlı, hızlı döngülü ve psikotik özellikli bipolar bozukluk sunulmaktadır.

Olgu: Elli bir yaşında, daha önce psikiyatrik başvuru veya tedavi öyküsü bulunmayan kadın hastada yaklaşık üç yıl önce sıcak basmaları, menstrüel düzensizlik, libido azalması ve duygudurum oynaklığı ile seyreden perimenopozal süreç sonrasında psikiyatrik belirtiler başlamıştır. Manik dönemlerde uyku ihtiyacında azalma, belirgin irritabilite, saldırgan davranışlar, artmış harcama, grandiyöz ve perseküsyon sanrıları, hostilite ve zaman zaman homisidal söylemler; depresif dönemlerde çökkün duygudurum, anhedoni, enerji kaybı, suçluluk ve değersizlik düşünceleri izlenmiştir. Epizodların 1–2 aylık döngülerle yılda 5–6 kez tekrar ettiği ve aralarda yalnızca 5–10 günlük ötimik dönemlerin bulunduğu öğrenilmiştir. Toksikolojik tarama negatif bulunmuş; tiroid fonksiyonları, vitamin düzeyleri, metabolik ve enfeksiyöz incelemeler, nörolojik değerlendirme ve kraniyal görüntülemede sekonder mani düşündürecek patoloji saptanmamıştır. Perimenopoz açısından hormonal ve kadın hastalıkları değerlendirmelerinde ek patoloji belirlenmemiştir. Yatışta haloperidol 20 mg/gün intramüsküler, biperiden 10 mg/gün intramüsküler ve ketiapin 300 mg/gün oral başlanmıştır. Prolaktin yüksekliği sonrası haloperidolden aripiprazole çapraz geçiş yapılmış; aripiprazol 20 mg/güne titre edilerek 400 mg/ay uzun etkili intramüsküler forma geçilmiş ve tedaviye valproik asit 1000 mg/gün eklenmiştir. Klinik izlemde irritabilite, psikotik belirtiler ve homisidal düşünceler gerilemiş, hasta ötimik olarak taburcu edilmiştir.

Tartışma: Geç başlangıçlı manide sekonder nedenlerin sistematik olarak dışlanması önemlidir. Bu olguda sekonder neden saptanmaması, antidepresan maruziyetinin bulunmaması ve belirtilerin perimenopozal geçişle yakın zamansal ilişkisi dikkat çekicidir [2]. Yaşam boyu ilk başlangıçtan itibaren hızlı döngülü seyir, kısa ötimik aralıklar ve irritabl-psikotik mani fenotipi olgunun ayırt edici özellikleridir. Perimenopozda yeni gelişen belirgin duygudurum oynaklığı ve irritabilitede bipolar spektrum bozuklukları ayırıcı tanıda göz ardı edilmemelidir [1,4].

Anahtar kelimeler: Bipolar bozukluk; perimenopozal dönem; manik hecme; hızlı döngülülük; psikotik özellik

Kaynaklar

1. Truong D, Marsh W. Bipolar Disorder in the Menopausal Transition. Curr Psychiatry Rep. 2019;21(12):130. doi:10.1007/s11920-019-1111-3.
2. Shitomi-Jones LM, Dolman C, Jones I, et al. Exploration of first onsets of mania, schizophrenia spectrum disorders and major depressive disorder in perimenopause. Nat Ment Health. 2024;2(10):1161-1168. doi:10.1038/s44220-024-00292-4.
3. Marsh WK, Gershenson B, Rothschild AJ. Symptom severity of bipolar disorder during the menopausal transition. Int J Bipolar Disord. 2015;3:17. doi:10.1186/s40345-015-0035-z.
4. Perich T, Ussher J, Meade T. Menopause and illness course in bipolar disorder: a systematic review. Bipolar Disord. 2017;19(6):434-443. doi:10.1111/bdi.12530.

