

EDİTÖR

PROF DR.

K. OĞUZ KARAMUSTAFALIOĞLU

TEMEL VE KLİNİK PSİKİYATRİ



GÜNEŞ TIP
KİTABEVLERİ

TEMEL VE KLİNİK PSİKİYATRİ

EDİTÖR

PROF. DR. K. OĞUZ KARAMUSTAFALIOĞLU

İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü



GÜNEŞ TIP KİTABEVLERİ

TEMEL VE KLİNİK PSİKİYATRİ

Copyright © 2018

Bu Kitabın her türlü yayın hakkı **Güneş Tıp Kitabevleri Ltd. Şti.**'ne aittir.

Yazılı olarak izin alınmadan ve kaynak gösterilmeden kısmen veya tamamen kopya edilemez; fotokopi, teksir, baskı ve diğer yollarla çoğaltılamaz.

ISBN: 978-975-277-703-3

Yayıncı ve Genel Yayın Yönetmeni: Murat Yılmaz

Genel Yayın Yönetmeni Yardımcısı: Polat Yılmaz

Yayın Danışmanı ve Tıbbi Koordinatör: Dr. Ufuk Akçıl

Dizgi - Düzenleme: İhsan Ağın

Kapak Tasarımı: İhsan Ağın

Baskı: Ayrıntı Basım Yayın ve Matbaacılık Hiz. San. Tic. Ltd. Şti.
İvedik Organize Sanayi Bölgesi 28. Cad. 770 Sok. No: 105-A
Ostim/ANKARA
Telefon: (0312) 394 55 90 - 91 - 92 • Faks: (0312) 394 55 94
Sertifika No: 13987

UYARI

Medikal bilgiler sürekli değişmekte ve yenilenmektedir. Standart güvenlik uygulamaları dikkate alınmalı, yeni araştırmalar ve klinik tecrübeler ışığında tedavilerde ve ilaç uygulamalarındaki değişikliklerin gerekli olabileceği bilinmelidir. Okuyuculara ilaçlar hakkında üretici firma tarafından sağlanan ilaca ait en son ürün bilgilerini, dozaj ve uygulama şekillerini ve kontrendikasyonları kontrol etmeleri tavsiye edilir. Her hasta için en iyi tedavi şeklini ve en doğru ilaçları ve dozlarını belirlemek uygulamayı yapan hekimin sorumluluğundadır. Yayıncı ve editörler bu yayından dolayı meydana gelebilecek hastaya ve ekipmanlara ait herhangi bir zarar veya hasardan sorumlu değildir. Bölümlerin içerik ve bilimsel sorumluluğu yazarlarına aittir.

GENEL DAĞITIM

GÜNEŞ TIP KİTABEVLERİ

ANKARA

M. Rauf İnan Sokak No: 3
06410 Sıhhiye / Ankara
Tel: (0312) 431 14 85 • 435 11 91-92
Faks: (0312) 435 84 23

İSTANBUL

Gazeteciler Sitesi Sağlam Fikir Sokak
No: 7 / 2 Esentepe / İstanbul
Tel: (0212) 356 87 43
Faks: (0212) 356 87 44

KADIKÖY

Rasimpaşa Mah. İskele Sokak
No: 4 / A Kadıköy / İstanbul
Tel: (0216) 546 03 47

www.guneskitabevi.com
info@guneskitabevi.com



ÖNSÖZ

Psikiyatride 2013 yılında DSM'nin 5. versiyonu açıklanması ardından psikiyatri camiamızın değerli üyelerinin paha biçilmez katkıları ile kitabımızın temeli atıldı. Bilgiye ulaşmak eskiye göre çok kolaylaşmış olsa da bilgi ve tecrübe birikimini paylaşma konusunda ustaların katkıları ile özgün konuları anlamak ve pratiğe dönüştürmek bu kitapla kolaylaşmış olacaktır.

Şizofreni, diğer psikotik bozukluklar, bipolar bozukluk ve bağımlılık gibi birçok konu çok yazarlı bir desen içinde sizlere sunulmaktadır. Temel bilimlerle ilgili her psikiyatristin arayabileceği konular ilgili yazarlar tarafından ayrıntılı olarak ele alınmışlardır.

Kitabımızın en önemli özelliği teklif götürdüğüm usta isimlerin yüzde doksan oranında beni geri çevirmemeleridir. Tüm değerli meslektaşlarıma bu esere katkıları için çok teşekkür ediyorum. En mutlu olduğum noktalardan birisi de hemen her bölüm için çok sayıda meslektaşımızın konunun ustası haline gelmiş olmalarıdır. Maalesef her değerli meslektaşımıza bu kitapta yer veremedik. Fakat ülkemizin her bölgesinden yazarlarla çok seslilik oluşturduk. Psikiyatri gibi yelpazesi çok geniş bilim dalında özellikli konuların büyük bölümünü teorik ve pratik zeminde ele aldık.

Bu geniş yelpaze içinde psikiyatrinin genel tarihçesini içeren bölümün olmasına karşın ayrıca ülkemizin bu konuda ilk kurumu olan Bakırköy Hastanesinin tarihçesini yazmış olan kıymetli meslektaşımız Dr. Nezih Eradamlar'ı kaybetmenin üzüntüsünü yaşadık. Fakat bu bölüm modern psikiyatrinin tarihçesi konusunda bizlere önemli bilgi mirasını intikal ettirecektir.

Kitapları yaşatan meslektaşlarımızın ilgi ve desteği olacaktır. Psikiyatrinin temelini ve kliniğini ele alan bu eser umarım sizlerin ilgi ve desteği ile yeni baskılara gidecektir. Kitap editörlüğü bugüne dek üstlendiğim görevlerin en zahmetlisi oldu. Şimdiye dek bu kadar ustanın yer aldığı bir orkestrayı koordine etmemiştim. İlk baskıdan edindiğim tecrübeler inşallah gelecek baskılarda kitabı daha da geliştirmek konusunda verimli adımlar attıracaktır.

Kitap üretmek için güçlü ve tecrübeli bir yayınevi desteğini gerektirmektedir. Bu esere başlamak konusunda en büyük motivasyonum Güneş Tıp Kitabevleri'nin bu görevi üstlenmesidir. Sahibinden çalışanına tüm bireyler çok kolaylaştırıcı oldular. Kendilerine çok teşekkür ediyorum. Türk Psikiyatrisi için hayırlı olması dileğiyle,

Prof. Dr. K. Oğuz Karamustafahoğlu

İÇİNDEKİLER

BÖLÜM 1:	DÜNYADA VE ÜLKEMİZDE PSİKİYATRİ TARİHİ.....1
	<i>Dr. Sunar Birsöz</i>
BÖLÜM 2:	TÜRKİYE’DE PSİKİYATRİNİN KÖKLERİ ULUÇINAR BAKIRKÖY RUH VE SİNİR HASTALIKLARI HASTANESİ5
	<i>Dr. Nezir Eradamlar</i>
BÖLÜM 3:	PSİKİYATRİK GÖRÜŞMENİN ESASLARI VE RUHSAL DURUM MUAYENESİ17
	<i>Dr. İsmet Kırpınar</i>
BÖLÜM 4:	DEĞERLENDİRMEDE VE TEDAVİDE PSİKİYATRİK ÖLÇÜMLERİN ROLÜ37
	<i>Dr. Ömer Aydemir</i>
BÖLÜM 5:	PSİKİYATRİDE LABORATUVAR TESTLERİ.....47
	<i>Dr. Tayfun Turan, Dr. Akif Asdemir</i>
BÖLÜM 6:	EEG VE PSİKİYATRİDE KULLANIMI57
	<i>Dr. Mustafa Kemal Yazıcı, Dr. Aylin Ertekin Yazıcı</i>
BÖLÜM 7:	PSİKİYATRİDE GÖRÜNTÜLEME71
	<i>Dr. İrmak Polat, Dr. Ali Saffet Gönül</i>
BÖLÜM 8:	PSİKİYATRİSTLER İÇİN KLİNİK NÖROANATOMİ.....79
	<i>Dr. Mehmet Yıldırım, Dr. Kaan Yücel</i>
BÖLÜM 9:	NÖRONUN HÜCRESEL VE MOLEKÜLER BİYOLOJİSİ 103
	<i>Dr. İsmail Tayfun Uzbay</i>
BÖLÜM 10:	FARMAKOLOJİ İLE İLİŞKİLİ GENEL KAVRAMLAR..... 111
	<i>Dr. Feyza Arıcıoğlu</i>
BÖLÜM 11:	PSİKİYATRİ VE GENETİK..... 137
	<i>Dr. Mehmet Bülent Sönmez, Dr. Ercan Abay</i>
BÖLÜM 12:	ÇOCUK GELİŞİMİ VE ÖZELLİKLERİ 145
	<i>Dr. Tümer Türkbaş</i>
BÖLÜM 13:	DİL VE PSİKİYATRİ 163
	<i>Dr. Atilla Erol</i>
BÖLÜM 14:	PSİKİYATRİ VE EPİDEMİYOLOJİ 167
	<i>Dr. Orhan Doğan</i>

BÖLÜM 15:	BİLİMSEL BİR MAKALE NASIL HAZIRLANIR, YAZILIR VE YAYIMLANIR? 191
	<i>Dr. Sevdâ Korkmaz, Dr. Murad Atmaca</i>
BÖLÜM 16:	GEÇİCİ PSİKOTİK BOZUKLUKLAR. 197
	<i>Dr. Alaattin Duran, Dr. Ömer Faruk Demirel</i>
BÖLÜM 17:	ŞİZOFRENİ: KAVRAMIN TARİHÇESİ, EPİDEMİYOLOJİ, KLİNİK ÖZELLİKLER VE SEYİR 201
	<i>Dr. A. Elif Anıl Yağcıoğlu, Dr. Yavuz Ayhan</i>
BÖLÜM 18:	ŞİZOFRENİ ETİYOLOJİ..... 217
	<i>Dr. Güneş Can, Dr. Emre Mısırs, Dr. Onur Küçükçoban, Dr. Tolga Binbay, Dr. Köksal Alptekin</i>
BÖLÜM 19:	İLK EPİSOD ŞİZOFRENİ; YAKLAŞIM VE TEDAVİ İLKELERİ 229
	<i>Dr. Alp Üçok</i>
BÖLÜM 20:	ŞİZOFRENİ TEDAVİSİ 235
	<i>Dr. Erdal Işık, Dr. Umut Işık</i>
BÖLÜM 21:	ŞİZOFRENİ HASTALARINDA İLACA BAĞLI YAN ETKİLERİN ELE ALINMASI 247
	<i>Dr. M. Kâzım Yazıcı</i>
BÖLÜM 22:	TEDAVİYE DİRENÇLİ ŞİZOFRENİ 265
	<i>Dr. Alp Üçok</i>
BÖLÜM 23:	ŞİZOAFFEKTİF BOZUKLUK 269
	<i>Dr. Levent Mete, Dr. Mustafa Güleç</i>
BÖLÜM 24:	HEZEYANLI BOZUKLUK 277
	<i>Dr. Mehmet Emin Ceylan, Dr. Barış Önen Ünsalver</i>
BÖLÜM 25:	BİPOLAR BOZUKLUK 283
	<i>Dr. Fisun Akdeniz</i>
BÖLÜM 26:	BİPOLAR (İKİ UÇLU) BOZUKLUKTA ETYOLOJİ; ÇEVRESEL RİSK, GENETİK, NÖROBİYOLOJİ VE BİYOMARKERLER 293
	<i>Dr. Haluk A. Savaş, Dr. İhsan Aksoy</i>
BÖLÜM 27:	BİPOLAR BOZUKLUĞUN TEDAVİSİ 301
	<i>Dr. K. Oğuz Karamustafaloğlu, Dr. Işıl Göğcegöz Gül</i>
BÖLÜM 28:	BİPOLAR BOZUKLUKTA PSİKOTERAPİ 307
	<i>Dr. Ahmet Ünal</i>
BÖLÜM 29:	DEPRESYON 313
	<i>Dr. K. Oğuz Karamustafaloğlu, Dr. Işıl Göğcegöz Gül</i>

BÖLÜM 30:	YAYGIN ANKSİYETE BOZUKLUĞU.....	339
	<i>Dr. Hüsnü Erkmen</i>	
BÖLÜM 31:	AYRILMA KAYGISI BOZUKLUĞU (YETİŞKİN)	347
	<i>Dr. Tunç Alkın</i>	
BÖLÜM 32:	PANİK BOZUKLUĞU	355
	<i>Dr. Mehmet Murat Demet, Dr. Selin Demet</i>	
BÖLÜM 33:	SOSYAL KAYGI BOZUKLUĞU.....	371
	<i>Dr. Aslı Enez Darçın, Dr. Nesrin Dilbaz</i>	
BÖLÜM 34:	OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK	379
	<i>Dr. Raşit Tükel</i>	
BÖLÜM 35:	BEDEN DİSMORFİK BOZUKLUĞU.....	405
	<i>Dr. Raşit Tükel</i>	
BÖLÜM 36:	İSTİFLEME BOZUKLUĞU.....	411
	<i>Dr. Raşit Tükel</i>	
BÖLÜM 37:	DERİ YOLMA BOZUKLUĞU	419
	<i>Dr. Raşit Tükel</i>	
BÖLÜM 38:	TRİKOTİLOMANİ (SAÇ YOLMA BOZUKLUĞU).....	423
	<i>Dr. Raşit Tükel</i>	
BÖLÜM 39:	UYUM BOZUKLUKLARI.....	429
	<i>Dr. Gül Eryılmaz, Dr. K. Oğuz Karamustafaloğlu</i>	
BÖLÜM 40:	TRAVMA VE TETİKLEYİCİ ETKENLE İLİŞKİLİ BOZUKLUKLAR	433
	<i>Dr. K. Oğuz Karamustafaloğlu, Dr. Gül Eryılmaz</i>	
BÖLÜM 41:	YAS: GELİŞİM SÜREÇLERİ VE KAYIPLAR SONUCU YAŞANAN ACILAR VE TEDAVİLERİ.....	441
	<i>Dr. Abdülkadir Çevik, Dr. Rifat Serav İlhan</i>	
BÖLÜM 42:	DİSSOSİYATİF BOZUKLUKLAR	453
	<i>Dr. Vedat Şar</i>	
BÖLÜM 43:	SOMATİK SEMPTOM VE İLİŞKİLİ BOZUKLUKLAR.....	461
	<i>Dr. Bahadır Bakım</i>	
BÖLÜM 44:	YAPAY BOZUKLUK VE TEMARUZ	475
	<i>Dr. Servet Ebrinç</i>	
BÖLÜM 45:	BESLENME VE YEME BOZUKLUKLARI	485
	<i>Dr. Ayşe Fulya Maner</i>	
BÖLÜM 46:	DIŞA ATIM BOZUKLUKLARI	495
	<i>Dr. Ümran Tüzün, Dr. Esin Özatalay</i>	
BÖLÜM 47:	UYKU BOZUKLUKLARI	501
	<i>Dr. M. Yücel Ağargün</i>	

BÖLÜM 48:	CİNSEL İŞLEV BOZUKLUKLARI.....	521
	<i>Dr. Cem İncesu</i>	
BÖLÜM 49:	YIKICI BOZUKLUKLAR, DÜRTÜ KONTROL VE DAVRANIM BOZUKLUKLARI	539
	<i>Dr. Lut Tamam, Dr. Betül Demirel Döngel</i>	
BÖLÜM 50:	ERİŞKİN DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU	551
	<i>Dr. Cengiz Başoğlu, Dr. Hakan Balıbey</i>	
BÖLÜM 51:	ALKOL KULLANIM BOZUKLUĞU	569
	<i>Dr. Zehra Arıkan</i>	
BÖLÜM 52:	BAĞIMLILIK YAPAN MADDELER VE MADDE KULLANIM BİÇİMLERİ	581
	<i>Dr. Hakan Coşkunol</i>	
BÖLÜM 53:	KAFEİN	585
	<i>Dr. Hakan Coşkunol</i>	
BÖLÜM 54:	TÜTÜN İLE İLİŞKİLİ BOZUKLUKLAR	591
	<i>Dr. Ömer Faruk Demirel, Dr. Musa Tosun</i>	
BÖLÜM 55:	AMFETAMİNLER VE DİĞER UYARICILAR ...	599
	<i>Dr. İlhan Yargıç</i>	
BÖLÜM 56:	İNHALANLARA BAĞLI BOZUKLUKLAR	605
	<i>Dr. Cüneyt Evren</i>	
BÖLÜM 57:	ESRAR İLİŞKİLİ BOZUKLUKLAR.....	613
	<i>Dr. Birgül Elbozan Cumurcu</i>	
BÖLÜM 58:	OPIOİDLER	623
	<i>Dr. Ebru Aldemir</i>	
BÖLÜM 59:	HALLÜSİNOJENLER	631
	<i>Dr. Zeki Yüncü</i>	
BÖLÜM 60:	HALÜSİNOJENLERE-BAĞLI BOZUKLUKLAR.....	635
	<i>Dr. Cüneyt Evren</i>	
BÖLÜM 61:	NÖROBİLİŞSEL BOZUKLUKLAR	645
	<i>Dr. Evrim Göde Öğüten, Dr. Işın Baral Kulaksızoğlu</i>	
BÖLÜM 62:	A KÜMESİ KİŞİLİK BOZUKLUKLARI	667
	<i>Dr. Gül Eryılmaz</i>	
BÖLÜM 63:	B KÜMESİ KİŞİLİK BOZUKLUKLARI	673
	<i>Dr. Can Tuncer</i>	
BÖLÜM 64:	C KÜMESİ KİŞİLİK BOZUKLUKLARI	679
	<i>Dr. Şeref Gülseren</i>	
BÖLÜM 65:	RUHSAL BELİRTİLERDE GÖRÜLEN ÖZEL DURUMLAR	697
	<i>Dr. Rüstem Aşkın, Dr. Serap Sarı, Dr. İbrahim Taymur</i>	
BÖLÜM 66:	DUYGUDURUM DÜZENLEYİCİ İLAÇLAR....	701
	<i>Dr. K. Oğuz Karamustafaloğlu, Dr. Gül Eryılmaz</i>	

