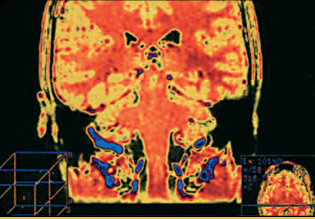


“CURRENT Diagnosis
and Treatment” Serisi



PSİKİYATRİ TANI VE TEDAVİ

ikinci baskı

MICHAEL H. EBERT
PETER T. LOOSEN
BARRY NURCOMBE
JAMES F. LECKMAN

ÇEVİRİ EDITÖRÜ
SELÇUK CANDANSAYAR



GÜNEŞ TIP
KİTABEVLERİ



LANGE

LANGE tıp kitapları

CURRENT

Psikiyatri Tanı ve Tedavi

ikinci baskı

Editörler

Michael H. Ebert, MD

*Associate Dean for Veterans Affairs and Professor of
Psychiatry, Yale University School of Medicine
Chief of Staff, VA Connecticut Healthcare System
West Haven, Connecticut*

Barry Nurcombe, MD

*Professor of Child and Adolescent Psychiatry,
Departments of Pediatric Medicine and Psychiatry and
Neuroscience
University of Western Australia, Perth, Western Australia*

*Professor Emeritus of Psychiatry
University of Queensland, Herston, Queensland, Australia
Vanderbilt University School of Medicine
Nashville, Tennessee*

Peter T. Loosen, MD, PhD

*Professor Emeritus of Psychiatry
Department of Psychiatry
Vanderbilt University School of Medicine
Nashville, Tennessee*

James F. Leckman, MD

*Neison Harris Professor of Child Psychiatry,
Pediatrics, and Psychology
Director of Research
Yale Child Study Center
Yale University School of Medicine
New Haven, Connecticut*

Çeviri Editörü

Prof. Dr. Selçuk Candansayar

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı



GÜNEŞ TIP KİTABEVLERİ

İçindekiler

Katkıda Bulunanlar	ix
Çeviriye Katkıda Bulunanlar	xv
Önsöz	xvii
Teşekkür	xvii
Çeviri Editörü Önsözü	xix
KISIM I. PSİKİYATRİK İLKELER VE UYGULAMALAR	1
Bölüm 1. Psikiyatride Klinik Karar Veriş	1
<i>Barry Nurcombe, MD</i>	
<i>Çeviri: Dr. Hale Yapıcı Eser</i>	
Bölüm 2. Psikiyatrik Epidemiyoloji	7
<i>Dan G. Blazer, MD, PhD</i>	
<i>Çeviri: Dr. İrem Ekmekçi Ertel</i>	
Bölüm 3. Psikiyatrik Genetik	15
<i>John I. Nurnberger, Jr., M.D., Ph.D. ve Wade Berrettini, M.D., Ph.D</i>	
<i>Çeviri: Dr. Hale Yapıcı Eser</i>	
Bölüm 4. Psikiyatrik Görüşme	35
<i>Barry Nurcombe, MD ve Michael H. Ebert, MD</i>	
<i>Çeviri: Dr. Şengül Tosun Altınöz</i>	
Bölüm 5. Çocuk ve Adölesanlarda Tanı Koyucu Karşılaşma	56
<i>Barry Nurcombe, MD</i>	
<i>Çeviri: Dr. Mibrimab Gürışık</i>	
Bölüm 6. Ruhsal ve Nöropsikolojik Değerlendirme	75
<i>James S. Walker, PhD, Howard B. Roback, PhD ve Larry Welch, EdD</i>	
<i>Çeviri: Dr. Rifat Tarhan</i>	
Bölüm 7. Çocuk ve Ergenler için Tanısal Değerlendirme	98
<i>Barry Nurcombe, MD, Michael Tramontana, PhD</i>	
<i>Çeviri: Dr. Ali Ercan Altınöz</i>	
Bölüm 8. Gelişimsel Psikoloji	117
<i>Kenneth A. Dodge, PhD</i>	
<i>Çeviri: Dr. Bilge Doğan</i>	
Bölüm 9. Psikofarmakolojik Müdahaleler	135
<i>Richard C. Shelton, MD</i>	
<i>Çeviri: Dr. İrem Ekmekçi Ertel</i>	
Bölüm 10. Davranışçı ve Bilişsel-Davranışçı Uygulamalar	139
<i>Travis Thompson, PhD ve Steven D. Hollon, PhD</i>	
<i>Çeviri: Dr. İrem Ekmekçi Ertel</i>	

Bölüm 11. Psikodinamik ve Sosyal Müdahaleler	150
<i>James L. Nash, MD ve James W. Lomax, MD</i>	
<i>Çeviri: Dr. Ali Ercan Altınöz</i>	
Bölüm 12. Çocuklar ve Ergenlerde Tanı Formülasyonu, Tedavi Planlaması ve Tedavi Şekilleri	163
<i>Barry Nurcombe, MD</i>	
<i>Çeviri: Dr. Bilge Doğan</i>	
Bölüm 13. Koruyucu Psikiyatri	177
<i>Barry Nurcombe, MD</i>	
<i>Çeviri: Dr. Rıfat Tarhan</i>	
KISIM II. ERİŞKİNLERDEKİ PSİKİYATRİK SORUNLAR	185
Bölüm 14. Deliryum, Demans ve Amnestik Sendromlar	185
<i>Joseph A. Kewenig, MD ve Howard S. Kirsner, MD</i>	
<i>Çeviri: Dr. Rıfat Tarhan</i>	
Bölüm 15. Madde ile İlişkili Bozukluklar	230
<i>Peter R. Martin, MD</i>	
<i>Çeviri: Dr. Hale Yapıcı Eser</i>	
Bölüm 16. Şizofreni	261
<i>Herbert Y. Meltzer, MD, Ailliam V. Bobo, MD, Stephan H. Heckers, MD</i> <i>ve Hossein S. Fatemi, MD, PhD</i>	
<i>Çeviri: Dr. Şengül Tosun Altınöz</i>	
Bölüm 17. Diğer Psikotik Bozukluklar	289
<i>Richard C. Shelton, MD</i>	
<i>Çeviri: Dr. Şengül Tosun Altınöz</i>	
Bölüm 18. Duygudurum Bozuklukları	304
<i>Peter T. Loosen, MD, PhD ve Richard C. Shelton, MD</i>	
<i>Çeviri: Dr. Bilge Doğan</i>	
Bölüm 19. Anksiyete Bozuklukları	351
<i>Richard C. Shelton, MD</i>	
<i>Çeviri: Dr. İrem Ekmekeçi Ertek</i>	
Bölüm 20. Travma Sonrası Stres Bozukluğu ve Akut Stres Bozukluğu	366
<i>Douglas C. Johnson, PhD, John H. Krystal, MD ve Steven M. Southwick, MD</i>	
<i>Çeviri: Dr. Mibrimah Gürışık</i>	
Bölüm 21. Obsesif Kompulsif Bozukluk	379
<i>William A. Hewlett, PhD, MD</i>	
<i>Çeviri: Dr. Mibrimah Gürışık</i>	
Bölüm 22. Somatoform Bozukluklar	395
<i>Charles V. Ford, MD</i>	
<i>Çeviri: Dr. Hale Yapıcı Eser</i>	

Bölüm 23. Yapay Bozukluklar ve Temaruz	411
<i>Charles V. Ford, MD</i>	
<i>Çeviri: Dr. Rifat Tarhan</i>	
Bölüm 24. Dissosiyatif Bozukluklar	419
<i>Barry Nurcombe, MD</i>	
<i>Çeviri: Dr. Şengül Tosun Altınöz</i>	
Bölüm 25. Cinsel İşlev Bozuklukları ve Parafililer	429
<i>Richard Balon, MD ve R. Taylor Segraves, MD, PhD</i>	
<i>Çeviri: Dr. Ali Ercan Altınöz</i>	
Bölüm 26. Yeme Bozuklukları	456
<i>Harry E. Gwirtsman, MD, James E. Mitchell, MD ve Michael H. Ebert, MD</i>	
<i>Çeviri: Dr. Mibrimab Gürışık</i>	
Bölüm 27. Uyku Bozuklukları	470
<i>Camellia P. Clark, MD, Polly J. Moore, PhD ve J. Christian Gillin, MD</i>	
<i>Çeviri: Dr. Mibrimab Gürışık</i>	
Bölüm 28. Dürtü Kontrol Bozuklukları	496
<i>John W. Thompson, Jr., MD ve Daniel K. Winstead, MD</i>	
<i>Çeviri: Dr. Şengül Tosun Altınöz</i>	
Bölüm 29. Uyum Bozuklukları	505
<i>Ronald M. Salomon, MD ve Lucy Salomon, MD</i>	
<i>Çeviri: Dr. Mibrimab Gürışık</i>	
Bölüm 30. Kişilik Bozuklukları	513
<i>David Janowsky, MD</i>	
<i>Çeviri: Dr. İrem Ekmekeçi Ertek</i>	
KISIM III. ÇOCUKLARDA VE ERGENLERDE	
PSİKİYATRİK BOZUKLUKLAR	537
Bölüm 31. Zihinsel Engellilik	537
<i>Ludwik S. Szymanski, MD, Sandra L. Friedman, MD, MPH ve Elizabeth L. Leonard, PhD</i>	
<i>Çeviri: Dr. Hale Yapıcı Ertek</i>	
Bölüm 32. Öğrenme Bozuklukları	556
<i>Michael G. Tramontana, PhD</i>	
<i>Çeviri: Dr. Şengül Tosun Altınöz</i>	
Bölüm 33. Motor Beceriler Bozukluğu ve İletişim Bozuklukları	560
<i>Michael G. Tramontana, PhD ve Barry Nurcombe, MD</i>	
<i>Çeviri: Dr. Şengül Tosun Altınöz</i>	
Bölüm 34. Otizm ve Yaygın Gelişimsel Bozukluklar	567
<i>Fred R. Volkmar, MD</i>	
<i>Çeviri: Dr. Şengül Tosun Altınöz</i>	

Bölüm 35. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu	573
<i>Thomas Spencer, MD</i>	
<i>Çeviri: Dr. İrem Ekmekeçi Ertek</i>	
Bölüm 36. Karşıt Olma–Karşıt Gelme Bozukluğu ve Davranım Bozukluğu	580
<i>Barry Nurcombe, MD</i>	
<i>Çeviri: Dr. İrem Ekmekeçi Ertek</i>	
Bölüm 37. Adölesanlarda Madde ile İlişkili Bozukluklar	593
<i>Yifrah Kaminer, MD ve Deborah R. Simkin, MD</i>	
<i>Çeviri: Dr. Rıfat Tarhan</i>	
Bölüm 38. Çocuklarda ve Ergenlerde Depresif Bozukluklar	601
<i>David A. Brent, MD ve Lisa Pan, MD</i>	
<i>Çeviri: Dr. Rıfat Tarhan</i>	
Bölüm 39. Bipolar Bozukluk	607
<i>David A. Brent, MD ve Raymond J. Pan, MD</i>	
<i>Çeviri: Dr. Bilge Doğan</i>	
Bölüm 40. Çocuk ve Adölesanlarda İntihar Davranışı	612
<i>Robert A. King, MD</i>	
<i>Çeviri: Dr. Bilge DOĞAN</i>	
Bölüm 41. Çocuklarda ve Ergenlerde Anksiyete Bozuklukları	620
<i>Barry Nurcombe, MD</i>	
<i>Çeviri: Dr. Ali Ercan Altınöz</i>	
Bölüm 42. Çocuğa Kötü Muamele	628
<i>William Bernet, MD</i>	
<i>Çeviri: Dr. Ali Ercan Altınöz</i>	
Bölüm 43. Tek Bir Olay Sonrası Çocuklarda ve Ergenlerde Görülen Travma Sonrası Stres Bozukluğu	634
<i>Brett McDermott, MD</i>	
<i>Çeviri: Dr. Ali Ercan Altınöz</i>	
Bölüm 44. Çocuk ve Ergenlerde Tourette Bozukluğu ve Obsessif-Kompulsif Bozukluk	641
<i>Michael H. Bloch, MD ve James F. Leckman, MD</i>	
<i>Çeviri: Dr. Mıhrimah Gürışık</i>	
Bölüm 45. Bağlanma, Beslenme, Eliminasyon ve Uyumanın Gelişimsel Bozuklukları	657
<i>Barry Nurcombe, MD</i>	
<i>Çeviri: Dr. Hale Yapıcı Eser</i>	
Bölüm 46. Cinsel Kimlik Bozukluğu	672
<i>William Bernet, MD</i>	
<i>Çeviri: Dr. Rıfat Tarhan</i>	

Bölüm 47. Pediatrik Hastalarda Akut ve Kronik Sistemik Hastalığa Verilen Psikolojik Tepkiler.	675
<i>Barry Nurcombe, MD</i> <i>Çeviri: Dr. Rifat Tarhan</i>	
KISIM IV. ÖZEL DURUMLARDA PSİKİYATRİ	679
Bölüm 48. Acil Psikiyatri.	679
<i>Michael J. Sernyak, Jr., MD ve Robert M. Robrbaugh, MD</i> <i>Çeviri: Dr. İrem Ekmekçi Ertek</i>	
Bölüm 49. Konsultasyon-Liyazon Psikiyatrisi	691
<i>Catherine Chiles, MD ve Thomas N. Wise, MD</i> <i>Çeviri: Dr. Bilge Doğan</i>	
Bölüm 50. Adli Psikiyatri.	709
<i>William Bernet, MD</i> <i>Çeviri: Dr. Bilge Doğan</i>	
İndeks	720

Önsöz

"*Current Diagnosis & Treatment: Psychiatry*" *İkinci baskısı* psikiyatrik bilginin dinamik halinin güncelliğini yansıtıyor. Temel biyomedikal ve psikolojik bilimlerdeki yeni keşifler, güncel psikiyatri pratiğine büyük bir etkide bulunmaktadır. Amaç bu yeni keşifleri klinisyenlere yarayacak bir biçime çevirmektir. Bu metnin amacı psikiyatrik belirtiler ve davranış sorunları olan bireylerle karşılaşan ve onları tedavi eden tüm sağlıkçılara yararlı, az ama öz ve pratik bilgiler vermektir.

Psikiyatri alanı son birkaç on yılda giderek artan bir değişim geçirmektedir. Bu değişim kuram bağımlı tıbbi ve ruhsal bilgiden etioloji hakkında daha çok akıl yürütme imkanı veren, daha esnek bir ampirik yaklaşıma doğrudur. Bu değişim, psikiyatrik sendromların etiyojisi ve patogenesizi hakkındaki anlayışımızı tahmin edilmesi zor bir yola sokan, nörobiyoloji, genetik, bilişsel ve gelişimsel psikoloji alanlarındaki gelişimden kaynaklanmaktadır. Dahası psikiyatrik sendromların tanımlanması ve tarif edilmesinde daha esnek bir felsefe geliyor. Bazı sendromlar kopmaz bağlarla birbirine bağlı ve birbirlerini örtüyordu. Ek olarak psikiyatrik bir sendromun, tanısını net bir şekilde koyabilecek ve tedavisini öngörebilecek tek bir biyokimyasal karakteristiğini keşfetme fikri, umutsuz bir çabaydı. Ayrıca, şimdilerde davranışsal genetiğin karmaşıklığının gösterdiği genotipler, var olan güncel kavram ve psikiyatrik sendromlarımızın karşılayamadığı psikopatolojileri ve gelişimsel psikolojiyi anlamamıza katkı sağlayabilir.

"*Current Diagnosis & Treatment: Psychiatry*" *İkinci baskısının* birinci bölümü, güncel psikiyatri kuram ve uygulamasına yönelik bilimsel bilginin bazı büyük kollarını tanımlıyor ve psikiyatrik hastaların değerlendirilmesinin tekniklerini sunuyor. Bölüm II, majör psikiyatrik sendromların tanı, fenomenoloji ve psikopatolojileri ile kanıta dayalı tedavilerini içeriyor. Bölüm III aynı materyali majör çocuk ve adolesan psikiyatrisi için sunuyor. Bölüm IV psikiyatride özel durumların tanı ve tedavilerini içeriyor.

"*Current Diagnosis & Treatment: Psychiatry*" *İkinci baskısı* umulmadık yeni bilgilerin psikopatolojik sendromlar arası sınırları değiştirebileceği tanımıyla, ampirik bir bakış açısıyla yazılmıştır. Sonuçta yeni bilgi birikimi, bu rahatsızlıkların tedavilerinin geliştirilmesini ve bizim tanı koyma tekniklerimizi kesinleştireceği gibi normal gelişim, sağlık ve topluma da büyük etkilerde bulunacaktır.

Teşekkür

Ellen Levine Ebert'e metnin hazırlanmasındaki editöryal yardımı, Louise Bierig'e düşünce geliştirici düzeltmeleri ve Anne Sydor'a süreç boyunca ki öneri ve liderliği için teşekkür ederiz.

Michael H. Ebert, MD
Peter T. Loosen MD, PhD
Barry Nurcombe, MD.
James F. Leckman, MD.

Çeviri Editörü Önsözü

Psikiyatrik bilgi ve uygulamalara yönelik araştırma ve yayınlar her geçen yıl katlanarak artıyor ve özellikle klinisyen, çoğu zaman içinden çıkılmaz bir bilgi yığınının arasından kendi bilgi ve uygulamalarını geliştirerek güncel tutacak değişimleri yakalamakta zorlanıyor. Psikiyatri aynı zamanda hiç ilerleyip değişmediğini düşündüren kavram ve uygulama belirsizliklerini de içeriyor.

Elimizde klinisyenin sadece öznel psikiyatrik görüşme ile koyabildiği sınırları belirsiz tanı kategorileri ve neredeyse 60 yıldır antipsikotik, antidepresan ve anksiyolitikler dışında bir tedavi seçeneği yok gibi.

Hala hastalıkların etiopatofizyolojisi ile ilgili "az gittik uz gittik bir de dönüp bakmışsınız ki" gelişimsel dinamikler mi, genetik mi yoksa serotonin dopamin dengesizliği mi sorularından başka bir şey yok durumu var.

Bu haliyle psikiyatri eskimeyen bilgilerle sürekli yenilenen öneriler arasında sıkışıp kalmış durumda. Haliyle klinisyenin hangi bilginin artık bilimsel hangisininse değişmez gerçeklik olduğu ayrımını yapması giderek daha da zorlaşıyor.

Lange'ın "Güncel Tanı ve Tedavi" serisi bu karmaşa içinde güncel olan ile değişmeyi bir arada sunan hacmi küçük ama neredeyse alanın tüm sorunlarını kapsayan bir içerikle hazırlanmış. Klinisyen hem genetik ve biyolojik güncel gelişmeleri hem de gelişimsel dinamikleri bir arada ve birbiriyle ilişkilendirilmiş olarak kitapta bulabilecek. Tanı koyma sürecinin ilk aşaması olan psikiyatrik görüşmenin temel ilkeleriyle başlayan kitap etiyo-fizyopatolojideki güncel bilimsel bilgi ile tedavi uygulamalarını bütünlük olarak gözden geçirip kendi bilgisini tazeleme olanağını bulabilecek.

Çeviri kitaplar her zaman sorunludur. Ancak psikiyatri disiplinde kendisini tüm dünyada kanıtlamış Lange serisinin İngilizceye tümüyle hakim olmayan çok sayıda klinisyen ve özellikle de uzmanlık öğrencisi için eğitici ve uygulamaya dönük yararları olacağı düşüncesiyle bu işe giriştik. Terim çevirilerindeki kimi tutarsız gelebilecek karşılıkların bizden çok Türkçe bilim dilinin sorunlarından kaynaklandığını düşünmeniz umuduyla.

Çeviri Editörü

Prof. Dr. Selçuk CANDANSAYAR

KISIM I

Psikiyatrik İlkeler ve Uygulamalar

Psikiyatride Klinik Karar Veriş

1

Barry Nurcombe, MD
Çeviri: Hale Yapıcı Eser

■ KLİNİK MUHAKEYMENİN AMACI

Klinik muhakeme yolu ile klinisyenler, tanıya ulaşmak için gerekli olan bilgiyi toplar, tartar ve bir araya getirirler, hangi tedavinin gerekli olduğuna karar verir, tedavinin etkinliğini izler ve tedavi işe yaramazsa planlarını değiştirirler. Klinik muhakeme çalışması, bu nedenle, tanının, planlamanın ve tedaviyi yürütmenin temelini oluşturan bilişsel işlemler ile ilişkilidir.

Tanının 3 amacı vardır: araştırmaya yardım etmek, bilgiyi toplamak ve tedaviye yol göstermek. Klinisyenler için, tanının ana amacı, bilgiyi tedaviye yol gösterebilecek bir şekilde toplamaktır. Tanıya bir yaklaşımda, klinisyen, hastadan sağladığı idealize edilmiş hastalık örneklerini, klinik vaka örnekleri ile eşleştirir ve en iyi uyan tanıyı seçer. Bir diğer yaklaşımda, klinisyen, belirli çevresel, biyolojik, psikolojik ve varoluşçu faktörler gibi mevcut probleme neden olan ve problemi faktörleri anlamaya çalışır. İlk yaklaşım, bu yüzden, benzerlik araştırır ve kendisini jenerik tedavi planlamasına verir. İkinci yaklaşım, benzersizlik ve tedavinin bireysel uyumu üzerinde durur. İyi klinik uygulamada, iki yaklaşım tamamlayıcı/bütünlüyicidir.

■ KLİNİK MUHAKEYME VE İSTATİKSEL TAHMİN

Tanı ve tedavi, ciddi sonuçlara neden olabilecek hata ihtimalleri ile dolu riskli girişimlerdir. Hata nasıl en aza indirilebilir? Bir tarafta genellikle eksik ve dolaylı olan bilgiler temin ederek hastalara tanı koyan ve sonucu tahmin etmek için öznel ihtimalleri kullanan klinisyenler vardır. Diğer tarafta ise doğal klinik muhakemeyi gerçekte eskimiş ve hatalı gören ve onun yerini güvenilir istatistiksel formüller ile değiştirmek isteyen ruhbilim istatistikçileri vardır.

Önemli miktarda araştırma, klinisyenlerin yanlış yapmasına neden olabilecek düşünce hataları ve yanlışlıklar üzerine yürütülmüştür. Bir çok nedenle, bu araştırmaların klinik uygulama üzerine az etkisi olmuştur. İstatistiksel tecrübeler, bazen yapay ya da hatta klinisyene karşı hileli görünmekte ve geçersiz gibi gelmektedir. Klinisyenler, diğerlerinin muhakemede hata yapabileceğini fakat kendilerinin bunu yapma ihtimalinin düşük olduğunu kabul etmeye eğilimlidirler. Gerçekten, klinisyenler çoğu kez belirsiz bir dünyada hayatta kalmalarını sağlayacak bir özgüven derecesine sahiptirler ve pratik bir yol ile karşılaşmadıkça hatalarını kabul etmeleri olası değildir. Son olarak, klinisyenler, eğer kurcalanırlarsa, mistik tanı hünerlerinin buharlaşmasından ve hesap makinelerinin yerlerini alacağından korkabilirler.

Tablo 1-1. Klinik Muhakemede Sık Karşılaşılan Hatalar

Eğer klinik bulgulardan (F) bir takımı bir ders kitabı sendromuna (D) uyuyorsa, P(D) ve P(F) değerlerini yeterince hesaba katmadan o tanıyı koymaya eğilimlidirler.
Klinisyenler çoğu zaman kendi öznel P(D) ve P(F) tahminlerine güvenmelidirler. Bu tahminlerin doğruluğu hakkında aşırı kendinden emin olmaya eğilimlidirler.
Klinisyenler, yakında olmuş bir deneyimlerinin sonucu olarak (dergi makalesi okumak gibi) P(D) değerini fazla tahmin edebilirler. Bu nedenle, alışılmamış bozukluklar fazla tanı alabilir.
Klinisyenler muhafazakardır. Düzeltici geri bildirimlere rağmen, bazal kişisel tahminlerini düzeltmekte yavaşlardır.
Klinisyenler, teyit edici verilere daha fazla güvenme yatkındırlar, halbuki negatif kanıtlar daha güçlüdür.
Önceden tercih edilen belirli bir tanısal hipotezi yerinden oynatmak zor olabilir ve izleyen kanıt toplama ve değerlendirmeyi sapırtabilir.

■ KLİNİK MUHAKEME ÜZERİNE ARAŞTIRMA

Klinik muhakeme üzerine 3 tip araştırma vardır: klinik muhakeme, karar verme teorisi ve işlem izleme. **Klinik muhakeme araştırması**, klinisyenlerin karar vermede kullandıkları kriterlerin tanımlanmasına çabılır. Karar teorisi, doğru klinik muhakemeyi sapırtan düşünce hataları ve yanlışlıkları keşfeder. İşlem izleme doğal muhakemenin ilerleyen basamaklarını izah eder. İlk iki tip istatistiksel ve sıkı kuralcıdır, üçüncü kuralcıdır.

KLİNİK YARGI VE KARAR VERME TEORİSİ

Klinik yargılamanın 'lens' modeline göre, her hasta klinisyenin tartıştığı ve karara ulaşmak için bir araya getirdiği belirli bir belirti, bulgu ya da kriter seti gösterir (örn; hasta intihar riskinde midir ya da hastaneye yatırılmalı mıdır). Araştırmacılar, klinik yargıyı tekrar edecek matematiksel modeller yapılandırarak için uzman karar verici politikası edinmeye çalışmaktadır.

Klinik verilerin belirsiz doğası göz önünde olunca, tıbbi kararlar olasılıklı olmak zorundadır. Buna göre, karar verme teoristleri, araştırmalarını Bayes'teoremine dayandırır. Bu teorem, P(D/F) (klinik bir bulguya göre bir tanının mevcut olma ihtimali)'nin P(F/D)'nin (bir bulgunun bu tanı ile ilişkili olma ihtimali) ve P(F)'nin (o popülasyonda o bulgunun ihtimali) bir fonksiyonu olduğunu önerir. Yani,

$$P(D/F) = \frac{P(F/D) \times P(D)}{P(F)}$$

Sezgisel klinisyen tahminleri P(F/D) teorik bilgi ve deneyimden kaynaklanır. Fakat, P(F/D) hem hastalık hem de bulgu için lokal taban oranları ile- çoğu zaman klinisyen tarafından bilinmeyen ya da ihmal edilen taban oranları ile birleştirilmelidir. Bayes teoremi ve diğer yanlışlıklar ile aşına olmamak, klinik yargılamada birçok hataya sebep olur (Tablo 1-1).

Karar verme teorisi, bir hastayı hastaneye yatırmaya ya da yatırmama gibi konverjan problemlere genellikle uygulanmaktadır. Daha iyi seçenek, beklenilen en yüksek faydalı olan olmalıdır. Beklenilen fayda, sonucun ihtimali ve subjektif faydasının ürünü olmalıdır (örn; hasta ya da klinisyen sonucu nasıl değerlendirilmektedir). Aşağıdaki vakayı değerlendiriniz:

Bir yaşında bir kız 50 asetaminofon tablet yüksek dozda aldıktan sonra pediatrik hastane servisine kabul edildi. Bir önceki intihar girişimi daha vardır. Önceki intiharı erkek arkadaşı tarafından reddedildikten sonra olmuştur. Hasta emosyonel olarak labil ve klinik olarak depresiftir. Annesine karşı düşmanca ve intihar etmeme kontratına katılmayı reddetmektedir. Hastayı hastaneye yatırmakla yatırmadan ayaktan tedaviye yönlendirmenin sonuçları Şekil 1-1 de sunulmuştur. Klinisyenin, daha yüksek beklenen faydaya neden olacak seçeneği karar vermesi beklenmektedir.

Fakat klinik kararlar Şekil 1-1 de gösterilen basit karar verme ağacı ile sunulabilecekten genellikle çok daha kompleksir. Çok dallanmalı evet-hayır karar verme ağaçları, tanısal karar vermeye yardımcı olmak ve uzman tedavi kararları vermek için yapılandırılmıştır (bkz; örn; DSM-IV EK A). Fayda ve ihtimal de, bedel fayda analizleri göz önünde bulundurulduğunda, örneğin, kitlesel tarama prosedürlerin istenirliği düşünüldüğünde, önemli düşüncelerdir.

Araştırmalar, klinisyenlerin her zaman beklenen fayda modelini uygulamadıklarını göstermektedir. Örneğin; karar verme, belirli bir sonuçun hatırlanmasına hazırlık ile ilişkilenebilir, özellikle klinisyen

Dan G. Blazer, MD, PhD

Çeviri: İrem Ekmekçi Ertek

■ BIOPSİKOSOSYAL MODEL VE NEDEN SONUÇ İLİŞKİSİ AĞI

Merhum George Engel, 21. yy'da epidemiyolojik araştırmaların merkezinde yer alan ruhsal rahatsızlıkların etiolojisi ile ilgili, genel sistem teorisine dayanan bir teorik model yayınlamıştır. Araştırmalar, hastalığın etiolojisini açıklamada tek yönlü açıklamaların yeterli olmadığını ya da bundan dolayı uygun önleme ve tedavi stratejileri ile bilgi verdiğini göstermiştir. Engel, biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörler arasında bağlantı bulunduğunu öne sürmüştür. Biyolojik faktörler arasında kalıtım, anatomik ve moleküler faktörler ile cinsiyet, yaş ve etnik kimlikle ilişkili faktörler yer almaktadır. Psikolojik faktörler de; mizaç, kişilik, motivasyon, duygu, dikkat ve bilişi içermektedir. Engel'in teorisine göre sosyal faktörler arasında aile, toplum, kültür ve çevre yer almaktadır. Diğer araştırmacılar ise, dini ve ruhani faktörlerle birlikte ekonomik faktörleri de bu grubun içine dahil etmektedirler. Ayrıca Engel, hekimin psikososyal bir duruşla, bu "sağlığa giden, işbirliğine dayanan yola" yapacağı katkının, çoğu kez hastanın yaptığı katkıdan ayrılmaz olduğuna inanmıştır. Bu bakış açısıyla psikiyatrik epidemiyologlar, psikiyatrik bozuklukların sıklığını, dağılımını, sonuçlarını ve nedenlerini araştırmaktadırlar. Hastalığı tanımlamak epidemiyologların birinci görevi haline gelmiştir. Tüm bu kullanımların en önemli bileşeni, bu bozukluğa sahip popülasyonun özelliklerini karşılaştırmak için geçerli bir payda belirlemektir. Örneğin bir hastalığın prevelansını belirlemek için (örn. belirli bir popülasyonda, belirli bir zamanda bir hastalığın sıklığı), popülasyondaki bu bozukluğa sahip olan ya da olmayan kişilerin sayısını bilmek gerekmektedir. Bir hastalığın insidansını belirlemek için (belirli bir zamanda (genellikle 1 yılda), bir popülasyonda ortaya çıkan yeni vakaların sayısı), belirli bir zamanın başında, bir popülasyondaki bu bozukluğa sahip olmayan kişilerin sayısını bilmek gerekmektedir. Epidemiyoloji ile ilgili kavramların listesi Tablo 2-1'de bulunabilir.

Yakın zamanda psikiyatrik epidemiyologlar, aynı şekilde çoğu kez kendiliğinden ortaya çıkan bozukluk-

ları tanımlamışlardır (bu bozukluklar komordittir). Yakın dönemdeki çalışmalar, yalnızca bireysel bozuklukların değil, ayrıca komorbid bozuklukların da prevelansı ve insidansı üzerinde vurgu yapmışlardır.

Engel GL: The clinical application of the biopsychosocial model. *Am J Psychiatry* 1980; 137:537-44
Lilienfeld DE: Definitions of epidemiology. *Am J Epidemiol* 1978; 107:87

"VAKA" KAVRAMI

Ruhsal Bozuklukların Tanı Ölçütleri El Kitabı, 4. Baskı, revize edilmiş (DSM-IV-TR) ve diğer psikiyatrik tanı sistemleri, psikiyatrik bozuklukları farklı bozukluklara ayırmışlardır. Örneğin bir kişi ya major depresyon tanısını karşılar ya da karşılamaz. Bir bozukluğa tanımlamak için, bu bozukluğa tanımlayacak bir kriterin olması gerekir, fakat bu kriter, bir sınıflamadan diğerine değişiklik gösterir. Örneğin DSM-IV-TR'daki bir bozukluk için kriter bazı durumlarda DSM-III'dekinden farklıdır.

Epidemiyolojide vaka kavramını kullanmak, alandaki klinisyenlerin, epidemiyologlar tarafından yapılan çalışmaların türünü yorumlamalarını kolaylaştırır, fakat kişileri hasta ya da sağlıklı gibi yapay kategorilere atayarak önemli bir miktarda veri kaybedilir. Erken dönemdeki pek çok epidemiyolojik çalışma, bu ikilemin habercisidir ve bu çalışmalar hastaları, her grup için önceden tanımlanan kriterlere ne kadar iyi uyduklarına göre gruplara atamaya çalışmıştır. Bu araştırmacılar klinisyenlerin, hastaları bir tanı grubuna atayıp atamama becerisinin mükemmel olmadığını ve bu becerinin basit bir evet ya da hayır kararından çok, olasılık tahmininde daha çok uygulanabileceğini kabul etmişlerdir. Benzer bir şekilde semptom puanlama ölçekleri kullanmak, bir kişinin bir tanı kategorisine atanıp atanmamasını gerektirmez, daha çok depresif psikopatolojinin bir boyut üzerinde değerlendirmesine izin verir (psikiyatrik epidemiyolojide "vaka bulma" örnekleri aşağıda, bireysel çalışmaların tanımlarında verilmiştir).

American Psychiatric Association: *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4th edition. Text revised. American Psychiatric Association. 2000.

Tablo 2-1. Epidemiyolojide Önemli Terimler

Prevelans: Belirli bir zamanda bir bozukluğun bir popülasyondaki sıklığı (popülasyondaki bir bozukluğa sahip vakaların sayısının oranı popülasyondaki insanların sayısına bölünür). Toplum araştırmalarını tamamlamak zaman alsa da (genellikle 3 ayla 1 yıl arası), bu tür çalışmaların sonuçlarının bir popülasyondaki bir bozukluğun sıklığını (genellikle yüzde olarak verir) bir günde hesapladığı varsayılmaktadır. Bazı vakalarda, prevelans bir günde sıklık olarak değil, fakat belirli zaman aralığında, 1 ay ya da 1 yıl gibi, görülen bozukluğa sahip tüm vakaların sıklığı olarak ölçülür.
Payda: Prevelans oranında payda popülasyondaki kişilerin sayısıdır. Bu rakam önemli hale gelir, çünkü vakaların seçildiği popülasyona göre değişiklik gösterebilir. Örneğin insidans bir oranı yansıttığı için payda bir toplumdaki tüm kişiler, tüm kadınlar, bir kliniğe başvuran tüm kişiler, kliniğe başvuran 65 yaş ya da üstündeki tüm kişiler ya da bir toplumdaki tüm Afriko Amerikalılar olabilir. Her payda için prevelans değişir.
Insidans: Belirli bir zaman boyunca (genellikle 1 yıl) herhangi bir bozukluğu olmayan bir kişinin, bozukluk geliştirme olasılığı. Örneğin 1 Haziran'da 1000 kişi bir bozukluğa sahip değilse ve gelecek 12 ay boyunca 100 kişi bu bozukluğu geliştirmişse, bu bozukluğun insidansı %10'dur. Pek çok vakada insidans prevelanstan daha düşüktür ve doğal olarak, insidans bir oranı yansıttığı için, belirli bir zamandaki 2 ya da daha fazla noktada veri toplamak insidansı belirlemek için gereklidir.
Risk: Bir bireyin bir psikiyatrik bozukluk yaşama olasılığı. Bu bağlamda risk temel olarak bir insidans ölçümüdür.
Risk faktörü: Bir kişinin psikiyatrik bir bozukluk geliştirme olasılığını artıran herhangi bir faktör. Örneğin kadın, gen yaşta olmanın, düşük sosyoekonomik düzeyin ve boşanmış olmanın major depresyon geliştirmek için risk faktörleri olduğu bilinmektedir. Bir risk faktörünün nedensel olması gerekmez.
Risk profili: Belirli bir bozuklukla ilişkili bir dizi risk faktörü
Görece Risk: Risk faktörü olan insanların arasında, risk faktörü olmayanlara göre bir bozukluk geliştirme riskinin artması (ya da azalması).
Komorbite: Aynı kişide en azından 2 ayrı bozukluğun görülmesi, her bir bozukluğun kendine ait etiyolojisi, görünümü ve seyri vardır.

DİĞER EPİDEMİYOLOJİK KAVRAMLAR

Bir bozukluğun ortaya çıkmasına katkıda bulunan faktörler arasındaki ilişkileri ayırt etmek için epidemiyologlar, neden-sonuç ilişkisi ağı olarak tanımlanan şeyi araştırmışlardır. Neden-sonuç ilişkisi ağı kavramı, birbiriyle ilişkili çeşitli karıştırıcı değişkenler aracılığıyla birbirine bağlanabilen, sosyal stresörlerle bir ruhsal hastalık arasındaki ilişkisindeki gibi spesifik ilişkilerdir. Bu karıştırıcı değişkenler en iyi şekilde, düğümlerden (etiyolojik faktörler) ve iplerden (bu etiyolojik faktörler arasındaki ilişkiler) oluşan bir ağ metaforu ile açıklanabilir. Örneğin genetik faktörler endofenotiplere yol açabilir (nörotransmitter sistemin bozulması gibi), bunlar da ara fenotiplere (depresif bir duygu durumu gibi) yol açar, bu fenotipler de sonunda kişinin yaşadığı sosyal çevre tarafından şekillendirilir. Sosyal faktörler de sonrasında, gen ekspresyonunu değiştirir. Epidemiyolojik çalışmalar, araştırmacılara farklı düğümleri ve neden-sonuç ilişkisi ağındaki etkileşimleri çözmeleri konusunda yardımcı olur.

Morris'e göre epidemiyolojinin pek çok önemli kullanım alanı vardır: 1) toplumun sağlık geçmişini çalışmak ve farklı bozukluklar için ölüm oranlarını hesaplamak, 2) sağlık programlarının ve servislerinin etkinliğini değerlendirmek, 3) bir bozukluğa sahip olma ya da çok farklı görünümlerdeki iş görememe riski altındaki kişileri belirlemek, 4) ilgili işaretlerin

ve semptomların bir araya gelmiş toplamından oluşan sendromları tanımlama ve 5) "sağlık ve hastalığın nedenlerini araştırma..." konusunda yardımcı olma. Doğru epidemiyolojik çalışmalar güçlü sağlık politikaları geliştirebilir, daha rasyonel sağlık bakım planlarına olanak sağlayabilir ve maliyeti düşük önleme ve tedavileri programlarını kolaylaştırabilir.

MacMahon B, Pugh TF, Ipsen J: *Epidemiological Methods*. Little, Brown, 1960.

Morris JN: *Uses of Epidemiology*. Williams & Wilkins, 1964.

■ TARİHSEL BİR BAKIŞ AÇISI

İLK KUŞAK ÇALIŞMALAR

En erken, resmi psikiyatrik epidemiyolojik çalışmalar, 20. yy'nın ilk yarısında yapılmıştır. Bunlar genellikle sınırlı ölçekler kullanmışlar, kurum kayıtlarına dayanmışlar ve verileri için bilgi sağlayan küçük bir grup kullanmışlardır. Bu çalışmalar "elverişli" çalışmalardır, epidemiyologlar bu araştırmayı kendileri başlatmak yerine, sağlıkla ilgili veriyi daha önce ruhsal bir bozukluk için tedavi gören ya da intihar etmiş olan kişilerden toplamışlardır. Faris ve Dunham'ın İkinci Dünya Savaşı öncesindeki oldukça geniş çaplı bir çalışması, Chicago bölgesindeki ruh sağlığı hasta-

John I. Nurnberger, Jr., M.D., Ph.D. ve Wade Berrettini, M.D., Ph.D

Çeviri: Hale Yapıcı Eser

■ PSİKİYATRİK GENETİKTE METOTLAR

Moleküler biyolojik tekniklerin ortaya çıkmasıyla birlikte genetik alanında bilimsel bir devrim meydana geldi. Bu teknikleri kullanarak, birçok nöropsikiyatrik hastalık için genlerin etkin olduğu riskler tanımlanmış oldu: ilk olarak Huntington hastalığı gibi Mendelian tek genli durumlar çözüldü, son birkaç yıl içerisinde alkol bağımlılığı gibi kompleks genetik durumlar belirli genlere yenik düştü. Bu çalışmaların bazıları endofenotipe bilimi veya biyolojik hassasiyet işaretleri ile hızlandı.

KLİNİK EPİDEMİYOLOJİ: İKİZ, AİLE VE EVLAT EDİNME ÇALIŞMALARI

Genetik çalışmalarda üç çeşit nüfus__ ikiz, aile ve evlatlık çalışmaları__ bir insan fenomeninin büyük ölçüde genetik tarafından etkilenip etkilenmediğinden emin olabilmek için gerçekleştirilir.

İkizlerle ilgili çalışmalar temel monozigotik (MZ) veya tek yumurta ikizleri, genlerinin her ikisinin de tam tamamı aynı DNA dizisine sahip iki farklı bireyle ilgili doğal bir deney sunmaları gerçeğine dayanmaktadır. Bu, DNA dizilerinin %50'sini paylaşan dizygotic (DZ) ve çift yumurta ikizlerin ve artı diğer kardeşlerden farksız bir DNA ortaklığına sahip olmalarıyla tam ters bir durumdur. Genetik faktörler tarafından etkilenen bir fenomen, MZ ikizlerle DZ ikizler karşılaştırıldığında daha fazla benzerlik "konkordans" göstermesi gerekir.

Aile ile ilgili çalışmalar bir rahatsızlığın kalıtımı ile ilgili üç kritik soruya cevap verebilir:

Erki altındaki bir bireyin akrabaları da kontrol bireylerin akrabalarına göre artmış bu rahatsızlığa sahip olma riskine sahip midir?
Sorgulanan fenomen ile hangi diğer rahatsızlıklar ortak bir genetik yakınlık paylaşabilir?
Belirli bir kalıtım ayırt edilebilir mi?

Bir aile çalışması tipik olarak bir **proband** (kalıtsal bir hastalık serisinde karşılaşılan ilk hasta) ile başlar veya öncelikle hasta daha sonra hastanın akrabaları üzerinden çalışılır.

Nurnberger Jr JI, Wiegand R, Bucholz K, et al. A family study of alcohol dependence: Co aggregation of multiple disorders in relatives of alcohol-dependent probands. *Arch Gen Psychiatry* 2004;61:1246-1256

Evlat edinme çalışmaları: Bu çalışmalarda hastalık için olası risk dört akraba grubunda değerlendirilebilir: manevi aile ve etkilenen evlatlığın biyolojik akrabaları ve kontrol evlatlıklarının manevi ailesi ve biyolojik akrabaları. Eğer rahatsızlık kalıtımsalsa, etkilenen bireylerin diğer üç grup akraba ile kıyasla biyolojik akrabalarında artmış hastalık riski bulunmalıdır. Hasta ebeveynlerin uzağa evlatlık verilen çocuklarının hastalık riski ile sağlıklı ebeveynlerin uzağa evlatlık verilen çocuklarının hastalık riski de karşılaştırılabilir.

Segregasyon analizi, ailelerdeki hastalık paterninin belirli bir aktarım modu ile uyumlu olup olmadığını belirlemek için kullanılabilir. Çeşitliliğin büyük kısmından tek bir genin sorumlu olduğu durumlar için en uygunu olan budur. Majör psikiyatrik rahatsızlıkların birçoğu bu kategoriye ait değildir.

Majör psikiyatrik rahatsızlıkların karmaşıklıklarından bazıları aşağıdaki gibidir:

Çeşitlilik gösteren penetrans (genetik bir eğilimi olan bazı bireyler hastalığı göstermeyecektir)
Fenokopyalar (Hastalığın semptomlarını gösteren genetik bir yakınlığı olmayan bireyler)
Genetik heterojenlik (Birden fazla genetik sebep çeşidi aynı sendromu üretebilir)
Bir sendromun tanısal sınırları belirsiz olabilir.
Pleitropi (bir gen farklı insanlarda farklı şekillerde ifade edilebilir)

Bağlantı Analizi

Herhangi bir genetik konumda, her bir birey lokusu tanımlayan iki kopya (**alleller**) DNA dizisi taşıyır. Bu allellerden bir tanesi anneden diğeri babadan geçer. Bu alleller eşit muhtemellik oranıyla iletilecektir (örn;1/2) yani her bir çocuk için iki allelden bir tanesi. Eğer bir kromozomdaki iki genetik konum birbirine yakınsa, bunların allelleri birlikte kalıtılma eğilimi gösterirler (bağımsız olarak değil) ve bunlar "bağlantılı" konum olarak bilinir. Mayoz bölünme esnasında, bağlantılı

konumdaki alellerin her zaman birlikte miras kalmadığı gözlemini açıklayacak şekilde, homolog kromozomlar arasında cross-over (çaprazlama geçiş) (rekombinasyon olarak da bilinir) gerçekleşebilir.

İki bağlantılı konum arasında meydana gelen çaprazlama geçişteki dağılım bunların arasındaki kromozom mesafesi ile doğru orantılıdır. Aslında, iki bağlantılı konum arasındaki genetik mesafe, iki konum arasındaki rekombinasyon yüzdesi (bu değer teta olarak bilinir) üzerinden tanımlanmıştır. Bir kromozom üzerindeki birbirinden "uzak" düşen konumların arasında birlikte miras kalma şansına sahip olacaktı ve bağlantılı değillerdir. Böylece, teta için maksimum değer 0.5, minimum değer ise 0'dır. Bağlantı analizi iki veya daha fazla konum için teta hesaplama metodudur.

İki konumun bağlı olma ihtimali teta <0.5 ihtimalidir. İki konumun bağlı olmama ihtimali teta=0.5 ihtimalidir. Böylece bir LOD (odds ratio logaritması) skoru şu şekilde tanımlanır:

LOD skoru

$$= \log_{10} \left[\frac{\text{bir ailenin } <0.5 \text{ theta sahibi olma ihtimali}}{\text{bir ailenin } =0.5 \text{ theta sahibi olma ihtimali}} \right]$$

Bu gibi hesaplamaları elle yapmak mümkün olsa da (bkz. Ott,1985), LOD skorları genellikle GENE-HUNTER veya Merlin gibi bilgisayar programları kullanarak hesaplanır. Bir LOD skoru logaritma bir değer olduğundan, farkı ailelerden gelen skorlar toplanabilir. Kompleks durumlar için, geniş aileler yerine etkilenen kardeş çiftleri üzerinde çalışılabilir. 1.0 olan bir LOD skoru, bağlantı ihtimalinin bağlantısızlık ihtimalinden 10 kat fazla olduğunu gösterir. Basit genetik durumlar için, 3 veya daha büyük bir tutardaki LOD skoru bağlantı varlığını ispat ederken, -2 veya daha az bir skor çalışılan örnek için bağlantı ihtimalini dışarıda bırakmaya yeterlidir. Kalıtımın daha kompleks formları olan rahatsızlıklar için (birçok psikiyatrik bozukluğu dahil ederek) daha yüksek bir pozitif LOD skoru gerekmektedir.(kesin bağlantı için 3.6 ve bağlantı olma ihtimali için 2.2).

Lander E, Kruglyak L: Genetic dissection of complex traits: Guidelines for interpreting and reporting linkage results. *Nat Genet* 1995;11(3):241-247.

McQueen MB, Devlin B, Faraone SV, et al.: Combined analysis from eleven studies of bipolar disorder provides strong evidence of susceptibility loci on chromosomes 6q and 8q. *Am J Hum Genet* 2005;77:582-595.

İlişki Çalışmaları

Bu çalışmalarda iki popülasyona verilen bir konum için allel sıklığı karşılaştırılır, bu popülasyonlardan bir tanesi bir hastalığı olan akrabalığı bulunmayan bireylerden oluşurken, "kontrol" popülasyonu bu hastalığa

sahip olmayan aynı etnik gruba ait ve akraba olmayan kişilerden oluşur. Eğer belirli bir allel genellikle bireyleri sorgulanan hastalığa yatkınlaşıyorsa, o zaman bu allel, kontrol popülasyonu ile kıyasla hastalık popülasyonunda daha fazla sıklıkta meydana geliyordur.

Vaka-kontrol ilişki yaklaşımında potansiyel görünmez tehlikeler vardır. Çalışma için seçilen lokus hastalığa yatkınlık yaratmalıdır. Zaten, ilişki çalışmaları için seçilen lokuslar genellikle aday genler olarak bilinir. Eğer lokus hastalığa yatkınlık yaratmıyorsa, o zaman ilişki çalışmasının sonuçları negatif olmalıdır. Fakat, eğer iki popülasyon dikkatli bir şekilde etnik kökenlerine göre eşleştirilmediyse yanlış pozitif sonuçlar meydana gelebilir. Bir diğer alternatif kontrol grubu etkilenmiş bireylerin ebeveynleridir (etkilenen çocuğa aktarılmayan aleller "kontrol grubu"nu oluşturur—bu Akarım Dengesizliği Testi veya TDT olarak bilinir).

Schulze TG, McMahon FJ: Genetic association mapping at the crossroads: Which test and why? Overview and practical guidelines. *Am J Med Genet* 2002;114(1):1-11

Yüksek Risk Çalışmaları

Psikiyatrik hastalıkları olan bireylerin biyokimyasal çalışmaları her zaman hastalık etkileri sorunu tarafından bozulur: Etkilenen bireyler ve kontrol grubu arasındaki biyokimyasal farklılıklar rahatsızlığın sebebiyle mi ilgilidir yoksa bunlar hastalığın etkileriyle ya da tedavisiyle mi alakalıdır? Genetik bir hastalık için muhtemel biyokimyasal farklılıkları araştırırken, bu zor mesele çalışılan rahatsızlığı ortaya çıkartmada yüksek riske sahip bir grup birey (genellikle ergenler veya genç yetişkinler) üzerinde çalışarak ele alınabilir (çünkü bunların ebeveynlerinde ve/veya akrabalarında söz konusu hastalık mevcuttur). Gözlemlenen biyokimyasal anormalliklerin hastalığı gerçekten öngörücü olup olmadığını ortaya çıkartmak için yüksek risk altındaki grup daha sonra zaman içerisinde takip altına alınır.

Schuckit MA, Smith TL, Chacko Y: Evaluation of a depression-related model of alcohol problems in 430 probands from San Diego prospective study. *Drug Alcohol Depend* 2006; 82 (3):194-203.

MOLEKÜLER GENETİK METOTLAR

Tek sekans tekrar (SSR) işaretleri, mikro uydular olarak da bilinir, tekrarlanan bir sıralandırmanın değişken rakamına dayalı bir grup polimorfizmi temsil eder. Fakat, SSR işaretleri durumunda, tekrarlanan sıralandırma 2-5 nükleotit içerir. Diğer SSR sıralandırmaları tanımlanmış olmasına rağmen, tekrarlanan sıralandırma genellikle (CA)_n—, (AG)_n—, veya (AAAT)_n—dir. SSR'ı içeren bölge, bir polimeraz zincir reaksiyonu (PCR) içinde, ısı etkisiyle değişmeyen DNA polimerazı kullanılarak çoğaltılır. Bağlantıyı test etmek için mikro uydular genellikle kullanılır.

Farklı bir DNA işaretleri sınıfı, tek nükleotid polimorfizmler (SNPler), genellikle ilişkiyi tespit

Psikiyatrik Görüşme¹

4

Barry Nurcombe, MD ve Michael H. Ebert, MD

Çeviri: Şengül Tosun Altınöz

İnsan davranışı karmaşıktır. Çevresel stres veya beyin hastalığı nedeniyle işlevsiz hale gelirse, deneyimsiz bir klinisyenin aklını karıştırabilir. Bu durum özellikle nöroloji ve psikiyatri alanında örtüşen bilişsel ve duygulanımdaki nöropsikiyatrik değişiklikleri içeren, nörodavranışsal bozukluklarda doğrudur. Klinisyen nörodavranışsal bozukluklarda belirti ve bulguları, miyokard enfarktüsü veya enfeksiyon hastalığı gibi fiziksel sendromlarda olduğu gibi, aynı yaklaşımla değerlendirmelidir.

Bu bölüm etkili bir psikiyatrik görüşme sırasında, psikiyatrik öykü ve ruhsal durum muayenesini (RDM) anlatmaktadır. Görüşme sürecindeki adımlar, klinisyenin tanı ile ilişkili bilgiyi düzenli, güvenilir ve kapsamlı bir biçimde elde etmesi için hakim olması gereken tekniklerle birlikte tanımlanmıştır. Psikiyatrik öykü ve RDM bileşenleri görüşme sırasında sıklıkla elde edilen evrelere göre tanımlanmıştır.

İlk görüşme nasıl gerçekleştirilebilir? Sonuç, hastanın ve doktorun neyi araştırdıklarına ve içinde bulunulan duruma bağlıdır. Örneğin; acil servis odasında hızlı, odaklı bir görüşme, ayaktan hasta gören kliniğe uygun daha kapsamlı bir inceleme ile çelişir. İki görüşme örneği de dahiliye ya da cerrahi bir klinikte, ağır bir hastanın yatak başı değerlendirmesinde nele- rin mümkün olduğuna göre değişir. Bu gözlemlere rağmen, değişken derecelerdeki klinik durumlarda, temel konu başlıkları ele alınabilir. Biz bu konu başlıklarına, psikiyatrik öykü elemanlarını tartışırken döneceğiz.

PSİKİYATRİK GÖRÜŞMENİN AŞAMALARI

Başlangıç

Eğer görüşmeci bir klinikte çalışıyorsa, psikiyatrik görüşmenin başında bekleme odasına gider, kendini

hastaya tanıtır, hastaya görüşme odasına kadar eşlik eder ve ona oturabileceği koltuğu gösterir. Hastanın kimlik bilgilerini aldıktan sonra, görüşmeci hastaya önceden bildiklerini anlatabilir. Bu yaklaşım gereksiz bilgilerden uzaklaştırır ve harekete geçebilmek için görüşmecinin yolunu açar. Aşağıdaki örneği değerlendirin:

Psikiyatrist: Ailen dün beni görmeye geldi. Bana senin başarılı bir öğrenci olmana rağmen, okul başarının düştüğü, arkadaşlarının çoğuyla görüşmediğin ve çökkün görüldüğün için endişeli olduklarını anlattılar. Senin duygusal bir problem için yardıma ihtiyaç duyabileceğini düşünüyorduk.

Hasta (16 yaşında erkek): Yani?

Psikiyatrist: Senin bir psikiyatristle görüşmeni istemişler. Bu durumla ilgili çok mutlu olmadığın izlenimine kapıldım.

Hasta: Evet.

Psikiyatrist: Belki bu konu hakkında ne hissettiğinden bahsederek başlayabiliriz.

Görüşmeciler her zaman bir ofiste çalışmazlar, hasta yatak başında, acil servis muayene odasında ekipmanlar arasında, ya da araba kullanırken bile iş görebilirler. Her nerede olursa olsun, görüşmeciler başlangıçta bu modeli dahil etmektedirler, bu kesin bir formalitedir. Görüşmeci kendini tanıtır, orada niçin bulunduğunu anlatır ve hastayı öyküsünü anlatmak için yanıtlamaya davet eder. Eğer hasta böyle yapmak istemezse, görüşmeci hastaya niçin anlatmadığı konusunda yardım eder.

Keşif

Görüşmeci hastaya öyküsünü mümkün olduğu kadar kendiliğinden anlatması konusunda yardım etmelidir. Görüşmeci hastayı dinler ve hikaye akışında gereğinden fazla sözünü kesmez. Görüşmeci keşif sırasında zamansız yönlendirerek acele etmez. Eğer görüşmeci doğrudan sorular sorarsa, cevapları alacaktır. Mümkün olduğunca açık uçlu sorular sorulmalıdır. Soru basit, tek yanlı olduğu durumlar dışında, soru ne kadar yönlendiriciyse, alınan yanıt

¹ Bu yazının bu kısmı aynı zamanda Nurcombe B, Gallagher RM: *The Clinical Process in Psychiatry: Diagnosis and Management Planning*. Cambridge University Press, 1986. Reprinted with the permission of Cambridge University Press'de görülür.

Tablo 4-1. Psikiyatrik Görüşmede Bulunan Konular

Olayların ve semptomların gelişmesinin kronolojisi; hastanın özel endişeleri; ve hastanın ailesinin, arkadaşlarının, komşularının ve işverenin endişeleri
İlgörü, yargılama ve tedavi için motivasyon
Hastalık tetikleyicileri ve ilişkili stresörler
Prezentasyon
Önceki psikiyatrik hastalıklar ve davranışsal problemler
Önceki psikiyatrik tedavi ve/veya ruh sağlığı müdahalesi

o kadar geçersizdir. Keşif aşaması için özellikle uygun kolaylaştırıcı teknikler bu bölümde daha sonra anlatılacaktır.

Detaylı Sorgulama

Hasta öyküsünü bitirdikten sonra, görüşmeci psikiyatrik öyküde mevcut olan hastalık, geçmiş hastalık, tıbbi öykü, önceki çevre, eğitim durumu ve diğer ilişkili durumlar hakkında daha çok bilgi öğrenmeye çalışmalıdır. Tam detaylı sorgulama birçok görüşme olacaktır, fakat olası tanı için önemli özellikleri gözden geçirme bir saat içinde tamamlanabilir.

Tablo 4-2 psikiyatrik öykünün içeriklerini listelemektedir. Önerilen düzen körlemesine takip edilmemelidir. Görüşmeci bu başlıklardan sırasıyla değil, doğal bir şekilde bahsetmeye hazırlanmalıdır. Vakaya göre, bazı başlıklar vurgulanacaktır, bazıları daha az detayla araştırılacaktır.

Detaylı sorgulama soru sormayı içerir, fakat başlangıçta mümkün olduğu kadar sorular açık uçlu tu-

Tablo 4-2. Psikiyatrik Öykünün İçeriği

Kimlik bilgileri
Var olan problem
Şuan ki hastalığın öyküsü
Geçmiş psikiyatrik hastalığın öyküsü
Tıbbi öykü
Madde veya alkol kullanım öyküsü veya antisosyal davranış öyküsü
Erken gelişim ve çocukluk çevresi
Eğitim öyküsü
Mesleki öykü
Aile öyküsü
Cinsel öykü
Evlilik öyküsü
Karakteristik başa çıkma mekanizmaları, değerler, idealler, istekler

tulmalıdır, detaya gerek duyuldukça genelden özele doğru ilerlenebilir. Aşağıdaki soruları karşılayın:

- Evliliğiniz nasıl?
- Sizin ve eşinizin arası nasıl?
- Eşinizle nasıl geçiniyorsunuz?
- Evliliğiniz mutlu olanlardan mı?
- Eşinizi seviyor musunuz?

Bu yaklaşım ağırlı batına dışarıdan içeri doğru cerrahi yaklaşımla benzerlikler göstermektedir. Doğrudan sorular sınırlı cevaplara neden olur ve olaylarla ilgili konularda çok uygundur (örneğin, Hangi yıl evlendiniz?).

Bazı konular terapötik uyum geliştikten sonra ertelenmelidir. Hasta ilk görüşmede cinsel hayatını problem olarak getirmez ise, bu alandaki inceleme genellikle geciktirilir.

Geçişler

Görüşmeci bir konudan diğerine ansızın geçmez. Değişime dikkat çekilmelidir. Örneğin, psikiyatrist “Tamam. Bu konudan başka birine geçmek istiyorum. Yaptığınız işleri bana anlatabilir misiniz? Okulu bıraktıktan sonra ne yaptınız?” demelidir.

Standart Karşı İsteğe Bağlı Sorgulama

Detaylı sorgulamanın bir kısmı standartize edilmiştir. Belirli yaşlarda, spesifik klinik durumlardaki hastalarda ya da minimum veri için gerekli sorular içermektedir. Standart sorgulamanın bileşenleri, her klinik durum için tanımlanmalıdır. Detaylı sorgulamanın kalan kısmı büyük ölçüde isteğe bağlıdır ve keşfin ardından üretilen tanı hipotezlerini destekleyen veya aksini ispatlayan kanıtların ortaya çıkmasına sebep olmaktadır.

PSİKİYATRİK ÖYKÜNÜN BİLEŞENLERİ

Şu an Tablo 4-1 de gösterilen psikiyatrik öykü bileşenlerini tartışmaktayız. Tablo 4-1 deki her konu ele alınmalı ve bilgi Tablo 4-2’deki kategoriler ile ilişkilendirilmelidir.

Mevcut Hastalık

Eksiksiz bir psikiyatrik öykü; tanı, müdahale ve tedavi için bir kılavuzdur. Bu amaçla mevcut dönemin tetikleyicileriyle tanımlanmasında ve sonra bu dönemin farklı bir psikiyatrik hastalık tarafından oluşturulup oluşturulmadığı ya da kronolojik olarak belgelenen bir kronik psikiyatrik hastalığı bir dönem olup olmadığının saptanmasında fayda olabilir.

Çocuk ve Adölesanlarda Tanı Koyucu Karşılaşma

5

Barry Nurcombe, MD
Çeviri: Mihrimah Gürışık

I. EBEVEYNLERLE GÖRÜŞME

İLK TEMAS

Çocuklar psikiyatlara, genellikle ebeveynleri ya da bakıcıları aracılığıyla yönlendirilir. Aileler, teşhis ve tedavi için işbirlikçi yaklaşımın gerekli olduğu ve 3 yaşından büyük çocuklarını tanısal bulgulara hazırlamaları gerektikleri konusunda haberdar edilmelidir. İlk temas çoğunlukla telefon üzerinden ebeveyn ya da ilgili kimse tarafından yapılır. Bu ilk görüşmede oluşturulan izlenimin önemi azımsanamaz. İlk alım/giriş personeli tanımlayıcı bilgileri ve mevcut şikayetin kısa tarihçesini toplar. Acil durumlarda derhal 24 saat içinde ilgilenilmelidir. Tablo 5-1 anında değerlendirilmeyi gerektiren durumları genel hatlarıyla sıklık sırasına göre sıralamaktadır.

GÖRÜŞMELERİN SEYRİ

Eğer ilk görüşmeye bir bunalım sebep olduysa ya da aile çok uzun mesafeden geldiyse, klinisyen bütün aileyi birlikte görmelidir. Hiçbir bunalım olmasa bile, bazı klinisyenler yine de tüm aileyle görüşme fikrini benimserken bazıları da çocukla ya da ergenle ayrı bir görüşmeden önce ilk olarak ebeveynlerle görüşmeyi tercih etmektedir. Ebeveynler ayrı ya da boanmış olsalar bile aralarındaki gerginlik kontrol edilemeyecek derecede değil ise iki ebeveynle de görüşmek daha uygundur. Bazı klinisyenler de ebeveynlerden önce ergenle ilk olarak görüşmeyi yeğlemektedir. Her halükarda klinisyen, uzun ebeveyn görüşmesi yapılırken çocuğu bekleme odasında tedirgin biçimde bekletmekten kaçınmalıdır. Belli

bir noktada, detaylı geçmiş elde etmek için ebeveynlerle (bkz: ebeveynlerle görüşme kısmı) ve aile dinamikleri üzerine ışık utmak için aileyle görüşme yapılmaya ihtiyaç olacaktır (bkz: aileyle görüşme kısmı).

GİRİŞ ANKETLERİ VE LİSTELER

Önemli bilgiler ilk görüşmeden önce dahi toplanabilir. Örneğin, ebeveynler çocuk davranış listesi ve bir gelişim geçmişi formu doldurabilirler. Eğer çocuğun okuldaki davranışı önemli bir meseleyse, çocuk davranış listesinin öğretmen tarafından doldurulmuş şekilde elde edilebilir. Önceki ruh sağlığı değerlendirmeleri, psikolojik raporlar, tıbbi kayıtlar ve okul kayıtları da bazı durumlarda mevcuttur. Böylelikle, klinisyen ebeveyn görüşmesi boyunca gelişimsel konulara ve ön bilgiden çıkan semptom şekline odaklanabilir.

EBEVEYN GÖRÜŞMESİNİN AMACI

İlk ebeveyn görüşmesi birkaç amaca hizmet eder. En önemlisi, klinisyene ebeveynlerle ittifak yapmada, ve ebeveynlere de çocuğu bir sonraki görüşmeye hazırlamada yardımcı olur. Klinisyen, aile görüşmesini çocuğun mevcut probleminin resmi geçmişi, tıbbi geçmişine, erken gelişimine, okul sürecine ve akrana ilişkilerine ve bunun yanında çocuğun dinlence-eğlence aktivitelerine ve ilgilerine, ev ve aile ortamına ve aile geçmişine ait bilgileri elde etmek için kullanabilir. Klinisyen ayrıca bu görüşmeden ebeveynlerin halihazırdaki karı-koca ilişkisine ve gelişimine dair bilgiler toplayabilir ve ebeveynlerin çocuğun problemini ve onun ihtiyacı olduğu yardımı nasıl anladıklarını tespit edebilirler.

Tablo 5-1. Anında Değerlendirilmeyi Gerektiren Durumlar

İntihar eğilimi
Cinayet işleme dürtüleri
Tehlikeli saldırganlık
Tehlikeli risk alma (evden kaçma vb.)
İlaç ya da alkol zehirlenmesi
Psikotik düşünce bozukluğu (halisünasyonlar, delüzyonlar (kuruntu) vb.)
Çocuğun aksi-yıkıcı hareketlerine bağlı olarak yaşanması mümkün ailesel çöküntü
Yeni meydana gelmiş bir travma (tecavüz ya da sivil felaket sonucu vb.)
Anormal hüzün tepkisi verilen yakın zamandaki kayıp
Akut okul reddi
Okuldan uzaklaştırma ya da atılma
Polise adının karışması
Yeme bozukluğu olduğu bilinen bir hastada fiziksel bozulma

EBEVEYN GÖRÜŞMESİNİN SEYRİ

Ebeveyn görüşmesi 4 ana aşamadan geçerek ilerler: (1) başlangıç, (2) keşif, (3) detaylı anket ve (4) sonlandırma.

Başlangıç

Görüşmeci ebeveynleri beklemeye odasında karşılayıp onlara ofisine dek eşlik ederek ve nereye oturmalara gerektiğini göstererek işe koyulur. Sonra ebeveynlere önceden bildiklerini anlatır ve onları hikayelerini anlatmaya davet eder.

Keşif

Görüşmeci, çağrışımın akışını çabuklaştırmak ya dimeseleyi açıklığa kavuşturmak yerine ebeveynlerin sözlerini kesmeksizin kendi hızlarında ilerlemelerine izin vermelidir. Hikaye çözüldükçe, ebeveynler arasındaki iletişim gözlemlenir. Birbirlerini destekliyorlar mı? Konuşmanın çoğunu bir ebeveyn mi yapıyor? Birbirlerinin sözünü kesiyor ya da birbirleriyle çelişiyorlar mı? Hangi konular onlarda en fazla his uyandırıyor? Sıcaklık, mizah, sakinlik, kopma, uzaklık, gerginlik, öfke ya da saldırganlık gibi duyguları açığa vuruyorlar mı? Bir ebeveyn üzülsünce diğeri nasıl tepki veriyor?