PS-18

ŞİZOAFFEKTİF BOZUKLUKTA TEDAVİYE DİRENÇLİ AJİTASYON VE PSİKOZ: EŞLİK EDEN T3-TİROTOKSİKOZUNUN OLASI ROLÜ

Merve Sena Kırmacı, Seda Kırcı Ercan

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hastanesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Aydın, Türkiye

Giriş: Şizoaffektif bozukluk; şizofreni spektrumuna ait psikotik belirtiler ile belirgin duygudurum epizodlarının bir arada görüldüğü, kronik ve sıklıkla dalgalı seyir gösteren ağır bir psikiyatrik bozukluktur [1]. Hastalığın akut alevlenme dönemlerinde sanrılar, varsanılar, grandiyözite, dezorganize davranışlar ve şiddetli psikomotor ajitasyon görülebilmekte; bu belirtiler acil servis başvurusu ve psikiyatrik yatışların önemli nedenlerini oluşturmaktadır [1].

Akut ajitasyon ve psikozun yönetiminde antipsikotik ve sedatif ajanlar temel farmakolojik tedavi seçenekleridir. Bununla birlikte bazı hastalarda yüksek dozlara veya birden fazla farmakolojik ajanın birlikte kullanılmasına rağmen yeterli klinik yanıt elde edilemeyebilmekte ve tedaviye dirençli bir klinik tablo ortaya çıkabilmektedir [1,3]. Böyle bir durumda yalnızca primer psikiyatrik hastalığın şiddetinin değil, psikiyatrik belirtileri tetikleyebilecek veya mevcut tabloyu ağırlaştırabilecek eşlik eden tıbbi durumların da değerlendirilmesi önem taşımaktadır [4].

Tiroid fonksiyon bozuklukları, psikiyatrik belirtilerle ilişkisi iyi bilinen endokrinolojik bozukluklar arasındadır. Hipertiroidide anksiyete, irritabilite, emosyonel labilite, insomnia ve psikomotor ajitasyon sık görülürken; daha nadir olarak mani, deliryum ve akut psikoz gibi ağır nöropsikiyatrik tablolar da gelişebilmektedir [2]. Bunun yanında tiroid hormon düzeylerindeki bozuklukların, önceden var olan bipolar bozukluk veya şizoaffektif bozukluk gibi primer psikiyatrik hastalıkların akut alevlenmelerini tetikleyebileceği ya da mevcut belirtilerin şiddetini artırarak psikofarmakolojik tedaviye yanıtı olumsuz etkileyebileceği bildirilmektedir [2,4].

Tiroid hormonlarının santral sinir sistemi üzerindeki etkilerinin dopaminerjik ve adrenerjik nörotransmisyonla etkileşimi, hipertiroidi ile ortaya çıkan nöropsikiyatrik belirtilerin olası mekanizmalarından biri olarak değerlendirilmektedir [2]. Bu nedenle özellikle alışılmış tedavi yaklaşımlarına beklenen yanıtın alınamadığı akut ajitasyon ve psikoz olgularında, tiroid fonksiyonlarının değerlendirilmesi altta yatan düzeltilebilir bir etkenin saptanması açısından önemlidir.

Bu olgu sunumunda, şizoaffektif bozukluk manik tip tanısıyla takip edilen, önceki ataklarına kıyasla daha şiddetli ve yüksek doz parenteral antipsikotik-sedatif tedaviye dirençli ajitasyon ve psikoz tablosuyla başvuran; değerlendirmelerinde baskılanmış TSH, yüksek serbest T3 ve normal serbest T4 düzeyleri ile T3-tirotoksikozu saptanan bir hasta sunulmaktadır. Antitiroid tedavinin başlanmasının ardından ajitasyonun daha düşük doz psikofarmakolojik tedaviyle kontrol altına alınabilmesi üzerinden, tedaviye dirençli akut psikiyatrik alevlenmelerde eşlik eden tıbbi durumların değerlendirilmesinin önemi vurgulanması amaçlanmıştır.

Olgu Sunumu: Elli yaşında, bekar, ilkokul mezunu, bilinen şizoaffektif bozukluk manik tip tanısı bulunan erkek hasta; ilaçlarını düzensiz kullanma, çevreye karşı rahatsız edici davranışlarda bulunma, kendi kendine konuşma ve giderek artan ajitasyon yakınmaları nedeniyle kolluk kuvvetleri eşliğinde acil servise getirildi ve psikiyatri servisine yatırıldı.