BÖLÜM 67:	ANTİDEPRESAN İLAÇLAR.....	723	BÖLÜM 85:	KÜLTÜREL PSİKİYATRİ	947
	<i>Dr. K. Oğuz Karamustafaloğlu, Dr. Eylem Özten</i>			<i>Dr. Zeynep Şenkal, Dr. Ömer Yanartaş, Dr. Kemal Sayar</i>	
BÖLÜM 68:	ANKSİYOLİTİKLER	761	BÖLÜM 86:	HAVACILIK VE UZAY PSİKOLOJİSİ	955
	<i>Dr. Sinem Gönenli Toker</i>			<i>Dr. Muzaffer Çetingüç</i>	
BÖLÜM 69:	DEMANS İLAÇLARI	767	BÖLÜM 87:	PSİKOSOMATİK TIP VE KONSÜLTASYON LİYEZON PSİKİYATRİSİ	975
	<i>Dr. Gül Eryılmaz, Dr. K. Oğuz Karamustafaloğlu</i>			<i>Dr. Sedat Özkan</i>	
BÖLÜM 70:	ANTİPSİKOTİKLER	771	BÖLÜM 88:	GENEL TIPTA PSİKOTROP KULLANIMI	987
	<i>Dr. K. Oğuz Karamustafaloğlu, Dr. Oğuz Tan</i>			<i>Dr. Mine Özkan</i>	
BÖLÜM 71:	İLAÇLARIN TETİKLEDİĞİ HAREKET BOZUKLUKLARI VE İLAÇLARIN DİĞER YAN ETKİLERİ	811	BÖLÜM 89:	BİR KONSÜLTASYON LİYEZON PSİKİYATRİSİ BİLİM DALI EKİP ÇALIŞMASI MODELİ	1001
	<i>Dr. Özcan Uzun</i>			<i>Dr. Berker Duman, Dr. Hakan Kumbasar</i>	
BÖLÜM 72:	PSİKİYATRİK HASTALIKLARDA NÖROMODÜLASYON TEDAVİLERİ	819	BÖLÜM 90:	TIBBİ OLARAK AÇIKLANAMAYAN BELİRTİLİ HASTALAR	1005
	<i>Dr. Nevzat Tarhan, Dr. Gökben Hızlı Sayar</i>			<i>Dr. Ali Çayköylü</i>	
BÖLÜM 73:	GELENEKSEL VE TAMAMLAYICI TEDAVİLER	843	BÖLÜM 91:	PSİKOKUTANÖZ BOZUKLUKLAR	1013
	<i>Dr. Mert Savrun</i>			<i>Dr. Şerif Bora Nazlı, Dr. Orhan Murat Koçak, Dr. Hakan Kumbasar</i>	
BÖLÜM 74:	PSİKANALİTİK PSİKOTERAPİLER	849	BÖLÜM 92:	ENDOKRİN SİSTEM HASTALIKLARI VE PSİKİYATRİ	1019
	<i>Dr. Nilgün Taşkıntuna</i>			<i>Dr. Berker Duman, Dr. Hakan Kumbasar</i>	
BÖLÜM 75:	KİŞİLERARASI İLİŞKİLER PSİKOTERAPİSİ..	855	BÖLÜM 93:	JİNEKOLOJİK HASTALIKLAR VE PSİKİYATRİ	1025
	<i>Dr. Gül Eryılmaz, Dr. Işıl Göğceğöz Gül</i>			<i>Dr. Berker Duman, Dr. Ruşen Aytaç, Dr. Hakan Kumbasar</i>	
BÖLÜM 76:	BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI TERAPİLER	859	BÖLÜM 94:	KARDİYOESPİRATUAR SİSTEM HASTALIKLARI VE PSİKİYATRİ	1031
	<i>Dr. M. Hakan Türkçapar</i>			<i>Dr. Berker Duman, Dr. Hakan Kumbasar</i>	
BÖLÜM 77:	DESTEKLEYİCİ PSİKOTERAPİ	867	BÖLÜM 95:	KAS İSKELET SİSTEMİ HASTALIKLARI VE ROMATOLOJİK HASTALIKLARIN PSİKİYATRİK BOZUKLUKLARLA İLİŞKİSİ	1037
	<i>Dr. Cem Kaptanoğlu</i>			<i>Dr. Ayşegül Sakarya, Dr. Hakan Kumbasar</i>	
BÖLÜM 78:	AİLE VE EVLİLİK TERAPİSİ	875	BÖLÜM 96:	KALP-DAMAR-GÖĞÜS CERRAHİSİ VE PSİKİYATRİ	1043
	<i>Dr. Armağan Samancı</i>			<i>Dr. Ulaş Kumbasar, Dr. Metin Demircin, Dr. Berker Duman, Dr. Hakan Kumbasar</i>	
BÖLÜM 79:	DİNAMİK YÖNELİMLİ ETKİLEŞİM GRUP PSİKOTERAPİLERİ	883	BÖLÜM 97:	HEPATOLOJİ VE PSİKİYATRİ	1049
	<i>Dr. Abdülkadir Çevik, Dr. Vesile Şentürk Cankorur</i>			<i>Dr. H. Can Cimilli</i>	
BÖLÜM 80:	KADIN SAĞLIĞI VE PSİKİYATRİK HASTALIKLAR	899	BÖLÜM 98:	NEFROLOJİ VE PSİKİYATRİ	1053
	<i>Dr. Nesrin Karamustafaloğlu, Dr. Özlem Tanrıöver</i>			<i>Dr. H. Can Cimilli</i>	
BÖLÜM 81:	İNTİHAR	909	BÖLÜM 99:	NÖROLOJİ VE PSİKİYATRİ	1057
	<i>Dr. Çiçek Hocaoglu</i>			<i>Dr. Behçet Coşar</i>	
BÖLÜM 82:	AJİTE VE SALDIRGAN HASTAYA MÜDAHALE	927	BÖLÜM 100:	ORGAN NAKLİNDE PSİKOSOSYAL DEĞERLENDİRME	1069
	<i>Dr. Çiğdem Aydemir</i>			<i>Dr. M. Ayşın Noyan</i>	
BÖLÜM 83:	ACİL PSİKİYATRİ	931			
	<i>Dr. Atilla Erol</i>				
BÖLÜM 84:	ADLİ PSİKİYATRİ	935			
	<i>Dr. Latif Ruhsat Alpkan</i>				

BÖLÜM 101: YAŞAM SONU PSİKİYATRİ	1079
<i>Dr. M. Ayşın Noyan</i>	
BÖLÜM 102: ÇOCUK VE ERGENLERDE KONSÜLTASYON LİYAZON PSİKİYATRİSİ.....	1085
<i>Dr. Pınar Uran, Dr. Ayla Soykan Aysev</i>	
BÖLÜM 103: ÖZGÜL ÖĞRENME BOZUKLUĞU	1091
<i>Dr. Dursun Karaman</i>	
BÖLÜM 104: ZİHİNSEL ENGELLİLİK	1097
<i>Dr. Tümer Türkbay</i>	
BÖLÜM 105: BASMAKALIP HAREKET BOZUKLUĞU	1111
<i>Dr. Koray Kara</i>	
BÖLÜM 106: ÇOCUKLUK MASTÜRBASYONU	1115
<i>Dr. Tümer Türkbay</i>	

BÖLÜM 107: OTİZM SPEKTRUM BOZUKLUĞU	1121
<i>Dr. Tümer Türkbay</i>	
BÖLÜM 108: SEÇİCİ KONUŞMAZLIK	1139
<i>Dr. Tümer Türkbay</i>	
BÖLÜM 109: AYRILIK KAYGISI BOZUKLUĞU (ÇOCUK)	1145
<i>Dr. Tümer Türkbay</i>	
BÖLÜM 110: DAVRANIM BOZUKLUĞU	1153
<i>Dr. Ayhan Cöngöloğlu</i>	
İNDEKS	1159

YAZARLAR

Prof. Dr. Ercan Abay

Medical Park Bahçelievler Hastanesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Bölümü

Prof. Dr. M. Yücel Ağargün

Medipol Üniversitesi Hastanesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği

Prof. Dr. Fisun Akdeniz

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Eski Öğretim Üyesi

Uzm. Dr. İhsan Aksoy

Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Uzm. Dr. Ebru Aldemir

Ege Üniversitesi Madde Bağımlılığı, Toksikoloji ve İlaç Bilimleri
Enstitüsü

Prof. Dr. Tunç Alkın

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Yrd. Doç. Dr. Latif Ruhşat Alpkan

İstanbul Gelişim Üniversitesi Psikoloji Bölümü

Prof. Dr. Köksal Alptekin

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Prof. Dr. Feyza Arıcıoğlu

Marmara Üniversitesi Eczacılık Fakültesi
Farmakoloji Anabilim Dalı

Prof. Dr. Zehra Arıkan

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Yrd. Doç. Dr. Akif Asdemir

Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Prof. Dr. Rüstem Aşkın

Sağlık Bilimleri Üniversitesi

Prof. Dr. Murad Atmaca

Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Doç. Dr. Çiğdem Aydemir

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Prof. Dr. Ömer Aydemir

Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Yrd. Doç. Dr. Yavuz Ayhan

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Prof. Dr. Ayla Soykan Aysev

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

Prof. Dr. Ruşen Aytaç

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

Doç. Dr. Bahadır Bakım

Yeni Yüzyıl Üniversitesi Tıp Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Doç. Dr. Hakan Balımbay

Sultan Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği

Prof. Dr. Cengiz Başoğlu

Sultan Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Eski Öğretim Üyesi

Uzm. Dr. Tolga Binbay

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Prof. Dr. Sunar Birsöz

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Emekli Öğretim Üyesi

Dr. Güneş Can

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Prof. Dr. Vesile Şentürk Cankorur

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Prof. Dr. Mehmet Emin Ceylan

Üsküdar Üniversitesi Psikoloji Bilim Dalı

Prof. Dr. H. Can Cimilli

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Prof. Dr. Behçet Coşar

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Prof. Dr. Hakan Coşkunol

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Prof. Dr. Ayhan Cöngöloğlu

Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği

Prof. Dr. Birgül Elbozan Cumurcu

İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Turgut Özal Tıp Merkezi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Prof. Dr. Ali Çayköylü

Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Prof. Dr. Muzafer Çetingüç

Üsküdar Üniversitesi Psikoloji Bilim Dalı

Prof. Dr. Abdülkadir Çevik

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Doç. Dr. Aslı Enez Darçın

Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği

Prof. Dr. Mehmet Murat Demet

Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Uzm. Dr. Selin Demet

Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi

Prof. Dr. Metin Demircin

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
Kalp-Damar Cerrahisi Anabilim Dalı

Uzm. Dr. Ömer Faruk Demirel

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Prof. Dr. Nesrin Dilbaz

Üsküdar Üniversitesi Psikoloji Bilim Dalı

Prof. Dr. Orhan Doğan

Serbest Hekim

Uzm. Dr. Betül Demirel Döngel

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Uzm. Dr. Berker Duman

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Prof. Dr. Alaattin Duran

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Prof. Dr. Servet Ebrinç

Sultan Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Servisi

Dr. Nezih Eradamlar

Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Klinik Şefi

Prof. Dr. Hüsnü Erkmen

Üsküdar Üniversitesi Psikoloji Bilim Dalı

Prof. Dr. Atila Erol

Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Doç. Dr. Gül Eryılmaz

Üsküdar Üniversitesi Psikoloji Bilim Dalı

Doç. Dr. Cüneyt Evren

Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları AMATEM Klinik Şefi

Doç. Dr. Işıl Göğcegöz Gül

Üsküdar Üniversitesi Psikoloji Bilim Dalı

Prof. Dr. Ali Saffet Gönül

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Doç. Dr. Mustafa Güleç

İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Doç. Dr. Şeref Gülseren

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim Araştırma
Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği

Prof. Dr. Çiçek Hocaoglu

Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Uzm. Dr. Rifat Serav İlhan

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Prof. Dr. Cem İncesu

Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Prof. Dr. Erdal Işık

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Emekli Öğretim Üyesi

Uzm. Dr. Umut Işık

Serbest Hekim

Prof. Dr. Cem Kaptanoğlu

Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğretim Üyesi

Uzm. Dr. Koray Kara

Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği

Doç. Dr. Dursun Karaman

Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği

Prof. Dr. Nesrin Karamustafaloğlu

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

Prof. Dr. K. Oğuz Karamustafaloğlu

İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü

Prof. Dr. İsmet Kırpınar

Bezmîâlem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Prof. Dr. Orhan Murat Koçak

Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Yrd. Doç. Dr. Sevda Korkmaz

Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Prof. Dr. Işın Baral Kulaksızoğlu

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Prof. Dr. Hakan Kumbasar

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Yrd. Doç. Dr. Ulaş Kumbasar

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
Kalp-Damar Cerrahisi Anabilim Dalı

Dr. Onur Küçükçoban

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Prof. Dr. Ayşe Fulya Maner

Kırklareli Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Çocuk Gelişimi Bölümü

Doç. Dr. Levent Mete

İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği

Dr. Emre Mısıır

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Uzm. Dr. Irmak Polat

Kars Harakani Devlet Hastanesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği

Dr. Şerif Bora Nazlı

Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Prof. Dr. M. Ayşın Noyan

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Yrd. Doç. Dr. Evrim Göde Öğüten

İstanbul Bilim Üniversitesi Tıp Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Doç. Dr. Esin Özatalay

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Prof. Dr. Mine Özkan

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Prof. Dr. Sedat Özkan

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Yrd. Doç. Dr. Eylem Özten

Üsküdar Üniversitesi Psikoloji Bilim Dalı

Uzm. Dr. Ayşegül Sakarya

Kastamonu Devlet Hastanesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği

Doç. Dr. Armağan Samancı

Serbest Hekim

Uzm. Dr. Serap Sarı

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği

Prof. Dr. Haluk A. Savaş

Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Eski Öğretim Üyesi

Prof. Dr. Mert Savrun

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Doç. Dr. Gökben Hızlı Sayar

Üsküdar Üniversitesi Psikoloji Bilim Dalı

Prof. Dr. Kemal Sayar

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Doç. Dr. Mehmet Bülent Sönmez

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Prof. Dr. Vedat Şar

Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Bölümü

Uzm. Dr. Zeynep Şenkal

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Prof. Dr. Lut Tamam

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Yrd. Doç. Dr. Oğuz Tan

Üsküdar Üniversitesi Psikoloji Bilim Dalı

Doç. Dr. Özlem Tanrıöver

Yeditepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Prof. Dr. Nevzat Tarhan

Üsküdar Üniversitesi Psikoloji Bilim Dalı

Prof. Dr. Nilgün Taşkintuna

Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Doç. Dr. İbrahim Taymur

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği

Doç. Dr. Sinem Gönenli Toker

Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Prof. Dr. Musa Tosun

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Prof. Dr. Can Tuncer

İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Prof. Dr. Tayfun Turan

Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Prof. Dr. Raşit Tükel

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Prof. Dr. Tümer Türkbay

Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Eski Öğretim Üyesi

Prof. Dr. M. Hakan Türkçapar

Hasan Kalyoncu Üniversitesi Psikoloji Bölümü

Prof. Dr. Ümran Tüzün

İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi
Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı,
Emekli Öğretim Üyesi

Yrd. Doç. Dr. Pınar Uran

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

Prof. Dr. İsmail Tayfun Uzbay

Üsküdar Üniversitesi Nöropsikofarmakoloji Uygulama ve
Araştırma Merkezi

Prof. Dr. Özcan Uzun

Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği

Prof. Dr. Alp Üçok

İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Doç. Dr. Ahmet Ünal

Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Yrd. Doç. Dr. Barış Önen Ünsalver

Üsküdar Üniversitesi Psikoloji Bilim Dalı

Prof. Dr. A. Elif Anıl Yağcıoğlu

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Uzm. Dr. Ömer Yanartaş

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Prof. Dr. İlhan Yargıç

Serbest Hekim

Prof. Dr. Aylin Ertekin Yazıcı

Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Prof. Dr. Mustafa Kemal Yazıcı

Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Prof. Dr. M. Kâzım Yazıcı

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Prof. Dr. Mehmet Yıldırım

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi
Anatomi Anabilim Dalı

Dr. Kaan Yücel

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi
Anatomi Anabilim Dalı

Prof. Dr. Zeki Yüncü

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi
Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

DÜNYADA VE ÜLKEMİZDE PSİKİYATRİ TARİHİ

Dr. Sunar Birsöz

Psikiyatri tarihinin insanoğlunun varoluşu ile başladığını söylemek abartılı bir yorum olmaz. Psikiyatrinin alanı, tümüyle insan davranışlarını ele alan, düzenleyen bir bilim dalı olarak değerlendirildiğinde, bu görevi yerine getiren ve anlamaya çalışan kişi ve kurumlar hep olmuştur. Toplum ve kabile liderleri, akıl insanlar, büyücüler, şamanlar ya da dini liderler, topluma ve bireye yön veren ve düzeltmeye çalışan birey ve kurumlar olarak, daima var olmuştur. Bu açıdan bakıldığında PSİKİYATRİ en eski bir tıp sanatı ve uygulaması olarak ele alınabilir.

Diğer yönden psikiyatrinin resmi ya da yazılı tarihi ve gelişimi ele alındığında, en yeni bilim dallarından biri olarak görülmektedir. Bu yönüyle de, ortalama yarım asır öncesine kadar, bilimsel özelliği tartışmalı bir tıp alanı olarak da değerlendirilebilir.