Detaylı Anket

Ebeveynler hikayelerini bitirdikten sonra, sonraki birkaç bölümde listelenen alanlar araştırılır. Bu alanlar standart tanasal ankette yoklanmalı ve ortaya çıkan klinik modeli tarafından tetiklenen tanasal varsayımı göre, belirli alanlar derinlemesine araştırılmalıdır.

A. PROBLEM

Problem ilk ne zaman ortaya çıktı? Problemin başlangıcı bir fiziksel ya da psikososyal stres etkeni ile rastlaştı mı? Problem nasıl gelişti? Devamlı mı ya da aralıklarla mı ortaya çıkıyor? Eğer aralıklı ise, ataklar bedensel sağlıktaki ya da çevredeki değişikliklerle (aile, okul, akran ilişkileri vb.) aynı zamana mı rastlıyor? Ebeveynler bununla ilgili ne yaptılar? Çocuğun evde, okulda, kardeşleriyle ya da akranlarıyla davranışında başka türlü problemler var mı?

B. YÖNLENDİRME

Ebeveynleri kim yönlendirdi? Neden şimdi geldiler? Bunun hakkında nasıl hissediyorlar? Daha önce yardım talebinde bulundular mı? Öyle ise, kimden ve yardım ne derece etkiliydi? Şimdi ne tür bir yardım bekliyorlar?

C. TIBBİ GEÇMİŞ

Çocuğun önemli fiziksel bir hastalığı, bedensel sakatlığı var mı? Hiç ameliyat oldu, kaza geçirdi ya da hastanede yattı mı? Eğer öyle ise, kaç yaşında, hangi müddette ve herhangi psikolojik bir ters reaksiyon meydana geldi mi? Çocuk hiç kafa yaranması, hastalık nöbeti, senkop, başağrısı, göz semptomları, abdominal ya da ekstremitte ağrısı, bulantı ya da kusma geçirdi mi veya uzun süreli ya da sıklıkla yaşanan okul devamsızlığı var mı? Daha önce hiç psikolojik problemleri oldu mu? Oldu ise, sebebi, tedavisi ve sonucu neydi? Çocuk şu anda herhangi bir ilaç alıyor mu? Dikkat edilmesi gereken alerjileri var mı?

D. GELİŞİM GEÇMİŞİ

1. **Hamilelik**—Çocuğa gebe kalma durumunu çevreleyen koşullar nelerdi? (motivasyon, kabullenme, uygunluk, duygusal çalkantı, kaynana-kayınpederin tepkileri vb.) Hamilelik süresince karı-koca ilişkisinin özü nasıldı? Ebeveynlerin cinsiyet tercihi var mıydı? Annenin hamilelik süresince fiziksel ve ruhsal sağlığı nasıldı? Toksemi, eklampsi, böbrek problemi, hipertansiyon ya da ateşli hastalığı var mıydı? Hamilelik boyunca hiç röntgen ışınlarına maruz kaldı mı? Hamileyken reçeteli mi yoksa reçetesiz ilaçlar mı aldı, tütün, alkol ya da kaçak uyuşturucu madde kullandı mı, eğer öyle ise, ne kadar ve ne sıklıkla? Hamilelik boyunca aşırı mide bulantısı, kusma ya da vajinal kanama geçirdi mi? Doğuma nasıl hazırlandı?

2. **Doğurma**—Anne normal doğum mu yaptı? Çocuk vaktinde mi doğdu? Doğum ne kadar sürdü? Doğumun türü nasıldı? Herhangi bir komplikasyon oluştu mu? Doğumdan ne kadar sonra anne bebeği gördü? Annenin bebeği gördüğündeki ilk düşünceleri nelerdi?

3. **Yenidoğanın durumu**—Bebeğin doğduğundaki ağırlığı, olgunluğu ve fiziksel durumu ne idi? Bebek yoğun bakımda mıydı? Öyle ise, ne kadar süre? Bes-

Ruhsal ve Nöropsikolojik Değerlendirme

6

James S. Walker, PhD, Howard B. Roback, PhD ve Larry Welch, EdD
Çeviri: Rıfat Tarhan

■ PSİKİYATRİK BAĞLAMDA RUHSAL DEĞERLENDİRME

Psikiyatrik bağlamda psikolojik değerlendirme genellikle hastanın psikopatolojisini betimlemeye ve açıklamaya yardımcı olmak amacıyla yapılan psikolojik testin ölçümleri (geçmişe ait bilginin kullanılmasına ve geleneksel mental durum muayenesi ile birlikte) ile ilgilidir. Psikolojik testlerin hastanın hastaneye yatırılma ihtiyacı, 1. eksen bulgularını karmaşıklaştıran kişilik faktörleri, temaruzun muhtemel varlığı, önemli terapötik durumların tanımlanması, hastanın intihar ihtimali, temel savunma mekanizmaları ve başa çıkma stratejileri ve en uygun deşarj tercihleri gibi spesifik klinik durumlara işaret etmesi sıklıkla istenmektedir. Çocuk psikiyatristi kavramsal test ile zeka geriliği gibi nöro gelişimsel bozuklukları göz ardı etmek ihtiyacında olabilir. Nörolojik bir sevkte psikiyatristin sorabileceği sorular genellikle hastanın patolojisinde muhtemel bir sinir sistemi bozukluğunun rolü ve onun yarattığı günlük fonksiyon bozukluğu ile ilgilidir. Örneğin, hastanın demansı ya da psödo demansı var mı, hastanın davranışsal ya da duygusal kontrolsüzlüğü kişilik faktörlerinin mi yoksa o tür tepkileri modüle eden bozulmuş merkezi sinir sistemi mekanizmalarının mı bir sonucudur ve organik zararın ve bununla ilişkili zihinsel bozukluğun boyutu nedir? Teşhisi belirleme ve tedavi planlamasına yardımcı olmanın yanı sıra, psikolojik test, belirlenmiş bir hastaya uygulanan tedavinin verimliliğini belgeleyerek sonuç değerlendirmesinde önemli bir rol oynayabilir.

Uygulama esnasında psikiyatristin karmaşık klinik vakalarda psikolojik konsültasyon isteyebilme ve kullanabilme yeteneği, özellikle belgelendirmeye önem veren bugünün sağlık hizmetleri alanında sadece röpörtaj ve gözleme güvenmekten öte teşhisle ilgili birçok avantaj sağlar. Dahası, bir hastanın, örneğin, kişilik yapısı, tedavi edilebilirliği ve sözel yeteneği ile ilgili bilgi sahibi olmak, psikososyal tedavilerin

mi yoksa tek başına farmakolojik tedavinin mi tercih edilen tedavi yöntemi olacağını belirlemede oldukça yararlıdır. Bulgu rapor skalasındaki ölçülebilir pozitif değişimler tarafından tedavinin etkililiğinin gösterilmesi sigorta şirketleri, düzenli bakım kurumları ve hasta müşteriler için önemli belgelemedir. Hastanın kasıtlı olarak abartmaya ya da somatoform belirtileri taşımaya yatkınlığının ölçülmesi adli tıp bağlamında genellikle kritiktir. Benzer şekilde, zihinsel yeteneklerin ve eksikliklerin ölçülmesi, okul öncesi yaştaki çocuğun prekositesinin belirlenmesi ya da müşterilerin ve iş ortaklarının şikayetlerine rağmen emekli olmaya isteksiz olan yaşlı bir uzmanın bulunması olsa da, psikiyatristin hastanın yeteneklerini anlamasına yeni bir boyut kazandırır.

ÖLÇÜMÜN İLGI ALANLARI

Belirlenmiş sevk sorularına işaret etmesi için testlerin seçilmesi onların temel psikometri standartlarını karşılayıp karşılayamamalarına göre belirlenir. Psikolojik testler genellikle norm referanslıdır, yani, bir tek hastanın sonucu testin ilk olarak uygulandığı ve ilgililen popülasyonun temsilcileri olmak üzere dikkatlice seçilen standardizasyon örneğinin ortalaması ile karşılaştırılır. Test prosedürleri de ayrıca standartlandırılmıştır. Resmi olmayan yatak başı testi bir kişinin kişisel tarzına uyarlanabilir ve sevk sorularına özel maddeleri birleştirebilme esnekliğine sahipken, standartlaştırılmış test uygulamasında, değerlendirilmesinde ve yorumlanmasında istikrar anlamına gelmektedir.

Standartlaştırma test güvenilirliğini artırır, yani, içten tutarlı olmalı ve farklı zamanlarda aynı kişiye verilirse aynı ya da benzer sonuçları ortaya çıkarmalıdır. Örneğin, eğer bir tıp fakültesi adayı cumartesi günü olan Tıp Fakültesi'ne Alım Sınavı'nda (MCAT) yüzde 98, aynı testi ya da eşdeğer bir biçimi kullanarak Pazartesi günü yüzde 60 alıyorsa, ölçümün güvenilir olmadığı söylenir çünkü her iki teste de çok az güven duyulabilir. Yararlı psikolojik test nihai olarak bir test için en önemli kriter olan geçerliliği de sahip

olmalıdır: Test ne noktaya kadar, ölçtüğünü iddia ettiği şeyi gerçek anlamıyla ölçüyor. Testin geçerliliği birkaç farklı yolla değerlendirilebilir. Harici, genel geçer bir kriterle karşı ölçülebilir (Kriter geçerliliği). Örneğin, kriter geçerliliği bakımından MCAT, tıp öğrencisi performansını, notlar, fakülte değerlendirmeleri ve eğitimin başlarıyla tamamlanması gibi ilgili harici kriterler tarafından ölçüldüğü gibi gerçek anlamıyla ölçebiliyor mu? Obsesif kompulsif bozukluk (OCD) testi birçok değerlendirici tarafından OCD kriterlerini karşıladıkları teşhis edilen çoğu hastayı doğru olarak tanımlayabilir mi? Kriter geçerliliği testin duyarlılığının (hastayı ilgililenen duruma sahip olarak doğru bir şekilde sınıflandırabilme yeteneği) ve belirliliğinin (o duruma sahip olmayan hastaları doğru olarak sınıflandırabilme başarısı) hesaplanmasıyla değerlendirilir. Geçerliliğin başka bir türü olan içerik geçerliliği, maddelerin, üzerinde çalışılan davranış alanını ne kadar iyi örneklediğini belirlemek için yapılan testi içeren birbirinden ayrı maddelerin sistematik analizini içerir. Örneğin, bir depresyon ölçümü bağli önemine göre kurgunun tüm önemli yönlerini (zihinsel, psikolojik ve davranışsal) örnekeleyebilen parçaları içermelidir. Bir test, ayrıca, testin inandırıcı, gerçek hayat realitesini ve davranış gerçek olarak yansıttığı derece anlamına gelen ekolojik geçerliliğe de sahip olmalıdır. Örneğin, yaşlı bir hasta zihinsel hesap yeteneği testinden çok kötü bir sonuç elde edebilir, fakat bir kalem ve kağıt yardımıyla konsantrasyon problemlerini giderebiliyorsa, sonuç onun bir çek defterini dengede tutabilme yeteneğiyle ilgili çok az alakalı içerebilir. Bir testin yararlılığı, alakalı sevk sorularını cevaplamada ve istenilen sonuca katkıda bulunmadaki eşsiz yararlılığına istinaden başka bir temel özelliktir. Bu kısımda anlatılan testler zamanla incelemeye tabii tutulan ve psikiyatrik uygulamada yararlılıklarını gösterenler arasındadır.

■ KİŞİLİK VE DAVRANIŞ DEĞERLENDİRMESİ

Kişilik değerlendirmesine duyulan ilgi psikolojik denemelerdeki bilimsel ilerlemelerden daha önce var olmuştur. Yıllar boyu, insanlar kendi davranışlarını ve başkalarının hareketlerini davranış anlayabilme ve tahmin edebilme amacıyla değerlendirmişlerdir. Bilimsel kişilik testinin, psikolojik ölçüm vasıtasıyla bireysel farklılıkların incelenmesinde kökleri vardır.

Modern kişilik ve davranış ölçekleri genellikle biçimsel olarak objektif ya da iz düşümsel olarak tanımlanır. "Objektif" teriminin kullanımı, yanıtların objektif olarak değerlendirildiği ve örneğe ait veriy-

göre yorumlandığı anlamına gelir. Öncekinin örnekleri geniş kapsamlı objektif kişilik testleri, davranışsal değerlendirme skalası ve sigorta istatistikleriyle ilgili değerlendirme teknikleridir. Psikiyatristin klinik uygulamada karşılaşmasının en muhtemelleri olduklarından, tartışma için bu türden objektif kişilikler ve davranışsal belgeler seçtik. Yani, hastaları kişilik testi için sevk ederken, aşağıdakilerin çoğunun uygulanması ve psikologun raporunda tartışılması daha olası olacaktır. İz düşümsel testlerin de benzer bir tartışması olacaktır.

GENİŞ KAPSAMLI OBJEKTİF KİŞİLİK TESTİ

Geniş kapsamlı kişilik testleri maddelerin standart bir formatta (doğru-yanlış) cevaplandığı kalem kağıttan oluşan şahsi rapor araçlarıdır. Bazı testler eşlerin girdilerini kullansalar da, genellikle hasta cevap verir. Nicel olarak değerlendirilirler ve sonucu ortaya çıkaran sayısal skorlar istatistik analize tabi tutulmuştur. Tipik olarak, hastanın skorunu standart örnekleriyle karşılaştırılır ve sonucu ortaya Standart veri güvenilir ve geçerli bilgi olarak test kitapçığında sunulur.

Minnesota Çok Boyutlu Kişilik Envanteri-2

Minnesota Çok Boyutlu Kişilik Envanteri-2 (MMPI-2) klinik uygulamada en sık kullanılan kişilik envanteridir. 1930larda, psikiyatristler ve psikologlar kendilerine klinik kararlarda yardımcı olması için sadece röportaj işlemlerine dayanmak zorundaydı. Minnesota Üniversitesi'nde psikolog psikiyatrist takımı olan Starke Hathaway ve Charley McKinley, orijinal MMPI'yi 1943'de yayınladı. Sadece, belirli rahatsızlıklara sahip psikiyatrik hastaların kohortları arasında ayırım yapabilmeye yeteneklerine dayanarak seçilen yanıt maddeleriyle tamamen deneysel bir bakış açısından geliştirilmişti. Bu 566 maddelik doğru-yanlış testi 10 klinik alt ölçekte kullanılmak üzere tasarlandı: Hipokondri, Depresyon, Histeri, Psikopatik Sapma, Maskulinite-Femininite, Paranoya, Psikastenî, Şizofreni, Hipomani ve Sosyal İçedönüklük. İletişim kolaylığı için her bir skalaya bir numara verilmiştir. Örneğin, Hipokondri = 1, Depresyon = 2 vb. Psikologlar bir çok skala isminin kliniksel olarak hüküm kalmamış olmasından dolayı, kendi aralarında bir MMPI profili hakkında konuşuyorken genellikle bu numaraları kullanır. İlave olarak, cevap veren kişinin testi yapma yaklaşımını ölçen çoklu geçerlik skalaları mevcuttur. Testin son haline dahil edilmek üzere

Çocuk ve Ergenler için Tanısal Değerlendirme

7

Barry Nurcombe, MD, Michael Tramontana, PhD
Çeviri: Ali Ercan Altınöz

Tanısal hipotezler (üretilmiş, test edilmiş ve öykü alım sürecinde belirlenmiş), mental durum muayenesi, aile etkileşiminin gözlenmesi, araştırma planında üretilen fizik muayene ve eğer gerekiyorsa, laboratuvar testleri, özel araştırmalar, konsültasyonlar ve psikolojik testler üzerine temellenir.

Şekil 7-1 öykü alımı, ruhsal durum muayenesi, üretilen tanısal hipotezler, fizik muayene ve özel araştırmalar/tetikler, klinik örüntünün belirlenmesi, ikincil tanısal hipotezler, psikolojik testler ve tanısal sonuçlar, tanı formülasyonu ve tedavi planı gibi alanlardan gelen klinik sorgulama akışını özetlemektedir.

I. ÇOCUK RUHSAL DURUM MUAYENESİ

ÇOCUK RUHSAL DURUM MUAYENESİNİN AMACI

Çocuk ruhsal durum muayenesi, tanısal görüşme süresince çocuğun davranışlarının detaylı bir tanımını sağlayan sistematik gözlemler ve değerlendirmeler setidir. Öykü ve fiziksel muayene ile birleştirilen ruhsal durum muayenesi, klinisyene tanısal karşılaştırmalar süresince üretilen tanısal hipotezlerin kabul edilmesi, reddedilmesi ya da belirlenleştirilmesinde yardımcı eden kanıtlar sağlar (bakınız Bölüm 34). Ayrıca özel tanısal hipotezleri test etmek için özel tetiklerin/sorgulamaların gerekli olup olmadığına karar vermede de yardımcı olur. Bu yüzden, ruhsal durum muayenesi sorgulama planının tamamlayıcı bir parçasıdır. Tanısal hipotezlere ve sorgulama planına uygun olarak ruhsal durum muayenesi kısa ya da kapsamlı olabilir. ancak daima standartları ve isteğe bağlı sorgulamaları birleştirir.

Ergenlerin ruhsal durum muayenesi yetişkinlerinkine benzer (bakınız Bölüm 4). Ancak çocukların değerlendirilmesi ayrı bir tartışmayı hak ettirecek yeterlikte zordur. Gözlemlerin çoğu, çocuk ile yapılandırılmış görüşme seyrinde yapılan tam bir ruhsal durum muayenesinden gelmektedir (Bakınız Bölüm 5). Diğer gözlemler, örneğin bilişsel işlevlerin izlendiği klinik testler, standardize edilmiş bir soru setinin parçasıdır.

RUHSAL DURUM MUAYENESİNDE İŞARET EDİLEN ALANLAR

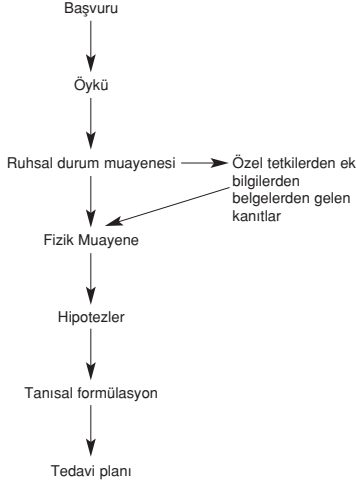
Tablo 7-1 ruhsal durum muayenesi yoluyla ele alınan alanları listelemektedir. İlk beş alan görüşme ilerlerken not edilmekte; buna karşın son beş alan özel sorular gerektirmektedir.

Görünüm

İzleyen özellikler not edilir: boy, kilo, beslenmeyle ilgili durum; erken gelişmişlik ya da fiziksel olgunluğun gecikmesi, ikincil cinsel karakteristikler, deri anormallikleri, baş, boyun veya genel fizik görünüm; kişisel hijyen ve bakım ve kıyafetlerin tarzı ve uygunluğu.

Motor Davranışlar

İzleyen özellikler gözlemlenir: genel fiziksel aktivite düzeyi (örn., aşırı hareketlilik, çok az hareketlilik, hareketlerde yavaşlama), aynı yaştaki diğerleriyle karşılaştırıldığında yürüme biçimi, denge, beden duruşu, tonu, gücü, ince ve kaba motor koordinasyon anormallikleri, anormal hareketler (örn., tremor, seğirme, titreme, tikler, yerinde duramama, koreiform hareketler, atetoid hareketler, motor taşkınlık); manerizmler, hareketi sürdürmeme veya çarpıcı ırkılmeler.



Şekil 7-1. Klinik sorgulama süreci

Ses, Konuşma ve Dil

İzleyen özellikleri dinleyin: aksanı; ses perdesi tonunda, seste, fonasyonda veya prozodide (örn., ciyaklamak, bağırarak, fısıldamak, tekdüzellik, ses kısıklığı, scanning, yüksek ses perdesinden konuşma) anormallikleri; konuşmanın miktarındaki anormallikler (örn., konuşmazlık, fakirleşme, çok konuşma, gevezelik); anormal ritim (örn., stuttering); anormal telafuz (örn., dyslalia); olağan ya da uygun olmayan kelime kullanımı (örn., anlamsız sesler çıkarma, küfretme); ekolali, anormal söz dizimi ve anlatım ve algılama dilinde bozulmalar (örn., kelime bulmada zorlanma).

Tablo 7-1. Ruhsal Durum Muayenesi Yoluyla Ele Alınan Alanlar

Görünüm
Motor davranışlar
Ses, konuşma ve dil
Değerlendirmeci ile etkileşim
Duygu durum ve duygulanım
Bilişsel işlevler
Düşünce süreci
Düşünce içeriği
Fantezi
İlgörü

Değerlendirmeci ile Etkileşim

Hastanın göz teması (örn. gözlerini kaçırması, odaklanmaması, gözlerini dikmesi) not edilir. Çocuk arkadaşça ve uyumlu mudur yoksa dirençli, muhalif, utanç ya da içedönük müdür? Çocuk savunucu, agresif, cüretkar, alaycı, küçümseyen, korkulu, yapışkan, ketlenmiş, kayıtsız, maskara, saldırgan, mahcup ya da ayartıcı mıdır? Çocuk güvenilir bir bilgi verici midir?

Duygu Durum ve Duygulanım

Konuşma, tutum ve davranışlarında, hasta ısrarcı bir duygu durum anormallliği ya da zayıf duygusal düzenlemeye yönelik kanıt sergilemekte midir? Örneğin, anksiyete, gerginlik, öfke, depresyon, yükselmiş duygu durum, sersemlik, apati veya anhedoni kanıtı var mıdır? Çocuk duygusal olarak değişken midir ya da durum tersine midir, sınırlı bir duygulanım arlığı mı göstermektedir? En yoğun duygu hangi konularda ortaya çıkmaktadır?

Bilişsel İşlevler

Bilişsel izleme testleri, formal psikolojik testlerin yerine geçmez. Bunlar formal testlerin gerekip gerekmediğine karar vermede hızlı klinik değerlendirme hizmeti sağlarlar. İzleyen alanlar test edilmelidir: Dikkat, oryantasyon, bellek (anlık, kısa, uzun) yargılama, soyutlama ve zeka (bakınız Panel I-VI). Eğer hasta rakamlar, harfler ve kelimeler ile temel bir tanımlılık göstermiyorsa, tanımlanan panelleri uygulamaya girişmelidir (Bakınız Talo 7-2).

Düşünce Süreci

Düşünce uçuşması veya hızlanma, yavaşlama veya düşünce sürecinin fakirleşmesine yönelik anormal tempo kanıtları var mı? Düşünce akışı, amaç yöneliminden uzak, belirsiz, uyumsuz, çevresel, teğetsel veya klang çağrışımlarla birlikte mi? Normal devam eden çağrışımlar perseverasyon, dolambaçlılık, çevresellik, dikkat dağınıklığı veya bloklar nedeniyle kesintiye mi uğruyor? Büyüsel veya metaforik düşünmede bozulmalara yönelik kanıtlar var mı, örneğin normal olmayan somut düşünme veya kavramsal sınırların bulanıklaşması.

Tablo 7-2. Bilişsel Testler için Ön Araştırma Soruları

Alan	Hastaya Sorulacaklar
Rakamlar	1'den 20'ye sayma
Harfler	Alfabeyi ezberden okumak
Kelimeler	Hastanın burnu, ağzı, çenesi, boynu ve dizlerini göstermesi

Gelişimsel Psikoloji

8

Kenneth A. Dodge, PhD

Çeviri: Bilge Doğan

■ GELİŞİMSEL KAVRAMLAR

Gelişim kavramı modern davranışsal bilimin bel kemiğidir. Psikiyatri doktorları ve davranışsal bilimciler primer olarak değişim, kaynakları ve kontrolü ile ilgilidir. **Gelişimsel psikoloji** yaşam süresi boyunca yapı, fonksiyon ve sistematik büyüme ve değişim basamaklarının bilimsel çalışmasıdır. Davranış sınıflandırma sistemleri (psikiyatrik nozolojiyi kapsayarak) sadece şu anki özelliklere ve mevcut semptom ve sendromlarının biçimsel özelliklerine dikkat etmekle kalmaz, geçmiş özellikleri, şimdiki sonuçlarını, uzun dönem sonuçlarını ve değişim ihtimalini inceler (doğal olarak veya tedavi ile).

Gelişimsel psikoloji sistematik değişimin tür ve modelleri ile ilgili iken (ve türlerin esas eğilimleri), **gelişimsel psikopatoloji** disiplini bireysel farklılıklarla ilgilenir ve çocukluk çağı bozukluklarını anlamaya büyük katkıda bulunur.

Gelişimsel psikopatolojinin kurulan çatısı; ön-görücüleri, nedenleri, süreçleri, seyirleri, sekeli ve çevreyle psikiyatrik hastalıkların ortak yaşamını anlamak için bir harekettir, etkin tedavi ve önlemeyi keşfetmek için gereklidir. Bu hareket birçok disip-linden (örn., psikobiyojoloji, nörobilim, bilişsel psikoloji, sosyal psikoloji) bilgileri ve analiz düzeylerini (örn., nöronal sinaps, psikobiyolojik yanıt, zihinsel tasvir, motor davranış, kişilik kalıbı) birleştiren gelişimsel çatı tarafından güdümlüdür. Gelişimsel psikoloji ve gelişimsel psikopatoloji arasındaki ilişki iki taraflıdır: normal gelişim çalışması yoldan sapmaların analizi ile ilgili içerik sunar ve psikopatoloji çalışması kuralcı gelişim anlayışımızı bilgilendirir.

Gelişimsel yönelim, bilgini bozuklukların prevalans ve insidansının ötesinde sorular sormaya zorlar. Tablo 8-1 bu soruların bazılarını listeler.

ORTOGENETİK İLKE

Ortogenetik ilkeye göre, gelişim ayrılmamış olandan hareket eder ve alt-sistemlerin içinden ve boyunca hem birleşmesi hem farklılaşması ile elde edilen büyük karışıklığa doğru yayılır. Yeni doğan bebek kimi yanıt kalıplarında ayrılmamıştır fakat gelişim boyunca işlevsellikte daha fazla farklılaşma (ve daha az stereotipi) elde eder. Gelişimin her bir dönemi, çevresel isteklerden (örn., emzirmek istemeyen bir anne) ve alt-sistemlerden ortaya çıkan içsel etkilerden (örn., kendisinin büyüdüğünün ve kontrolü kullanabileceğinin farkına varma) kaynaklanan adaptasyonel mücadeleler ile karakterizedir. Meydan okumalar sadece homeostazise bir tehlike sinyali değil, bundan ziyade insan türünün tanımlayan adaptasyon isteği olarak en iyi kavramsallaştırılır, meydan okumalar bireyi gelişime doğru iter. Türlerin doğal adaptasyonel yanıtı yeni isteklerin hakimiyetine doğrudur. Hakim olan motivasyon bilim tarafından henüz açıklanmamıştır, buna rağmen insan türü için karakteristiktir (bakınız "Adaptasyon ve uyum" bu bölümden sonraki kesit).

Böylece, gelişim organizmanın homeostazisinde yeni meydan okumalarla getirilen bozulma dönemleri, ardından bir sonraki çatışmaya kadar adaptasyon ve birleşme ile karakterizedir. Adaptif çocuk hem içsel hem dışsal kaynaklarını çatışmayı karşılamak için kullanır. **Başarılı adaptasyon**, mevcut çatışmaların içeriği dahilinde davranışsal ve biyolojik sistemlerin optimal organizasyonu olarak tanımlanır. Adaptasyon geçmiş adaptasyonel yapıların şimdiki isteklere asimilasyonunu gerektirir bununla birlikte istekleri karşılamak için donatılmış yeni yapıların üretimini gerektirir.

Piaget iki tip değişiklik tanımlamıştır: **asimilasyon**, çatışmanın varolan örgütsel yapılarla birleştirilmesini kapsar (örn., bir bebek tüm erişkinlere aynı çeşit uyarana gibi davranabilir) ve **akomodasyon**, çevrenin isteklerini karşılamak için organizmanın yeniden yapılandırılmasını içerir (örn., gelişen bebek erişkinlerin arasında ayrım yapmayı ve farklı erişkinle-

Tablo 8-1. Bir gelişimsel oryantasyonla ilişkili sorular

Bazı riskli bireyler nasıl ve neden psikolojik olarak hasta olurken, diğerleri olmaz?
İnsan türlerinin kısıtlamaları ve kapasiteleri farklı hayat evrelerinde bireyleri nasıl hastalığa meyilli yapar? (Örneğin, bayanlar adolesan dönem boyunca neden depresyon için daha yüksek risktedirler?)
Genler ve çevre psikopatoloji oluşturmak için nasıl etkileşir?
Farklı hastalıklar gelişimsel olarak nasıl ilişkilidir? (Örneğin, karışık gelme bozukluğu nasıl iletişim bozukluğuna yol açar, hangisi antisosyal bozukluğa yol açar?)
Normal ve anormal arasındaki doğal sınırlar nerededir?
Kritik periyodlar var mıdır, varsa neden? (Örneğin, hayatın erken evresinde kanda yüksek kurşun seviyesi neden zararlıdır?)
Multifaktöriyel sebeplilik kavramının muhtemel müdahale başarısına etkisi nedir?

re farklı yanıtlar vermeyi öğrenir) (bakınız 'organizmik teori' bu bölümdeki sonraki kesit). Akomodasyon asimilasyondan daha kompleksdir, fakat başarılı adaptasyon her ikisinin dengesini içerir.

Maladaptasyon veya meydan okumaya yanıt vermede yetersizlik, gelişimsel meydan okumalara yetersiz çözümle karakterizedir (fiksasyonun psikanalitik kavramında olduğu gibi). Maladaptasyon gelişimsel ertelenme veya gecikmelerle kanıtlanabilir; emosyonel olarak bozuk olan çocuğun normal davranış periyodundan sonra devam eden öfke nöbetleri gibi. Eğer gelecek gelişim için avantajlı değilse, organizma herhangi bir fazda bazı düzen ve işlevsellik formları sergileyecektir. Buna rağmen, çocuğun öfke nöbetleri hem evlilik kargaşasının kompleks dış çevresini hem de içsel çevrenin stresini düzenlemeye hizmet eder. Fakat, suboptimal düzenleme bireyin sonraki gelişimsel çatışma ile baş etmesini engeller.

Bazen, kısmi çatışmaya etkili görünen yanıtlar daha sık düzeyde maladaptasyona neden olur. Annesinin bölünmeyen ilgisinin onu görmezden gelmesiyle çekilmesine yanıt veren yeni yürümeye başlayan çocuğu gözlemleyelim. Fakat bu yanıt kalıbı geçici olarak daha sakin akşamlar manasına gelebilir, yeni yürümeye başlayan çocuk gelişimin daha sonraki aşamasında diğer çatışmalara yanıt olarak hasta donanımlı olacaktır. Tutarlı sosyal çekilme çocuğun iddii a etme yeteneğini elde etmeyi becerememesine neden olabilir, buna rağmen, annenin devam eden görmezden gelmesi gelecekte fenotipik ayrı yanıta neden olabilir (örn., adolesanda depresyon). Böylece, ortogenetik köken bütün organizmanın işlevselliğini, (sadece ayrı ve ilişkisiz alt sistemler değil) ve organizmanın gelecek çatışmalara yanıt hazırlığını zihne çağırır.

Lerner, RM (ed): Theoretical models of human development. In: *Handbook of child psychology*, Vol 1. New York: Wiley, 2006.

OTOGENİ VE FİLOGENİNİN MAJOR İLKELERİ

Cairns ve Cairns çevreyle etkileşimde olan insan organizmasını tanımlayan yedi prensibin altını çizmiştir:

koruma, birbirini tutma, ikiye bölünlülük, karşılıklı etki, yenilik, bireysel içsel farklılık ve dinamik sistemler. İlk prensip koruma veya işlevselliğe zamanın içinde bağlayıcılık. Tüm değişim baskısına rağmen, sosyal ve bilişsel organizasyon sürekli ve koruyucu olmaya eğilimlidir. Organizma üzerindeki zorlamalar ve davranışın çoklu belirleyicileri ani mutasyonlardan çok dereceli süreçlere yönlendirir. Gözlemciler insanlardaki devamlılığı uzun zamanlar sonrasında dahi anımsarlar, bu, biz biliriz ki kişi "aynı" kişi olarak kalır. Piaget için; kariyerine yumuşakçaların evrimi ile ilgili bilimsel yazılarla başlamıştır, bu kişi devamlılık prensibi içinde türlerin geniş evriminin aşamalı olduğu görünümü ile tutarlıdır. Piaget bireylerin gelişiminin türlerin gelişimini yansıttığına inanmıştır (örn., ontogeni özetler filogeniyi).

İkinci prensip birbirini tutma: Davranış kümesi-ne katkıda bulunan çoklu sisteme rağmen bireyler bütünlümlü üniteler gibi işlev görür. Biri bir sistemi diğerinden ayıramaz çünkü iki sistem bir bütün olarak, içeriği olan bölümlerden daha iyi çalışır. Bu gerçek başka bir koruyucu güçtür, sistemin bir bölümündeki bir olumsuz etki sistemin diğer bölümlerinden yanıt olarak dengeye gelme eğilimindedir. Bu fenomen tüm biyolojik sistemlere ve psikolojik işlevselliğe de uygulanabilir.

Üçüncü prensip ikincisinin doğal sonucudur: organizma ve çevre arasındaki etki ikiye bölünlüdür. İnsan diğerleri ile sürekli etkileşimde aktif bir temsilcidir. Karşılıklı etkiler aynı değildir. Daha doğrusu, gelişimin her evresinde, kişi dış dünyayı, dünya ile tüm deneyimlere aracılık eden zihinsel temsili sistem üzerinden düzenler. Bununla birlikte, karşılıklılık ve eş zamanlılık kişiyi sınırlar ve sınırlılıkların rölafit ağırlıkları gelişimin farklı noktalarında değişir. Bir uçta, yeni doğanın anneye simbiozisi ve bağımlılığını konuşmak mümkün, diğer uçta davranış kalıtım bilimciler çevresel farklılıklara genetik etkenlere işaret eder (genlerin sosyal değişimde birinin diğerlerinden alması reaksiyonuna yol açan davranış ürettiği önerisi gibi).

Psikofarmakolojik Müdahaleler

9

Richard C. Shelton, MD
Çeviri: İrem Ekmekçi Ertek

Pek çok psikiyatrik bozukluğun iyi yapılandırılmış bir biyolojik altyapısı bulunmamaktadır. Fakat standardize edilmiş tanı sınıflaması ile ilgili alan (nozoloji), özellikle *Ruhsal Rahatsızlıkların Tanı Ölçütleri El kitabı*, 4. Baskı (DSM-IV) formunda kabul görmüştür. Diğer tıp alanlarında olduğu gibi, dışsal olarak geçerli olan tanı kriterlerini kullanan dikkatli yapılmış bir tanı değerlendirmesinin yerini hiç bir şey tutamaz. Uygun olduğu zaman, tanı değerlendirme aile üyelerini, önceki ya da aynı anda bakım veren kişileri ve diğer bilgi kaynaklarını içeren kapsamlı bir veri tabanını kullanmalıdır ve değerlendirme yalnızca o andaki akut görünüme değil, uzun döneme ait (longitudal) veriye daha fazla odaklanmalıdır.

■ FARMAKOKİNETİK VE FARMAKODİNAMİK

Psikotrop ilaçların temel farmakokinetiklerini ve farmakodinamiklerini anlamak, bu ilaçların güvenli ve etkili kullanımı için gereklidir. Lityum dışında (lityum bir elementtir) diğer psikotropik ilaçlar lipofilik polisiklik aminlerdir. Bu ilaçlar nörotransmitterlerin bağlanma alanlarıyla etkileşime girerler ve bu etkileşim de onların psikotropik etkilerini ortaya çıkarır. Örneğin pek çok antidepresan, katekolamin ya da indolamin-uptake bağlanma alanlarına allosterik olarak bağlanarak (ya da monoaminerjik katalitik enzim monoamine oksidaz ile) etkisini gösterir. Bu da nörepinefrin ya da serotonin gibi monaaminlerin sinaptik olarak ulaşılabilirliğini artırır. Bu durum, doğrudan antidepresan etki yaratabilirken, ek olarak mide bulantısı ya da gerginlik gibi yan etkilere de yol açabilir. Ayrıca bu ilaçlar, muskarinik kolinerjik bağlanma alanlarıyla etkileşime girerek, ağız kuruluğu, bulanık görme ve kabızlık gibi önemli yan etkilere yol açarken, histamin bağlanma alanlarıyla etkileşime girdiğinde de uyku hali ve kilo artışına neden olur. Reseptör bağlanması affinitesi ile ilgili profil, klinisyenin belirli ilaçların hem olumlu etkilerini hem de yan etkilerini yordamasına izin verecektir.

Pek çok psikotropik ilaç oral yolla ve intramüsküler alanlardan oldukça hızlı ve tamamen absorbe olur. Çünkü bu ilaçların yağ çözünürlüğü oldukça yüksektir ve çok hızlı bir şekilde kan beyin bariyerini geçerler. İn-

tramüsküler yolla yapılan uygulama, hızlı emilime ve yayılıma yol açar ve karaciğerden ilk geçiş metabolizmasına uğramaz. Bu nedenle plazma düzeylerine çok hızlı bir şekilde ulaşılır. Antipsikotik ilaçların (örn. Haloperidol, olanzapin, ziprasidon) ya da anksiyolitiklerin (örn. Lorazepam) intramüsküler yolla verilmesi, öncelikle ajite ve psikotik hastaların akut müdahalesi için saklı tutulur/korunur. Bu duruma bir istisna, haloperidol ya da flufenazin dekonat kullanımıdır. Her iki ilaç da, psikotik bozukluğun uzun süreli tedavisi için yağ süspansiyonu formunda bulunur. Bu ilaçlar, her 2-4 haftada bir enjeksiyon yapmayı gerektirir ve tedavi uyumuyla ilgili sorunları olan hastalara verilir.

Pek çok psikotrop ilaç yüksek düzeyde protein (örn. α_1 glikoprotein) bağlanmasına sahiptir. Bu duruma önemli istisnalar arasında lityum ve venlafaksin yer almaktadır. Bu nedenle, ilaç etkileşimleri protein bağlanması düzeyinde gerçekleşebilir. Bu durumda bu ilaçlar, önemli bağları olan diğer ilaçlarla yer değiştirecektir (ve yeri değiştirilecektir). Bu durum, beklenmedik bir zehirlenmeyle sonuçlanabilir. Bu nedenle klinisyenler hastaya yeni bir ilaç başlamayı planladığında ilaç öyküsünü dikkatli bir şekilde almalıdırlar.

Lityum dışındaki tüm psikotrop ilaçlar en azından kısmen, sitokrom enzimleri aracılığıyla metabolize edilir. Metabolize etme sürecinin bir ya da daha fazla aşamasından sonra suda çözünen ürünler (örn. Glukronidler) meydana getirilir ve bunlar da böbrekten atılır. Belirli psikofarmakolojik ajanlar metabolize etme sürecini, sitokrom P-450 (CYP) enzimleri aracılığıyla tetikleyebilir ya da engelleyebilir. Örneğin karbamazepin, CYP 3A4, 2B1 ve 2B2 enzimlerinin metabolize etme sürecini indükleyebilirken, buna karşın seçici serotonin geri alım inhibitörü (SSRI) antidepresanlar, CYP 2D6 aracılığıyla metabolize etme sürecini inhibe edebilir. İlaçlar birlikte verildiğinde, bu metabolik etkileşimler dikkate alınmalıdır.

Pek çok psikotrop ilaç oldukça geniş aralıklı plazma düzeylerine ulaşabilir bu nedenle hastayı monitörize etmek yararlı olabilir. Fakat plazma düzeylerinin aralıkları yalnızca belirli trisiklik antidepresanlarla (örn. İmipramin, desipramin, nortriptilin), haloperidol ve klozapin gibi antipsikotik ilaçlarla ve lityumla oluşturulur. Sınırlı terapötik aralıktan dolayı, lityumun plazma düzeyinin izlenmesi kabul gören bir uygulamanın parçasıdır. Plazma düzeyi-yanıt ilişkisi ku-

rumlanmış diğer ilaçlarda plazma düzeyini ölçmek; yalnızca tedaviye uyumu kontrol etmek için ya da şiddetli yan etkiler anormal derecede yüksek plazma düzeylerini işaret ettiğinde faydalı olabilir. Buna ek olarak bir ilacın diğer bir ilacın düzeyini artırabildiği ya da düşürebildiği durumları netleştirebilmek için de plazma düzeyi kullanılabilir. Örneğin paroksetin gibi bir SSRI, CYP 2D6 (örn haloperidol) tarafından metabolize edilen diğer ilaçların plazma düzeylerini artırabilir. Plazma düzeyi ölçümüyle netleştirilebilecek beklenmedik yan etkiler ortaya çıkabilir.

- Nemeroff CB, DeVane CL, Pollock BG: Newer antidepressants and the cytochrome P450 system. *Am J Psychiatry* 1996;153:311.
- Preskorn SH: Clinically relevant pharmacology of selective serotonin reuptake inhibitors: An overview with emphasis on pharmacokinetics and effects on oxidative drug metabolism. *Clin Pharmacokinet* 1997;32(Suppl 1):1.
- Preskorn SH, Dorey RC, Jerkovich GS: Therapeutic drug monitoring of tricyclic antidepressants. *Clin Chem* 1988;34:822.

■ ÖZEL POPÜLASYONLARDA FARMOKİNETİK

Farmako-kinetikler, popülasyona göre farklılık gösterir. Örneğin, çocuklar oldukça yüksek karaciğer kitle indeksine sahiptirler ve ilk geçiş metabolizmasında ilaçlar beklenenden daha fazla eliminde edilirler. Yaşlılarda da çoğunlukla, görece daha düşük karaciğer klerensi ve protein bağlanması vardır. Bu da, pek çok psikotrop ilacın plazma düzeyini artırır. Doz uyumları kinetikteki farklılıklara göre yapılmak zorundadır ve uygun olduğunda da, bu doz uyumları araştırma verilerine dayanmalıdır.

Hamilelik dönemi kendine özgü sorunlar yaratır. Psikotrop ilaçlara maruz kalınması doğumla ilgili defekt ya da spontan abortus olasılığını artırır. Doğurganlık potansiyeli olan tüm kadınlara hamilelik ve ilaç kullanımı ile ilgili olarak tavsiyede bulunulmalıdır (örn. Hamilelikten kaçınmak ya da hekimi hamile kalınmadan önce bilgilendirmek gibi). Lityum, duygudurumunu stabilize eden antikonvülan ajanlar (örn. karbamazepin, ya da divalproat) ve benzodiyazepinler spesifik doğum kusuru oranının artmasıyla ilişkilidir. Genellikle bu ilaçlardan özellikle ilk üç aylık dönemde kaçınılmalıdır. Paroksetin dışında antidepressan ve antipsikotiklerin etkileri daha az belirgindir. Mümkünse ilaçlar bırakılmalıdır, fakat ilaçların bırakılması bazen mümkün değildir. İlaça maruz kalmanın potansiyel riskleri, ilaç tedavisinin verilmemesinin risklerine karşı ağırlık kazandığı durumda risk-yarar analizi yapılmalıdır. Hamileliğin ilk üç ayı organların gelişimi açısından en önemli dönem olduğu için, bu dönemde ilaca maruz kalmaktan kaçınmak için çaba harcanmalıdır. Dikkate alınması gere-

ken bir diğer şey de, ilaçların doğumdan önce bırakılması ve daha sonra eskisi gibi kullanılmaya devam edilmesidir. Böylelikle, aşırı sedasyon, geri çekilme gibi istenmeyen belirtiler ya da yeni doğan bebekteki azalmış tepkisellik önlenabilir.

Genellikle bebeğini emziren anneler psikotrop ilaçlar alabilirler. Pek çok ilaç anne sütüne karışır, fakat bu ilaçların anne sütündeki düzeyleri düşük olma eğilimindedir. Bu ilaçların kısa dönem ve uzun dönemdeki bütün riskleri bilinmemektedir. Hastayla ilaçların yararları ve riskleri konusunda uygun bir değerlendirme yapılmalıdır.

- Altshuler LL, Cohen L, Szuba MP, Burt VK, Gitlin M, Mintz J: Pharmacologic management of psychiatric illness during pregnancy: Dilemmas and guidelines. *Am J Psychiatry* 1996;153:592.
- Ambrosini PJ: Pharmacotherapy in child and adolescent major depressive disorder. IN: Meltzer HY (ed). *Psychopharmacology: The Third Generation of Progress*. Raven Press, New York: 1987, pp. 1247-1254.
- Catterson ML, Preskorn SH, Martin RL: Pharmacodynamic and pharmacokinetic considerations in geriatric psychopharmacology. *Psychiatr Clin North Am* 1997;20:205.
- Simeon JG: Pediatric psychopharmacology. *Can J Psychiatry* 1989;34:122.
- Stowe ZN, Owens MJ, Landry JC, Kilts CD, Ely T, Llewellyn A, Nemeroff CB: Sertraline and desmethylsertraline in human breast milk and nursing infants. *Am J Psychiatry* 1997;154:1255.
- Vitiello B: Treatment algorithms in child psychopharmacology research. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 1997;7:3.

■ PSIKOFARMAKOLOJİK MÜDAHALENİN İLKELERİ

Klinik pratik, hastayla etkili bir ilişkinin-terapötik ittifak- kurulmasını ve sürdürülmesini içerir. Bu süreç, terapist ve hastanın karşılıklı olarak kabul edilen amaçlar oluşturmalarını ve bu amaçları gerçekleştirmek için bir plan üzerinde anlaşmalarını gerektirir. Bunu yapmak özellikle psikiyatri alanında önemlidir. Çünkü bir ilacın olumlu etkileri geç ortaya çıkabilir ve bazı hastaların kendi sorunlarıyla ilgili iç görüleri yoktur. Psikofarmakolojik müdahalenin en zorlayıcı kısmı, bu tür engellerin karşısında hastayla ortak bir çalışma ilişkisinin sürdürülmesidir.

Etkili bir farmakoterapist, hastanın problemiyle ilgili geniş bir biyopsikososyal bakış açısını sürdürecektir ve bu bakış açısına uygun bir plan yapacaktır. İlaçlar, tanımlanan semptomları ele almaya yardımcı olur. Fakat hastalar psikososyal stresörleri (örn. Aile ve iş konuları) içeren geniş çaplı sorunlar ve hastaları daha ileri düzeyde problemler açısından risk altına sokan daha saf psikolojik faktörler ortaya koyarlar. Bu nedenle farmakoterapi, psikoterapiyle önemli özellikleri paylaşır. Farmakoterapist hastayla, terapistin uzmanlığına ve karşılıklı güvene dayanan bir işbirliği yapmalı ve tera-

Davranışçı ve Bilişsel–Davranışçı Uygulamalar

10

Travis Thompson, PhD ve Steven D. Hollon, PhD
Çeviri: İrem Ekmekçi Ertek

■ DAVRANIŞÇI VE BİLİŞSEL- DAVRANIŞÇI UYGULANMALARIN KÖKLERİ

Her ne kadar kökleri 20. yüzyılın başlarına dayansa da modern davranışçı ve bilişsel-davranışçı terapiler, davranışın kendi geçerliliğinde bilimsel olarak çalışmaya başlandığı 1950'ler ve erken 1960'larda ortaya çıktı. Bozuk davranış, daha sonra yalnızca zihinde olup bitenlerin bir belirtisi ya da işareti olarak ele alınmadı. Bunun doğasında, davranışla nedensel olarak ilgili olduğu düşünülen geçmişte ve şimdi yaşanan olayların ilişkisi olduğu düşünüldü. Hayvan laboratuvarlarında geliştirilen metotlar, kronik mental hastalığı, entelektüel yetersizliği olan kişilerde ve suça eğilimli adolesanlarda test edilmeye başlandı (laboratuvarlarda, kurumsal, klinik ve okul çevrelerinde). Hastanın davranışı ve fonksiyonelliğindeki gelişmeler dikkat çekiciydi. Bu değişiklikler; psikopatolojinin tipik olarak gözlenemeyen psikik sebeplerden kaynaklandığı ve bu sebeplerin bilimden çok sanat üzerine kurulu tekniklerle değerlendirilip tedavi edildiği görüşünde olan ve giderek artan bir memnuniyetsizlik zemininin karşısında yer aldı. Ek olarak, sonuç çalışmalarının bir çoğu gösterdi ki; erken 1960'larda beri uygulanan çoğu psikoterapiler ılımlı ve büyük ölçüde öngörülemez sonuçlar ortaya çıkardı. Böylece çağdaş davranışçı terapiler üç belirgin psikolojik gelenek sonucunda ortaya çıktı: klasik ya da Pavlovyan koşullanma, aracı ya da edimsel koşullanma ve bilişsel- davranışçı ve rasyonel-duygusal terapiler.

KLASİK KOŞULLANMA

Öğrenme teorisi yaklaşımlarının içerisindeki ilk major bakış açısı tipik olarak klasik koşullanma olarak anılır. Bu bakış açısı 20. yüzyılın ilk on yılına rastlar

ve büyük ölçüde bir Rus nörofizyolog olan Ivan Pavlov'a dayanır. Pavlov sinir sisteminin yapısına, özellikle de dış olaylar (uyaran) ve organizmanın davranışı (cevap) arasındaki basit refleks arklarına ilgi duymaktaydı. Çalışma konusu olarak köpeklerde yemeğe cevap olarak görülen salivasyonu seçti ve ardından köpeklerin bir çeşit kemerle askıda kalacağı bir donanım seçti. Bu donanıda bir parça et köpeklerin dilinin üzerine bırakılıyordu. Pavlov, bırakılan et parçasının miktarını ve zamanlamasını değiştirerek bir sonraki salıyayı nitelik ve nicelik olarak ölçüyordu.

Bundan sonra olanlar Pavlov'un basit nörolojik deneylerinin bir hayli önüne geçti fakat organizmanın değişik çevre koşullarına cevap olarak davranışlarını nasıl adapte ettiğine dair yeni görüşlerin kapısını açtı. Pavlov, birkaç denemeden sonra gördü ki; bu as kıda bağlandıklarında, köpeklerin et parçası verilmeden peşin olarak salivasyonları atıyordu. Donanım ilk kez yerleştirilen köpeklerde salivasyon olmazken daha önceden donanımda denenmiş köpeklerde yemek verilmeden de salivasyon görülmüyordu. Aslında, köpeğin cevabı yemek uyarısından önce geliyordu ve bu basit refleks arki ilkelereyle açıklanamamaktaydı.

Pavlov'un dehası bu gözlemin önemini tanımayı sağladı. Pavlov daha sonra dikkatini basit refleks arklarından çok, önceki deneyimlerin bir sonucu olarak davranışları değiştirme olgusuna yöneltti, ki buna **öğrenme** adı verilmekte. Ardından et parçası bırakılmasını takip eden, bir deneyin işareti olarak zil çalmayı denedi. Köpekleri zil sesinden sonra, deneyin diğer uygulamalarına bakılmaksızın salivasyon yapmaları şeklinde eğitebileceğini buldu. Aslında Pavlov, durumun kapsamındaki tüm ön görülebilir bilgiyi taşıyan belirgin bir uyarıyı buldu (zil çalmadan önce hiçbir şey olmazken, zilin çalması bir sonraki et parçasının gelişinin uyarıcısıydı). Köpekler, sadece zil çaldıktan sonra salivasyona başlamışlardı. Zil bir kere belirgin uyarı olarak kanıtlandıktan sonra, sonraki deneylerde et parçasını vermeden de köpekler zili duyduktan sonra salivasyona devam etmekteydi.

Bu basit model, klasik koşullanmanın anahtar öğelerini içermektedir. Et parçası Pavlov'un **koşulsuz uyarıcı** olarak adlandırdığı durumu temsil etmekteydi. Sinir sistemi sağlam olan tüm köpeklerin uyarıcıyla karşılaşmış olup olmamasına bakılmaksızın dillerine yerleştirilen et parçasına cevap olarak salivasyonları artar. Salivasyon, **koşulsuz cevabı** temsil eder. Zil (ya da tüm deneysel cihazlar), **koşullu uyarıcı** temsil eder. Köpekler, doğal olarak zilin sesini duyduklarında değil, zil sesi et parçası(koşulsuz uyarıcı) ile ilişkilendirildiği zaman salivasyon yaparlar. Yalnızca zil çaldığında yapılan salivasyon, **koşullu cevap** olarak bilinen, orijinal nötral uyarıcıya bir türden tüm üyelerinde evrensel olarak verilen öğrenilmiş cevabı temsil eder.

İnsanlardaki İlk Uygulamalar

Amerikan psikolojisinin ileri gelen şahsiyetlerinden biri olan J. B. Watson, klasik koşullanmanın, psikopatoloji semptomlarının gelişmesinin açıklamasındaki potansiyelini keşfetti. Watson ve bir ihtisas öğrencisi, Pavlov'un açıkladığı klasik koşullanmanın insanlara üzerine uyarlanmış şeklini yönettiler. Watson önce Albert isimli üç yaşındaki erkek çocuğunun küçük beyaz bir laboratuvar faresine karşı belirgin bir tiksintisinin olmadığını gösterdiler: Albert her küçük çocuk gibi fareye elini uzatıyor ve okşamaya çalışıyordu. Watson ve asistanı ardından küçük Albert'in arkasına onun göremeyeceği şekilde büyük bir çan konk yerleştirdiler ve fareyi odaya her getirdiklerinde gongu yüksek sesle çaldılar. Albert başlangıçta fareye karşı hiç tiksime belirtisi göstermemiş olsa da gongu sesine karşı tipik olarak ürme tepkisi gösterdi (yine çoğu çocuğun yapacağı gibi). Çok geçmeden, odada fareyle yalnızken mutsuzlaştı, ağlamaya başladı ve fare ne zaman odaya getirilse kaçmaya çalıştı.

Watson'a göre bu çalışma gösterdi ki; fobik reaksiyonlar travmatik koşullanma zemininden kaynaklanıyor olabilir. Fare ilk başta küçük Albert'in ilgisini uyandırsa ve farenin varlığından hiç korku duymasa da konk tarafından üretilen yüksek sesli öngörülemez gürültü (koşulsuz uyarıcı) ile farenin (koşulu uyarıcı) bir araya getirilmesi, tıpkı normalde de gongu sesinden korkması (koşulsuz cevap) gibi onun endişeli hale gelmesine ve farenin varlığıyla ilgili mutsuz olmasına (koşullu cevap) neden oldu. Sadece fareye karşı korku cevabı vermekle kalmayıp aynı zamanda ondan kaçmaya çalıştı ve yüzleşmekten kaçındı. Watson'a göre küçük Albert basit klasik koşullanmanın sonucu olan fobini 2 ayrıklı özelliğini göstermiş oldu (sebebsiz korku ve kaçma yada kaçınma davranışı).

Serinin bir sonraki major çalışması Mary Cover

Jones tarafından 1924'te yönetildi. Jones, hipotezinde, eğer klasik koşullanma diğer yönlerden sağlıklı bir çocukta fobik reaksiyon oluşturabiliyorsa, bu reaksiyonu önlemek için öğrenmenin bazı kuramları kullanılabilir fikrini öne sürdü. Küçük bir çocuğu bir tavşana karşı koşullu korku cevabı vermek üzere eğitti ve sonratavşanın varlığında çocuğu beslemeye devam etti. Sonuçta; koşullu uyarıcıyla (tavşan), ilk cevapla (anksiyete) uyumsuz faklı bir koşulsuz cevap yaratan (memnuniyet) koşulsuz uyarıcının (yemek), kısa bir süre bir araya getirilmesinin ilk öğrenilenden baskın çıktığını gördü. Çocuk farenin varlığında rahatlamaya başladı ve daha önce gösterdiği korku cevaplarını göstermemeye başladı. Böylece Jones, karşı şartlandırma yolu ile rahatlama sağlayabileceğini öne sürdü.

Bu erken uygulamalara rağmen; davranışçı prensiplerin psikiyatrik bozukluklarda sistematiği şekilde kullanılması birkaç on yıl önceye rastlamaktadır. Bu gecikme, bir bakıma insanların karmaşık problemlerini çözmede bu prosedürlerin çok basit kalacağına dair hissin bir sonucu olmuştur. Bu öğrenme prensipleri üzerine kurulu metotlar yaşamla ilgili daha karmaşık problemler üzerine uyarlanabilir. Andrew Salter bu şekilde ilk metodu üretti. Salter bir metninde insanlardaki duygusal ve davranışsal problemleri ele almak için uygun olan, koşullanmanın prensiplerinden zemin alan bir seri prosedür tanımladı. Yayınlandığı 1949 yılında bu çalışma çok az dikkat çekmiş olsa da davranışçı terapisinin klinik pratiğinde daha sonraları kullanılacak olan bir çok strateji ve prosedür tanımlamıştır.

Klinik Tedavide Kullanım

Jospeph Wolpe, alanında çok büyük ilgi uyandıran klasik koşullanmanın prensiplerine dayanan ilk tutarlı klinik prosedürleri sağladı. Wolpe, kedilerdeki deneysel nevrozlar üzerinde çalıştı. Çalışmalarında beslerken çok uyguladıkları hayvanları ve bunu ürettiği çatışmanın sonuçlarını gözlemlerken Jones'un daha önce karşı koşullanma üzerindin öğrenilmiş korkuyu azaltma girişiminin bazı özelliklerini tekrar etmiş oldu. Daha sonra fobik bozukluğu olan hastalarla çalışmasını genişletti ve farklı bir cevap oluşturacak bir aktivite ile korku uyarıcı nesneyi eşleştirerek hastalarının sıkıntısını azaltmayı başarmıştır. Salter gibi, önce öfke uyarımı ve seksüel uyarımı denedi, ve sonunda kalp sorunları olan hastalarda stresi azaltmak için geliştirilmiş izometrik egzersizlerde karar kıldı. **Progresif relaksasyon** adı verilen bu prosedür farklı kas gruplarını sistematiği biçimde dönüşümlü olarak kasıp gevsetme egzersizlerinden oluşur. İzometrik egzersizler muhtemel koşullu uyarıcıla (hastanın korktuğu her ne ise) eşleştirilmelidir.

Psikodinamik ve Sosyal Müdahaleler

11

James L. Nash, MD ve James W. Lomax, MD
Çeviri: Ali Ercan Altınöz

Bazı tıbbi ve belki de bir çok psikiyatrik durum, tam sağaltılamaz. Etkilenen bireyler bu uzun süreli kronik durumu yönetmeyi öğrenmelidir. Kesin tedavi uygulanan ve kişinin mükemmel işlevsellik kazandığı akut patolojik durumlar; her zaman tıbbi, cerrahi ve psikiyatrik müdahale kapsamında değildir. İnsanlar çok sayıda hem iç hem de dış olumsuz etkilere tabidir. Bu olumsuz etkiler ister şanssızlık, ister kötü genlerden, ister kötü çevreden ya da basitçe yaşlanma etkisinden kaynaklansın, acı; insan doğasında vardır ve kişi kendi acısını yönetebilmeyi öğrenmelidir. Acı yönetiminde hekimlerin diğerlerine yardımcı olması uygundur. Psikoterapi genellikle hastanın yaşama uyum biçimini (kişiliğini) modifiye etmeye odaklanır. Cloninger ve başkalarının (1993) dikkat çektiği gibi; kişilik nispeten değişmeyen gene bağlı faktörler ve çevreden köken alan faktörler arasındaki etkileşimin kombinasyonudur. Ekspresif psikoterapiler tanımlandığı gibi karakterde bazı modifikasyonlar yaparken, psikolojik müdahalenin daha gen tabanlı mizaç (temperament) (yenilik arama, zarardan kaçınma, ödül bağımlılığı, sebat) değişimi etkisi oldukça azdır. Bu nedenle psikoterapist kişiye gen tabanlı mizaç özelliklerini; kişinin ilişki dünyasına daha az zarar ve rahatsızlık verecek şekilde ifade etmesi konusunda uyum sağlamasına yardımcı olmalıdır.

İnsanın yaşadığı acının başka bir insanın ilgisizle azalabileceği hem yaygın bir görüş, hem de bir araştırma bulgusudur. Psikoterapide bu acının azaltılması “terapötik ilişkinin” bir sonucu olarak düşünülür. Örneğin çocuklar kendilerini annelerinin güven veren varlığı yoluyla rahatlatmaya çalışırlar. Terapi gruplarına katılmak, kötü huylu kanseri olan hastaların bağışıklık sistemlerini güçlendirebileceği gibi, şizofreni tanısı alan ve psikofarmakolojik ajan-

lara ek olarak psikoterapi alan hastaların hastanedeki yatış sürelerini azaltacaktır.

Terapistler, hastalarının çektiği acıyı azaltmak ve kendini idare etme becerilerini geliştirmek için, insanın yaşadığı acıyla psikoterapötik olarak baş etmenin temel ilkelerini öğrenmek zorundadırlar. Belirli türde bir psikiyatrik bozukluğun (örn. Depresyon) belirli türde bir psikoterapi yöntemiyle (örn. Kişilerarası psikoterapi) tedavi edilmesi gerektiğine dair net bir bulgu yoktur. Kişinin yaşadığı acı, kendisine özgüdür ve her bireyin yaşam koşulları çok farklıdır; bu yüzden psikoterapi zorunlu olarak kişiye özgü tasarlanmalıdır. Bu nedenle, dar sınırlarla tanımlanan bir psikoterapi yönteminin öğrenilmesinden ve bu yöntemin bütün hastalara uygun gelmesini beklemektense, her hasta için bütüncül ve yararlı bir psikoterapi deneyimi oluşturmayı öğrenmek daha önemlidir.

Ayrıca bu bölüm, başka bir baş etme biçimiyle de ilgilenecektir. Bu da, terapistin kariyeri ve yaşamıdır. Diğer insanları çok yakından tanımak ve terapistin hastanın hayatı üzerindeki güçlü ve etkili rolü, yüceltici ve keyifli olmakla birlikte gerçek ve çok yönlü bir tehlikeyi de beraberinde getirir. Terapistler, tüm insanların yaşadığı ortak acıları yaşamamanın yanı sıra pek çok hassas ve yıkıcı olma potansiyeli taşıyan acıya da tanık olurlar. Bu durum, terapist hasta ilişkisi bozulduğunda daha net ortaya çıkar. Terapistlerin uzun, mutlu ve üretken bir profesyonel hayat sürmeleri için hastalarına nasıl yardım edebileceklerini öğrenmenin yanı sıra, hastayla ilişkilerini nasıl sürdürebileceklerini de öğrenmeleri gerekir. “İkincil travmatik stres” kavramı özellikle TSSB tanısı alan hastalarla ilişki kuran terapistlerin yaşadığı acıyı tanımlamaktadır. Fakat acı çekmek, pek çok tanı grubundaki kişiyi tedavi ederken de iyi bir terapist olmanın bir parçasıdır. Profesyonel hayatın getirdikleriyle nasıl baş edeceğinin genel ilkelerini öğrenerek terapistler, hastalarla ilgili kronik korkularından kaçınabilirler. Terapistlerin hastalarıyla ilgili yaşadıkları korkuların pek çok kaynağı vardır:

1) hastalar bazı sınırları aşabilir ve terapistin nasıl davranacağı konusunda kararsızlık yaşamasına yol açabilir. Bu da terapistin doğal davranamamasına yol açar; 2) hasta duyduğu memnuniyetsizlik nedeniyle terapistle karşı saldırgan davranışlar sergileyebilir (terapisti dava edebilir); 3) acı çeken hastaya karşı empatik bir yaklaşım doğal olarak bir acı kaynağıdır ve bazen neredeyse belirli psikopatolojilere özgüdür (şizofreni hastalarını tedavi ederken ortaya çıkan "prekoks duygusu"). Hastadan korkma, tıp eğitimi sırasında öğrenilir ve daha rahat bir profesyonel hayat için de bu korkuların ortadan kaldırılması gerekmektedir. Hastaların korkan doktorlar yaratıcı olamazlar, başkalarının hayatında umut yaratamazlar ya da hastaya iyi bir model olamazlar. Terapistler üç şeyi yaparak hayatlarından keyif alabilirler ve Hipokrat'ın bahsettiği tedavi etme sanatını uygulayabilirler: 1) hem kendilerinin hem de hastalarının hassasiyetini anlamak; 2) hastaların doktorlarıyla nasıl ilişki kurduklarına dair mekanizmaları anlayarak; 3) empati, aktarım kavramlarını ve sınır koymayı öğrenerek.

Cloninger CR, Surakic DM, Przycek TR: A psychobiological model of temperament and character. *Arch Gen Psychiatry* 1993;50:975-990.

Weingarten K: *Common Shock*. New York: Dutton Press, 2003, pp. 102-105.

■ PSİKOTERAPİNİN TANIMI

Psikoterapi, genel olarak başka bir insanın zihinsel ve duygusal durumunu onun yararına olacak şekilde etkilemek amacıyla sözel ifadelerin kullanılmasıdır. Bu tanımın kendisi, terapistin eğitimiyle ve iyi niyetli profesyonelleri, yalnızca para alarak bu işi yapanlardan ayırmakla ilgili bir ifade içermemektedir. Psikoterapi burada, bireyin (hastanın) yapılandırılmış bir şekilde başka bir insanla –eğitimi, lisansı, sertifikaları ve etik kuralları olan– bir dizi karşılaşmasının bireyin zihinsel durumunu, acısını azaltacak ya da psikolojik, kişilerarası durumunu düzeltecek ve davranış seçeneklerini artıracak şekilde etkileyebilmesi olarak nitelendirilmektedir. Terapistin bu rol için aldığı eğitim dışında, hastayla arasında temelde hiçbir farklılık bulunmaktadır. Bu nokta önemlidir çünkü, her ne kadar psikoterapist, terapötik ilişkiyi yönlendiren kişi olsa da, psikoterapist hastadan daha üstün biri değildir. Hastalar terapisti çok üstün biri olarak düşünebilir de, terapist bu ön yargıdan kaçınmalıdır. Bununla birlikte terapist olmak için, alınan eğitim ve yapılan hazırlıktaki farklılık da önemlidir.

■ PSİKOTERAPİSTİN ÖZELLİKLERİ

Kişisel Özellikler

Eğitim, bir psikoterapisti hastadan ayıran en önemli özellik olsa da, bu kendi başına hiçbir terapisti herkes için uygun bir terapist yapmaz. Potansiyel psikoterapist insanın varoluşundan etkilenen kişilerdir ve terapist bilinçli olarak istismar edici, duygusal açıdan yetersiz ya da dürtüsel değildir. Terapistin zeki olması önemlidir; ama daha önemlisi düşünceli ve duyarlı olmasıdır. Bazı kişilerin psikoterapist olmak için "fazla normal" olduğu söylenir. Bununla bazı enerji ve iyimser insanların diğerlerinin kusurları ve acıları karşısında sabırsız davranabileceği kastedilmektedir. Bazı kişiler de psikiyatrik bir durumları olmasa da hastayı olumsuz etkileyebilecek güçlü kişilik özellikleri (karamsarlık ve narsisizm) ya da bilişsel stiller (şüphecilik, histiryonik) geliştirmişlerdir. Bazı insanların psikoterapist rolü üstlenmelerine izin verilirse hem kendileri hem de hastalar için tehdit oluşturabilirler. Bu grup içinde karizmatik liderleri ve duygusal olarak talepkar ya da sevgiye aç (tam tersi) insanlar yer almaktadır. Bu insanların hastaların ihtiyaçlarını göğleyebilecek gizli niyetleri bulunmaktadır.