Hastanın ilk psikiyatrik belirtilerinin 2004 yılında başladığı ve bu tarihten itibaren toplam 14 psikiyatrik yatışının bulunduğu öğrenildi. Önceki tedavi süreçlerinde ziprasidon, risperidon, ketiapin, valproat, lityum, amisülpirid, paliperidon, olanzapin ve aripiprazol kullandığı; bir yatışı sırasında toplam sekiz seans elektrokonvülsif tedavi uygulandığı öğrenildi. Hastanın takip sürecinde hiçbir dönemde tam remisyona ulaşmadığı ve hastalık seyrinin çoğunlukla parsiyel remisyon dönemleriyle karakterize olduğu değerlendirildi. Mevcut başvurudaki klinik tablonun ise önceki ataklarına kıyasla daha şiddetli ajitasyon ve tedaviye yanıt güçlüğü ile seyrettiği görüldü.

Ruhsal durum muayenesinde özbakımı azalmış ve dağınık görünümde olan hastanın konuşma hız ve miktarında artış ve çağrışımlarında hızlanma mevcuttu. Düşünce içeriğinde belirgin persekütif, grandiyöz ve mistik sanrılar bulunmaktaydı. Hasta zehirleneceğini ve takip edildiğini ifade etmekte; peygamber olduğunu ve insanları kurtarmakla görevlendirildiğini belirtmekteydi. İşitsel varsanıları mevcuttu. İzlem sırasında zaman zaman belirgin ajitasyon ve agresif davranışlar gösterdi. Bilinci açık ve oryantasyonu tam olan hastanın klinik tablosu deliryum ile uyumlu bulunmadı.

Şiddetli ajitasyon ve psikotik belirtilerin kontrolü amacıyla hastaya günde üç kez intramüsküler haloperidol 10 mg, biperiden 5 mg ve klorpromazin 25 mg uygulandı. Bununla birlikte yüksek doz parenteral antipsikotik ve sedatif tedaviye rağmen ajitasyonunda belirgin bir gerileme gözlenmedi. Mevcut tablonun, hastanın önceki ataklarıyla karşılaştırıldığında farmakolojik tedaviye daha dirençli seyrettiği değerlendirildi.

Yatışı sırasında yapılan rutin laboratuvar incelemelerinde tiroid fonksiyon testlerinde TSH düzeyi 0,06 μIU/mL, serbest T3 düzeyi 4,73 pg/mL ve serbest T4 düzeyi 1,38 ng/dL olarak saptandı. Baskılanmış TSH, yüksek serbest T3 ve normal sınırlardaki serbest T4 düzeyleri T3-tirotoksikozu ile uyumlu değerlendirildi. TRAb, anti-TPO ve anti-Tg düzeyleri negatif bulundu.

Mevcut bulgular üzerine hastaya antitiroid tedavi olarak metimazol başlandı. Antitiroid tedavinin başlanmasını takiben, daha önce yüksek doz parenteral psikofarmakolojik tedaviye rağmen kontrol altına alınamayan ajitasyonun, aynı psikofarmakolojik ajanların daha düşük dozlarıyla kontrol edilebilir hale geldiği gözlendi. Klinik izlem sırasında ajitasyonda belirgin gerileme, psikotik belirtilerde ise kısmi düzelme izlendi.

Kontrol laboratuvar incelemelerinde TSH düzeyinin 0,52 μIU/mL'ye yükseldiği görüldü. Tiroid fonksiyonlarındaki biyokimyasal düzelmeye paralel olarak psikiyatrik tedaviye klinik yanıtın da kademeli biçimde arttığı gözlendi. Bu klinik seyir, kronik ve tedaviye kısmen yanıtlı şizoaffektif bozukluk zemininde gelişen mevcut psikotik alevlenmenin, eşlik eden tiroid fonksiyon bozukluğu tarafından şiddetlendirilmiş ve psikofarmakolojik tedaviye yanıtının olumsuz etkilenmiş olabileceğini düşündürdü.