Psikofarmakolojik tedavilerin gelişimi ve etkinlik alanlarının saptanması, beyin görüntüleme çalışmaları, beynin sırlarının çözülmeye başlanması ve olası hastalık sebeplerinin anlaşılmasıyla, bilimsellik ölçütleri olan nesnellik, ölçülebilirlik, tekrar edilebilirlik (deneysellik) özellikleri ortaya çıkmış ve günümüzde bu tartışmalar artık geride kalmıştır. Bu yönüyle ele alındığında, psikiyatrinin yazılı tarihinin anlaşılmasında yaşanan bu deneyimlerin de, iyi değerlendirilmesi gereklidir.

İLK ÇAĞLAR

Bu dönemlere ait bilgilerimiz, Mısır, Mezopotamya ve Eski Yunan-Roma dönemlerine dek uzanır. Bu dönemlerde pek çok hastalık, doğa üstü güçlerle açıklanmaya çalışılmış ve mistik-animistik-büyüsel düşüncelerle yorumlanmıştır.

Sağaltım yöntemleri de, buna uygun olarak, büyücü hekimler ve şamanlar aracılığıyla ve yapılan çeşitli dans ve törenlerdeki, trans halleri, çılgınlık nöbetleri ve benzeri yollarla, zararlı ruh ve kötülüklerden kurtulma seansları şeklinde düzenlenmiştir. Bu durum, doğa güçleri karşısında, çaresiz kalan insanoğlunun, doğa üstü güçleri yenme çabaları olarak da görülebilir. Bu büyüsel düşüncenin izleri, halen günümüzde de devam etmekte olup, nazar ve büyü bozma, kurşun dökme, teatral yöntemlerle hastayı etkilemeye çalışma ve onu bunların varlığına inandırarak telkinde bulunma şeklinde sürüp gitmektedir. Bu yöntemle hasta, kendi güçsüzlük ve çaresizliğini (sorunlarını) kendisi dışındaki objelere bağlayıp, onlardan kurtulmaya çalışmakta ve bunlara inanarak bireysel sorumluluklardan kurtulmaktadır. Şüphesiz,

bu algıyı kötüye kullanan kişilerin varlığı da, tıbbi tedavilerin uygulanması önündeki, önemli bir etkindir. Bu yolla birey kendi acizlik, güçsüzlük ve çaresizliğini görüp kabullenmek yerine, kendinden güçlü ve engel olamadığı doğa-üstü güçlerin (kötü ruhlar, cin, şeytan, büyü, muska vb.) varlığını kabullenerek, buna uygun bir çözüm ve sağaltım yolunu seçmiş olmaktadır.

Bu şekilde başka bir sebep arama ya da gerçek sebepleri bulma yerine, kendisinin ulaşamadığı, doğa üstü güçlere karşı büyücü, şaman ve doğal iyileştirici kişiler aracılığıyla karşı koymaya çalışmakta ve bu şekilde iyi olma yollarına ulaşmayı istemektedir. Yine bu seanslar sırasında yaşanan, teatral törenler ve trans halleri de duygusal bir boşalma sağlayarak iyileşmeye yardım etmektedir. Günümüzde bile benzer sağaltım yöntemlerinin uygulama alanları bulması ve bunlara inanılması, yaşanan insanlık yolunda, toplumun bazı kesimlerinde, çok da büyük bir değişim yaşanmadığının canlı bir kanıtı gibidir. (1, 2)

ESKİ ÇAĞLAR

Antik Yunan uygarlığının, genel tıp ve psikiyatri alanlarındaki etkileri yaygın olarak bilinmektedir. Ancak bunlardan en önemli ve bir kilometre taşı oluşturan isim, hastalıklara bütüncül bir yaklaşım gösteren, HİPOKRATES'dir. İ. Ö. 5 nci yüzyılda yaşayan ve Ege adalarından İstanköy (KOS) doğumlu olan Hipokrates hastalıkların doğa üstü güçlere değil, doğal etkenlere bağlı olduğunu gösterdi. Epilepsinin, kutsal hastalık olmayıp, bir beyin hastalığı olduğunu, histerinin kötü ruhlarla ilişkili olmayıp, Uterus (hysteron) la ilişkili olduğunu belirtmiş ve melankoliyi tanımlamıştır. Yine "Düşlere Dair" isimli yapıtında günümüz psikanalizini yansıtan görüşler yer alır.

Bununla birlikte Yunan ve Roma toplumlarında ruh hastalıklarına karşı olumsuz görüş ve önyargıların da olduğu bilinmektedir. O sebeple de bu hastalardan korkulur, nefret edilir ve evlere kapatılıp hapsedilirdi. Yine bu dönemlerde, Hipokrates sonrası düşünür ve filozoflarından, Eflatun, Aristo, Çiçero, Aesclepiades, Soranus ve Anadolu'da yetişen Kapadokyalı Arateus ve Bergamalı Galenos'un ruhsal bozukluklara ilişkin, açıklama ve önerileri olmuştur. Bunlardan Arateus(M. S. 150) aynı insan, değişik zamanlarda hem manik, hem depresif olabilir diyerek BİPOLAR BOZUKLUK tanımını yapmıştır. Bu düşünürlerin görüşlerinin, tedaviye yansımaları ise, psikoterapi, düş yorumlama, psikodrama, uğraşı, okuma, telkin ve banyo

TÜRKİYE'DE PSİKİYATRİNİN KÖKLERİ ULUÇINAR BAKIRKÖY RUH VE SİNİR HASTALIKLARI HASTANESİ

Dr. Nezih Eradamlar

1071 Malazgirt Savaşı sonrası Selçuklu Türkiye'sinde Kayseri, Sivas, Konya, Amasya, Kastamonu, Mardin, Halep gibi şehirlerde kurulan tıp medreseleri ve şifahanelerde psikiyatrik hastalara da bakılıyordu. Osmanlı döneminde ise Bursa, Manisa, Edirne'de kurulan şifahaneler ek olarak bu işlevi görüyordu.

1453'te İstanbul'un fethinden sonra ilk hastane 1470'te Fatih Darüşşifası olmuş, buna 1536'da Süleymaniye, 1550'de Haseki, 1583'de Üsküdar Toptaşı, 1613'te Sultanahmet Darüşşifaları takip etmiş, bu hastanelerde psikiyatrik hastalara da servis açılmıştı. (1)

1827'de ülkemizde modern anlamda tıp eğitiminin başlamasından sonra Mekteb-i Tıbbiye'nin 1871 yılı mezunlarından olan ve Paris Üniversitesi'ne sinir hastalıkları eğitimi için gönderilen Dr. İbrahim Yusuf ilk nöropsikiyatri hocasıdır. Aynı dönemde iç hastalıkları hocası Dr. Feyzullah Bey'in de beyin ve medulla spinalis hastalıklarını anlattığını görmekteyiz. (2)

Modern psikiyatrinin gelişimine bağlı olarak Sultan Abdülmecid'in kız kardeşi Adile Sultan'ın rahatsızlığını tedavi eden İtalyan asıllı Dr. Mongeri 1856'da Süleymaniye Bimarhanesi'ne başhekim olarak tayin edilmiştir. 1856-1873 yılları arasında bimarhanede yaptığı reformlarla zincir uygulamalarının kaldırılması, fiziksel koşulların düzeltilmesi, hastaların giyim ve yemek ihtiyaçlarının iyileştirilmesi, dayanın yasaklanması gibi girişimler başlatılmıştır.

1873'te kolera salgını sebebiyle Süleymaniye'deki hastalar Üsküdar'daki Toptaşı Bimarhanesi'ne nakledilmiş, o tarihten sonra artık Toptaşı Bimarhanesi Osmanlı İmparatorluğu'nun resmi akıl hastanesi olmuştur.

Mongeri'nin girişimi ile 1838 tarihli Fransız akıl hastalıkları kanunu temel alınarak 15 Mart 1876'da Osmanlı Bimarhaneler Nizamnamesi yürürlüğe girmiştir. (3)

Mongeri'den sonra 1882'de Kastro, 1908'de Avni Mahmut, (1920-1921) ve ikinci defa (1924-1927) Mazhar Osman, Mustafa Hayrullah (1921-1924) başhekim olarak görev yapmışlardır. (4)

Türkiye'de tıp fakültelerindeki psikiyatri eğitiminin askeri tıp okulu olan Mekteb-i Tıbbiye-i Şahane'de Raşit Tahsin ve sivil tıp okulu olan Mekteb-i Tıbbiye-i Mülkiye'de Lofçalı Derviş Paşa ile başladığı kabul edilir. Daha sonra bu kadroya Peppo Acchiotti, Hilmi Kadri Bey ve Mazhar Osman katılmışlardır. O döneme kadar tıp fakültelerinde akliye konuları dahiliye ders-

leri içinde asabiye adı altında nöroloji ile birlikte anlatılıyordu. Ayrı bir ders olarak psikiyatri eğitimi ilk defa Raşit Tahsin'in Mekteb-i Tıbbiye-i Şahane'de 1896'da yılında verdiği derslerle başladı. 1892 yılında askeri tıbbiyeden mezun olan ve Haydarpaşa Askeri Hastanesi'ne stajyer olarak atanan Raşit Tahsin ertesi yıl uzmanlık eğitimi için Almanya'ya gönderilmiş, burada 1893-1896 yılları arasında çeşitli üniversitelerde ve özellikle de Kraepelin'in yanında eğitim görmüştür. Yurda döndükten sonra 1896 yılında askeri tıbbiyede göreve başlayan Raşit Tahsin ilk iki yıl öğrencilere Kraepelin ekolüne göre eğitim vermiştir. Ancak esas klinik psikiyatri eğitimi vermeye başlaması 1898 yılında açılan Gülhane Askeri Hastanesi'nde gerçekleşmiştir. (5)

1909'da askeri ve sivil tıbbiyenin Haydarpaşa'da yeni yapılan binada tıp fakültesi olarak birleştirilmesi üzerine, Raşit Tahsin üniversite klinik hocalığına atanmış, Gülhane'deki psikiyatri kliniğine ise Dr. Mazhar Osman getirilmiş, Mazhar Osman daha sonra Haydarpaşa Askeri Hastanesi'ne klinik şefi olarak atanmış, aynı zamanda Haseki'de adli müşahedehane ve Şişli Fransız La Paix Hastanesi'ne başhekim olarak görev yapmıştır.

Toptaşı Bimarhanesi yoğun hasta kabulü sebebiyle hizmet vermekte zorlanmış, bu sebeple bimarhanenin başka bir mekana taşınması gündeme gelmiş, 1894'te Yassıadaya ya da Kartal Bostancı yöresine taşınması düşünülmüş, ancak o sırada kolera salgını görülmesi sebebiyle bu düşünceden vazgeçilmiş, 1910'da Halkalı'da Ziraat Mektebi yanında, Safraköy'de "İdeal Bimarhane" kurulması için hazırlanan proje, 1. Dünya Savaşı'nın getirdiği mali sıkıntılar sebebiyle yapılamamıştır. 1913'te Beykoz'da Abraham paşa korusuna ya da Alemdağ'a taşınma konusu da gündeme gelmiştir. (6)

Mütareke yıllarında Darülaceze'nin Toptaşı yerine bimarhane yapılması için Mazhar Osman'ın yoğun çabası olmuş, dönemin Osmanlı Hükümeti tarafından kurulan komisyonda Mazhar Osman'la birlikte olumlu oy kullanan tek kişi dönemin Sağlık İşleri Genel Müdürü Dr. Abdullah Cevdet olmuş, diğer üyeler Dr. Avni Mahmut, Şişli Etfal Hastanesi Baştabibi İbrahim Paşa, İstanbul Belediyesi Sıhhiye Müdürü Petraki Efendi, Hapishaneler Müdürü Eftalettin Bey, Darülaceze Müdürü Zühdi Bey, Maliye ve Evkaf İdaresinden gelen memurlar olumsuz oy kullanınca bu projeden vazgeçilmiştir. (7)

Bakırköy akıl hastanesinin kurulduğu Reşadiye Kışlası'nın ilginç bir öyküsü vardır. Kışla 5. yüzyılda Bizans hipoje-

PSİKİYATRİK GÖRÜŞMENİN ESASLARI VE RUHSAL DURUM MUAYENESİ

Dr. İsmet Kırpınar

PSİKİYATRİK GÖRÜŞME

Psikiyatrik sorunları olan bir hastayı doğru anlamak, doğru tanı koymak ve doğru bir tedavi planı yapmak, ancak hastayla yapılmış iyi bir görüşmeyle mümkündür. Görüşme sırasında hastaya ait tüm bilgilerin sistemli bir biçimde alınması ve kaydedilmesi gerekir. Psikiyatrik uygulamaların omurgasını hasta ile yapılan görüşmeler oluşturur. Psikiyatrik görüşme, diğer tıp dallarındaki tanı ve tedaviye yönelik tüm tıbbi işlemlerin yerini alan temel bir işlemdir. Hastaya ve hastalığa ait tüm bilgilerin sistemleştirilmiş bir sıra içinde alınıp kaydedilmesi işlemi, tıp uygulamalarında genellikle 'anamnez' olarak bilinir. Kuşkusuz diğer tıp dallarında da hastayla yapılan görüşmenin, alınan anamnezin tartışılmaz bir önemi vardır. Ancak bu branşlarda tanı, esas olarak çeşitli fizik muayene yöntemleri, radyolojik ve laboratuvar incelemelerle konur. Hastanın görüşmeye katkısı veya bunun için çaba göstermesi sınırlıdır. Oysa psikiyatrik tanı, büyük ölçüde hekimle hastanın görüşmesine ve hekimin hastanın sözel ifadeleri ile sözel olmayan ifadelerini yorumlamasına dayanır. Hasta görüşmenin tamamında etkin bir rol oynar ve görüşmenin seyrini, görüşmecinin yorumlarını belirgin bir biçimde yönlendirir. Psikiyatrik anamnez ve kayıt, büyük ölçüde genel tıbbi anamneze uymakla birlikte, özellikle hastanın kişisel geçmişine yaptığı ayrıntılı vurgu ile ondan ayrılır. Ayrıca, psikiyatrik görüşmelerin aynı zamanda tedavi edici bir değeri vardır. Bu bakımdan görüşme tekniklerinin öğrenilmesi, psikiyatristlerin kazanması gereken en önemli beceri olarak kabul edilir.

Psikiyatrik görüşme, hasta ve hastalığı hakkındaki bilgileri toplayarak hastayı tanımak ve anlamak, hastalığın tanısını koymak ve bütün bunları hastalığı tedavi etmek amacıyla kullanmak için yapılan bir işlemdir. Bu yüzden; tanı, tedavi veya özgül bir başka odaklı olabilir. Ancak, görüşmenin tanı ve tedavi görüşmesi diye ayrılması mümkün değildir. Sadece tanıya yönelen veya tanı koydurucu ölçeklerle tam yapılandırılmış bir görüşme, hastanın kendisini tipik bir hastalık örneği olarak görülüyor muş gibi algılamasına sebep olabilir ve bu yüzden hasta gerekli bilgileri vermekten kaçınabilir. Görüşmeye başlamadan önce, görüşme ortamı ile ilgili konuları gözden geçirmekte yarar vardır. Görüşme odası ve giyim/davranış tarzı, hekimin kişiliği ve yapacağı iş için hastaya değerlendirme imkanı verir. Mümkünse hastayı kapıda karşılamak, kendini tanıtmak, görüşme odasına

kadar refakat etmek, oturması için yer göstermek ve kendi konumunu ayarlamak, hastanın kendisine ve görüşmeciye güven ve saygısını kuvvetlendirir. Görüşmenin yapıldığı odanın mümkün olduğunca ses geçirmez olması ve görüşmenin kesilmemesi için hazırlıkların önceden yapılması gereklidir. Kapının veya telefonun çalınması, çok verimli sonuçlar verebilecek bir anda görüşmenin kesilmesi ve bu anın bir daha yakalanamaması ile sonuçlanabilir. Hasta görüşmecinin tam karşısında oturmalı ve görüşmeci ile aynı seviyede, göz hizasında olmalıdır. Tanısal bir görüşmede mutlaka notlar alınacağından, görüşmecinin masası buna uygun olmalıdır. Özellikle endişeli-kuşkulu hastalarda not alma tarzının hastayı rahatsız etmeyecek bir şekilde olması sağlanmalı ve not alma sebebi açıklanmalıdır.

Görüşmeye geçmeden önce havadan-sudan konulardan söz etmek oldukça önemli olabilir. Hasta, görüşmeye farkında olduğu ve olmadığı birçok sebeple gergin, ürkek hatta öfkeli gelebilir. Birazdan belki de bir başkasına açmaktan hoşlanmayacağı çok mahrem bilgileri vermesi istenecektir. Fiziksel sorunları olan hastalar, yardım almaya duydukları ihtiyaç ve bunu doktorlarından bulacaklarına olan inançları sebebiyle hastalıkları hakkındaki her şeyi doktora anlatma konusunda isteklidirler. Oysa psikiyatrik sorunları olan bir hastada egonun savunmaları, içgörü zayıflığı veya toplumsal etiketlenmeler sebebiyle belirtiler gizlenebilir. Psikiyatrist, toplumsal damgalamanın bir unsuru olarak görülebilir. Çoğu zaman hekimler bir otorite figürü olarak algılandıklarından, hastada otorite ile ilgili çatışmalar alevlenebilir ve hasta- görüşmeci ilişkisi zedelenebilir. Hasta, anlatacaklarının görüşmecinin kendisine duyduğu saygıyı azaltacağı endişesiyle bazı şeyleri gizlemeye karar verebilir. Bütün bu sebeplerden dolayı, hastalığı ve hayat hikayesi ile ilgili sorulara geçmeden önce genel bir sohbet hastanın büyük ölçüde rahatlamasına yardımcı olabilir. Bu sohbet ayrıca görüşmeci için görüşmeyi başlatmadan önce görünüş, hijyen, davranış gibi hastaya ait tanımlayıcı özelliklere kısa bir gözlem yapma fırsatı da verecektir. Hasta bir başka hekim tarafından gönderilmişse, bunun sebepleri ve hastanın yorumu konusunda bilgi alınmalı ve gereken açıklamalar yapılmalıdır. Hasta öyküsünü anlatma konusunda isteksizse görüşmeci bunun sebebini anlatmasına yardımcı olur. Tüm görüşme boyunca, görüşmecinin ilgili, saygılı, empatik ve yetkin görünmesi ve esasında öyle olması gerekir.