Eğitim

Psikanalitik enstitüleri yıllar boyunca pek çok grup tarafından eleştirilen, ancak ilkesel açıdan mantıklı olan ve prototip bir model sağlayan 3 aşamalı bir eğitim modeli geliştirmişlerdir. İdeal olarak bir psikoterapist ilk olarak, daha önceki bölümde belirtilen kişisel atıfları gözden geçirebileceği bir aşamadan geçer. Diğer nitelikler (belirli bir mezuniyet derecesi) genellikle spesifiktir. Ancak bu gereklilikler görünürdeki tanımlarla ilgilidir ve yapaydır. Kişinin uygun kişilik özelliklerinin olduğuna ve eğitim alabileceğine karar verilirse terapist adayı teorik eğitimi almaya, süpervizyon olarak uygulamalar yapmaya ve kişisel terapi deneyiminden geçmeye başlar. Bu tür bir eğitim programının süresi ve içeriği pratikte önemli ölçüde farklılık gösterir. Bazı eğitimler teoriye, bazıları da belirli becerilerin ve tutumların kazanılmasına ağırlık verir. Eğitim programının uzunluğu (aylardan yıllara kadar süren) amaçlara ve öğrenilen metodun kapsamına bağlıdır (kazanılacak bir beceri ya da yeni bir kimlik yaratma). İlk eğitimi geçemeyen adayları programdan çıkarmak ve yeterlilik alan adayları mezun edecek bir sistem bulunmaktadır. Mezun olanları; eğitim programlarını denetleyen, profesyoneller için

Çocuklar ve Ergenlerde Tanı Formülasyonu, Tedavi Planlaması ve Tedavi Şekilleri

12

Barry Nurcombe, MD

Çeviri: Bilge Doğan

TANISAL FORMULASYONUN BOYUTLARI

Tanısallı formülasyon biyopsikososyal, gelişimsel ve temporal eksenlerden ilişkili konuları birleştirir ve özetler. **Biyopsikososyal eksen** devamlı etkileşen molekülerden sosyokültürel bir çok sisteme atıfta bulunur ve objektif davranış ve subjektif deneyimlerde bu sistemler aşıkardır. **Gelişimsel eksen** e her seviyenin normal, gecikmiş, ileri ve sapkın olup olmadığını belirlemek için biyopsikososyal eksenin farklı seviyelerinde başvurulur. **Temporal eksen** bireyin ontogenezine kökeninden şimdi ve sonrasına atıfta bulunur.

Biyopsikososyal Eksen

Güncel işlevi, hastanın etkileşim içinde olduğu fiziksel, sosyokültürel, ailesel, mesleki ve ekonomik çevreler gibi çoklu biyopsikososyal seviyelerin ifadesidir. Mevcut işlevselliği değerlendirmek için, klinisyen Tablo 12-1 deki düzey ve sistemleri test eder.

Gelişimsel Eksen

Biyopsikososyal eksenin her düzeyi o yaş için beklenen göre değerlendirilebilir. Bu değerlendirmelerin (örn., uzunluk, ağırlık, baş çevresi) bazıları çok doğrudur. Diğerleri için (örn., zeka), değerlendirme araçları ulaşılabilir olsa da, varolan ölçümler dış faktörlerden (örn., sosyal sınıf, motivasyon) potansiyel olarak etkilenen yeteneklerin bileşimini sunar. Halen diğerleri için (örn., ego savunmaları, bağlanmanın işleyen modelleri) ölçüm teknikleri olgunlaşmamıştır ve normal subjektiftir.

Bununla beraber, görüşme ve mental durum muayenesi boyunca, klinisyen Tablo 12-2'de gösterilen

düzeyleri gecikme, prekositte veya normalden sapma için tarar, ve uygun olduğunda düzenli özel soruşturmayı yapar.

Temporal Eksen

Tüm bireyler herhangi bir yerden geldi, şimdi nederse orada var olur ve biryerde olgunlaşır. Temporal eksenini kullanarak, klinisyen zamana kadar gelen göz önündeki problemi keşfeder ve hastanın nerde olgunlaştığını öngörmeye çalışır. Bu evrimdeki kilometre taşları sınıflandırılabilir, biraz keyfi olarak, takip eden sırada: (1) yatkınlık, (2) presipitasyon, (3) prezantasyon, (4) model, (5) idame, (6) potansiyeller, (7) prognoz.

1. **Yatkınlık**—Hangi erken biyolojik veya psikososyal faktörler normal gelişimi sınırladı veya saptırdı, veya hastayı strese yatkın kıldı? Tablo 12-3 birçok örnek listeler.

Mevcut bilgi durumuna göre, büyüyen organizma üzerine bu faktörlerin ve etkilerinin yeniden yapılandırılması sıklıkla zordur, özellikle kalıtsal yatkınlık veya eğilim açısından (örn., depresif bozukluk için hipotez edilen gibi). Bununla birlikte, postnatal deprivasyon veya travma kayıt edilebilir, örneğin, hastanın tıbbi kayıtlarında.

2. **Presipitasyon**—Presipitan bireyin baş etme kapasitesini zora sokan fiziksel veya psikososyal stresördür ve kişinin psikolojik uyumsuzluğunun semptom ve bulgularını sergilemesine neden olur. Tablo 12 – 4 bir çok örnek listeler. Presipitan ve semptom başlangıcı arasında temporal ilişki vardır. Bazen presipitan (örn., ebeveyn geçimsizliği) sonrasında sürdürücü haline gelir. Bazen presipitan önceki travmatik deneyimin hatırlatıcısıdır. Bazen presipitan sona erer ve kişi normal baş etme şekline döner. Bazen presipitan sona erer fakat uyumsuz baş etme devam eder veya daha kötüleşir bile. O takdirde, sürdürücü faktörler çalışılmalıdır (aşağıya bakınız).

Tablo 12-1. Biyopsikososyal Eksen

Seviye	Değerlendirilen Sistemler
Fiziksel seviye	Periferik organ sistemleri İmmün sistem Otonomik sistem Nöroendokrin sistem Sensorimotor sistem
Psikolojik seviye	Bilgi işleme sistemleri İletişim sistemleri Sosyal yeterlik Kendi ve diğerlerinin içsel işleyiş modelleri Bilinçsiz çatışmalar, ego savunma mekanizmaları ve bağ etme tarzı Psikopatoloji paterni
Sosyal seviye	Fiziksel çevre Aile sistemi (çekirdek ve geniş) Sosyokültürel sistemler (akran, erişkin, okul)

Mevcut psikopatoloji modellerinin tamamının presipitanı yoktur. Bazı psikopatolojiler (örn., erken infantil otizm) yenidoğan veya erken çocukluk döneminden bu yana sürekli gelişebilir. Klinisyen normal

Tablo 12-3. Predispozan Biyolojik ve Psikososyal Faktörler

Genetik yatkınlık ve eğilim Kromozomal anormallik İntrauterin kötü muamele veya deprivasyon Perinatal fiziksel kötü muamele Postnatal malnutrisyon, toksinler veya fiziksel travmaya maruziyet Fiziksel hastalık İhmal veya kötü muamele Ebeveyn kaybı, ayrılık veya boşanma Psikososyal travmaya maruziyet

işlevselliğin yerine psikopatoloji başlangıcı geçtiğinde presipitanı aramalıdır.

3. **Başvuru**—Klinisyen ailenin neden şimdi başvurduğunu göz önünde bulundurmalıdır. Çocuğun davranışlarının onları endişelendirmesi veya ailenin işlevselliğini bozması mıdır sebep? Ailenin kapasitesi çocuğun davranışlarını tolere edemez hale mi geldi? Öyleyse, neden?

4. **Model**—Mevcut model mevcut biyopsikososyal eksenini sunar. Klinisyen hastanın şimdiki fiziksel, psikolojik, ve sosyal işlevselliğini değerlendirmelidir. Eğer fiziksel işlevsellikte (örn., somatoform semptomlar), bilgi işlemede (örn., amnezi), iletişimde (örn., mutizm), içsel modellerde (örn., kendinden nefret), bağ etme tarzında (örn., kompulsif risk alma)

Tablo 12-2. Gelişimsel Eksen

Seviye	Değerlendirilen Sistemler	Değerlendirme Metodu
Fiziksel seviye	Periferik organ sistemleri (örn., boy, kilo, baş çevresi)	Büyüme çizelgesi
	Sensorimotor sistem	Gelişimsel değerlendirme, nöropsikolojik test
Psikolojik seviye	Bilgi işleme	Zeka testi, hafıza ve diğer bilişsel fonksiyon testleri, eğitimsel beceri testi, nöropsikolojik test
	İletişim	Konuşma ve dil değerlendirmesi, nöropsikolojik test
	Sosyal yeterlik	Davranışsal gözlem, psikolojik test
	İçsel işleyen modeller	Görüşme, kişilik testi
	Çatışmalar, savunma mekanizmaları, bağ etme yöntemi	Görüşme, davranışsal gözlem, kişilik testi
	Semptom paterni	Görüşme, kontrol listesi, yapılandırılmış görüşme
Sosyal seviye	Aile sistemi, akran ilişkileri, okul işlevselliği	Aile görüşmeleri, gözlem, kontrol listesi

Barry Nurcombe, MD
Çeviri: Rifat Tarhan

■ ÇOCUKLARDA VE YETİŞKİNLERDE PSİKİYATRİK RAHATSIZLIKLARIN ÖNLENMESİ

52 çalışmayı içeren bir gözden geçirmede, Robert ve arkadaşlar (1998) çocuklar ve adolesanlardaki psikiyatrik bozukluk prevalansını %15.8 olarak bulmuşlardır (%11 ile %22 aralığında).

Sawyer ve arkadaşları tarafından 4-17 yaşları arasındaki 4500 Avustralyalı okul çocuğu Child Behavior Checklist (CBCL) (Achenbach, 1991) (Çocuk Davranış Listesi) Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC-IV) (Shaffer) (Çocuklar için Tanısal Görüşme Programı) ve Child Health Questionnaire (CHQ) (Çocuk Sağlığı Anketi) ne göre taranmıştır. Ruhsal sağlık problemi olan çocuk ve adolesanların, olmayanlara göre daha düşük yaşam kalitesine sahip oldukları, daha düşük özgüvenleri ve okul performansı olduğu ve ailelerine daha fazla yük oldukları görülmüştür. Ruhsal sağlık problemi olan adolesanlar daha yüksek oranda özyıkum davranışı sergilediklerini, sigara, alkol ve madde kullandıklarını bildirmişlerdir. Psikiyatrik açıdan zarar gören çocukların çok azı profesyonel yardım alabilmiş bunlar da pratisyenlerden, okul rehber öğretmenlerinden ve pediatriklerden yardım elde etmişlerdir. Çok çok az bir kısmı uzmanlaşmış sağlık merkezlerine ya da kliniklerine başvurmuştur.

Bu ciddi istatistikler primer tanı ve tedavi merkezleri etkili olsa ve hatta primer ve uzmanlaşmış merkezler arasındaki bağlantı etkili olsa bile birçok ciddi zarar görmüş ailenin mevcut birimlerden yardım beklediğini işaret etmektedir. Laboratuvar çalışmaları haricinde farklı tür ruhsal hastalık tedavisi için çok az ampirik destek vardır (weisz et al., 1995) ve kamu yararına yapılan hizmetleri bırakma oranları alarm veren seviyede yüksektir. Bu sebeplerden dolayı önleme fikri teşvik edilmiştir. Önleme, olumsuz gelişimle ilgili yörüngeyi engellenmesi ya da yönünün değiştirilmesini böylece psikopatolojinin sıklığının ve şiddetinin azaltılmasını ve ruhsal sağlığın sürdürülmesini amaçlar.

■ RİSK FAKTÖRLERİ VE DİRENÇ

Psikiyatrik hastalıklarla ilişkili risk faktörleri biyolojik (genetik ya da kromozomal bozukluk, alkol ve sigara gibi toksinlere intrauterin dönemde maruz kalma, erken doğum, erken gelişimsel dönemde kurşun gibi toksinlere maruz kalma, epilepsi ve beyin travması gibi kronik hastalıklar) mizaçla ilgili (davranışsal inhibisyon, zor mizaç özellikleri) ailesel (ebeveyn depresyonu, alkol kullanımı ve antisosyal kişilik, düzensiz çocuk aile bağlanması, katı kuralcı çocuk yetiştirilmesi, tek ebeveyn ya da karışık aileler, evlilikteki anlaşmazlıklar ve ev içi şiddet, fiziksel ve cinsel istismar ve ihmal) sosyoekonomik (fakirlik, azınlık bir gruba dahil olmak) ve felaketle ilgili (sivil felaket ya da savaş) gibi değişik nedenlerden kaynaklanıyor olabilir.

Koruyucu faktörler riski dengeler. Örneğin uysal sempatik mizaç, ortalama üstü zeka, en az bir ebeveynin sağlıklı desteği, birbirine bağlı aile bireyleri, iyi sosyal şartlar (iyi bir okula gitmek, spor ve beceri kazanmak için kamu desteğinin yeterli olması, iyi bir iş bulma olasılığının olması gibi) duyarlı kişileri psikiyatrik rahatsızlığa yakalanmaktan korur. Koruyucu faktörler risk faktörlerinin etkisini azaltarak ya da kişisel etkinlik ve özgüveni sağlayan alternatif telafi edici yöntemleri teşvik ederek işlev görür.

Önlemek, risk faktörlerini ortadan kaldırarak (hamilelik sırasında sigara ve alkolün kullanılmaması gibi) ya da etkilerini azaltarak (iyi antenatal bakım ve sosyal açıdan dezavantajlı kadınlara beslenme desteği sağlayarak erken doğumları engelleme gibi) ya da koruyucu faktörleri artırarak (iyi okullar ve sosyal fırsatlar sağlama) çalışıyor olabilir.

Gerçekte çoğu sonucun birçok belirleyici etkene vardır. Mesela çocuk cinsel istismarını takiben gelişen psikopatoloji 3 grup faktörle ilgilidir. İstismar öncesi çocuk bağlanmasının kalitesi gibi geçmiş faktörler, istismar deneyiminin niteliği -tekrarlayıcı, zorla, aile içi, genital penetrasyon (en olumsuz etki yapan)-ve çocuk, istismarı açıkladıktan sonraki aile desteğinin kalitesi. Baş faktörler aracı faktörler yoluyla iş görürler. Örneğin çocuk post travmatik stres bozukluğu çeki-

yor mu, çocuğun kendisine ve diğerlerine tutumu ve çocuğun başa çıkma metodları (inkar, disosiasyon, dikkatini başka yöne çekme, kaçış ve kompulsiflik) şeklinde tekrarlama (en patojenik olanı).

Çocuk cinsel istismarı sonrası psikopatolojinin meydana gelmesini azaltmayı amaçlayan koruyucu müdahale, ailenin çocuğa verdiği desteğin geliştirilmesine, ailedeki psikopatolojinin tedavisine, çocuğun kendisine ve diğerlerine olumsuz davranışlarını önlemeye, istismar hatıralarının bilişsel olarak yeniden yapılandırılması ve özümsemesinde çocuğa yardımcı olmaya, post travmatik stres bozukluğunun tedavisine, sağlıklı bir kendine güven ve kendini korumanın sağlanmasına odaklanmalıdır. Cinsel istismarın meydana gelmesini engellemeyi hedefleyen koruyucu yaklaşım, toplum farkındalığının sağlanmasına, çocuğun suç işleyen kişiden kaçınması ya da faili bildirmesi gerektiğinin öğretilmesine ve cinsel istismara uğramış olan erkek çocuklarının mümkün olan en kısa sürede tedavi edilmesine bağlıdır. Yoksa tedavi almayanların bir kısmı erişkinliklerinde cinsel suç işleyen failler olacak şekilde kendilerini yetiştireceklerdir.

Repucci ve arkadaşları ruhsal sağlığın iyileştirilmesinin ve yetki inşasının önlemede temel taşı olduğunu savunanlar ve yetki inşasının ve sosyopolitik değişimlerin DSM 4 TR hastalıklarının gelişmesinde riski azaltmada değişiklik yapacağını reddeden kişiler arasındaki tartışmayı gözden geçirmişlerdir. Diğer bir deyişle korunmaya dair uluslararası yaklaşımlar, riskli bireyleri veya grupları hedef alan programlarla birbirine kıstırılmaktadır. Bu tartışma henüz çözülmemiştir.

■ ÖNLEMENİN HEDEFLERİ VE TİPLERİ

Önleme, tüm popülasyonun ya da psikiyatrik hastalık geliştirme veya sağlığın bozulması riskini taşıyan belli grupların genel ya da spesifik psikopatolojilerini ortadan kaldırmayı, sıklığını azaltmayı ya da şiddetini azaltmayı amaçlayan girişim anlamına gelir.

Önleyici müdahale, psikiyatrik bozukluğun seyri boyunca müdahalenin yapıldığı zamana göre sınıflandırılabilir. (Caplan, 1964). Primer önleyicilik normal popülasyonda gelecekte ruhsal hastalığın oluşmasını engelleyen girişimlerdir. (okul tabanlı alkol ve madde eğitimi). Sekonder önleyicilik özel risk gruplarındakilerin psikopatoloji geliştirmesini engelleyen girişimlerdir (cinsel istismara uğramış çocukların tedavi edilmesi). Tersiyer önleyicilik terimi (psikiyatrik bo-

zukluk saptanan kişilerin erken tedavi edilmesi) artık kullanılmamaktadır.

Alternatif sınıflandırma sistemi Institute of Medicine tarafından önerilmiştir (Mrazek ve Haggerty, 1994). Genel önlem, belirli alanlardaki tüm popülasyon için önerilmiştir. (iyi antenatal bakım) Hedeflenmiş önleme belli gruplar için önerilmiştir. Hedef belirtilen önleme, biyolojik belirtilerlerin etkisi veya semptom paterni tarafından riskli olduğu tespit edilen gruplara yönelir. Hedeflenmiş seçici önleme duyarlı bir alt grubun üyesi olmanın etkisi nedeniyle artmış riski olan çocukları (aşırı stresli, ekonomik dezavantajlı olan bekar kadınların çocukları) ya da yaşamlarında değişimler veya stresli olaylar yaşayan veya yaşamak üzere olan çocukları (okul değiştirme ya da anne babanın boşanması gibi) hedefler.

Önleme müdahalenin düzeyi ya da zamanlamasına bağlı olarak sınıflandırılabilir. Müdahalenin seviyesi müdahalenin kişiye, aileye, yaşıt gruba, okula, işyerine ya da tüm topluma verilip verilmemesine işaret eder. Zamanlama müdahalenin meydana geldiği gelişimsel periyodu işaret eder= antenatal, bebeklik dönemi, okul öncesi, adolesan ve erişkin dönem

Mesela Olds ve arkadaşlarının yaptığı programa bakalım (1986). Bu program adolesan dönemde hamile, fakir ve tek ebeveyn olan ve çocuklarını istismar etme riski olan anneler için, hemşirelerin ev ziyaretini sağlayarak çocukların anneleri tarafından kötü muamelede bulunulma sıklığını başarılı bir şekilde azaltmıştır. Bu program antenatal dönemde başlamış ve çocuk 2 yaşına gelineye kadar devam etmiştir. Bu primer, hedeflenmiş, aile düzeyi tipi seçici önlemenin olduğu, antenatal ve çocukluk döneminde sürdürülen bir programdır.

■ GELİŞİMSEL DEVAMSIZLIK, FARKLI GELİŞİM VE EŞ SONUÇLULUK

Devamsızlık farklı bir sonuca yol açan, gelişimdeki duraklamalar veya değişiklikler anlamına gelmektedir. Mesela birçok çalışmada ciddi biçimde cinsel istismara uğramış çocuklarda soruşturma esnasında fark edilebilir psikopatolojinin olmadığı gösterilmiştir. Fakat Gomez-Schwartz ve arkadaşları (1990) 18 ay sonra değerlendirildiğinde daha önce asemptomatik olan çocukların ciddi psikopatoloji geliştirdiklerini bulmuştur.

Farklı gelişim tek bir stresörün daha sonra çeşitli sonuçlara yol açabileceği anlamını taşıyor (mesela ço-

KISIM II

Erişkinlerdeki Psikiyatrik Sorunlar

Deliryum, Demans ve Amnestik Sendromlar

14

Joseph A. Kwentus, MD ve Howard S. Kirshner, MD
Çeviri: Rifat Tarhan

GİRİŞ

Günlük yaşamda psikiyatristler deliryum, demans ya da diğer bilişsel bozuklukları olan hastalara tedavi sağlayan ekibin üyesi olarak yer alırlar. Psikiyatristler bu hastaları sıklıkla hastane, bakım ve diğer kurumlarda görürler. Psikiyatristler böyle durumlarda konsültanlık (danışmanlık) yapar, semptomlara ya da konfüzyona yol açan hastalığın derecesini anlamada pratisyen hekimlere yardımcı olurlar. Tıbbi problemin uygun şekilde tedavi edilmesi psikiyatrik veya nörolojik semptomlarda önemli iyileşmeler sağlayabilir. Psikotropik ilaçlar tedavi aşamasında yardımcı olabilir. Psikiyatristler psikotropik ilaçları kullanırken tanı, tedavi planı, ilaç etkileşimleri ve yan etkilere dikkat etmelidir.

Bilişsel bozukluğu olan hastalar genellikle güvenilir bir hikaye veremezler ve üçüncü kişilerden elde edilen bilgiler de tanı koymada tam anlamıyla yol gösterici olmaz. Psikiyatristler fizik muayene, laboratuvar testleri, elektroensefalogram ve beyin görüntülemesinden elde edilen bulgulara güvenmelidir. Tıbbi model deliryum ve demans olgularında hastanın sağlık durumunun anlaşılmasını şart koşar çünkü hastanın semptomlarının biyolojik etiyolojisinin olduğuna vurgu yapar. Bu yaklaşım hastanın tıbbi patolojisi ve nörodavranışsal ya da psikiyatrik semptomları arasındaki kritik ilişkinin tespit edilmesinde faydalı olur. Bu ilişki tespit edildikten sonra psiki-

yatrist kapsamlı tıbbi tedavi planına ilaç ve psikoterapinin eklenmesini önerebilir. Deliryum ve demansın davranışsal komplikasyonlarına sahip hastalar çetrefilli bir tedavi planına ihtiyaç duyarlar. Bazı yaşlı hastalar tedaviyi tolere edemez ve bilişsel değişiklikler ortaya çıkabilir. Bu durum tıbbi hastalıklarından dolayı ilaç tedavisi alanlarda daha çok görülür. Klinisyen ilaç tedavisinin yol açtığı yan etkileri fark etmelidir. Konfüzyona yol açan ilacın kaldırılması bilişsel fonksiyonların yeniden düzelmesini sağlayabilir.

Psikiyatristler ajitasyon ve halüsinasyonu tedavi etmek için psikotropik ajan eklemek isteyebilirler fakat bu ilaçlar hastanın durumunu kötüleştirir. Psikiyatristler psikofarmakoterapiye başvurmadan önce çoklu ilaç etkileşimi olasılığına hazır olmalıdır.

Bilişsel bozuklukları tedavi eden hekimler psikiyatri ve nöroloji arasındaki geleneksel sınırları aşmalıdır. Bunun ötesinde yaşlı hastaların birçok sağlık sorunu vardır. Deliryum, demans ve affektif bozukluklar sıklıkla birlikte görülür. Psikiyatristler sadece depresyonu tedavi etmemeli, en uygun tedaviyi planlayabilmek için demansın mevcudiyetini ve prognozunu tespit etmelidir.

Hekim spesifik hastalığın doğası ve tedavi rasyonali hakkında hasta ve ailesine bilgi vermemelidir. Bilişsel yıkıma yol açan hastalık süreci karmaşık olabilir. Aileler haddini aşan bir öfke gösterebilirler çünkü ai-

le ilişkilerinde değişiklik olacağını sezerler, cevaplar isterler. Ciddi sosyal ve finansal zorluklara gelecek hakkındaki zorluklar eklenir. Hastanın durumunun tam olarak açıklanması aileye yarar sağlar. Hekim eninde sonunda hastalığın farklı aşamalarını açıklamaya hazır olmalıdır. Hekim kötü haberleri nasıl söyleceğini bilmelidir böylece aile üyeleri gelecekle ilgili uygun adımlar atabilir. Hasta yakınları, doktorların bilişsel bozukluğu olan hastaların haysiyetlerine saygı göstermelerini bekler. Mümkün olduğu ölçüde psikiyatristler ailenin umudunu korumasına yardım etmeye çalışmalıdır.

■ YAŞLANAN BEYİN

Organik zihinsel hastalıklar her yaşta görülebilmesi-ne rağmen yaşlı hastalarda daha sıktır. Yaşlı kişilerin sayısı arttıkça hekimler bu hastalıklarla daha sık karşılaşacaklardır. Yaşlı hastalarda zihinsel hastalıkların tanısının konması daha zordur çünkü fiziksel problemler emosyonel ve sosyal faktörleri etkilemektedir. Nörolojik hastalıklar ya da psikiyatrik bozuklukların etkisini belirlemeden önce psikiyatrist normal yaşlanmaya bağlı zihinsel değişimlere aşina olmalıdır. Bu hastaların değerlendirilmesi çok titiz bir mental durum muayenesini gerektirir. Eğer hekim geriatrik hastaların bilişsel olarak değerlendirilmesinde çok dikkatli değilse bazılarının tedavi edilebilen önemli defisitleri fark etmeyebilir.

ANATOMİ

Delirium, demans ve hafıza sorunları ilerleyen yaşla birlikte daha sık görülür. Beyin çeşit uyarılara daha duyarlı hale gelir. Beyin ağırlık ve hacim olarak maksimum büyüklüğüne gençlik (13-18 yaş arasında) döneminde ulaşır ve yaşlandıkça ağırlık ve hacmi azalır. Anlamlı beyin atrofiksi çoğu insanda 60'lı yaşlara ulaşıldığında başlamıştır. 90-100 yaşları arasında beyin kafatası boşluğuna oranı %93'ten %80'lere düşmüştür. Kortikal nöronların sayısı azaldıkça kortikal şerit inceler. Büyük nöronların sayısı azalır oysa küçük nöronların sayısı artar.

Normal yaşlanma ve demans beyinin spesifik bölgelerini etkiler, özellikle frontal, temporal ve parietal lobların asosiasyon kortekslerini. Limbik sistem, substansia nigra, lokus cereleus, hipokampus ve parahipokampal bölgeler ve derin frontal nükleuslar oldukça büyük sayıda nöron kaybına uğrarlar. Nöron kaybına rağmen yaşlanmış beyin dinamik şekilde yeniden biçim almaya çalışır. Sağlıklı yaşlılarda hipo-

kampal bölgedeki dentritler plastisite göstermeye devam eder. Dentritik dallanma başarısızlığa uğrarsa zihinsel güç azalmaya başlar.

Beynin yaşlanmasıyla ortaya çıkan morfolojik değişikliklerle bilişsel fonksiyonlar arasındaki ilişki tamamiyle anlaşılamamıştır. Serebral ventriküllerin hacmi yaşla birlikte artar fakat ventrikül büyüklük alanı yaşlılarda gençlerden daha fazladır. Ventriküllerin, sulkusların ve subaraknoid boşluğun büyüklüğündeki artış modern görüntüleme teknikleriyle kolayca gözlenebilmektedir.

Mikroskobik seviyede lipofuskin granülleri yaşlanan beyin nöronlarında birikmektedir. Fibröz astrositler sayı ve büyüklük bakımından artar. Hipokampus granülovakuolar değişiklikler gösterir. Senil plaklar ve nörofibriller yumaklar sağlıklı yaşlı bireylerde ortaya çıkabilir. Bu plakların ve yumakların normal beyinlerdeki sayısı Alzheimer hastalığı olan kişilerde gözlenen sayıdan daha azdır. Normal biliş sahibi gibi görünen hastalarla orta derecede Alzheimeri olan hastalar arasındaki örtüşen alanları ayırt etmek çok zor olabilir. Birçok sağlıklı yaşlı kişinin hem otopsi hem de beyin görüntüleme çalışmalarında küçük infarktlar ve iskemik beyaz madde lezyonları gözlenmektedir.

FİZYOLOJİ VE NÖROTRANSMİTERLER

Yaşlanan beyin metabolik strese cevap verme kapasitesi azalmıştır. Beynin glukoz ihtiyacı azalır. EEG aktivitesi yavaşlar. Kan akımı ve oksijen kullanımı azalır. Glukoz metabolizması çok kritik bir öneme sahiptir çünkü glukoz asetilkolin, glutamat, aspartat, GABA ve glisin gibi nörotransmitterlerin sentezlenmesine katkıda bulunur. Glukoz metabolizmasındaki hafif değişikliklerin etkisi dinlenme halindeki beyinde bile belirgindir. Yaşlı beyin bozuk transmitter sentezi ve azalmış transmitter seviyelerine sahiptir.

Hafızadaki rolünden dolayı asetilkolin çokça çalışılmıştır. Yaşlılarda asetilkolin sentezleyen enzimde (kolin asetil transferaz) azalma gözlenir. Dolaşımdaki kolinin beyne geri alımı yaşlılarda azalmıştır. Hipokampusdaki azalmış asetilkolin seviyesi kısa süreli hafızadaki yaşa bağlı azalmayla ilişkili olabilir. Alzheimer hastalığında asendan kolinerjik sistemdeki hasar hafıza kaybında ve diğer bilişsel bozukluklarda önemli rol oynar.

Yaşlılarda azalmış katekolamin seviyeleri bilişsel değişikliklerden çok afektif değişikliklerle ilgilidir. Lokus sereleustaki noradrenerik hücre gövdeleri yaşlanmakla birlikte azalmaktadır fakat norepinefrin konsantrasyonu hedef bölgelerde normal seviyelerde görülmektedir. Norepinefrin sentezleyen enzim tiro-

Madde ile İlişkili Bozukluklar

15

Peter R. Martin, MD

Çeviri: Hale Yapıcı Eser



TANIDA TEMEL İLKELER

DSM-IV TANI KRİTERLERİ

Madde Bağımlılığı

Klinik olarak anlamlı strese ve işlev kaybına neden olan, aşağıdakilerden en az üç veya daha fazlası ile kendini gösteren aynı 12 aylık period içinde herhangi bir zamanda olan, madde kullanımının maladaptif bir paterni

- (1) tolerans
- (2) yoksunluk
- (3) madde genellikle daha fazla miktarda veya beklenenden daha uzun süre alınır
- (4) devamlı bir istek ya da madde kullanımı kontrol ya da kesmek için başarısız çabalar vardır
- (5) maddeyi elde edebilmek, maddeyi kullanmak ya da onun etkilerinden kurtulmak için gerekli aktivitelerde önemli miktarda zaman harcanır
- (6) önemli sosyal, mesleki, eğlenceli aktiviteler bırakılır ya da madde nedeni ile azaltılır
- (7) maddenin muhtemelen neden olduğu ya da artırdığı bilinen kalıcı ya da yineleyici fiziksel ya da psikolojik bir probleme rağmen madde kullanımına devam etme

Madde kötüye kullanımı

- A. Klinik olarak anlamlı strese ve işlev kaybına neden olan, aşağıdakilerden en az bir veya daha fazlası ile kendini gösteren aynı 12 aylık period içinde herhangi bir zamanda olan, madde kullanımının maladaptif bir paterni
 - (1) iş, okul ya da evdeki önemli yükümlülükleri yineleyici madde kullanımına bağlı olarak yerine getirememesi

- (2) fiziksel olarak tehlikeli durumlarda yineleyici madde kullanımı
- (3) yineleyici madde ilişkili yasal problemler
- (4) maddenin neden olduğu ya da artırdığı sosyal ya da kişilerarası devamlı veya yineleyici problemlere rağmen madde kullanımına devam etme

- B. Belirtiler hiçbir zaman o maddenin sınıfı için madde bağımlılığı kriterlerini karşılamaz

Madde Zehirlenmesi

- A. Bir maddenin yutulması ya da maruz kalınmasına bağlı olarak geri dönebilir maddeye spesifik sendromun gelişmesi
- B. Maddenin santral sinir sisteminde etkisine bağlı olarak klinik olarak anlamlı maladaptif davranışsal ya da fizyolojik değişiklikler
- C. Belirtiler genel tıbbi duruma bağlı değildir ve başka bir mental bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

Madde Yoksunluğu

- A. Yüksek miktarda veya uzun süre kullanılmış olan bir maddenin azaltılması ya da kesilmesine bağlı olarak maddeye spesifik sendromun gelişmesi
- B. Maddeye spesifik sendrom, sosyal, mesleki ya da işlevselliğin diğer önemli alanlarında klinik olarak anlamlı stres ya da işlev kaybına neden olur
- C. Belirtiler genel tıbbi duruma bağlı değildir ve başka bir mental bozuklukla daha iyi açıklanamaz

(Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th edition, copyright 1994 american psychiatric Association'ın izniyle).

¹ This word was supported in part by the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (RO1 AA014969) and the National Institute on Drug Abuse (RO1 DA015713 and T32 DA021123).

Tablo 15-1. DSM-IV-TR'de Sınıflandığı Şekilde Madde İlişkili Bozukluklar

Madde Kullanım Bozuklukları
Madde Bağımlılığı
Madde Kötüye Kullanımı
Maddeyle Tetiklenmiş Bozukluklar
Maddeyle tetiklenmiş intoksikasyon
Madde yoksunluğu
Maddeyle tetiklenmiş Deliryum
Maddeyle tetiklenmiş kalıcı demans
Maddeyle tetiklenmiş kalıcı amnestik bozukluk
Maddeyle tetiklenmiş psikotik bozukluk
Maddeyle tetiklenmiş duygudurum bozukluğu
Maddeyle tetiklenmiş anksiyete bozukluğu
Maddeyle tetiklenmiş seksüel disfonksiyon
Maddeyle tetiklenmiş uyku bozukluğu

■ MADDE İLİŞKİLİ BOZUKLUKLARIN SINIFLANDIRILMASI

Madde ilişkili bozukluklar iki kategoriye ayrılır: (1) madde kullanım bozuklukları (2) madde ile tetiklenmiş bozukluklar (Tablo 15-1). Madde kullanım bo-

zuklukları (biraz keyfi olarak) hastanın sergilediği ilişkili belirtilerin sayısına göre madde kötüye kullanımı ve madde bağımlılığı olarak ikiye ayrılmıştır. DSM IV kötüye kullanılan bir çok farklı maddenin kendi kendine uygulanmasının sonucu olan madde kullanım bozukluklarını özelleştirir (Tablo 15-2).

Madde kullanım bozukluğu tanısının spesifik kriterleri bağımlılık sendromu kavramına büyük ölçüde dayanır. Bu bozukluklar hakkındaki düşüncelerimizde önemli gelişme, tüm kötüye kullanılan ilaçlara genellenebilecek klinik olarak anlamlı yapıda çevre etkileri, ilaçların farmakolojik etkileri ve bireysel psikopatoloji arasındaki ilişkiyi şekillendirir. Bu kavram, nöroadaptasyon olarak da bilinen tolerans ya da yoksunluk gibi nörofizyolojik adaptif değişikliklerin varlığı dışında hastaların madde kullanımı sonucu maladaptif davranışları olabileceği klinik gözlemden türetilmiştir. Nöroadaptasyonun, ilaç kullanmaya devam etmek için eşlik eden uygunsuz istek yoksa (ilaç arama) disfonksiyonel olması gerekmez. Örneğin, sarhoşken araba kullanmanın, özellikle etanolle edinilmiş toleransı olmayan sporadik olarak içen genç sürücülerde, yıkıcı sonuçları olabilir, bir diğer örnekte, ağrı kesilmesi için morfin alan cerrahi sonrası hasta, belirgin nöroadaptasyon gösterir fakat bağımlılık sendromu geliştirmesi muhtemel değildir.

Tablo 15-2. DSM-IV-TR'de Kötüye Kullanılan Madde Sınıfları

Sınıf	Genel Örnekler
Alkol	Bira, şarap, viski, votka, cin, sherry
Amfetamin ve amfetamin benzeri maddeler	Amfetamin, dekstroamfetamin, metamfetamin, metilfenidat, diet hapları, khat
Kafein	Kahve, çay, soğuk içecekler, analjezikler, meşrubatlar, stimulanlar, diet hapları
Esrar	Marihuana, haşhaş, tetrahidrokannabinol (THC)
Kokain	Koka yaprakları-macunları, kokain hidroklorid, kokain alkaloid (crack)
Halusinojenler	Liserjik asit dietilamid (LSD), psilosibin, dimetiltriptamin, meskalin
İnhalanlar	Alifatik, aromatik ve halojene hidrokarbonlar (örn; benzin, tutkal, boya, boya incelticiler, diğer uçucu bileşikler)
Nikotin	Sigara ve diğer tütün ürünleri
Opiodler	Eroin, morfin, metadon, kodein, hidromorfon, oksikodon, mepidin, fentanil, pentazosin, buprenorfin
Fensiklin ve fensiklidin benzeri maddeler	Fensiklidin, ketamin
Sedatif, hipnotik ve anksiyolitikler	Denzodiazepinler (örn; diazepam, oksazepam, klordiazepoksit, alprazolam, midazolam, klonazepam), barbituratlar (örn; sekobarbital, amobarbital, pentobarbital, fenobarbital), nonbarbiturat hipnosedatifler (örn; etlorvinol, glutetimid, cloralhidrat, metakualon)
Diğer	Anabolik steroidler, nitrit inhalanlar, nitroz oksit ve diğer birçok aleni satılan ve reçete edilen, diğer kategorilere girmeyen ilaçlar

Herbert Y. Meltzer, MD, Ailliam V. Bobo, MD, Stephan H. Heckers, MD ve Hossein S. Fatemi; MD, PhD

Çeviri: Şengül Tosun Altınöz



TANIDA TEMEL İLKELER

DSM-IV-TR Şizofreni için Tanı Kriterleri

A. Karakteristik semptomlar: Bir aylık bir dönem boyunca (başarıyla tedavi edilmişse daha kısa bir süre), bu sürenin önemli bir kesiminde aşağıdakilerden ikisinin (ya da daha fazlasının) bulunması:

- (1) Hezeyanlar (sanrılar)
- (2) Hallüsinasyonlar (varsanılar)
- (3) Dezorganize (karmakarışık) konuşma (örn. çağrışımlarda dağınıklık/sık konu dışı sapmalar gösterme ya da enkoherans)
- (4) İleri derecede deorganize ya da katatonik davranış
- (5) Negatif semptomlar, yani affektif donukluk, aloji ya da avolisyon

Not: Hezeyanlar bizzat ise ya da halüsinasyonlar kişinin davranış ya da düşünceleri üzerine sürekli yorum yapmakta olan seslerden ya da iki ya da daha fazla sesin birbiriyle konuşmasından oluşuyorsa A Tanı Ölçütünden sadece bir semptomun bulunması yeterlidir.

B. Toplumsalmesleki işlev bozukluğu: İş, kişiler arası ilişkiler ya da kendine bakım gibi önemli işlevsellik alanlarından bir ya da birden fazlası, bu bozukluğun başlangıcından beri geçen sürenin önemli bir kesiminde, bu bozukluğun başlangıcından önce erişilen düzeyin belirgin olarak altında kalmıştır (başlangıcı çocukluk ya da ergenlik dönemine uzanıyorsa, kişiler arası ilişkilerde, eğitimle ilgili ya da mesleki başarıda beklenen düzeye erişilememiştir).

C. Süre: Bu bozukluğun süre giden belirtileri en az 6 ay süreyle kalıcı olur. Bu 6 aylık süre, en az bir ay süreyle (başarıyla tedavi edilmişse daha kısa bir süre) A Tanı Ölçütünü karşılayan semptomları kapsmalıdır; prodromal ya da rezidüel semptomların bulunduğu dönemleri kapsayabilir. Bu bozukluğun belirtileri, prodromal ya da rezidüel dönemlerde, sadece negatif semptomlarla ya da A Tanı Ölçütünde sıralanan iki ya da

daha fazla semptomun daha hafif biçimleriyle (örn. acayip inanışlar, olağandışı algısal yaşıntılar) kendilerini gösterebilir.

D. Şizoeffektif bozukluğun ve duygudurum bozukluğunun dışlanması: Şizoeffektif Bozukluk ve Psikotik Özellikler Gösteren Duygudurum Bozukluğu dışlanmıştır, çünkü ya (1) aktif-evre semptomları ile birlikte aynı zamanda Majör Depresifi Manik ya da karışık epizodlar ortaya çıkmamıştır ya da (2) aktif-evre semptomları sırasında duygudurum epizodları ortaya çıkmışsa bile bunların toplam süresi aktif ve rezidüel dönemlerin süresine göre daha kısa olmuştur.

E. Madde kullanımının/genel tıbbi durumun dışlanması: Bu bozukluk bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç) doğrudan fizyolojik etkilerine ya da genel tıbbi bir duruma bağlı olarak ortaya çıkmamıştır.

F. Bir yaygın gelişimsel bozuklukla olan ilişki: Otistik Bozukluk ya da diğer bir yaygın gelişimsel bozukluk öyküsü varsa, ancak en az bir ay süreyle (başarıyla tedavi edilmişse daha kısa bir süre) belirgin hezeyan ya da halüsinasyonlar da varsa şizofreni ek tanısı konabilir.

(Diagnostic and Statistical Manual for Mental Health Disorders 4th edn. Text revision. Washington, DC: American Psychiatric Association'ın izniyle).

- Tanı kriteri yukarıda belirtildiği gibi karşılanır. Bu kriterlerin, belirgin halüsinasyonların ya da delüzyonların yokluğunda da tanı konulmasına izin verdiğine dikkat edin (örn. Negatif semptomların bazı kombinasyonları, dezorganize konuşma ve dezorganize/katatonik davranış).
- Aktif psikotik semptomların süresi, en az 1 aydır ya da aktif bir tedavi başlandıysa daha kısa bir süredir.
- Hastalığın en az 6 ay boyunca toplam süresi, hastalığın ilk belirtisini, akut evreyi ve rezidüel semptomları içerir.

- Kognitif bozulma organize olmayan, mantıksız, gevşek bir şekilde bağlantılı ya da tuhaf konuşma ya da uygun olmayan ya da tuhaf davranışlarla karakterizedir.

- Yukarıdaki belirtilerin doğası hastalığa özgüdür.

- Yukarıdaki belirtiler ya da semptomlardan dolayı bir ya da daha fazla yaşam alanında bozulma görülür.

Diğer ortak belirtiler

- Semptomların ve kendilerinden kaynaklanan güçlüklerin, tedavi gerektiren ruhsal hastalıklarının bir ürünü olduğuna dair içgörünün olmaması.
- Kişisel görünümde ve hijyende bozulma
- İhtihar düşünceleri de dahil olmak üzere, depresyon ve anksiyete ile ilgili semptomlar
- Anormal motor aktivitesileri, sallanma, volta atmak, yüzünü buruşturmak, rahatsız duruşları sürdürme, stereotipleri ve garip bir şekilde bir hareketi sürekli tekrarlamayı içerir.
- Tedaviye uyumun kötü olması
- Komorbid ilaç (nikotin de dahil), alkol kullanımı ile ilgili bozukluklar ve kronik fiziksel sağlık problemleri

Genel Değerlendirmeler

Şizofreni tarihsel olarak, psikoz olarak adlandırılan klinik özelliklerin heterojen bir şekilde karışımıyla ortaya çıkan klinik bir sendromdur. Bu klinik özellikler; hallüsinasyonları, delüzyonları, anormal duyguları, kognitif problemleri ve anormal davranışları kapsamaktadır. Şizofreninin klinik teşhisi, halen, bu karakteristik belirti ve semptomların, bu semptomların zaman seyrini, işlevsellik üzerindeki olumsuz etkileri ve idyopatik doğaları temelinde yapılır (örn. Bunlar, genel tıbbi durumların psikiyatrik görünümünü ya da kullanılan maddelerin etkileri değildir ve psikotik özelliklerin ön planda olduğu diğer bozukluklarla ya da ağır işlevsel ya da kognitif yetersizlikle iyi bir şekilde açıklanamazlar).

Psikotik semptomların ikincil nedenleri dışlandıktan sonra bile, şizofreni tanısı ve şizofreniyle ilgili semptomlar tartışmalıdır. Bir kere, şizofreninin etiyolojisi ve nöropatofizyolojisi bilinmemektedir. İkinci olarak, hiçbir belirti ya semptom şizofreniye özgü değildir. Son olarak, klinik olarak işlevsel ya da yapısal nörogörüntüleme bulguları ya da genetik miras örüntüsü de dahil olmak üzere hastalığın etiyolojisine yönelik güvenilir bir biyolojik işaret bulunmamaktadır.

Bugün kullanılan yeni kriteri 20 yıldır değişme de, şizofreni kavramı tanınal varlığı hala gelişmektedir. Büyük ihtimalle Antik dönemden bu yana, şizofrenik sendrom kavramı şu ya da bu biçimde tanımlansa da, Emil Kraepelin'in, Eugen Bleuler ve Kurt Schneider'in 20. Yüzyılda yaptığı gözlemler, hastalığın şu anki sınıflamasına çok fazla katkı yapmıştır. Kraepelin,

manik depresif bozukluğu (şu an bipolar bozukluk olarak adlandırılan) demantia precoc's dan; (şizofreninin öncüsü) hastalığın başlangıç yaşına (manik depresif bozuklukta daha genç), semptomların seyrine (manik depresif bozukluk için epizodik, demantia praecox için kronik), mesleki/sosyal hayatıyla ilgili sonuçlarına (manik depresif bozuklukta daha iyi), kognitif bozulma düzeyine (demantia praecoxda daha şiddetli) dayanarak ayırt etmesiyle saygınlık kazanmıştır. Bleuler, demantia precoc's olan hastalar arasında uzun süreli etkilerin oldukça farklılık göstermesi ile ilgili gözlemlerine ve düşünce ve duygu arasındaki bölünmenin hastalığın temel özelliği olduğu yönündeki hipotezine dayanarak "şizofreni" kelimesini bulmuştur. Bleuler, özellikle sendromun temeli olarak gördüğü 4 ögeyi tanımlar (Bleuler'in "dörtlüsü"-four "A"-olarak da bilinir). Bunlar; otizm-autizm-(örn. Gerçekle bağlantının kesilmesi), ambivalans (duygu ve isteğin), affect-duygulanım-(Bleuler'in kelimeleriyle "her şeye karşı ilgisizlik") ve çağrışımlardır-association- (Bleuler'in kelimeleriyle "çağrışımlar sürekliliğini kaybeder").

Schneider ise, şizofreniye özgü olduğuna inandığı ilk sıradaki semptomlar (örn. Düşünce sokulması, düşünce çekilmesi, düşüncenin izlemesi, konuşan ya da tartışan sesler duyma ve kontrol delüzyonları) kavramıyla literatüre katkıda bulunmuştur. Ayrıca pozitif belirtiler ve semptomlar fikrinin de öncüsü olmuştur. Schneider'in ilk sıradaki semptomları, bugün şizofreniye özgü olmayan semptomlar olarak bilinmektedir. Bu semptomlar mani'de, ilaçla retiklenen durumlarda ve diğer bozukluklarda da görülür. Bununla beraber bu semptomlar ve diğer belirti ve semptomlar birlikte, klinik uygulamada kullanılmak üzere yeterli tanı özgünlüğüne, güvenilirliğe ve geçerliliğe sahip bir tanı kriterini oluşturmak için kapsamlı ampirik testlerden geçirilmişlerdir.

A. EPİDEMİYOLOJİ

1. İnsidans ve prevelans (yaygınlık)—Şizofreni insidansı her 100.000 kişiden 10 ila 40 arasında değişen yeni vakalar olsa da, hastalığın yaş açısından düzeltilmiş median nokta prevelansı ve yaşam boyu görülme prevelans oranı her 1000 kişide sırasıyla 4.6 ve 4.0'tür. Yaşam boyu bu görülme oranı, sıklıkla %0.5 ile %1.0 arasında belirtilen aralıktan —bu rakamların yüksek olduğuna inanılmaktadır— düşüktür. İnsidans ve prevelans arasındaki farklı oranlar; cinsiyet, kentlilik, göçmenlik statüsü, doğum ayı, iyileşme, intihar ve diğer erken ölüm biçimleri de dahil olmak üzere pek çok faktörden kaynaklanmaktadır.

2. Yaşam beklentisi, ilaç kullanım ve fiziksel sağlık problemleri—Şizofrenideki yaşam beklentisi genel popülasyona göre %20 daha düşüktür. Şizofrenler arasındaki erken ölümlerin artması, intihar oranlarındaki artışa (tamamlanmış intiharın yaşam boyu riski %10-13, intihar girişiminin yaşam boyu riski %18-

Diğer Psikotik Bozukluklar

17

Richard C. Shelton, MD
Çeviri: Şengül Tosun Altınöz

■ ŞİZOFRENİFORM BOZUKLUK



TANIDA TEMEL İLKELER

DSM-IV-TR Tanı Kriterleri:

A. Şizofreninin A, D ve E tanı ölçütleri karşılanmaktadır.

B. Bu bozukluğun bir epizodu (prodromal, aktif ve rezidüel evreler de içinde olmak üzere) en az 1 ay ancak 6 aydan daha kısa bir süre sürer. (İyileşme beklenmeksizin tanı konması gerektiğinde bunun "Geçici" tanı olarak nitelendirilmesi gerekir).

Varsa Belirtiniz:

İyi sonlanım (Prognostik) Özellikleri Olmayan İyi sonlanım (Prognostik) Özellikleri Olan: Aşağıdakilerden ikisinin (ya da daha fazlasının) bulunması ile belirlendiği üzere:

- (1) Olağan davranışlarda ya da işlevsellikte ilk görünür değişiklikten sonraki 4 hafta içinde belirgin psikotik semptomların başlaması
- (2) Psikotik epizodun dorukta olduğu sırada konfüzyon ya da şaşkınlığın olması
- (3) Premorbid toplumsal ve mesleki işlevselliğin iyi olması
- (4) Affektin künt ya da donuk olmaması

(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edn. Text Revision. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2000'in izniyle).

Genel Değerlendirmeler

A. EPİDEMİYOLOJİ

Tanısal olarak şizofreniform bozukluk, 1 ay veya daha fazla süren kısa psikotik bozukluk (bu bölümde daha sonra tartışılacaktır) ve 6 ay boyunca devam eden şizofreni (bakınız Bölüm 16) arasındaki bir zamanda "yer almaktadır." Hastaların pek çoğu sonuçta şizofre-

ni geliştirecek gibi görünseler de, ısrarcı psikotik bozuklukları olan küçük ancak önemli sayıda hasta rahatsızlıklarında tam bir iyileşme gösterecektir. Gerçek yüzde tam olarak bilinmemekle birlikte, iyileşme oranı muhtemelen küçüktür. Tipik olarak iyileşme gösterenler, diğer tanısal kategorilerde daha iyi sonucu yordadığı bilinen özellikleri sergilerler (örn. akut başlangıç, kısa prodrom, psikososyal kötüleşmenin olmaması ve önde gelen duygudurum semptomları).

B. ETİYOLOJİ

Şizofreniform bozukluk heterojen bir kategoridir. Bu yüzden tüm olasılıklarda, ayrı etiyolojiler söz konusudur. Bu bozukluğa sahip pek çok hasta, şizofreni için tanı kriterlerini karşılama sürecinde ilerleyeceği için etiyoloji, Bölüm 16'da detayları tartışılan bu bozuklukla aynı olacaktır. Bu bozukluğa sahip olan bazı hastalar önemli iyileşme gösterirler ve böylece tipik şizofreniden farklı bir özellik sergilerler.

C. GENETİK

Şizofreniform bozukluk, muhtemel olarak, etiyolojik açıdan heterojen bir bozukluk olduğundan genetik ilişkiler net değildir. Açıkça tipik şizofreniye ilerleyen kişiler, bu durumla benzer genetik yatkınlıktırıcılar sergilerler. Tamamıyla iyileşenler, hem psikotik hem de özellikle bipolar bozukluğun bulunduğu affektif bozukluk için artmış ailesel öyküye sahip olabilirler.

Klinik Bulgular

A. BELİRTİ VE SEMPTOMLAR

Şizofreniform bozukluğu olan hastalar 1 ve 6 ay arasında süren, şizofreninin A tanı kriteri ile uyumlu semptomlar sergilerler (örn. tipik olarak hallüsinasyonlar; delüzyonlar; negatif semptomlar; dezorganize düşünce, konuşma ve davranış). Bu semptomlara sahip hastalar tipik bir şizofreni örneğine doğru ilerleyebilirler. Eğer semptomlar 6 aydan daha fazla bir süredir var ise şizofreni tanısı konmalıdır. Ancak, diğerlerinin semptomları tam ya da tama yakın olarak çözülmeye doğru ilerleyebilir. Bu hastalar genel olarak iyi bir premorbid işleve, akut başlangıça (sıklıkla

bir stresörden sonra) sahiptirler ve psikososyal işlevde rezidüel bir defisit olmaksızın çözülmeyi tamamlarlar. Buna ek olarak, duygudurum semptomları daha belirgin olmaya ve bu hastalarda aile duygudurum öyküsü yaygın olmaya eğilimlidir.

B. PSİKOLOJİK TESTLER

Psikolojik testler, daha tipik şizofreni semptom örüntüsünü ortaya çıkaracaktır (bakınız Bölüm 16). Bu bulgular, hallüsinasyonlar, delüzyonlar ve dezorganize düşünce gibi yaygın semptomları içerecektir. Ancak, açık bilişsel bozulma (bellek problemlerini içeren) yaygın değildir ve belirgin duygudurum semptomları olabilir. Şizofreniform bozukluğu olan kişiler frontal kortikal bölgesel defisitler gösterebilirler; örneğin Wisconsin Kart Eşleme Testi'nde bozulmuş performans.

C. LABORATUVAR BULGULARI VE NÖROGÖRÜNTÜLEME

Beyin görüntüleme çalışmaları, şizofreni için bildirilenlerle aynı sonuçlar gösterebilir. Ancak bu durum için belirtilen daha kısa süreden dolayı farklılıklar genellikle daha az belirgindir. Alternatif olarak, pek çok hasta, iyileşme ile de bağlantı olasılığıyla, normal kontrollerden farklılık göstermeyebilir. Ancak tanılal görüntüleme çalışmaları bildirilmemiştir.

Hem şizofrenik hem de şizofreniform bozukluğu olan hastalarında, Wisconsin Kart Eşleme Testi uygulaması süresince, inferior prefrontal bölgede görece bir aktivasyon defisiti bildirilmiştir.

Hastalığın Seyri

Şizofreniform bozukluk sıklıkla şizofreninin tipik seyrini izler. Eğer semptomlar 6 aydan uzun bir süredir varsa, tipik olarak şizofreni ile bağlantılı psikolojik ve sosyal kötüye gidiş olabilir. Eğer semptomlar 6 aydan daha fazla bir süredir varsa, birinci kuşak antipsikotikler, örneğin haloperidol, hastalığın semptomlarını azaltır ancak kötüye gidiş engellemez. Psikososyal kötüye gidiş veya bilişsel bozulmayı önlemede daha yeni olan atipik antipsikotiklerin olası yararlarına yönelik hipotezler ortaya atılsa da sonuçta bu kanıtlanmamıştır.

Ayrııcı Tanı (İçerilen Komorbid Durumlar)

Temel ayırıcı tanı kısa psikotik bozukluk ve şizofreni olmasına rağmen, hızlı başlangıçlı akut psikoz en önemli tanısal nokta olabilir. Bu konuda dikkat, 6 ay öncesine, başlangıç örüntüsüne ve duygudurum değişikliklerinin varlığına, alkol ve madde kötüye kullanımına, diğer hastalıklar ve reçete edilen ilaçlara odaklanmalıdır.

Tedavi

Şizofreniform bozukluğun tedavisi şizofreninki ile benzerdir (bakınız Bölüm 16).

Genellikle açık psikotik semptomların olduğu akut aşamalarda hastaneye yatırmak gerekir.

A. PSİKOFARMAKOLOJİK MÜDAHALELER

Antipsikotik ilaçlar, genellikle psikozun çözülmesinin oldukça hızlı olmasına ve semptomların yönetimine dayanak noktası sağlar. Şizofreniform bozukluk hastalarının, şizofreni hastalarına göre antipsikotik tedaviye daha hızlı yanıt verdikleri gösterilmiştir. Sedatif ajanlar, özellikle benzodiazepinler, akut ajitasyonun yönetilmesinde gerekebilir. Elektrokonsülf terapi bazı hastalar için kullanılabilir.

B. PSİKOTERAPÖTİK MÜDAHALELER

Genellikle psikoterapi, hastanın psikotik yaşantılarını entegre etmesinde yardımcı olmaktadır. Psikososyal destek ve rehabilitasyon, bu hastalarda, daha çok şizofreniye özgü işlevlerdeki kötüleşmeyi azaltmada yardımcı olmak için önemlidir. Böylece, semptomların hızlı tedavisi ve hastanın sosyal olarak yeniden entegrasyonu önemlidir.

C. DİĞER MÜDAHALELER

Akut semptomların çözülmesinden sonra, psikolojik, sosyal ve mesleki veya eğitimsel tedavi, tedavinin temel odağı olur. Akut bir şizofreniform psikotik epizod hastanın yaşamında felaket bir olay olur. Psikoterapi, olayı anlamada ve gelecek epizodlar üzerine kontrol duygusu kazanımında hastaya yardımcı olmak için gereklidir. Çeşitli konular hasta, ailesi veya önemli diğerleri ile tartışılmalıdır: (1) bozukluğun temel biyolojik doğası; (2) şimdiki ve gelecekteki semptomların kontrol edilmesinde ilaç tedavisinin rolü, özellikle de bozukluğu değerlendirmede semptom yönetiminin olası etkileri; (3) psikozun geri dönüşünü gösteren erken uyarı işaretleri; (4) kişinin yaşamı ve aile yaşamı üzerine yaşanan sıkıntının etkileri; (5) okul ve işle aşamalı yeniden entegrasyonun gereklilikleri ve (6) yoğun vakı yönetimi veya iş ya da eğitimsel rehabilitasyonu da içeren psikososyal yönetimin gelecekteki önemi.

Prognoz

Şizofreniform bozukluğu olan pekçok kişi basitçe, daha tipik şizofreni gelişiminin erken aşamasındadır. Şizofreniform bozukluk için 6 aylık kesim süresi; tipik şizofreni semptomlarına sahip hastaların bazen tam çözülme göstermesine rağmen, semptomlar 6 ay veya daha uzun süredir var olduğunda bunun nadir olduğunu göstermektedir. Hastaların neredeyse tümü daha sonra şizofreni ile tutarlı bir seyre ilerle-

Duygudurum Bozuklukları

18

Peter T. Loosen, MD, Ph D ve Richard C. Shelton, MD

Çeviri: Bilge Doğan

MAJOR DEPRESİF BOZUKLUK



TANIDA TEMEL İLKELER

DSM IV TR Tanı Kriterleri Major Depresif Epizod

A. Takip eden semptomlardan 5'inin (veya daha fazla) 2 haftalık sürede mevcut olması ve önceki işlevsellikte değişme, bu semptomlardan en az biri depresif duygudurum veya ilgi ve haz kaybıdır.

Not: Genel tıbbi duruma bağlı semptom veya duygudurumla uyumsuz dekiyon ve halusinasyonları kapsamaz.

- (1) deprese duygudurum
- (2) belirgin azalmış ilgi ve haz kaybı
- (3) diyet olmadan anlamlı kilo kaybı veya kilo alımı veya iştahta azalma veya artma
- (4) uykusuzluk veya fazla uyku
- (5) psikomotor ajitasyon veya retardasyon
- (6) halsizlik veya enerji kaybı
- (7) değersizlik hissi veya yaygın uygunsuz suçluluk hissi
- (8) düşünme ve konsantrasyon kabiliyetinde azalma, kararsızlık
- (9) tekrarlayan ölüm ve intihar düşünceleri

B. Semptomlar karma epizod kriterlerini karşılamaz

C. Semptomlar sosyal, mesleki veya işlevselliğin diğer alanlarında anlamlı bozulma veya sıkıntıya yol açar

D. Semptomlar bir maddenin (kötüye kullanım veya medikasyon) veya genel sağlık durumunun (örn., hipotiroidi) direkt psikolojik etkilerine bağlı değildir

E. semptomlar yas ile daha iyi açıklanamaz, örn., sevilen birinin kaybı, semptomlar 2 aydan daha uzun süreli, belirgin işlevsel bozulma, morbid değersizlik düşüncesi, intihar düşüncesi, psikotik semptomlar veya psikomotor retardasyon ile karakterizedir.

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edn., Text Revision. Washington DC: American Psychiatric Association, 2000'in izniyle).

Genel Değerlendirmeler

A. EPİDEMİYOLOJİ

Bipolar ve non bipolar bozukluk ayrımı klinik ve tanısal olarak faydalı bir şekilde gelişti. Aile ikiz ve biyolojik çalışmalar, tedaviye farklı klinik yanıtlar ve farklı hastalık başlangıcı ve sonuçları ile bu gelişme desteklenmiştir. Bu faktörlere, tablo 18.1'de detaylandırılmış epidemiyolojik risk faktörlerini ekleyebiliriz.

Depresyon spektrum bozuklukları ve semptomlar oldukça yaygındır. Hayat boyu anlamlı depresif semptom prevalans oranları %13 – 20 ve major depresif bozukluk için %3.7-%6.7'dir. Major depresif bozukluk adolesan ve erişkin bayanlarda, adolesan ve erişkin erkeklere göre 2 ila 3 kat daha yaygındır. Prepubertal çocuklarda kızlar ve erkekler eşit olarak etkilenir. Erkek ve kadınlarda en yüksek oranlar 25-44 yaş grubundadır.

Boyd JH, Weissman MM: Epidemiology. In: Paykel ES (ed). *Handbook of Affective Disorders*. New York: Guilford Press, 1982, pp. 109-125

Weissman MN, Livingston Bruce M, Leaf PJ, Florio LP, Holzer C: Affective Disorders. In: Robins LN, Regier DA (eds). *Psychiatric Disorders in America*. New York: Free Press, 1991, pp. 53-80

B. ETYOLOJİ

Etyolojik ve patofizyolojik temelini tespit etmek için yoğun girişimlere rağmen, major depresif bozuklu-

Tablo 18–1. Major Depresif Bozukluk Risk Faktörleri

Aile Öyküsü	Depresyon (%7) veya alkolizm (%8) öyküsü olan ailelerde yüksek risk
Sosyal sınıf	İlişki yok
İrk	Afrikan Amerikanlarda olası düşük risk
kişilik	Güvensiz, kaygılı, içedönük, stres duyarlı, obsesif, iddiasız, bağımlı
Çocukluk deneyimleri	Erken çocukluk çağı travması (örn., önemli kayıp, yıkıcı, öfkeli negatif çevre
Postpartum	Depresif epizodlar yaygın
menopoz	İlişki yok
Sosyal ilişki ağı	Kişilerarası iletişim eksikliği

ğün kesin nedeni belli değildir. Multiple etyolojik faktörlerin:genetik, biyokimyasal, psikodinamik ve sosyokültürel, kompleks etkileşimi olduğuna dair fikir birliği vardır. Depresif bozukluğun günümüz anlayışı bu faktörler arası etkileşimin anlaşılmasını gerektirir.

1. Yaşam olayları—Son kanıtlar kritik yaşam olaylarının, özellikle sevilen birinin ölümü veya kaybı, depresyonu başlatabileceğini doğrular. Fakat, bir çok kayıp depresyon vakalarının sadece küçük bir sayısını açıklar. Kayıp yaşayan bireylerin %20’den azı klinik olarak depresyon yaşar. Buna rağmen, diğer major yaşam olayları depresyon başlangıcı öncesi olabilmesine rağmen, birçok hasta aşikar provakasyon olmadan depresyona girer. Bu gözlemler, muhtemel genetik, gelişimsel veya doğal mizaç gibi predispozan faktörlerle güçlü bir şekilde çelişir.

2. Biyolojik teoriler

i. Nörotransmitterler—Duygudurum ve monoaminler (örn., norepinefrin, serotonin, dopamin) arası ilişkiye, ilk rastgele olarak izoniyazidin (ilk tüberküloz tedavisinde kullanılmış) duygudurum değiştirici etkisinin ve ardından izoniyazidin (monoamin oksidaz inhibitörü) laboratuvar hayvanlarında beyin monoamin konsantrasyonlarını etkilediğini gösteren sonuçlarla işaret edildi. Şimdi biliyoruz ki, klinik olarak etki eden tüm antidepressanlar serotonin, norepinefrinin postsinaptik sinyalizasyonunu etkiler veya postsinaptik membranda etkilidir. Bu etki depresyo-

nun bir nörotransmitter eksikliği olduğu ve antidepressanların klinik etkisini bu dengesizliği tedavi ederek gösterdiği olduğu hipotezini doğurmuştur.

1970’li yılların sonlarında vurgu, çoğu kronik antidepressan tedavinin (farmakoterapi ve EKT yi kapsayan) beyindeki adenilat siklaz sistemi ile ilişkili norepinefrin reseptör sistemlerinde duyarsızlık yaptığının gösterilmesinden sonra, akut presinaptikten geç postsinaptik reseptör aracılı olaylarla yer değiştirmiş. Norepinefrin reseptör sistemlerindeki bu duyarsızlık beta adrenoseptör yoğunluğunda azalma ile ilişkilendirilmiş. Daha önemli olarak, bu tüm antidepressanların gecikmiş etki başlangıcına benzerdi. Birçok yeni görüş orijinal eksiklik hipotezinden geliştii, bu görüş nöronal yanıtı düzenleyen çoklu intraselüler sinyal entegrasyonunu vurgular. (örn., g protein, siklik adenosin monofosfat veya protein kinaz ve gen transkripsiyon indüksiyonu, vs) Bu hücresel mekanizmaların eninde sonunda spesifik gen ekspresyonunu etkilediği düşünülüyor. Buna rağmen, hücre içi sinyal iletim ve/veya gen ekspresyon anormalliklerinin, depresyon fizyolojisinin temelini oluşturduğu düşünülüyor. Diğer nörotransmitterler, (örn., asetilkolin, gama amino butirik asit, melatonin, glisin, histamin) hormonlar, (örn., tiroid ve adrenal hormonlar) ve nöropeptidler (örn., kortikotropin–salgılatıcı hormon, endorfinler, enkefalinler, vazopresin, kolesistokinin, p maddesi) duygudurum değişiminde önemli rol oynarlar.

ii. Nöroendokrin faktörler—Emosyonel travma bazen depresyon başlangıcını doğrudan tetikler. Emosyonel travma hipertiroidizm, Cushing hastalığı gibi, her ikisi de sıklıkla psikolojik bozuklukla ilişkilendirilen, en sık duygudurumda ve bilişte, endokrin hastalıkları da tetikleyebilir. Endokrin değişiklikler psikolojik hastalıkla ilişkili olduğunda, bazı değişikliklerin presipitan, sürdürücü etken mi yoksa sekonder etki mi olduğu net değil.