Tartışma: Bu olgu, kronik seyirli ve önceki dönemlerde de tam remisyon sağlanamamış şizoaffektif bozukluğu bulunan bir hastada, alışılmış ataklara kıyasla belirgin şekilde daha şiddetli ve farmakolojik tedaviye dirençli seyreden akut psikoz ve ajitasyon tablosunda eşlik eden tıbbi nedenlerin araştırılmasının önemini göstermektedir. Hastanın geçmişinde çok sayıda psikofarmakolojik tedavi ve EKT öyküsü bulunması, başlangıçta mevcut tablonun primer psikiyatrik hastalığın ağır bir alevlenmesi olarak değerlendirilmesini desteklemekle birlikte; daha önce kullanılan tedavilere kıyasla belirgin yanıt güçlüğünün ortaya çıkması olası ek faktörlerin araştırılmasını gerekli kılmıştır [1,4].

Akut psikiyatrik belirtilerin değerlendirilmesinde metabolik, nörolojik, enfeksiyöz, toksikolojik ve endokrinolojik nedenlerin göz önünde bulundurulması önerilmektedir [4]. Özellikle tiroid hormonları, merkezi sinir sistemi işlevleri ve duygudurum düzenlenmesi üzerinde önemli etkilere sahiptir. Hipertiroidi çoğunlukla anksiyete, irritabilite, uykusuzluk ve emosyonel labilite ile ilişkilendirilmekle birlikte, ağır olgularda mani, psikotik belirtiler ve belirgin psikomotor ajitasyon görülebilmektedir [2]. Bu nedenle özellikle beklenenden farklı seyreden veya standart tedavilere yeterli yanıt vermeyen psikiyatrik tablolar sırasında tiroid fonksiyon testlerinin değerlendirilmesi klinik açıdan önem taşımaktadır.

Sunulan olguda TSH'nin belirgin biçimde baskılanmış, serbest T3 düzeyinin yüksek ve serbest T4 düzeyinin normal olması T3-tirotoksikozu ile uyumlu bulunmuştur. Hastanın bilinç ve oryantasyonunun korunmuş olması ve klinik olarak deliryum bulgularının bulunmaması, tablonun tirotoksikoza bağlı bir deliryumdan çok, mevcut şizoaffektif bozukluğun psikotik ve manik alevlenmesi şeklinde ortaya çıktığını düşündürmüştür. Bununla birlikte tirotoksikozun mevcut psikiyatrik tablonun şiddetini artıran bir etken olabileceği değerlendirilmiştir.

Bu olgunun dikkat çekici yönlerinden biri, yüksek doz intramüsküler haloperidol, klorpromazin ve sedatif tedaviye rağmen başlangıçta ajitasyonun kontrol altına alınamaması; buna karşılık metimazol tedavisinin başlanmasından sonra daha düşük doz psikofarmakolojik tedavi ile ajitasyonun kontrol edilebilir hale gelmesidir. Ayrıca TSH düzeyindeki biyokimyasal düzelmeye psikiyatrik tedavi yanıtındaki kademeli artışın eşlik etmesi, tiroid fonksiyon bozukluğunun klinik tablo üzerinde katkıda bulunmuş olabileceğini desteklemektedir.

Bununla birlikte bu zamansal ilişkinin tek başına nedensellik gösterdiği ileri sürülemez. Hastanın eş zamanlı olarak antipsikotik tedavi almaya devam etmesi, hastalığın doğal seyri ve yatış koşullarında sağlanan çevresel düzenlemenin klinik iyileşmeye katkıda bulunmuş olması mümkündür. Ayrıca hastanın uzun süredir devam eden şizoaffektif bozukluk tanısı, çoklu yatış öyküsü ve geçmişte farklı farmakolojik tedavilere ve EKT'ye ihtiyaç duymuş olması göz önüne alın-

dığında, psikiyatrik tablonun yalnızca tirotoksikoz ile açıklanması uygun görünmemektedir. Nitekim antitiroid tedavi sonrasında ajitasyonda belirgin gerilemeye karşın psikotik belirtilerde yalnızca kısmi düzelme görülmesi de primer psikiyatrik hastalığın devam eden rolünü desteklemektedir.