DEĞERLENDİRMEDE VE TEDAVİDE PSİKİYATRİK ÖLÇÜMLERİN ROLÜ

Dr. Ömer Aydemir

Psikiyatrik değerlendirilmede ve araştırmalarda veri toplama araçlarını iki grupta ele almak uygundur. Bunlardan bir tanesi değerlendirmenin amaçlarına ve gereklerine uygun olarak hazırlanmış anketler ve soru listeleridir. Gerek sosyodemografik gerekse klinik verilerin toplanmasında hem açık uçlu hem de kapalı uçlu sorulara olanak sağlayan veri toplama formları hazırlanabilir. Ayrıca geriye dönük hastane kayıtları da aynı amaçla incelenmektedir. İkinci grup veri toplama araçları ise psikiyatrik değerlendirilme araçlarıdır. Çoğu kez psikiyatrik ölçekler olarak adlandırılmaktadır ve psikiyatri değerlendirilmesinin temelidir. Psikiyatrik ölçekler tıbbın diğer alanlarında kullanılan laboratuvar incelemelerinden farksızdır, onlar gibi üstünlükleri ve kısıtlılıkları bulunmaktadır. Psikiyatrik ölçekler tek başlarına kullanılmamalıdır, klinik değerlendirmenin de önüne geçmemelidirler ancak tamamlayıcı oldukları unutulmamalıdır (1). Sonuç olarak, psikiyatrik ölçekler tanıdan tedavi seyrinin izlenmesine kadar klinik değerlendirilmesinin her aşamasında kullanışlıdır.

PSİKİYATRİK ÖLÇEKLERİN ÖZELLİKLERİ

Psikiyatrik hastalıklar ve dolayısıyla psikopatoloji doğası gereği tamamen öznel yaşantılara dayanmaktadır. Bireyin kendi içsel süreçlerinden duyguları, düşünceleri, davranışları ve bedensel işlevleri hastalık yaşantısı sırasında çeşitli düzeylerde değişiklik göstermektedir. Bunların bir kısmı dışarıdan gözlenebilir ve ölçülebilir olduğu halde, diğerleri tamamen kişinin kendi deneyimlerinde kısıtlı kalır. Bu sebeple psikopatolojinin ölçümünde değerlendirmenin hedeflerine ve varsayımlarına uygun ölçüm araçlarının seçilmesi gerekmektedir.

Değerlendirilme ölçeği ile aktarılan bilgi, bir tanı konmasında, belirli bir kesitte bir kişinin klinik durumunu belgelemede ya da bir hasta hakkında klinik görüşme ile sağlanan bilgiyi geliştirmede, ayrıntılandırmada kullanılabilir. Psikiyatrik bilgilerin çoğu betimleyicidir ve ölçüm araçlarının temel amacı bu bilgiyi daha sonradan istatistiksel işlem uygulamak üzere ölçülebilir sayısal verilere dönüştürmektir. Böylece hastadan elde edilen bilgiler değerlendirilmede ve araştırmalarda kullanılabilir hale gelmektedir (2,3).

Psikiyatrik ölçekler elde edilen bilginin standardize olmasını sağlarlar. Bu standardizasyon da uygun tanıyı koymak, uygun tedaviyi düzenlemek, semptomatolojiyi doğru biçimde betimle-

mek, eşlik eden diğer tabloları saptamak ya da durumu karmaşıktırılan diğer etkenleri belirlemek konusunda yardımcıdır. Ayrıca süreç boyu değerlendirilmelerde başlangıçtaki ve ara değerlendirmelerle değişimi daha nesnel bir biçimde ortaya koyar. Özellikle aynı merkezde çok sayıda klinisyenin değerlendirilme yaptığı durumlarda veya çok-merkezli ya da grup araştırmalarında standardize ölçek kullanımı çok önemlidir.

Standardizasyona ek olarak, psikiyatrik ölçeklerin performans özellikleri de bellidir. Böylece ölçeği kullanan değerlendirilmedi ya da klinisyen ölçeğin nasıl üretken olduğunu (güvenilirlik) ve söz konusu durumu ölçmede nasıl yetkin olduğunu (geçerlilik) baştan bilir.

Psikiyatrik ölçeklerin gündelik kullanımda zaman tasarrufu sağlamak açısından da yararı vardır. Örneğin bir kendini değerlendirilme ölçeği görüşmeyi bekleyen hasta tarafından hızla doldurulabilir. Ya da geniş denek gruplarında kendini değerlendirilme ölçeği ile kısa zamanda veri toplanabilir. Bunun dışında gündelik uygulamada yüzeysel kalan alanlarda ayrıntılı bilgi sağlanabilir: örneğin cinsel işlev bozuklukları ya da bilişsel kusurlar.

Diğer yandan, psikiyatrik ölçekler her türlü sorunun çözümü değildir. Değerlendirdiği yapı gereği uygulamada bazı sınırlılıkları içinde barındırır. Doğal olarak bu bağlamda, klinik değerlendirmeden çok büyük ayırım göstermezler ama daha kesin bilgiyi daha güvenli olarak ortaya koyarlar. Her psikiyatrik ölçek kendi ölçtüğü yapı çerçevesinde işlev gösterdiğinden, planlanan araştırmaya ya da gerekli olan değerlendirilme alanına göre ölçek seçmek önemlidir (2,3).

Psikiyatrik Değerlendirilme Aracını Seçme

Değerlendirilme araçları klinik psikiyatrik araştırmaların vazgeçilmez parçalarıdır. Pek çok kullanım alanları olmakla birlikte, tarama, tanı koyma ve şiddet ya da değişim ölçme en yaygın amaçlarıdır. Bir ölçeğin bir araştırmada kullanılması için öncelikle güvenilir ve geçerli olması kaçınılmazdır.

Herhangi bir özgül durum için en iyi denebilecek bir ölçek yoktur. Ancak hedeflenen koşullar göz önüne alınarak belli bir denek grubu için en iyiye yakın bir ölçek seçerek araştırma ya da klinik değerlendirilme yapmak olanaklı olabilir. Bu amaçla değerlendirilmek istenen alan ve bu alanla ilişkili ölçekler, bu alana ait hasta toplumunun ve/veya görüşmecinin/klinisyenin

PSİKİYATRİDE LABORATUVAR TESTLERİ

Dr. Tayfun Turan, Dr. Akif Asdemir

Diğer branşlardan farklı olarak, bugün için psikiyatride tanı koydurucu testler (biyolojik göstergeler) bulunmamaktadır. Ancak gelecek yıllarda psikiyatride de tanı koydurucu testlerden günlük klinik uygulamalarda faydalanılması muhtemeldir. Birçok hastalığın ve psikiyatrik hastalıkların belirtileri benzerlik göstermektedir. Bu sebeple bir belirtinin psikiyatrik hastalıkla mı ilgili yoksa psikiyatri dışı hastalığın mı belirtisi olduğunu ayırt etmek oldukça önemlidir. Günlük psikiyatrik uygulamada laboratuvar testleri daha çok ayırıcı tanı, ilaç yan etkileri, toksik etkenler sebebiyle kullanılmaktadır. Dolayısıyla hastanın değerlendirildiği ortama göre testler istenmelidir. Özellikle acil serviste, yataklı psikiyatri ünitelerinde ve psikiyatrik konsültasyon istenen diğer servislerde hasta değerlendirildiğinde laboratuvar testleri daha da önem kazanmaktadır. Psikiyatri poliklinik ortamında ise hastanın laboratuvar incelemesi gerektiğinde daha çok ilgili bölüme sevk edilmesi uygun olabilir.

Diğer taraftan yeni ya da akut başlayan klinik durumlarda da laboratuvar incelemeleri önemli olabilir. Bu klinik durumlar arasında ani başlayan psikotik, depresif ve manik belirtiler, anksiyete, nörobilişsel bozukluklar, madde kullanımı sayılabilir. Ayrıca, tedavi sırasında ilaçların kan düzeylerinin, metabolizmalarının ve yan etkilerinin değerlendirilmesi amacıyla laboratuvar testlerinden yararlanılmaktadır. Psikiyatristin laboratuvar incelemelerine karar vermeden mutlaka fizik muayene yapması uygun olacaktır (1). Psikiyatri hastalarının tedavi ve takibi sırasında kullanılabilecek laboratuvar incelemeleri Tablo 1'de verilmiştir.

Bu bölümde verilen test değerleri referans amacıyla verilmiş olup hekim tetkik istediği laboratuvarın referans değerlerini dikkate almalıdır.

Bu bölümde bugün için psikiyatri uygulamalarında ve araştırmalarında kullanılan laboratuvar testleri gözden geçirilecektir.

TAM KAN SAYIMI

Tam kan sayımı ilk kez başvuran hastalarda rutin olarak yapılmalıdır. Ayırıcı tanı bakımından anemi (örneğin, makrositer anemi-B₁₂ ve folat eksiklikleri, hipokrom mikrositer anemi-demir eksikliği gibi) ve enfeksiyonların ortaya konması için istenir. İlaç yan etkilerinin izlenmesi için de önemlidir; klozapin tüm kan hücrelerinin sayısında azalmayla sonuçlanan

agranülositoz tablosuna yol açabilmektedir ve klozapin kullanan hastalarda tam kan sayımı takibin rutin bir parçası olmalıdır. Klozapin kullanımının başlamasıyla birlikte 18 hafta boyunca haftada bir, daha sonra tedavi boyunca ayda bir beyaz küre sayımı gerekir. Beyaz küre sayısı 3000-3500/mm³ arasında ise nötrofil sayısı ölçülmeli ve nötrofil sayısının 1500/mm³ altında olmamasına dikkat edilmelidir. Beyaz küre sayısı 3000/mm³ altında ise hastayı tehlikeli enfeksiyonlardan korumak için ilacın kesilmesi gerekir. Karbamazepin ve valproik asit de çeşitli kan diskrazilerine yol açabileceğinden bu ilaçlarla tedavi sırasında 6 ayda bir tam kan sayımı yapılmalıdır.

KAN BİYOKİMYASI

Kan biyokimyası incelemeleri tanı konma aşamasında rutin olarak yapılmalıdır. Ayrıca tanısı konmuş olan hastalarda izlem sırasında bilişsel değişiklikler olması durumunda, ilaç etkinliğinin ve yan etkilerinin izlenmesi amacıyla da gerekli olabilir.

Glukoz

Hipo- ve hiperglisemi kişide psikotik, affektif, anksiyete ve bilişsel belirtilere yol açabilir. Bu sebeple yeni başlamış psikiyatrik tablolarda ve halen izlem altında bulunan hastalarda deliryum tablosu gelişirse glukoz ölçümü yapılmalıdır. Alkol karaciğerde glukoneogenezi inhibe ederek ve glikojenolizi artırarak hipoglisemiye sebep olabilir. Alkole bağlı hipoglisemi genellikle alkol kullanımından önce gıda alınmaz ise ortaya çıkar. İlâveten özellikle atipik antipsikotik ilaçlar olmak üzere psikotrop ilaçlar kan glukozunu yükseltebilir ve metabolik sendroma yol açabilirler. Bu gibi durumlarda da kan glukozunun ölçümü önemlidir.

Lipidler

Psikiyatrik hastalığı olanlarda hastalığın kendisine, sedanter yaşama, sigaranın fazla içilmesine, alkol kullanımına ve özellikle atipik antipsikotik kullanımına bağlı olarak lipid metabolizmasında bozulmalar olabilir. Risk faktörlerini taşıyan hastalarda vücut ağırlığı, beden kitle indeksi ve kan lipid düzeyleri takip edilmelidir. Özellikle klozapin ve olanzapin olmak üzere keti-yapın, risperidon, amisülpirid gibi atipik antipsikotik kullanan hastalarda metabolik sendrom açısından takip yapılmalıdır. Metabolik sendrom koroner arter hastalıkları için önemli bir risk faktörü olup yaşam kalitesini ve süresini olumsuz etkiler (2).

EEG VE PSİKİYATRİDE KULLANIMI

Dr. Mustafa Kemal Yazıcı, Dr. Aylin Ertekin Yazıcı

Elektroensefalografi (EEG), kafa derisi üzerine yerleştirilmiş elektrodlar ile, beyinden kaynaklanan elektrik potansiyellerinin voltajlarının kayıt edilmesi, analizi ve fizyolojik anlamının yorumlanması süreçlerini kapsar. Almanya'nın Jena şehrindeki aynı adlı üniversitede Psikiyatri Kliniği'nin şefi olan Hans Berger, 1924 yılının 6 Temmuz günü insanda ilk elektroensefalogram kaydını yapmayı başardı (1). 1929 yılında insan EEG'si ile ilgili birçok konuyu anlattığı bir dizi makaleden oluşan serinin ilkini yayınladı. Berger, beyin elektriksel aktivitesinin kan damarları veya bağ dokudan değil, nöronlardan kaynaklandığını; beyin tümörü olan kişilerin EEG kayıtlarında yüksek voltajlı yavaş dalgalar görüldüğünü; uyanık haldeki alfa dalgalarının (Berger dalgası da denir) gözler açılınca baskılandığını; ve EEG aktivitesinin yaş, duyuşsal uyarım, bilinç durumu ve vücudun fizyokimyasal durumuna bağlı olarak değişiklik gösterdiğini saptadı. Elektroensefalogram terimini de o buldu. Ancak Berger'in bulgularının kabul edilmesi Nobel ödüllü bir nörofizyolog sebebiyle biraz gecikti. Dönemin önde gelen bilim adamlarından biri olan İngiliz Edgar Douglas Adrian, Berger'in bulgularının "imkansız" olduğunu iddia etti ve bunların "artefaktlar" olduğunu kanıtlamak için çalışmalara başladı. Fakat bu çalışmaların sonucunda alfa ve beta dalgalarının kayıtlarına ulaşı ve bunları 1934'te yayınlarak Berger'in bulgularının doğruluğunu onayladı (2).

Berger'in "Über das Elektrenkephalogramm des Menschen" adlı ilk yayınından neredeyse 90 yıl sonra bugün makaleleri ve ders kitaplarını okuyarak bilgi edinen insanlar EEG'nin psikiyatri teori ve pratiğine katkısının çok az olduğu kanısına varacaklardır. Bunun sebebini soracak olursak, iki seçenekten birini seçebiliriz. 1) EEG'den psikiyatri ile ilgili bir sonuç çıkarmak mümkün değildir; 2) bugüne kadar, EEG'nin içerdiği bilgiyi çözümleme konusunda başarılı olamadık. Egemen olan görüş birincisidir. R. Jung'un 1950'lerde ifade ettiği görüşler bugün hala etkisini hissettirmektedir: "Bugün için, EEG'nin psikiyatrik uygulaması epilepsi ve onunla ilgili alanlar, organik beyin hastalıklarının dışlanması ve şok tedavisi ile sınırlıdır. EEG henüz psikiyatri için özgül pozitif sonuçlar sağlamamıştır. Ne şizofreni ne de manik-depresif hastalık için tanıda kullanılabilecek herhangi bir EEG değişikliği biliyoruz." Diğer yandan, R. Jung ile hemen hemen aynı yıllarda, M. Kennard (1952) şöyle demektedir: "Psikiyatrik EEG laboratuvarlarında görülen kayıtlar

diğer kliniklerde görülenlerden oldukça farklıdır. Kongrelerde bu kayıtları okuyan kişiler olarak toplandığımızda küçük bir azınlık oluyoruz. Kendimizi diğer gruplara bir türlü açıklayamıyoruz." Kennard'ın bahsettiği farklılıkların belirsiz olması ve biyometrik olarak sağlam olmaması, R. Jung'un görüşlerinin zaman içinde ağırlık kazanmasının sebepleri arasındadır. H. Künkel (1980) EEG'de klinik bozukluklara özgül örüntüler saptanmasının sebebinin yöntemsel eksiklikler olduğunu belirtiyordu. Ayrıca, "normallik" ve anormallik terimlerinin yeterince açık olmadığından yakınıyordu (3). Günümüzde de psikiyatri kliniklerinin birçoğunda EEG neredeyse tamamen nörolojik tarama için kullanılmaktadır. Psikiyatri kliniklerinin kendi EEG laboratuvarlarına ve değerlendiricilerine sahip olması bir istisnadır. EEG incelemeleri daha çok nöroloji klinikleri veya nörofizyoloji merkezlerinde yapılmaktadır.

Bu noktada şundan bahsetmek gerekir ki EEG gibi belirli bir araca bakış ve değerlendirme biçimi gözlem yapılacak grubun özellikleri tarafından belirlenir. Bunun anlamı şudur: nörolojik bakış açısından bakıldığında ilgisiz görünen bir şey psikiyatrik bakış açısından çok önemli olabilir. Öte yandan, nörolojik gruplarda sık ve önemli olan özellikler psikiyatrik gereçler ile kolayca farkedilemeyecek veya açık tanısal ilişki bulunamayacaktır. Bu sebeple, gözlemlenen konudan bağımsız ve kendi başına duran bir EEG bilim alanı gelişmeye engel olacaktır. Bunun yerine psikiyatrik EEG, nörolojik EEG gibi bir terminoloji kullanılması daha uygundur (3).