Psikiyatride en çok çalışılan iki endokrin sistem hipotalamik –hipofizyel– adrenal ve hipotalamik –hipofizyel–tiroid eksenleridir. Major depresyonlu hastaların yaklaşık yarısı depresyon tedavi edildiğinde normale dönen, kortizol hipersekresyonu gösterir. Kortizol hipersekresyonu kanıtı artmış ACTH sekresyonu, artmış plazma konsantrasyonu, kortizol ve metabolitlerinin üriner ekspresyonunda artış, kortizol sekresyonun normal sirkadiyen ritminde değişim, ACTH sekresyonu üzerine glukokortikoid negatif geribildirim inhibisyonuna kısmi direnç, kortikotropin salgılatıcı hormona körelmiş ACTH yanıtı. Buna rağmen, tüm depresyonlu hastalar anlamlı hiperkortizolizm göstermez. Bir çok çalışma, depresyonlu hastalarda plazma kortizol seviyelerini etkileyen psi-

Anksiyete Bozuklukları

19

Richard C. Shelton, MD

Çeviri: İrem Ekmekçi Ertek



TANIDA TEMEL İLKELER

Anksiyete bozuklukları; sık görülen ve hafif dereceli fobilerden (böcek, yükseklik ya da fırtına korkusu gibi), panik bozukluk ya da obsesif-kompulsif bozukluk gibi kronik, hayat şartlarını bozan hastalıklara kadar giden geniş bir yelpazede değerlendirilir. Anksiyete tanısı her bir bozukluğa özgü belirtiler değerlendirilerek konur. Tablo 19-1'de DSM IV-TR içerisinde yer alan anksiyete bozuklukları gösterilmektedir. Post travmatik stres bozukluğu ve akut stres bozukluğu 20. Bölümde, OKB ise 21. Bölümde ele alınmıştır.

Anksiyete; tansiyon yüksekliği, taşikardi, takipne, tremor gibi fiziksel bulguların kaygı, obsesyon, korku gibi bulgulara eşlik etmesiyle karakterize bir durumdur. Semptomları benzer de olsa anksiyete bozuklukları normal korkulardan farklı özelliklere sahiptir. Normal korkular gerçek dışal tehlikelere karşı verilen duygusal tepkilerken; anksiyete bozukluklarının semptomları görünürde bir tehlike olmadan da gelişebilir ya da tehlikeye karşı verilen cevap gereğinden fazla olabilir. Uygunsuz ya da aşırı bir korku olduğunda ve buna hayat kalitesinde değişken derecelerde bozulma eşlik ettiğinde anksiyete bozukluğu tanısı akılda tutulmalıdır.

Genel Değerlendirmeler

A. EPİDEMİYOLOJİ

Anksiyete bozuklukları genel popülasyonun herhangibir zamanda yaklaşık %15 kadarını etkileyen, en sık rastlanılan psikiyatrik bozukluktur. Fobik bozukluklar (özgün fobi ya da sosyal fobi) %8- 10, yaygın anksiyete bozukluğu yaklaşık %5, OKB ve panik bozukluğun her biri de yaklaşık %1 ila 3 sıklıkta görülmektedir. Posttravmatik stres bozukluğu yaygın gibi görülmeyle birlikte spesifik sıklığı net olarak bilinmeyen bir hastalıktır (bakınız bölüm 20). Anksiyete bozuklukları ile diğer psikiyatrik hastalıkların ko-

morbiditesi de sık karşılaşılan bir durumdur. Örneğin; primer bir anksiyete bozukluğu olan hastaların %40'ı hayatları boyunca DSM-IV-TR depresif bozukluk tanısı alma riskine sahiptir. Buna ek olarak; başka bir psikiyatrik bozukluğu olan hastalarda görülen anksiyete semptomları da çoğunlukla sahip oldukları hastalıkla ilişkilidir. Öyleyse, klinik pratikte karşılaşılan hastalarda anksiyete semptomlarının görülmesi oldukça yaygındır.

B. ETYOLOJİ

1. Psikodinamik teori: Geleneksel psikoanalitik te-oride anksiyete, bilinçdışı çatışmada saplanmak olarak tarif edilir. Freud ilk başta içsel ya da dışal tehditlere karşı verilen basit psikik cevabı tanımlamak için "angst" (genel anlamıyla "korku") terimini kullandı. Sonra da dürtülerin acilen doyurulmasına eğilimli olan haz ilkesinin içeriğini araştırdı. İlk geliştirdiği anksiyete teorisinde Freud; çelişki ya da engellemelerin libidinal (seksüel) dürtüleri yok etme amacıyla oluştuğunu varsayıdı. Seksüel dışavurumdaki bu kısıtlamalar dışal tehditlerle oluşur ve sıklıkla dürtü kontrolünü kaybetme korkusuyla ve bunun sonucunda da anksiyeteye sonuçlanırlar.

Freud daha sonra bu teorideki sınırlılıkları gördü ve anksiyeteyi nevrozların merkezi olarak kabul etmeye başladı. Anksiyetenin, yaşamın devamı için gerekli olan doğal,biyolojik kökenli bir savunma mekanizması olduğunu savundu. Seksüel dürtülerin anksiyeteye dönüştüğü fikrinden vazgeçip anksiyetenin tehlike sonucu ortaya çıktığını kabul etti. Tehlikenin iki kaynağı olduğunu belirtti. Bunlardan ilki, bir kişinin baş edebileceğinden çok daha ağır bir durumla karşılaştığında doğal bir korku cevabı verdiği travmatik durumlar, ikincisi ise içsel (dürtü kontrolünü yitirme) ya da dışal olarak yaklaşan travmaların sezilmesi veya karşılanması sonucunda oluşan tehlike durumlarıdır. Bu tehlikelere karşı verilen cevaplar sinyal anksiyetesi denilen daha hafif, baş etmesi daha kolay ve travma ile direkt ilişkili olmayan durumla sonuçlanır. Sinyal anksiyetesi,

Tablo 19–1. DSM-IV-TR Anksiyete Bozuklukları

Panik bozukluk (agorafobi ya da agorafobisiz)
Özel fobiler
Sosyal fobi
Yaygın anksiyete bozukluğu
Obsesif- kompulsif bozukluk
Akut stres bozukluğu
Posttravmatik stres bozukluğu
Tıbbi duruma bağlı anksiyete bozukluğu
Maddeye bağlı oluşan anksiyete bozukluğu

rehlikeden kaçınma sonucunda oluşan bir anksiyete olarak görülebilir.

Aynı zaman periyodu içinde idi dürtü, süperego-yu bastırma, egoyu da dürtü ve bastırmaları kontrol eden merkez olarak gören zihin fonksiyonu hipotezinde de gelişmeler oldu. Bu hipotezin merkezinde **savunma mekanizmaları** yer alır. Psikolojik savunma mekanizmaları, id dürtülerini ve süperego taleplerini yöneten egonun primer işlevi olarak düşünülür. Uygunsuz dürtülerin varlığında kullanılan birincil savunma mekanizması **bastırma**dır. Bastırma mekanizmasındaki başarısızlık, anksiyeteye ve intrapsişik stabiliteyi sürdürme amaçlı sekonder mekanizmaların kullanılmasıyla sonuçlanır.

Anksiyeteyi üreten ve yöneten savunma mekanizmalarının psikoanalizdeki önceliği daha çok geçmişle ilgilidir. Ek olarak psikoanalitik tedavi, çocukluk çağı travmalarının açığa çıkarılmasına, gereksiz engellemelerin azaltılmasına ve psikolojik yeterliliğin geliştirilmesine odaklanır. Ego psikolojisi, obje ilişkisi teorisi ve kendilik psikolojisi konuları da klasik Freudyen psikoanalizden türemiştir. (bakınız bölüm 11)

2. Öğrenme teorisi: Öğrenme teorisinin insan gelişimi ile ilişkili olan temel prensipleri, gelişimsel psikologların özellikle de Jean Piaget'in çalışmalarıyla yapılandırılmıştır (bakınız bölüm 8). Piaget'in çocuklarla ilgili gözlemleri epigenez olarak bilinen bir dizi evrenin anlaşılmasını sağladı. Gelişimsel dönüm noktaları olgunlaşan beyin ile çevresel faktörler arasında etkileşim olduğunu gösterdi. Bununla ilgili olarak, çocuklar hem uyarının niteliği, hem de uyarana karşı koyan beyin kapasiteleri doğrultusunda öğrenirler. Uygun çevresel cevaplar normal öğrenme

sürecini kolaylaştırırken uygun olmayan tepkiler gelişimsel problemlere yol açabilirler.

Uyarın özümstenip işlendiği zaman öğrenme başlar. Öğrenme teorisinde öğrenmenin iki formundan bahsedilir: klasik koşullandırma ve edimsel koşullandırma (bakınız bölüm 8). Klasik koşullandırma modeli, bir cevap uyarın stimulus ile (koşulsuz uyarın) nötral, çevresel bir nesne ya da olayın (koşullu uyarın) bir araya gelmesine dayanır. Bu iki stimulusun tekrarlayıcı şekilde bir araya gelmesi koşullu uyarının koşulsuz uyarınla aynı cevaba vermesine yol açabilir (koşullu cevap).

Klasik koşullandırmada organizmanın öğrenme teorisindeki yeri görece pasif olarak değerlendirilirken, edimsel koşullandırmada stimulus sonraki davranışı etkileyen pozitif ya da negatif olaylar serisi olarak yorumlanır. Davranış ödülle sonuçlandığında pozitif pekiştirme oluşur. Aksine; caydırıcı bir olaydan sonra (örneğin ceza) gelişen kaçınma davranışı da negatif pekiştirme ile sonuçlanır. Pozitif ya da negatif pekiştirme daha sonra davranışın tekrarlanması olasılığını arttırıcı etki yapar. Ödüllerin ya da cezaların sonucu olan bu pekiştirmeler, öğrenmenin temelini oluşturur.

Öğrenme teorisine göre; çevresel işaretler, gelişim süresince anksiyete uyarın olaylarla bir araya geldiğinde anksiyete bozuklukları oluşur. Yaygın anksiyete bozukluğunun yapısı içerisinde örneğin korku ve endişe koşullu hale gelir ve aralıklı negatif pekiştirmeden kaçınma amacıyla tekrarlanır. Bundan dolayı; olumsuz bir sonuçtan periodik olarak kaçınma, davranışı güçlendirir. Örneğin rastlantısal uçak kazaları ile ilgili haberleri okumak, kişide uçak yolculuğu korkusu (ve buna bağlı kaçınma) oluşturabilir.

Geleneksel davranışçı terapide amaç; koşulsuz cevapla ilgili uyarını birbirinden ayırmaktır. Wolpe, koşullu uyarınla karşılaşma anında yapılan anksiyeteyi bastıran eylemlerin (örneğin gevşeme) semptomları azaltacağını varsaydı. Anksiyete bozukluklarında uygulanan bilişsel terapi **sistemik desensitizasyonu** kullanır (anksiyete uyarın stimulus ile progresif olarak yüzleşme). Bu yöntem OKB ve fobi gibi anksiyete bozukluklarında başarılı olarak kullanılsa da diğer anksiyete bozukluklarındaki sistemik çalışmaları yeterli değildir.

3. Bilişsel teori: Öğrenme teorisinin bir sonraki adımı depresyon ve anksiyete bozukluklarının etyolojisi ile ilgili olarak bilişsel terapi geliştirdi (bakınız bölüm 8,10). Bu konuda bir çok teori kabul edilmekle birlikte Beck'in bilişsel triadı bunların arasında en yaygın olarak uygulananı oldu. Bu görüşe göre, ank-

Travma Sonrası Stres Bozukluğu ve Akut Stres Bozukluğu

20

Douglas C. Johnson, PhD, John H. Krystal, MD ve Steven M. Southwick, MD
Çeviri: Mihrimah Gürışık

■ TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU



TANIDA TEMEL İLKELER

DSM-IV-TR Tanı Kriteri

A. Kişi aşağıdaki her iki durumun da mevcut olduğu bir travmatik olaya maruz kalmıştır:

- (1) Kişi, gerçek ya da tehdit içeren ölüm, ciddi bir sakatlık veya kendisinin ya da başkalarının fiziksel sağlamlığına gözdağı olan olay ya da olayları yaşamış, tanık olmuş veya yüzyüze getirmiştir.

- (2) Kişinin tepkisinde yüksek korku, güçsüzlük ya da korku vardır.

Not: Çocuklarda bu durum düzensiz ya da tedirgin davranışlarla açıklanabilir.

B. Travmatik olay devamlı surette aşağıdaki yollardan biriyle (ya da daha fazla) yeniden yaşanmıştır:

- (1) Olayın resimleri, düşünceleri ya da algıları içeren yinelenen ve istemsiz meydana gelen özücü hatırlanmaları vardır.

Not: Küçük çocuklarda, travmanın yönlerinin ya da temalarının açıklandığı tekrarlı oyunlar olabilir.

- (2) Olayın tekrarlayan özücü rüyaları

Not: Çocuklarda, fark edilemeyen içeriğe sahip korkutucu rüyalar olabilir.

- (3) Travmatik olay kendisini tekrarlıyormuş gibi davranmak ya da hissetmek (olayı tekrar yaşama hissi, ilüzyonlar, halüsinasyonlar ve uyanırken ya da sarhoşken olanlar da dahil dissiyatif flash back bölümleri içerir)

Not: Genç çocuklarda, travmaya özel yeniden sahneleme olabilir.

- (4) Travmatik olayın bir yönüne benzeyen ya da onu sembolize eden dahili ya da harici işaretlere maruz kalma durumunda yoğun psikolojik sıkıntı.

- (5) Travmatik olayın bir yönüne benzeyen ya da onu sembolize eden dahili ya da harici işaretlere maruz kalma durumunda psikolojik reaktivite.

C. Aşağıdakilerin üçüyle (ya da daha fazlasıyla) gösterildiği gibi, travma ile alakalı uyarıcıdan devamlı kaçış ve genel tepki gösterme düzeyinde azalma:

- (1) Travma ile alakalı düşüncelerden, hislerden ya da duygulardan kaçınma çabaları

- (2) Travmanın anılarını akla getiren aktivitelerden, yerlerden ya da insanlardan kaçınma çabaları

- (3) Travmanın önemli bir tarafını hatırlama yetersizliği

- (4) Önemli aktivitelerde fark edilir oranda azaltılmış ilgi ya da katılım

- (5) Başkalarından kopma ve yabancılaşma duygusu

- (6) Duygulanımda kısıtlılık (aşk duygularına sahip olma acizliği)

- (7) Geleceği kalmadığı duygusunu taşıma (bir kariyer, evlilik, çocuk ya da normal yaşam süresine sahip olmayı beklemez vb.)

D. Aşağıdakilerin ikisiyle (ya da daha fazla) gösterildiği gibi, çoğalan uyarılmanın sürekli semptomları:

- (1) Uykuya dalmada ya da uyanık kalma da zorluk

- (2) Asabilik ya da sinir patlamaları

- (3) Konsantrasyon zorluğu

- (4) Dikkat Artımı

- (5) Abartılmış şaşırma tepkisi

E. Rahatsızlığın süresi (B, C ve D kriterindeki belirtiler) 1 aydan daha uzundur.

F. Rahatsızlık kliniksel olarak önemli sıkıntıya ya da sosyal, mesleki ya da diğer önemli çalışma alanlarında bozukluğa sebep olur.

(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edn., Text Revision. Washington DC: American Psychiatric Association, 2000'in izniyle).

Genel Değerlendirmeler

Aşırı strese neden olan durumlara maruz kalmanın psikolojik sekeller için devamlı olması ve bazen de etkisini kaybetmesi yönündeki çok sayıda kanıtlara rağmen, modern bir tanı olan travma sonrası stres bozukluğu evrimi (TSSB) nispeten yenidir. TSSB-Amerikan İç Savaş'ında tanımlanan hastalıklar gibi (DaCosta Sendromu, Asker Kalbi Sendromu), Brinci ve İkinci Dünya Savaşlarını takip eden (Savaş Bunalımı, Travmatik Nevroz, Nevrasteni, Hayatta kalma Sendromu) on dokuzuncu yüzyılın sonlarındaki demiryolu kazalarıyla ilişkilendirilir.

1950'lerin ve 1960'ların sonlarında, aşırı stres sonucu ortaya çıkan psikiyatrik belirtiler günlük yaşamın stresleri altında ifade edilen psikiyatrik belirtilerle karşılaştırıldığında benzersiz bir durumun var olup olmasının etrafında bir tartışma dönmüştür. Böylece, Büyük Stres Reaksiyonu tanısı ilk *Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı* (DSM)'de yerini almıştır, fakat İkinci DSM'den çıkarılmıştır. 1980'de, Vietnam Savaşı askerleri üzerinde yapılmış ilgi uyandıran klinik araştırmalarının, fiziksel ve cinsel taciz kurbanları ve doğal afet kurbanları üzerindeki çalışmaların toplanmasının ardından, Amerikan Psikiyatri Birliği temel olarak günümüz tanısal şemasına benzer bir yapıda olan TSSB tanı kriterlerini ortaya koymuştur. Diğer anksiyete bozukluklarının aksine, TSSB en azından bir tane dışsal ayık bir olayın gerçekleşmesine dayandırılır, yani tetikleyici bir travmadır. DSM-III, (Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı) travmayı "sıradan insan deneyimi aralığının dışında bir olayı tecrübe etmek" şeklinde tanımlamıştır. Fakat, bunu izleyen epidemiyolojik çalışmalar travmatik olayların sıradan olduğunu ve nüfusun yarıdan fazla bir çoğunluğunun günlük hayatlarında her hangi bir zamanda travma yaşadıklarını ve travmaya şahit olmanın bile TSSB'nin bir öngörüsü olabileceğini ortaya çıkarmıştır. DSM- IV-TR (kitabın son baskısı) TSSB'nin resmi tanımını karşılamak için şu anda iki alt kriter belirtiyor- biri objektif, diğeri subjektif: (A1) gerçek veya ölüm tehdidi, veya ciddi bir yaralanma içeren veya kendisinin ya da başkalarının fiziksel bütünlüğüne karşı bir tehdit gibi olay veya olaylar yaşamış, tanık olmuş, veya karşı karşıya bırakılmış kişi; ve (A2) kişinin korku, çaresizlik ya da dehşet barındıran tepkisi. DSM III'ten DSM IV'e kadar bir travmatik olayın

tanımındaki değişiklik çok sayıda epistemolojik çalışmalardaki artan TSSB oranlarına yol açmıştır. Eski Muharipler İdaresi 2005 Mali yılı raporunda TSSB'nin Eski Muharipler İdaresi için en masraflı tanı olduğunu ve tüm taleplerin %4.2'sini oluşturan en sık üçüncü maluliyet talebi olduğunu belirtir.

A. EPIDEMİYOLOJİ

1. Aşırı strese maruz kalma—Bugüne kadar yapılmış en büyük ruh sağlığı epidemiyolojik çalışmasından elde edilen bilgi, Amerikalıların büyük bir çoğunluğunun bir kere dahi olsa potansiyel olarak travmatik bir olaya (A kriteri) maruz kaldığını göstermektedir. Ulusal Komorbidite Çalışması (NCS) 15-54 yaş arası 5877 Amerikalı (2812 kadın ve 3065) üzerinde araştırma yapmıştır ve erkeklerin %60.7'si ve kadınların %51.2'si yaşamlarında en azından bir tane aşırı stresli bir olay yaşadıklarını bildirmişlerdir. Böyle olayların en az birini bile yaşayanlar arasından erkeklerin çoğunluğu (%56.3) ve kadınların da önemli bir oranı (%48.6) birden çok aşırı stresli olay yaşadıklarını belirtmişlerdir.

Aşırı strese maruz kalmanın sıklığı şehir içinde yaşayanlar, kadınlar ve savaş gazileri gibi belirli özel gruplar içerisinde de araştırılmıştır. Örneğin, 4008 Amerikalı kadın örneği içinde katılımcıların %69'u yaşamları boyunca en azından bir defa bu olayları yaşamışlardır. Diğer çalışmalar, aşırı strese maruz kalma oranlarının şehir içinde metropol bölgelerde yaşayan kadınlarda %87.1 ve erkeklerde %92.2 kadar yüksek oranlarda olduğunu göstermiştir.

Aşırı stres etkenlerine maruz kalma sıklığının sivilere yönelik terörist saldırılarından ve Irak ve Afganistan'daki askeri operasyonlardan sonra Amerika'da artış gösterdiği dikkat çekiyor. Irak veya Afganistan'dan dönen 3671 Amerikan ordusu ve Deniz Piyadeleri personeli 3-4 ay süreyle araştırıldığında, hayatı tehlikeye taşıyan savaş mücadeleleri sıklığı Afganistan'a oranla Irak'ta konuşlandırılan birlikler için çok daha fazladır: Afganistan'daki askerlerin %30'u ölü ya da ağır yaralı veya öldürülen Amerikalılar gördüklerini belirtirken, Irak gazilerinin %70'i bu tür deneyimleri yaşadıklarını onayladılar; Afganistan'da görev yapmış gazilerin %12'si insan kalıntılarıyla uğraştıklarını veya onları ortaya çıkardıklarını belirtirken, araştırılan tüm Irak gazilerinin yarısından fazlası (%54) doğrudan savaşta yaşanan bu ölümle ilgili tecrübe etmişlerdir.

2. TSSB yaygınlık oranları—Aşırı stresli yaşam olayları aynı anda birden çok yerde olmasına rağmen, sadece hayatta kalanların küçük bir bölümünde TSSB ortaya çıkmıştır. Örneğin, Ulusal Vietnam Gazileri *Yeni Şartlara Alıştırma Çalışmaları* (NVVRS) savaş alanındaki 1632 Vietnam gazisi, Vietnam bölgesinden savaş alanında hizmet etmeyen 716 kişi ve destekçi bir siviliden (n = 668) oluşan 3016 denekten elde edi-

Obsesif Kompulsif Bozukluk

21

William A. Hewlett, PhD, MD

Çeviri: Mıhrimah Gürışık



TANIDA TEMEL İLKELER

DSM-IV-TR Tanı Kriterleri

A. Obsesyonlar ya da kompulsiyonlar vardır;

Obsesyonlar aşağıdakiler ile tanımlanır:

- (1) Bu bozukluk sırasında kimi zaman istenmeden gelen ve uygunsuz olarak yaşanan ve belirgin anksiyete ya da sıkıntıya neden olan, yineleyici ve sürekli düşünceler, dürtüler ya da düşlemler,
- (2) Düşünceler, dürtüler ya da düşlemler sadece gerçek yaşam sorunları hakkında duyulan aşırı üzüntüler değildir,
- (3) Kişi bu düşünceleri, dürtü ya da düşlemlerine önem vermemeye ya da bunları baskılamaya çalışır ya da başka bir düşünce ya da eylemle bunları etkisizleştirmeye çalışır,
- (4) Kişi obsesyon düşünceleri, dürtü ya da düşlemlerini kendi zihninin bir ürünü olarak görür. (Düşünce sokulmasında olduğu gibi değildir.)

Kompulsiyonlar aşağıdakiler ile tanımlanır;

- (1) Kişinin obsesyona bir tepki olarak ya da katı bir biçimde uygulanması gereken kurallara göre yapmaktan kendini alıkoyamadığı yineleyici davranışlar (el yıkama, düzene koyma, kontrol etme gibi) ya da zihinsel eylemler (dua etme, sayı sayma, birtakım sözcükleri yineleme)
- (2) Davranışsal ya da zihinsel eylemler sıkıntıdan kurtulmaya ya da var olan sıkıntıyı azaltmaya ya da korku yaratan olay ya da durumdan korunmaya yöneliktir. Ancak bu davranışlar ya da zihinsel eylemler ya etkisizleşmesi ya da korunulması tasarlanan şeylerle gerçekçi bir biçimde ilişkili değildir, ya da açıkça çok aşırı bir düzeydedir.

B. Bozukluğun gidişi sırasında bir zaman kişi obsesyon ya da kompulsiyonlarının aşırı ya da anlamsız olduğunu kabul eder.

Not: Bu durum çocuklar için geçerli değildir.

C. Obsesyon ya da kompulsiyonlar belirgin bir sıkıntıya neden olur ya da zamanın boşa harcanmasına yol açar (günde 1 saatten daha uzun zaman alırlar) ya da kişinin olağan günlük işlerini mesleki (ya da eğitimle ilgili işlevselliğini ya da olağan toplumsal etkinlik ve ya ilişkilerini önemli ölçüde bozar.

D. Başka bir eksen I bozukluğu varsa obsesyon ya da kompulsiyonların içeriği bununla sınırlı değildir,

E. Bu bozukluk bir maddenin kötüye kullanım ya da genel tıbbi bir durumdan doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

Belirleyiniz:

İç görüsü az olan: O sıradaki epizodda çoğu zaman kişi obsesyon ya da kompulsiyonlarının aşırı ya da anlamsız olduğunu kabul etmiyorsa

(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edn. Copyright. 1994. Washington DC: American Psychiatric Association, 2000'in izniyle).

Genel Değerlendirmeler

Obsesyonlar genellikle korku, nefret hissi ya da bir şeyin doğru olmadığına dair rahatsız edici duygularla ilişkili istenmeyen caydırıcı bilişsel deneyimlerdir. Birey bu kaygıları (herhangi bir zamanda) gerçekle uyumsuz olarak tanımlıyor ve genellikle yadsımaya ya da bastırmaya çalışıyor. Kompulsiyonlar obsesyonların yoğunluğunu azaltmak için gerçekleştirilen aleli davranışlar ya da gizli zihinsel eylemlerdir. Bu eylemler katı, ama bazen yersiz, içsel özellikler tarafından oluşturulan davranışlar olarak meydana gelirler. Provoke eden dışsal şartlarla uygunsuz yapı ya da yoğunluktadırlar.

A. EPİDEMİYOLOJİ

1. Popülasyon sıklığı—OKB'nin Birleşik Devletler'de hayat boyu prevalansı (yaygınlığı) %2-3 arasındadır ancak Afrikan Amerikalılar ve Latin kökenlileri

içeren bazı etnik alt guruplarda belirgin olarak daha az görülmektedir. Yaşam boyu yaygınlığı Avrupa, Afrika, Kanada ve Orta Doğu'da benzer aralıktadır ama Asya ülkelerinde (ör. Hindistan ve Tayvan) belirgin olarak yaygınlığı daha azdır (%0.5-0.9). Seçilmiş U.S ve diğer ulusal popülasyonlardaki düşük yaygınlık oranları semptomların olduğundan az bildirilmesi gibi kültürel faktörlere ya da bazal ganglion hastalığına artmış direnç gibi biyolojik faktörlere bağlı olabilir. Her ne kadar OKB hayat boyu süren bir hastalık gibi düşünülsede, hayat boyu yaygınlık oranları genç erişkinlerde yaşlılara göre 2 kat daha fazla. Bu gözlem bir raporlama önyargısını, semptomların yaşla azalmasını, OKB hastalarında kısa yaşam beklentisini mi yoksa değişen çevre şartlarının hastalığın etyolojisiyle ilgisi mi gösteriyor henüz çok açık değildir.

OKB genellikle ilk olarak çocukluk ya da erken erişkinlikte görülmektedir: %65 hastada başlangıç yaşı 25, %15 hastada 35 yaş sonrası ve %30'unda çocukluk ya da erken ergenlik döneminde. Son bahsedilen popülasyonda 2:1 oranında erkek baskınlığı varken, buna zıt olarak erişkin OKB popülasyonunda kadın üstünlüğü açıkça görülmektedir. Psikiyatrik uygulamada OKB sıklığı genel popülasyonda görülen önemli ölçüde daha düşük olabilir. Gerçekten de psikiyatrik örneklemeye dayanarak OKB insidansının %0.05 kadar düşük olduğu düşünülmüş. Düşük sıklık ölçümleri bu hastalıkla ilgili şiddetli utanç ve gizlilik ve hastaların semptomlarını açıklamaktaki isteksizlikle ilgili olabilir.

Özgül obsesyon ve kompulsyonların sıklığı popülasyonlar arasında sabitlik gösteriyor. OKB hastalarının yaklaşık %50'sinde kirlenme korkuları, %40'ında bir şeyin yanlış olduğu gibi yersiz korkular (bunlar patolojik şüphe olarak adlandırılır), %25-30'unda simetri ihtiyacı, kendine veya başkasına zarar verme korkusu ve istenmeyen cinsel ilgi gibi diğer obsesyonlar gözlenir. Kontrol etme ve dekontaminasyon ritüelleri (%50-60) OKB'deki baskın ritüellerdir. Düzenleme, sayma, tekrarlama ve tekrarlayıcı batıl davranışlar gibi ritüeller daha az sıklıkla meydana gelir (%30-35). Çoğu OKB hastası (%60) çoklu obsesyon ve kompulsiyona sahiptir.

2. Popülasyon alt tipleri—DSM-IV-TR'de tanımlanan tek alt tip zayıf iç görüye sahip OKB. Bu tanı konulan erişkinler önceden semptomatik olduklarının farkındadırlar ancak hastalıkları ilerledikçe korkularının gerçekliği ve kompulsyonlarının gerekliliği konusunda ikna olabılırlar. Çocuklar ise semptomlarını kabul ederek iç görü geliştiremezler.

OKB'yi hastalığın gidişatı, tedavi sonucu veya diğer ilgili ölçüm tahmini sonucunda semptom çiftlerine (ör:kirlenme-temizleme) göre sınıflamanın yararlı olduğu kanıtlanamamış. Gerçekten çoğu kişi çoklu

obsesyon ve kompulsiyonlara sahip ve zaman içinde semptom kümesi değişebilmektedir (ör:el yıkama kompulsiyonu olan biri kontaminasyon korkusunu kaybedebilir ve başkalarına zarar verme korkusu geliştirebilir). Alta yatan deneyimlerine göre hastaları alt tiplerine göre sınıflamak daha faydalı olabilir. OKB hastaları iki gruba ayrılabilirler; 1-patolojik şüphe (ör: korku ve emin olamama) ya da 2-sona erdirememe ya da 'henüz tamam değil' algıları. Bu iki alt gruptaki kişilerin ortak semptom kümesi,ko-morbiditeler ve tedavi prognozlarına sahip oldukları görülmektedir.

OKB tiklerin olup olmadığına göre de sınıflana-bilir. Tikleri olan hastalar farklı tedavi rejimlerine cevap verebilirler. Tourette sendromu ve OKB arasındaki ilişkinden dolayı bu hastalar Tourette sendromlu hastaların ailelerinde bulunan dürtü kontrol problemleri ve uyumsuz davranışlar göstermek gibi diğer semptomlara sahip olabilirler.

Son olarak OKB alt tipi olarak şizotipal kişilik bozukluğuna sahip olan hastalar tanımlanmıştır. Bu hastalar bazen yanlışlıkla şizofreni tanısı alabiliyorlar (A grubu semptomlarına sahip olmamalarına rağmen) ve daha zayıf iç görü ve sosyal işlevselliğe sahip olma eğiliminde olabiliyorlar. Bu hastalar farklı tedavi rejimine ihtiyaç duyabilmekte ve genellikle tedaviye dirençli olabilmektedirler.

B. ETYOLOJİ

Etyolojisinde psikoanalitik (ör:erken çocukluk deneyimleri), bilişsel, posttravmatik, epileptik, travmatik (ör:beyin zedelenmesi), genetik ve enfeksiyon sonrası süreçler olduğu düşünülmektedir. Psikoanalitik görüş son yıllarda gözden düştü. Aynı şekilde artık OKB semptomlarının ruhsal travmayla ilgili olduğu düşünülmektedir. Semptomların başlangıcıyla ilişkili ruhsal travması olan olgularda deneyimin duyarlı kişilerin OKB semptomlarını geliştirme eğilimini artırdığı ama patolojinin kendisini oluşturmadığı düşünülmektedir.

OKB serebral fonksiyonları etkileyen patolojik süreçlerden kaynaklanmaktadır. Mesela ciddi kafa travması ve epilepsi obsesif kompulsif semptomlarla ilişkilidir. Bazal ganglion fonksiyonlarını etkileyen bozukluklar OKB ile ilişkilidir ve OKB'nin postinfeksiyöz otoimmün ilişkili formu çocuklarda tanımlanmıştır. Bu çocuklarda OKB semptomları, romatoid ateşin klasik semptomları olsun ya da olmasın, A grubu beta hemolitik streptokok enfeksiyonu sonrasında meydana gelmektedir. Bu hastalığın akut fazında streptokokkal M proteinine yönelik antikorlar bazal gangliyonda yerleşmiş spesifik beyin proteinlerini etkilemekte ve Sydenham koresine (st. Virus dansı olarak da adlandırılan) sebep olabilmektedirler. Tou-

Somatoform Bozukluklar

22

Charles V. Ford, MD

Çeviri: Hale Yapıcı Eser

Psikosozyal streslerini somatize eden hastalar medikal klinik kuruluşlarına genellikle başvururlar. Temel bakımdaki hastaların yaklaşık %25'i bir ölçüde somatizasyon sergilemekte ve medikal ve cerrahi hastalarının en az %10'u hastalık süreci belirtisi göstermektedir. Somatize eden hastalar medikal servislerden gereğinden fazla yararlanmakta ve hastalarının temelde yatan problemlerinin mahiyetini sıklıkla teşhis edemeyen doktorlarını yıldırılmaktadır. Somatize eden hastalar kendi istekleri ile bir psikiyatristten nadiren yardım talep etmekte ve fiziksel sıkıntılarının sebebinin psikolojik rahatsızlıkları olduğunun ima edilmesine de kızabilmektedirler. Hastalıklarının psikojenik etiolojisinin aksine, bu hastalar somatizasyonlarının genellikle fark edilmediği psikiyatri dışı merkezlerde tıbbi bakım aramaya devam ederler.

Somatizasyon bir ya- ya da önermesi değildir. Daha çok, birçok hasta biyolojik hastalık belirtisi taşır fakat belirtilerine daha fazla dikkat ederler ya da kendilerinin objektif kanıtların gösterdiğinden daha engelli olduklarına inanırlar. Eşzamanlı anksiyete veya depresif bozuklukları olan medikal veya cerrahi hastalar, aynı hastalıklardan muzdarip ancak komorbid bir psikiyatrik rahatsızlığı olmayan hastalara göre medikal servislerden, 2 ya da 3 kat daha fazla yararlanırlar.

Diagnostik ve İstatistiksel Mental Bozukluklar Manueli, 4. baskısındaki (DSM-IV) spesifik diyagnostik kriter kullanımıyla işaret edildiği gibi, somatoform bozuklukların spesifik bir antite olması ilüzyonunun aksine, bu hastaların semptomları formal somatoform bozukluk diyagnostik kriterlerine uymayabilmektedir. Dahası, zaman içinde, hastaların semptomları istikrarsız olma eğilimindedir ve hastalar, en iyi, bir gün bir rahatsızlık, diğer gün başka bir rahatsızlıktan muzdarip olarak tarif edilebilmektedir. Somatizasyon birçok birbiriyle ilişkili faktör (Tablo 22-1) tarafından ortaya çıkarılmış veya ilerletilmiş olabilir, ayrıca tek bir bireysel hasta için belli bir semptomun birden çok etiolojisi olabilir. Başka bir deyişle, bu bozukluklar hem klinik prezantasyonda hem de etiolojide heterojendir.

Somatoform hastalıklar genellikle çoklu tanımlanmışlardır ve birçok etiyojik faktörün, en son ortak semptomatik yollarını temsil ettiklerinden ki-

şiye özel tedavi planı geliştirilebilmesi için, her bir hasta dikkatlice değerlendirilmelidir.

Barsky AJ, Ettner SL, Horsky J, et al: Resource utilization of patients with hypochondriacal health anxiety and somatization. *Med Care* 2001; 39: 705-715.

Ford C: Somatization and fashionable diagnoses: Illness as a way of life. *Scand J Work Environ Health* 1997; 3 (23 suppl):7-16

KONVERSİYON BOZUKLUĞU



TANIDA TEMEL İLKELER

DSM-IV-TR Tanı Kriteri

- Nörolojik veya diğer genel medikal durumu gösteren istemsel motor veya algısal fonksiyonları etkileyen bir veya daha fazla semptom veya defisit.**
- Psikolojik faktörler semptom veya defisit ile ilişkili olarak değerlendirilmektedir çünkü semptomun veya defisit başlangıcı ya da alevlenmesi, çatışma veya diğer stres etkenlerini takip etmektedir.**
- Semptom veya defisit istenilerek üretilmiş ve uydurulmuş değildir (suni hastalık ve simülasyondaki gibi).**
- Semptom veya defisit genel bir medikal durum, uygun araştırma sonrasında, bir maddenin direk etkileri veya kültürel olarak yasaklanmış davranış veya deneyim ile tamamen açıklanamamaktadır.**
- Semptom veya defisit klinik olarak; sosyal, mesleki ya da fonksiyonellikte önemli olan diğer alanlarda belirgin bir aksaklık veya bozukluğa yol açar ya da medikal değerlendirmeyi garanti eder.**
- Semptom veya defisit ağrı veya seksüel disfonksiyonla sınırlı değildir, özellikle somatizasyonel rahatsızlık sırasında meydana gelmez ve başka bir mental bozuklukla daha iyi açıklanamaz.**

Tablo 22-1. Somatizasyonun Sebepleri

Hastalık sosyal olarak izole kişinin yedek sosyal destek sistemine ulaşmasını sağlar
Hasta rolü, mesleki, sosyal veya cinsel rollerdeki başarısızlıkların açıklaması olarak kullanılabilir
Hastalık sayesinde fiziksel veya duygusal bakım ve destek sağlanabilir
Hastalık, diğer insanları veya sosyal durumları çıkar için kullanma gücü kaynağı olabilir
Somatik semptomlar iletişim veya yardım çığı olarak kullanılabilir
Belirli psikolojik bozuklukların somatik semptomları (örneğin: majör depresyon ve panik hastalığı) fiziksel bir hastalığa yanlışlıkla dayandırılabilir.
Fiziksel rahatsızlıklar psikolojik rahatsızlıklardan daha etkileyici olduğu için, bir çok hasta psikolojik semptomlarını fiziksel sebeplere dayandırmayı tercih etmektedir.
Bazı bireyler somatik semptomlara karşı aşırı duyarlı olabilir ve bunları abartabilir. Bu çeşit aşırı duyarlılık sıklıkla depresyon ve endişe gibi eşzamanlı duygular ile bağlantılıdır.
Somatik semptomlar çocuklukta öğrenilmiş davranışları temsil edebilir. Çünkü bazı ebeveynlik stilleri hastalık anında gösterilen ilgiyi vurguluyor olabilir.
Hasta rolü, sakatlık ödeneği, sosyal sorumluluklardan kaçınma ve intrapsişik anlaşmazlıkların çözümü gibi teşvikler sağlayabilir.
Travmanın, özellikle çocuklukta fiziksel veya cinsel suistimalin, bireyleri psikolojik rahatsızlıklarını aktarabilmek için somatik semptomları kullanmaya yatkınlaştırdığı görülmektedir.
Doktorlar istemdişi olarak, semptomatik tedavi veya moda teşhisler denilen yöntemlerle, mesela çoklu kimyasal hassaslık veya reaktif hipoglisemi gibi, fiziksel hastalık konseptinin kuvvetini arttırabilir.

Semptom veya defisit türü:

Motor semptom veya defisit ile. Bu alt tür, hasarlı koordinasyon ya da denge, felç, ya da lokal zayıflık, yutkunmada güçlük, ya da “boğazda düğümleme”, afoni ve üriner retansiyon gibi semptomları içermektedir.

Algısal semptom veya defisit ile. Bu alt tür, dokunma veya ağrı duyarlılığı azalması, çift görme, körlük, sağırılık ve halüsinasyon gibi semptomları içermektedir.

Nöbetler veya konvülsiyonlar ile. Bu alt tür, istemsel motor veya algısal öğeli nöbet ya da konvülsiyonlar gibi semptomları içermektedir.

Karışık presantasyon ile. Bu alt tür birden daha fazla kategorinin semptomları mevcutsa kullanılmaktadır.

(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edn. Text Revision. Washington DC: American Psychiatric Association, 2000'in izniyle).

Genel Değerlendirmeler

Daha önce histeri veya histerik konversiyon reaksiyonu olarak bilinen konversiyon bozukluğu, hem Mısır hem Yunan medikal literatüründe tanımlanmış, antik çağlardan kalan bir teşhistir. Victoria dönemin-

de yok olduğu düşünülse de, bu rahatsızlıklar geçmişte dramatik semptomlarla karakterize edilmiş halinden daha ince ve daha sofistike benzerlikle var olmaya devam etmektedir.

A. EPİDEMİYOLOJİ

Konversiyon semptomlarının raporlanmış görülme sıklığı, üzerinde çalışılan nüfusa bağlı olarak önemli ölçüde çeşitlilik gösterir. Konversiyon bozukluğunun kadınlarda hayat boyu insidansı yaklaşık %33'dür; ancak, bu semptomların büyük bir kısmı kendiliğinden iyileşir ve üçüncü basamak bakım kuruluşlarında görülme insidansı dikkat çekecek ölçüde daha azdır. Erkeklerde görülme sıklığı bilinmemektedir. Konversiyon semptomları olan hastalar, nörologların gördüğü hastaların %1-3'ünü oluşturmaktadır. Psikiyatrik konsültasyona sevk edilen, hastaneye yatırılmış medikal veya cerrahi hastaların %5-10'una konversiyon tanısı konmaktadır. Konversiyon belirtileri erken çocukluktan ileri yaşlara kadar geniş bir yaş aralığında meydana gelmektedir. Prepubertal kız ve erkeklerde bu rahatsızlık yaklaşık olarak eşit sıklıklarda meydana gelmektedir, ancak yetişkin kadınlarda erkeklere oranla daha sık teşhis edilmektedir.

Konversiyon semptomları, zeka düzeyi düşük kişilerde, eğitim seviyesi düşük veya daha az sofistike kişilerde ve verbal iletişimi engelli kişilerde daha sıklıkla görülmektedir.

Charles V. Ford, MD
Çeviri: Rifat Tarhan

■ YAPAY BOZUKLUKLAR



TANIDA TEMEL İLKELER

DSM-IV-TR Teşhis Kriteri

- A. Fiziksel ya da psikolojik işaret veya belirtilerin kasıtlı olarak meydana getirilmesi ya da uydurulması.
- B. Davranışın dürtüsü hasta rolünü üstlenmektir.
- C. Davranışın dışarıdan gelen güdüsü (örneğin maddi kazanç, yasal sorumluluktan kaçınma ya da temaruzda olduğu gibi, fiziksel sağlığı artırma) yoktur.

(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edn. Text Revision. Washington DC: American Psychiatric Association, 2000'in izniyle).

Yapay bozukluklar, hastalıkların bilinçli olarak belirlenen gizli taklitleri ya da oluşumlarıdır. Yapay hastalık davranışı nispeten nadirdir, fakat var olduğunda büyük miktarlarda profesyonel zaman ve tıbbi masraf tüketir. Munchausen sendromu, doktorların çocukların sağlıklarını veya yaşamlarını kurtarmak için belirleyip icabına bakmaları gereken, çocuk istismarının oldukça zarar verici bir biçimidir.

DSM-IV-TR, Yapay hastalıkların teşhisiyle ilgili aşağıdaki dört alt maddesiyle listeler:

1. Yüksek Oranda Psikolojik İşaret ve Bulgulara Dayanan Yapay Hastalık

Yapay hastalığa sahip hastalar psikolojik vakalar ve psikiyatrik rahatsızlıklar uydurabilir. Örneğin, bir hasta yakın olduğu birisinin bir kazada öldüğünü ya da öldürüldüğünü söyleyerek yakınının kaybı nedeniyle matem havasına girebilir. Hastalar, travma sonrası stres rahatsızlığı belirtileri uydurabilir ya da ön-

ceki travmanın (sivil bir kaza ya da savaş deneyimi) sahte raporlarını sunabilir. Yapay travma sonrası stres rahatsızlığı ile yakın bir ilişkisi olan, hastanın yanlış olarak bir çeşit istismar iddia ettiği, sahte mahrumiyet sendromudur (false victimization syndrome). Örneğin, bir kadın tecavüze uğramış olduğu yalanını söyleyebilir. Diğer sahte psikolojik rahatsızlıklar kişilik bölünmesinin, hafıza kaybının ya da fütün, çoklu kişilik rahatsızlığının ve daha nadiren şizofreninin birçok biçimini içerir.

2. Yüksek Oranda Fiziksel İşaret ve Bulgulara Dayanan Yapay Hastalık

Fiziksel bulguların ya da hastalığın uydurulması yapay rahatsızlığın muhtemelen en yaygın halidir. Esas olarak, tüm tıbbi hastalıklar ve bulgular bir zamanda ya uydurulmuş ya da yapay olarak üretilmişlerdir. Bu rahatsızlıkların en yaygınları arasında hipoglisemi, yapay anemi, yapay mide kanaması, sahte nöbetler, beyin tümörlerinin simülasyonu, renal kolikin simülasyonu ve en sonunda AIDS'in simülasyonu vardır.

3. Birleşik Psikolojik ve Fiziksel İşaret ve Bulgulara Dayanan Yapay Rahatsızlık

Bir hasta hastaneye yapay fiziksel bulgularla kabul edilebilir ve hastanede bulunma sürecinde, muhtemelen daha fazla sempati ve ilgi çekmek için, yakın bir akrabasının ya da arkadaşın son zamanlarda vefatıyla karşılaşılması ya da geçmişte tecavüze uğramış olmak gibi bir takım psikolojik belirtiyi rapor edebilir ya da uydurabilir.

4. Başka Bir Şekilde Açıklanamayan Yapay Rahatsızlık

Bu kategori yapay rahatsızlığın diğer kategorilere uymayan biçimleri için ayrılmıştır. Bir kişinin gizlice hastalık uydurduğu ya da başka bir kişideki hastalığı bildirdiği Munchausen syndrome by proxy'i içerir. En yaygın olarak, bu, bir annenin genç bir çocuğa dair davranışlarıdır.

Genel Değerlendirmeler

Yapay hastalıklar Roma zamanından bu yana bilinmektedir ve Gallen'in tıp ders kitabında tanımlanmıştır. Doktorlara sunulan belirtilerin sahte üretimine duyulan bugünkü ilgi Ashers'in 1951 yılındaki tanımlaması ve "Munchausen Sendromu"nun adlandırmasıyla teşvik edildi; ardından profesyonel dergilerdeki 2000'den fazla makale bu hastalık davranışının kötü huylu biçimini tanımladı ve açıklamaya çalıştı.

A. EPİDEMİYOLOJİ

Yapay hastalık davranışının gerçek etki alanı bilinmemektedir fakat muhtemelen farkına varılardan daha yaygındır. Kanada'da yapılan bir araştırma yaklaşık 1000 hastane girişinden birinin yapay rahatsızlık için olduğunu tahmin ediyor. Bununla birlikte, tamamen farklı bir çeşidin başka bir araştırması kimyasal analize verilen böbrek taşlarının yaklaşık olarak %3,5'unun sahte olduğunu ve doktoru kandırmak için bariz girişimler içerdiğini sapıyor. Kaynağı bilinmeyen ateş ile Milli Sağlık Enstitüsü'ne (National Institutes of Health) sevk edilen hastalar arasında yapılan bir araştırma neredeyse %10'unun yapay bir ateşe sahip olduğunu gösteriyor. Yapay hastalığın etki alanının, bazı özel klinik ortamlar hariç, nispeten nadir olduğu ama farkına varılardan daha sık olabileceği sonucuna varılabilir.

Yaş ve cinsiyet dağılımı bir sonraki bölümde açıklanan klinik bulgulara göre değişir. Tam gelişmiş Munchausen sendromuna sahip hastalar en genel olarak ailelerinden uzaklaşmış, bekâr, orta yaşlı erkeklerdir. Yaygın Yapay rahatsızlıklara sahip hastalar büyük olasılıkla 20-30 yaşlarında hasta bakıcılık gibi sağlık hizmetleri mesleklerinde çalışan bekâr kadınlardır. Munchausen Syndrome by proxy'nin failleri genellikle önceden kendileri yapay hastalık davranışına sahip olmuş ya da zihni hadiseleri organik belirtiler şeklinde hissetme (somatization) rahatsızlığının kriterlerini karşılayan küçük çocuklu annelerdir.

B. ETİYOLOJİ

Yapay rahatsızlığın bariz şekilde anlamsız ve tuhaf davranışlarının açıklamaları büyük ölçüde tartışmaya açıktır. Bu davranış altında yatan güdü muhtemelen heterojen ve çok etmenlidir. Aşağıdaki açıklamalar önerilmiştir:

1. **İlgi arayışı**—Hasta rolündeki bireyler tipik olarak sosyal gereksinimlerden muaf bırakılmıştır ve başkaları tarafından bakılmaktadır. İlgi, destek ve bakımın alternatif kaynakları eksik olduğunda, bir kişi öyle bir desteği aramanın yolu olarak bilerek bir hastalık uyandırabilir. Yapay rahatsızlığa sahip çoğu hastanın kendisi bakıcıdır. Yapay hastalık davranışı, rollerin tersini yapma imkânı verir: başkasına bakmak yerine, hasta bağımlı, bakılan rolünü üstlenir.
2. **İkincil kazançlar**—Yapay rahatsızlığa sahip hastalar bazen hastalığı maluliyet tazminatı elde etmek

ya da çalışmak gibi olağan zorunluluklardan muaf tutulmak için kullanır. Hastalıkları, aile üyelerinin başka türlü gelmeyebilecek olan ilgisini meydana çıkarır. Dava söz konusu olduğunda yapay rahatsızlık ve temaruz arasındaki sınır bulanık olur veya kaybolur.

3. **Güç ve üstünlük ihtiyacı**—Bir hileyi başarılı bir şekilde sürdürebilen bir kişi başkalarını kandırma yeteneğinde üstünlük duygusuna sahip olabilir. Bu "oyuna getirmek" ya da "kandırma zevki" olarak tanımlanmıştır. Sonuç olarak, birey zayıf ve aciz hissetmekten başkaları üstünde güçlü ve zeki hissetmeye geçiş yaşayabilir. Eş zamanlı olarak, birey kandırıldıklarından dolayı aptal ve enayi olarak gördüğü kişilere verdiği değeri azaltabilir.

4. **Uyuşturucu almak**—Bazı hastalar yapay rahatsızlığı uyuşturucu almak için kullanmıştır. Kontrol edilen maddelerin peşinde koşan hastaların bile bağımlılıktan ziyade doktoru kandırmanın heyecanı için öyle yaptığı ortaya çıkmıştır.

5. **Bir kişilik hissi yaratmak**—Ciddi karakterolojik kusurları olan bir hasta zayıf bir kişilik duygusuna sahip olabilir. Hasta rolünün yaratılması ve onunla birleşmiş patolojik yalan söyleme hastaya kendi kişisel kimliğini kurabileceği bir rol verebilir. Öyle bir kişi artık meçhul değildir, aksine büyük dramdaki yıldız oyuncudur.

6. **Ciddi kaygı ve psikoza karşı korunmak**—Bırakılma ya da güçsüzlük korkularından dolayı karşı konulmaz bir kaygıya sahip olan bir hasta, psikolojik yetmezliğe karşı korunmak amacıyla yapay hastalığı kullanabilir. Başarılı bir hilenin devamıyla ve bağımlılık ihtiyaçlarının eş zamanlı memnuniyetle hasta güçlü, kontrol altında, önem verilmiş hissederek.

C. GENETİK

Kalıtım ile yapay rahatsızlıklar arasındaki bir ilişkiye dair bir bilgi mevcut değildir.

Klinik Bulgular

A. İŞARETLER VE BELİRTİLER

DSM-IV-TR teşhis kriteri yapay rahatsızlığa sahip kişilerin farklı klinik bulgularını yeterli olarak tarif edemez. Üç önemli sendrom belirtilmiştir, ama yine de bazı üst üste gelmeler olabilir.

1. **Munchausen sendromu (gezinen yapay rahatsızlık)**—Asıl Munchausen Sendromu, Asher tarafından 1951'de tanımlandığı şekliyle, hastalığın taklidi, patolojik yalan söyleme ve gezinmeden oluşur. Bu rahatsızlığa sahip bazı hastalar çok fazla kötü şöret edinmişlerdir. Bu hastalar tipik olarak, tecrübesiz klinik tedavi uzmanlarıyla karşılaşmalarının ve sigorta ofislerinin kapalı olmasının daha muhtemel olduğu hafta sonlarında ya da gecelerde acil servislere

Dissosiyatif Bozukluklar

24

Barry Nurcombe, MD

Çeviri: Şengül Tosun Altınöz



TANIDA TEMEL İLKELER

DSM-IV-TR'a göre dissosiyatif bozukluğun tipini belirleyiniz

Dissosiyatif amnezi

Dissosiyatif fûg

Dissosiyatif kimlik bozukluğu

Depersonalizasyon bozukluğu

Başka türlü adlandırılmayan Dissosiyatif bozukluklar

(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edn. Text Revision. Washington DC: American Psychiatric Association, 2000'in izniyle).

Genel Değerlendirmeler

Dissosiyatif bozuklukların başlıca özelliği bilincin, algının, belleğin ve farkındalığın akut ya da aşamalı, geçici ya da kalıcı bir şekilde bozulmasıdır. Bu durum, fiziksel bir hastalıkla ya da organik beyin bozukluğuyla ilişkili değildir ve bu durum sıkıntı ya da işlevsellikte bozulma yaratmaya yetecek kadar şiddetlidir. DSM-IV-TR'da dissosiyatif bozuklukların 4 tipi tanımlanmıştır ve karışık bir 5. grup da bulunmaktadır. Bu alt tipler arasındaki ayrım, özellikle hastalar birden fazla alt tipe ait semptomlar gösterdiğinde, net olmayabilir.

A. EPİDEMİYOLOJİ

Dissosiyatif bozuklukla ilgili epidemiyolojik veri sistematik değildir. Savaş katılan askerlerle yapılan çalışmalar, dissosiyatif amnezinin görülme oranını %5-8 olarak bulmuştur. Dissosiyatif fûg ile ilgili güvenilir bir veri bulunmamaktadır. Dissosiyatif kimlik bozukluğunun görülme oranı tartışmalı olsa da düşüktür. Vaka raporları kadın erkek oranının en azından 5'e 1 olduğunu ileri sürmektedir. Bu oran abartılı olabilir, çünkü dissosiyatif bozukluğu olan ve öfke epizotları olma olasılığı olan erkekler, büyük olasılıkla ıslah sistemine yönlendirilirler. Dissosiyatif kimlik bozukluğu, çoğunlukla beyazlarda görülsa de, bu bozukluğu tüm etnik ve tüm sosyoekonomik gruplarda rastlanır. Depersonalizasyon, anksiyete bozuklukları, travma sonrası stres bozuklukları ve ağır depresyonla

çok sık birlikte görülür. Üniversite öğrencilerinin bir buçuk katına yakını, yaşamlarının belirli dönemlerinde depersonalizasyon yaşadıklarını ileri sürerler. Psikiyatride yatan hastaların %80'inin depersonalizasyondan muzdarip olduğu bildirilmiştir. Fakat bu hastaların yalnızca %12'sinde semptomlar uzun sürelidir ve hiçbir vakada bu tek semptom değildir. Depersonalizasyonda cinsiyet oranı da eşittir.

B. ETİYOLOJİ

Normal dissosiyasyon, ağır bir ruhsal travmayla baş etmek için kullanılan adaptif bir savunmadır. Dissosiyasyonla genellikle, sivil felaketler, suç oluşturan bir saldırı, ani kayıp ve savaş sırasında ve bunlardan sonra karşılaşılır. Normal dissosiyasyonda, kişinin travmatik yaşantıyla ilgili algısı geçici olarak donuklaşır ya da dağılır. Normal dissosiyasyon, diğer hayati psikolojik fonksiyonların travmatik yaşantıdan dolayı alt üst olmasını engeller. Dissosiyatif olma kapasitesi- hipnoza yakınlıkla kanıtlanır- normal insanlar arasında geniş bir dağılım göstermektedir. Fakat patolojik dissosiyasyonun, normal dissosiyasyonun aşırı ya da daha uzun süren bir şekli olup olmadığı (örn. dissosiyasyonun, normal ve patolojik dissosiyasyon arasında bir sürekliliğinin olup olmadığı) ya da patolojik şeklinin ayrı olup olmadığı net değildir. Travma yaşayanlarla yapılan yakın dönemdeki çalışmalar, hipnoz olmaya yakınlıkla dissosiyasyon ölçümleri arasında yalnızca düşük bir korelasyon bulmuştur.

Patolojik dissosiyasyonun temeli ile ilgili kuramlar psikolojik, nörokognitif, travmajenik ve psikososyal olarak sınıflandırılabilir.

1. Psikolojik kuramlar—Janet bazı insanların, onları dehşet verici deneyimler karşısında dissosiyatif olmaya yakın kılan doğuştan gelen bir "psikolojik yetersizlikleri" olduğunu varsaymıştır. Böyle bir olay yaşandığı zaman, "şiddetli duygularla" ilişkili olan anılar bilinçaltında, sabitlenen fikirler biçiminde farkındalıktan uzaklaşır ya da ayrıştırılır ve bu anılar bellekteki diğer anılarla bütünleştirilmez. Bunlar daha çok örtük bir şekilde kalır ve histerik paralizler, anestezi ve somnambulizm (trans durumları) gibi psikolojik otomatizmler olarak bilince geri dönme eğilimindedirler.

Breuer ve Freud, histerik hastaların zihninin bölünmesi ve anormal (hipnozu andıran) bilinç durumlarının ortaya çıkmasıyla sonuçlanan kabul edilmez düşünce "komplekslerine" sığındıklarını ileri sürmüştür.

Hipnozu andıran durumlarda oluşturulan patolojik bağlantılar diğer sıradan anılar gibi bozulmazlar, fakat histerik duyu-motor semptomları ya da bilinçteki bozulmalar biçiminde somatik süreçleri bozmak için yeniden ortaya çıkmaktadırlar. Breuer ve Freud, disosiyasyonu, kalıtsal bir dejenerasyonu yansıtan pasif bir süreç olarak gören Janet'in düşüncesine karşı çıkmışlardır. Breuer ve Freud, bilinci zihni enerjik bir şekilde yıkıcı düşüncelerden uzaklaştıran aktif savunma süreci kavramını öne sürmüşlerdir. Bu kuramdan da, daha sonraki psikoanalitik bastırma ve ego savunması kavramları ortaya çıkmıştır.

Dissosiyatif amnezi ve dissosiyatif füğ, tipik olarak çok büyük stres durumlarında, özellikle de savaş ya da insanların yarattığı felaket zamanlarında ortaya çıkar. Örneğin katiller, işledikleri suçla ilgili amnezi yaşadıklarını iddia ederler, çok sonra böyle yapmak yasal olarak avantajlı olacaktır. Parasal sorunlar, cinsel bir suçta ortaya çıkarma tehdidi, evlilikle ilgili sorunlar ya da sevilen birinin ölümü amnezi ve füğün bilinen öncülleridir. Bazen, yoğun suçluluk duygularının eşlik ettiği ağır bir depresyon gibi tolere edilemeyen bir duygudurumu dissosiyatif duruma neden olur. Dissosiyasyon, katlanılamayan anıları gizler ve dissosiyatif füğ ise, yaşanan travmadan uzaklaşma ve yeni bir hayata başlama girişimlerini temsil eder.

Depersonalizasyonun, genel dissosiyasyonun küçük bir biçimini mi temsil ettiği ya da farklı bir süreç mi olduğu net değildir. Depersonalizasyonda, afekt ve bağlantılı olma duygusu, kişinin kendilik duygusundan ve dış dünya algısından ayrılır, ayırma, robot gibi ya da rüyada gibi olma duygularına yol açar. Depersonalizasyon, bir hayvanı dehşete düşüren durumlarda işlev görmesine izin veren biyolojik mekanizmanın öznel bir bileşenken, dissosiyasyon, avlanan hayvanların fark edilmekten kaçmalarını sağlayan dona kalma davranışı ile temsil edilir. Bu aşırı hayatta kalma manevraları, aşırı yüklenmeye karşı karşıya kalırlar. Örneğin hayvanlardaki öğrenilmiş çaresizlik, beyin yeni gelen uyarana karşı olan duyarlılığını düzenleyen nöral devrelerin bozulmasını temsil edebilir.

2. Nörokognitif kuramlar—Episodik bellek, olayların depolandığı açık belleğin bir şeklidir ve bilinçli farkındalıkla bağlantısı vardır. Episodik bellek genellikle, kelimelerle, hikayeler olarak aktarılır. Bu episodik anılar yeterince önemliyse, kişinin tarihçesi olan otomatik belleğin bir parçası haline gelir. Özellikle hipokampustaki medial temporal lob, kodlamada, depolamada ve episodik belleğin geri getirilmesinde önemli rol oynar. Dissosiyasyon, travmatik episodik anıların kodlanması, depolanması ve hikaye formunda geri getirilmesindeki bir karışıklığı temsil edebilir.

Lokus sereleus, serebral kortekse, hipotalamusa, hipokampusa ve amigdala yönelen nöroadrenerjik sinirlerin önemli bir kaynağıdır. Amigdala ve orbitofrontal korteks geçmişte başlıca pekiştireç olan uyarıları seçer. Amigdala, hipokampüse (entorhinal korteks

yoluyla), duyuyla ilişkili kortekse, hipotalamusa ve beyin sapına yönelir. Amidala, hayvanların korkmayı öğrendikleri duyu girdisini tarayan merkezi alarm aygıtını koordine eder ve böyle bir uyarıya karşılaşıldığında uyarır. Kanıtlar, amigdala postsinaptik şekilde serotonin aktivitesinin enkefalin sentezini tetiklediğini ve bunun da afektle ilişkili korku yaşantılarını düzenlediğini ya da azalttığını ve travmatik anıların pekişmesine müdahale edebildiğini göstermiştir. Amygdaloid alarm sistemi aşırı yüklenir ya da bozulursa, hayvan ham bir korkunun insafına kalır. Bu nedenle çevrede ne zaman travmayı hatırlatıcıları algılasın ya da travmatik episodik bellek bölümleri farkındalığa gelmeye başlarsa, alarm verilir ve güvenilir, son çare olan dissosiyasyon savunmasına başvurulur.

Travmatik anılar 2 sistemde depolanır. Bunlar; 1) hipokampal açık episodik bellek sistemi ve 2) amygdaloid örtük alarm sistemi. Amygdaloid sistem, depolamayı ve hipokampal sistem aracılığıyla uyarının geri getirilmesini bozabilir. Araştırmalar, olgunlaşmamış hayvanların özellikle erken dönemde kaçınılamayan strese ya da türleriyle genel bir bağlantıdan yoksun olanların sonraki karşılaşacakları strese karşı hassas olduklarını ileri sürmüştür. Primatlarda morfinin, annesinden ayrılan bir hayvanın yakınlık çağrısının miktarını azaltırken (naloksan artırırken), diazepamın da büyük olasılıkla prefrontal korteks yoluyla doğrudan tehdiye tepki sırasında ortaya çıkan dona kalma davranışını ve düşmanca jestleri azaltmaktadır. Hayvanlarla yapılan araştırmalar, stresli çocuklarda yüksek dolaşan kortikosteroid düzeylerinin, hipokampustaki glukokortikoid reseptörlerinin popülasyonundaki bir azalmayla ilişkili olduğunu ileri sürmüştür. Bunun yanı sıra, kronik travma sonrası stres bozukluğu olan savaş gazileriyle yapılan nörogörüntüleme çalışmaları, hipokampus hacminde belirgin bir küçülme olduğunu göstermiştir.

3. Travmajenik kuramlar—Duyusal travma ile dissosiyasyon arasındaki bağlantıyla ilgili klinik kanıtlar şu gözlemlerden gelmektedir: 1) çocukluk travma öyküsü bildiren hastalarda dissosiyatif bozukluklarının yüksek oranda görülmesi, 2) çocukluk döneminde istismar bildiren kişilerde yüksek düzeyde dissosiyasyon görülmesi, 3) travma sonrası stres bozukluğu olan savaş gazilerinde yüksek düzeyde dissosiyasyon görülmesi, 4) savaşta ya da felakette akut dissosiyatif tepkilerinin görülme oranı ve 5) travmatik bir yaşantı sırasında gözlenen belirgin dissosiyasyonun sonraki travma sonrası stres bozukluğunu yordaması. Dissosiyatif kimlik bozukluğu olan neredeyse tüm yetişkinler çocukluk döneminde yaşanan önemli bir travma, özellikle de enest, fiziksel istismar ve duygusal istismar bildirmişlerdir. Bu hastalar genellikle, bazen aşırı sadistik ya da tuhaf bir doğası olan, tekrarlanan istismar yaşadıklarını bildirmişlerdir.

4. Psikososyal kuramlar—Geriye dönük istismar öykülerini doğrulamanın zorluğu, pek çok tartışma-

Cinsel İşlev Bozuklukları ve Parafililer

25

Richard Balon, MD ve R. Taylor Segraves, MD, PhD
Çeviri: Ali Ercan Altınöz

GİRİŞ

Cinsel bozukluklar ve parafililer, cinsel işlev süreci (cinsel bozukluklar) veya cinsel davranışlardaki (parafililer) rahatsızlıklara yönelik bozukluklardır. İnsan cinselliği, karmaşık fizyolojik tepkilerin yansıdığı, çok karmaşık biyolojik ve psikolojik bir etkileşim içerir. Görünürde çok basit bir olay, örneğin ereksiyon bile merkezi sinir sistemi ve perifer sinir sistemi seviyeleri üzerinden düzenlenir, vasküler değişiklikler tarafından belirlenir ve intrapsişik süreçler, kişilerarası meseleler ve çeşitli beklentilerden etkilenir. Bunlar ilaç ve madde kullanımının etkilerine, yaşa bağlı faktörlere, hastalıklara ve kişisel alışkanlıklara atfedilemez. Genelde insan cinselliği ve daha özelde ise cinsel bozukluklar ve parafililer üzerine biriken önemli literatüre karşın; bu bozuklukların pek çok boyutuna ilişkin kanıta dayalı literatür eksikliği fazlaca bulunmaktadır. Bu konudaki odak, açık bir şekilde psikolojiden biyolojiye ve insan cinselliğinin tıbbi yönlerine kaymıştır. Biyolojik bilimler, örneğin farmakoloji, bu alandaki gelişmelere oldukça büyük katkılar sağlamaktadır. Ancak, insan cinselliğinin tıbbi boyutları ve biyolojisi üzerine odaklanan dışlayıcı bir yaklaşım haklı görülemez. Böylesi bir yaklaşım oldukça kompleks bir alan olan insan davranışını önemsizleştirebilir. Cinsel bozukluklara yönelik olarak aşikar biçimde uygulanan "biyolojik" tedavi yaklaşımları bile çeşitli psikolojik faktörlerin neden olduğu bazı durumlarda başarısız olabilir. Bu nedenle bizler okuyucuyu, tanı ve tedavi planı hazırlanırken tüm biyolojik ve psikolojik faktörleri göz önüne alması konusunda uyarıyoruz. Pek çok vakada, biyolojik ve psikolojik tedavi yaklaşımlarının makul kombinasyonu, en memnun edici sonuçların elde edilmesini sağlayacaktır.