Bu nedenle olgudaki T3-tirotoksikozunun, şizoaffektif bozukluğun bağımsız bir nedeni olmaktan ziyade, mevcut manik-psikotik alevlenmenin şiddetini artıran ve psikofarmakolojik tedaviye yanıtı azaltan bir eşlikçi faktör olarak değerlendirilmesi daha uygun görünmektedir. Klinik açıdan bu ayrım önemlidir; çünkü eşlik eden tıbbi durumun tanınması ve tedavi edilmesi, primer psikiyatrik hastalığa yönelik tedavinin etkinliğini artırabilir ve gereksiz biçimde artan antipsikotik veya sedatif ilaç yükünün önüne geçebilir.

Sonuç olarak bu olgu, bilinen kronik psikiyatrik hastalığı bulunan bir hastada dahi, akut alevlenmenin karakterinde veya tedaviye yanıtında belirgin bir değişiklik olduğunda organik ve endokrinolojik etkenlerin yeniden değerlendirilmesi gerektiğini göstermektedir. Özellikle yüksek doz antipsikotik ve sedatif tedaviye rağmen devam eden ajitasyon ve psikoz varlığında tiroid fonksiyon testlerinin değerlendirilmesi, düzeltilebilir eşlikçi faktörlerin saptanması açısından önemlidir. Primer psikiyatrik hastalığın tedavisi ile eşlik eden tiroid fonksiyon bozukluğunun eş zamanlı yönetilmesi, bu tür olgularda klinik stabilizasyonun sağlanmasında multidisipliner yaklaşımın önemini ortaya koymaktadır.

Kaynaklar

1. Tandon R. Schizoaffective disorder in adults: Epidemiology, clinical manifestations, course, assessment, and diagnosis. In: Post TW, ed. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate; 2024.
2. Ross DS. Overview of the clinical manifestations of hyperthyroidism in adults. In: Post TW, ed. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate; 2024.
3. Richmond JS. Assessment and emergency management of the acutely agitated or violent adult. In: Post TW, ed. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate; 2024.
4. Freudenreich O, Brown HE, Holt MIC. Medical evaluation of adults with psychiatric illness. In: Post TW, ed. UpToDate. Waltham, MA: Up

YAZAR DİZİNİ

A

Abaylı, Hanife Yılmaz 64
Ağcabay, Aslıhan 22
Ağcabay, Aslıhan Gümüşlü 121, 128
Ağcabay, Onur 121
Akan, Mustafa 80, 81, 134
Akbaş, Fulya Özbek 61
Akdağ, Emine Merve 53
Akdeniz, Serap 155
Alçı, Deniz 133, 155
Alptekin, Furkan Bahadır 159
Altındağ, Abdurrahman 116
Altıntaş, Ezel 116
Altun, İlkay Keleş 69
Altunöz, Sinan 93
Altunöz, Tuba Tuğ 103
Arslan, Kaan 159
Aslan, Esma Akpınar 114
Aşkın, Havva Esma 66
Atagün, Murat İlhan 136
Ataselim, Selin Ayça 87
Atay, Gürcan 133
Avanoğlu, Kezban Burcu 73
Aydın, Efruz Pirdoğan 50
Ayık, Batuhan 33, 34
Aytaç, Hasan Mervan 159
Ayyıldız, Didem 46

B

Bakay, Betül 119
Bakay, Hasan 65
Bakım, Bahadır 30, 156
Başak, İlkay 68
Baykara, Sema 89, 90
Bazna, Ömer Osman 144
Berk, Şule Şirin 118
Beşirli, Aslı 19
Bilge, Aslı Selen Eker 117
Burhan, Şebnem 139
Bülbül, Feridun 116

C-Ç

Can, Merve Şahin 117, 133
Çağlar, Ömer Furkan 129
Çelebi, Demet Ünsal 44
Çetin, Özge 134
Çiçek, Edanur 117
Çilingir, Burcu 39, 40

D

Darcan, Gözde Naz 136
Dayı, Ali 113
Değer, Betül Kaygusuz 35
Demir, Bahadır 116, 121, 128
Dolapoğlu, Nazan 149
Dökmen, Yusuf 110
Döndü, Ayşe 25
Duba, Büşra 155

E

Eker, Tuna 104
Elbay, Rümeysa Yeni 143
Elboğa, Gülçin 116
Erbey, Senem 140
Ercan, Kenan 116
Ercan, Seda Kırcı 154, 160
Eroğlu, Mevanur 79
Erol, Atila 23
Erol, Tayyibe 102