2013 yılının temmuz ayında, Amerika Birleşik Devletleri (ABD) Gıda ve İlaç Dairesi (Food and Drug Administration, FDA) "çocuk ve ergenlerde dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) değerlendirmesine yardımcı olmak üzere ilk beyin dalgası testinin piyasaya çıkmasına onay verdi (4). Bu beyin dalgası testi EEG ile elde edilen Teta/Beta dalgası oranını kullanılmaktadır. Bu önemli gelişme testin doğruluğu, klinik yararları ve ölçeklenebilirliği konusunda yoğun bir tartışma başlattı. ABD medyasının bir bölümü bunun DEHB olan çocuklara tanı koyacak ilk beyin testi olduğunu duyurdu. EEG'nin psikiyatrik tanı sürecine daha önceden görülmemiş bir şekilde dahil olması konusunda olumlu mu olmalıyız yoksa tedbirli mi davranmalıyız? Bu soruya belki de "her ikisi de" diye cevap vermeliyiz. Bir yandan, bu test FDA tarafından onaylanmış nesnel bir biyolojik beyin belirticinin psikiyatri ve pediatri alanına girişini haber

PSİKİYATRİDE GÖRÜNTÜLEME

Dr. Irmak Polat, Dr. Ali Saffet Gönül

GİRİŞ VE NÖROGÖRÜNTÜLEMENİN ÖNEMİ

Bireylerde ciddi oranda işlevsellik kaybı ve yeti yitimine sebep olan psikiyatrik hastalıkların bir halk sağlığı sorunu olarak görülmeye başlamasından sonra, hastalıkların tanı ve tedavilerinde yetersizlikler olduğunu düşünülmüş ve yeni tanısal sınıflamaların geliştirilmesi ve yeni tedavi yöntemlerinin geliştirilmesi önem kazanmıştır. Son 20 yıldaki gelişmeler psikiyatrik bozuklukların bir beyin bozukluğu olduğunu netleştirmiş ve bu şekilde araştırılması ve değerlendirilmesi gerekliliğini doğurmuştur (1).

Nörogörüntülemenin tarihine bakacak olursak ilk olarak 19. yüzyılın sonlarına doğru İtalyan fizyolog Angelo Mosso, nöroşüranjik yöntemlerle kafatasında açılan boşluklardan yetişkinlerin beyin pulsasyonlarını incelemeye başlamış ve hastalara matematik işlemleri gibi bir takım görevler yaptırdığı esnada beyin pulsasyonlarında lokal artışlar oluştuğunu tespit etmiştir. Onun bu görüşünü ilerleyen araştırmacılar Charles Roy ve Charles Sherrington tarafından 1890 yılında beyin fonksiyonları ile kan akımı arasındaki ilişki bildirilmiştir. Takip eden yıllarda sırasıyla Bilgisayarlı Tomografi (BT), Pozitron Emisyon Tomografisi (PET) ve Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG) geliştirilmiş, ilerleyen zamanlarda bu yöntemleri kullanarak fonksiyonel incelemeler başlamış ve 1980li yılların sonlarına doğru kognitif nörobilim doğmuştur (2).

Uzun yıllar boyunca nörogörüntüleme klinik kullanımda öncelikle psikiyatrik bozukluk gibi düşünülen nörolojik hastalıkların ayırıcı tanısında başvuru bir yöntem olarak kendine yer bulmuştur; örneğin bir tümörden kaynaklanan depresif ya da psikotik belirtiler ya da nörodejeneratif bir hastalık sebebiyle ortaya çıkan demans belirtileri gibi (1). Genel bir görüş olarak beyinde iskemik alanlar, kanama, tümör, kontüzyon vb. lezyonların görülmesi, psikiyatrik belirtilerle seyreden klinik görünümün nörolojik bir durum; bir lezyonun saptanmaması ise psikiyatrik bir durum olarak değerlendirilmiş olsa da gelişmiş nörogörüntüleme teknikleriyle beyinde her ne kadar “bir lezyon” bulunmuyor olsa da beyin devrelerinde anormal aktiviteler ya da yapısal değişikliklerin ruhsal semptomlarla ilişkili olabileceği anlaşılmaya başlanmıştır (3).

Nörogörüntüleme teknikleri psikiyatrik hastalıkların nörobiyolojisini anlamada, patognomonik özelliklerin yani bi-

yobelirteçlerin bulunmasında yol göstericidir. BT ve MRG ile semptomlarla ilişkili beyin bölgelerindeki hacim-şekil farklılıkları saptanabilirken, Fonksiyonel MRG (fMRG) kullanılarak emosyonel yada bilişsel süreçlerde görev yapan beyin devrelerinin aktivasyonu incelenebilir; PET ve Tek Foton Emisyon Bilgisayarlı Tomografi (Single Photon Emission Computed Tomography= SPECT) gibi moleküler tekniklerin kullanıldığı görüntüleme yöntemlerinde nörotransmitterler, reseptörler ve taşıyıcılara ilişkin veriler elde edilmektedir (1,4).

Nörogörüntüleme, son yıllarda genetik çalışmalarla birlikte de kullanılmaktadır. Görüntüleme verileriyle genetik verilerin ilişkilendirilmesi endofenotiplerin belirlenmesinde, bu sayede hastaların henüz herhangi bir belirti göstermeyen ancak yüksek risk grubu olarak tanımlayabileceğimiz akrabaları ile sağlıklı gönüllülerin incelenmeleriyle saptanacak endofenotipik özellikler sayesinde yalnızca tanı ve tedavi değil, hastalıkları henüz oluşmadan önleyebilmek veya prodromal dönemde tedavilerin başlanmasıyla hastalık oluşumlarının azaltılabilmesi de mümkün olabilecektir (1).

Görüntüleme teknikleri yalnızca hastalıkların patofizyolojilerini ya da beyinde yol açtıkları değişiklikleri saptamak için değil aynı zamanda ilaç geliştirme alanında da yarar sağlamaktadır. Hastalardaki reseptör profillerinin saptanması, ilaçların reseptörlere bağlanma şekil ve düzeylerinin, ilaçların etki düzeyindeki yansımalarının gözlemlenmesi, kullanılacak ilaçların etki/yan etki dozlarının ve kullanılabilecek doz aralıklarının belirlenebilmesi için özellikle moleküler görüntüleme yöntemleri (PET ve SPECT) yararlı olmaktadır (5).

Moleküler yöntemlerin avantajları hastalıkların nörobiyolojisine dayanan hedef noktaların bulunması, ilacın terapötik etkilerinin ortaya çıkarabilmesi için gereken hedefe bağlanma oranlarının değerlendirilmesi, farmakokinetik ve farmakodinamik açıdan enzimatik ya da ikincil mesajcı sistemlerin etkilerinin incelenmesidir. Her ne kadar moleküler yöntemler kadar sıklıkla kullanılsa da fMRG yöntemi çoğunlukla etkin ilaç kullanımı sonrasında düzelen beyin fonksiyonlarını incelemede ve ilaç öncesi/sonrası aktivasyonların karşılaştırılmasında klinisyene yol gösterici veriler sunmaktadır (1).

PSİKİYATRİSTLER İÇİN KLİNİK NÖROANATOMİ

Dr. Mehmet Yıldırım, Dr. Kaan Yücel

GİRİŞ

Bütün canlı organizmalar, iç ve dış dünyalarından gelen fiziksel ve kimyasal uyarılara karşı cevap verebilme yeteneğine sahiptirler. Bu cevaplar canlının gelişmişlik düzeyine göre farklılıklar göstermekle beraber, temel mekanizmalar benzerdir. İnsan ve gelişmiş omurgalılarda, *psikik uyarılar* da değişik yanıtlar ortaya çıkarır.

Primitif organizmalarda uyarı - yanıt fonksiyonu *duyu hücreleri* tarafından gerçekleştirildiği halde, ayrımlaşmış olan gelişmiş organizmalarda duyu hücresi ile efektör yapı (*kas hücresi, bez vb.*) arasına bir de *sinir hücresi* ilave olmuştur. Bu tip organizmalarda çok sayıdaki uyarıları alan algılayıcı (reseptör) yapılar ile efektör organlar arasında çok iyi organize olmuş bir *sinir sistemi* ortaya çıkmıştır. Sinir sistemi, organizmanın tüm sistemlerini bütünleştirerek, canlının tek bir varlık halinde fonksiyon görmesini sağlar. Sinir sistemi, uyarı iletimi yanında, bu uyarıya uygun cevap hazırlayan, uyarıları ve cevapları hafızaya aktaran - öğrenen, bunlar çerçevesinde ileri sonuçlar çıkarabilen bir sistemdir. Sistemin temel elemanları *nöronlar* olup, birçok nöron ilgili görevleri başarabilmek için karşılıklı sayısız bağlantılara sahiptir.

SİNİR SİSTEMİNİN BÖLÜMLERİ

Sinir sistemi, fonksiyonel ve morfolojik olarak bir bütün olması-na karşın, topografik ilkeler ve etkilediği organ gruplarına göre bölümlere ayrılır.

Vücudumuzdaki istemsiz çalışan kalp, düz kaslar ve bezlerin çalışmalarını düzenleyen sinir sistemi bölümüne VİSSERAL SİNİR SİSTEMİ (*systema nervosum autonomicum / viscerale / vegetativa*), çizgili kaslar gibi isteğimiz dahilinde çalışan yapıların kontrolünü sağlayan sinir sistemi bölümüne de SEREBRO - SPİNAL SİSTEM (*systema nervosum cerebrospinale / animalia / somatica*) denir.

Yerleşim özelliği dikkate alınarak, sinir sistemi MERKEZİ ve PERİFERİK SİNİR SİSTEMİ olarak iki bölüme ayrılır. **Temel beyin** ve **omurilik** MERKEZİ SİNİR SİSTEMİ (M.S.S., CNS), bu iki yapıya bağlanan ve çevrede bulunan, sinirleri (**nervi craniales, nervi spinales**), sinir ağlarını (**plexus**) ve reseptörleri kapsayan sinir sistemi bölümüne de PERİFERİK SİNİR SİSTEMİ (P.S.S., PNS; peripheral nervous system) denir. Visseral ve somatik sistemler M.S.S. ve P.S.S.'de beraberce yer alırlar.

Merkezi Sinir Sistemi: Kafatası boşluğu ve omurga kanalı içinde yer alan sinir sistemi bölümü, **merkezi sinir sistemi** olarak adlandırılır. Bunun kafatası boşluğunda yer alan bölümüne **encephalon** (temel beyin veya sadece beyin), omurga kanalı içinde kalan bölümüne **medulla spinalis** (omurilik) denir. Periferden gelen tüm sinirsel impulsları alarak ilgili cevapları hazırlayan merkezleri içeren M.S.S. yapıları, serebrospinal sıvıda asılı bir şekilde üç katmanlı örtü sistemi ve kemik bir muhafaza (*cranium ve columna vertebralis*) içinde koruma altına alınmıştır.

Beyin ve omurilik, **neuroglia** olarak adlandırılan özelleşmiş hücreler tarafından desteklenen **nöronlardan** yapıldır. Değişik şekil ve büyüklükteki nöronların hücre gövdesi (perikaryon) ile **dendrit** ve **akson** olarak adlandırılan iki grup çıkıntısı vardır. Hücre gövdesi, uyarı alan, uyarıya uygun cevap/cevaplar hazırlayan merkezi bölüm olup beyin ve omurilikteki **gri madde kitlelerini** (substantia grisea, cortex cerebri, nuclei vb.) oluşturur. Beyin ve omuriliğin **ak madde dokusu** (substantia alba), nöroglia içine gömülmüş sinir lifleri tarafından meydana gelir.

Encephalon'un **cerebrum, diencephalon, truncus cerebri** ve **cerebellum** olarak dört alt bölümü vardır. Embriyolojik gelişim ilkeleri çerçevesinde de beyin **prosencephalon** (önbeyin; **forebrain**), **mesencephalon** (ortabeyin; **midbrain**) ve **rhombencephalon** (saklı beyin; **hindbrain**) olarak 3 altbölüme ayrılır.

Cerebrum temel beyinin en büyük bölümü olup corpus callosum olarak adlandırılan bir beyaz madde kitlesi ile birbirine bağlanmış iki serebral hemisferden (**hemispherium cerebri**) ibarettir. Arka bölümü tentorium cerebelli'nin üzerinde olmak üzere, oksipital kemikten frontal kemiğe kadar kranial fossaların büyük bir bölümünü işgal eder. Sağ sol hemisferler arasında longitudinal bir yarık (**fissura longitudinalis cerebri**) uzanır; bu yarıktaki canlı ve kadavradaki **falx cerebri** (beyin orağı) yer alır. Her hemisferde, içleri **beyin - omurilik sıvısı** ile dolu birer boşluk (**yan karıncık; ventriculus lateralis**) bulunur. Boşluğu çevreleyen beyin dokusu esas fonksiyonel kitle olup nöronların gövdeleri, uzantıları, nöroglia ve kan damarlarından oluşmuş bir duvar şeklindedir. Duvarın dış bölümü esas olarak nöronların hücre gövdeleri tarafından yapılmış olup **cortex cerebri** olarak adlandırılır. Bunun yüzeyinde birçok oluk (sulcus) ve şişkinlik (**gyrus**) yer alır. Olukların bazıları daha büyük ve derin olup hemisferlerin **loblara** ayrılmasını sağlarlar. Bunlar lo-

NÖRONUN HÜCRESEL VE MOLEKÜLER BİYOLOJİSİ

Dr. İsmail Tayfun Uzbay

Beyin sadece yaklaşık olarak 1.5 kilo ağırlığında, %75-80 su, %10'dan biraz fazla yağ ve %8 proteinden oluşan, corpus callosum denilen bir yapı ile iki yarım küreye bölünen ve kafatasının içinde yer alan anatomik bir yapı değildir. Beyin bundan çok daha fazlasıdır ve beyni daha fazlası yaparak vücudun diğer organlarından ayıran en önemli özelliği nöron adı verilen hücrelerinin yapısı ve çalışma biçimidir. Nöronlar beynin ve sinir sisteminin temel hücreleridir. Sinir sistemindeki kimyasal iletişim nöronlar üzerinden gerçekleşir. İnsan beyninde yaklaşık olarak 100 milyar nöron bulunur ve bunların her biri binlerce başka nöronla bağlantı kurar. Bunun sonucunda beyin sinaps olarak bilinen trilyonlarca özel bağlantıya sahiptir.

Nöronu kendi adı ile anılan boya ile boyayarak ilk tanımlayan kişi İtalyan bilim insanı Camillo Golgi olmuştur. Nöronların bağımsız birimler halinde ve birbirleri ile bağlantı ve iletişim kurarak sinir sistemi işlevlerini oluşturduğunu ise ilk kez İspanyol bilimci Santiago Ramon Cajal ileri sürmüştür. Her iki bilim insanı aynı dönemde yaşamışlar ve 1906 yılı Nobel Fizyoloji ve Tıp ödülünü paylaşmışlardır.

Nöronların çok farklı büyüklük, uzunluk ve şekillere sahip olmasının yanı sıra beyindeki lokalizasyonları da işlevlerini belirlemektedir. Nöronların işlevleri bozulduğunda, davranışsal bozukluklar ortaya çıkabilir. İlaçlar nöronların işlevlerini değiştirdiğinde bu davranışsal bozukluklar düzelebileceği gibi, daha da kötüleşebilir veya ilaçlar nöronların işlevlerini etkileyerek davranışsal bozuklukları ortaya çıkabilir (Stahl, 2008). Bu sebeple bu bölümde; normal nöronların hücresel ve moleküler biyoloji-

sinin psikiyatrik hastalıkların ve tedavilerinin anlaşılmasına bir temel oluşturmak üzere özetlenmesi amaçlanmıştır.

NÖRON YAPISI

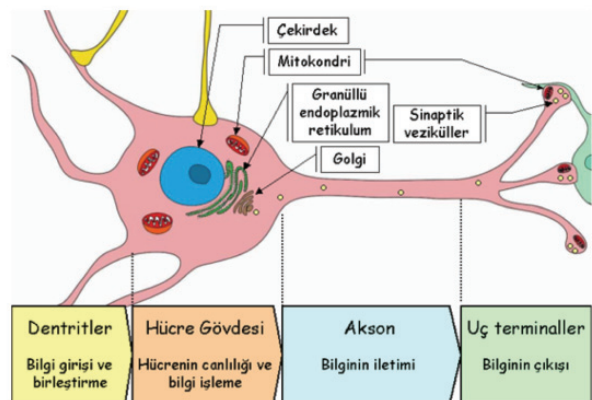
Nöron sinir sisteminin yapısal ve işlevsel birimidir. Sinir uyarılarını alan, yayınlayan ve ileten özel bir hücredir. Nöronun anatomik yapısı ve işlevsel bölgeleri Şekil 1'de görülmektedir. Şekil 1'de de görüldüğü gibi nöron kabaca "dendritler", "hücre gövdesi", "akson uzantısı" ve aksonların uç kısımlarını oluşturan "uzantılar"dan ibarettir.

Dendritler bilgi girişinin sağlandığı ve gelen bilginin birleştirildiği yerlerdir. Hücre gövdesinde çekirdek, mitokondri, endoplazmik retikulum ve golgi gibi oluşumlar yer almaktadır. Hücre gövdesi nöronun canlılığı ve yaşamsal faaliyetlerini sürdürebilmesi için beslenme ve enerji gibi önemli süreçlerin sağlanması veya oluşturulmasında görevli çeşitli organelleri taşımasının yanı sıra, dendritler aracılığı ile alınan bilgiyi işlemekten sorumlu bölümdür. Aksonun distaline doğru verdiği dendritler ile bir nöron başka nöronlar ile bağlantı kurar. (Min-neman, 1991; Brick and Erickson, 1998; Brown and McKim, 2000).