Cinsel bozukluklar ve parafilili tanıları daha büyük oranda betimleyicidir; genellikle tanıya özgü test ve tetkikler bulunmamaktadır. Cinsel bozuklukların sınıflaması, cinsel tepki döngüsünün ayrı ve açık bir şekilde tanımlanan, birbirleriyle bağlantılı- istek, uyarılma/heyecan, orgazm ve çözülme evreleri üzerine temellenir. Böylece, cinsel bozukluklar, ilk üç evreden birinde yaşanan bozulmalara göre sınıflandır (çözülme evresinde bir bozulma tanımlanmamıştır). Ancak, klinik olarak bu rahatsızlıklar tam olarak ayırtılmamaktadır ve sıklıkla binışmekte veya birlikte görülmektedir (örn., libido eksikliği orgazm bozukluğu ile birlikte-

dir). İlginç bir şekilde, var olan sınıflama sistemi, cinsel işlev spektrumunun sadece birini tanımlar ve kullanır, işlevin "eksikliği" (örn., libido eksikliği), belirsiz olmasına rağmen. Hiperseksüalite, iyi tanımlanmamıştır ve bir işlev bozukluğu olarak kavramsallaştırılmamıştır. Bunun yerine bazen bağımlılık, kompulsiyon veya dürtüsellikle bağlantılı olarak ele alınmaktadır. Cinsel bozukluklar ve parafililerin tanı ve sınıflamasındaki bir diğer önemli nokta, bu bozuklukların tanı kriterlerinden biri olarak, klinik olarak anlamlı bir sıkıntı ve bozulma kriterinin kullanımıdır. Böylece, eğer cinsel istek eksikliği herhangi bir sıkıntı ve bozulmaya neden olmuyorsa, bu bir işlev bozukluğu olarak nitelenmemelidir. Bazı bireyler cinselliğe ilgi duymuyor ve bundan sıkıntı hissetmiyor görünebilir, böylece bu kişiler kullanılan şimdiki sınıflama sistemine göre herhangi bir cinsel işlev bozukluğundan muzdarip olmaz (Onlar, bazı davranışlar spektrumunun sadece birini gösterir, benzer olarak hızlıya karşın boşalmanın yokluğu, daha sonra tartışılacaktır).

Şimdiki sınıflama sistemi, tüm sistem boyunca benzer betimleyiciler kullanır ve böylece cinsel bozukluklar (ancak parafililer bunun dışındadır) daha ileri alt skalalara ayrılabilir. Bunlar yaşam boyu veya edinilmiş, yaygın veya durumsal ve psikolojik etkenlere bağlı veya bileşik etkenlere bağlı şeklindedir. Ayrıca tanısal sistem genel tıbbi duruma bağlı cinsel işlev bozukluğu (örn., diabetes mellitus) veya madde kullanımının yol açtığı cinsel işlev bozukluğu kategorilerini kullanır. Bunları tanı ve tedavi planı formüle edilirken göz önüne almak yararlı olabilir.

■ CİNSEL İŞLEV BOZUKLUKLARI

HİPOAKTİF (AZALMIŞ) CİNSEL İSTEK BOZUKLUĞU



TANIDA TEMEL İLKELER

Hipoaktif Cinsel İşlev Bozukluğu (HCIB) için DSM-IV-TR tanı kriterleri şöyledir:

A. Sürekli olarak ya da yineleyici bir biçimde, cinsel fantezilerin ve cinsel etkinlikte bulunma isteğinin az olması (ya da hiç olmaması). *Klinisyen, kişinin yaşı ve yaşam koşulları gibi cinsel işlevselliğini etkileyen etkenleri göz önünde bulundurarak cinsel isteğin azlığı ya da hiç olmadığı yargısına varır.*

B. Bu bozukluk, belirgin bir sıkıntıya ya da kişilere-rası ilişkilerde zorluklara neden olur.

C. Bu cinsel işlev bozukluğu, başka bir Eksen I bo-zukluğuyla daha iyi açıklanamaz (başka cinsel iş-lev bozukluğu dışında) ve sadece bir maddenin (örn. Kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç) ya da genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

HCİB ayrıca şu alt tiplere göre de sınıflanmalıdır:Yay-gına karşılık durumsal; yaşam boyuna karşılık edinil-miş; psikolojik etkenlere bağlı, bileşik etkenlere bağlı.

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disor-ders, 4th edn., Text Revision. Washington, DC: Ame-rican Psychiatric Association, 2000, p. 541'in izniyle).

Genel Değerlendirmeler

Hipoaktif cinsel işlev bozukluğu tanısı için spesifik bir süre ve ciddiyet kriteri bulunmamaktadır. Klini-syen, hastanın yaşı ve yaşam durumları gibi faktörleri göz önünde bulundurmalı ve bunun psikiyatrik bir tanı olarak sınıflanması gereken bir problem olup olmadığı yönünde klinik yargı kullanmalıdır. Eğer ki-şide libido yokluğunun yarattığı herhangi bir stres yok ise ve bu, kişilerarası bir sıkıntıya neden olmu-yorsa bir bozukluk tanımlanmaz. Yüksek bir koital aktivite sıklığı raporu, çiftin üyelerinden birinde HCİB varlığını dışlamaz. Hasta, ilişkiyi dengelemek için cinsel isteği yokken cinsel aktivite konusunda uzlaşabilir. Geçmişte HCİB inhiye cinsel istek, ge-nellenmiş cinsel işlev bozukluğu ve frijidite olarak tanımlanmıştır. Yaşam boyu HCİB'e genellikle psi-kolojik faktörler neden olmaktadır. Durumsal HCİB, kişilerarası uyumsuzluğun hatırlatıcısıdır.

A. EPİDEMİYOLOJİ

Avrupa, ABD, Güney Amerika ve Asya'da yapılan epidemiyolojik çalışmalarda düşük cinsel istek şika-yet prevalansı kadınlarda yaklaşık %25-30; erkekler-de yaklaşık %12-25 bulunmuştur. Önemli sıkıntıya yol açan tanı kriterlerini karşılayanların sayısının dü-şük olması olasıdır.

B. ETİYOLOJİ

HCİB'ye genel tıbbi durumlar neden olabilir. Örne-ğin hipotiroidi, hiperprolaktinemi veya hipogona-dizm. Erkeklerde hipogonadizm, azalmış libidodan

sorumlu olabilir. Kanıtlanmamış olmakla birlikte, kadınlarda düşük androjenik aktivasyondan, ooforek-tomi sonrası azalmış libidonun sorumlu olduğundan şüphelenilmektedir. Madde kullanımına bağlı HCİB, serotonin geri alım inhibitörü (SSRI) ve antipsikotik ilaçların kullanımı ile bağlantılı olabilir. HCİB'e şizofreninin yanı sıra depresyon ve anksiyete bozukluk-ları gibi diğer psikiyatrik bozukluklar da neden ola-bilir. Kontrollü çalışmalardan gelen kanıtlar netice-siz olmakla birlikte oral kontraseptiflerin azalmış li-bido ile ilişkili olduğu bildirilmektedir.

Sosyal anksiyete, kişilerarası çatışmalar, cinselliğe yönelik negatif tutumlar ve cinsel yakınlık problemleri gibi psikolojik etmenler etiyolojik faktörler olabilir.

C. GENETİK

Bu bozukluğun genetiği ile ilişkili herhangi bir bil-gi bulunmamaktadır.

Klinik Bulgular

A. İŞARET VE SEMPTOMLAR

Başlıca semptom, cinsel aktivite için istek yoklu-ğudur.

B. PSİKOLOJİK TESTLER

Bu tanının konulmasında psikolojik test uygulaması gerekmemektedir. Yapılandırılmış tanisel bir yönte-min, cinsel ilaçlar konusunda uzman tanı koyucular ve bu alandaki deneyimsiz kişiler arasında iyi bir gü-venirliliğe sahip olduğu gösterilmiştir. İyi bir geçerli-ğe sahip psikometrik araçlar tanının geçerliğini belir-lemede ve tedavi sürecini izlemede yardımcı olabilir.

C. LABORATUVAR BULGULARI

Erkek hipogonadizminde, serum serbest testosteronu düşük olacaktır. Her iki cinsiyette, HCİB hipotirodi-zim ve hiperprolaktineminin bir işaret olabilir. Ka-dınlarda görülen HCİB'in endokrinolojik nedenlere yönelik kesin bir laboratuvar testi yoktur.

D. NÖROGÖRÜNTÜLEME

Nörogörüntüleme, bu bozukluğun tanısında yardım-cı değildir.

Hastalığın Seyri

İstek azlığı ile ilişkili, geçici stres ve geçici kişilerara-sı çatışmalar gibi çevresel faktörler çatışmalar çözü-l-dükçe çözülebilir. Yaşam boyu veya kronik istek az-lığı iyileşmede zayıf bir prognoza sahiptir.

Ayırıcı Tanı

Genelde, bozukluk genel olmaktan ziyade durumsal ise psikolojik faktörlerin neden olduğu HCİB'den şüphelenilir. Yaşam boyu HCİB vakalarının çoğunda

Yeme Bozuklukları

26

Harry E. Gwirtsman, MD, James E. Mitchell, MD ve Michael H. Ebert, MD
Çeviri: Mihrimah Gürışık

Yeme bozuklukları, anoreksiya nervoza ve bulimia nervoza gerçek psikosomatik hastalık olarak sınıflandırılabilir, çünkü davranışçı ve psikolojik semptom üretmek için altta yatan biyolojik değişiklikler belirli kültürel stresle etkileşirler. Örneğin anoreksiya ve bulimia nervoza yiyecek bolluğunun olduğu ve çekiciliğin zayıf olmayla ilişkilendirildiği sanayileşmiş çevrelerde tarıma dayalı çevrelerden daha yaygındır. Anoreksiya nervozanın nadir görüldüğü kültürden göç edenler zayıf beden görünümü gayesini benimsedikçe bu hastalığı geliştirmeye daha yatkın oluyorlar.

Özel tip;

Kısıtlı tip: kişi düzenli olarak tıkanırmasına yeme veya kusma davranışını göstermez. (ör; zorla kusma veya laksatif, diüretik veya enamaların kötüye kullanımı gibi)

Tıkanırmasına yemelçıkartma tipi: Kişi döngüler halinde tıkanırmasına yeme ve sonrasında çıkartma (ör; zorla kusma, laksatif, diüretik veya enamaların kötüye kullanımı gibi)

(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edn., Text Revision. Copyright 2000 American Psychiatric Association'ın izniyle).

■ ANOREKSİYA NERVOZA



TANIDA TEMEL İLKELER

DSM-IV-TR Tanı Kriterleri

- Yaş ve boy uzunluğu için olağan sayılan bir vücut ağırlığına sahip olmayı kabul etmeme (kişinin kilosu, yaşı ve boyuna göre normal sayılan ağırlığın %85'inin de altındadır),
- Kilo almaktan veya şıman olmaktan aşırı korku, zayıf olarsa bile.
- Beden algılamasında bozukluk (oldukları durumlarda dahi kilolu olduklarında ısrar edebilirler veya bazı vücut bölgelerinin görünümüyle ilgili şikayetleri olabilir),
- Amenore, ardarda en az 3 menstruel siklusun olmaması. (hormon kullanımı sonrası adet gören kadınlar da amenoreye sahip olarak değerlendirilir)

Genel Değerlendirmeler

Bazı sebeplerle anoreksiya nervoza terimi uygunsuz isimdir, çünkü hastanın etkilenen iştahı ve yiyecek aşermesi genellikle korunmuştur. bununla beraber hasta açlık hissine bozuk düşüncelerle karşı koyar, aşırı açlığa maruz kalmasına yol açar. Kilo kaybını belirlemenin eşiği oldukça ciddi olarak değerlendirilir; anoreksiya nervozanın tanısını nitelendirmek için Metropolitan hayat sigorta tabloları veya pediatrik büyüme çizelgeleri kullanılır. Beden kitle indeksi 17.5 kg/m²'ye eşit veya az olması çoğu araştırmacı tarafından kabul edilen alternatif kılavuzu temsil eder. Bununla birlikte bu standartlar sadece önerilen kılavuzlardır ve klinisyenler mutlaka hastanın beden yapısını ve kilo öyküsünü değerlendirme-lidir.

A. EPİDEMİYOLOJİ

Anoreksiya nervozanın bayanlardaki prevalansı yaklaşık olarak 100-200 kişide 0.5-1.0'dir. Bir çok kişi bu hastalık kriterleriyle uyumayan semptomlar sergiler

(ör; başka türlü sınıflandırılmayan yeme bozukluğu), ama gelecek araştırmalar için bir alan. Etkilenen kişilerin %90'dan fazlası bayan ve erkeklerdeki prevalansı içeren bilgiler yetersiz. Tüm dünyada hastalık en yaygın şekilde U.S, Kanada, Avrupa, Avustralya, Japonya, Yeni Zelanda ve Güney Afrikada görülmektedir ama yeni sistemik çalışmalar diğer ülkelerde de yürütülmektedir.

Hastalığın başlangıcı bimodaldır; ilk pik erken ergenlikte görülür (12-15 yaş arası) ve diğeri geç ergenlik ve erken erişkinliktedir (17-21 yaş arası); ortalama başlangıç yaşı yaklaşık olarak 17'dir. Hastalık nadir olarak ergenlikten önce veya 40 yaşından sonra görülebilir. Yaşam olaylarıyla ilişkili olarak, mesela evden ayrılma gibi, anoreksiya nervozanın ilk atağını başlatabilir. Hastalık prevalansı 20. yüzyılın ikinci yarısında belirgin artış göstermesine rağmen son zamanlarda artış hızı yavaşlamıştır.

B. ETİYOLOJİ

Yeme bozukluklarının insidans ve prevalansı 20. yüzyılın ikinci yarısında büyük artış göstermiştir. Bu artış kısmen sanayileşmiş çevrelerdeki kültürel baskıya bağlı olabilir, neredeyse ergenlik öncesine benzer zayıf bayan figürünün aşırı vurgulanmasını içerir. Bu vurgulama dergilerde, eğlence sektöründe ve güzellik yarışmalarında yansıtılır. Buna rağmen anoreksiya nervozası tamamen kültür bağımlı değildir, çünkü kültürel baskıların farklı olduğu 300 yıl kadar önce tanımlanmıştır. Sonuç olarak yeme bozukluklarının etiyojisinin bir bölümü kültürel faktörlerle belirlenen fenotipik ifadeyle birlikte biyolojik olmalıdır. Santral sinir sistemindeki monoaminlerdeki, özellikle norepinefrin ve serotonin, ve belirli nöropeptitlerdeki karışıklık anoreksiya nervozanın akut fazında görüldüğü rapor edilmiştir. Bu anormalliklerin az bir kısmı hastalığın kilo alımı fazında da devam eder ve bunlar malnutrisyonun derecesiyle ilişkili olarak sonlanabilir.

C. GENETİK

Anoreksiya nervozalı monozigotik ikizlerdeki konordans dizigotik ikizlere göre daha yüksektir. Birinci derece biyolojik akrabalarda anoreksiya nervozası ve duygudurum bozuklukları riski artmıştır, bilhassa duygudurum bozuklukları tikanırçasına yeme/çıkartma tipi olan kişilerin yakınlarında görülür. Son zamanlardaki çoğu çalışma 1. kromozomda yakınlık lokusu tanımlamıştır. Hiç değilse norepinefrin taşıyıcı geni (NET), monoamin oksidaz A geni (MAO-A) ve serotonin taşıyıcı genini (SERT) içeren

ren yakınlığı oluşturan kesin aday genlere dair öncü bulgu mevcut.

Klinik Bulgular

A. BELİRTİ VE SEMPTOMLAR

Kilo kaybı sıklıkla yemek alımında azalmayla başlanır ve yüksek kalorili gıdaların dışlanmasını içerir, bu da çok sıkı bir diyetle yol açar. Hastalar çıkarak (zorlamayla kusma veya laksatif ve diüretiklerin kötüye kullanımıyla) veya çok fazla egzersiz yaparak kilo kaybedebilirler. Kilo kaybı sürdükçe hastanın kilo alma korkusu, kilolu olduğuna dair duyguları da artabilir. Hastaların geniş aralıkta deneyimlediği beden algı bozukluğu, evrensel olarak aşırı kilolu olduklarına dair inançtan, karın, kalça ve uyluklarının çok büyük olduğu ancak kendilerinin zayıf olduğuna dair inanca kadar değişir. Rahatsız edici beden algısı kültürel faktörlerle değiştirilebilir ve belirgin bir şekilde var olmayabilir. Ancak hasta yeme reddini desteklemek için yiyeceklerin kötü tadından veya epigastrik rahatsızlıktan şikayetçi olabilir.

Anoreksiya nervozalı hastalardaki benlik saygısı beden şekil ve kilosuna aşırı şekilde bağlıdır ve bu hastalar beden ölçüsünü değerlendirmek için obsesif tarzda bir çok teknikte uğraşır; Sıklıkla tartılmak, beden bölümlerini ölçmek ve ayna karşısında yağlarına bakmak gibi. Kilo kaybı benlik disiplinine bağlanan takdire değer bir başarı olarak değerlendirilir, oysa ki kilo alımı kontroldeki beklenmeyen başarısızlık olarak kabul edilir. Bu sırada hastalar tipik olarak malnutrisyonun ciddi medikal etkilerini yadsır.

Anoreksiya nervozalı bir çok hastanın yiyecek ilişkili obsesyonları vardır. Sık sık yiyecek istiflerler veya tarif toplarlar ve aile için yemek hazırlamada veya yemek ilişkili işlerde yer alırlar (ör; garson, aşçı, diyetisyen, beslenme uzmanı). Bu kişiler açık alanda yemek yemekle ilişkili korkulara sahip olabilirler. Bu obsesyonlar, deneysel açlık gibi, diğer açlık formlarında da gözlenebilir.

Anoreksiya nervozada açlığın bir çok fiziksel belirtisi gözlenir. Bu bulgular; aşırı zayıflık, belirgin hipotansiyon özellikle ortostatik, bradikardi, hipotermi, cilt kuruluğu ve pul pul olma, Lanugo veya gövdede veya ekstremitelerde ince tüyler, periferik ödem özellikle bilek ödem, ekstremitelerde peteşiler, soluk ten, tükürük bezi hipertrofisi özellikle parotid bezinde, dişlerde erozyon, osteoporoz (azalmış östrojen salınımı, artmış kortizol salınımı ve yetersiz kalsiyum alımıyla ilişkili), Russel belirtisi veya skarlar, ve elin sırtında nasırlaşmadır. Amenore kayda değer kilo kaybından önce görülebilir, çünkü vücut kitlesin-

Uyku Bozuklukları

27

Camellia P. Clark, MD, Polly J. Moore, PhD ve J. Christian Gillin, MD

Çeviri: Ali Ercan Altınöz

Bu bölüm öncelikle yetişkinlerdeki uyku ve uyku bozuklukları üzerinde duracaktır. Uyku ve uyku bozukluklarının pek çok temel ve klinik yönü çocuklarda da benzer olsa da, gelişimsel konular ele alınmamaktadır ve çocuklarda görülen bazı bozukluklar yetişkinlerde bulunmamaktadır. Örneğin ani bebek ölümü sendromu bu bölümün kapsamının dışındadır. Daha fazla bilgi için okuyucu *Çocuklarda Uyku Tıbbının İlkeleri ve Uygulanması* bölümüne başvurabilir (Ferber and Kryger, 1995).

HASTAYA GENEL YAKLAŞIM

Klinik Değerlendirme

Klinisyenler rutin olarak uyku ve uyanıklık ile ilgili sorular sormalıdır. Uykunun ayrıntılı bir öyküsü, uyku bozukluklarının kesin tanısı ve etkili tedavisinin temelini oluşturmaktadır (Tablo 27-1). Hastaların uykuya ilgili şikayetleri genellikle 4 genel kategori içinde yer alır: Uykuya dalmakta ya da uykuda kalmakta güçlük şikayetleri (insomnia), gün içinde uyanık kalmakta güçlük şikayetleri (hipersomnia), uyku sırasında anormal hareketler ve davranışlar (parasomnia), 24 saat boyunca uyku-uyanıklık döngüsünün istenir ya da uygun zamanlarda düzenlemesiyle ilgili şikayetler ya da yukarıda sayılanların tümü (bakınız şekil 27-1).

Değerlendirme sürecine, hastanın eşi ya da bilgi verebilecek diğer kişiler mümkün olduğunca dahil edilmelidir. Hasta uyku ve uyanıklıkla ilgili zorluklarının farkında olmadığına, hastanın eşi genellikle uyku apnesi, uyku sırasında periyodik bacak hareketleri (PBH) ya da gün içinde aşırı uykululuk hali (AUH) açısından uyku değerlendirmesine başlatılır. Uyku bozukluklarının yalnızca hasta için değil, tüm ev halkı için olumsuz sonuçları olabilir (örneğin uykuda yürüme, sesli horlama gibi).

Klinisyen, uyku bozukluklarıyla ilgili olabilecek tüm tıbbi ve psikiyatrik sorunların ve aile öyküsünün, daha önce alınan ilaç tedavilerinin, hastanın kişisel ilişkilerinin, çevresel streslerin ayrıntılı bir öyküsünü almalı ve sistemleri yeniden incelemeli ve ayrıntılı nörolojik muayene de dahil olmak üzere eksiksiz bir fiziksel muayene yapmalıdır.

Uyku Laboratuvarındaki Değerlendirme

Bu alanda uzman olmayan kişiler tarafından, hastanın motivasyonu ve işbirliğiyle, davranış değişikliği, altta yatan ve komorbid olan tanıların tedavisi ve uyku ile ilgili semptomlarda rahatlama yaratan uyku ilaç kul-

lanımı yoluyla pek çok uykuya ilgili şikayetin üstesinden gelinebilir. Ancak klinisyen uyku apnesi, uyku sırasında periyodik bacak hareketleri (PBH), narkolepsi, ciddi yaralanma riski yaratabilecek parasomnialar ya da tedaviye yanıt vermeyen insomnia için ise bir uyku merkezine hastayı yönlendirmeyi düşünmelidir.

Gece çekilen polisomnografi (PSG), bir uyku laboratuvarında gece boyunca hastanın uykusunu kaydetmektedir. Poligrafik uyku kayıtları, sessiz, karanlık, rahat bir laboratuvar ortamında elde edilir. Elektroensefalografi (EEG), iki taraflı göz hareketleri ya da elektrookulagram (EOG), çenedeki kas tonusu ya da elektromiyogramı (EMG) izlemek için yüzeydeki elektrotlar deriye yerleştirilir. Uyku evrelerine, bu izlerin görsel olarak taranmasıyla karar verilir. Anterior tibial EMG uyku sırasında periyodik bacak hareketlerinin (PBH) var olup olmadığını gösterir. Göğüs ve karındaki solunum hareketlerinin izlenmesini, hava yolu, mesela son tidal CO₂ hacmi gibi ya da burun - ağızdaki termistor, kandaki O₂ doygunluğu ya da elektrokardiogramı da kapsayan ek fizyolojik taramalar yapılmaktadır.

EEG sıklığındaki değişiklikleri, uyanıklık ve yavaş göz hareketlerinin olduğu (non-REM) uyku evrelerini ayırt eder, buna aynı anda EOG'daki göz hareketlerinin olması eşlik eder. EMG'deki kas tonusundaki dramatik bir azalma ve senkronize olmayan EEG kaydı hızlı göz hareketlerinin olduğu (REM) uykusunu ayırt eder. Tablo 27-2 uyku çalışmalarında yaygın bir şekilde kullanılan kelimeleri tanımlamaktadır.

UYKUYA GENEL BİR BAKIŞ

Uyku Evreleri ve Yapıları

Normal bir uyku iki evreden oluşur: REM uykusu ve non-REM uykusu. REM uykusu rüya görmeye ilişkilidir. Non-REM uykusu ise fizyolojik ve psikolojik aktivitenin azaldığı bir dönemdir. EEG'de görsel olarak görülen örüntüler dikkate alınarak 4 evreye ayrılır.

Uyku normalde non-REM uykusundaki 1. evreye başlar. Daha sonra Non-REM uykusunun 4. Evresinden REM evresine geçer. Bu sırada da genellikle EEG sıklığında azalma ve genliğinde de artma olur. Genellikle non-REM uykusunun 3 ve 4. evrelerindeki, yavaş dalga uykusu (SWS) diye de adlandırılır. SWS uykunun başlarında oldukça yoğundur. SWS'deki dalga boyunca miktarı gece boyunca düşer. REM uykusu ise, EEG'deki sıklığın artışı ve büyüklüğünde düşme, büyük kaslarındaki tonun azalması ve REM uykularıyla tanımlanır (Şekil 27-2).

Tablo 27-1. Kronik Uyku Şikayetlerinin Değerlendirilmesi

1. Uyku şikayeti
2. Uykuya dalma, uykuyu sürdürme ve erken kalkmakla ilgili zorlukları tarama
3. 24 saat boyunca uyku ve uyanıklık zamanları
4. EDS ve yorgunluk belirtileri
5. Uyku saatinde yapılan rutinler; uyunan ortam, uğraşlar, kaygı, uyku ve uyuyamayla ilgili inançlar, uyuyamamanın sonuçları ile ilgili korkular, kabuslar, enürezis, uyurgezerlik
6. Tıbbi ve nörolojik geçmiş, muayene, rutin laboratuvar teknikleri
7. Reçeteli ve reçetesiz ilaç kullanımı, hipnotikler, alkol ve uyarınlar
8. Uyku ile ilgili nefes alma problemleri; horlama, ortopne, dispne, baş ağrıları, yataktan düşme, noktüri, obezite, kısa-kalın boyun, genişleyen tonsiller, dar üst hava yolu ve küçük çene (retrognadi)
9. Uyku sırasında anormal hareketler; "jerky bacaklar", ayak hareketleri, miyoklonus, "huzursuz bacak", bacadaki kramplar ve soğuk ayak
10. Psikiyatrik geçmiş ve muayene
11. Sosyal ve iş geçmişi, evlilik durumu, yaşam koşulları, maddi durum ve güvenlikle ilgili meslekler, fiziksel aktivite
12. Sakin çevre-ses, ışık ve sıcaklık
13. 2 haftalık uyku-uyanıklık günlüğü
14. Işığa (güneş ışığı ya da yapay ışık) ve karanlığa 24 saat boyunca maruz kalma
15. Hastayı uyurken gözlemleyen partnerleriyle ya da arkadaşlarıyla görüşme
16. Uyku sırasındaki solunum seslerini, uyku apnesi olup olmadığını taramak için kaydetmek

(Gillin JC, Ancoli-Israel S: The impact of age on sleep and sleep disorders. In: Salzman C (ed). Clinical Geriatric Psychopharmacology, 2nd edn. Baltimore: Williams & Wilkins, 2005, sayfa 492'den adapte edilmiştir).

Uykunun Nörobiyolojisi

Uyku ve uyanıklığın nörofizyolojik temelleri tam olarak anlaşılamamıştır. REM uykusunun farklı yönleri, mesela periyodik REM uykuları ve atoniler beyin sapının içinde ortaya çıkarlar. Non-REM uykusu özellikle beynin rostral alanları tarafından, örneğin hipotalamus, bazal ön beyin ve talamus gibi, kontrol edilir.

Pek çok nörotransmitter sistemi ve beyin alanı, uyku ve uyanıklığın düzenlenmesinde rol oynuyor gözükmektedir. Uyarıcı ağ sistemi, asetilkolin, norepinefrin, serotonin, oreksin (hipokretin) ve dopamin (DA) aktivitesini içermektedir. Buna karşın Gama aminobutirik asit (GABA)-erjic mekanizmaları non-REM uykusunun başlatılmasında belirgin bir şekilde rol oynar (Tablo 27-3).

Uyku ve Sirkadiyen Ritimler

Uyku ve uyanıklığın ritmi bir ya da daha fazla biyolojik "saat", çevresel uyarınlar ve uyarılmayı artıran ya da inhibe eden birçok süreç tarafından kontrol edilir (bakınız Tablo 27-4). *Çevresel belirteçler* (sosyal aktiviteler, yemek zamanları ve aydınlık ışıklar gibi zaman ipuçları) olmadan insanlar yaklaşık 25 saatlik bir uyku- uyanıklık döngüsü seçerler. Diğer bir deyişle, zaman ipuçlarından yoksun bir deneysel çevrede yaşayan bir insan uykusuna izin verildiğinde ve istediği zaman kalktığında, bu kişi yatmaya her "gece" yaklaşık 1 saat geç gider ve her "sabah" yaklaşık bir saat geç

kalkar. Bu nedenle uyku-uyanıklık döngüsündeki değişiklikler, döngünün süresi uzatıldığında daha kolay gerçekleşir. Örneğin batıya doğru seyahat etme, öğlen vardiyasından gece vardiyasına geçildiğinde.

Normalde sirkadiyen osilatörler, sosyal aktiviteler, yemekler gibi sosyal ipuçlarıyla ve özellikle çevredeki ışıklar yoluyla 24 saatlik bir zamana eklenir. Retinaya ışığın ulaştığı bilgisi anterior talamustaki suprakiazmatik çekirdeğe (SCN) iletilir. Uyku-uyanıklık sirkadiyen ritmi devam ettirmek açısından SCN önemli bir osilatördür.

Sirkadiyen osilatörü çevreyle uyumlu hale getirmeye ek olarak, ışığa maruz kalmanın zamanlaması da osilatörün evresinin yerini değiştirebilir (örn. Ritimler arasındaki zamansal ilişki ya da bir ritimle çevre arasındaki zamansal ilişki). Akşam saatindeki (6-9 arası) parlak ışık (1500 lux) akşam 9'dan sabah 9'a kadarki karanlıkla birleşince uyku-uyku uyanıklık döngüsünde ve diğer biyolojik osilatörlerde bir evrenin gecikmesine yol açar (kişi geç yatar geç kalkar). Buna karşın sabah saatlerinde (5-7 arasında) parlak ışığa maruz kalma akşam karanlıkla birleşince osilatörün evresinin ilerlemesine yol açar (kişi erken yatar erken kalkar). Bunun yanı sıra, gündüz saatlerindeki parlak ışık sirkadiyen ritmin büyüklüğünü (amplitude) artırabilir. Böylece hem gece uykusu hem de gün içindeki uyanıklık dönemlerini birbirinden ayırır (demarcating). Parlak ışığın kışın olan mevsimsel depresyonda, bazı major depresyon hasta-

Dürtü Kontrol Bozuklukları

28

John W. Thompson, Jr., MD ve Daniel K. Winstead, MD

Çeviri: Şengül Tosun Altınöz

Dürtü kontrol bozukluklarının çoğunlukla az görül-
düğü düşünülse de, Ulusal komorbidite çalışmasının
yakın zamanda yeniden tekrar edilmesi bu bozuklu-
ğun 12 aylık prevalansının %8.9 olduğunu göster-
miştir. Fakat bu oran ayrıca, karşı gelme bozukluğu
(%1), davranım bozukluğu (%1) ve dikkat eksikliği
hiperaktivite bozukluğu (DEHB) (%4.1) gibi bozuk-
lukları da içermektedir. Aralıklı patlayıcı bozukluk,
araştırma yapılan popülasyonda %2.6 olarak rapor
edilmiştir. Aralıklı patlayıcı bozukluk ve patolojik
kumar oynama (araştırma yapılan popülasyonun
%0.2- 3.3'ü), bu grupta diğer bozukluklardan daha
fazla görülmektedir.

Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Walters EE: Prevalence,
Severity, and Comorbidity of 12-month DSM-IV Disorders
in the National comorbidity survey replication. *Arch Gen
Psych* 2005;62:617-627.

ARALIKLI PATLAYICI BOZUKLUK



TANIDA TEMEL İLKELER

DSM-IV-TR Tanı Kriterleri

- Ciddi saldırı eylemleri ya da mala zarar verme ile sonuçlanan, saldırganlık dürtülerine karşı koyamama ile belirli, birbirinden ayrı birçok epizodun olması.**
- Bu epizotlar sırasında dışa vurulan saldırganlığın derecesi, bunu ortaya çıkartan psikososyal stres etkenlerine oransızdır.**
- Bu agresif epizotlar başka bir mental bozuklukla (örn. Antisyal Kişilik Bozukluğu, Borderline Kişilik Bozukluğu, Psikotik bir Bozukluk, bir Manik Epizot, Davranım Bozukluğu ya da Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu) daha iyi açıklanamaz ve bir maddenin (örn. kötüye kullanılan ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç) ya da genel tıbbi bir durumun (örn. kafa travması, Alzheimer hastalığı) doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.**

(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edn. Text Revision. Washington DC: American Psychiatric Association, 2000'in izniyle).

Genel Değerlendirmeler

A. EPİDEMİYOLOJİ

Ulusal komorbidite araştırmasının tekrarlanması son-
unda bu bozukluğun 12 ay boyunca görülme oranı
%2.6 olarak rapor edilmiştir. Bu bozukluk daha ön-
ce düşünülenenden daha yaygın olarak görülmektedir.

B. ETİYOLOJİ

Aralıklı patlayıcı bozuklukla ilişkili öfke patlamaların-
nın (bazen episodik kontrolsüzlük olarak bahsedilir),
başlangıçta limbik sistemin deşarjı ya da bozulması,
hatta interiktal olgusu olduğu düşünülmüştür. *Rubals
bastalıkların tanı ölçütleri el kitabı*, 4. Baskı, (DSM-IV),
salırganlık epizotlarının genel bir tıbbi durumla
(örn. temporal lob epilepsisi, deliryum) ya da bir mad-
denin- bu kötüye kullanılan bir ilaç ya da reçete edil-
miş bir ilaç olsun- doğrudan psikolojik etkileriyle iliş-
kili olduğu düşünülen bu hastaları şimdi dışlama-
maktadır. Nörolojik travmadan ya da epilepsiden kay-
naklanıyor olarak tanımlanabilen bozukluklar şimdi
farklı bir yerde sınıflandırılmaktadır. Ancak nörolojik
belirsiz işaretler, spesifik olmayan elektroensefalog-
ram anomalileri ya da nörolojik testlerdeki hafif anor-
mallikler, bu tanıyı alan hastalarda bildirilmiştir.

Ayrıca bu bozukluğun etiyolojisi ile ilgili psiko-
dinamik açıklamalar da önerilmiştir. Çocukluk döne-
minde yaşanan istismarın, bu bozukluğun gelişmesi
açısından bir risk faktörü olduğu düşünülmüştür. Di-
ğerleri narsistik hassasiyetin bu atakları tetikleyen
olası bir mekanizma olduğu varsayılmıştır. Bu ne-
denle, patlayıcı epizotlar, kişinin kendilik değerine
gerçek ya da hayali bir saldırıdan kaynaklanan epizot-
lar ya da reddedilme, terkedilme ya da saldırı algısı-
na bir tepki olarak kavramsallaştırılabilir.

C. GENETİK

Aralıklı patlayıcı bozukluğun genetiği ile ilgili çok az
şey bilinmektedir. Bu bozukluğu olan kişilerin ailele-
riyle yapılan çalışmalar, bu kişilerin birinci derece akr-
balarında duygudurum ve madde kullanım bozukluk-
larının yüksek bir oranda görüldüğünü göstermiştir.

Klinik Bulgular

A. BELİRTİ VE BULGULAR

Öfke patlamaları, farklı epizodlarda ortaya çıkar ve büyük ölçüde, bu patlamaları başlatan olaya göre oran-tısız tepkilerdir. Buna ek olarak, çoğunlukla alta ras-yonel bir motivasyon bulunmamaktadır ve bu saldırı-gan öfke patlamasının kendisinden anlaşılabilecek açık bir kazanç bulunmamaktadır. Hasta, davranışından sonra utanç, suçluluk duyguları ve pişmanlık dile ge-tirir ve çoğunlukla da neden bu şekilde davrandığı ile ilgili gerçek bir zihin karışıklığı yaşar. Bazı hastalar tükenme dönemleri ve bu tür şiddet davranışlarının hemen ardından ortaya çıkan uykululuk hali tarif eder.

B. PSİKOLOJİK TESTLER

Nöropsikolojik testler harfleri ters yazma gibi küçük bilişsel güçlükleri ortaya çıkarabilir. Dikkatli alınan bir öykü, konuşma gecikmesi ya da kordinasyonda yetersizlik gibi gelişimsel güçlükleri açığa çıkarabi-lir. Çocukluk döneminde Febril nöbet öyküsü, bilinç kaybının olduğu epizotlar ya da kafa yaralanması bil-dirilebilir.

C. LABORATUAR BULGULARI

Laboratuar bulguları spesifik değildir. Spesifik olma-yan EEG bulguları belirtilebilir. Pek çok araştırma projeleri, beyinomurolilik sıvısında değişmiş seratonin metabolizmasına dair işaretler ya da platelet modelleri bulmuşlardır.

Ayırıcı Tanı

Bu davranış alta yatan nörolojik bir travma tarafın-dan daha iyi açıklanabiliyorsa, doğru tanı genel tıbbi duruma bağlı kişilik değişimi –saldırgan tip- olabi-lir. Klinisyen saldırgan ya da tutarsız davranışların kişilik davranım bozukluğuyla daha iyi açıklanıp açıklanamayacağına karar vermelidir. Amaca yönelik davranışlarla birlikte daha sonraki hasta rolü yapma girişimleri, aralıklı patlayıcı bozukluktan ayırt edil-melidir. Yakın dönemdeki çalışmalar bu bozukluğu olan hastalarda, duygudurum ve madde kullanım bo-zukluklarının yaşam boyunca bir arada görülme ora-nın yüksek olduğunu ileri sürmüştür.

Tedavi

Hem psikoterapi hem de farmakoterapi aralıklı patla-yıcı bozukluk için kullanılan tedaviler olarak tanımlanmıştır. Fakat çift körlemesine, randomize, kontrol-lü çalışmalar yapılmamıştır. Antikonvulsan, antipsi-kotikleri, antidepressanlar, benzodiyazepinler, B blo-körleri, lityum karbonat, stimulanlar ve opioid antago-nistlerin kullanımıyla ilgili vaka raporları ya da açık denemeler bulunmamaktadır. Busiprone gibi yeni anksiyolitiklerin bireysel vakalarda etkilidir. Şu anki bilim-sel veri, bu bozukluğun tedavisiyle ilgili olarak yeter-

sizdir ve bir sonuca ulaşmamıştır. Bu nedenle klinis-yenler, kendi doğru klinik yargılarına güvenerek bi-reysel tedavi planlarıyla ilerlemek zorundadırlar.

Komplikasyonlar

Aralıklı patlayıcı bozukluk yasal zorluklarla, iş ka-yıplarıyla, kişiler arası ilişkilerdeki güçlüklerle ve boşanmayla birlikte karmaşık hale gelebilir. Uzun bir süre boyunca hastalar, sürekli olarak öfkeden kendilerini kaybetmeye yatkın olsalar da, bu hastalar bu öfke patlamalarından birinin neden olduğu bü-yük bir sorun yaşayana kadar tıbbi bir yardım arama-yabilirler.

Tedavinin olumsuz etkileri, bu rahatsızlığı teda-vi etmek için kullanılan belirli ilaçların yan etkileriye-le ilgilidir.

Prognoz

Aralıklı patlayıcı bozukluğun ergenlikte ya da genç yetişkinlikte başladığı ve 30'lu yılların sonuna kadar normal seyrini izlediği düşünülmektedir. Yine bura-da bu tür sonuçlara ilişkin veri oldukça sınırlıdır.

Kim SW: Opioid antagonists in the treatment of impulse-con-trol disorders. *J Clin Psychol* 1998;59:159.

McElroy SL, Soutullo CA, Beckman DA, et al.: DSM-IV inter-mittent explosive disorder: A report of 27 cases. *J Clin Psychol* 1998;59:203.

KLEPTOMANI



TANIDAN TEMEL İLKELER

DSM-IV-TR Tanı Kriterleri

- Kişisel kullanım ya da parasal değeri için gerek-sinilmeyen nesneleri çalmaya yönelik dürtülere tekrar tekrar karşı koyamama.**
- Hırsızlık girişiminde bulunmadan hemen önce giderek artan bir gerginlik duyumunun olması.**
- Hırsızlık girişimi sırasında haz alma, doyum bul-ma ya da rahatlama sağlama.**
- Kızgınlığını göstermek ya da intikam almak için çalma girişiminde bulunulmaktadır ve bu bir hezeyan ya da halüsinasyona yanıt değildir.**
- Çalma, Davranım Bozukluğu, bir Manik Epizot ya da Antisozyal Kişilik Bozukluğu ile açıklanamaz.**

(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disor-ders, 4th edn. Text Revision. Washington DC: Ameri-can Psychiatric Association, 2000'in izniyle).

Uyum Bozuklukları

29

Ronald M. Salomon, MD ve Lucy Salomon, MD

Çeviri: Mıhrimah Gürışık

Uyum bozukluklarının tanısı göreceli olarak kolay anlaşılır görünmektedir, klinisyene geniş bir aralıkta stresör ve Eksen 1 tanımlarını değerlendirmesi önerilir, ama bu bir çok güçlüğe yol açabilir. Stres faktörü gizliyse zorlu tanı durumları oluşabilir, örneğin; belirgin stresör olmadan önceki durağan hayat koşullarının değişimi. Klinisyen stresörle ilişkili olabilecek Eksen 1 tanı kriterlerine uyacak özelleşmiş semptomları mutlaka dışlamalıdır. Yalnız eksen 1 tanımları eğer kriterleri karşılanıyorsa kayıt edilmelidir. Bununla birlikte, farklı yeni bir stresör tanımlandığında, başka türlü sınıflandırılmayan anksiyete bozukluğu veya başka türlü sınıflandırılmayan depresif bozukluk tanımlarından, uyum bozukluğu tanısı daha uygun olabilir.

Hayat döngüsünün normal mücadeleleri sosyal ve kültürel olarak belirlenen beklenen sorumluluk dereceleriyle birlikte telaşa kapılmadan yürütülür. Buna rağmen, yaygın olarak karşılaşılan olaylar kişinin kendi görüşünün en önemli parçalarını bozabilir (Tablo 29-1) ve beklenenin dışında semptomları provoke edebilir. Uyum bozukluklarına yol açan stresörler sıklıkla 'baş çıkma problemleri' olarak adlandırılır. Ergenler arasında uyum bozuklukları sıklıkla aile veya arkadaş ilişkilerindeki hayalkırıklıklarını takiben ortaya çıkar. Özellikle homoseksüel ergenlerde karışık zorluklarla karşılaşılabilir. Erişkin suçlu mağdurlarda, ters yanıtların erken bulunması sonuçların gelişmesi için gösterilmiştir.

Her yaştan kişi psikiyatrik hospitalizasyon veya psikiyatrik bozuklukla ilişkisiz başka bir tedaviyi takiben uyum bozukluklarıyla karşılaşabilir. Örneğin; ciddi OKB sebebiyle hastaneye yattıktan sonra hasta OKB için atipik bir davranış bozukluğu gösterebilir. Bundan sonra uyum bozukluğu tanısı eklemek daha uygun olabilir. İstisna olarak ciddi veya aşırı stresörler maladaptif yanıtlara yol açabilirler. Emeklilik ve yaşlanma kaybetme hissi, sağlık ve canlılıkta tükenme, gelecek korkusunu beraberinde getirir. Semptomlar ve stresörün şiddeti akut stres bozukluğu için gerekli olanlardan daha az ise uyum bozukluğu tanısı daha uygun olabilir.

Tanısal Geçerlilik

Davranışçı veya duygusal semptom kriterlerinin eksikliği, uyum bozukluklarının tanı sınıflandırmasının geçerliliğini bazen sorgulatmaktadır. Tanısal kayıt hastalarla, sigortacı veya klinisyenlerle iletişime izin vermektedir. Bu araştırmalara odaklanarak ve terapötik seçimi takip ederek hastalık kontrolüne yardım etmektedir. Ayırıcı tanı, prognoz, süreç ve gelecek riskler hakkındaki güncel bilgi bozukluğun isimlendirilmesiyle aydınlatılabilir. Daha fazla çalışmaya gerek olmasına rağmen uyum bozukluğu tanısı çoğu beklentiye karşılamaktadır. Terapist kriterleri kolay karşılanan, pratik ve savunulabilir bulabilir. Bununla birlikte uyum bozukluğu tanısı anlaşmazlıklarından kaçınmak için uzlaştırmacı bir sınıflandırma haline gelmemelidir. Tanı sınıflandırması stresörlere yanıtın toplumsal ve bireysel standartlarını uzlaştırmaz. örnekler şunları içermektedir; ölüm isteği,ötenazi ve rasyonel intiharın toplumsal kabulü, biyolojik ve fonksiyonel (tamamen psikolojik) bozuklukların veya diğer benzer güncel durumların ayırımı. Psikopatolojinin altında yatan endikasyonlar yerine tartışmaların odağında kalmalıdır. zayıf özgünlük veya tartışmadan kaçınmak için kullanıldığında, uyum bozukluğu tanısının uygulanması etkili bir şekilde psikolojik ve organik patolojik ilişkileri yavaş yavaş yok etmekte ve psikiyatrik nozolojinin geçerliliğini azaltmaktadır.

Uyum bozukluğu tanısının klinik kullanımı diğer ülkelerde daha az olsa da, gerçek prevalans benzerdir. ICD-10'daki semptomların tanımı büyük oranda DSM-IV-TR'dekilerle örtüşmektedir. ICD-9'da 'uyum reaksiyonu' terimi haftalar ile aylar içinde sonlanan durumlar için kullanılırken, saatler ile günler arasında sonlanan semptomlar için 'akut stres reaksiyonu' kullanılmaktadır. Bu sistem retrospektif bakışı gerektirmektedir çünkü semptomların başlangıcında süre belirlenememektedir. Uyum bozukluğu tanısının kullanılmasında bir çok kültürler arası farklılıklar bulunmaktadır. Bazı Avrupa ülkelerinde tedavinin geri ödemesi minor durumlar için yoğun tedaviyi kapsamamaktadır. Latince *ataque de nervios* gibi

Tablo 29-1. Uyum Bozukluklarında Sıklıkla Gözlenen Presipitanlar

Kolej veya üniversite uyumu
Askere alınma
Ebeveyn veya arkadaş ölümü
Yeni evlilik veya beraber yaşama
Hamilelik
Yeni veya beklenen savaş
Yeni veya beklenen kayıp
Emeklilik
Kendinin, ebeveynin veya arkadaşın terminal hastalığı
Doğal afet

kültüre özgü sendromlar semptom çeşitliği gösterirler ve çoğu psikiyatrik ilgi için gelmezler. DSM-IV-TR'deki ek 1 kültürel sendromlara sadık kalmıştır. Ek olarak madde kullanımı ve alkolizm uyum bozuklukları hastalarına eşlik edebilir. Çünkü madde kötüye kullanımı tanısı bir ülkeden diğerine değişmektedir, tanının uluslararası standardizasyonu da mümkün olmayabilir.



TANIDA TEMEL İLKELER

DSM-IV-TR Tanı Kriterleri

- A. Zorlanma yaratan etkenin başlangıcından sonraki üç ay içinde, gösterilebilir bir etkene tepki olarak duygusal ya da davranışsal belirtilerin gelişmesi.**
- B. Aşağıdakilerden birinin varlığı ile kanıtlandığı üzere bu belirtiler ya da davranışlar klinik açıdan önemlidir:**
- (1) Zorlanma etkeniyle karşı karşıya kalma sonucu ortaya çıkması beklenene göre çok daha aşırı, belirgin sızıntı.
 - (2) Toplumsal ya da meslekileğitimsel işlevsellikte belirgin bozulma.
- C. Zorlanmayla ilişkili bozukluk başka özgül bir Eksen I bozukluğu için tanı ölçütlerini karşılamaz ve sadece önceden var olan bir Eksen I ya da II bozukluğunun bir alevlenmesi değildir.**
- D. Bu belirtiler yası göstermemektedir.**

E. Zorlanma etkeni (ya da bunun sonuçları) bir kez sonlanınca belirtiler ek bir 6 aylık süreden daha uzun sürmez.

(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edn. Text Revision. Washington DC: American Psychiatric Association, 2000'in izniyle).

Genel Değerlendirmeler

A. EPİDEMİYOLOJİ

Birleşmiş milletlerde, uyum bozukluğu tanısı oldukça yaygındır. Psikiyatrik görüşler arasında bir tahmine göre erişkinlerin %7.1'i ve ergenlerin %34.4'ü uyum bozukluğu tanısı almıştır. Fransa'da erişkinler arasında %13.7 gibi benzer oranla psikolojik problemleri olan hastalarda gözlenmiştir. Psikiyatrik hastalığı olsun ya da olmasın bütün hastaların %1'inde görülmüştür. Bu hastaların çoğu madde kötüye kullanımı ve davranış bozukluğu tanısı almayı hak eder. Psikiyatrik değerlendirme alan üniversite öğrencileri arasında çok büyük kısım uyum bozuklukları tanısı almıştır. Epidemiyolojik toplama alanı gibi geniş popülasyon çalışmaları uyum bozukluklarını incelememişlerdir (Kullanılan araçın, tanı görüşme tablosu, sensitivitesinin düşük olmasından dolayı). Gerçek popülasyon oranlarını ve klinisyenlerin uyum bozuklukları tanısını kullanma oranlarını etkileyen kültürel, geri ödeme ve mahremiyet kayıtlarını daha iyi anlamak için daha fazla çalışmaya gerek vardır.

B. ETİYOLOJİ

Uyum bozuklukları diğer psikiyatrik bozukluklar açısından risk altında olan kişilerde daha sık görülme eğilimindedir, buna bakarak etiyolojik faktörlerin ortak olabileceği söylenebilir. Posttravmatik stres bozukluğunda (PTSB) nörobiyolojik özellikler (ör, strese karşı yükselmiş kortikosteroid kan seviyesi) uyum bozukluğunun gelişmesiyle ilişkili olabilir.

Sıradan bir stresör hemen gözlenmeyebilir veya paradoksal olabilir. Evlilikte, gebelikte veya doğumdaki adaptasyon zorlukları suçluluk duygusunu ortaya çıkarabilir çünkü deneyim hoş karşılanmalıdır, sakınılmamalıdır. Hayat stili istikrarı için yapılan doğal seçimlerin değişim gerekli hedeflerle barışması zor olabilir. Örneğin; evli kişi beklenmedik şekilde ebeveynlik rolü, artmış sorumluluk ve azalmış özgürlükte karşı karşıya kalabilir. Gelişmiş baş etme sonuçlanabilir eğer kişi kendi ailesinde olabilecek yal-

Kişilik Bozuklukları

30

David Janowsky, MD

Çeviri: İrem Ekmekçi Ertek

■ KİŞİLİK BOZUKLUKLARI



TANIDA TEMEL İLKELER

DSM-IV-TR tanı kriterleri

A. Kişinin içinde yaşadığı kültürün beklentilerinden belirgin olarak sapan, süre giden bir davranış ve iç yaşantı örüntüsü. Bu örüntü aşağıdaki alanlardan ikisinde (ya da daha fazlasında) kendini belli eder.

- (1) Biliş (kognisyon) (yani kendini, başka insanları ve olayları algılama ve yorumlama yolları)
- (2) Duygulanım (yani duygusal tepkilerin görülme aralığı, yoğunluğu, değişkenliği ve uygulanlığı)
- (3) Kişilerarası işlevsellik
- (4) Dürtü kontrolü

B. Bu sürekli örüntü esneklik göstermez ve çok çeşitli kişisel ve toplumsal durumları kapsar.

C. Bu sürekli örüntü, klinik açıdan belirgin bir sınırtıya ya da toplumsal, mesleki ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya yol açar.

D. Bu örüntü değişmez, uzun bir süredir vardır ve başlangıcı en azından ergenlik ya da genç erişkinlik dönemine uzanır.

E. Bu sürekli örüntü başka bir mental bozukluğun bir görünümü ya da sonucu olarak açıklanamaz.

F. Bu sürekli örüntü bir maddenin (örn. Kötüye kullanılabilen bir ilaç ya da tedavi için kullanılan bir ilaç) ya da genel tıbbi bir durumun (örn. Kafa travması) doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edn. Text Revision. Washington DC: American Psychiatric Association, 2000'in izniyle).

Genel Değerlendirmeler

A. EPİDEMİYOLOJİ

Teşhis edilebilen kişilik bozukluklarının genel popülasyondaki prevalansı %10-%20 olarak hesaplanmıştır. Bu oran, ruh sağlığı tedavisi yapılan ortamlarda daha yüksektir, psikiyatrik hastaların %50 kadarı bir ya da daha fazla kişilik bozukluğu kriterini karşılamaktadır.

Bazı kişilik bozuklukları erkeklerde daha sıklıkla teşhis edilirken, bazıları kadınlarda daha yaygın görülür. Bu nedenle, örneğin, borderline kişilik bozukluğu kadınlarda daha çok görülür. Antisosyal kişilik bozukluğu da erkeklerde daha baskındır.

B. ETYOLOJİ

Kişilik bozukluklarının nedenleri iyi anlaşılmamıştır. Diğer psikiyatrik bozuklukların her tipinin temelinde olduğu gibi, kişilik bozuklukları da biyolojik, mizaç ve sosyal etyolojilerinin farklı kombinasyonlarını içerir. Tarihsel olarak, klasik psikoanalitik kuram kişilik bozukluklarının, psikoseksüel gelişimin olağan basamakları boyunca ilerlemekte başarısızlık yaşandığında ortaya çıktığını ileri sürmüştür. Oral dönemde takılmanın (infantil evre), talepkar ve bağımlı davranışla karakterize edilen bir kişiliğe neden olacağı düşünülmektedir, şu anki buna paralel durum da bağımlı kişilik bozukluğudur. Anal dönemde takılmanın (tuvalet eğitiminin olduğu dönem), obsesif olma, katılık ve duygusal olarak soğukluğa yol açacağı düşünülmüştür. Şu anki bu duruma paralel tanı da obsesif kompulsif bozukluktur. Fallik dönemde takılma (erken çocukluk), yüzeyselliğe ve yakın ilişkileri sürdürmekte zorluğa yol açacağı düşünülmektedir, bu duruma paralel tanı da histriyonik kişilik bozukluğudur.

Yukarıda bahsedilenlerle ilişkili olarak gelişimsel ve çevresel faktörler, kişilik konusunu çalışan araştırmacıların büyük ilgi odağıdır. Bu durum bir ölçüde, bu bozuklukların yaşamın erken döneminde başlamasından ve gerçek ve yıkıcı olarak algılanan çocukluk yaşantılarıyla sıklıkla ilişkili olmasından kaynaklanmaktadır. Bu ilginin bir kısmını, belirli kişilik bozuk-

luklarında, özellikle borderline ve histriyonik kişilik bozukluklarında, rapor edilen çok yüksek orandaki ihmal ve hastalarda çocukluk döneminde yaşanan cinsel, fiziksel ya da duygusal istismar oluşturmaktadır.

C. GENETİK

Genetik faktörler çoğu kez kişilik bozukluklarının etiyolojisinde etkilidir. Örneğin, aile, ikiz ve evlat edinme çalışmaları, şizotipal kişilik bozukluğunun ailedeki şizofreni öyküsüyle ilişkili olduğunu öne sürmüştür. Benzer çalışmalar, antisosyal ve borderline kişilik bozukluklarıyla ilişkili genetik faktörleri tanımlamıştır.

Klinik Bulgular

A. İŞARETLER VE SEMPTOMLAR

A.B.D'de kişilik bozuklukları Amerikan Psikiyatrik Birliğinin Ruhsal Hastalıkların Tanı Ölçütleri El kitabı, revize edilmiş 4. Baskı (DSM-IV-TR)'sında, bu bozuklukları Eksen I'de kodlanan diğer ruhsal hastalıklardan (örn. bipolar bozukluk, şizofreni, panik bozukluk) ayırabilmek için Eksen II'de kodlanmıştır. Hem Eksen I hem de Eksen II bozuklukları sıklıkla aynı anda görülebilir.

Kişilik bozuklukları DSM-IV-TR'da tanımlandığı gibi, "bir kişinin kültürünün beklentilerinden belirgin bir şekilde sapan içsel yaşantı ve davranışları sürekli olarak sergilemesidir. Bunlar, çok yaygındır ve esnek değildir. Yetişkinlikte başlar, zaman içinde stabildir ve sıkıntı ve işlevsellikte bozulmaya yol açar" şeklinde tarif edilir. DSM-IV-TR'daki kişilik bozuklukları uzun dönemdeki işlevsellikle temsil edilir ve hastalık epizotlarıyla sınırlı değildir.

DSM-IV-TR sınıflamasının amacına uygu olarak, 10 kişilik bozukluğu bulunmaktadır ve bunlar 3 büyük kategori ya da küme içinde gruplandırılır. A Kümesi (paranoid, şizoid ve şizotipal) genellikle tuhaf ya da ekzantrik kişilerden oluşur. Bu kişilerin, anormal bilişleri olabilir. Mesela aşırı derecede şüpheli olma, acayip ifadeler sergileme ya da tuhaf konuşma gibi. B kümesindeki kişilik bozuklukları (antisosyal, borderline, histriyonik ve narsistik) dramatik ve eyleme vuruk davranışları olan kişilerden oluşur. C kümesindeki bozukluklar (kaçıngan, bağımlı, obsesif-kompulsif) genellikle belirgin anksiyete ve yenilikten kaçınmayla belirgin kişilik bozukluklarını içerir.

Bir şekilde diğer kümelerdeki kişilik bozukluklarının aynı anda görülmesi gibi, bir kümedeki çeşitli kişilik bozukluklarının aynı anda görülmesi de yaygındır. Bunun yanı sıra, belirli bir kişilik bozukluğu için kriterleri karşılayan bir hasta, farklı kümelerdeki bozuklukların özellikleriyle birlikte, aynı kümedeki diğer bozuklukların da bazı özelliklerini gösterir. 10 kişilik bozukluğuna ek olarak, DSM-IV-TR, iki ek bozukluğu da içermektedir. Bunlar, pasif agresif bozukluk ve depresif kişilik bozukluğudur. Ayrıca başka türlü adlandırılmayan kişilik bozuklukları diye

isimlendirilen bir kategoride bulunmaktadır.

Bir bütün olarak kişilik bozuklukları, tanı konması ve tedavi edilmesi en zor ve en karmaşık olan duygusal bozukluklardan biridir. Tanı koymak bir ölçüde; bozuklukların çoğu kez birbirinden ayrırtılması zor olduğundan, semptomlar arasında örtüşme olduğundan ve her bir tanı için normal ve patolojik olan arasındaki sınır belirgin olmamasından dolayı zordur. Kişilik bozukluklarını tedavi etmek zordur. Neredeyse tanım gereği kişilik bozuklukları, sorun yaşayan kişi tarafından anormal ya da sapkın olarak algılanmayan iyi yapılandırılmış davranış ve düşünce biçimleridir.

Kişilik bozukluklarının görünüşleri, sıklıkla yaşamın erken döneminde belirgindir. Çocuklardaki saldırganlık ve çalma gibi bazı davranışlar daha sonraki antisosyal kişilik bozukluğu gibi kişilik problemlerinin öncüsüdür. Fakat çocukluk dönemindeki izolasyon ve utangaçlık gibi diğer davranışların, daha sonraki C kümesindeki bozuklukları öngörmeye pek değeri yok gibi görünmektedir.

B. PSİKOLOJİK TESTLER

Bir dizi psikolojik test kişilik özelliklerini ve kişilik bozukluklarını değerlendirmek için geliştirilmiştir. Bunlardan en belirgin olanları, Milton Klinik Çok Eksenli Envanter (MCMI) ve Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri (MMPI)'dir.

MCMI, kişinin kendisi tarafından doğru –yanlış şekilde doldurulur ve kişilik tarzı, önemli kişilik örtüntüleri ve bunlarla ilişkili klinik bozukluklarla ilgili bilgi sağlar. Envanter 344 maddeden oluşmaktadır, bu maddeler de birbiriyle örtüşen 22 ölçeğin içinde gruplanmıştır. Bu ölçekler, 4 tane geçerlilik ölçeğinden, 11 tane klinik ölçekten, 5 tane tedaviyle ilgili ölçekten ve 2 tane kişilerarası ölçekten oluşmaktadır. MCMI'dan farklı olarak Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri ruhsal hastalıklara tanı konulması konusunda yardımcı olmak için geliştirilmiştir. Fakat bu ölçek çoğu kez kişileri çok genel bir şekilde tanımlar. Bu ölçek 500 maddeden oluşmaktadır ve 9 tane temel klinik ölçeği içermektedir (hipokondriazis, depresyon, histeri, psikotik sapma, maskülen/feminen, paranoya, anksiyete, şizofreni ve mani). Bu Envanterde geçerlilik ölçekleri de bulunmaktadır. Çeşitli yarı yapılandırılmış görüşme protokolleri gibi, mesela kişilik bozukluklarına tanı koymak için kullanılan DSM-IV-TR için Yapılandırılmış Klinik Görüşme, başka değerlendirme araçları da geliştirilmiştir.

C. LABAROTUVAR BULGULARI

Kişilik bozuklukları için spesifik büyük ölçüde kanıtlanmış biyolojik işaretler (marker) bulunmamaktadır. Fakat, belirli ilişkilerin varlığı da rapor edilmiştir. Örneğin şizotipal kişilik bozukluğu olan hastalarda platelet monoamin oksidaz aktivitesinin düşük olduğu bulunmuştur. Ayrıca, intihar girişimleri ve saldırgan davranışları olan borderline kişilik bo-

KISIM III

Çocuklarda ve Ergenlerde Psikiyatrik Bozukluklar

Zihinsel Engellilik

31

Ludwik S. Szymanski, MD, Sandra L. Friedman, MD, MPH ve Elizabeth L. Leonard, PhD
Çeviri: Hale Yapıcı Esen

TERMİNOLOJİ

Avrupa'da genellikle Zihinsel engellilik (ZE) olarak kullanılan terim, şimdilerde, daha önceleri kullanılan Mental Gerilik (MG) terimi yerine tercih edilmeye başlandı, fakat bu iki terim halen birbirlerine yerine kullanılabilmektedir. "Gelişimsel özrürlük", Gelişimsel Özürlüler Yardımlaşma ve 1996'da Düzeltilmiş Hukuk Beyannamesi tarafından belirlenmiş yasal terimdir ve tüm yetki alanlarındaki kullanımı "Gelişimsel özrürlük" olarak belirlenmiştir. Bu durum, mental yada fiziksel bozukluğa bağlı, 22 yaşından önce başlayan, muhtemelen hayat boyu sürecek, üç veya daha fazla majör yaşamsal aktivitede çok önemli işlevsel sınırlamaya sebep olan ve hayat boyu yardım veya destek gerektiren mental ve/veya bedensel noksanlık durumudur.

TANIM

ZE bir hastalık veya tek bir bozukluk var oluşunu ifade etmemektedir. ZE, insanın yaşı, eğitimi ve sosyokültürel gereksinimleri için beklenen düzeyin altındaki zihinsel ve adaptif işlevlerle karakterize olan değişik etiyolojilere ait bir davranışsal sendromdur. Aslında, daha kesin bir deyişle, duygudurum bozukluğu veya psikotik bozukluk gibi zihinsel bir bozukluk değildir. Zaman içerisinde ZE'nin resmi tanımlamaları evrim geçirmiştir. Modern olanları üç faktördür: (1) zihinsel işlemede (2) adaptif işlemede yoksunluk gerektirir ve (3) 18 yaşından önce başlamalıdır. Birleşik Devletler'de, standart tanımlama; Zihinsel Bozuklukların Tanı ve İstatistik Kılavuzu, dördüncü baskı, Tekst Revizyonlu (DSM-IV-TR) (Amerikan Psikiyatri Birliği 2000)'nde bulunmaktadır.



TANIDA TEMEL İLKELER

DSM-IV-TR Tanı Kriterleri

Zeka Geriliği (Mental Retardasyon)

A. Belirgin bir şekilde ortalamanın altında zihinsel işleme: Bireysel olarak gerçekleştirilen bir IQ testinden yaklaşık olarak 70 veya altındaki bir IQ (bebekler için, belirgin bir şekilde ortalamanın altında seyreden zihinsel işleme olduğuna dair klinik karar)

B. Halihazırdaki adaptif işlemede eşzamanlı eksikliklerin veya noksanlıkların (örneğin; kişinin yaşı veya kültürel gurubu için gerekli standartları sağlamadaki etkinlik) şu alanlardan en az iki tanesinde bulunması: İletişim, kişisel bakım, ev yaşantısı, sosyal kişiler arası yetiler, toplumsal olanakların kullanımı, kendini yönetme, fonksiyonel akademik yetiler, iş, boş zaman, sağlık ve güvenlik.

C. Başlangıç 18 yaşından öncedir

Zihinsel bozukluğun ciddiyet düzeyini yansıtan kodlama temelli derecelendirme:

Mental Retardasyon aşağıdaki ciddiyet düzeylerine ve kodlamalarına sahiptir:

317	Hafif Zeka Geriliği	IQ düzeyi 50-55'ten yaklaşık 70'e kadar
318.0	Orta seviyede Zeka Geriliği	IQ düzeyi 35-40'tan 50-55'e kadar

- 318.1 Şiddetli Zeka Geriliği IQ düzeyi 20-25'ten 35-40'a kadar
- 318.2 Yoğun Zeka Geriliği IQ düzeyi 20-25'in altında
- 319 Zeka Geriliği Düzeyi Tanımlanamamış: Zihinsel geriliğin bulunduğu bir güçlü bir kanaatin vardır fakat kişinin zekası standart testlerle ölçülemez

(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edn., Text Revision. Copyright 2000 American Psychiatric Association'ın izniyle).

En yaygın ikinci tanımlama Amerikan Zeka Geriliği Birliğine aittir. Bu da 18 yaşından önce başlangıcı gerektirir ve belirli sınırlamaların varlığını (A) zihinsel fonksiyon (bireysel olarak gerçekleştirilen değerlendirme bulgusuyla tespit edilen 2 veya daha aşağı standart derivasyonda IQ skoruna sahip ciddiye de-recesi) ve (B) adaptif davranış (kavramsal, sosyal ve pratik yetilerde). Her iki tanımlamanın da netice verilebilmesi için adaptif davranış genellikle klinik olarak değerlendirilir, fakat Vineland Adaptif Davranış Ölçütü gibi ölçüm araçlarının kullanımı tavsiye edilir. Amerikan Zeka Geriliği Birliği (AZGB) tanımlaması bu ölçüt araçlarının tespit ettiği ortalamanın 2 veya daha az standart sapmaya sahip skorları kesin olarak belirlemektedir.