G

Gençer, Ali Görkem 17, 142, 146, 152
Gıca, Şakir 98, 99
Gökmen, Onur 133
Güleç, Veysel 107
Güllülü, Rümeysa Ayşe 83
Gül, Rümeysa Poyraz 84
Güngöroğlu, Merve 137
Gürok, Mehmet Gürkan 126

I

Irkın, Burak Berke 38

İ

İlhan, Umut 139
İnanç, Leman 75
İzci, Filiz 57, 58

K

Kahya, Yalçın 108
Kale, Alpkağan 117
Kalyoncu, Salih 85
Karaağaç, Mustafa 82
Karabulut, İrem Yazıcı 153
Karadeniz, Aslı Nagihan 21
Karadere, Mehmet Emrah 153
Karakoyun, Sibel Hande 92
Karamustafalıoğlu, K. Oğuz 74
Karatepe, Ayça 113
Kaya, Şüheda 96
Keleş, Didem Beşikci 47, 48, 122
Kılıçaslan, Aslı Kazğan 20
Kılıç, Bahar 32
Kılıç, İrem 146, 152
Kırkan, Tülay Satı 105, 158
Kırmacı, Merve Sena 154, 160
Kocaayan, Fatma Seher 55
Koca, Esra 143
Kondakçı, Sude Tekin 157
Korkmaz, Sevda 91, 126
Köşger, Ferdi 56
Kuş, Damla 149

M

Mavi, Cansu Ünsal 41
Memmedova, Leyla 76
Metin, İzzet Çağrı 71, 72
Midi, Ahmet Üzer 15
Mirhanoğulları, Esra Gül 137, 140
Muştucu, Anıl 18
Muti, Efekan 49
Mutlu, İrem 70

N

Narbay, Sima Hasgören 156

O

Orman, Kübra 124

Ö

Önen, Sinay 94, 95
Özsoy, Filiz 59, 60, 129
Öztürkci, Gizem 62
Öztürk, Filiz Kulacaoğlu 135
Öztürk, Filiz Kulaçoğlu 148
Öztürk, Orçun 123

R

Reyhani, Sümeyra Afşar 135

S

Sağlam, Uğur 106
Sahak, İlknur 143, 153
Sancaktar, Muhammet 116
Sandal, Yiğit 109
Saray, Sevda Yıldız 155
Sarıoğlu, Aleyna 16
Söğütlü, Lütfiye 152
Suda, Mehmet Akif 78

Ş

Şen, Aybike Telkök 24, 134
Şengel, Ayşegül 26, 28, 29
Şengel, Ayşegül 27
Şevik, Ali Emre 157
Şimşek, Lütfiye 77
Şirin, Hande 111
Şişman, Ezgi 54

T

Tabara, Muhammed Fatih 126
Tanışan, Taylan 101
Taşcı, Gülay 63
Taysı, Seyithan 116
Tekin, Selin Balki 88
Temiz, Mehmet 118
Tepe, Nermin 117
Tosun, Ahmet Furkan 14
Tulacı, Rıza Gökçer 149, 155
Tunçay, Gizem 149
Turgut, Şeyma 142

U

Uçak, Ekrem Furkan 51, 123
Usta, Haluk 122
Uysal, İbrahim 67

Ü

Ünal, Süheyla 97, 134, 151

Y

Yağmahan, Abdulkerim 13
Yalçınkaya, Elvan Açıkgöz 52
Yaman, Göktan 151
Yapar, Buğra 36, 37
Yaşamalı, Celal 42
Yavuz, Deniz Şahin 45
Yenilmez, Çınar 43
Yılmaz, Eylül 148

PSİKİYATRİ BİLİMLERİ
ARAŞTIRMA DERNEĞİ

Psikiyatri Bilimleri ve Araştırmaları Derneği
Dr. Tevfik Sağlam Cad. No:13/2, 34147
Bakırköy, İstanbul
bilimsel@turkpsikiyatrizirvesi2026.org
www.pibad.org

D Event Turizm Organizasyon
Prof. Dr. Ahmet Taner Kışlalı Mahallesi
2879. Sokak No:8/13-7 06810 Çankaya / Ankara
+90 312 438 10 39
info@devent.com.tr
www.devent.com.tr