Nöron gövdesinde işlenen bilgi aksonlar boyunca iletilir ve akson sonlarında düğme veya buton şeklinde farklılaşmış olan uçlara ulaşarak bu uçlardan çeşitli nörokimyasalların salıverilmesine sebep olur.



Resim 1. Camillo Golgi (1843-1926) (sol) ve Santiago Ramon Y Cajal (1852-1934) (sağ).



Şekil 1. Nöron yapısı ve işlevsel bölümleri (Uzbay, 2004).

FARMAKOLOJİ İLE İLİŞKİLİ GENEL KAVRAMLAR

Dr. Feyza Arıcıoğlu

FARMAKOLOJİYE GİRİŞ

Farmakoloji *farmakon* (ilaç) ve *logia* (bilim) sözcüklerinin birleşmesinden oluşmuştur ve ilaç bilimi anlamına gelir. Farmakoloji temel olarak ilaçla biyolojik sistemler arasındaki ilişkiyi in vivo ya da in vitro yöntemler kullanılarak inceler. Dolayısıyla hücre içi sistemler, hücre, doku ve organlar düzeyinden başlayarak ilacın tüm organizma üzerindeki etkisini inceler. İlaç sağlık alanında kullanılan bitkisel, hayvansal, mikroorganizma, madenler gibi doğal kaynaklardan elde edilebildiği gibi kısmen veya tamamen sentetik olarak üretilen aktif maddelerden de hazırlanabilir. Her iki durumda da aktif maddenin standart miktarları uygun farmasötik şekillerde ve ambalaj içinde kullanıma sunulur. Günümüzde rekombinat DNA teknolojisi de ilaç üretiminde sıklıkla kullanılan yöntemlerdendir.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ilacı “organizmadaki fizyolojik sistemleri ya da patolojik bozuklukları değiştirerek kullanıcı için yarar sağlayan bir ürün” olarak tanımlar. Aslında ilaç somatik ya da psikik durumları etkileyen, normal durumda vücutta üretilen ancak eksikliğinde hastalık oluşmasına sebep olabilen maddelerin yerine konmasını sağlayabilen ya da vücuda dışarıdan alınan patojenlerin yok edilmesini sağlayan maddelerdir. İlaçla tedavi iki şekilde yapılabilir. İlacın kullanılması hastalığın tamamen ortadan kalkmasını sağlıyorsa radikal tedavi, sadece hastalığın belirtilerini düzeltiyorsa semptomatik tedavi olarak adlandırılır.

İlaçlar, kimyasal yapılarına (fenotiazinler, butirofenonlar), etki yerlerine (santral sinir sistemi ilaçları, kardiyovasküler sistem ilaçları) ve kullanılma amaçlarına (antidepresanlar, antipsikotikler) göre sınıflandırılabilir.

İlaçlar üç farklı şekilde isimlendirilebilir. Sağlık alanında yaygın en yaygın kullanılan isimlendirme ilaçların **genel adı (jenerik isimlendirme)**dır. Ayrıca ilaçları piyasaya sunan firmaların her biri ilaca ayrı bir isim verir, buna **müstahzar adı (ticari isim)** denir. Nadir kullanılan bir diğer isimlendirme şekli de Uluslararası Kimya Birliği'nin (IUPAC) belirlediği ve kimyasal yapıyı tanımlayan isimlendirme şeklidir.

İdeal bir ilacın etkisinin **seçici** (fizyolojik fonksiyonları bozmadan hastalığı düzeltebilen), **geçici** (etkisi alındıktan belirli bir süre sonra sonlanan) ve **doza bağımlı** (gerekliliğe göre

alınan miktarın arttırılabilmesi) olması istenir. Doz ifadesi bir defada kullanılan ve günlük doz, bir günde kullanılan ilaç miktarını tanımlar. İlaçlar bazen tek doz olarak bazen de tekrarlanan dozlarda kronik olarak kullanılır. Kronik kullanım gereken durumlarda günlük doz belirli aralıklarla uygulanır. Bu aralıkların belirlenmesinde maddeye özgü farmakokinetik özelliklere göre belirlenir ve uygulama biçimine göre (oral, parenteral vb) değişkenlik gösterir ancak hedef ilacın plazma konsantrasyonunu sabit tutmaktır.

Farmakolojik olarak ilaçların etkilerini iyi anlayabilmek için farmakodinami ve farmakokinetik kavramlarının bilinmesi önemlidir. Farmakodinami ilaçların fizyolojik, biyokimyasal ve patolojik olaylar üzerine etkilerini incelerken (ilacın vücuda yaptıklarını) farmakokinetik ilaçların absorpsiyon (emilim), dağılım, metabolizma (biyotransformasyon) ve atılımını (vücuttan ilaca yaptıklarını) inceler (1-3).

FARMAKODİNAMİ

Reseptör Farmakolojisi

Hücreler organizmada birbirleriyle sürekli iletişim halindedir. Organizmanın fonksiyonlarını yerine getirebilmesi sistemler arası etkileşim, dolayısıyla hücreler arası iletişime bağlıdır. Hücreler arası iletişim elektriksel ve kimyasal olmak üzere, beraber veya birbirinden ayrı iki şekilde gerçekleşebilir. Elektriksel iletişim sinir sistemi ve kalp işleyişinde görülür ve elektriksel uyarı hücreler arası sıkı bağlantılar aracılığıyla bir hücreden diğerine aktarılır. Kimyasal iletişim ise organizmada tüm hücreler arasında görülür ve bir hücrenin salıverdiği kimyasal bir maddenin (nörotransmitter, hormon, büyüme faktörleri gibi) hedef başka bir hücreyi etkilemesi ve o hücrede bir cevap oluşturması esasına dayanır. Bu noktada hedef hücrede o maddeyi ya da diğer adıyla ligandı tanıyan ve uyarını hücre içine aktararak hücre içi sinyal iletim sistemlerine ileten özelleşmiş yapılar; reseptörler görev alır.

İlaçların organizma üzerindeki etkilerinin seçici olabilmesini sağlayan en önemli yapı reseptörlerdir ve normal fizyolojik koşullarda nöromediyatör, hormon gibi endojen aktif maddelerin etkilerine aracılık ederler. Reseptöre bağlanarak reseptörü

PSİKİYATRİ VE GENETİK

Dr. Mehmet Bülent Sönmez, Dr. Ercan Abay

PSİKİYATRİ VE GENETİK

Günümüzde psikiyatrik bozukluklar biyopsikososyal model yaklaşımıyla ele alınmakta ve bu bozuklukların çok sayıda farklı etkenin etkileşimi sonucu geliştiği kabul edilmektedir. Doğuştan gelen özellikler kadar, içinde yaşanılan ortam ve tecrübeler de psikiyatrik bozuklukların oluşumu ve seyrinde önemli rol oynarlar (1). Bireylerin genetik yapısı olan genotipi, toplumu etkileyen diğer yaygın hastalıklarda (kardiyovasküler hastalıklar, kanser, obezite, diyabet vb.) olduğu gibi psikiyatrik bozukluklarda da hastalığa yatkınlık, hastalığın seyri ve tedavi yanıtı gibi süreçleri etkiler. Genetiğin bu bozukluklara katkısını anlamak, altta yatan biyolojik mekanizmaların aydınlatılması ve etkin tedavi yöntemlerinin geliştirilmesi için önemlidir (2).

Genetik çalışmaların temel hedefleri arasında; genetik ve çevresel etkenlerin etiyojolojiye katkılarını, kalıtsal özelliği olan bozuklukların kalıtım kalıplarını, bozukluklarla bağlantılı gen bölgelerini, bozukluklarla ilişkili genleri ve işlevlerini belirlemek, en son aşamada ise işlevi ve hücre biyolojisi belirlenen gendeki hatalı işlevi düzeltmek yer alır (3).

Psikiyatri ve Genetik Epidemiyoloji

İlgilenilen hastalığın toplumun diğer bireylerine göre hasta yakınlarında daha sık görülmesi ailesel yığılım (familial aggregasyon) adını alır. Hastalıkların ailesel yığılım göstermesi; hastalığa sebep olan ya da duyarlılığı arttıran genlerin kalıtımı sebebiyle olabileceği gibi, hastalıkla karşılaşma ya da hastalanma riskini artıran davranış özelliklerinin aile fertleri arasında kültürel olarak aktarılması, aile bireylerinin hastalığa sebep olabilecek çevresel etkenlere eş zamanlı maruz kalmaları sebebiyle de olabilir. Ayrıca ailesel yığılım veya genotip ile hastalık arasında bir ilişki saptanması her zaman gerçeği yansıtmayabilir. Bu ilişki çalışma topluluğunda şans, sistematik hata, taraf tutma ve karıştırıcı etkenlerin varlığı gibi sebeplerle de saptanmış olabilir (1).

Psikiyatrik bozuklukların gelişiminde rol oynayan etkenlerin ne oranda genetik ve/veya çevresel kökenli olduğunu incelemek ve gen-çevre etkileşim boyutunu araştırmak için genetik epidemiyoloji yöntemleri kullanılır (1). Genetik epidemiyoloji araştırmaları üç grupta toplanarak kişilerdeki riski değerlendirir; aileler, ikizler ve evlat edinilenler. Aile çalışmalarında, hastaların birinci derece akrabalarındaki hastalık yaygınlığı hastalığı olmayanların akrabalarındaki yaygınlık ile karşılaştırılır. Aile

içinde yığılım gösteren her hastalıkta genetik geçişin olması şart değildir. Aynı çevre koşullarını paylaşmak, genetik kalıtım olmaksızın bir hastalığın ailevi olmasına yol açabilir. Dolayısıyla, genetik geçişin olup olmadığını gösteren asıl yöntemler ikiz ve evlat edinme çalışmalarıdır. İkiz çalışmalarında monozigot (MZ) ve dizigot (DZ) ikizlerdeki eşhastalanma oranları karşılaştırılarak çevresel ve genetik etkenlerin hastalığın ortaya çıkışındaki etkileri hakkında bilgi edinilir. Çevresel etkenlerin MZ ve DZ ikizlerde benzer olduğu varsayılır. Genetik olarak kalıtılan hastalıklarda eşhastalanma oranı DZ ikizlerle ikiz olmayan kardeşler arasında fark göstermezken, MZ ikizlerde bu oran çok daha yüksektir. Ancak MZ ikizlerde eşhastalanma oranı %100'e ulaşmıyorsa hastalığın ortaya çıkışında genetik kalıtımın dışında, çevresel etkenlerin de rolü olduğu anlamı çıkar. Evlat edinme çalışmaları, hastalığın gelişiminde genetik ve çevresel etkenlerin rolünü değerlendirmek amacıyla biyolojik akrabalarındaki hastalık oranları ile evlat edinen aile üyelerindeki hastalık oranlarını karşılaştırmaya dayanır. Aynı hastalığın biyolojik akrabalarda daha sık görülmesi genetik kalıtımın, evlat edinen aile üyelerinde daha sık görülmesi ise çevresel etkenlerin rolünün daha önemli olduğunu gösterir. Hastalığa yatkınlıkta genetik etkenlerin mi yoksa çevresel etkenlerin mi rolünün daha önemli olduğunu ayırmada evlat edinme çalışmaları ikiz çalışmalarına göre daha değerlidir. Ancak uygulaması zor bir araştırma yöntemi olması ve karıştırıcı etkenlerin çok olması sebebiyle evlat edinme çalışmalarının sayısı azdır (4-7).

Yapılan genetik epidemiyoloji araştırmaları, psikiyatrik bozuklukların hemen hepsinde ailesel yığılım olduğunu ve etiyojilerinde genetik etkenlerin rolü olduğunu göstermektedir. Psikiyatrik bozuklukların gelişiminde genetik etkenlerin katkısını kestirmeye yönelik olasılık hesapları ile tahmini kalıtılabilirlik (heritability) oranları belirlenmiştir: şizofreni (0.70-0.85), bipolar bozukluk (0.60-0.85), majör depresif bozukluk (0.40), otizm ve otizm spektrumu bozuklukları (0.90), dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) (0.60-0.90), panik bozukluğu (0.40-0.50), obsesif kompulsif bozukluk (OKB) (0.60-0.70), alkol bağımlılığı (0.50-0.60), yeme bozuklukları (0.55-0.60). Şizofreni örneğini değerlendirirsek, genetik epidemiyoloji verileriyle yapılan hesaplamalar sonucunda şizofreni gelişiminde %70-85 oranında genetik etkenlerin, %15-30 oranında çevresel etkenlerin rolü olduğu tahmin edilmektedir (8,9).

ÇOCUK GELİŞİMİ VE ÖZELLİKLERİ

Dr. Tümer Türkbay

Normal gelişimsürecini ve dönüm noktalarını tanımlarken, temel ilkelerin bilinmesi önemlidir. Bu temel ilkeler; gen-çevre etkisinin sorgulanması, kritik ve duyarlı dönemler, fırsat pencereleri, plastisite ile kültür ve bağlamın rolü çerçevesinde ele alınmaktadır.

Gen-Çevre İkilemi

“Doğuştan taşıdığımız genetik miras ve biyolojik etkenler mi, yoksa sonradan kazandığımız kültürel-çevresel etkenler mi gelişim ve davranışlarımızın şekillenmesinde büyük önem taşırlar?” sorusu yıllardır tartışılmaktadır. Bu ikilem “doğa-çevre tartışması (nature-nuturedebate)” ismiyle anılmaktadır. Yani davranışlarımızı doğuştan gelen özelliklerimiz mi belirliyor yoksa nasıl yetiştirildiğimiz mi? *Doğa* üzerine odaklananlar gelişimin sonuçlarını öngörmede genlerin ve biyolojinin rolü üzerine vurgu yaparken, çevre üzerine odaklananlar aile, okul, arkadaş grupları, toplum ve kültür dahil farklı bağlamlardaki yaşam deneyimlerinin ve yetiştirmenin rolü üzerine vurgu yapmaktadırlar.

Son yıllardaki çalışmalar hem biyolojik etkenlerin hem çevrenin katkıları için ikna edici kanıtlar sunmaktadır. Araştırma sonuçları biyolojik ve sosyal/yaşantısal etmenlerin içiçe geçmiş, birbirinden ayrılmaz ve etkileşimsel süreçler olduğunu göstermiştir. Genetik yapı, bireyin potansiyel olarak temel eğilimlerinin ve davranışlarının alt ve üst sınırlarını belirlerken, sosyal kurumlar sunduğu imkânlarla, alt ve üst sınır arasında davranışın nerede gerçekleşeceğini saptamaktadır.

Yeni araştırmalardaki sorgulamalar; biyoloji-çevre etkileşiminde katkılarının ne kadar ve nasıl olduğu yönündedir. Biyoloji ve çevrenin katkı düzeylerine yönelik veriler büyük oranda aile, ikiz ve evlat edinme çalışmaları yanında, yakın yıllardaki DNA analiz çalışmalarından gelmektedir. Bu araştırmalarda genetik yapının davranışlar üzerindeki rolünü saptamak için mümkün oldukça sosyal çevre farklılıkları sıfıra indirilmeye çalışılmaktadır. Böylece sosyal çevre açısından eşit veya eşite yakın bir ortamda yetiştirilen çocukların davranışlarındaki benzerlikler veya farklılıklar davranış genetikçilerinin en önemli kaynaklarını oluşturmaktadır.

Tek yumurta ikizlerinin, çift yumurta ikizlerine oranla davranışlarının birbirine çok benzer olması veya aile fertlerinin davranışlarının, evlat edinilmiş çocuklara kıyasla belli bir

oranda benzer olması genetik yapının etkisini öne çıkarmaktadır. Fakat bu durum, davranışın tek kaynağının kalıtım olduğu şeklinde yorumlanmamalıdır. Çünkü davranışın önemli kaynaklarından biri de sosyal çevredir. Çocukların içinde bulunduğu olumlu çevre şartlarının elverişliliği, uygun davranışları gerçekleştirme derecelerini de belirlemektedir.

Gelişimin bazı yönleri kalıttan, bazı yönleri de çevreden etkilenmektedir. Çocuğun gelişiminde biyolojinin ve çevrenin rolü hakkında davranış çalışmalarının çoğu, zeka ve mizaç alanlarına odaklanmıştır. Zeka üzerine yapılan çalışmalarda bazı uzmanlar güçlü bir genetik etkiye inanırken, diğerleri kalıtımın katkısının sınırlı olduğu görüşündedir. Birçok ikiz çalışması gözden geçirildiğinde; tek yumurta ikizlerinin puanları arasındaki korelasyon çift yumurta ikizlerinden daha yüksektir. Zeka için kalıtım korelasyon katsayısı tek yumurta ikizleri için 0.86, çift yumurta ikizleri için ise 0.60 bildirilmektedir (1). Ancak hangi özelliğin hangi yaşta ne kadarı çevresel özelliklere, ne kadarı genetiğe bağlı olduğu ve bu değişimin nasıl olduğu da önemlidir. Genlerin belirleyici etkisinin yaş ilerledikçe değişmesi çıkarımlar yapmayı güçleştirmektedir. Louisville ikiz çalışmasında tek ve çift yumurta ikizler doğumdan 15 yaşına kadar izlenmişlerdir. İlk üç yılda tek ve çift yumurta ikizler benzer korelasyon göstermelerine rağmen, tek yumurta ikizlerinde korelasyon zamanla artarken, çift yumurta ikizlerinde gittikçe düşmektedir (2). Zeka üzerinde kalıtsal etkilerin 3-6 ay döneminde çok düşük (%15) iken; 15 yaş civarında yükseldiği (%70) gösterilmiştir. Paylaşılan çevrenin etkisi ise küçük yaşlarda yüksek iken (%60), 15 yaşında paylaşılan çevrenin etkisi azalmaktadır (%25). Evlat edinme çalışmaları da bu eğilimi doğrulamaktadır. Yani çocuklukta paylaşılan çevre aynı ailede büyüyen ama genetik olarak ilişkisi olmayan kardeşler arasında zeka bölümü konusunda bir benzerlik oluştursa bile erişkinlikle bu etkinin kaybolduğu görülmüştür. Bu bulguların işaret ettiği sonuç şudur: başlangıçta genler bireyler arasındaki zeka bölümü değişikliklerinde pek az rol oynamaktadır. Daha çok paylaşılan aile ortamı etkili görünmektedir, ancak bireyler daha değişik çevrelerle karşılaştıklarında sahip oldukları genetik yapının zihinsel beceriler edinme sürecini etkilemekte ve erişkinlik döneminde bireyler arasındaki zeka bölümü farklılıkları genetik etkiyi yansıtmaktadır (3).