Böylece, eğer bir kişinin IQ'su sınır puanına ya-kınsa, (aracın hata payına göre genellikle ± 5 puan-dır) teşhis adaptif işlev seviyesine bağlı olarak belirle-necektir. Bu nedenle, bu kişiye ZE teşhisi konulabilir, örneğin, okul çağındayken zayıf akademik yetilere bağlı olarak öğrenme bozulabilir, fakat bir yetişkin için önemli olan iş/görev yetilerinin edinilmesiyle bir-likte konulan bu teşhis zamanla kaybedilebilir.

ÖZET

1. ZE tek bir bozukluk değildir.
2. ZE üç önemli koşulun bulunmasını gerektiren davranışsal bir sendromdur. Bu koşullar: (1) zihinsel ve (2) adaptif fonksiyonda belirgin sınırlama, (3) 18 yaşından önce başlaması. Sade-ce IQ'nun ortalamanın altında olmasıyla teşhis edilemez.
3. Teşhis kişinin sosyo-kültürel, dilsel farklılıkları ve benzer engelleri göz önüne alınarak konul-malıdır.
4. ZE'nin ömür boyu sürmesi zorunlu değildir.
5. ZB'a sahip her insan öğrenme ve ilerleme gös-terme yeteneğine sahiptir ve hepsi her hangi

bir iyileştirme programının desteklemesiyle güçlü/iyi özelliklere sahip olabilirler.

American Association on Mental Retardation: *Mental Retardation: Definition, Classification, and Systems of Supports*, 10th edn. Washington, DC: American Association on Mental Retardation, 2002.

Sparrow SS, Balla DA, Cicchetti DV: *Vineland Adaptive Behavior Scales*. Circle Pines, MN: American Guidance Series, 1984.

Genel Değerlendirmeler

A. EPİDEMİYOLOJİ

Tanımına bağlı olarak ZE'nin prevalans tahminleri zaman içinde değişmiştir. Mevcut tanımlara göre ra-kam yaklaşık olarak nüfusun %0.7-1'i olduğu düşü-nülmektedir ve vakaların yaklaşık üçte ikisinde böl-gesel farklılıklar olmasına rağmen ciddiye hafif aralığı içerisinde. Zihinsel bozukluğa sahip kişiler, prevalansı %16 ve %71 arasında değişen ve tüm teş-hissel kategorileri içeren şekilde komorbid ruhsal bo-zukluklar için artmış risk altındadır,

B. ETİYOLOJİ

Zihinsel ve diğer gelişimsel bozuklukların etiyolojik değerlendirmesi, yara alma süresini veya beyin geli-şimini ve beynin gelişim sürecinin gelişimsel fonksiy-onu olan etkisini de hesaba katan kavramsal bir çer-çeve olgusuna gerek duyar. Prenetal, perinatal ve postnatal dönemlerde ortaya çıkmaya başlayan ZE'ye katkıda bulunabilecek birden fazla faktör bulunmak-tadır. ZE'nin birçok farklı sebebi vardır ve bazen bi-yolojik, sosyal, davranışsal ve eğitimsel faktörler bir kişinin işleyişini etkilemek üzere birbirleriyle etkile-şirler (Tablo 31-1). Tüm bu üç zaman çerçevesinde maruziyet çeşitlerinde benzerlikler bulunabilir, örne-ğin; enfeksiyon, toksinler ve besinsel, çevresel ve kimyasal maddelerin yoksunluğu gibi. Fakat, bu ma-ruziyetlerin zamanlaması sıklıkla ZE'nin derecesini belirler. Ek olarak, ne kadar fazla belirgin etiyolojik maruziyet varsa, o kadar fazla özürlülük çeşidinin (motor fonksiyon, iletişim, sosyal ve kendine yardım yetisi gibi) ortaya çıkması muhtemeldir.

1. Perinatal maruziyet—Perinatal maruziyetin do-ğum asfiksisi ile ilişkilendirilmesi büyük oranda zi-hinsel özüre ve serebral palsiye sahip çocuklar için ön-görülmektedir. Hipoksi ve iskemik ile ilişkili olaylar hem prematüre hem normal zamanlı bebeklerde ne-densel olabilir. Enfeksiyonlar ve bunların sonuçları gibi diğer perinatal olaylar gelişimsel oluşumlara ay-rica katkıda bulunabilir.

2. Postnatal sebepler—Postnatal sebepler edinilen sebeplerdendir. Hafif zeka geriliği yeterli besin ve sosyal destek eksikliği ile ortaya çıkan postnatal çev-reysel yoksunluk ile ilişkilendirilmiştir. Ek olarak, en-feksiyonlar, anoksi, travma, serebral vasküler olaylar

Öğrenme Bozuklukları

32

Michael G. Tramontana, PhD

Çeviri: Şengül Tosun Altınöz

TANIM

Öğrenme bozukluğu ve öğrenme güçlüğü terimleri sıklıkla birbirini yerine kullanılmakta; ancak daha yaygın olarak öğrenme güçlüğü terimi kullanılmaktadır. Öğrenme güçlükleri tanımı için temel gelişme ABD Ulusal Öğrenme Bozukluğu Birleşik Komitesi (NJCLD)'den gelmektedir. Ulusal Öğrenme Bozukluğu Birleşik Komitesi (NJCLD), öğrenme güçlüğü, dinleme, konuşma, okuma, yazma, muhakeme etme veya matematik yeteneklerin kazanımı ve kullanımındaki önemli güçlükler yoluyla kendini gösteren heterojen bir grup bozukluğa atıfta bulunan jenerik bir terim olarak tanımlar. Bu bozukluklar kişiye özgüdür ve bunların merkezi sinir sistemindeki işlev bozukluklarından kaynaklandığı tahmin edilir. Öğrenme güçlüğü, diğer engellilik durumları (örn., duysal bozulma, mental retardasyon, sosyal ve duygusal sıkıntılar) veya çevresel etmenler (örn, kültürel farklılıklar, yetersiz/uygunsuz öğretme, psikojenik faktörler) ile birlikte olabilmesine rağmen; doğrudan bu koşullar veya etmenlerin sonucu değildir (Hamill ve ark., 1981, s. 336).

Bu tanım, öğrenme güçlüğü, özellikle merkezi sinir sistemindeki işlev bozukluğundan kaynaklandığını öngören, 1975'teki Tüm Engelli Çocuklar İçin Eğitim Hareketi (Education for All Handicapped Children Act)'nde ele alınmasından daha öncesine dayanır (P.L. 94-142). Bu, önceki tanımlarda da ima edilmesine karşın; daha öncesinde hiçbir zaman açıkça tanımlanmamıştır. Bu nedenle yeni tanım, tanı ve ayırdedici tanı açısından var olan büyük miktardaki karışıklık ve belirsizliği çözmeye yardımcı olmaktadır. Akademik başarısızlıktaki eksiklikler, tek başına veya kombinasyon halinde işleyen çok sayıda faktörden kaynaklanabilir. Öğrenme güçlüğü vardır diyebilmek için beyin işlev bozukluklarının bazı formlarının söz konusu olduğu temelinde bir çıkarım yapılabilmelidir.



TANIDA TEMEL İLKELER

Tanısız Kriter

Ruhsal Bozuklukların Tanısız ve Sayımsal Elkitabı, Dördüncü Basımı (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition, Text Revi-

sion (DSM-IV-TR), üç tip öğrenme bozukluğu tanımlar: (1) okuma bozukluğu, (2) matematik bozukluğu ve (3) yazılı anlatım bozukluğu. Her bir bozukluk şunların belgelenmesine bağlıdır

- Bireysel olarak uygulanan standart testlerle değerlendirildiğinde, kişinin kronolojik yaşı, ölçülen zeka düzeyi ve yaşına uygun olarak aldığı eğitim göz önünde bulundurulduğunda bu alanlardaki başarısı beklenenin önemli ölçüde altındadır.
- Bozukluk okul başarısını ya da özel yetenek gerektiren günlük yaşam etkinliklerini önemli ölçüde bozmaktadır.
- Duyusal bir bozukluk varsa bile bu alandaki beceri eksikliği genellikle buna eşlik eden daha fazladır.

Bu kriterlere özgü olarak, gözlenen eksikliğin ciddiye, miktarı ve özelliğinin (okumada mı, matematikte mi yoksa yazılı anlatımda mı olduğu) ısrarcılığı gözönüne alınır. DSM-IV-TR'de tanımlanmamasına rağmen bu alanda yaşanan sıkıntı, belirgin veya önemli olmalıdır. Bununla ilgili günlük yaşam işlevlerini etkilememelidir. Ayrıca bunlar basitçe zeka, duysal veya eğitimsel sınırlılıklara özgü olmamalıdır.

Başka türlü adlandırılmayan öğrenme bozukluğu tanı kategorisi, okul başarısını etkileyen, ancak spesifik bir öğrenme bozukluğu için tanı kriterlerini karşılamayan okuma, matematik ve yazılı anlatım alanlarındaki sorunları tanımlar. Bu, bir bozukluk olarak göz önüne alınmaması gereken belirsiz bir kategoridir. En iyi durumda, öğrenme bozukluğundan şüphelenilen ancak rutin araçlar yoluyla belgelenemeyen bozukluklara vurgu yapar.

Genel Değerlendirmeler

A. EPİDEMİYOLOJİ

Tahminler değişmekle birlikte, ABD'de tüm okul çocuklarının yaklaşık %2-8'inin bir öğrenme bozukluğuna sahip olduğu düşünülmektedir. Sürekli dağılım açısından uzlaşılan kesme puanı temel alındığında, yapılan tahminlerin bir dereceye kadar tesadüf olduğu söylenebilir. Bu tahminler sadece tanı için göz önüne alınması gereken kriterlerin objektifliği üzerine yapılan tartışmalardan (bakınız aşağıya) etkilenme-

mekte aynı zamanda özel servisler tarafından tahsis edilen kamu politikalarından da etkilenmektedir.

ETİYOLOJİ

Ulusal Öğrenme Bozukluğu Birleşik Komitesi tarafından yapılan öğrenme bozuklukları tanısı, geniş terimler temelinde etiyoloji konusunu ele alır. Bir formda ya da diğerinde, kişinin okuma, matematik veya yazılı anlatım alanlarındaki öğrenme güçlüğünün kaynağı beyindeki işlev bozukluğudur. Bu beyin işlev bozukluğu, özellikle fetal beyin gelişiminin orta veya ileri evrelerinde ortaya çıkan kongenital veya genetik faktörlerden türeyebilir. Nöropatolojik çalışmalar, mevcut olan öğrenme bozukluğunun türü için açık örüntünün değişecek olmasına rağmen, görece olarak hafif düzeydeki düzensizliklerin (örn., fokal displazi, anormal kortikal tabaka, polimikrogi), sıklıkla da sol perisylvian bölgedeki kümelenme varlığına işaret etmektedir. Bu gözlemler öğrenme bozukluklarının spesifik doğasını; daha önceden veya daha yaygın olarak beyin gelişiminde ortaya çıkan anormalliklerin özellikle daha gelişmiş bozuklukları, örneğin mental retardasyonu, ortaya çıkarabileceğini açıklamaktadır. Doğum sonrası yaşanan travmalar, özel bir yeteneğin kaybindan ziyade yeteneğin kazanımını etkilemek koşuluyla bir faktör olabilir. Benzer eksikliklerin ortaya çıkması olası olmakla birlikte komite, öğrenme bozukluğunu edinilmiş bir beyin hasarı olmaktan ziyade nörogelişimsel bir bozukluk olarak göz önüne almaktadır.

Öğrenme bozukluklarının nedenlerini ele alan çok sayıda yanlış kavramsallaştırma bulunmaktadır. Bu yanlış kavramsallaştırmalardan biri yetersizliğe sahip çocukların bozukluk sergilemedikleri; daha ziyade bazı gelişimsel boyutlarda gecikmeler sergiledikleri yönündedir. Bu kavramsallaştırmaya göre bu güçlükler olasılıkla diğer bir beyin işlevindeki daha yavaş olgunlaşmayı yansıtmaktadır. Bu, belirlenmiş bir beyinsel hasarın yokluğunda nasıl belirgin, ciddi bir bozukluğun olabildiğini açıklayabilir. Ancak son zamanlarda yapılan araştırmalar bu hipotezi desteklememektedir. Öğrenme bozukluğu olan çocukların beyinlerinin bazı biçimlerde olgunlaşmamış ya da gelişimini tamamlamamış olduğuna dair kanıt bulunmamaktadır. Bunun yerine daha yeni ve detaylı araştırmalar spesifik yapısal anormallikleri belgelemektedir. Öğrenme güçlüğü olanların performanslarının daha küçük normal bir çocuğunkine veya sonuçta bozukluk geliştirenlere benzediğine yönelik bir gösterge yoktur. Öğrenme güçlüklerine sahip çocuklar normal matematik, okuma ve yazma için gerekli performans sürecinde sadece gecikmiş değildirdir aynı zamanda bu alandaki yetenekleri sapsıdır. Yaşamın erken yıllarında bozukluk "sessiz" olabilir. Normal beyin gelişimine yönelik yanlış bir izlenim ortaya çıkabilir. Sadece çocuk okula başladığında kanıtlar oluşabilir.

Galaburda AM, Kemper TL: Cytoarchitectonic abnormalities in developmental dyslexia: A case study. *Ann Neurol* 1979;6:94.
Hammill DD et al.: A new definition of learning disabilities. *Learn Disability Quart* 1981;4:336.

Klinik Bulgular

A. PSİKOMETRİK KRİTERLER

Öğrenme güçlüklerini tanımlamak için açık işlevsel kriterlere ihtiyaç vardır. Örneğin, bir bireyin başarısının beklenenin önemli ölçüde altında olup olmadığına (bir DSM-IV-TR tanısı kriteri) nasıl karar verilecektir? Genellikle bu karar, kişinin zeka katsayısını (IQ) ölçen standardize testler ve bir ya da daha fazla alandaki başarısını ölçen bir başarı testinden elde edilen puanlar arasında var olması gereken minimum farkı şart koşan bazı ayırıcı kriter türleri üzerine temellenir.

Standart puanların kullanımında, IQ-başarı karşılaştırması yapmak belki de en yaygın olarak kullanılan değerlendirme şekillerinden biridir. Minimum fark, tipik olarak 1-2 standart sapma (SS) veya ortalama olarak 100 için 15-30 standart puan ve 15 SS olmakla birlikte; farklı okul sistemleri kendi kesme puanlarını koyarlar. Örneğin 105 IQ ile, 90 veya daha az başarı testi puanı ile ölçülen birey ayırıcı kriteri karşılamak için 1 SS, 2 SS'da 75 veya daha az puana ihtiyaç duyabilir. Bu yöntemin problemi, IQ ve başarı testi puanları arasındaki korelasyon için doğrunun olmamasıdır. IQ ve başarı testi puanları genellikle orta derecede korelidir. Böylece ortalamaya kayma eğiliminden dolayı bir testten alınan yüksek bir puana sıklıkla diğerinden alınan daha az uç (daha az düşük) bir puan eşlik edecektir. Sonuç olarak, öğrenme bozukluğuna sahip olmak açısından yüksek IQ'ya sahip kişiler tanının-üstünde; düşük IQ'ya sahip olanlar da tanının-altında olma eğilimindedirler.

Daha iyi bir yaklaşım, IQ ve başarı arasındaki ilişkiyi karşılaştırmak için standart test skorları ayarlayan regresyon temelli kriterden yararlanmaktadır. Bir regresyon denklemi, IQ ile ilişkisinden elde edilen temel üzerine her bir başarı ölçümünden türetilmiştir (Bu ilişki sıklıkla yayınlanmış test kitapçığında ulaşılabilmektedir). Bu yaklaşım esas başarı ve IQ ölçümü ile öngörülen beklenen başarı arasındaki herhangi bir farklılığı incelemeye izin verir. Tahminin 1 ve 2 standart hataları (SH tahmin) arasındaki kesme puanı tipik olarak farklılığın anlamı olup olmadığını değerlendirmede kullanılır.

B. ALT TIPLER

Öğrenme bozuklukları tek başına ya da kombinasyonlar halinde olur. Açıkça, altta yatan bilişsel kusur örüntüsü, kaç tip öğrenme bozukluğunun mevcut olduğuna bağlı olarak değişecektir.

Öğrenme bozukluklarının her tipi daha sonra farklılaşabilir ya da altta yatan kusur örüntüsü temelinde alt tiplere ayrılabilir. Şimdiye kadar, temelde pek çok araştırma, okumaya odaklanılmış; disleksi veya öğrenme güçlüğünü özellikle iki güçlü örüntü olarak tanımlamıştır: işitsel-dilbilimsel alt tip ve görsel-

Motor Beceriler Bozukluğu ve İletişim Bozuklukları

33

Michael G. Tramontana, PhD ve Barry Nurcombe, MD
Çeviri: Şengül Tosun Altınöz

MOTOR BECERİLER BOZUKLUĞU (GELİŞİMSEL KOORDİNASYON BOZUKLUĞU)



TANIDA TEMEL İLKELER

DSM-IV-TR Tanı Kriterleri:

- Devinsel eşgüdüm (motor koordinasyon) gerektiren günlük etkinliklerdeki yeterlik, kişinin kronolojik yaşı ve ölçülen zeka düzeyi göz önünde bulundurulduğunda beklenenin önemli derecede altındadır. Bu devinsel (motor) dönüm noktalarına (örn., yürüme, emekleme, oturma) ulaşmada belirgin gecikmelerin olması, eşyaları düşürme, "sakarlık", spor yaparken düşük yeterlik gösterme ya da el yazısının bozuk olması ile kendini gösterir.**
- A tanı ölçütündeki bozukluk okul başarısını ya da günlük yaşam etkinliklerini önemli ölçüde bozmaktadır.**
- Bu bozukluk genel tıbbi bir duruma bağlı değildir (örn. serebral palsy, hemipleji ya da musküler distorji) ve bir Yaygın Gelişimsel Bozukluğun tanı ölçütlerini karşılamamaktadır.**
- Mental retardasyon varsa bile devinsel (motor) sorunlar genellikle buna eşlik edenden çok daha fazladır.**

(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edn., Text Revision. Copyright 2000 American Psychiatric Association'ın izniyle).

Genel Değerlendirmeler

Son zamanlarda yapılan araştırmalar gelişimsel koordinasyon bozukluğunun birkaç alt kategoriye ayrılabilirliğini göstermektedir (Tablo 33-1)

A. EPİDEMİYOLOJİ

Okul dönemi çocuklarının %6'sının gelişimsel koordinasyon bozukluğuna sahip olduğu tahmin edilmektedir. Algısal motor kusurları olan çocuklar, psikolojik uyumsuzluk ve eğitimsel problemlerle yüksek bir birlikteliğe sahiptir.

B. ETYOLOJİ

Motor gelişim, refleks hareketleri üzerine aşamalı bir biçimde merkezi bir kontrol kazanımını içerir. Bu kazanımın, erken bebeklik döneminin spontan, döngüsel hareketlerinin ve reflekslerin bastırılması ile mi yoksa bebek hareketlerinin istemli motor beceriler olmaya başladığı elementlerde birleşmesi ile mi tartışmalıdır.

Becerili hareketler, özel hedefler veya amaçlar seti ile ilişkili bir aktivite programını gerektirir. Bu program, hiyerarşik olarak organize olan yürütücü kontrol altındaki alt programlar silsilesinden oluşur. Bir kez edinildiğinde, motor beceriler biçimlendirilebilir. Örneğin, yürümeyi öğrenen bir çocuk bunu yumuşak, sert, düz ve zor yüzeylerde de yapabilir. Programlanmış alt programların farklı durumlara adaptasyonu doğru algı, merkezi işleme, yürütücü kontrol ve ilerleyici geribildirim gerektirir. Arzu edilen hedef başarılarına kadar geribildirim amaca ulaşmak için gözlemler ve hareketin zamanlaması, hızı, gücü ve yönünü değiştirir. Başlangıçta, çocuk becerisini ustalaştırmakla mücadele ederken, geribildirim, kaba hareketler üretir. Sonuçta, beceri, merkezi olarak düzenlenir ve alt rutinler otomatikleşir. Çok sayıda yetenek, sınırlı sayıda uygulanmış alt rutinlerin tümleşik kurallarla uyum içinde yayılması ile inşa edilebilir. Tümleşik kurallar, alt rutinleri hiyerarşik bir şekilde organize eden bir çeşit gramer olarak hareket eder. Eğer temel refleksler bastırılamaz ya da program içinde birleştirilemezlerse veya şu izleyen işlevler gecikirse: algı, merkezi işleme ve programlama, motor işlevler ya da geribildirim; becerili performans gecikebilir.

Minimal beyin hasarı veya minimal beyin işlev bozukluğu hipotezleri, önceden, minor sensorimotor anormallikleri veya immatüritelere açıklamak için türetilmiştir. Ancak bu hipotezler kanıtlanmamıştır. Eksiklik ya da gecikmelerin periferik veya merkezi

Tablo 33–1. Gelişimsel Koordinasyon Bozukluğunun Alt Kategorileri

Sakarlık: ince motor hareket performansındaki yetersizlik.
Beklenmedik hareketler: sinkinezi, kore, tremor veya tikler
Dispraksi: becerili davranışları tamamlamak için istemli seri hareketleri oluşturmama veya öğrenememe
Duruma özgü dispraksi: Yazma (disgrafi), çizme (yapısal dispraksi) veya konuşma (sözel dispraksi) göz önüne alındığında kişinin yaşına göre beklenenin altında motor performans sergilemesi
Saf nörolojik belirtiler: Lokalize edilebilir nörolojik bir hastalık veya kusurun olmadığı durumda, motor veya duyuşsal nörolojik testler üzerinde standard dışı performans
Patolojik ele sahip olma: Sol hemisfer kusuruyla bağlantılı sol ellilik ve sağ elin motor parezisi

aparatta olup olmadığı; eğer öyleyse de bunların gelişimsel koordinasyon bozukluğu ile nasıl ilişkili olduğu konusu net değildir.

C. GENETİK

Çocukluk dönemi başlangıçlı diğer pek çok nörolojik bozuklukta olduğu gibi, bu durumla da ilişkili çok sayıda yatkınlıdır. Genetik faktör vardır. Ancak bunların hiçbirini henüz tanımlanmamıştır.

Klinik Bulgular

A. BELİRTİ VE SEMPTOMLAR

1. **Sakarlık**—Sakar çocuk, ince-motor performansta yetersiz, yavaş ve kabadır. Agonist ve antagonist kaslar zayıf bir koordinasyon sergiler. Motor dönüm noktası gecikmiştir. Çocuk eşyaları düşürür, dengesini kaybetmeye eğilimlidir ve el-göz koordinasyonu gerektiren aktivitelerde zayıf performans sergiler. Sakarlık bazı özel kas gruplarını (örn., ağız ve yüzle ilgili, el ve parmaklar, omuz eklem desteklikleri), birkaç kas grubunu veya tüm vücut kas sistemini etkileyebilir. Özellikle çocuğun sakarlığı öğrenme problemleri ile bağlantılı ise; sosyal gelişimin etkilenmesi olasıdır.

2. **Beklenmedik hareketler**—Bu hareketler, amaçlı bir motor aktivite süresince bir veya daha fazla sayıda şu izleyen istemsiz hareketleri içerir: sinkinezi, kore, tremor veya tikler.

Sinkinezi, birincil bir motor aktivasyon gerçekleşirken diğer yandan bir kas grubunda ortaya çıkan hareketlere işaret etmektedir. Bu homolog (örn., simetrik) veya heterolog (örn., asimetrik) olabilir. Örneğin, sağ elle yazarken, sinkinezisli bir çocuk sol elini (homolog) veya dilini (heterolog) hareket ettirir.

Kore, yüz veya organ hareketlerinin ani tekrarlama-sıdır. Tremor, bir beden parçasının ritmik titreşimleridir. Tik, genellikle yüz, dudak, baş, boyun veya diyaframdakiler olmak üzere özel bir kas grubunun ani, istemsiz ve tekrarlayıcı hareketleridir.

3. **dispraksi**—dispraksik çocuk, normal bir güç, koordinasyon ve algıya sahip olmasına rağmen, motor becerileri öğrenme ya da yerine getirmede yetersizdir. Dispraksi, tüm etkili kasları içerebilir veya temelde orofasial kas sistemini, elleri, veya gövdeyi ve daha aşağıdaki uzuvları etkileyebilir. Motor beceri bileşenleri sağlamdır. Ancak uyumsuz bir biçimde kombine olmuştur. Sakar çocuk işini yavaşça yapacaktır. Dispraksik çocuk ise işini yapamayacaktır.

4. **Duruma özgü dispraksi**—Duruma özgü dispraksiye sahip çocuklar, el yazısı (özel disgrafi), çizim ve yapım (yapısal dispraksi) veya kelimelerin telafuzu (sözel dispraksi) gibi özel görevler göz önüne alındığında kusurlu motor performans sergilerler.

5. **Saf nörolojik belirtiler**—Normal gelişim sürecinde ortadan kaybolan, heterojen bir grup fenomeni temsil eden saf nörolojik belirtiler, normal olarak daha genç çocuklarda bulunur. Bu işaretler, normatif bir kesim yaşını (8-10 yaş) aştığı ortaya konulduğunda anormal olarak göz önüne alınır. Eğer bunlar özellikle test edilmemişse; genel olarak tesadüfen ortaya konulurlar. Bu işaretlerin güvenilirliği, geçerliği ve anlamlılığı tartışılabilir. Pek çok çalışma, bunların bilişsel bozukluklar, öğrenme problemleri ve psikiyatrik sıkıntılarla bağlantısını ortaya koymaktadır. Bazı vakalarda bu belirtiler, hafif beyin hasarı; diğer bazı vakalarda ise psikiyatrik sıkıntılarla özgül olmayan genetik açıdan belirleyici faktörlerle ilişkilidir.

6. **Patolojik ele sahip olma**—Patolojik sol-ellilik, sağdan sol elliliğe geçişle sonuçlanan, sol hemisferin erken gelişim aşamasındaki zararı takiben ortaya çıkar. Genellikle, visüospatial işlevlerde ve dilde bozulma ile kendini gösteren sağ-yanlı hipoplazinin bu durumla ilişkili olduğu bulunmuştur.

A. DEĞERLENDİRME PROSEDÜRLERİ

Gelişimsel bir öykünün alınması, motor performansı aydınlatmaya yönelik sorular sorulması ve nörolojik muayenenin uygulanmasından sonra klinisyen, izleyen bölümde tanımlanan özel değerlendirme prosedürlerini uygulayabilir:

1. **Sakarlık**—Gabbay'ın sakar çocukları değerlendirmek için geliştirdiği standardize test bataryası, Dencikla'nın Parmak Vuruş Testi ve Rapin ve ark.'larının sakarlık için vida hareket ettirme prosedür testi, yararlı gözlem araçlarıdır.

2. **Beklenmedik hareketler**—Fog Test ve Wolff ve ark.'larının sinkinezi için izleme prosedürü yararlı araçlardır. Koreiform hareketleri ortaya çıkarmak

Otizm ve Yaygın Gelişimsel Bozukluklar

34

Fred R. Volkmar, MD
Çeviri: Şengül Tosun Altınöz



TANIDA TEMEL İLKELER

Otizm ve bununla bağlantılı yaygın gelişimsel bozukluklar, sosyal etkileşim ve iletişimin gelişiminde davranış problemleri ve yakın çevreye yönelik olağan dışı ilgi ile bağlantılı erken başlangıçlı bozukluklardır. Bu durumlar içinde en iyi bilineni otizmdir. Otizm için DSM-IV-TR kriterleri Tablo 34-1'de listelenmiştir. Otizmde sosyal etkileşimdeki bozulma çok belirgin ve sürekli; gecikmiş veya normalden sapsmış iletişim, sınırlı ve stereotipik ilgi ve davranışlar mevcuttur. Bu durum ilk olarak Leo Kanner tarafından tanımlanmıştır. Kanner, iki özelliğe vurgu yapmıştır: otizm (sosyal ilgisizlik) ve değişikliklerin yarattığı rahatsızlık ve sınırlı ilgi. Onun bildirimi, tanının temel özelliği olan gelişimin diğer boyutları ve bununla tutarlı sosyal ilgi eksikliğine gerekli önemi vermemiştir. Onun tanımından sonraki ilk on yıl sıklıkla otizm yanlış bir şekilde şizofreninin bir formu olarak ele alınmıştır. Ancak, 1980'de resmi olarak bir tanı kategorisi şeklinde tanınmıştır (Volkmar ve Klin, 2005).

Otistik bozukluk için DSM-IV-TR tanı kriterleri şöyledir:

A. En az ikisi (1)'inci maddeden ve birer tanesi (2) ve (3)'üncü maddelerden olmak üzere (1), (2) ve (3)'üncü maddelerden toplam altı (ya da daha fazla) maddenin bulunması:

(1) Aşağıdakilerden en az ikisinin varlığı ile kendini gösteren toplumsal etkileşimde nitel bozulma:

(a) Toplumsal etkileşim sağlamak için yapılan el-kol hareketleri, alınan vücut konumu, takınılan yüz ifadesi, göz göze gelme gibi sözel olmayan birçok davranışta belirgin bir bozulmanın olması

(b) Yaşatlarıyla gelişim düzeyine uygun ilişkiler geliştirememesi

(c) Diğer insanlarla eğlenme, ilgilerini ya da başarılarını kendiliğinden paylaşma arayışı içinde olmama (örn. ilgilediği nesne-

leri göstermeme, getirmeme ya da belirtmeme)

(d) Toplumsal ya da duygusal karşılıklı verememe

(2) Aşağıdakilerden en az birinin varlığı ile kendini gösteren iletişimde nitel bozulma:

(a) Konuşulan dilin gelişiminde gecikme olması ya da hiç gelişmemiş olması (el, kol ya da yüz hareketleri gibi diğer iletişim yollarıyla bunun yerini tutma girişimi eşlik etmemektedir)

(b) Konuşması yeterli olan kişilerde, başkalarıyla söyleşiyi başlatma ya da sürdürmede belirgin bir bozukluğun olması

(c) Basmakalıp ya da yineleyici ya da özel bir dil kullanma

(d) Gelişim düzeyine uygun çeşitli, imgesel ya da toplumsal taklitlere dayalı oyunları kendiliğinden oynamama

(3) Aşağıdakilerden en az birinin varlığı ile kendini gösteren davranış, ilgi ve etkinliklerde sınırlı, basmakalıp ve yineleyici örüntülerin olması

(a) İlgilenme düzeyi ya da üzerinde odaklanma açısından olağandışı, bir ya da birden fazla basmakalıp ve sınırlı ilgi örüntüsü çerçevesinde kapanıp kalma

(b) Özgül, işlevsel olmayan, alışlageldiği üzere yapılan gündelik işlere ya da törensel davranış biçimlerine hiç esneklik göstermeksizin sıkı sıkıya uyma

(c) Basmakalıp ve yineleyici motor mannevizmlar (örn. parmak sıklatma, el çırpma ya da burma ya da karmaşık tüm vücut hareketleri)

(d) Eşyaların parçalarıyla sürekli uğraşıp durma

B. Aşağıdaki alanlardan en az birinde, 3 yaşından önce gecikmelerin ya da olağandışı bir işlevselliğin olması: (1) Toplumsal etkileşim, (2) toplumsal iletişimde kullanılan dil ya da (3) sembolik ya da imgesel oyun

C. Bu bozukluk Rett Bozukluğu ya da Çocukluk tümleşik olmayan (Dezintegratif) Bozukluğuyla daha iyi açıklanamaz.

(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edn., Text Revision. Copyright 2000 American Psychiatric Association'ın izniyle).

"Yaygın gelişimsel bozukluk" (YGB) terimi, 1980'de, daha önce tanımlanan otizmi de kapsayacak bir tanı sınıfı olarak türetilmiştir. Terim temel olarak "otizm spektrum bozuklukları" ile aynı anlama gelmektedir. Var olan tanı sistemi, bu sınıf içinde yer alan Asperger sendromu (iyi sözel yetenekler ancak sosyal yetersizlik), çocukluğun dezintegratif bozukluğu (normal bir gelişim periyodundan sonra otizme benzer bir durumun geliştiği nadir rastlanan bir bozukluk) (ÇDB), Rett bozukluğu (güçlü bir genetik temeli olan nörodejeneratif bir bozukluk) ve başka türlü adlandırılmayan yaygın gelişimsel bozukluğu içerir. En son ifade edilen bozukluk, bir dereceye kadar paradoksal olarak, en yaygın rastlanan tip olmasına rağmen en az tanımlanmış ve en az çalışılmış durumdur. YGB'ların klinik özellikleri Tablo 34-1'de özetlenmiştir.

Genel Değerlendirmeler

A. EPİDEMİYOLOJİ

İlk epidemiyolojik çalışma, prevelans oranını 4.5/10.000 bildirmiştir. İzleyen çalışmalar daha yüksek oranlar bildirme eğilimindedir, yaklaşık olarak

9/10.000. Otizmin sıklığının artmasıyla beraber, geçtiğimiz yıllarda bu alana daha yüksek oranda ilgi varlığına rağmen; bu görüntüdeki artışın doğasını birkaç faktörle açıklamak zordur. Örneğin, tanılma kriterler değişmiştir ve şimdiki yaklaşım bilişsel işlev düzey aralığı üstündeki çocuklarda iyi çalışması için düzenlenmiştir. İkinci olarak, bildirilen oranlar diğer faktörlere bağlı olarak değişmektedir (örn. örneklem büyüklüğü, en küçük örneklemelerde bildirilen en yüksek oranlar). Ayrıca bu duruma yönelik daha genel bir farkındalık da mevcuttur. Hizmet sunumu için (özellikle ABD'de) etikete önem verilmesi, tanılma yer değiştirmeyi (örn., mental retardasyon yerine YGB tanısı koyma) problemlili hale getirebilir; bu da özellikle okullardan ve servis sağlayıcılardan gelen raporlara dayalı çalışmalarda geçerli olmaktadır.

B. DEMOGRAFİK, CİNSEL KİMLİK, KÜLTÜREL VE ETNİK KONULAR

Kanner'ın ilk yazısında, pek çok otistik çocuğun ebeveyni dikkate değer bir şekilde başarılıdır. Ayrıca bu yazıda otizm ve sosyal sınıf arasındaki bağ izlenimine öncülük eden görüşler vardır. Ancak daha sonraki çalışmalar böylesi bir bağı ortaya çıkarmada başarısız olmuştur. Kanner'ın ilk örneklemenin yönlendirme yanlılıkları taşıdığı görülmektedir. etnik ve kültürel konular otizmde çok az çalışılmıştır. Şimdiki tanılma kriterler iyi çalışıyor görünmekle birlikte tedavi de

Tablo 34-1. Ayırdedici Tanılma Özellikler: Otizm ve İlişki Bozuklukları

Özellik	Otizm	Asperger	Rett	ÇDB	YGB-BTA
Sosyal Rahatsızlık	Ciddi	Orta düzey ciddi	Değişken	Ciddi	Değişken
Dil/İletişim Bozuklukları	Belirgin	İyi sözel yetenek, zayıf iletişim	Çok belirgin	Çok belirgin (önceden normal)	Değişken
Sınırlı ilgi	Çok belirgin, manerizmde değişikliğe uyumsuzluk bazen özel yetenek	Genellikle sınırlı ilgi (normal işlevi engelleyen)	Önemli psikomotor retardasyon	Belirgin otizmdeki kadar	Değişken-sıklıkla değişimden rahatsızlık manerizm daha az bariz olabilir
Motor konular	Genellikle erken dönem korunmuş ancak daha Sonra taklit gerektiğinde zayıf	Sıklıkla hantal ince ve kaba motor güçlükler	Motor yeteneklerin önemli kaybı, el yıkama stereotipleri	Sıklıkla korunmuş ancak öz-bakımda bazı kayıplar	Değişken
Başlangıç	Daima 3 yaştan, sıklıkla 1 yaştan önce tanımlanır normal gelişimden sonra küçük gerileme	Problemler sıklıkla okul öncesi dönemde tanımlanır. Motor gecikmeler olabilir	5 yaştan önce (tipik olarak yetenek Kaybı ile)	Tanıma göre, çocuk 2 yaşına kadar normal daha sonra yetenek kaybı ve dramatik bir "otizm benzer" tablo	Değişken

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

35

Thomas Spencer, MD

Çeviri: İrem Ekmekçi Ertek



TANIDA TEMEL İLKELER

DSM-IV-TR Tanı Kriteri

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu

A. Aşağıdakilerden (1) ya da (2) vardır:

- (1) Aşağıdaki dikkatsizlik semptomlarından altısı (ya da daha fazlası) en az 6 ay süreyle, uyumsuzluk doğurucu ve gelişim düzeyine göre aykırı bir derecede sürmüştür: Dikkatsizlik
 - (a) Çoğu zaman dikkatini ayrıntılara veremez ya da okul ödevlerinde, işlerinde ya da diğer etkinliklerinde dikkatsizce hatalar yapar.
 - (b) Çoğu zaman üzerine aldığı görevlerde ya da oynadığı etkinliklerde dikkati dağınık
 - (c) Doğrudan kendisine konuşulduğunda çoğu zaman dinlemiyormuş gibi görünür
 - (d) Çoğu zamana yönergeleri izlemez ve okul ödevlerini, ufak tefek işleri ya da işyerindeki görevlerini tamamlayamaz (karşıt olma bozukluğuna ya da yönergeleri anlayamamaya bağlı değildir)
 - (e) Çoğu zaman üzerine aldığı görevleri ve etkinlikleri düzenlemekte zorluk çeker
 - (f) Çoğu zaman sürekli mental çabayı gerektiren görevlerden kaçınır, bunları sevmez ya da bunlarda yer almaya karşı isteksizdir
 - (g) Çoğu zaman üzerine aldığı görevler ya da etkinlikler için gerekli olan şeyleri kaybeder (örn. oyuncaklar, okul ödevleri, kalem, kitaplar ya da araç gereçler)
 - (h) Çoğu zaman dikkati dış uyaranlarla kolaylıkla dağınık
 - (i) Günlük etkinliklerinde çoğu zaman unutkandır
- (2) Aşağıdaki hiperaktivite-impulsivite semptomlarından altısı (ya da daha fazlası) en az 6 ay süreyle uyumsuzluk doğurucu ve gelişim dü-

zeyine göre aykırı bir derecede sürmüştür: Hiperaktivite

- (j) Çoğu zaman elleri, ayakları kıpır kıpırdır ya da oturduğu yerde kıpırdanıp durur
- (k) Çoğu zaman sınıfta ya da oturması beklenen diğer durumlarda oturduğu yerden kalkar
- (l) Çoğu zaman uygunsuz olan durumlarda koşuşturup durur ya da tırmanır (ergenlerde ya da erişkinlerde özel huzursuzluk duyguları ile sınırlı olabilir)
- (m) Çoğu zaman, sakin bir biçimde, boş zamanları geçirme etkinliklerine katılma ya da oyun oynama zorluğu vardır
- (n) Çoğu zaman hareket halindedir ya da bir motor tarafından sürülüyormuş gibi davranır
- (o) Çoğu zaman çok konuşur

Impulsivite (dürtüsellik)

- (g) Çoğu zaman sorulan soru tamamlanmadan önce cevabını yapıştırır
 - (h) Çoğu zaman sırasını bekleme güçlüğü vardır
 - (i) Çoğu zaman başkalarının sözünü keser ya da yaptıklarının arasına girer (örn. başkalarının konuşmalarına ya da oyunlarına burununu sokar)
- B. İşlevsel bozulmaya yol açmış olan bazı hiperaktif-impulsif semptomlar ya da dikkatsizlik semptomları 7 yaşından önce de vardır.
- C. İki ya da daha fazla ortamda semptomlardan kaynaklanan bir işlevsel bozulma vardır (örn. okulda (ya da işte) ve evde)
- D. Toplumsal, okuldaki ya da mesleki işlevsellikte klinik açıdan belirgin bir bozulma olduğunun açık kanıtları bulunmalıdır.
- E. Bu semptomlar sadece bir Yaygın Gelişimsel Bozukluk, Şizofreni ya da diğer bir Psikotik Bozukluğun gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır ve başka bir mental bozuklukla daha iyi açıklanamaz (örn. Duygudurum Bozukluğu, Anksiyete Bozukluğu, Dissosiyatif Bozukluk ya da bir Kişilik Bozukluğu).

Tipine göre kodlayınız:

Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu Birleşik Tip:
Son 6 ay boyunca hem A1 hem de A2 Tanı ölçütü karşılanmışsa

Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu, Dikkatsizliğin Önde Geldiği Tip: Son 6 ay boyunca A1 Tanı ölçütü karşılanmış, ancak A2 Tanı Ölçütü karşılanmamışsa

Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu, Hiperaktivite-impulsivitenin Önde Geldiği Tip: Son 6 ay boyunca A2 Tanı ölçütü karşılanmış, ancak A1 Tanı Ölçütü karşılanmamışsa

Genel Değerlendirmeler

A. EPİDEMİYOLOJİ

Dikkat eksikliği- hiperaktivite bozukluğu (DEHB), gençler arasında en çok tedavi edilen duygusal, bilişsel ve davranışsal bir bozuktur. Bu bozukluk, çocuklardaki, gençlerdeki ve yetişkinlerdeki morbidite ve işlev kaybı ile ilişkisi nedeniyle, klinik ve toplumsal açıdan önemli bir sağlık sorunudur. Kesitsel, retrospektif ve izlem çalışmalarından elde edilen veriler, DEHB tanısı alan gençlerin çocuklukta, ergenlikte ve yetişkinlikte diğer psikiyatrik bozukluklar geliştirme açısından risk altında olduğunu belirtmiştir. Bu bozukluklar arasında, suç işleme ile birlikte duygu durum, anksiyete ve madde kötüye kullanım bozuklukları yer almaktadır.

DSM-II'deki Çocuklukun Hiperkinetik Tepkisi gibi önceki tanımlar, bozukluğun ayrııcı özellikleri olarak motor hiperaktivite ve görünürdeki dürtüsellik üzerinde çok fazla vurgu yapmaktadır. DSM-III ise, dikkatsizliğe, bozukluğun önemli bir bileşeni olarak vurgu yapmaya başlayarak bir paradigma değişimi yaşandığını göstermektedir. Şimdi DSM-IV, DEHB'nin 3 alt tipini tanımlanmaktadır. Bunlar; dikkatsizliğin önde geldiği tip, hiperaktivite-impulsivitenin önde geldiği tip ve bileşik tiptir. DSM-IV'deki her alt tip için kriter, ilgili her kategorideki 9 semptomdan 6 ya da daha fazlasının karşılanması gerektirmektedir. 7 yaşında başlangıç, DEHB'ye özgü uyumdaki bozulmalar, yaygınlık ve varolan diğer bozukluklardan ayrılma kriterlerinin de yer aldığı 4 ek kriter bulunmaktadır. Bileşik tip, en yaygın olarak temsil edilen alt gruptur. Birleşik tip, DEHB tanısı alan tüm kişilerin %50 ile %75'ini oluştururken, bunu dikkatsizliğin önde geldiği tip (%20-%30) ve hiperaktivite-impulsivitenin önde geldiği tip (%15'ten daha az) izlemektedir.

Epidemiyolojik çalışmalar DEHB'nin, ABD, Yeni Zelanda/Avustralya, Almanya ve Brezilya'nın da içinde yer aldığı pek çok ülkede %4 ile %7 arasında çocuğu etkileyen yaygın bir bozukluk olduğunu göstermiştir. Daha önce DEHB'nin şiddetinin ergenlik döneminde bütünü ölçüde azaldığı düşünülse de, bu konuda giderek artan literatür vakaların büyük çoğunluğunda DEHB'nin ya da bununla ilişkili bozulmaların yetişkinlikte da sürdüğünü desteklemektedir.

ABD'de çocukluk dönemindeki DEHB'nin görülme oranı %5 ile %8 olarak hesaplanmıştır. Bu bozukluğun görülme oranları, tahminen kullanılan metodolojiye bağ-

lı olarak değişmektedir. Her iki semptom boyutunu (hiperaktivite/impulsivite ve dikkatsizlik) dikkate alan tanımlar, bu boyutların sadece birini dikkate alanlardan daha kısıtlayıcıdır. Bu nedenle, DSM-III'deki önceki tanımlara ya da hiperkinetik bozukluğun ICD kodlarına dayanan ölçümler, daha düşük oranlara yol açmaktadır. Buna ek olarak, yalnızca semptomlara dayanan ve işlevsellikteki bozulmayı içermeyen araştırmalar, daha yüksek oranlar vermektedir. Yakın zamanda Faraone ve arkadaşları (2003) tarafından yapılan araştırmada olduğu gibi, görünürdeki bozukluğun prevalansını etkileyen diğer faktörler arasında yaygınlık kriteri, bilgi veren kişiler (öğretmen, ebeveyn, çocuk), klinik görüşmelere karşın derecelendirme ölçeklerinin kullanımı ile birlikte araştırma ile ilgili konular yer almaktadır. Toplumdaki örneklem, okul örnekleminden daha yüksek oranlara sahiptir.

Örneklemdekilerin cinsiyeti ve yaşı da görülme oranlarını etkilemektedir. Kızlarda dikkatsizliğin ön planda olduğu tip daha yaygınken, eşlik eden OKB ve yıkıcı bozukluklar daha az görülmektedir. Bu faktörler de tanı oranlarının düşük olmasına yol açmaktadır. Orijinal tanımlar çocuk odaklı bakış açısından elde edilmiştir ve yetişkinlikte görülen DEHB'nin daha dikkat çekici olduğu düşünülen yönlerini yansıtmamaktadır. Bunlar; yetersiz organizasyon, kötü zaman yönetimi ile ilgili yürütücü işlev bozuklukları, akademik ve iş yaşamındaki başarısızlıklara ilişkili bellek bozukluklarıdır. Yetişkin semptomlarının uygun tanımlarının olmaması, yetişkinlikte DEHB'nin gerçek prevalansını azaltabilir.

B. ETİYOLOJİ

Biyolojik yatkınlık—DEHB'ye katkıda bulunan pek çok biyolojik faktör önerilmiştir. Bunlar arasında yiyecek katkı maddeleri/diyet, kurşun kirliliği, sigaraya ve alkolle maruz kalma, annenin hamilelik sırasında sigara içmesi ve düşük doğum ağırlığı yer almaktadır. DEHB için uygulanan Feingold diyeti medya tarafından popüler hale getirilse ve pek çok aile tarafından kabul edilse de, sistematik çalışmalar, bu diyetin bu bozukluğun gelişmesinde etkili olmadığını ve yiyecek katkı maddelerinin bu bozukluğa yol açmadığını göstermiştir. Pek çok araştırma, kurşun kirliliğinin DEHB semptomlarına yol açabileceğini göstermiştir. Fakat kurşun, DEHB vakalarının büyük çoğunluğunu açıklamamaktadır ve yüksek oranda kurşuna maruz kalan pek çok çocuk da DEHB geliştirmemektedir. Yeni gelişen bir literatür, hamilelik döneminde annenin sigara içmesinin ve alkolle maruz kalmanın, düşük doğum ağırlığının ve psikososyal zorlukların DEHB açısından bağımsız ek risk faktörleri olduğunu belgelemiştir.

Hamilelik ve doğum komplikasyonları (örn. toksemi, eklampsi, annenin sağlığının kötü olması, annenin yaşı, fetal postmatürite, doğum sancısının süresi, fetüsün stresi, düşük doğum ağırlığı, antepartum hemoraji), DEHB açısından bir yatkınlık yaratıyor görünmektedir. Pek çok çalışma hamilelik sırasında annenin sigara içmesinin, DEHB için bağımsız bir risk faktörü olduğunu göstermiştir.

Karşıt Olma–Karşıt Gelme Bozukluğu ve Davranım Bozukluğu

36

Barry Nurcombe, MD
Çeviri: İrem Ekmekçi Ertek

KARŞIT OLMA–KARŞIT GELME BOZUKLUĞU



TANIDA TEMEL İLKELER

DSM-IV-TR Tanı Kriterleri

- A. En az 6 ay süren, bu sırada aşağıdakilerden dördünün (ya da daha fazlasının) bulunduğu bir negativistik, hostile ve karşı gelme davranış örüntüsü:
- (1) Sık sık hiddetlenir(huysuzlaşır)
 - (2) Sık sık büyükleriyle tartışmaya girer
 - (3) Büyüklerinin isteklerine ya da kurallarına uymaya çoğu zaman etkin bir biçimde karşı gelir ya da bunları reddeder
 - (4) Çoğu zaman, isteyerek, başkalarını kızdıran şeyler yapar
 - (5) Kendi yaramazlıkları için çoğu zaman başkalarını suçlar
 - (6) Çoğu zaman alıngandır, çabuk darılır ya da başkalarını kolay kızdırılır
 - (7) Çoğu zaman içerlemiş, kızgın ve gücenmiştir
 - (8) Çoğu zaman kincidir ve intikam almak ister
- Not: söz konusu davranış ancak benzer yaş grubunda ve gelişim düzeyindeki kişilerde gözlemlenenden çok daha sık ortaya çıkıyorsa tanı ölçütünü karşıladığını düşünüünüz.
- B. Bu davranış bozukluğu toplumsal, okuldaki ya da mesleki işlevsellikte klinik açıdan önemli derecede bozulmaya neden olur
- C. Bu davranışlar sadece bir Psikotik Bozukluk ya da Duygudurum Bozukluğunun gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır.
- D. Davranım bozukluğu için tanı ölçütlerini karşılamamaktadır, kişi 18 yaşında ya da daha ileri bir yaşta Antisosyal Kişilik Bozukluğu için tanı ölçütlerini karşılamamaktadır.

(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edn., Text Revision. Copyright 2000 American Psychiatric Association'ın izniyle).

Genel Değerlendirmeler

Davranım bozukluğu ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunda (DEHB) olduğu gibi (daha önceki bölümde tanımlanmıştır), ki bu bozuklukla davranım bozukluğu çoğunlukla daha karmaşık hale gelir, karşıt olma karşıt gelme bozukluğunun gerçekten ayrı bir kategori olup olmadığı belli değildir. Özellikle, karşıt olma bozukluğunun en iyi, bir tarafta normal gelişimsel sınırın diğer yanda patolojik olarak yıkıcı davranışların bulunduğu bir boyut üzerinde mi düşünüleceği konusu çok açık değildir. Kategorik bozukluklar ve boyutsal olan psikopatoloji arasındaki ayrım, kuramsal bir tartışmadan daha fazlasıdır. Geçerli kategoriler, önemli bir biyolojik (örn nörokimyasal) temeli olan bozuklukları sınırlandırır. Boyutsal nitelikteki davranış grupları kategoriyimş gibi görünebilir, aslında bunlar yapay sınırlar içinde yer alan belirsiz kategoriler olabilir.

DSM-IV-TR'de tanımlandığı gibi karşıt gelme bozukluğu, yaşla uyumsuz, devam eden, şiddetli, tartışmacı, meydan okuyan, kasten öfkeli, irritable, gücümüş, kişinin kendi suçları ya da eksiklikleri için başkalarını suçlama eğilimiyle ilişkili ikinci davranış olarak gösterir. Karşı gelen çocuğun ya da ergenin öfkesi ağırlıklı olarak fiziksel olmaktan çok sözelir. Öfke proaktif (örn.zorbalık) olmaksızın tepkisel (örn. kuralların istenmeyen şekilde dayatılmasına tepki olarak), gizli olmaksızın (örn kötü niyetli dedikodular yaymak) açıkça ortada (örn. bağırma) olma eğilimindedir.

A. EPİDEMİYOLOJİ

Karşıt gelme bozukluğunun prevalansı belirsizdir, fakat %5.7- %9.9 olarak hesaplanmıştır. Ortalama başlangıç yaşı 6'dır. Karşıt gelme bozukluğu pek çok araştırmacı tarafından, davranım bozukluğunun daha hafif ve erken gelişen bir formu olarak görülür. Çocukluk dönemindeki davranım bozukluğunda erkek-kadın cinsiyet oranı 4'e 1'dir. Çocukluk dönemi karşıt gelme bozukluğunun ergenlik öncesinde kadınlardan çok erkekler arasında daha yaygın görüldüğü ile ilgili klinik bir izlenim bulunmaktadır. Fakat bozukluğun kadınlardaki prevalansı ergenlikte artıyor gibi gözükmemektedir.

Tablo 36-1. Zorlayıcı Ebeveyn-Çocuk/Ergen Etkileşiminin Özellikleri

Karakteristik	Örnek
Açık olmayan iletişim	Doğrudan çocuğa yönelmede başarısızlık, göz kontağının yokluğu, takip etmesi zor açıklamalar
İletişimde samimiyet ya da belirli bir hükümün olmaması	Yetersiz göz kontağı, kelimeler, jestler ve beden dili arasındaki uyumsuzluk
Sert ve alaycı tonda bir iletişim	"Sana ne söylendiyse onu yapacaksın genç bayan ya da ..."
Suçlayıcı, kötüleyici ve utandırıcı cümleler	"Sen hiçbir şeye ulaşamazsın, seni sürtük."
Boş tehditler	"Bunu bir daha yaparsan seni..."
Geçmişten bahsetme	"Seni ... yaptığın için asla affetmeyeceğim."
Katı, aşırı genellenmiş, siyah beyaz, felaketleştirme	"Sigara içen insanlar genç yaşta ölürlər"
Öğüt verme, ahlak dersi verme, "psikolojik analiz yapma"	"Ben gençken, çocuklar söylenenleri yapardı"
Diğer kişiyi dinlememe	Konuşmayı kesme, konuyu değiştirme, diğerinin düşüncesini önemsememek ("...nasıl bileceksin?"), konuşmayı tek eline almak
Teslim olma, güçsüzlük, umutsuzluk, üzüntü	"Seninle konuşmanın ne yararı var? Bu asla işe yaramaz."
Çocuğun ya da ergenin başarılarını takdir etmede başarısızlık	
Çocuğun davranışını izleme ve takip etmede başarısızlık	
Tutarsız, yordanamayan aşırı derecede sert cezalandırma	

B. ETİYOLOJİ

Karşıt gelme bozukluğunun kökeni, davranım bozukluğundan ayrı olarak çalışılmamıştır. Çünkü davranım bozukluğu, çoğunlukla erken dönemde karşıt gelme davranışından gelişmektedir ve her iki bozukluk da benzer risk faktörlerine sahiptirler. Karşıt gelme bozukluğu ve davranım bozukluğu çoğunlukla birlikte ele alınır.

Karşıt gelme bozukluğu gösteren pek çok genç çocuk, bebekken, zaten mizaç olarak hiperaktif, irritable, sakinleştirilmeleri zordur ve yeni durumlara adapte olmakta yavaşırlar. Deorganize bağlanma gösteren bebekler, çocukluğun orta döneminde karşı gelme davranışları ve yıkıcı davranışlar açısından risk altındadırlar. Çoğunlukla bu çocukların aileleri örneğin, evlilik çatışması, tek ebeveyn olma, ebeveyn psikopatolojisi ya da sosyoekonomik dezavantajın bir sonucu olarak çok fazla streslidir. Annenin depresyon yaşaması özellikle yaygın olarak görülür. Kendi problemlerine odaklandıkları için ebeveynler bu çocuklara yeterli övgü ve dikkat vermekte başarısız olurlar. Ebeveynler sınır koymaya çalıştıklarında da bunu çok sert ve tutarsız bir şekilde yaparlar. Çocuklar buna meydan okuyucu şekilde tepki verirler, sınırları test ederler ve bağırma ve karşılıklı suçlamayla birlikte

tekrar eden ve giderek artan zora başvurma döngüsünün yer aldığı aşama oluşur. Çoğunlukla da bu çocuklar sert fiziksel cezayla ya da karşı gelenlerden birinin pes etmesiyle durdurulurlar. Çocukların saldırganlıkları, ebeveynlerinin aynı yaşlarda nasıl saldırgan olduklarıyla ilişkilidir. Çoğunlukla ebeveynler çocuklarına, ebeveynlerinin kendilerine karşılık verdiği şekilde (hatta aynı sözcüklerle) karşılık verirler. Özetle, kabul edilebilir davranışlar için pozitif pekiştirecin olmaması, karşı gelme davranışına olumsuz dikkat ve tutarsız, yordanamaz, sert cezalandırma ile ilişkilidir. Tablo 36-1 zorlayıcı bir etkileşimin özelliklerini listelemektedir. Bu faktörler terapötik müdahale için hedef alınabilir (bu bölümdeki sonraki "tedavi" bölümüne bakınız).

C. GENETİK

Karşıt gelme bozukluğunun genetiği davranım bozukluğunkinden ayrı olarak çalışılmamıştır. Çocuklarda saldırgan davranışla ilgili davranışsal genetik çalışmaları, bu davranışın kalıtsallığı ile ilgili tutarsız sonuçlara yol açmıştır, bu durum büyük olasılıkla kullanılan araçların çeşitliliğinden kaynaklanmaktadır. Pek çok çalışma saldırganlık özelliğinin kalıtsallığın düşük olduğunu ileri sürmektedir.

Adölesanlarda Madde ile İlişkili Bozukluklar

37

Yifrah Kaminer, MD ve Deborah R. Simkin, MD
Çeviri: Rifat Tarhan



TANIDA TEMEL İLKELER

DSM-IV-TR Tanı Kriterleri

Madde kötüye kullanımı

A. 12 aylık bir dönem içinde ortaya çıkan, aşağıdakilerden biri ya da daha fazlası ile kendini gösterdiği üzere, klinik açıdan belirgin bozulma ya da sıkıntıya yol açan uygunsuz bir madde kullanımı örüntüsü:

- (1) işte, okulda ya da evde alması beklenen başlıca sorumlulukları alamama ile sonuçlanan yineleyici biçimde madde kullanımı (örn. Madde kullanımı ile ilişkili olarak tekrarlayan işe gitmeme ya da başarı gösterememe, madde kullanımı ile ilişkili olarak okula gitmeme, okulu asma ya da okuldan kovulma, çocukların ya da ev halkının ihmali edilmesi).
- (2) fiziksel olarak tehlikeli durumlarda yineleyici bir biçimde madde kullanımı (örn. Madde kullanımının yarattığı bozukluklar arasında araba kullanma ya da bir makineyi işletme)
- (3) madde ile ilişkili, yineleyici biçimde ortaya çıkan yasal sorunlar (örn. Madde ile ilişkili davranım bozukluğuna bağlı tutuklanmalar)
- (4) maddenin etkilerinin neden olduğu ya da alevlendirdiği, sürekli ya da yineleyici toplumsal ya da kişilerarası sorunlara karşı sürekli madde kullanımı (örn. Entoksikasyonun sonuçları hakkında eşle olan tartışmalar, fiziksel kavgalar)

B. Bu semptomlar bu grup maddeler için madde bağımlılığı ölçütlerini karşılamamıştır.

(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edn., Text Revision. Copyright 2000 American Psychiatric Association'nin izniyle).

Madde kötüye kullanımı ve madde bağımlılığı için DSM-IV tanı kriterleri adölesan ve erişkinlerde aynı-

dır. Ampirik veriler adölesanlarda madde kötüye kullanımı ve bağımlılığı için DSM-IV tanı kriterlerinin güvenilirliğini desteklemektedir. Bununla birlikte erişkinlere kıyasla adölesanlar çoklu madde kullanıcılarıdır, yalnız kullanmak yerine sosyal alanlarda madde kullanımı görülür, madde kullanımından bağımlılığa daha hızlı geçiş olur, daha az "blackout" daha sık alkol yoksunluğu semptomları deneyimi olur. Madde kötüye kullanımı ve bağımlılığını birbirinden ayırt etmek ve bu ikisinin birbirinin devamı olduğunu varsaymamak önemlidir. Madde kötüye kullanımı bağımlılık için her zaman prodrom değildir ve birçok örnekte madde kötüye kullanımı bağımlılığa ilerlemez ayrıca bağımlılık kötüye kullanımı dönemi olmadan da gelişebilir. Madde kötüye kullanımı içeren tüm kriterlere bağımlılık kriterlerinden ikisinin eklenmesiyle ortaya çıkan madde kötüye kullanımı bağımlılıktan çok daha ciddi bir klinik durum ortaya çıkarabilir.

Bağımlılığın bazı semptomları bazen kısıtlı olabilir (örn. Adölesanın değişen vücut yapısıyla ilişkili kontrol ve tolerans bozukluğu). Gençlerdeki bir diğer önemli nozolojik kavram "orfan tanısı" (alkol ve madde bağımlılığının eşik altı düzeyde olması, sadece bir veya iki semptomun olması) olarak adlandırılır. 3 yıllık bir izlem çalışmasında bu entitenin kötüye kullanım ve bağımlılıktan daha farklı seyrettiği gösterilmiştir. Bununla birlikte bu kategoride yer alan adölesanlara uygun müdahalede bulunmayı gerektirecek sorunlar ortaya çıkabilir. DSM-V de bu bulguların değerlendirilmesi ve gençler için daha iyi bir tanı profili geliştirilmesi ümit edilmektedir.

American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th edn. Text Revision. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2000.

Angold A, Costello EJ, Farmer EMZ, et al.: Impaired but undiagnosed. *J AACAP* 1999;38:129-137.

Chung T, Maisto SA: Relapse to alcohol and other drug use in treated adolescents: Review and reconsideration of relapse as a change point in clinical course. *Clin Psychol Rev* 2006;26:149-161.

Duncan BC: The natural history of adolescent alcohol use disorders. *Addiction* 2004;99 (Suppl 2):5-22.

Pollock NK, Martin CS: Diagnostic orphans: Adolescent with alcohol symptoms who do not qualify for DSM-IV abuse or dependence diagnoses. *Am J Psychiatry* 1999;156:897-901.

Genel Bilgiler

Alkol ve madde kullanımı motorlu taşıt kazası, cınayet ve intihar gibi adölesanlarda en sık mortaliteye sebep olan durumlarla ilişkili bulunmuştur. Madde-nin etkisi altındayken şiddet içeren davranışlar sergileme, tecavüz, korunmasız cinsel ilişki, planlanmamış gebelik ve cinsel yolla bulaşan hastalık gibi ek morbiditeye neden olan durumlar ortaya çıkabilir.

A. EPİDEMİYOLOJİ

Amerikanın farklı eyaletlerinde adölesanlar arasında yaşam boyu alkol ve madde kötüye kullanım oranı %3 ile %10 arasında değişmektedir. 12-17 yaşları arasında alkol kullanımı ve yasa dışı ilaç kullanımı nedeniyle tedavi alması gereken gençlerin oranı sırasıyla %6 ve %5.4'dür. Motivasyon eksikliği, kısıtlı kaynaklar, yaşı uygun kaliteli programların yetersiz oluşu ve tedavi stratejilerinde fikir birliği olmaması gibi sebeplerden dolayı tedavi gereksinimi olan adölesanların ancak %10-15'ine uygun yardımda bulunulmaktadır.

Adölesanlar için tıbbi nedenler dışında ilaç kullanımı (tütün ve alkol dahil) yasa dışı olmasına rağmen, kötüye kullanım olarak değerlendirilebilir, bu bakış açısı bazı önemli epidemiyolojik verilerin göz ardı edilmesine neden olmaktadır. Özellikle alkol ve tütün kullanımı prevalansının yüksek olması, alkol ve madde kullanımının normal algılanmasına veya en azından normalden sapma olmadığının kabul edilmesine neden olmaktadır. 18 yaşına geldiğinde ABD'deki gençlerin yaklaşık %80'i alkol içmiş, üçte ikisi sigara kullanmış ve %50'si en az bir yasa dışı madde kullanmıştır. %4'ü her gün alkol içmekte, %13'ü günde yarım paket sigara kullanmaktadır. 1992 ve 1997 yılları arasında Amerikan gençleri arasında madde kullanımı (özellikle marijuana) alarm veren seviyelere yükselmiştir. O zamandan beri 2002'ye kadar belirgin bir şekilde azalmıştır.

Madde kullanımı olan birçok adölesanda DSM-IV kriterlerinde tanımlanan madde kullanım bozukluğu gelişmemektedir. Adölesanlardaki madde kullanımını, davranış paterni değişikliği bağlamında değerlendirmek ve normal davranış madde kullanım bozukluğundan ayırt etmek önemlidir.

Johnston LD, O'Malley IM, Bachman JG, Schulenberg JE: *Monitoring the Future. National results on adolescent drug use: Overview of key findings 2005*. Bethesda, MD: National Institute on Drug Abuse. NIH Publication No. 06-5882, 2006. <http://monitoringthefuture.org/pubs/monographs/overview2005.pdf>

B. ETİYOLOJİ

Yetişkinlerin sinirsel gelişimleri motivasyon, dürtüsellik, yürütme fonksiyonu ve bağımlılık ile ilgili beyin bölgelerinde olur. Yetişkin dürtüsellliği ve yenilik arayışı, alın korteksindeki olgunlaşma değişimleri ile kısmen açıklanabilir. Bu gelişimsel süreçler yetişkinliğe alışmaya katkıda bulunabilir ancak uyuturucu bağımlılığına daha yüksek hassasiyete de sebep olabilir. Birkaç davranışsal eğilim ve çevresel etkiler uyuturucu kullanmaya başlama yaşını, uyuturucu kullanma sıklığını ve yetişkinlik esnasındaki olumsuz sonuçları önceden bildirirler. Bu davranışsal nitelikler dürtüsellik, saldırganlık, heyecan arama, düşük zarardan kaçınma seviyesi, hoşnutluğu geciktirme yetersizliği, düşük başarı motivasyonu, dini yönelim yoksunluğu ve özellikle tutum bozukluğu olduğunda, psikopatolojidir. En yaygın bağlamsal ve çevresel faktörler stresli yaşam olayları, ebeveyn desteğinin yoksunluğu, toplum yanlısı arkadaşların eksikliği, uyuturucunun yüksek bulunurluk algısı, uyuturucu kullanımına teşvik eden sosyal normlar ve gevşek kanunlar ile dini prensiplerdir. Açık bir biçimde, manifold risk faktörleri, farklı belirginlikle birlikte, toplam riski belirler. Bir bütün olarak, bu risk faktörleri, madde kullanımı, istismarı ya da bağımlılığı ile sonlanarak, gelişimsel yetişkinliğe geçiş yörüngesinin eğimini ve momentumunu belirler. Psikiyatrik bozukluklar ve dürtüsellik ve yenilik arayışı gibi doğuştan gelen öncüler yetişkinliğin son dönemlerinde ya da erken yetişkinlikte en üst noktaya çıkmaya eğilimlidirler ve SUD'ların habercisidir.