DİL VE PSİKİYATRİ

Dr. Atilla Erol

Canlılar içinde dil yetisi olan, konuşabilen tek tür insandır. Dünyada altı binden fazla dil olduğu tahmin edilmektedir ve en ilkelinden en gelişmişine kadar bütün insan topluluklarında dil kullanılmaktadır. İnsanın kültürel ve toplumsal inşasında dile büyük önem atfedilmektedir ki; uygarlığın ortaya çıkışı ve insanlık birikiminin paylaşılması ve aktarılması dil kullanımıyla mümkün olmuştur. Noam Chomsky “dil olmasaydı zeki canlılardan biri olarak ormanda dolaşıyor olurduk” demiştir.

Modern dilbilimin babası kabul edilen Ferdinand de Saussure'e göre dil, işaretlerin ve dilbilgisi kurallarının sistemidir; soyuttur, toplumsaldır; toplumsal iletişimin ürünüdür. Konuşma (söz) ise dilin bireysel planda somut olarak gerçekleşmesi, hayata geçmesidir. Konuşma bireysel, dil toplumsaldır. Dil ve konuşma arasındaki ilişki çok yakın ve karşılıklıdır; konuşma için dil, dil için konuşma zaruridir. Dil dizgesinde (sistemde) dil işareti (gösterge), gösteren (ses işareti) ile gösterilen (kavram) nin kaynaşmasından oluşur. Birbirinden bağımsız ve farklı bu iki yapı arasındaki ilişki toplumsal mutabakat ile belirlenmiştir. Gösterge ile gösterilen arasındaki ilişki keyfidir, nedensel değildir; doğal değil toplumsaldır. Dilin toplumsal bir kurum olması ve 'söz' ün bireysel üretim olması gibi özelliklerine Chomsky 'yaratıcı gramer' teorisi ile konuşmada bireyin 'söz' üretme sürecinde 'yaratıcılık' üzerine özel vurgu yapmıştır.

Lisan araştırmaları iki ana başlık altında incelenmektedir: 1. Psikolinguistik: insan zihni dili nasıl öğrenir ve nasıl kullanır konusu araştırılır. 2. Kognitif linguistik: lisan incelenerek insan zihni hakkında neler bilinebilir konusu araştırılmaktadır.

Skinner lisanı pekiştirilmiş sözel davranışlar toplamı olarak ele almıştır (1957). 1960'larda bilişsel psikoloji hakim olmaya başlamış ve akıl - bilgisayar programı (yazılım); beyin - hardware olarak ele alınmıştır. Sembol manipüle eden bilgisayar paradigmasını lisan için uyarlamasını Noam Chomsky yapmıştır: 'cümle' bir sembol-kelime dizisidir; lisan kelimeleri içeren cümle topluluğudur; gramer cümle üretme kurallarıdır. Cümledeki kelimeler sentaks kurallarına göre yerleştirilir ve bu kurallar beyinde doğuştan vardır. Bu yaklaşıma 'evrensel gramer' üretici gramer'denmektedir.

70'lerin ortalarında yeni paradigma 'sinirbilim' sıçraması gerçekleşmiştir. Formel kognitif psikolojinin ötesinde sinir modellerini dahil etmiş ve 'cognitive linguistics' 'zihin dilbilimi' ortaya çıkmıştır. Bu yaklaşım düşünce ve lisanı 'soyut sembol manipasyonu' demek olan bilgisayar modeli olarak ele alma-

maktadır. Chomsky Skinner'in yaklaşımına kognisyonu içermediği için karşı çıkmıştır; George Lakoff, Chomsky nin zihin yaklaşımına bilgisayar modeli olduğu için karşı çıkmıştır; 'evrensel gramer' teorisindeki biliş 'dysembodied' yani vücutsuz, cansız bir bilgisayardır. Evrensel gramer yaklaşımı konuşmada devrik cümlelerin sanıldığından çok daha yaygın olmasına ve çok sık metafor kullanılması durumuna tatminkar bir açıklama getirememektedir. Önce 'evrensel semantik' hareketiyle karşı çıkmış daha sonra 'kavramsal metafor' yaklaşımını geliştirmiştir. Metafor, sadece kelime ile ilgili değildir; anlamla, düşünce ile ilgilidir ve kavram sistemimizin ayrılmaz parçası, tamamlayıcısıdır. Metafor bir şeyi başka bir şey kanalıyla anlamaktır; metaforla düşünür metaforla konuşuruz. Kavramsal metafor yaklaşımının temel iddiaları bunlardır. 'Evrensel gramer'cilerle 'kavramsal metafor'cuların kavgalarına literatürde 'lisan savaşları' denmektedir.

Tıp dallarında dil aracılığı ile hasta, şikayetleri ve hastalığın gelişimi hakkında bilgi elde edilmektedir. Bu kadarını psikiyatri de içermektedir ancak psikiyatri için dil çok daha fazlasıdır. Psikiyatride dil hem teşhis hem de tedavi aracıdır. Psikiyatride teşhis koyduracak veya teşhis sürecinde faydalanılacak denli güçlü biyolojik belirteçler olmadığı için teşhis sürecinin tamamı psikiyatrik görüşme ile belirlenmektedir; bu sebeple görüşmenin değeri hiçbir tıp dalında olmadığı kadar değerlidir. Görüşme teşhise katkıda bulunacak fenomenolojik bilgilerin elde edilmesini sağlamaktadır. Psikoterapi sürecinde ise kişide psikiyatrik hastalık ve davranış bozuklukları sözel ve sözel olmayan iletişim kanalları kullanılarak tedavi edilmektedir. Farmakolojik tedavi veya diğer biyolojik tedavilerin uygulanmasında bilgilendirme, psiko eğitim için etkili dil kullanımı ve iletişim gerekmektedir.

Freud psikoanaliz kuramında 'serbest çağrışım' yöntemiy-le sadece bilincin değil bilinçdışının da keşfedebileceğini ileri sürmüştür. Lacan dilin önemine farklı bir vurgu yaparak bilinçdışının yapılanmasının dil gibi olduğunu iddia etmiştir. Piaget dil yeteneğinin gelişimi ile zihin gelişimi arasındaki çizgisel olmayan ilişkiye dikkat çekmiştir. Şizofrenide görülen konuşma bozukluklarını dil bozukluğu olarak ele alan Crow psikozu evrim süreci ile ilişkilendiren bir kuram geliştirmiştir. Bu kuramda, insanın dil kullanan tek hominid olduğunu, şizofreni sürecinde beyinde asimetri kaybının dil fonksiyonundaki bozulmaya işaret ettiğini ve Crow'a göre psikoz, insanın dil yetisi için ödediği bir bedeldir(1). Bu tespitler Dil-Beyin-Zihin ilişkisinin

PSİKİYATRİ VE EPİDEMİYOLOJİ

Dr. Orhan Doğan

Bu bölümde psikiyatrik epidemiyolojiyle ilgili önemli görülen çeşitli temel kavramlar ve özellikler verilecektir. Psikiyatrik bozuklukların anlatıldığı bölümlerde epidemiyolojik oranlar verileceği için, bu bölümde yalnız dünyada ve Türkiye’de büyük ölçekli alan çalışmaların epidemiyolojik oranları verilecektir.

EPİDEMİYOLOJİ VE PSİKİYATRİK EPİDEMİYOLOJİ

Hastalıkların ortaya çıkmasının içsel ve çevresel etkenlerle ilişkili olabileceği sezgisel bilgisinin insanlık tarihi kadar eski olduğu kabul edilir. Bununla birlikte, bu sezgisel bilginin açıklanması M.Ö. 5. yüzyılda Hipokrat tarafından yapılmıştır. (1) Hastalıkların toplumdaki dağılımının ve dağılımın özelliklerinin niceliksel yönden sistematik olarak incelenmesi, tanımlanması ve çevresel etkenlerle ilişkisinin araştırılması girişimleri çok daha sonradır.

Epidemiyoloji, toplumda sağlık ve hastalıkla ilgili olayların belli bir yerde (coğrafi bölgede) ve zamanda dağılımını, bu dağılımı etkileyen etkenleri nicel olarak inceleyen bir bilim dalıdır. (2-7) Temel olarak epidemiyolojinin çalışma birimi belli özellikteki veya belli coğrafi bölgedeki gruplar veya toplumdur.

Epidemiyoloji, biyoistatistik, biyolojik ve sosyal psikiyatrik olayları gözleyen, tanımlayan ve kaydeden yöntemlere dayanır. Bu süreç bilimsel yöntemin özelliklerini taşır; doğruluk, kesinlik ve kontrollü deney ilkelerine dayanır. (4,8) Deney, bir kuramın uygulanabilme olasılığını belirlemek veya bir varsayımın geçerli olup olmadığını araştırmak için tasarlanan ve uygulanan bir çalışmadır. Deney iki uslamlamaya dayanır: Tümevarım ve tümdengelim uslamlaması. Tümevarım uslamlaması, bir özel olaydan genellemeye giden usamlama süreci veya gözlenen olaylardan bir varsayım öne sürme sürecidir. Tümdengelim uslamlaması, bir genellenmenin bir özel duruma usamlama süreci veya bilinen ilkelerden bir varsayım öne sürme sürecidir. (3,4,8)

Bilimsel yöntem bazı felsefe okullarından köken alır. Psikoloji ve psikiyatriyle ilgili ilk ve en önemli yöntem veya yaklaşım ampirizmdir. Ampirizm, her türlü bilginin temelini yaşantılara, deneyimlere dayandığını öne süren felsefi bir görüştür. Bu görüşü savunanlar, bireyin dış dünyayı algılamasını zihnin ve içsel yaşantıların etkilediğini belirtir. Buna göre, birey yaşadığı çevreyle ilgili temel gerçeklere salt yaşananların nedenlerini anlayarak ulaşabilir. Psikiyatriyle ilgili bir başka temel görüş,

nedensellik (determinizm) görüşüdür. Buna göre, birey ve davranışlarının mutlaka bir nedeni vardır; birey, geçmişinin ve bireysel yaşantılarının bir ürünüdür. (3,4,8)

Morris 1964’te epidemiyolojinin yedi kullanım alanını tanımlamıştır: Tarihsel eğilimlerin çalışması, toplum tanısı, bireysel risk etkenlerinin çalışması, işlemsel araştırmalar, klinik görünümün tanımlanması, sendromların tanımlanması, nedenlerle ilgili ipuçları çalışmaları. (4,7) Bu alanlarla ilgili çalışmalar üç grupta toplanabilir: (3,4,9) Tanımlayıcı, çözümleyici, deneysel çalışmalar.

Epidemiyolojide temel kavram orandır, sayıların tek başına bir önemi yoktur. Oranlar özel bir anda veya belirlenen bir zaman aralığında hesaplanabilir, bunlar yaygınlık veya sıklık oranları olabilir. Bu oranlar sonraki alt başlıklarda açıklanacaktır.

Psikiyatrik Epidemiyoloji

Psikiyatrik epidemiyoloji, psikiyatrik araştırmaların bir dalı olarak psikiyatrik bozuklukların toplumdaki dağılımını, bu dağılımı etkileyen fiziksel, biyolojik ve toplumsal etkenleri inceler. (4,5,10) Epidemiyoloji ‘toplumda’ anlamına gelen ‘epidemic’, ‘çalışma’ anlamına gelen ‘logos’ sözcüklerinden köken alır. (10,11) Crawford’a göre, Latince ‘arasında’ anlamındaki ‘epi’ ile ‘toplum’ anlamındaki ‘demos’ sözcüklerinden köken alır. Crawford’a göre, psikiyatrik epidemiyolojinin önemini Shepherd şöyle belirtmiştir: ‘Psikiyatri kadar epidemiyolojiye gereksinmesi olan bir başka tıp dalı yoktur.’ (2)

Psikiyatrik epidemiyoloji üç temel soruya yanıt bulmaya çalışır: (3,4,6)

1. Bir psikiyatrik bozukluk için risk altındaki kişiler arasında o bozukluğun yaygınlık oranı nedir?
2. Bir psikiyatrik bozukluğun veya bir davranışın klinik ve toplumsal yönlerden özellikleri veya aralarındaki ilişkiler nelerdir?
3. Bir psikiyatrik bozukluğun etiyolojisinde hangi etkenler önemli olabilir?

Bu sorulara yanıt bulmaya çalışan psikiyatrik epidemiyoloji çalışmaları genellikle üç düzeyde yapılır: (2-4,12)

Tanımlayıcı düzey (çalışmalar): Bu çalışmalar bir toplumda psikiyatrik bozuklukların görülme oranlarını saptamayı ve de-

BİLİMSEL BİR MAKALE NASIL HAZIRLANIR, YAZILIR VE YAYIMLANIR?

Dr. Sevda Korkmaz, Dr. Murad Atmaca

GİRİŞ

Bilimsel araştırma, problemlere güvenilir çözümler aramak amacıyla, planlı ve sistemli olarak, verilerin toplanması, çözümü enmesi, yorumlanarak değerlendirilmesi ve yazı haline getirilmesini kapsayan, sürekli aydınlanma ve aydınlatma çabalarında bir arayış olarak tanımlanabilir. (1) Tüm pozitif bilimlerin gelişmesine olanak tanıyan bu bilimsel araştırmaların tamamlanmış sayılabilmesi ve gerçek anlamda bilime katkı sağlayabilmesi için bilimsel bir dergide yayınlanmış olması gerekmektedir. Araştırmacılar, ancak bu sayede neyi, niçin ve nasıl yaptıklarını, çalışma sonucunda elde edilen bulguların ne anlama geldiğini ve bu konuda sonraki çalışmalarla neler yapılabileceğini bildirirler. Okuyanlar da aradıkları bilgiye kolaylıkla ulaşip, sonuçları kendi bilgi ve deneyimleri ile karşılaştırabilir, farklı analiz yöntemleri ile sonuçları kıyaslayabilir ve hatta verilen bilgiler ışığında farklı bir bakış açısıyla yeni araştırmalar başlatabilirler.

Ancak Bir araştırma yapıp makale haline getirerek yayımlamak belli bir bilgi birikimini ve pek çok aşamayı içeren bir süreci gerektirir. Her aşama kendine özgü kuralları içerir, iyi bir sonuç elde etmek için sabır ve özen gereklidir. (2). Bilimsel makale yazımının, bütün dün-yada kabul görmüş ortak bir tarzı mevcuttur. Bu sebeple bilimsel birikimlerini paylaşmak isteyen ya da yayınlamak isteyen her yazar bu kurallara bütününe uymak durumundadır. Çünkü yalnızca geçerli yayınların gereklerini karşılayacak şekilde düzenlenmiş çalışma raporları bilimsel makale olarak yayınlanmaktadır (3,4,5). Bilimsel eser üretiminde açık ve net olan, denetlenebilir, tarafsız olma, eleştirici ve düzeltici olma özelliklerine sahip olan bilimsel yöntemden faydalanılır. Bilimsel yöntem kanıtlanmış bilgi elde etmede izlenen yol olup, problemin fark edilmesi, tanımlanması, onun çözümüne ilişkin tahmin yürütülmesi, gözlenebilir araçların belirlenmesi, verilerin toplanması, deneme, değerlendirme ve yazılı rapor haline dönüştürülmesi aşamalarından oluşmaktadır.

BİLİMSEL MAKALE YAZIM KURALLARI

Araştırma Konusunun Belirlenmesi

Belirlenen araştırma konusu, önemli ve ilgi çekici ancak çok geniş olmayan, bilimsel ve teknolojik olanaklar eşliğinde üzerinde çalışılabilecek ve gelecekte yapılacak araştırmalar için bir ön adım teşkil edebilen bir konu olmalıdır.

Literatür Taraması

Araştırma konusunu belirleyen yazar daha sonraki aşamada bu konuda nasıl bir yöntemle sonuca ulaşabileceğini belirlemek amacıyla kapsamlı bir literatür taraması yapmalıdır. Böylece bu literatür taraması ile araştırma konusunda yapılmış olan benzer çalışmaları inceleyerek, en uygun çalışma modelini belirleyip, araştırma boyunca yol gösterecek ve daha sonra araştırmaların yayımlanması aşamasında da sunulacak kaynaklara ulaşmış olur (6).

Bu kaynaklara internet aracılığıyla "United States National Library of Medicine" (www.nlm.nih.gov) portal, arama motoru olan "MEDLINE/PubMed" (www.pubmed.gov), "Pub-Med Central" (www.pub-medcentral.nih.gov) ve "LocatorPlus" (www.locatorplus.gov) gibi sitelerden ulaşılabilir.

Literatür tararken hedef, konu ile ilgili 15-20 makalenin bulunmasıdır. Konuyla ilişkili en önemli makaleler seçilmeli ve son 5-10 yıl içindeki güncel yayınlar tercih edilmelidir. Daha eski yayınlar genelde değişen tedavi ve teknolojik seçenekleri vurgulamak için tercih edilmelidir. Yalnızca özetler değil yazılı metinlerin tamamına ulaşılmalı, literatür taranırken, gözden kaçmış olan yayınlar için seçilen yayınların referansları da göz önüne alınmalıdır (7).