Alkolik olan genç yetişkinlerin isyankâr, uyumsuz ve lise zamanlarında sapkın olmaları muhtemeldir. İçki tutkunu yetişkin hastaları sınıflandırmak için zor-bünye endeksini kullanan araştırmalar Cloninger ve Babor tarafından bildirilen yetişkin alttürlerine benzeyen yığılımlarla sonuçlandı. Başlıca olumsuz etkisi olanlar Grup 1'e alınırken, davranışsal kontrol kaybı ve hipofori gösteren daha küçük yetişkin alt kümesi Grup 2'ye alındı. Dahası, zor-mizaca sahip yetişkinlerin tutum bozukluğu, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, kaygı ve mizaç bozukluğu gibi psikiyatrik bozukluklara sahip olma ihtimali daha yüksektir. Grup 1 ve Grup 2 her iki cinsiyette de tanımlanmıştır.

Babor TF, Hofman MI, Del-Boca FK, et al.: Types of alcoholics. Evidence for an empirically derived typology based on indicators of vulnerability and severity. *Arch Gen Psychiatry* 1992;49:599-608.

Cloninger CR: Neurogenetic adaptive mechanisms in alcoholism. *Science* 1987;236:410-416.

Tarter RE, Kirisci L, Mezzich A: Multivariate typology of adolescents with alcohol use disorder. *Am J Addict* 1997; 6:150-158.

Çocuklarda ve Ergenlerde Depresif Bozukluklar

38

David A. Brent, MD ve Lisa Pan, MD
Çeviri: Rifat Tarhan



TANIDA TEMEL İLKELER

DSM-IV-Tanı Kriterleri

Major Depresif Bölüm

A. İki haftalık bir dönem sırasında, daha önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olması ile birlikte aşağıdaki belirtilerden beşinin (ya da daha fazlasının) bulunmuş olması; belirtilerden en az birinin ya depresif duygudurum, ya da ilgi kaybı, ya da artık zevk alamama olması gerekir.

Not: Genel tıbbi duruma bağlı semptomları ve duygudurumla uyumsuz sanrı ve halusinasyonları dahil etmeyiniz.

- (1) Depresif duygu durumu (çocuk ve ergenlerde iritabilite bulunabilir),
- (2) İstek kaybı ya da ilgisizlik (Anhedoni)
- (3) Kilo kaybı ya da kilo alımı, iştahsızlık ya da artma (çocuklarda beklenen kilonun alınmaması),
- (4) Uykusuzluk ya da aşırı uyuma,
- (5) Psikomotor ajitasyon ya da retardasyon,
- (6) Yorgunluk, bitkinlik ya da enerji kaybı,
- (7) Değersizlik ve aşırı suçluluk duyguları,
- (8) Düşünme veya konsantrasyon olumsuzluğu ya da kararsızlık,
- (9) Tekrarlayan ölüm ve intihar düşünceleri

B. Semptomlar mikst epizod kriterlerini karşılamalı

C. Semptomlar sosyal alanda, okul yaşamında ve diğer önemli alanlarda belirgin stres ve bozulmuş yol açmalıdır.

D. Semptomlar madde kullanımı veya genel tıbbi duruma bağlı ortaya çıkmamalı

E. Semptomlar bir yakının kayıpla açıklanamamalı

(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edn., Text Revision. Copyright 2000 American Psychiatric Association'ın izniyle).

Bu bölümde çocuklarda ve gençlerde görülen unipolar depresif bozuklukların özellikleri ve epidemiyolojisi, depresyonun başlangıç ve rekürrensine neden olan risk faktörleri, depresif bozukluğun değerlendirilmesi ve ayırıcı tanısı anlatılacaktır. Psikososyal ve farmakolojik tedaviler gözden geçirildi ve gelecekteki araştırma konuları hakkında önerilerde bulunuldu.

Genel Değerlendirmeler

Çocuklarda ve ergenlerde depresif bozukluklar sık görülür, sık tekrarlar ve erişkinlikte de devam eder. Bu bozukluklar ailesel nedenli olabilir, eşlik eden madde kullanımı ve intihar girişimi nedeniyle morbidite ve mortaliteye yol açabilir. İlişki kurmada zorluk yaşamının yanında, yetersiz eğitim alma ve daha sonra iş yaşamında başarısızlık yaşayabilirler. Bu yüzden bu durumların erken tanı ve tedavisi halk sağlığı açısından önemlidir.

A. EPİDEMİYOLOJİ

Major depresyonun çocuklardaki prevalansının %2, adolesanlarda ise %4-8 arasında olduğu tahmin edilmektedir. Puberteden sonra risk 2-4 kat artar. 18'li yaşlara gelindiğinde %20 insidansa ulaşır. Çocuklarda cinsiyet oranı 1:1'dir. Puberteden sonra kızlarda görülme sıklığı artar ve erkek/kadın oranı 1:2 olur. Bu durum kadınların daha anksiyeteli olmasından, pubertedeki estradiol ve testosteron değişikliklerinden veya sosyokültürel sebeplerden dolayı olabilir.

Çocukluk döneminde başlayan depresyonu adolesan döneminde başlayan depresyondan ayırt etmek

önemlidir. Adölesanlarda görülen depresif bozukluklar erişkinlikte tekrarlama eğilimindedir. Prepubertal depresyon daha çok davranım problemleri ile birlikte görülmektedir. Çocukluk döneminde görülen prepubertal depresyonun daha az görülen bazı formları, depresyon açısından ailesel yük, yüksek anksiyete oranları, bipolar netice açısından yüksek risk ve adölesan ve erişkinlik döneminde tekrarlayan duygudurum bozuklukları ile ilişkilidir.

B. ETİYOLOJİ

Erken başlangıçlı depresyon multifaktöryel nedenlidir, ailesel faktörler, erken yaşam olayları, nöroendokrin değişiklikler ve genetik faktörler olabilir ama bunlarla sınırlı değildir. İkiz çalışmaları genetik ve çevresel faktörlerin önemini ve karşılıklı etkileşimini gösterir. Ailede erken başlangıçlı depresyon olması, gençlik döneminde tekrarlayan depresif bozukluklar için risk faktörüdür. Ailede madde kötüye kullanımı olması, ailede suça karışmış bireylerin olması, aile içi uyumsuzluk ve düşük aile bağları diğer risk faktörleridir. Erken başlangıçlı depresif semptomlar istismlarla ilgili olabilir. Fakat erken yaşam olaylarının katkısı ailesel genetik risk faktörleri olduğunda daha fazladır.

C. GENETİK

Major depresyon için en güçlü risk faktörü ailesel yüküdür. Evlat edinme ve ikiz çalışmaları, genetik ve çevresel faktörlerin karşılıklı etkileşim içinde olduğu ailesel paternin varlığını göstermiştir. Çalışmalar depresif ebeveynleri olan çocukların depresyon açısından 2-4 kat risk altında olduklarını göstermektedir. İkiz çalışmaları depresyonda kalıtsallığın %40-65 oranları arasında olduğunu göstermektedir. İkiz çalışmalarında adölesan başlangıçlı depresyonun çocukluk döneminde başlayanlara göre daha fazla genetik konkordansa sahip olduğu gösterilmiştir, bu da çok erken başlangıçlı depresyonun daha çok çevresel faktörlere bağlı olduğunu düşündürmektedir.

Genetik ve çevresel faktörlerin etkileşimini savunan model depresyon ve anksiyetenin birlikte kalıtıldığına dikkat çekmektedir. Anksiyete ile ilgili genler kişinin yaşam olaylarına duyarlılığını artırarak gençlik döneminde depresyona neden olabilir. Bu model daha düşük fonksiyonlu serotonin reseptörlerinin stresli yaşam olaylarında erken başlangıçlı depresyona yol açmasıyla desteklenmektedir.

Klinik Bulgular

A. BELİRTİ VE BULGULAR

Çocuklarda görülen depresif semptomlar mutsuz ve çökkün duygudurum, anhedoni, iştah değişiklikleri (artma veya azalma), uyku bozuklukları, enerji azlığı,

motivasyon azalması, huzursuzluk ve ajitasyon, değersizlik veya suçluluk düşünceleri, azalmış konsantrasyon ve intihar düşünceleridir. Çocuklar ve gençlerde psikomotor retardasyon görülebilir fakat daha çok huzursuzluk şeklinde ortaya çıkar.

Depresif semptomlar hastalığın kökeni, ciddiyeti, hastalığın sürekliliği ve semptom profiline göre sınıflandırılabilir. Uyum bozukluğuna yol açan bir stresör olmadığında MD için tüm kriterler karşılanmıyorsa başka şekilde sınıflandırılmayan depresyon tanısı konur. Distimik bozukluk kronik, en az bir sene süren, major depresyondan daha az belirtilye seyreder bir hastalıktır. Distimiyeye major depresyon eklenmesiyle daha karmaşık bir hale gelebilir. Bu duruma çift depresyon denir. Distimik bozukluk veya "minör depresyon" ve subsendromal depresyon major depresyonun prekürsörü olabilir.

Major depresyon çökkün duygudurum, huzursuz duygudurum ya da anhedoni ve bunlara eklenen 4 semptomu daha içerir. Depresif bozuklukların en ciddisidir ve psikoza yol açabilir. Aşğılayan ve duygudurumu ile uyumlu işitsel halusinasyonlar görülebilir daha ciddi vakalarda görsel halusinasyonlar ve sanrılar düşünce ortaya çıkabilir.

B. PSİKOLOJİK TESTLER

Major depresyon tanısı koyduran bir test yoktur. Kapsamlı psikiyatrik değerlendirme tanı koymak için en faydalı araçtır. Mood and Feeling Questionnaire formu tedavinin izleminde kullanılabilir.

C. LABORATUAR BULGULARI

Hiçbir laboratuvar testi major depresyon için tanı koydurucu değildir, bununla birlikte major depresyon semptomları olan bazı hastaların laboratuvar değerleri anormaldir. Depresif çocuk ve adölesan hastalarda noradrenalin, hipotalamus hipofiz adrenal aksı ve serotonin sisteminde anormallikler bulunmuştur fakat bunlar travma ve ciddi yaşam stresörlerine maruz kalmış kişilerde görülmektedir.

Subklinik hipotiroidi, anemi, diyabet, B₁₂ ve folatı içeren vitamin eksiklikleri depresif semptomlarla ilişkilidir. Bunlar gençlerde sık görüldüğünden kronik ya da yanıt alınamayan depresyonda tiroid fonksiyon testleri, tam kan sayımı, elektrolitler, kan şekeri, B₁₂ ve folat seviyelerini araştırmak gerekebilir.

D. NÖROGÖRÜNTÜLEME

Morfometrik ve fonksiyonel manyetik rezonans görüntülemesi arasındaki farklılık, depresif bozukluğun gelişiminde altta yatan nöral devre sistemini anlamamıza katkıda bulunmuştur. Yapısal görüntüleme ça-

Bipolar Bozukluk

39

David A. Brent, MD ve Raymond J. Pan, MD

Çeviri: Bilge Doğan



TANIDA TEMEL İLKELER

Manik Epizod DSM IV-TR Kriterleri

- A. En az bir hafta süren, aşıkâr (veya hastaneye yatırılmayı gerektiriyorsa herhangi bir süre) olağandışı ve sürekli kabarmış, taşkın ya da irritable ayrı bir duygudurum döneminin olması
- B. Duygudurum bozukluğu dönemi sırasında, aşağıdaki semptolardan üçünün (veya daha fazla) sürmesi (duygudurum sadece irritable ise dördünün) ve belirgin olarak bulunması
- (1) benlik saygısında abartılı artma veya grandiosite
 - (2) azalmış uyku ihtiyacı (örn.; sadece 3 saatlik uyku ile dinlenmiş hissedir)
 - (3) normalden daha konuşkan olma veya konuşmaya tutma
 - (4) fikir uçuşmaları veya düşüncelerin sanki yarışıyor gibi birbirlerinin peşi sıra gelmesi yaşantısı
 - (5) dikkat edilebilirlik (dikkat dağınıklığı) (örn., önemsiz veya alakasız dış uyarana kolayca çekilebilen dikkat)
 - (6) amaca yönelik etkinlikte artma (toplumsal, işte okulda veya cinsel açıdan) veya psikomotor ajitasyon
 - (7) üzücü sonuçlar doğurma ihtimali yüksek, zevk veren etkinliklerde aşırı artış (örn., elindeki bütün parayı alışverişe yatırma, düşünce-sizce cinsel girişimlerde bulunma ya da aptalca iş yatırımları yapma)
- C. Bu belirtiler karma atağın tanı ölçütlerini karşılamamaktadır

(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th edn. Text Revision. Washington DC: American Psychiatric Association, 2000'in izniyle).

Hipomanik Epizod DSM IV –TR KRİTERLERİ

- A. Olağan, depresif olmayan duygudurumdan açıkça farklı, en az 4 gün, gün boyu süren, sü-

rekli, kabarmış, taşkın ya da irritable ayrı bir duygudurum döneminin olması.

- B. Manik epizod b kriterleri ile aynı
- C. Bu dönem sırasında, kişinin semptomatik olmadığı zamanından çok farklı olarak işlevsellikte belirgin bir değişiklik olur
- D. Duygudurum bozukluğu veya işlevsellikteki değişiklik başkaları tarafından gözlemlenebilir düzeydedir
- E. Bu dönem sosyal ya da mesleki işlevsellikte belirgin bozulmaya yol açacak ya da hastaneye yatırılacak kadar ağır değildir ve psikotik özellikler göstermez
- F. Bu belirtiler bir maddenin (örn. Kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi için kullanılan ilaç ya da diğer bir tedavi yöntemi) ya da genel tıbbi bir durumun (örn. Hipertiroidizm) doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir

(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th edn. Text Revision. Washington DC: American Psychiatric Association, 2000'in izniyle).

Karma Epizod DSM IV TR KRİTERLERİ

- A. Manik epizod ve major depresif epizod kriterleri birlikte karşılanır en az bir hafta boyu, neredeyse her gün süren
- B. Duygudurum bozukluğu; mesleki işlevsellikte, olağan sosyal aktivitelerde, başkalarıyla ilişkilerde belirgin bozulmaya yol açan veya kendine/başkalarına zarar vermesini engellemek için hastane yatışı gerektiren veya psikotik özellikler gösteren
- C. Bu belirtiler bir maddenin (örn. Kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi için kullanılan ilaç ya da diğer bir tedavi yöntemi) ya da genel tıbbi bir durumun (örn. Hipertiroidizm) doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir

(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th edn. Text Revision. Washington DC: American Psychiatric Association, 2000'in izniyle).

Bipolar I Bozukluk, En Yakın Epizod Manik, DSM IV Kriterleri

- A. Halen (veya en yakın) manik epizoda
- B. Öncesinde en az bir major depresif epizod, manik epizod veya karma epizod
- C. Kriter A ve kriter B'deki duygudurum epizodları şizoaftaktif bozukluk ile açıklanamaz ve şizofreni, şizofreniform bozukluk, delüzyonel bozukluk veya psikotik bozukluk başka türlü adlandırılmayan üzerine eklenmiş

(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th edn. Text Revision. Washington DC: American Psychiatric Association, 2000'in izniyle).

Bipolar II Bozukluk DSM IV-TR KRİTERLERİ

- A. Varolan (veya öyküde olan) bir veya fazla Major Depresif Epizod
- B. Varolan (veya öyküde olan) en az bir Hipomani Epizod
- C. Hiç Manik veya Karma Epizod olmayacak
- D. Kriter A ve kriter B'deki duygudurum semptomları şizoaftaktif bozukluk ile açıklanamaz ve şizofreni, şizofreniform bozukluk, delüzyonel bozukluk veya psikotik bozukluk başka türlü adlandırılmayan üzerine eklenmiş
- E. Semptomlar klinik olarak anlamlı sıkıntı veya sosyal, mesleki veya diğer önemli işlevsellik alanlarında bozulmaya yol açar.

(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th edn. Text Revision. Washington DC: American Psychiatric Association, 2000'in izniyle).

Genel Değerlendirmeler

A. EPİDEMİYOLOJİ

Pediyatrik bipolar bozukluk tanımlanmasında verilmiş çelişkiyle, prepubertal bipolar bozukluk prevalansında herhangi bir veri yoktur. 14-18 yaş gençlerde hayat boyu bipolar bozukluk prevalansı Lewinso'nun yayınlanmış bir çalışmasında yaklaşık %1 olarak gösterilmiştir (daha baskın bipolar bozukluk tip 2 ve siklotimi). Ek olarak gençlerde %5.7 subsendromal bipolar bozukluk mevcut. Bipolar bozukluğu olan erişkinlerin retrospektif bilgileri %60 oranında 20 yaş öncesi bipolar bozukluk başlangıcı, %10-20 sinde bipolar bozukluk başlangıcının 10 yaş öncesi başlangıç olduğunu göstermiştir. Bipolar bozukluk her iki cinsi eşit etkiler.

B. ETYOLOJİ

Bipolar bozukluk etyolojisi ve seyrine etki eden faktörler; genetik, nörobiyoloji ve aile çevresi olarak var sayılmıştır. Biyolojik etyolojiler genetik ve nörogörüntüleme çalışma sonuçları ve bipolar bozukluk arasında ki korelasyon ile ortaya atılmıştır. Stres ve istismar olan aile çevresi daha erken başlangıç ve daha kötü seyir ile ilişkili bulunmuştur.

C. GENETİK

Bipolar bozukluğun yüksek oranda ailesel olduğu, bipolar bozukluğu olan ebeveynlerin çocukları ile yapılan çalışmalarda, bipolar spektrum bozukluklarının ortaya çıkması yüksek riskli bulunmuştur. Evlat edinme, ikiz ve aile çalışmaları ailesel ve yüksek ihtimalle genetik etyolojiye işaret eder.

Klinik Bulgular

A. İŞARET VE SEMPTOMLAR

Orta ileri yaş adolesan bipolar bozukluk görünümünün erişkin bipolar bozukluk görünümüyle aynı olduğu düşünülmese rağmen, pediyatrik bipolar bozukluk görünümü tartışılmaktadır. Bir çok çocuk DSM-IV-TR de belirtilen hipomani, mani kriterlerini 4-7 gün süresinden daha az göstermektedir. Pediyatrik bipolar bozukluk, baskın olarak karma ve/veya hızlı döngülü, ıritabl, uzun süreli epizodlu kronik ve yüksek oranda dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) ve anksiyete bozukluğu komorbiditesi ile karakterizedir. The National Institute of Mental Health Research Pubertal bipolar bozukluk (2001) fenotiplerini dar (DSM IV TR mani ve hipomani tanımları) ve geniş (şiddetli ıritabilite, duygudurum labilitesi, mizaç patlamaları, depresyon, anksiyete, hiperaktivite, azalmış konsantrasyon ve dürtüsellik) olarak tanımlanır. Bipolar bozukluk tanısı psikopatolojisini nelerin oluşturduğuna karar verirken gelişimsel şartlar ve çevre göz önünde bulundurulmalı. Örneğin, artmış özgüven ve hedefe yönelik aktivitede artış normal çocuk gelişimi ile tutarlı olabilir. Psikoz, en yaygın olarak içsel halusasyonlar, bipolar bozukluklu gençlerde %16-60 arasında belirtilmiştir. Psikoz prevalansı genç manilerde erişkin maniyeye göre daha azdır.

Özet olarak, pediyatrik bipolar bozukluk tanısı koymak klinik sunumdaki değişkenlikten dolayı zordur, yüksek komorbidite ve diğer psikiyatrik bozukluklarla örtüşen semptomlar, semptom ifadesinde gelişimin rolü, çocukların semptomlarını ifade etmedeki zorluk ve bipolar bozukluk gelişen sosyal şartlar ve çevre (örn., aile çatışması) Ancak kanıtlar pediyatrik bipolar bozukluğun bir spektrum bozukluğu olduğunu (Bipolar bozukluk tip 1 den başka türlü adlandırılmayan bipolar bozukluğa) sürekli seyir ve sonuç gösterdiğini ortaya çıkarmış.

Çocuk ve Adolesanlarda İntihar Davranışı

40

Robert A. King, MD

Çeviri: Bilge Doğan



TANIDA TEMEL İLKELER

DSM IV –TR Tanı Kriterleri

Süisidal ideasyon; ölü olmayı isteme veya öldürmeyi isteme veya kendi kendine hayatı tehdit eden zarara neden olmayı isteme düşüncelerinden oluşur. İntihar girişimi kendi kendini öldürmek için tasarlanmış zarar verici davranış düşünmeye atıfta bulunur. Çünkü girişimde bulunanın niyeti sıklıkla ambivalenttir, girişimin şiddetinin değerlendirilmesi klinik değerlendirmenin çok önemli bir parçasıdır. Letalite, buna karşılık, ölüme neden olacak girişimin asıl olasılığına atıfta bulunur. "Parasuicid" deyimi düşük letaliteli kendine zarar veren girişimleri göstermek için kullanılır ve gerçekten ölmek için az veya hiç istek olmamasını, kasıtlı olarak kendini yaralama; öldürücü olmayan, görünüşte ölüm isteğinden daha çok sıklıkla, gerilim, depersonalizasyon veya boşluk hisleriyle tetiklenir.

Tamamlanmış intihar için duyudurum bozuklukları, psikoz, madde bağımlılığı güçlü risk faktörleri olsa da, çocuk ve adolesanlarda intihar girişimi ve düşüncesi geniş bir hastalık çeşidinde ve psikopatolojik durumlarda görülebilir.

İntihar düşüncesi – ölü olmayı isteme, kendi kendisinin hayatını tehdit edici zarara neden olma ve öldürme düşünceleri

İntihar girişimi –kendini öldürmeye kasteden zarar verici davranış üzerinde durmak

Letalite –bir girişimin ölüme neden olma ihtimali

Parasuicid –ölüm isteği olmayan veya az olan düşük letaliteli kendine zarar verici davranışlar

Genel Değerlendirmeler

A. EPİDEMİYOLOJİ

1. Tamamlanmış intihar—Tamamlanmış intihar prepubertal çocuklarda nadirdir. 2003 yılındaki 5-14 yaş arası çocuklar için Birleşik Devletlerde yıllık oran

0.6/100.000'dir. Buna rağmen adolesanlarda tamamlanmış intihar, Birleşik Devletler'de ölüm nedenleri arasında üçüncü sıradadır. Ayrıca, genel sağlıklı yaş grubunda, 2003 yılında 15-19 yaşları arasındaki gençlerde 100.000'de 7.3 gencin ölüm sebebi olarak gösterilmiştir. En yeni uluslararası veriler 5-14 yaş arası çocuk ve gençlerde rölatif olarak daha düşük oranlar (100.000'de 0-2.4 arasında değişir) ve 15-24 yaş arası gençlerde daha yüksek oranlarla (100.000'de 2.4 ve 33.1 arasında değişen) benzer bir desen sunar (bakınız Tablo 40-1). Genç erkek intiharlarının esasen dünyanın bir çok kesiminde bayan intiharlarından fazla olmasına rağmen, bu durum gelişmekte olan dünyanın kırsal kesimlerinde, Hindistan ve Çin gibi, tarımda kullanılan öldürücü böcek ilaçlarına kolay ulaşılabilmesine bağlı olarak tersine çevrilmiştir. Raporlama uygulamalarındaki farklılıklar direk karşılaştırmayı zorlaştırır da, görünen geniş uluslararası farklılıklar mevcuttur; hızlı ekonomik ve politik değişikliklerle ilişkili yüksek genç intihar oranları ile yaygın silah erişilebilirliği, yerli halk arasında geleneksel kültürün bozulması ve kadınların durumunda değişiklikler. Bildirilen genç intihar oranları genel olarak Katolik ve Müslüman ülkelerde düşüktür.

Etkileyici uzun dönemli eğilimler, epidemiyolojik verilerde uluslararası olarak açıktır. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre, genç intihar oranları 1950 ve 1980'lerin ortaları arasında Birleşik Devletler, Avrupa'nın çoğu kısmı, Meksika ve Batı Pasifik'te dramatik olarak arttı. Bu eğilimin nedeni olan spekülasyonlar artan boşanma oranları, artan adolesan madde kullanımı, demografik değişim, intihar karşısında dini –kültürel tabuların erozyonu ve kitlesel medyanın ünlüleri takibi ve diğer intiharları kapsar. 1990 ve 2000 arası onyıllık dönem bir çok ülkede genç intiharları azalma gösterdi (doğu Avrupa ve İrlanda dramatik istisnalarındandır). Bu azalmanın nedenleri net değildir. Adolesan depresyonunun artması farkındalığı ve etkili antidepresanlara geniş ulaşılabilme imkanı rol oynayan nedenler olarak speküle edildi. Bu bağlamda, Birleşik Devletler'de azalma olan on yıl sonrası, 2003'ten 2004'e 19 yaş ve altı gençlerde intihardan ölüm oranları %18.2'ye suçradı. Bu çocuk ve adolesanlarda eşzamanlı antidepresan kullanımında güvenlik kaygıları ile ilgili çok miktarda propagandaya bağlı keskin düşüş periyodudur.

Tablo 40–1. Seçilmiş Ülkelerde 100.000'de Genç İntihar Oranları

Ülke	Yıl	5-14 Yaşlar	15-24 Yaşlar
		Tüm	Tüm
Rusya	2004	2.3	28.1
Litvanya	2004	1.6	25.5
Finlandiya	2004	0.8	21.7
Yeni Zelanda	2000	0.7	18.2
Izlanda	2004	0.0	16.2
Norveç	2004	0.5	14.0
Litvanya	2004	0.8	13.1
Japonya	2004	0.4	12.8
Arjantin	2003	0.9	12.4
Belçika	1997	0.5	12.4
Çin (Honkong SAR)	2004	0.6	12.2
İrlanda	2005	0.5	11.9
Polonya	2004	0.8	11.8
Avusturya	2005	0.4	11.8
Kanada	2002	0.9	11.5
Avustralya	2003	0.5	10.7
Singapur	2003	0.8	10.5
Birleşik Devletler	2002	0.6	9.9
İsviçre	2004	0.1	9.8
İsveç	2002	0.6	9.7
Macaristan	2003	0.7	9.0
Çek Cumhuriyeti	2004	0.7	9.0
Fransa	2003	0.4	8.1
Danimarka	2001	0.3	7.5
Çin anakara (seçili bölgeler)	1999	0.8	6.9
Almanya	2004	0.3	6.7
Meksika	2003	0.7	6.4
İsrail	2003	0.2	6.0
Birleşik Krallık	2004	0.1	5.2
Hollanda	2004	0.5	5.0
İspanya	2004	0.3	4.3
İtalya	2002	0.2	4.1
Portekiz	2003	0.0	3.7
Yunanistan	2004	0.2	1.7

* İntihar oranlarında azalan sıra, 100.000 kişi için, 15-24 yaş Dünya Sağlık Örgütü'nden, Ülke İntihar Raporları, (http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/country_reports/en/index.html) 11/30/07'de erişilmiş veriler

2. İntihar ideasyonu ve girişimler—Tamamlanmış intiharın aksine, intihar ideasyonu ve girişimler daha yaygındır. 2005 iki yılda bir yapılan Ulusal Genç Risk Davranış Araştırması, izleyen 12 ay boyunca,

üniversite öğrencilerinin %16.9'u ciddi intihar girişimi planlamış; %13'ü intihar girişimi için plan yapmış, %8.4'ü bir veya daha fazla sayıda intihar girişiminde bulunmuş, %2.3'ü yaralama, zehirlenme veya yüksek doz ilaç alarak doktor veya hemşire tarafından tedavi edilmek zorunda kalınan intihar girişiminde bulunmuş. Daha genç çocuklar arasında intihar ideasyonu ve girişim oranları, 7-12 yaşlarda, oldukça düşük bulunmuş (sırayla %4 ve %1.5).

İntihar düşüncesi veya davranışı pediatri acil servis ziyaretlerinin yaygın bir nedenidir. 1997-2002 süresi boyunca, kasıtlı olarak kendine zarar verme nedeniyle acil servis başvurusu yıllık oranları Birleşik Devletler'de 7-24 yaş için 100.000'de 225'tir. Acil servis başvurularının yaklaşık %20'si hastaneye yatışla sonuçlanır. 5-20 yaşlarda kendini yaralama nedeniyle hastaneye yatış oranı yıllık 100.000'de 44.9'dur. Hastaneye yatırılan bu hastalar arasında kesme oranı %13.2, asma veya boğma oranı %1.3, asetaminofen alımı %26.9, antidepresan alımı %14, opiyat alımı %3.3, salisilat alımı %10.2 dir.

3. Cinsiyet—İntihar davranışı cinsiyetle anlamlı olarak değişir. İntihar girişimi 15-19 yaş kızlarda aynı yaş erkeklere göre çok daha yaygındır. Bu yaştaki kızlar aynı yaştaki erkeklere göre neredeyse iki kat fazla girişimde bulunurken, erkekler kızlardan dört kat fazla olarak intiharı sonuçlandırır. Böylece, adolesan erkekler için, tamamlanmış intiharların girişimlere oranı yaklaşık 1: 517 iken, kızlar için bu oran 1: 4000'dir.

B. ETYOLOJİ

1. Tamamlanmış intihar

i. Major psikiyatrik hastalık—Psikolojik otopsi psikolojik öncülleri ve ölüm durumlarını anlamak için ölen kişinin hayatını yeniden yapılandırma prosedürüdür; bu süreç ulaşılabilir kayıtların ve bilgi alınabilir kişilerden ölen kişinin hayat tarzını, dışı vuran düşüncelerini, duygularını ve davranışlarını, kapsayan sistematik görüşmelerin, özellikle psikopatoloji için kanıt oluşturabilecek olanların gözden geçirilmesini kapsar. Bazı çalışmalar intihar girişimini tamamlamış adolesanların yaklaşık %90'ının en az bir major psikiyatrik tanısı, özellikle depresyon, madde istismarı ve davranış bozukluğu, olduğunu bulur. Adolesan çalışmalarının yaklaşık yarısında, intihar anında en az üç yıldır olan bir veya daha fazla psikiyatrik bozukluk mevcuttur.

Tarama ve önleme perspektifinden, bu tanısal risk faktörleri duyarlı olmasına rağmen (örn., adolesan intiharlarının çoğunda bulunan faktörler); intihar girişiminde bulunmayan adolesanlarda da fazla sayıda bulunduğu için çok nonspesifiktirler. Fark edilen major psikiyatrik tanısı olmayan adolesanların küçük bir azınlığı toplum kontrolleri ile kıyaslandığında, ailede psikiyatrik bozukluk, geçmiş intihar düşünce-

Çocuklarda ve Ergenlerde Anksiyete Bozuklukları

41

Barry Nurcombe, MD
Çeviri: Ali Ercan Altınöz

■ AYRILMA ANKSİYETESİ BOZUKLUĞU



TANIDA TEMEL İLKELER

DSM-IV-TR Tanı Kriteri

- A. Aşağıdakilerden üçünün (ya da daha fazlasının) olması ile belirli, kişinin evden ya da bağlandığı insanlardan ayrılmasıyla ilgili, gelişimsel olarak uygunsuz ve aşırı anksiyetenin olması:
- (1) Evden ya da bağlandığı başlıca kişilerden ayrıldığında ya da böyle bir ayrılık beklendiğinde yineleyici bir biçimde aşırı sıkıntı duyma
 - (2) Bağlandığı başlıca kişileri yitireceğine ya da onların başına bir iş geleceğine ilişkin sürekli ve aşırı bir kaygı duyma
 - (3) Kötü bir olayın, bağlandığı başlıca kişiden ayrılmasına yol açacağına ilişkin sürekli ve aşırı bir kaygı duyma (örn. Kaybolacağı ya da kaçırılacağı)
 - (4) Ayrılma korkusundan ötürü, sürekli olarak, okula ya da başka bir yere gitmek istememe ya da gitmeyi reddetme
 - (5) Tek başına kalma, evde bağlandığı başlıca kişiler olmaksızın kalma ya da kendisi için önemli erişkin insanlar olmadan diğer ortamlarda bulunma konusunda isteksizlik gösterme ya da bu konuda sürekli ve aşırı bir korku duyma
 - (6) Bağlandığı başlıca kişinin yakınında olmadan ya da evin dışında uyuma konusunda sürekli bir isteksizlik gösterme ya da uyumayı reddetme
 - (7) Ayrılma konusunda sürekli kabus görme
 - (8) Bağlandığı başlıca kişilerden ayrıldığında ya da böyle bir ayrılık beklendiğinde yineleyici bir biçimde fiziksel semptom yakınmaları getirme (baş ağrıları, karın ağrıları, bulantı ya da kusma gibi)

- B. Bu bozukluğun süresi en az 4 haftadır.
C. Başlangıcı 18 yaşında önce olur
D. Bu bozukluk klinik açıdan önemli bir sıkıntıya ya da toplumda, okulda (mesleki) ya da diğer önemli işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur
E. Bu bozukluk sadece bir Yaygın Gelişimsel Bozukluk, Şizofreni ya da diğer bir Psikotik bozukluğun gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır ve Agorafobi ile giden Panik Bozukluğuyla daha iyi açıklanamaz.

Varsa belirtiniz:

Erken başlangıçlı: başlangıç yaşı 6 yaşından önce olursa.

(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edn., Text Revision. Copyright 2000 Washington DC: American Psychiatric Association'ın izniyle).

Genel Değerlendirmeler

A. EPİDEMİYOLOJİ

Ayrılma anksiyetesi bozukluğu (AAB) çocukların ve ergenlerin %2-%4'ünde görülmektedir. Bu bozukluk, bu yaş grubunda anksiyete bozukluğu için yönlendirilenlerin tümünün %50'sini oluşturmaktadır. AAB kızlarda ve düşük sosyoekonomik sınıftan gelen ailelerde biraz daha yaygın görülebilir. Okul reddi, tüm sosyoekonomik sınıflardan gelen çocuklarda eşit derecede yaygın görülmektedir. Okul reddinin okul yaşındaki çocuklardaki insidansı %1 ile %2 arasındadır ve bu durum erkek çocuklarda daha yaygın olarak görülebilir.

B. ETİYOLOJİ

AAB güvensiz bağlanmayla ilişkilidir (bakınız bölüm 45). Ayrılma anksiyetesi; kayıp, ayrılık ya da her ikisinin gerçekleşme tehdidi neden olabilir. Ebeveynin anksiyetesi ve iç içe geçmiş bir anne çocuk ilişkisi genellikle AAB ile ilişkilidir. Ebeveyn anksiyetesi ile depresyonun kombinasyonu da ilave bir risk faktörüdür. Anksiyete bozukluklarının diğer aile üyelerindeki prevalansı genetik bir faktöre işaret edebilir.

AAB'nin etiolojisi ile ilgili olarak psikodinamik kuram şunları ileri sürmektedir: 1) Annenin kendi annesiyle düşmanlık-bağımlı bir ilişkisi vardır, 2) Anne yalnızdır ve evliliğinde mutlu değildir, 3) Çocuğun güvenliğine karşı bir tehdit yaşandıktan sonra, çocuk bu duruma annesiyle aşırı bağımlı bir ilişki kurarak tepki verir, 4) Anne çocuğun kendisine aşırı bağımlı olmasından memnundur, 5) Anne ve çocuk karşılıklı olarak düşmanlık-bağımlı ve ikircikli bir ilişki geliştirirler, 6) Çocuk normal okul stresine korku ve kaçınmayla tepki verir, 7) Anne bir taraftan çocuğun evde olmasından memnunken, bir yandan da bu duruma öfkelenir, 8) Hem anne hem de çocuk kaygının somatik belirtilerine odaklanır ve anne, çocuğun fiziksel bir rahatsızlığı olduğuna ikna olur.

C. GENETİK

AAB, çocukluk döneminde başlayan diğer pek çok nörogelişimsel bozukluk gibi birçok genin yatkınlığı ile ilişkilidir. İkiz çalışmaları, kadınlara karşı erkeklerde farklı genlerin bu durumun oluşmasına aracılık etmede rol oynayabileceğini ileri sürmektedir. Ayrıca AAB'nin kalıtsal yönü, erkeklerden daha çok kızlar için daha büyükmüş gibi gözükmektedir.

Klinik Bulgular

AAB için ortalama başlangıç yaşı 8 ile 9 yaştır. Ayrılmaya anksiyetesi yaşayan çocuklar ailelerinden, genellikle de annelerinden, ayrıldıklarında ya da ayrılma tehdidi yaşadıklarında aşırı derecede sıkıntı yaşarlar. Bağlanma figürlerine ya da kendilerine zarar geleceğinden korkarak, genellikle ebeveynlerinin yataklarında uyurlar, yalnız kalmayı reddederler, okula gitmemek için yalvarırlar, ayrılıkla ilgili kabuslar görürler ve ayrılma tehdidi olduğunda sayısız somatik semptom gösterirler. Örneğin, okula gitme zamanı geldiğinde bu çocuklar, karın ağrısından, mide bulantısından, kusmadan, ishalden, sık idrara çıkmadan ve kalp çarpıntısından şikayet ederler. Bazen bu çocuklar evden ayrılmaya zorlanırlar. Böyle bir durumda da bu çocuklar kaçabilir ya da evlerinin yakınlarına saklanabilirler.

Ayrırcı Tanı (Kömörbit Tanılar Dahil Olmak Üzere)

Bölümün sonuna bakınız.

Tedavi

Bölümün sonuna bakınız.

Komplikasyonlar/Olumsuz Tedavi Sonuçları

Bölümün sonuna bakınız.

Prognoz

Bölümün sonuna bakınız.

Albano AM, Chorpita BF, Barlow DH: Childhood anxiety disorders. In: Mash EJ, Barkley RA (eds). *Child Psychopathology*, 2nd edn. New York: Guilford, 2003, pp. 279-329.

■ YAYGIN ANKSİYETE BOZUKLUĞU



TANIDA TEMEL İLKELER

DSM-IV-TR Tanı Kriteri

- A. En az 6 ay süreyle hemen her gün ortaya çıkan, birçok olay ya da etkinlik hakkında (işte ya da okulda başarı gibi) aşırı anksiyete ve kaygı (endişeli beklentiler) duyma (evham)
- B. Kişi, kaygısını kontrol etmeyi zor bulur.
- C. Anksiyete ve kaygı, aşağıdaki altı semptomdan üçüne (ya da daha fazlasına) eşlik eder (son 6 ay boyunca hemen her zaman en azından bazı semptomlar bulunur). Not: Çocuklarda sadece bir maddenin bulunması yeterlidir.
 - (1) Huzursuzluk, aşırı heyecan duyma ya da endişe
 - (2) Kolay yorulma
 - (3) Düşüncelerini yoğunlaştırmada zorluk çekme ya da zihninin durmuş gibi olması
 - (4) İrritabilite
 - (5) Kas gerginliği
 - (6) Uyku bozukluğu (uykuya dalmakta ya da sürdürmekte güçlük çekme ya da huzursuz ya da dinlendirmeyen uyku)
- D. Anksiyete ve kaygı odağı bir eksen I bozukluğunun özellikleri ile sınırlı değildir, örn. Anksiyete ya da kaygı; bir panik atağı olacağı (Panik Bozukluğunda olduğu gibi), genel bir yerde utanç duyacağı (Sosyal Fobide olduğu gibi), hastalık bulaşmış olacağı (Obsesif Kompulsif Bozuklukta olduğu gibi), evden ya da yakın akrabalarından uzak kalacağı (Ayrılmaya Anksiyetesi bozukluğunda olduğu gibi), kilo alacağı (Anoreksiya Nervosa olduğu gibi), birçok fiziksel yakınmanın olacağı (Somatizasyon bozukluğunda olduğu gibi) ya da ciddi bir hastalığının oluşu (Hipokondrizisde olduğu gibi) ile ilgili değildir ve anksiyete sadece Travma Sonrası Stres Bozukluğu sırasında ortaya çıkmamaktadır.
- E. Anksiyete, kaygı ya da fizik yakınmalar klinik açıdan belirli bir strese ya da toplumsal, mesleki alanda ya da diğer önemli işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.
- F. Bu bozukluk bir maddenin (örn. Kötüye kullanılan bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç) ya da genel bir tıbbi durumun (örn. Hipertiroidi-

Çocuğa Kötü Muamele

42

William Bernet, MD
Çeviri: Ali Ercan Altınöz

■ ÇOCUĞA KÖTÜ MUAMELE



TANIDA TEMEL İLKELER

Çocuğa kötü muamele ile ilgili yasal tanımlamalar Amerika'da eyaletten eyalete farklılık göstermektedir. Genel olarak ihmal, çocuk için yeterli bakımı ve korumayı sağlayamamaktır. İhmal, çocuğu uygun şekilde besleyememeyi, tıbbi bakım ve eğitim sağlayamamayı ya da çocuğu tehlikeye koruyamamayı kapsar. Fiziksel istismar, bakım veren tarafından bilinçli şekilde zarar verilmesidir. Fiziksel istismar, dövme, yumruklama, vurma, ısırma ve diğer yöntemleri kapsamaktadır. İstismar, yaralanma - kırık kemikler gibi iç kanama, çürükler, yanıklar ve zehirlenmeyle sonuçlanabilir. Çocuğa verilen disiplinin istismar edici mi yoksa normatif mi olduğunu değerlendirmek için kültürel faktörler düşünülmelidir. Çocuğa yönelik cinsel istismarda, bir yetişkinin çocukla ya da çok büyük veya daha baskın olanın varlığında iki çocuk arasında gerçekleşen cinsel davranıştan söz edilmektedir. Cinsel davranışlar şunları içerebilir: Göğüslere, popoya ya da genital organlara, kurban giyinik ya da çıplakken elleme, teşhircilik, oral seks, cinsel organı yalama, vajinal ya da anal yoldan penis ya da diğer objelerin içe sokulması ya da pornografik fotoğraflar çekme. Duygusal istismar, bakım veren sürekli çocuğu aşırı korkutarak ya da azarlayarak ciddi psikolojik yara yarattığında meydana gelir. Duygusal istismar ciddi boyutta olduğunda, genellikle ihmal, fiziksel ve cinsel istismar da duruma eşlik eder ve çocuk ev içi şiddete de maruz kalır. İstismarın ve ihmalin DSM-IV-TR'deki psikiyatrik sınıflaması "klinikyenin dikkat odağı olabilecek diğer koşullar" adlı bölümde ve "istismar ve ihmalle ilgili problemler" bölümünde yer almaktadır. İstismar ve ihmalle ilgili kategoriler pek çok faktörü dikkate almalıdır: Kötü muamele fiziksel, cinsel istismarı ya da ihmali içeriyor mu, kurban çocuk ya da yetişkin mi, klinik olarak

odağın kurbanda mı yoksa bunları gerçekleştiren kişide mi olduğu, yetişkin vakalarında istismarı yapanın kurbanın eşi mi yoksa başka biri mi olduğu. Kötü muamele ile ilgili DSM-IV-TR sınıflaması aşağıda verilmiştir. Bu koşullar Eksen I'de kodlanmıştır.

Çocuğa yönelik kötüye muamelede DSM-IV TR sınıflaması

- 995.54 eğer klinik açıdan odak kurban ise çocuğun fiziksel istismarı
995.53 eğer klinik açıdan odak kurban ise çocuğun cinsel istismarı
995.52 eğer klinik açıdan odak kurban ise çocuğun istismarı

Giardino AP, Alexander R: *Child Maltreatment: A Clinical Guide and Reference & A Comprehensive Photographic Reference Identifying Potential Child Abuse*, 3rd edn. St. Louis: GW medical Publishing, 2005.

Hamman S, Bernet W: Evaluating and reporting emotional abuse in children: Parent-based, action-based focus aids in clinical decision making. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000;39:928.

Helfer ME, Kempe RS, Krugman RD, (eds): *The Battered Child*, 5th edn. revised. Chicago: University of Chicago Press, 1999.

Genel Değerlendirmeler

Özeldeki uygulayıcılarla birlikte mahkeme ya da diğer kurumlar tarafından görevlendirilenler duygusal, fiziksel ya da cinsel olarak ihmal edilmiş çocukları görebilirler. Klinikyen olarak, hem hastanede hem de hastane dışında istismara uğramış çocuklar değerlendirilmeli ve hem çocuk hem de ailesi için tedavi uygulanmalıdır. Hukuki inceleyici olarak klinikyen, pediatrik tıbbi merkezlerde disiplinlerarası takımlarla çalışmalı ve mahkemeye, çocuğa ne olduğunu belirlemede yardımcı olmalıdır.

A. EPİDEMİYOLOJİ

Her yıl yaklaşık 3 milyon çocuğa yönelik kötü muamele iddiaları Amerikan koruyucu hizmetlere bildirilmektedir. (Amerikan Sağlık ve İnsan Servisleri, 2005). Bu raporların yaklaşık 1 milyonunun doğruluğu kanıtlanmaktadır. Doğrulanan vakalardan yaklaşık %60'ı ihmal, yaklaşık %20'si fiziksel istismarı ve yaklaşık %10'u cinsel istismarı, yaklaşık %5'i de duygusal istismarı içermektedir. Kalan %5'i ise be-

lirlenememiştir. Yaklaşık 1500 çocuk kötü muamele sonucu her yıl hayatını kaybetmektedir.

B. Etiyoloji

Çocuğa kötü davranma trajik ve karmaşık biyopsiko-sosyal bir olgudur. Çocuk istismarının neden olduğunu açıklayan pek çok model vardır. Fakat bunlar genellikle beş düzeyli risk faktörleriyle koruyucu faktörlerin etkileşimini dikkate almaktadır: 1) Kurban olan çocuğun biyolojik ve psikolojik donanımı önemlidir. Örneğin prematüre doğan çocuklar, gelişimsel olarak engelli çocuklar ve fiziksel olarak sorunlu olan çocuklar daha çok istismara maruz kalmaktadır. 2) Yetişkin suç işleyenlerin kişisel özellikleri: Örneğin çocuğun cinsel istismarı toplumun tüm tabakalarında olmaktadır. Fakat ebeveynlerin düşük eğitimi, ebeveynlerdeki ruhsal hastalık ve madde kullanımıyla, özellikle alkolizmle ilişkilendirilmektedir. 3) Aile sistemi, ailenin yaşadığı çevre, ebeveynlik stilleri ve aile üyeleri arasındaki etkileşimlerden söz etmektedir. Risk faktörleri, tek ebeveynin olması ve ev içi şiddeti içermektedir. 4) Ailenin içinde yaşadığı toplum, hem risk faktörleri hem de koruyucu faktörlerle ilişkili olabilir. Genellikle, çocuk istismarı yoksulluk, maddi stres, kötü koşullarda barınma ve sosyal izolasyonla güçlü bir şekilde ilişkilidir. Fakat yaşanan toplum içinde ailenin çalışma yeri, aile üyelerinin arkadaş grupları ve resmi ve gayri resmi sosyal desteklerle ilişkili koruyucu faktörler de mevcut olabilir. 5) Son olarak, kültürün değerleri ve inançları çocuğa kötü muamelenin meydana gelişini etkileyebilir. Örneğin 20. yüzyılda çocuk istismarını azaltan iki büyük sosyal değişim yaşanmıştır: Çocuğun davranışının sert ve fiziksel bir disiplin yerine, özellikle sevgiyle sosyalleştirilmesi gerektiği kavramı ve ebeveyn otoritesinin tek otorite olmadığı, diğer bir deyişle ebe-

veynlerin çocukları üzerinde sınırsız bir otorite uygulama hakkına sahip olmadığını farkına varılması.

Myers JEB, Berliner L, Briere J, Hendrix CT, Jenny C, Reid TA, (eds): *The APSAC Handbook on Child Maltreatment*, 2nd edn. Thousand Oaks, California: Sage Publications, 2002. U.S. Department of Health and Human Services, Administration on Children, Youth and Families: *Child Maltreatment 2003*. Washington, DC: U.S. Government Printing Office, 2007.

Klinik Bulgular

A. İŞARETLER VE SEMPTOMLAR

İstismara uğrayan çocuklar, duygusal, davranışsal ve psikosomatik çok farklı semptomlar gösterirler. İstismara uğrayan çocukların içe çekilme, anksiyete, depresyon ve uyku problemleri gibi içselleştirdikleri semptomları olabilir. İstismara uğrayan çocukların saldırganlık gibi dışsallaştırdıkları semptomları da vardır. Cinsel olarak istismara uğrayan çocuklar çoğunlukla uygun olmayan cinsel davranışlar sergileyebilirler. Tablo 42-1 çocuğun istismarıyla ilgili semptomları listelemektedir. Aşağıda verilen bu semptomlar istismara özgü değildir, aynı belirtiler istismar öyküsünün olmadığı durumlarda da meydana gelebilir.

Fiziksel olarak istismara uğrayan çocukların aileleri belirli özelliklere sahiptir. Hepsisi genellikle çocukları yaralandıklarında yardım aramada gecikirler. Ailelerin verdiği öykü fiziksel bulgularla mantıksal olarak bağlantılı ya da uyumlu değildir. Tekrarlanan şüpheli yaralanmalara ilişkin kanıtlar bulunabilir. Ebeveynler kardeşi suçlayabilir ya da çocuğun kendisini yaraladığını iddia edebilir.

Aile içindeki cinsel istismar vakalarında ya da belirli dönem boyunca olan diğer cinsel istismar vakalarında olayların tipik bir sırası vardır: 1) İstismarı yapan kişi çocukla özel bir ilişki başlatır, 2) İstismarın daha mesafeli davranışlardan daha yakın davranış-

Tablo 42-1. Çocuğa Kötü Muameleyle İlişkili Semptomlar

İstismarın türü	Semptomlar
Herhangi bir istismar tipi	Duygusal stresle ilgili psikolojik semptomlar; korku, anksiyete, kabuslar, fobiler, depresyon, düşük benlik saygısı, öfke ve düşmanlık Daha ciddi psikolojik problemler şunlardır: İntihar davranışı, TSSB, dissosiyatif tepkiler-bazı vakalarda amnezi dönemleri ve transa benzer durumlarla birlikte görülür- dissosiyatif kimlik bozukluğu
Cinsel istismar	Cinsel olarak aşırı uyarılma (açık bir şekilde mastürbasyon yapma, aşırı cinsel merak, cinsel eylemler hakkında aşırı konuşma, bir objeyle mastürbasyon yapma, cinsel birleşmeyi taklit etme, vajina ya da anüse objeler sokma) Cinsel olarak saldırgan davranışlar (sürekli genital bölgelerin maruz bırakılması, diğer insanları soymaya çalışma, diğer insanlara sürünmek ve cinsel suç işleme) Cinsel uyarılardan fobiler yoluyla kaçınma Ergenlikte rastgele cinsel ilişkilere girerek cinsel olarak eyleme vuruk davranışları sürdürme ve homoseksüel ilişki Fiziksel (somatik yakınmalar, enkopresis ve yeme bozuklukları) ve somatik semptomlar (yalancı bayılmalar gibi)

Tek Bir Olay Sonrası Çocuklarda ve Ergenlerde Görülen Travma Sonrası Stres Bozukluğu

43

Brett McDermott, MD

Çeviri: Ali Ercan Altınöz



TANIDA TEMEL İLKELER

Çocuklar ve ergenlerin yaşadığı tek bir olaya bağlı travmalar motorlu araç kazalarını, doğal afetleri ve saldırıya ya da tecavüze uğramak gibi beklenmedik ve ani olayları kapsamaktadır. Sonuncusunun talihsizce sürekli yaşandığı çevrelerde, örneğin aile, uzun süren ev içi şiddet, devam eden cinsel saldırı yaşıyorsa ya da savaş bölgesindeyse, kişi çoğunlukla çoklu travmatik olaylara maruz kalmaktadır. Bunun sonucunda kişinin ruh sağlığında ortaya çıkan olumsuz etkiler tek bir travmatik olay yaşandığında meydana gelen olumsuz etkilere göre niteliksel olarak farklıdır. Okuyucular çoklu travmatik olaylara maruz kalmanın yarattığı izleri daha ayrıntılı anlamak için disosiyatif bozuklukları, kişilik bozuklukları ile ilgili bölümleri ve cinsel istismarla ilgili referansları dikkate almalıdır. Bu bölüm tek bir travmatik olaya maruz kalmanın ruh sağlığı üzerindeki etkilerine odaklanacaktır. Genelde verilen tanıları travma sonrası stres bozukluğunu (TSSB), diğer kaygı bozukluklarını (spesifik fobiler de dahil olmak üzere) ve depresif görünümünü kapsamaktadır. Bu bozukluklar için Tanı Ölçütleri (DSM-IV-TR) kriterleri ayrıntılı bir şekilde 20, 41 ve 38. bölümde sırasıyla verilmiştir.

Tanıyla ilgili iki düşünce bu bölümü belirlemiştir. En genel çerçeveyi gelişimsel psikopatoloji oluşturmaktadır. Bireyler dikey (örneğin genden hücreye) ve yatay (kişiden kişiye) etkileşime giren bütünleşmiş alt sistemlerle işlevsellik gösterirler. Ayrıca bebekler, çocuklar ve ergenler zamanla organize olma ihtiyacındadırlar. Zamanla yeni gelişimsel yapılar ortaya çıkar: Farklı gelişimsel dönemlerde yeni bilgilerin neden sonuç ilişkisinin yeniliği, alt sistemler arasında gelişimin farklı oranları, kritik dönemler ve halledilmesi gereken gelişimsel sorunlar, ebeveyn çocuk arasındaki değişen ilişki gibi. Gelişim biliminin bakış açısı biyopsikososyal ve sistemik gibi, diğer yararlı bakış açıları da kapsamaktadır. Kişinin doğasına

özgü olan, bebeklikten ergenliğe kadarki gelişim süresi boyunca kişinin izlediği yol, anormallik ise izlenen bu yoldan sapma olarak kavramsallaştırılmaktadır. İzlenen normal bir yol kavramı travmatik olayların olumsuz etkilerini anlamak için çok yararlı bir kavramdır. Tekrarlanan travmatik olaylar ve onların bıraktığı etkiler bu kitapta tartışılmıştır (bakınız bölüm 42: Çocuğa kötü muamele etme). Tekrarlanan travma yaşamaya özgü artarak giden olumsuzluklar sürekli devam eden bir gelişimsel anormallik tablosuna yol açmaktadır. Bu da çocuğun bazı zamanlarda semptomlar göstermesi ve işlevselliğinde bozulma olması demektir. İzole edilmiş, önemli tek bir travmatik olayın ruh sağlığında yarattığı olumsuz etki gelişimin sürekliliğinde bozulma- diğer bir deyişle gelişim normunda öznal olarak sapma- olarak görülmektedir. Gelişimsel yaklaşımın daha iyi anlaşılması için Cairns ve Angold (1996)'a bakınız. Lenore Terr'in yazısı (Seminal) gelişimsel süreklilikte bozulmayı gösteren tip 1 travmanın, gelişimsel süreklilik olarak tanımlanan tip 2 travma kavramının yararlılığını savunmaktadır (Terr, 1994).

Costello EJ, Angold A: Developmental Psychopathology. In: Cairns RB, Elder GH, Costello EJ, (eds). *Developmental Science*. Cambridge UK: Cambridge University Press, 1996, pp. 168-189.

Terr L: Childhood traumas: An outline and overview. *Am J Psychiatry* 1994;148-10-20.

Genel Değerlendirmeler

Tek bir travma sonucunda ruh sağlığında meydana gelen olumsuz etkiler TSSB ile sınırlı değildir. Açıkçası TSSB önemli bir yere sahiptir. Fakat araştırmacılar uzun zamandır, felaket sonrası ortaya çıkan diğer kaygı ve depresif durumlarından da bahsetmektedirler. Şu anki veriler, felakete bağlı büyük bir ölüm korkusu ve olaya maruz kalmanın büyük olasılıkla TSSB ya da kaygı bozukluğuyla sonuçlanırken, büyük bir kaybın

ve yaşın da depresyona yol açacağını göstermektedir. Fakat TSSB-depresyon semptomlarının aynı anda görülme oranı çok yüksektir ve komorbite de yaygındır.

Tek bir travmatik olayın ruhsal hastalık üzerindeki etkisi, görülen yeni ruhsal hastalıklarla sınırlı değildir. Daha önce ruhsal hastalık yaşayan pek çok kişiye olay sonrası, eski semptomlar yeniden ortaya çıkacaktır. Bunun nedenleri ilaç tedavisi almaktaki güçlükler ya da felaket sonrasında terapiye ulaşamamak gibi pragmatik nedenler olabilir. Ebeveynlerin sıkıntı ya da depresyon yaşama olasılıklarının artması gibi sisteme ait konular da önemlidir. Psikopatoloji olayın gerçekleştirdiği duruma da bağlıdır. Olay sonrasında kişiler ve yardım kuruluşları, fiziksel güvenlik, su, yemek ve barınma ihtiyaçları üzerine uygun şekilde odaklanmaktadır. Ruh sağlığında ortaya çıkan etkiler ve bu konuda yardım sağlanması felaketi izleyen haftalar içinde gerçekleşir. Genellikle de felaketi izleyen aylarda ve yıllarda ruh sağlığında ortaya çıkan sıkıntılar belirgin hale gelir. Örnek olarak, felaketten sonra belirli aylarda ortaya çıkan major depresyonun açıkça felaketle ilişkili olaylarla zamansal bir ilişkisi vardır.

A. EPİDEMİYOLOJİ

Tek bir olay sonrasında ortaya çıkan TSSB'nin görülme sıklığı büyük değişiklikler göstermektedir. Her felaketin ya da travmatik olayın kendine özgü olduğu düşünüldüğünde benzer TSSB oranları beklemek mümkün değildir. Ayrıca TSSB oranlarındaki bu çeşitlilik araştırma desenlerindeki farklılıklardan da kaynaklanmaktadır. Yayınlanmış araştırmalar felaketten sonra geçen zaman, kişilerin gelişim dönemleri, çocuk ya da ebeveynin hangisinin bilgi veren kişi olduğu ve patolojiyi ölçmek için kullanılan ölçekler açısından farklılaşmaktadır. Kullanılan ölçekler, niteliksel veriler kişisel bildirim ölçeklerinden yapılandırılmış görüşmelerine kadar değişmektedir. Önceki bazı çalışmalar felaket sonrasında mahkemelerde hem davacı hem de savunma makamı için çalışan ruh sağlığı alanındaki profesyonellerden alınmıştır. Araştırma desenine ilişkin faktörler de ölüm oranlarındaki seçicilik, görüşme yanlılıkları ve uygun örneklem kullanımı kapsamaktadır. Olaylar arasında karşılaştırma yapmak için olayın "yeniden açılması" yani hem olaya ilişkin değişkenlerin hem de olayın kişi için anlamının "yeniden açılması" gerekmektedir.

Görülme sıklığındaki farklılıklara ilişkin örnekler: kaçınılan ve uzun bir süre esaret altında tutulan ve okul oyun alanında keskin nişancılar tarafından tuzağa düşürülen çocuklarda TSSB görülme oranı %90 ile %100 arasında, ulaşımla ilgili büyük kaza yaşayan çocuklarda %40 ile %60 arasında orta düzeyde bir oran, doğal afetler yaşayan çocuklarda TSSB görülme oranı %5 ile %15 arasında daha düşük bir orandır. Nadiren yapılan çalışmalar hiçbir çocuğun TSSB tanısını karşılamadığını göstermektedir. Bu örneklerde bile sınırlı TSSB semptomları ve diğer kaygı bozuklukları görünümleri genellikle rapor edilmektedir.

Tek bir olaya ilişkin yapılan travma araştırmaları doğal afetler sonrasında toplumsal temelli girişimlerdir. Önemli araştırma girişimleri Hugo (1989), Andrew (1992), Iniki (1992) ve Katrina, (2005) kasırgalarının yıkıcı etkilerini izlemiştir. Araştırma sonuçları kasırgalar sırasında kadın olmanın, genç olmanın, kaygıya yatkınlığın ve duygusal tepkiselliğin kişisel olarak bildirilen kasırgaya maruz kalmaya göre TSSB semptomlarını bağımsız olarak daha güçlü bir şekilde yordadığını göstermektedir. Avusturalya'daki büyük yangın felaketi sonrasında yapılan benzer bir incelemede de şaşırtıcı bir şekilde çocuk ve ergenlerde benzer TSSB oranları bildirilmiştir. Ayrıca kaygıya yatkınlığın TSSB'yi yordayan bir değişken olduğu ve depresyonla TSSB'nin yüksek oranda komorbite gösterdiği bulunmuştur. Doğal felaketler çok sayıda insanı ya da nüfusun büyük bir oranını etkilemektedir. Epidemiyolojik bir bakış açısı bilgilendiricidir ve yardım sağlamada toplum sağlığı yaklaşımını haklı çıkarmaktadır. Örneğin felaket sonrası kapsamlı bir müdahale stratejisi TSSB açısından taramayı, ki bu da national institute for clinical excellence'in el kitaplarıyla tutarlıdır; bunu izleyen aşamada tespit edilen çocuklar, ergenler ve aileler için evrensel ve amaçlı yönelik yanıt vermeyi içerecektir.

B. ETİYOLOJİ

Çocuklarda görülen TSSB görünümleri ile ilgili pek çok karmaşık kuram savunulmuştur: Bu kuramlar yetişkinlerle yapılan çalışmalardan çıkarılmıştır ve psikodinamik; davranışsal, bilişsel ve biyolojik modelleri içermektedir. Potansiyel kurbandaki biyolojik; duygusal ve davranışsal sistemlerin bütünlüğündeki farklılıklar ve yaşa bağlı değişkenler; bireysel bağlam; birey-arkadaş ve birey-aile etkileşimleri dikkate alındığında; stresli olaylar bireyleri yaşamları boyunca farklı şekillerde etkileyebilir. Genellikle riski belirleyen epidemiyolojik desenlerden gelen etiyoloji araştırma bulguları; yatkınlık ve dayanıklılık faktörlerine ayrılabilir. Ayrıca TSSB ile ilgili bilgiler daha temel düzeyde bilişsel kuram ve nörobiyolojik araştırmalardan da gelmektedir. Alan, görünürdeki basit ilişkilerin; cinsiyet, yaş ve TSSB gibi; bile açıklanmasının zorluğunu göstermiştir. Yayınlanmış bulgular yaşı TSSB üzerinde hiçbir etkisi olmadığını göstermiştir. Büyük çocuklarda ve ergenlerde yüksek oranlar ve küçük çocuklarda yüksek görülme sıklığı: McDermott ve Palmer sınıflarda okuyan çocuklarla büyük bir yangın felaketi sonrasında çalışmış ve orta okul yıllarında TSSB'nin görülme sıklığının zirve yaptığını rapor etmiştir:

Risk faktörleri—Genel ilke TSSB tanısı alan bireylerin işlevselliğinin düşüp düşmediğidir; eğer bu düşme anlamlıysa bireyin yaşına göre izlediği normal çizginin altında işlevsellik göstermesine yol açacaktır. İkinci ilke bozulan işlevsellik olaya ilişkin bireye özgü ve travmadan da önce var olan yakın ve uzak

Çocuk ve Ergenlerde Tourette Bozukluğu ve Obsessif-Kompulsif Bozukluk

44

Michael H. Bloch, MD ve James F. Leckman, MD

Çeviri: Mihrimah Gürışık

■ TOURETTE SENDROMU VE TİK BOZUKLUKLARI



TANIDA TEMEL İLKELER

DSM-IV-TR Tanı Kriterleri

Tourette Bozukluğu

- A. Hastalık sürecinde herhangi bir zamanda çoklu motor ve bir veya daha fazla vokal tik bulunur, ancak eş zamanlı olması gerekmez (tik; ani, hızlı, tekrarlayan, ritmik olmayan, stereotipik motor hareket veya seslerdir)
- B. Tikler 1 yıldan daha uzun sürelik period için gün içinde bir çok kez (genellikle nöbetler halinde) neredeyse hergün veya aralıklı olarak ortaya çıkar, ve bu süreç içinde birbirini izleyen 3 aydan daha fazla tiksiz period yoktur.
- C. Başlangıç 18 yaşından öncedir.
- D. Rahatsızlık herhangi bir maddenin direk fizyolojik etkilerine (ör; stimulanlar) veya genel tıbbi duruma (ör; Huntington hastalığı veya postviral ensefalit) bağlı değildir.

Kronik Motor veya Vokal Tik Bozukluğu

- A. Tek veya çoklu motor veya vokal tikler (ani, hızlı, tekrarlayan, ritmik olmayan, stereotipik motor hareket veya seslerdir) hepsi olmasa da hastalık süresince bir zamanda ortaya çıkarlar.
- B. Bu tikler 1 yıldan daha uzun sürelik period için gün içinde bir çok kez neredeyse hergün veya aralıklı olarak ortaya çıkar ve bu süreç içinde birbirini izleyen 3 aydan daha fazla tiksiz period yoktur.
- C. Başlangıç 18 yaşından öncedir.

- D. Rahatsızlık herhangi bir maddenin direk fizyolojik etkilerine (ör; stimulanlar) veya genel tıbbi duruma (ör; Huntington hastalığı veya postviral ensefalit) bağlı değildir.
- E. Kriterler Tourette Sendromuyla örtüşmez.

Geçici Tik Bozukluğu

- A. Tek veya çoklu motor veya vokal tikler (ani, hızlı, tekrarlayan, ritmik olmayan, stereotipik motor hareket veya seslerdir)
- B. Tikler gün içinde birçok kez, 4 hafta süreyle neredeyse hergün ortaya çıkar ancak ardışık 12 aydan fazla sürmez.
- C. Başlangıç 18 yaşından öncedir.
- D. Rahatsızlık herhangi bir maddenin direk fizyolojik etkilerine (ör; stimulanlar) veya genel tıbbi duruma (ör; Huntington hastalığı veya postviral ensefalit) bağlı değildir.
- E. Kriterler Tourette Sendromu veya kronik motor veya vokal tik bozukluğuyla örtüşmez.

Başka Türlü Sınıflandırılmayan Tik Bozukluğu

Bu kategori Tik Bozukluğu kriterlerini karşılamayan, tiklerle karakterize bozukluklar için kullanılmaktadır. örnekler 4 haftadan önce sonlanan tikleri veya 18 yaşından sonra başlayan tikleri içerir.

(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edn., Text Revision. Copyright 2000 American Psychiatric Association'ın izniyle).

Genel Değerlendirmeler

A. EPİDEMİYOLOJİ

Geçici tik davranışları okul çağı çocuklarında sıkça görülür. Tahmini olarak %4 ile %24 arası okul çağı çocuğunun tikleri vardır. Kronik motor tik bozuklu-

ğuna sahip çocukların sayısı yaklaşık bu sayının 1/4 kadardır. Tourette sendromunun hayat boyu prevalans oranı %0.1 ile %1 aralığında olduğu düşünülmektedir.

Tik bozukluklarının prevalansı hayatın geç birinci ve erken ikinci dekadlarında artış göstermektedir. Erişkinlik prevalansı yaklaşık olarak 1/3'tür. Kızlara oranla erkekler bu hastalıktan etkilenmeye 2 kat daha yatkındır.

B. ETİYOLOJİ

Tourette Sendromunun (TS) güncel anlayışı diğer çocukluk çağı nöropsikiyatrik bozukluklarının patogenezi anlamak için iyi bir çalışma modeli sağlamaktadır; genetik olarak saptanan hassasiyet, maturasyonel faktörleri yansıtan semptomların yaş bağımlı dışa vurumu, seksüel dimorfizm, semptomların şiddetinde stres bağımlı dalgalanmalar ve tiklerin fenotipik ekspresyonu üzerinde çevresel etkiler.

Tiklerin patogenezinin merkezinde bazal ganglion ve kortikostriatal-talamokortikal (CSTC) anormallikler vardır. Sydenham Koreisi, Huntington hastalığı, hemiballismus ve Parkinson hastalığı gibi diğer hareket bozukluklarının patolojisinde bazal ganglia ilişkisinde kaynaklanan dolaylı kanıtlar TS'nun patogeneziyle bazal ganglion ilişkisini göstermektedir. Nörogörüntüleme, nöropatolojik ve nörocerrahi çalışmalarından gelen direk kanıtlar da TS'deki CTSC anormallikleri desteklemektedir.

CSTC döngüleri çoklu, paralel ama kısmen üstüste binen, korteksin bazı bölgelerinden subkortikal bölgelere, kısmen striatum ve talamusa bilgi taşıyan, sırasıyla kortikal bölgelere yansıyan nöroanatomik devrelerdir. CSTC döngülerinde bazal ganglia şiddet ve etki (düşünce, duygulanım ve hareket) arasındaki yolda istasyon olarak görülebilir. Tikler bazal ganglia devrelerindeki odaklardaki dengesizliklerden kaynaklandığına inanılan tekrarlayıcı ve stereotipik hareketlerdir. Anormal olarak aktif hale gelen ve talamokortikal projeksiyonu olan nöronların istenmeyen disinhibisyonuna yol açan striatal projeksiyondaki nöronların farklı popülasyonlarındaki inhibisyon hatasına bağlı olarak tikler gelişebilmektedir. Kortikal motor kalıp jeneratör aktive olur ve istemsiz dürtü ve motor ve vokal tikler tetiklenir.

Değişmiş dopaminerjik sistem TS patogenezinde ciddi olarak yer almaktadır. TS'deki anormal dopamin nörotransmisyonuna dair kanıt iki klinik gözlemden çıkarılmıştır. Birincisi nöroleptik ilaçlarla dopamin reseptörlerinin blokajı hastaların büyük çoğunluğunda tikleri baskılamaktadır. Ek olarak kokain ve amfetamin gibi dopamin salgılayan ilaçların tikleri tetiklediği veya artırdığı rapor edilmiştir. Gösterilmiş ki;

TS hastalar amfetamine cevap olarak daha fazla dopamin salgırlar. İkincisi TS'deki dopaminin önemi PET ve SPECT ile dopamin ligandları kullanılarak yapılan beyin görüntüleme ile desteklenmiştir. Bir ikiz çalışmasında tik şiddeti caudat nukleusun başındaki dopamin D2 reseptör bağlanmasıyla ilişkili bulunmuştur.

C. GENETİK

TS için sorumlu genetik faktörlerin çoğu keşfedilmemiş olsa da, oldukça büyük kalıtılan komponenti mevcuttur. Erken ikiz çalışmaları göstermiştir ki; TS için konkordans oranı monozygotik ikizler için %50'den fazlayken, dizigotik ikizler için %10 kadardır. Kronik motor tik bozukluğu olan ikizler de dahil edilirse; konkordans oranları monozygotlar için %77, dizigotikler için %30'a yükselmektedir. Monozygot ve dizigotik ikizler arasında konkordans farklılığı göstermektedir ki; TS ve ilişkili durumların etiolojisinde genetik faktörler önemli rol oynamaktadır. Bu rakamlar genetik olmayan faktörlerin klinik sendromun yapısı ve şiddetini belirlemede önemli yeri olduğunu göstermektedir.

TS'li ailenin çocuğunun TS geliştirme riski yaklaşık %10-15 iken, tik bozukluğu geliştirme riski %20-29 veya obsesif-kompulsif bozukluk riski %12-32 ile daha yüksek. Erkek çocukların tik bozukluğu geliştirme riski kızlara göre daha yüksekken, OKB geliştirme riski daha düşükmüş.

Son zamanlarda, bir TS hastasının kromozomal anomalisinin analizi; TS olgularının yaklaşık %1'inde SLITRK1 geninin iki sekans varyantının bulunmasına yol açmıştır. Özellikle TS hastası 174 ayrı proband içinde; bir frameshift mutasyonu ve bu genin 3' transkripsiyon yapılmayan bölgesinde 2 tanımlayıcı variant bulunmuştur. Bu anormalliklerin hiç biri 3600 kontrolde gösterilememiştir. SLITRK1 mRNA 20 haftalık fetal beyinin TS nöropatolojisinde yer alan kortikal katman, striatum, globus pallidus, talamus ve subtalamik nukleusu içeren bir çok nöroanatomik bölgesinde eksprese edilmiştir. Major etkili diğer genler bulunmaya başlanmışken, TS'nin kompleks gen-çevre etkileşimiyle biriktelik gösteren poligenetik bozukluk olduğu aşikar hale gelmiştir.

D. ÇEVRESEL FAKTÖRLER

Tik şiddetiyle ilişkili monozygotik ikiz diskordansının varlığı TS'nin fenotipik ekspresyonu üzerinde çevresel faktörlerin önemini vurgulamaktadır. Tik şiddetinin monozygotik ikiz diskordansında; daha şiddetli tiki olan ikiz genellikle daha düşük ağırlıklı ve caudat nukleusunda daha fazla dopamin reseptörü-

Bağlanma, Beslenme, Eliminasyon ve Uyumunun Gelişimsel Bozuklukları

45

Barry Nurcombe, MD

Çeviri: Hale Yapıcı Eser

Normal bebekler, ebeveynlerine bağlanma ve onlardan bakım sağlama yetisi ile doğarlar. Bebeğin bağlanma veya bakım sağlama yetisindeki eksiklikler ve bakım sağlayan kişiye verdikleri tepkilerde bozukluk veya dağınıklık, tepkisel bağlanma bozukluğu, bebeklikte ruminasyon bozukluğu, organik olmayan büyüme bozukluğu (non organic failure to thrive), ve psikososyal cücelik (psychosocial dwarfism) gibi birçok durumla bağlantılı olabilmektedir. Bu durumlar bebeklikte başlar ve eğer düzeltilmezse, daha sonra, sosyal ve entelektüel gelişimi çarpıtır. Uyku problemleri sıklıkla ilk 2 yaş esnasında başlamaktadır. Pika ve eliminasyon bozuklukları genellikle 2 ve 5 yaş arasında teşhis edilmektedir.

■ BAĞLANMA BOZUKLUKLARI



TANIDA TEMEL İLKELER

DSM-IV-TR Tanı Kriterleri

Tepkisel Bağlanma Bozukluğu

A. Çoğu şartlar ve çevrede, dikkat çekici biçimde dengesiz ve gelişimsel olarak uygun olmayan sosyal ilişkisizlik, 5 yaşından önce başlar, (1) veya (2) ile kanıtlandığı gibi:

- (1) Çoğu sosyal etkileşimlere gelişimsel olarak uygun biçimde cevap verememesi veya bu etkileşimleri başlatmada devamlı gerilik, çekingen, hipervijilan, yada yüksek derecede karsız ve çelişkili tepkiler ortaya konması (Örneğin: Bir çocuk, ona bakmakla sorumlu kişilere yaklaşım, reddetme ve rahatlamaya karşı koyma davranışlarının bir karışımı ile tepki verebilir veya donmuş dikkat sergileyebilir)

(2) Uygun seçici bağlanma sergilemekte gerilikle birlikte gelişigüzel sosyalite ortaya koyarak bağlarını kopartmak (örneğin: nispeten yabancı kişilere aşırı yakınlık veya bağıllık figürlerinde seçicilik yoksunluğu)

B. Kriter A'daki bozukluk, gelişimsel gecikme (mental gerilik olduğu gibi) ile açıklanamaz, ve yaygın gelişim bozukluk kriterlerine uymaz

C. Aşağıdaki maddelerden en az biriyle kanıtlanmış patojenik bakım:

(1) Çocuğun rahatlama, uyurum ve sevgi gibi temel duygusal ihtiyaçlarını sürekli olarak göz ardı etmek

(2) Çocuğun temel fiziksel ihtiyaçlarını göz ardı etmek

(3) İstikrarlı bağlar kurmayı önleyen birincil bakımının sürekli değişmesi durumu. (örneğin: manevi ailenin sık değişimi)

D. Kriter A'daki dengesiz davranışın kriter C'deki bakım yüzünden olduğu tahmin edilmektedir. (Örneğin: Kriter A'daki dengesizlikler kriter C'deki patojenik bakımı takiben ortaya çıkmış)

(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edn., Text Revision. Copyright 2000, Washington, DC: American Psychiatric Association'ın izniyle).

Genel Değerlendirmeler

A. EPİDEMİYOLOJİ

Bu durumun nadir olduğuna inanılmasına rağmen, popülasyona dayalı hiçbir çalışmaya dahil edilmemiştir ve prevalansı bilinmemektedir.

B. ETİYOLOJİ

Bowlby, bağlanmayı, bebeklerin annelerinden bakım sağlamaya ve onlarla olan yakınlıklarını korumaya yönelik biyolojik eğilimleri olarak kavramsallaştır-

miştir. Bebekler, ağlayarak, ses çıkartarak, ulaşarak, emerek, göz teması kurarak ve gülümseyerek bakım sağlarlar. Yakınlıklarını ilk etapta tutunarak ve takip ederek korurlar ve daha sonra annelerini, oradan dünyayı keşfetmeye başlayacakları bir üs olarak kullanmaya başlarlar. Anne, karşılığında, bebeğin fiziksel, duygusal ve sosyal ihtiyaçlarını idare eder ve bebeği tehlikeden korur. Hem anne hem de bebek, ikinci yılda yakınlığı gözlemlerler, böylece, bağlılık partnerlerinden biri veya her ikisi tarafından bir tehlike sezildiğinde çocuğun keşfi kısıtlanır.

Annesini devamlı olarak duyarlı ve ihtiyaçlarını karşılayıcı olarak hisseden bebekler, sağlam bir ilişki kurarlar. Tam tersine, eğer annenin müsaitliğini belirsiz olarak seziyorsa, çocuk bir güvensizlik duygusu geliştirecektir. Bağlılık ilişkisinin kaybı veya ciddiye düşmeyi kederin erken yaşlardaki karşılığına sebep olacaktır.

12 aylıktan, normal bebek öncelikli bir bağlılık figürü geliştirdir. Bu figür, tehdit altındayken veya güvensiz hissettiğinde, çocuğun tercihen en fazla yakınlığını aradığı bakıcı kişidir. Bebekler ayrıca, öncelikli figür müsait değilse gidecekleri bir veya daha fazla ikincil bağlılık figürüne sahiptirler. Bebek ve anne arasındaki ikili bağlılık sistemini içeren birden fazla etkileşim vasıtasıyla, çocuk, bağlanmanın çalışan modellerini, diğerleri karşısında algısal, mnemonik, duygusal ve davranışsal unsurlarla kendisinin içsel sunumuna inşa eder. Bu yapılar sonraki sosyal ilişkileri ve çocuğun diğer insanlara güvenme kapasitesi için derin çıkarımlara sahiptir. Çocuğun bağlanması çalışan modelleri, tahmin edilebilirlik, güvenilebilirlik, duygusal ve iyi olma hisleriyle veya tutarsızlık, ambivalans, reddetme, kayıp, nefret, endişe veya üzüntü ile bağlantılı olabilir.

Düzensiz bağlanma, birincil bir figüre bağlanma kapasitesi ile karakterize edilmiştir, ancak, bağlılık ilişkisine, aşırı ket vurma, düşüncesizlik, veya rol değişimi hakimdir. Bozulmuş bağlanmada, anne ve bebeğin ilişkisi ciddileşmiştir ve bebek gelişim durması, uyku ve yemede dengesizlikler, çevresindekiler ve oyunlara karşı ilgi kaybı, sosyal geri çekilme ve belirgin depresyon ile tepki vermektedir.

Bağlanma ilişkisinin ciddi düzensizlikleri veya bozuklukları, gelişmenin aşağıda sıralanmış olan yaklaşımlarından bir veya birkaçını bozar veya yok eder: (1) diğer insanlarla ilişkiler veya diğer insanlara ilgi duyma, (2) dünyayı keşfetme kapasitesi, (3) bilişsel gelişim, (4) uyku, yeme, aktivite ve eliminasyon düzeni (5) fiziksel gelişim.

Hayatın birinci yılının sonunda, anne-bebek bağlanma ilişkileri; emniyetli, kaçınan, dirençli, ya da düzensiz olarak karakterize edilebilir. Kısa bir ayrılıktan sonra, annesiyle kavuşunca, bebek annesini karşılayacak ve yakınlık arayacak (emniyet), aneden kaçınacak (kaçınan), öfke ve duygu tezadı ile anneye direnecek (dirençli) ya da donukluk, kafa karışıklığı, stereotipik hareketler ve tutarsız, çelişkili davranışlar sergileyecektir (düzensiz). Düzensiz bağlanma, ileride yıkıcı davranış bozukluğunun göstergesidir. Tablo 45-1, bağlanma bozukluklarına yol açan faktörleri tanımlamaktadır.

Annenin, kendisinin daha önceki bağlanma deneyimlerinden geliştirdiği, çalışan bağlanma modelleri, bebeğin bağlanma ihtiyaçlarına karşılık vermesinde etkili olur. Eğer annenin kendine veya başkasına bağlanma modeli, duygu tezadı, nefret, üzüntü veya boşluk ile doluya ve bağlanma figürü olan kişinin sunumu direnme, sadizm, patlayıcılık, tutarsızlık ya da kontrolçülük ile karakterize edilmişse, benzer bir

Tablo 45-1. Bağlanma Bozukluklarına Yol Açan Faktörler

Annenin veya birincil bakıcının sürekli sevgi sağlama, çocuğun fiziksel ihtiyaçlarını idare etme, ya da çocuğu onu tehlikelerden koruyacağına ikna etme kapasitesinin göreceli olarak düşük olması
Annenin, bebeğin ihtiyaçlarına anında ve yeterli biçimde karşılık vermede başarısız olmak ve yeterli taktik uyarım sağlayamamakla birlikte bebeğin duygusal hallerine karşı hissiz olması veya uyusamaması.
Bebeğin annesinden bakım sağlama ya da ona bağlanmakta problem yaşamaması.
Bebeğin mizacındaki ekstrem durumlar- ya belirgin tembellik ve geri çekilme ya da aşırı sinirlilik, aşırı duyarlılık, dokunmaktan hoşlanmama ve uyuşmazlık
Annelik kapasitesi, hassasiyeti veya ilgisi yokluğu ve bebeğin bağlanma ve kendini düzenleme kapasitesi yokluğunun bir kombinasyonu.
Kayıp veya ayrı düşme neticesinde meydana gelen bağlanma ilişkisinin kesilmesi, özellikle eğer bebeğin çevresindeki kişiler annenin yokluğunda gereken bakımı sağlayamıyorsa.
Bebeğin birden fazla, değişen bakıcılara maruz kalması, özellikle sağlanan bakım kayıtsız ve sevgisizse.

Cinsel Kimlik Bozukluğu

46

William Bernet, MD

Çeviri: Rifat Tarhan



TANIDA TEMEL İLKELER

- Cinsel kimlik bozukluğu (CKB) tanısını koyabilmek için 2 temel kriter vardır: Güçlü ve devamlı mevcut olan karşı cinsle özdeşim ve kişinin mevcut cinsiyeti hakkında geçmeyen huzursuzluk hissetmesi veya o cinsiyetin cinsel rolüne uygun olmadığını hissetmesi. CKB geleneksel cinsiyet rolüne basit bir uyumsuzluk değil, çocuğun kendi cinsiyetinden belirgin ve yaygın bir şekilde rahatsız olmasıdır. Bu bozukluk genellikle aile ve sosyal ilişkileri etkileyecek kadar ciddidir.

DSM IV TANİ KRİTERLERİ

Cinsel Kimlik Bozukluğu

- A. Karşı cinsiyetle güçlü ve sürekli bir özdeşim kurma (sadece diğer cinsiyette olmanın getireceği sanılan kültürel üstünlükler için bir istek duyma olarak değil)

Çocuklarda bu bozukluk aşağıdakilerden dördü veya daha fazlası ile kendini gösterir.

- 1 diğer cinsiyette olma isteğini ya da ısrarını yitirmeyen bir biçimde dile getirme
- 2 erkek çocukların aykırı giyimi yeğlemesi ya da kadınsı giyim kuşamı taklit etmesi; kız çocukların sadece geleneksel erkek giysileri giyme konusunda ısrar etmesi
- 3 imgesel oyunlarda güçlü bir biçimde ve sürekli olarak karşı cinsin rollerini oynamayı yeğleme ya da sürekli olarak diğer cinsiyette olma fantezileri taşıma
- 4 karşı cinsin alışlagelmiş oyunlarına ve eğlencelerine katılma konusunda yoğun bir istek duyma
- 5 özellikle karşı cinsten oyun arkadaşları seçme

Ergenlerde ve erişkinlerde bu bozukluk diğer cinsiyette olma isteğini dile getirme, sıklıkla kendini diğer cinsiyetteymiş gibi gösterme, diğer cinsiyetteymiş gibi yaşamayı ya da davranılmayı isteme ya da diğer cinsiyete özgü duygularının ve tepkilerinin olduğuna ilişkin bir inanç taşıma gibi semptomlarla kendini gösterir.

- B. Cinsiyetine ilişkin sürekli bir rahatsızlık duyma ya da cinsiyetinin gerektirdiği cinsel rol için uygun olmadığı duygusunun olması

Çocuklarda bu bozukluk aşağıdakilerden herhangi biri ile kendini gösterir: Erkek çocuklarda penis ya da testislerinin iğrenç olduğunu, ileride yok olacaklarını ya da bir penis sahibi olmamanın daha iyi olacağını ileri sürme, kuralızs kaba saba oyunlardan tikslenme ya da erkeklerle özgü oyuncakları, oyunları ve etkinlikleri reddetme; kız çocuklarında oturarak idrar yapmayı reddetme, penisinin olduğunu ya da ileride bir penisinin olacağını öne sürme, göğüslerinin büyümesini ya da menstruasyon görmeyi istememe üzerinde durma ya da olağan kadınıs giysilere karşı ileri derecede tiksinti duyma

Ergenlerde ve erişkinlerde bu bozukluk primer ve sekonder cinsiyet özelliklerinden kurtulma üzerine kafa yorma (örneğin diğer cinsiyeti taklit etmek için cinsiyet özelliklerini fiziksel olarak değiştirmek üzere hormon, cerrahi ya da başka tür bir girişim uygulanmasını isteme) ya da yanlış cinsiyette doğduğuna ilişkin bir inanç taşıma gibi semptomlarla kendini gösterir.

- C. Bu bozukluk fiziksel bir interseks durumu ile birlikte gitmemektedir.

- D. Bu bozukluk klinik açıdan belirgin belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.

- 302.6 Çocuklarda cinsel kimlik bozukluğu
302.85 Adölesan ve erişkinlerde cinsel kimlik bozukluğu

(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edn., Text Revision. Copyright 2000 American Psychiatric Association'ın izniyle).

Genel Değerlendirmeler

A. EPİDEMİYOLOJİ

CKB nadir görülen bir bozukluktur. Erkek çocuklar için daha fazla başvuru yapılır. Bu durum toplumu muzun, erkeklerin karşı cinsten davranışlarına daha az

tolerans göstermesinden kaynaklanabilir. Avrupa ülkelerinde CKB prevalansının (transseksüellik olarak da tanımlanır) erkeklerde 30.000'de 1, kadınlarda 100.000'de 1 olduğu tahmin edilmektedir.

B. Etiyoloji

CKB'nin etiyojisi muhtemelen multifaktördür. Erkek çocuklarda bu hastalığın etiyojisi ve tedavisine daha çok dikkat çekilmektedir, bu durum erkeklerin cinsiyetle uyumsuz davranışlarının toplumda daha çok yaftalanmasından kaynaklanmaktadır. Fakat son çalışmalar kızlarda cinsiyetle uyumsuz davranışların erkeklerle mukayese kabul eder düzeyde olduğunu düşündürmektedir. Bu bozukluk cinsiyetle uyumsuz davranışlarla başlayıp cinsel disfori yoluyla cinsel kimlik bozukluğuna doğru ilerler.

Birçok psikiyatrik hastalıkta olduğu gibi, etiyojinin biyopsikososyal sebepleri içerdiği düşünülmektedir. Biyolojik modelleri çalışmalar açık sonuçlar sağlamamıştır. Hayvan modelleri çalışmalar prenatal hormon etkilerinin cinsiyete özgü davranışlarda belirgin rol oynadığını düşündürmektedir. Önemi tam olarak bilinmesi de CKB'si olan erkeklerin daha çok sol ellerini kullandıkları, fazla sayıda erkek kardeşleri olduğu ve doğum sıralarının daha geç olduğu bulunmuştur. Çok erkek çocuk doğuran annelerin erkek fetüse karşı azalmış maskuliniteye neden olan antibody üretmiş olabileceği öne sürülmüştür.

Birçok psikososyal teori öne sürülmüştür. Araştırmacılar psikolojik duyarlılığın 2 yaş (çocuğun cinsel kimliğini tanıdığı) ile 5-6 yaşları (cinsiyetinin değişmez olduğunu fark ettiği dönem) arasında olduğunu tahmin etmişlerdir. Araştırmacılar bu bozukluğun gelişimini ilgilendiren ipuçları bulabilmek için aile dinamiklerini incelemiştir. Gençler karşıt cinsiyette davranış sergilediklerinde, birçok aile bu davranışlara tolerans gösterir hatta destekler. Bazı yazarlar kimi çocukların travma sonucu cinsel kimlik bozukluğu gelişimine daha duyarlı olduklarını düşünmektedir. Diğer çocuklar muhtemelen travma veya aile dinamiklerinden etkilenmeyip cinsiyetle uyumsuz davranış veya cinsel kimlik bozukluğu geliştirmeyecektir.

Blanchard R, Zucker KJ, Bradley SJ, Hume CS: Birth order and sibling sex ratio in homosexual male adolescents and probably prehomosexual feminine boys. *Dev Psycho* 1995;31:22-30.

Coates S, Wolfe S: Gender identity disorder in boys: The interface of constitution and early experience. *Psychoanalytic Inquiry* 1995;15:6.

Meyer-Bahlburg HFL: Intersexuality and the diagnosis of gender identity disorder. *Arch Sex Behav* 1994;23:21.

Sandberg DE, et al.: The prevalence of gender-atypical behavior in elementary school children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993;32:306.

Zucker KJ: Gender identity development and issues. *Child Adolesc Psychiatry Clin N Am* 2004;13(3):551-568.

Klinik Bulgular

CKB'si olan erkekler genellikle kadın kıyafetleri giyme, evcilik oyunlarında kadın figürlerini oynama, güzel kızların resimlerini çizme, Barbie bebek gibi çocuk oyunlarıyla oynama, kadınsı hayal figürlerine ilgi gösterme gibi geleneksel olarak feminen olduğu düşünülen aktivitelerle meşgul olurlar. Rekabet içeren sporlardan kaçınır, araba, kamyon ve geleneksel olarak erkeklerle özgü olduğu düşünülen diğer aktivitelere daha az ilgi gösterirler. Kız olma isteklerini ifade edip, penisleri yokmuş gibi davranabilirler.

CKB'si olan kızların erkeksi görünümü ve erkeklerle özgü aktivite tercihleri vardır. Erkek kıyafetleri giymeyi, kısa saç ve erkek isimli çağrılmayı tercih ederler. Erkeklerle oynamayı, şiddet ve kavgaya içeren oyunlara katılmayı, temas içeren sporları ve geleneksel erkek çocuk aktivitelerini yapmayı tercih ederler. Kızlara özgü elbiseleri giymekten kaçınırlar. Hayalleri ve fantezileri erkeksi temaları içerir. CKB'si olan kızlar penisleri olduğunu veya ilerde penislerinin çıkacağını iddia edebilirler.

CKB'si olan erişkinler karşı cins bireyler gibi yaşama arzularını dile getirebilir. Karşı cinsiyetin davranışlarını, kıyafetlerini ve tavırlarını benimseyebilir ve hormonal tedavi veya cerrahi müdahaleyle karşı cinsin fiziksel görünümünü elde etmeye çalışabilirler. Zamanının çoğunu karşı cinsin kıyafetlerini giyerek ve görüntüsüne benzemeye çalışarak geçirirler.

Ayrıncı Tanı

CKB'nin ayrıncı tanısı değerlendirmeye alınan bireyin yaşına göre değişir. Çocuklarda öncelik verilen mesele doktora yönlendirmeye neden olan davranışlar ve sosyal ve işlevselliği etkileyen diğer önemli alanlarda bozulmanın olmasıdır. Ailenin beklentilerine ve düşüncelerine özel önem gösterilmelidir. CKB çocuğun basit bir geleneksel cinsiyet rolüne uymazlığı değil, kişinin kimlik algısında derin hasarlara yol açan bir durumdur. Adolesan dönemde cinsiyetle uyumsuz davranışlar olsun ya da olmasın homoseksüel dürtülerle ayrıncı tanı yapılmalıdır.

CKB'nin tersine transvestizm heteroseksüel erkeklerde cinsel uyarı elde edebilmek için karşı cinsin kıyafetlerini giyme davranışlarının olmasıdır. İnterseks durumunun mevcudiyetini belirlemek önemlidir çünkü bu durum CKB tanısının konmasını engeller. "İnterseks" kişinin mikst veya ambigüus cinsel anatomiye sahip olduğu çeşitli durumları içeren genel bir terimdir. İnterseks durumu androjen duyarlılık sendromu, konjenital adrenal hiperplazi, mikst gonadal disgenezi ve diğer bazı bozukluklarda ortaya çıkabilir.

Pediatric Hastalarda Akut ve Kronik Sistemik Hastalığa Verilen Psikolojik Tepkiler

47

Barry Nurcombe, MD

Çeviri: Rıfat Tarhan

■ AKUT FİZİKSEL HASTALIK VEYA TRAVMAYA VERİLEN TEPKİLER

Regresyon akut fiziksel hastalığa verilen normal bir reaksiyondur. Fiziksel hastalığı olan çocuklar daha bağımlı ve talepkardır. Daha küçük çocuklar yeniden yataklarını ıslatmaya ve immatür konuşmaya başlayabilir. Okul öncesi çocuklar hastalığı daha önce yaptıkları bir şeyin cezası olarak yorumlayabilir.

Küçük çocuklar ailelerinden ayrıldıklarını veya terk edildiklerini hissedersen, hastaneye yatırılmaya tepki gösterirler. Bu ciddi sekel, eğer anne-babadan biri çocukla kalır ve günlük bakımını sağlarsa önlenir. Bugün bütün modern çocuk hastaneleri ailelerin bunu yapmasını teşvik ettiği için travmatik ayrılmaların uzun dönemli etkileri günümüzde nadiren görülür.

Adölesanlar hastalığın utanç verici olduğunu düşünür, immobilize hale gelir ve hastalığın sebebiyle ilgili hayali düşünceleri varsa (hastalığın masturbasyon yüzünden olduğunu) daha fazla etkilenir.

Ağrının olması akut hastalığa adaptasyonu güçleştirir. Eğer aileden biri ağrı veren işlem sırasında çocuğun yanında olursa, işlem önceden açıklanırsa (örneğin oyunla), tıbbi görevliler samimi, sakin ve etkili olursa, hekim ve aile tarafından uygun güvence ve ödül önerilirse, çocuğun başa çıkma performansı arttırabilir. Eğer çocuk işlem sırasında duygusal açıdan etkilenirse, tıbbi görevli veya takım öfke göstermekten veya suçlayıcı söylemlerden kaçınmalıdır.

Küçük çocuklar bazen akut yanığa dissosiasyon şeklinde yanıt verebilir, ateş ve doku bütünlüğünün bozulması yüzünden deliryum ortaya çıkabilir.

Aşırı yanığı olan çocuklar immobilizasyona ve tekrarlayan ağrılı işlemlere (elbise değiştirme gibi) ve plastik cerrahi ameliyatlarına maruz kalabilir. Bitchim bozukluğunun özgüvene etkisi daha sonra ele alınacaktır.

DELİRYUM



TANIDA TEMEL İLKELER

DSM IV Tanı Kriterleri

- A. Dikkati belirli bir konu üzerinde odaklama, sürdürme ya da yeni bir konuya kaydırma yetisinde azalma ile giden bilinç bozukluğu (yani, çevrede olup bitenin farkında olma düzeyinin azalması)
- B. Daha önceden var olan, yerleşik ya da gelişen demans ile açıklanamayan algı bozukluğunun ortaya çıkması ya da bilişsel değişiklik (bellek, yönelim, dil bozukluğu gibi) olması
- C. Bu bozukluk kısa bir süre içinde gelişir (genellikle saatler ya da gün içinde) ve gün içinde dalgalanmalar gösterir.
- D. Öykü, fizik muayene ya da laboratuvar bulgularından elde edilen verilerde bu bozukluğun genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine, madde entoksikasyonuna veya madde yoksunluğuna bağlı olduğuna ilişkin kanıtlar vardır.

(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edn., Text Revision. Copyright 2000 Washington, DC: American Psychiatric Association'ın izniyle).

Genel Değerlendirmeler

Deliryum akut veya subakut olan, dalgali seyreden, geri dönüşümlü serebral metabolizma bozukluğudur. Deliryum (1) dikkat, düşünme, farkındalık ve bellek bozukluğu (2) ilüzyon ve halusinasyon (3) uyku uyanklık döngüsünün değişmesi ile karakterizedir. Çocuklarda deliryum daha çok infeksiyon hastalıkları (özellikle ateşli), travma (özellikle yanık ve kardiyotomi sonrası), hipoksi, metabolik bozukluk (asidoz, karaciğer yetmezliği, böbrek yetmezliği), endokrin hastalıkları (hipoglisemi), intoksikasyon (ilaç, pestisid veya ağır metal) durumlarında görülür. Adölesanlarda madde ve alkol yoksunluğu düşünülmelidir.

Klinik Bulgular

Deliryumun değerlendirilmesi fiziksel ve nörolojik muayeneyi, mental durum muayenesini, laboratuvar çalışmalarını (biyokimya, tam kan sayımı, idrar tetkiki, toksikoloji araştırması, kan gazı, elektrokardiyografi, göğüs filmi) ve hekimin önerisine göre elektroensefalografi, bilgisayarlı tomografi görüntülemesini, lomber ponksiyon, özel kan kimyasalları araştırılmasını gerektirir. Deliryumun daha detaylı değerlendirilmesi için Bölüm 14'e bakınız.

Tedavi

Deliryumun tedavisi nedene bağlıdır. Bilişsel bozukluk hemen göze çarpmıyorsa ve deliryum yanlışlıkla psikoz gibi değerlendirildiğinde tanı için çocuk ruh sağlığı uzmanına danışılır. Ajitasyon oral veya intramüsküler haloperidol ile baskılanabilir. Gerekirse düşük dozlarda lorazepam kullanılabilir. İyi bakım ve ailenin varlığı hastanın sakin kalmasına yardımcı olabilir.

Tedavinin Komplikasyonları ve Yan Etkileri

Kargaşaya yol açan davranışlar, özellikle ajitasyon ve saldırgan davranışlar deliryum tedavisinin en zorlu kısmıdır. Eğer bu durum kötü yönetilirse ciddi yaralanmalara yol açabilir.

Prognoz

Deliryumun prognozu nedenine ve tedavi ekibinin gelecekteki atakları önleme yeteneğine bağlıdır.

KRONİK FİZİKSEL HASTALIKLARA VERİLEN TEPKİLER



TANIDA TEMEL İLKELER

DSM IV TANI KRİTERLERİ

- A. *Öykü, fizik muayene ve laboratuvar verilerinden psikiyatrik bozukluğun genel tıbbi durumun fizyolojik etkilerinden kaynaklandığına dair verilerin olması*
- B. *Başka bir mental hastalıkla daha iyi açıklanamaz.*
- C. *Hastalık sadece deliryum seyrinde ortaya çıkmaz.*

(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edn., Text Revision. Copyright 2000 Washington, DC: American Psychiatric Association'ın izniyle).

Genel Değerlendirmeler

Çocuğun kronik hastalığa verdiği tepkiyi etkileyen faktörler aşağıdaki şekilde sınıflandırılabilir. (1) çocuğa bağlı faktörler (2) aileye bağlı faktörler (3) kronik hastalıkla ilgili faktörler (4) spesifik hastalıkla ilişkili faktörler

A. ÇOCUĞA BAĞLI FAKTÖRLER

Hastalığın başladığı yaş çocuğun psikolojik tepkisini etkiler. Okul öncesi çocuklar ailelerinden ayrılırsa hastaneye yatırılmaktan etkilenirler. Okul çağı çocukları yatırlarından ve okuldan ayrılmaktan ve zorla immobilize edilmekten etkilenirler. Adölesanlar vücut şeklinin bozulmasından veya yatırlarıyla ilişkilerinin kısıtlanmasından, özellikle heteroseksüel ilişkileri aksar veya engellenirse, etkilenirler.

Hastalığın nedeni, doğası ve prognozu hakkında çocuğun fikirleri hatalı olabilir, bu fikirler çocuğun hastalıkla başa çıkmasını etkileyebilir. Karşı gelme davranış özellikleri olan çocuklar bu davranışlarını tıbbi durumları için de gösterebilir, tedaviye uyumsuzluk gösterebilir. Bu durum juvenil diyabet, hemofili veya epilepsi gibi hastalıklarda ciddi sorunlara yol açabilir. Önceden var olan psikiyatrik hastalıklar çocuğun hastalıkla başa çıkmasına engel olabilir. Hastalık anksiyete ve depresyonu şiddetlendirebilir.

KISIM IV

Özel Durumlarda Psikiyatri

Acil Psikiyatri

48

Michael J. Sernyak, Jr., MD ve Robert M. Rohrbaugh, MD

Çeviri: İrem Ekmekçi Ertek

Acil psikiyatrinin kapsamında aktif semptomu olan hastaların ivedilikle değerlendirilmesi ve yönetilmesi vardır. Aciliyetin tanımı, hastanın ya da hastanın sosyal çevresinin bu semptomları tolere etme becerisi olarak açıklanabilir. Bu acil değerlendirmeler sıklıkla hastane koşullarında gerçekleştirilse de; gezici kriz ekipleri toplum koşullarında da acil değerlendirme-nin yapılmasına yardımcı olur.

■ ACIL PSİKİYATRİNİN HEDEFLERİ

Acil psikiyatrinin hedefleri acil tıbbi ya da cerrahi bakımla benzerdir: 1- triyaj, 2- hızlı ve uygun değerlendirme 3- doğru ayırıcı tanı 4- akut semptomların yönetilmesi 5- uygun taburculuk planlaması

Triyaj

Triyaj, hastanın durumunun aciliyetinin belirlenmesi ve hastanın değerlendirilmesindeki başlangıç yolunu belirlenmesi içindir. Triyajdaki klinisyen öncelikle gerçek acil durumlarla, hasta veya başkaları tarafından acil olarak algılandı dahi bir müddet bekleyebilecek durumların ayrımını yapabilmelidir.

Daha sonra ilk adımda psikiyatrik değerlendirme gereksinim olan bir çok çeşitli acil durumları doğru biçimde tanımlayabilmelidir. Hastaların hem tıbbi hem de psikiyatrik şikayetlerinin bir arada olabilmesi ya da tıbbi, nörolojik veya madde kullanımı-

na bağlı davranış problemleri gösterebilmelerinden ötürü bu kritik bir karardır. Hastanın şimdiki şikayetiyle ilgili kısa bir hikayeyi içeren tıbbi değerlendirme ve vital işaretleri içeren fiziksel değerlendirme triyaj fonksiyonunun önemli komponentleridir.

Son olarak; triyaj klinisyeni bir psikiyatrist ya da diğer tıbbi profesyonel değerlendirene kadar hastanın güvenliğini sağlamalıdır. Acil servis şartlarında, görünürde bir bozukluğu olmayan, temiz görünümlü bir hastanın ihtiyaçlarının gözden kaçırılması muhtemel bir durumdur. Halbuki, bu hasta diğer tıbbi aciller kadar yaşamı tehdit edebilen suicidal ya da homisidal düşünceler taşıyor olabilir ve hastanın ya da başkalarının güvenliğinin sağlanması için özenli ve dikkatli bir yaklaşım gerektirebilir.

Triyaj görevi çoğunlukla diğer sağlık personeli tarafından yürütülürken; bunların eğitimi ve süpervizyonunda ve yine triyajın sıraya koyma işlevi için gereken klinik kriterlerin ve standartların düzenlenmesinde psikiyatrist aktif görev almalıdır. Triyaj, bu standartların kalitesi ve bunların uygulanma titizliği ölçüsünde efektif olabilir.

Değerlendirme

Acil şartlarında psikiyatrik hastanın değerlendirilmesi, hızla hastanın durumuna uygun bir bakış açısı geliştirmeye ve bilhassa potansiyel yaşamı tehdit edebilecek sorunlara eğilmeye odaklanır. Hasta daha önce kısa bir tıbbi değerlendirme almış ve psikiyatriye yönlendirilmiş olsa bile tıbbi bir bozukluk ya da madde kullanımına bağlı bir bozukluk olabileceği konusunda klinisyen dikkatini korumaya devam etmemelidir.

Klinisyen hastayı yönlendirmeden önce mümkün olan en fazla miktarda veriyi toplamalıdır. Örneğin; toplanan bilgi hastanın kendine ya da başkalarına zarar verebileceği yönündeyse uygun güvenlik düzenlemeleri yapılmalıdır. Örneğin, güvenliği sağlamak amaçlı hastayla birlikte oturmak ya da hastanın üzerinde potansiyel silahları aramak için görevlendirilmiş bir memura ihtiyaç duyulabilir.

Hasta ile direk karşılaşmanın ilk dakikalarında, klinisyen hasta ile ilgili genel bir izlenim edinmelidir. Bu izlenim, hastanın bilinç durumu, görünümü, klinisyenle bağ kurmaktaki istekliliği, görünürdeki duygudurumu, psikomotor retardasyon ya da ajitasyon ve ilk diyalog kurma biçimi gibi bilgi kaynaklarını içerebilir. Direk gözlemin bu başlangıç döneminde klinisyen hasta hakkında genel bir izlenim oluşturmaktadır. Hastanın bilinç durumu, görünümü, klinisyenle bağ kurabilme isteği, görünürdeki duygudurumu, psikomotor retardasyon ya da ajitasyon ve ilk diyalog kurma biçimi gibi bilgiler bu ilk izlenimi oluşturmada yardımcı olabilir. Birebir görüşmenin bu ilk süresince hastanın doğru yönlendirilmiş olup olmadığı, ek tıbbi değerlendirmeye ya da güvenlik düzenlemelerine ihtiyaç duyulup duyulmadığının belirlenmesinde faydalı olabilir.

Hızlı olmakla ilgili yaygın baskıya rağmen, klinisyen hastanın hem tıbbi hem de psikiyatrik değerlendirmesinin ikisine birden eğilebilmelidir. Hastanın acilde bulunmasına zemin hazırlayabilmesi muhtemel olan yakın zamanlı psikososyal stresörlere özellikle dikkat edilmelidir. Bu stresörlerin arasında ev, iş düzenindeki bozulmalar ile kişinin duygusal, ailesel ya da ayakta tedavi görmekte olduğu klinisyenle olan ilişkisindeki aksaklıklar olabilir. Aile üyelerinden biri veya arkadaşla yaşanan tartışmalar, ya da tedavi veren klinisyenin izine ayrılması gibi olaylar hastanın acil tedavi alma gerekliliğine zemin hazırlayabilir. Acil servisteki klinisyenin, hastanın yaşamındaki diğer kişilerden de bilgi alması gerekir ki bu ek bilgilerle hastanın genel değerlendirmesi daha uygun olarak yapılmış olur.

Acil değerlendirme şunlar içermelidir: şimdiki hikaye ve psikososyal stresörler, geçmiş ve şimdiki tıbbi problemler, tıbbi ve psikiyatrik tedavinin uyumu, şimdiki tedaviler ve dozajları, geçmiş ya da şimdiye ait madde kullanımı öyküsü, hastanın geçimi ve finansal düzenlemelerini içeren sosyal öykü, hasta için anlam taşıyan ilişkilerin durumu, fiziksel tetkikler (nörolojik tarama), mental durum sorgusu ve laboratuvar tetkikleri. Bu değerlendirmeler, daha sonra gerekebilecek laboratuvar, toksikoloji ya da görüntüleme tetkiklerinin hangilerinin seçilmesi gerektiği hakkında yol gösterici olabilir.

Tanı

Acil koşullarındaki hızlı olma baskısı diğer koşullarda mümkün olabilen detaylı tanı değerlendirmesine izin vermemesine rağmen; klinisyen, ıleri acil değerlendirmeye rehber niteliği taşıyacak bir ayırıcı tanı

Tablo 48-1. Ayırıcı Tanı

1. Bozulmuş olan affekt, düşünce ya da davranış, saptanabilir bir patofizyolojinin, özellikle de tıbbi bir problem ya da madde bağımlı toksisitenin bir sonucu mu?
2. Eğer değilse bozulmuş olan affekt, düşünce ya da davranış, özellikle şizofreni ya da manik atak gibi psikotik durumlara mı bağlı?
3. Eğer değilse bozulmuş olan affekt, düşünce ya da davranış anksiyete bozuklukları, depresyon ya da kişilik bozukluğu gibi tanımlarla mı örtüşüyor?
4. Eğer değilse bozulmuş olan affekt, düşünce ya da davranış bir avantaj elde etmek ya da istenmeyen bir sonuçtan (örn, hapsedilme) kaçınmak için mi oluşturulmuş?

formu oluşturabilmelidir. Bu ayırıcı tanı oluşturmada öncelik, hastanın şikayetine sebep olabilecek tıbbi, nörolojik, ve maddeye bağlı etyolojilere verilmelidir. Tablo 48-1'de ayırıcı tanı yaparken düşünülmesi gereken 4 ardışık soru gösterilmektedir.

Başlangıç Tedavi

Acil prosedürlere uygun olarak yapılan tedavi genellikle tanısal değerlendirmeyi takiben gerçekleştirilir. Ancak bazen klinisyen tüm tanısal bilgiyi toplamaya fırsat bulamadan da müdahale etmek zorunda kalabilir. Bu da hastanın kendine ya da çevresine zarar verme riski olan durumlarda hastayı güvenli olarak tutabilmek amaçlı yapılır. Çoğu durumda acil uygulamalar şu dört kategorinin biri ya da daha fazlası üzerinden gerçekleşir: çevre düzenlenmesi, ilaç tedavisi, kriz yönetimi ve eğitim.

A. ÇEVRE DÜZENLENMESİ

Yukarıda anlatıldığı gibi klinisyen, hastalar için güvenli bir çevre temin etme konusunda dikkatli olmalıdır. Bu uygulamalar genellikle tan bir değerlendirme bitmeden gerçekleşir. Güvenli bir çevre sağlama ya ek olarak, hastalar çevredeki uyaran sayısının azaltılmasından da fayda görebilirler. Sessiz bir odaya almak psikomotor ajitasyonun azaltılmasında genellikle faydalıdır.

Bazı zamanlarda ev ortamını düzenlemek de hospitalizasyonu azaltabilir. Kriz esnasında kısa süreli alternatif barınma olanakları sağlamak, yaşlı hastalara verilen bakım ya da çocuklara acil yapılan barındırma işlemleri hastanın semptomlarını azaltabilir.

B. İLAÇ TEDAVİLERİ

Acil koşullarında çalışan klinisyenler çeşitli nedenlerle farmakolojik tedavi başlamak konusunda dikkatli olmalıdırlar. Öncelikle; ilk tanısal izlenim hatalı ola-

Catherine Chiles, MD ve Thomas N. Wise, MD

Çeviri: Bilge Doğan

GİRİŞ

Konsultasyon liyezon psikiyatrisi, psikiyatrik ve organik hastalıklar arasında biyolojik, psikolojik, ve sosyal yönlerden köprü kuran yüz yıllık tıbbi uygulama ve araştırma alanıdır. 2003'ten bu yana, The American Board of Medical Subspecialties'in psikiyatri alanı ile ilgilenen *Psychosomatic Medicine* tarafından tarihsel terminolojisi temel alınarak hatırlandı. Konsultasyon psikiyatrisi uygulaması sıklıkla kapsamlı, merkezi hastanelerde bulunur. Standart konsultasyon, primer hekiminin isteği üzerine yapılır, psikiyatri dışı kliniklerde meslektaşlar ve hastalar arasında yansız yapılan bir işbirliğidir. Konsultasyonlarda görüşme teknikleri bireysel hasta değerlendirmesi için açık uçlu veya genel popülasyondaki psikiyatrik hastalıkları taramak için yapılandırılmış olmalıdır. Sıklıkla her iki tekniğin kombinasyonu kullanılır. Psikiyatristin temel rolü, meslektaşlarını ve hastaları medikal hastalıkların komplikasyonları veya klinik görünümeleri ve hastalık davranışları konusunda eğitmektir. Liyezon psikiyatrisi psikiyatristin rolünü kapsamlı tedavi yaklaşımlarını kolaylaştırmak için bir hizmet sistemi içinde genişletir ve sağlık hizmeti sisteminde disiplinler arası iletişimi geliştirir, bölümler arasında bağlantı kurar. Liyezon psikiyatristi sıklıkla multidisipliner tedavi ekibinin bir üyesidir, psikiyatrik değerlendirmeleri yapar, örneğin organ transplantasyon cerrahisinde veya onkolojide, psikiyatrik komorbidite ihtimalinin fazla olması beklenen durumlarda.

Psikosomatik Tıbbın Tarihçesi ve Konsultasyon-Liyezon Psikiyatrisi

A. PSIKOSOMATİK TIBBIN TARİHÇESİ

Birleşik Devletlerde, psikiyatrinin tarihsel kökleri ilk olarak 1751 yılında, zihin karışıklığı olan ve akli melekeleri kaybolan hastalara hizmet sunan Penisilvanya Hastanesi kayıtlarında bulunmuştur. O dönemde, hem Pensilvanya hastanesinde hem de New York Bellevue hastanesinde ayakta psikiyatri kliniği açılmıştır. Bu ilk merkezlerin raporları tıbbi hastalığı olan hastalarda anlamlı oranda psikiyatrik bozukluk olduğunu, servisler organize etme gereğini vurgulayan maddeleri içerir.

Modern çağda, bilim adamlarının psikiyatrik bozukluklar ve tıbbi hastalıklar arasındaki ilişkiye yaklaşımı *psikosomatik tıp* alanındaki psikolojik ve tıbbi bozukluk arasındaki ilişkiyi değerlendiren erken çalışmalarla başladı. Psikosomatik tıp, araştırmanın bir alanı olarak zihin-beden ilişkisinin *psikoanalitik* çalışmaları ile başladı. 1900'lerin başında, Sigmund Freud, genç bir nörolog olarak, konversiyon histerisini, somatik (fiziksel) hastalığa döndürülmüş olarak veya somatik hastalık gibi görülen, derin psişik anlamlarla doldurulmuş psikolojik semptomlar olarak tarifledi. 1910 yılında, Sandor Ferenczi konversiyon semptomları ile otonom sinir sistemi arasında bağlantı kurdu. 1934'te, Franz Alexander, psikosomatik semptomların bastırılmış psişik çatışmayla ilişkili uzamış otonomik sistem AROUSAL'ından kaynaklandığı fikrini öne sürdü. Psikosomatik tıp 1940'lı ve 1950'li yıllarda *psikofizyolojik* çalışmalarla, Hans Selye'nin insan stres cevabı ile ilişkili adrenokortikal hormonları tanımlayan çalışması gibi, ilerledi. *Sosyo-kültürel* araştırmacılar olan Thomas Holmes ve Richard Rahe, 1975'te, hastalık ihtimali ile yaşam olaylarının sayısını ve şiddetini ilişkilendirdi, daha ileri olarak psikosomatik tıp çerçevesini geliştirdi. Zbigniew Lipowski 1970'de, George Engel 1977'de sistem teorisini, çevresel etkilerin zihin-beden-kültür paradigmasına etkisini test etmek için kullandı. Tüm bu çalışmalar, bugünkü psikosomatik tıbbın *biyopsikososyal perspektifinin* içeriğini şekillendirdi.

B. KONSULTASYON LİYEZON PSIKIYATRİSİ TARİHÇESİ

Psikosomatik tıp teorilerinde gelişmeyle paralel olarak, psikiyatristler akıl hastanesi hareketi ile 19. yy'ın geç dönemi boyunca ayrıldıkları devlet hastanelerine geri döndüler. Psikiyatristler daha sonrasında artık psikiyatrik sanatoryumlarda veya konsultasyon odalarında tecrit etmeden, hastaları devlet hastanelerinde tedavi etmeye başladı. 1929'da, George Henry devlet hastanesi psikiyatrisinin faydalarını savunmuş, konsultatif servisleri önermiş, bu durum konsultasyon deneyimlerini geliştirmede yararlı olmuş, deliryum, demans, depresyon ve anksiyete gibi tıbbi hastalıklarda görülen psikiyatrik bozuklukların tanı ve tedavisine yaptığı vurguya ek olarak, tıp öğrencileri ve personelinin psikiyatri dışı servislerde olan hastalar için psiki-

yatri kliniğinde olan hastalara göre psikiyatriden faydalanma eğilimlerinin daha fazla olduğunu belirtmiştir. Psikiyatrik konsultasyon servisleri Rockefeller Vakfından destekle gelişti ve Zihinsel Hastalıklar Ulusal Enstitüsü Psikiyatri Eğitimi Dalı'ndan finansman desteği ile büyüdü. 20. yüzyıl sonlarında, hastanelerde ve tıp okullarında çalışan deneyimli psikiyatristlerden oluşan önemli kadrolar vardı.

C. PSİKİYATRİNİN ALT DALI OLARAK PSİKOSOMATİK TIP

Mayıs 2003'te, "The American Board of Medical Subspecialties", genel hastanelerde konsultasyon liyezon psikiyatrisi pratiğinin ayrı bir psikiyatrik alt dal olarak eğitim almış ve "The American Board of Psychiatry and Neurology" tarafından sınav sonrası yetki verilen kişiler tarafından yürütülmesi gerektiğini belirtmiştir. En önceki tıbbi kanıtların takdirine göre, "American Board of Medical Subspecialties" tarafından diğer tıbbi alt dalların konsultasyon pratiklerinden ayırd etmek için bu alt dal Psikosomatik Tıp olarak isimlendirilmiştir. Haziran 2005'te, "The American Board of Psychiatry and Neurology" psikosomatik tıpta uzmanlara ruhsat vermek için ilk sınavı uygulamıştır. Psikosomatik tıp alanında psikiyatri uzmanlık eğitimi programları, hekimleri psikosomatik tıp ve ilişkili araştırmalar alanında yetenek ve tekniklerle vasıflandırdır.

Konsultasyon Liyezon Psikiyatrisi ve Psikosomatik Tıba İhtiyaç Var mı?

A. PSİKİYATRİ DIŞI UYGULAMALARDAN KANITLAR

Psikiyatri dışı kliniklerde psikiyatristin çalışması hasta bakımını nasıl geliştirir? Geçen onyıllardaki bir çok çalışma, psikiyatrik konsultasyonların sağlık hizmeti maliyetinde azalma sağladığını, zihinsel sağlık hizmetine ulaşılabilirliği arttırdığını göstermiştir. En önemlisi, psikiyatrik konsultasyon birçok hayatı tehdit eden hastalıkların tespitini artırır. İyi biliniyor ki demografik özellikler, tıbbi tanı, izin için nedenler de hesaba katıldığında tanı ve tedavi almadan bırakılan psikiyatrik komorbiditeler hastane yatış sürelerini (ve eş zamanlı maliyetleri) artırır.

Psikiyatri dışı kliniklerde, farkına varılmayan yanlış tanı alan psikiyatrik hastalığın sonucu olarak, hasta sonuçları anlamlı olarak etkilendir. Birinci basamakta, psikiyatrik rahatsızlığı olan birçok hastabu açından tedavi almaz. Birçok faktör dikkati sınırlandırmaya neden olur; psikiyatrik semptomları tıbbi semptomlardan ayırd etmek zordur, hastalar damgalanmaktan korkar ve şikayetlerini minimize ederler, zaman sınırlılığı veya yetersiz deneyim veya hekimin kendi isteksizliği psikiyatrik semptomlarını tedavi edilmesini engellerebilir.

Çalışmalar hastanede psikiyatrik konsultasyonun morbidite, mortalite, yatış süresi ve maliyeti psikiyatrik hastalıkların erken tanı ve tedavisi ile azalttığını ve kendilik bakım hayat kalitesi ölçeğinde etkiye sahiptir. Bu bulgular meslektaşlarının psikiyatrik eğitimi, psikiyatrik tarama ile vaka tespitini ve servislerde konsultasyon liyezon psikiyatristi olmasını şart koşar.

B. PSİKOSOMATİK TIPTA ARAŞTIRMA KANITLARI

Psikosomatik tıp ilk olarak zihin-beden ilişkisinin psikoaanalitik teorilerinin, psikoterapinin tıbbi hastalığın seyrini değiştirebileceği görüşünü öne sürdüğünde popüler hale geldi. Spekülatif olmasına rağmen, bazı teoriler erken yaşam olaylarının (bilinçsiz çatışmalar geliştirerek) genetik (biyolojik) yakınlıkla birleşerek peptik ülser ve astım gibi hastalık durumlarına neden olabileceğini varsaydı. Bu düşüncelerin çoğu hatalı idiyse de erken yaşam olaylarının fizyoloji ve hastalık davranışı üzerine etkisini gösteren birçok hayvan ve insan araştırma verisi var.

Modern psikosomatik araştırmalar, bu erken teorilerin çoğunu terk etmiştir. Fakat psikososyal farklılıkların hastalık durumuna neden olması veya sürdürmesindeki rolü araştırılmaya devam ediyor. Ampirik temelli stratejilerden bir tür kullanılarak, örnek olarak, psikososyal ve biyolojik farklılıkları ilişkisi hakkındaki kompleks sorulara yanıt vermek için yapılandırılmış psikiyatrik görüşmeleri ve güvenilir psikometrik envanterleri biyolojik işaretler ve immünolojik ölçümlerle eşleştirir.

Yeni araştırmalara örnek, depresyon ve kardiyovasküler hastalık arasında biyopsikososyal ilişki çalışmasıdır. Psikosomatik tıpta 1980'lerde başlayan Landmark araştırmasına göre, major depresif bozukluğu olan bireyler komplike olmayan myokardiyal infarkt (MI) sonrası anlamlı artmış mortalite riskine sahiptir. Depresif epizod akut koroner sendromu hızlandırır ve yalnızca kardiyak olaya bir reaksiyon değildir. Saldırganlık ve öfkenin akut koroner sendromla ilişkili olduğu gösterilmiş. Depresyonlu bireylerde koroner arter hastalığının başlangıcında rol oynayan biyolojik faktörler; azalmış kalp atım değişkenliği, trombosit disfonksiyonu, yükselmiş sitokinleri kapsar. Depresif bozukluklar ve kardiyovasküler hastalıklar için paylaşılmış bu genetik yakınlık gerçek psikosomatik ilişkinin altında yatar. Karmaşık genetik ve moleküler biyolojinin gelişimi, bu ilişkilerin gelecekte ele alınacağı sözünü vermektedir.

Bölüm Gözden Geçirmesi

Bu bölüm konsultasyon liyezon psikiyatrisinin ve psikosomatik tıbbın çekirdek kavramlarını göden geçirecek. Konsultasyon liyezon psikiyatrisinin mevcut

William Bernet, MD

Çeviri: Bilge Doğan

■ PSİKİYATRİ VE YASA

Adli psikiyatri, Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından 1991 yılından beri tanınan, uzmanlaşmış bir tıp alt alanıdır. Adli psikiyatride psikiyatri uzmanlığı yasal konulara uygulanır. Amerikan Psikiyatri ve Nöroloji komisyonu, kişilerin "adli psikiyatrideki ilave edilmiş niteliklerini" incelemek için 1994 yılında kurulmuştur. Tıbbi eğitim mezunları için akreditasyon komitesi ABD tarafından akredite edilmiş, adli psikiyatride 40 tane 1 yıllık burs sağlayan program bulunmaktadır.

Adli psikiyatri 4 kısımdan oluşmaktadır. Birincisi, gönüllü hastaların sivil yükümlülük, aydınlatılmış onam öğretisi, tehlikeli hastalardan üçüncü tarafları koruma gerekliliği ile özel ayrıcalık ve gizlilik gibi genel psikiyatri pratiğinin yasal yönleriyle ilgilidir.

Adli psikiyatrinin ikinci kısmı ruhsal yetersizliği değerlendirmeyi kapsar. Bu kısım, işte zedelenen kişilerin değerlendirilmesini, zedelendiğini iddia eden ve sanıktan tazminat isteyen bir davacının değerlendirilmesini ve vaziyet hazırlamak gibi özel işler yapacak kişilerin yeterliliğini değerlendirmeyi içerir.

Adli psikiyatrinin en renkli yönü, tutuklanan kişilerle uğraşmaktır. Bu kısım davada yargılanma yeterliliğinin değerlendirilmesini, Miranda haklarından feragat eden bir kişinin yeterliliğinin değerlendirilmesini, ceza sorumluluğunun değerlendirilmesini, mahkumiyetle ilgili değerlendirmeleri ve hapiste bulunan kişilerin tedavisini içermektedir.

Adli psikiyatrinin dördüncü kısmı, adli çocuk psikiyatrisidir. Bu kısım çocuğun vesayetiyle ilgili değerlendirmeleri, istismar edilmiş olabilecek çocuğun değerlendirilmesini ve çocuk mahkemelerinde yer alan küçük çocuklarla ilgili konsültasyonu içerir.

Goldstein AM (ed): *Forensic Psychology*. New York: Wiley, 2003.
Guthrie TG, Appelbaum PS: *Clinical Handbook of Psychiatry and the Law*, 4th edn. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2006.
Melton GB, Petrila J, Poynthress N, Slobogin C: *Psychological Evaluations for the Courts*, 2nd edn. New York: Guilford Press, 1998.

Rosner R (ed): *Principles and Practice of Forensic Psychiatry*. 2nd edn. London: Arnold, 2003.

Simon RI, Gold LH (eds): *Textbook of Forensic Psychiatry*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 2004.

PSİKİYATRİ PRATIĞİNİN YASAL YÖNLERİ

Profesyonel Sorumluluk

Psikiyatristler diğer hekimlerden daha seyrek olarak profesyonel ihmal nedeniyle dava edilirler. Fakat biz dava açmaktan hoşlanan bir toplumda yaşıyoruz pek çok psikiyatrist profesyonel kariyerleri boyunca en az bir kez profesyonel ihmal konusu olmuştur.

Profesyonel ihmal ya da yanlış tedavi durumunda, bir hasta (davacı) psikiyatristi dava eder(sanık). Yasal olarak kazanmak için bir davacı şu dört unsurdan her birini kanıtlamak zorundadır. Bunlar: 1) psikiyatrist hastaya bakmakla görevlidir, 2) hastaya karşı bir görev ihmali bulunmaktadır, 3) hasta zedelenmiştir ve 4) bakımla ilgili kusur hastanın zedelenmesinin en yakın nedenidir. Bu son unsur kusurlu bir davranış olmasa hastanın zedelenmeyeceği anlamını taşır. Bir duruşmada davacı, her bir unsuru delil üstünlüğüyle kanıtlamak zorundadır. Hem davacı hem de sanık ifade vermesi için bir bilirkişi çağırabilir.

Psikiyatristler pek çok klinik durumda dava edilme riski altındadır. Örneğin bir psikiyatrist, bazı durumlarda, bir hastasının intihar etmesinden sorumlu tutulabilir. Bunlar: 1) intihar önceden öngörülebiliyse, 2) psikiyatrist hastadan ve diğer kişilerden doğru bir öykü alamadıysa, 3) psikiyatrist uygun önlemleri almadıysa. Şu nedenlerin bir sonucu olarak hastanın zedelenmesi devam ediyorsa, bir psikiyatrist farmakolojik tedavinin ihmalinden dolayı kusurlu olabilir: 1) yeterli bir öykü almama, 2) etkili olmayan ya da belirtilmemiş bir ilacı kullanma, 3) yanlış dozda ilaç kullanma ve 4) yan etkileri fark edememe ya da tedavi etmeme. Belirli bir endişe konusu da, Tardiv diskinezidir (belirli psikotropik ilaçların neden olduğu ciddi bir yan etki), özellikle de hasta ve aile üyeleri risk konusunda uyarılmadığında ve psikiyatrist yan etkiler için hastayı uygun bir şekilde takip etmediğinde. Elektrokonvulsif terapinin, kullanımı uygun

olmadığında ya da aydınlatılmış onam alınmadığında kullanılması sonucu da bir dava açılabilir. Eğer aydınlatılmış onam alınmadan psikoanaliz uygulanırsa, örneğin hastanın diğer alternatif tedavileri düşünmesi önerilmediğinde, bir dava açılabilir.

Psikiyatristler hastayla ya da hastanın eşiyile cinsel bir ilişkiye girdiklerinde de dava edilebilirler. Çünkü hastalarla cinsellik yaşamının, standart psikiyatri bakımının ihlal edilmesi olduğu, profesyonel kuruluşlar tarafından açık bir şekilde belirtilmiştir. Bu durumlarda en önemli sorun cinselliğin yaşandığını kanıtlamaktır. Bazı durumlarda hastalar psikiyatristlere karşı cinsel ilişkinin yaşandığına dair suçlamalarda bulunurlar. Cinsellik hiç yaşanmadıysa, psikiyatrist bu yanlış suçlamaların (örn. Transferans ilişkisinin yanlış ele alınması yoluyla) temelini oluşturan sınırların ihlali yoluyla davayı kötüye kullanabilir.

Aydınlatılmış Onam

Aydınlatılmış onam, bir hastanın hekim ya da diğer ruh sağlığı uzmanları tarafından önerilen değerlendirme ve tedaviyi anlaması ve kabul etmesi yoluyla sürekli devam eden bir süreçtir. Aydınlatılmış onam, tüm psikiyatristlerin desteklediklerini iddia ettikleri bir kavram olsa da, pek çok hekim bu kavramın ne anlama geldiğini anlamamakta ya da uygulamasına sözde bağlı kalmaktadır.

Aydınlatılmış onamın üç bileşeni vardır: ruhsal yeterlilik, yeterli bilgi ve gönüllülük. Yeterliliğin değerlendirilmesi bu bölümde daha sonra tartışılacaktır.

Yeterli bir bilgi açıklamasını okumak, genellikle hastanın önerilen tedavinin doğasını ve amacını, potansiyel yararlarını ve risklerini ve düşünülebilecek alternatif tedavileri bildiği anlamına gelir. Eyaletler, doktorun açıklaması gereken bilgi miktarı için farklı bir kriter oluşturur. Bazı eyaletler bir hekimin, **mantıklı bir doktorun** benzer durumda açıklaması gereken bilgi miktarı kadar açıklama yapması gerektiği kuralını benimser. Pek çok eyalet de, bir hekimin, **mantıklı bir hastanın** önerilen tedaviyle ilgili bilmek isteyeceği bilgiyi açıklaması gerektiği ile ilgili daha progresif bir kuralı kabul eder. Onam formunun gönüllü olması gerekliliğine gelince, bu da hekim, tedavi ekibinde yer alan diğer üyeler ya da aile üyeleri tarafından hastanın zorlanamayacağı ya da rüsvet önerilemeyeceği anlamına gelir.

Aydınlatılmış onam, bir forma atılan imzadan daha fazlasıdır. Tedavi ilerledikçe tedavinin doğası ve olası yan etkileriyle ilgili hekimle hasta arasında sürekli bir konuşma olmalıdır. Bazı vakalarda, örneğin psikotik bir hastaya nöroleptik ilaç tedavisi başlamak gibi, hasta bu konuları tutarlı bir şekilde, ancak tedavi

başladıktan sonra tartışabilecektir. Bazı vakalarda aydınlatılmış onam hastayla birlikte yakın aile üyeleriyle yapılan bir tartışmayı içermelidir. Bu onam, örneğin kronik olarak intikar eğilimi olan bir hasta hastaneden çıktıktan sonra yakın ailenin hastaneden taburcu olmanın avantajlarını ve dezavantajlarını anlaması ve tüm tarafların (örn., hasta, aile ve psikiyatrist) esas riskleri paylaşması ve kabul etmesi için yararlıdır.

Sivil Sorumluluk

Bazı durumlarda psikiyatrik hastalar istemeyerek hastaneye yatırılırlar. Gönülsüz ya da sivil sorumluluğun yasal temelleri *parens patriae* (hükümet, kendilerine bakamayan kişileri korumak için "ülkenin babası" gibi davranabilir) ve eyalet polis gücüdür (hükümetin tehlikeli insanlardan toplumu koruma otonomitesi vardır). Psikiyatristler, hastaları sivil sorumluluk kriterini karşılayıp karşılamadıkları açısından değerlendiren bu süreç içinde yer alırlar. Eyaletten eyalete spesifik prosedürler farklılık gösterse de, gönülsüz yükümlülük kriteri genellikle şunların hepsini içerir: 1) hastanın ciddi bir psikiyatrik hastalığı, psikoz ya da bipolar bozukluk gibi, vardır, 2) hastanın ciddi olarak kendine ya da başkalarına zarar verme riski bulunmaktadır, 3) hastaneye yatırma en az kısıtlayıcı alternatiftir. Bazı yargı yetkilerinde sivil sorumluluğu ispat etmek zordur (sadece tehlike riskinden çok açık bir davranışı içeren) ya da daha az zordur (eğer hasta temel kişisel ihtiyaçlarını karşılamıyorsa sivil yükümlülüğe izin verme).

Hastanın Hakları

Pek çok durumda hastaneye yatırılan psikiyatri hastaları ve kuruma yerleştirilen zihinsel geriliği olan hastalar zorlanır, depoya konulur ya da istimar edilirler. Sonuç olarak eyalet ve federal mahkemeler ve yasa koyucular, hastaların belirli hakları olduğunu ilan etmişlerdir. Aynı şekilde hastalar tedaviyi reddetme hakkına da sahiptirler. Bu hak da, sivil olarak yükümlülük altına giren hastanın psikotropik ilaç kullanmayı kabul etmeye karar verme yeterliliğinde olabilmektedir. Psikiyatrist, hasta ilaç kullanmayı reddettiği halde ilaç kullanmayı önerirse, psikiyatrist uygun yerel prosedürleri izleyebilir. Bu tür prosedürler, tedaviyi gözden geçiren komiteye soru yöneltmeyi ya da mahkemeden hasta için bir koruma atanmasını talep etmektedir.

Bazı yetki alanlarında psikiyatrik hastalar şu haklara sahiptir: ziyaretçi almak, sansürlenmemiş mail göndermek, avukatlardan ve hekimlerden sansürlenmemiş mail almak – fakat hastaya gönderilen mail gönderilmeden önce incelenebilir- güvenilirlik, otorite