Araştırma Ekibi Kurulması

Kaynaklar toplandıktan sonra iş bölümü yapmak, bilgi ve deneyimlerini paylaşmak amacıyla bir araştırma ekibi kurulmalıdır. Böylece hipotez geliştirilirken hem danışmanın deneyimlerinden hem de ekip arkadaşlarının fikirlerinden yararlanmak işi kolaylaştıracaktır (8). Daha sonraki aşamada kaynaklar doğrultusunda hipotez oluşturularak çalışma protokolü belirlenmelidir. Hipotez açık ve net, bilimsel önem taşıyacak kadar kapsamlı, ancak çalışma protokolü çerçevesinde sonuca ulaşacak kadar sınırlı ve okuyucuyu ikna edecek kadar akla yatkın olmalıdır (8).

Çalışma Protokolü Oluşturma

Hipotez oluşturulduktan sonra bir çalışma protokolü belirlenmeli ve çalışma biter bitmez makale formatında yazıya dökülmelidir.

Makalenin Şekillenmesi

Çalışmayı kaleme alma işi doğal olarak araştırmayı planlayan, yürüten ve sonuca ulaştıran araştırmacının görevi olmalıdır.

GEÇİCİ PSİKOTİK BOZUKLUKLAR

Dr. Alaattin Duran, Dr. Ömer Faruk Demirel

KISA PSİKOTİK BOZUKLUK

Kısa psikotik bozukluğun öncülü olan 'reaktif psikoz' kavramı ilk olarak 1913 yılında Karl Jaspers tarafından kullanılmıştır. Akut başlangıç, abartılı belirtiler, sınırlı süre ve göreceli olarak iyi bir gidiş gösterme, kısa psikotik bozukluğun temel özellikleridir. 'Sikloid psikoz' ve 'bouffee delirante' kavramları kısa psikotik bozukluk ile aynı hastalığa karşılık gelmektedir (1, 2).

DSM 5'te 'Kısa Psikotik Bozukluk' (Tablo 1) olarak sınıflandırılırken, ICD 10'da 'Akut ve Geçici Psikotik Bozukluklar' (F23) üst başlığı ile, 'Şizofrenik Belirtisiz Akut Polimorf Psikotik Bozukluk' (F23.0), 'Şizofrenik Belirtili Akut Polimorf Psikotik Bozukluk' (F23.1), 'Şizofreni Benzeri Akut Psikotik Bozukluk' (F23.2), 'Başka Akut Hezeyanlı Bozukluklar' (F23.3), 'Başka Akut ve Geçici Psikotik Bozukluklar' (F23.8) ve 'Akut ve Geçici Psikotik Bozukluk, belirlenmemiş' alt grupları olarak sınıflandırılmıştır (Tablo 2) (3, 4).

TABLO 1

Kısa Psikotik Bozukluk DSM 5 Tanı Ölçütleri (3)

- A. Alttaiki semptomlardan en az bir tanesinin bulunması. Bu semptomların en az bir tanesi 1, 2 veya 3. ölçütlerden birisi olmalıdır:
1. Hezeyanlar.
 2. Halusinasyon'lar.
 3. Dezorganize konuşma (örn. sık konu dışına çıkma veya enkoherans)
 4. İleri derecede dezorganize veya katatonik davranış.
- Not: Eğer kültürel olarak kabul gören bir tepki biçimiye semptom olarak değerlendirmeyiniz.
- B. Bozukluğun bir epizodunun süresi en az bir gündür fakat bir aydan daha kısadır ve sonunda hastalık öncesi işlevsellik düzeyine tam dönüş olur.
- C. Bu bozukluk, psikotik özellik gösteren major depresyon, bipolar bozukluk, şizofreni veya katatoni gibi başka bir psikotik bozuklukla açıklanamaz ve madde kötüye kullanımı (örn. kötüye kullanılan bir ilaç veya tedavi için kullanılan bir ilaç) ya da genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.
- Varsa Belirtiniz:
- Belirgin stresörle açığa çıkıyorsa (kısa reaktif psikoz) (aynı kültürdeki herkes için stresli bir durum olmalı).
- Belirgin bir stres olmadan.
- Postpartum ortaya çıkmışsa (başlangıcı gebelikte veya postpartum 4 hafta içinde olmuşsa).
- Katatoni varsa tanı, kısa psikotik bozukluğa bağlı katatoni olarak tanı değiştirilir.

TABLO 2

Akut ve Geçici Psikotik Bozukluklar ICD 10 Tanı Ölçütleri (F23) (4)

- Şizofrenik Belirtisiz Akut Polimorf Psikotik Bozukluk (F23.0):
- a. Başlangıç akut olmalı (2 hafta ya da daha kısa sürede psikotik olmayan bir durumdan açıkça psikotik bir duruma geçiş);
 - b. Günden güne ya da aynı gün içinde türü ve şiddeti değişen birkaç tür halusinasyon veya hezeyan bulunmalı;
 - c. Benzer biçimde değişken duygusal durum olmalı;
 - d. Belirtiler çok değişik olduğu halde, bunların hiçbirisi şizofreni, manik ya da depresif nöbet ölçütlerini karşılayacak yeterlilikte olmamalıdır.
- İçerdikleri: bouffee delirante, şizofrenik belirtisiz ya da belirlenmemiş şekil
- Sikloid psikoz, şizofrenik belirtisiz veya belirlenmemiş şekil
- Şizofrenik Belirtili Akut Polimorf Psikotik Bozukluk (F23.1):
- Akut polimorf psikotik bozuklukta tanımlanan a, b ve c ölçütleri karşılanmalı; ek olarak, şizofreni ölçütlerine uyan belirtiler psikozun başından beri zamanın çoğunda bulunmalıdır.
- Eğer şizofrenik belirtiler bir aydan uzun sürerse, tanı şizofreni olarak değiştirilmelidir.
- İçerdikleri: bouffe delirante, şizofrenik belirtili
- Sikloid psikoz, şizofrenik belirtili
- Şizofreni Benzeri Akut Psikotik Bozukluk (F23.2):
- a. Başlangıç akut olmalı (2 hafta ya da daha kısa sürede psikotik olmayan bir durumdan açıkça psikotik duruma geçiş);
 - b. Psikozun başından beri zamanın çoğunda şizofreni ölçütlerine uyan belirtiler bulunmalı;
 - c. Akut polimorf psikotik tanı ölçütlerine uymamalıdır.
- Eğer şizofrenik belirtiler bir aydan uzun sürerse, tanı şizofreniye değiştirilmelidir.
- İçerdikleri: akut (ayrışmamış) şizofreni, kısa şizofreniform bozukluk, kısa şizofreniform psikoz, oneirofrenia, şizofrenik reaksiyon.
- İçermedikleri: organik hezeyanlı (şizofreni-benzeri) bozukluk, şizofreniform bozukluk, başka yerde belirlenmemiş.
- Başka Akut Hezeyanlı Bozukluklar (F23.3):
- a. Psikoz belirtileri akut başlamalı (2 hafta veya daha az sürede);
 - b. Psikozun başından beri hezeyanlar ve halusinasyonlar zamanın çoğunda bulunmalı;
 - c. Ne şizofreni, ne de akut polimorf psikotik bozukluk ölçütlerine uymamalıdır.
- Eğer hezeyanlar 3 aydan uzun sürerse tanı, inatçı hezeyanlı bozukluk olarak değiştirilmelidir. Eğer yalnız halusinasyonlar 3 aydan uzun sürerse, tanı başka organik olmayan psikotik bozukluk olarak değiştirilmelidir.
- İçerdikleri: paranoid reaksiyon, psikojenik paranoid psikoz.
- Başka Akut ve Geçici Psikotik Bozukluklar (F23.8)
- Akut ve Geçici Psikotik Bozukluk, Belirlenmemiş (F23.9)

ŞİZOFRENİ: KAVRAMIN TARİHÇESİ, EPİDEMİYOLOJİ, KLİNİK ÖZELLİKLER VE SEYİR

Dr. A. Elif Anıl Yağcıoğlu, Dr. Yavuz Ayhan

GİRİŞ

Önemli bir toplum sağlığı sorunu olan şizofreni, erken başlangıç yaşı ve kronik seyir özellikleri sebebiyle hastalar ve aileleri için büyük bir sıkıntı kaynağı ve yük oluşturmaktadır. Ortaya çıkan klinik tablonun çeşitliliği hastalığın kavramsal olarak da oldukça tartışmalı bir zeminde duruşuna sebep olmaktadır. Bu bölümde şizofreninin kavramsal tarihçesi, epidemiyoloji ve fenomenolojisi, tanı ve ayırıcı tanısı ile klinik seyir özellikleri üzerinde durulacaktır.

ŞİZOFRENİ KAVRAMININ TARİHÇESİ

‘Şizofreni’ terimi Eugen Bleuler tarafından üretilmiş, ilk olarak da 1908 yılında yayımlanmıştır. Bleuler’e göre ‘farklı psikik fonksiyonların ayrışması’ (*‘die Spaltung der verschiedenden psychischen Funktionen’*) bu terimin öncülü olan *dementia praecox*’un en önemli özelliklerindendir ve bu sebeple Yunanca *skhizein* (bölünme, ayrışma) –*phren*(zihin) köklerinden türetilen ‘şizofreni’ terimi bu klinik durumun tanımlanması için seçilmiştir. ‘Şizofreni’ teriminin önerilmesinden yaklaşık 10 sene önce ‘*dementia praecox*’ ifadesini kullanan Emil Kraepelin döneminde ‘*dementia*’ ifadesi (güncel anlayışımıza benzer şekilde) yaş, etiyoloji ve oluşumu açısından belli ölçütler taşıyan bir bilişsel yetersizlik durumu olarak kabul ediliyordu. Kraepelin o dönemde psikiyatride hastalıkların varolduğuna ve bunların –‘genel tıptaki deneyimlerimize benzer şekilde’-bilimsel yollar ile tespit edilebileceğine inanıyordu. Ancak dönemi gözönüne alındığında etiyoloji veya patolojik anatomi araştırmaları ile hastalıkların ortaya konma ihtimalinin düşük olduğunu takdir ettiği için klinik inceleme yöntemlerini benimsemiş idi ve hastalarının klinik öyküleri yanı sıra kayıtlarını uzunlamasına tetkik ediyordu. Neticesinde, Kraepelin ‘*dementia praecox*’ ifadesini ‘beklenenden önce-erken gelişen’ ‘*demans*’ için kullanmıştır. Kraepelin, kendisinden önce tanımlanan hebefreni, katatoni ve paranoid demansın altta yatan aynı hastalığın görünüşleri olduğunu düşünmüş, künt duygulanım, dikkat bozuklukları, var-sanılar, sanrılar ve bilişsel işlevlerde geri dönüşü olmayan bozulmanın da bu hastalığın bir parçası olduğunu öne sürmüştür. Kraepelin’in ‘*dementia praecox*’ terimini kullanmasından önce ‘*dementia precoc*’ ifadesi Benedict Morel tarafından 1800’lerin ortalarında ortaya konulmuştur. Ancak ‘*dementia*’ teriminin

anlamındaki zamansal değişiklik (Morel döneminde ‘*dementia*’ terimi hangi yaşta ve sebebi ne olursa olsun doğuştan olmayan-sonradan gelişen zihni-entelektüel bozulmayı ifade etmekte idi) ve Kraepelin’in Morel’in kullanımından haberdar olduğuna dair bir kanıt olmaması sebebiyle (Kraepelin terimi 1800’lerin sonlarında kullanmasına rağmen Morel’e ancak 1919’da atıfta bulunmuştur), bazı yazarlar bu iki terimin devamlılık göstermediğini ve aynı klinik durumu tanımlamadığını öne sürmektedirler (1).

İskoçya’da 1800’lerin sonlarında gündeme getirilen benzer bir kavram ‘gelişimsel delilik’tir (*developmental insanity*). Thomas Clouston ‘ergen deliliği’ (*adolescent insanity*) adı verdiği bu terimi 18-24 yaşları arasında başlayan, daha çok erkekleri tutan ve vakaların üçte birinde demansa ilerleyen psikotik bir süreci betimlemek için kullanmıştır. Clouston bu durumu ‘kortikal gelişimsel bir hastalık’ olarak tanımlamış, bazı hastalarda eşlik eden morfolojik anormallikler olduğunu (damak anormallikleri gibi) belirtmiştir. Bu terim daha sonra Clouston’un kendi vakalarının *dementia praecox* altında değerlendirilmesine itiraz etmesine rağmen terk edilmiş, kavramın tarihi seyrinde ‘*dementia praecox*’ terimi ön planda yer almıştır (2).

Bleuler’e göre ‘ne ‘*dementia*’ ne de ‘erken başlangıç’ *dementia praecox* ismi ile tanımlanan durumun karakteristik özelliğidir. Ana bozukluk 4A belirtisi olarak tanımlanan duygulanımda (*affect*) ve çağrışımlarda (*association*) bozukluk, ambivalans ve otizmdir (*autism*). Duygulanımda küntleşme, ilgisizlik, uygunsuzluk gözlenir, çağrışımlarda da düzen ve süreklilik bozulmuştur. Ambivalans karşıt duyguların aynı anda yaşanması, otizm ise kişinin kendi iç-dünyasını kurması ve ona göre davranıp düşünmesini ifade etmektedir. Bazı yazarlar Bleuler’in çağrışımlarda gevşeme, bozulmaya ilgili yaptığı tanımlamanın aslında daha kapsamlı olduğunu ifade etmektedir. Bleuler’in yalnız düşünceye özgü bir patolojiye değil, düşünce, algı, eylem, duygu gibi farklı zihin işlevlerinin arasındaki ilişkinin bozulmasına (*association*) vurgu yaptığı belirtilmektedir (3). Bleuler’e göre hastalığın belirtileri bu ana kayıplara ikincil ortaya çıkmaktadır (klinik özellikler kısmına bakınız). Öte yandan, (her ne kadar Bleuler Kraepelin ile aynı kavramı ifade ettiğini belirtse de) şizofreni terimi de ‘*dementia praecox*’ ile birebir aynı klinik durumu tanımlamamaktadır. Bleuler’e göre “şizofreniler” bir gruptur, tek bir hastalık olarak değerlendirilemez ve ‘tedavi edilemez’ değildir.

ŞİZOFRENİ ETİYOLOJİ

Dr. Güneş Can, Dr. Emre Mısı, Dr. Onur Küçükçoban, Dr. Tolga Binbay, Dr. Köksal Alptekin

ETİYOLOJİ

Son yıllarda şizofreni etiolojisiyle ilişkili birçok kuram geliştirilmiştir. Bu kuramların bir kısmı birbirleriyle ilişkilidir. Ancak birçok kanıtı rağmen şizofreni etiolojisi henüz netlik kazanmamıştır. Bunun en önemli sebeplerinden biri şizofreni tanısı altında birbirinden farklı hastalıkların yer alması olasılığıdır. Farklı etiolojik mekanizmalara ilişkin kanıtların ortaya atılmış olması, şizofreninin heterojen bir hastalık olduğunu ve çeşitli klinik görünüm sergileyen farklı hastalıklardan oluştuğunu düşündürmektedir. Bir farklı görüş de farklı oluşum mekanizmalarının aralarında etkileşerek şizofreni gelişimine yol açabileceği düşüncesidir. Şizofreni etiolojisi ile ilgili teoriler aşağıda sıralanmaktadır.

Genetik Araştırmalar (Ailesel Yüklülük)

Şizofreni hastalığının ortaya çıkışında genetik yatkınlığın önemli bir rolü vardır. Ancak şizofreni hastalarının %85'inde genetik etkenlerin katkısı gösterilememiştir (1). Bunda karmaşık kalıtım kalıbı, genotip açılımındaki bireysel değişkenlikler, yatkınlık genini taşıyanlarda hastalığın çıkma olasılığını gösteren genetik geçiş değişiklikleri fenotipi belirleme güçlükleri, sınıflandırma hataları gibi etmenlerin yanısıra çevresel etkenlerin de büyük rolü bulunmaktadır.

Genetik geçiş modellerinden “tek ana gen” modelinde hastalığın genetik olarak aktarımından sorumlu etkili tek gen vardır, ancak yine de diğer genler ya da çevresel etkenler çok düşük bir etki gösterebilir. Tek gen (monogenik) hastalığı terimi ile tek bir gendeki bozukluğun diğer genlerden bağımsız olarak hastalığı ortaya çıkarmakta yeterli olabileceği kastedilmektedir. Şizofrenide tek bir kromozom bölgesinin hastalığa yatkınlıktan sorumlu olduğu gösterilememiştir. Öte yandan önerilen diğer modellerden oligogenik (etkileşim içinde olan, birden fazla ancak 10'dan az gen), çok etkenli/çok genli kalıtım (yüzlerce genin ve çevresel etkenlerin çok etkenli etkileşimi) ya da karma (çok genli bir yığılmla birlikte yatkınlıkta ana etkiyi oluşturan orta etkili kromozom bölgelerinin olması) modeller üzerinde durulmaktadır (2).

Çok etkenli/çok genli kalıtımda; hastalık etiolojisinde bir arada rol oynayan küçük etkili çok fazla sayıda gen, birbirleri ve çevresel etkenlerle etkileşerek klinik belirtilere (fenotipe) yol açmaktadır. Belirli bir genetik kalıtım modelinin saptanamadığı,

genlerin ailesel yığılım gösterdiğinin düşünüldüğü bu model niceliksel eşik modeli olarak adlandırılır. Yatkınlık eşikini geçen bireylerdeki klinik görünüm etkileşim gösteren genlerin sayısına göre değişir. Günümüzde şizofreninin tek bir gen hastalığı olmadığı kabul edilmektedir. Yüksek olasılıkla çok etkenli, çok genli ve karma bir etkilenme söz konusudur. Hastalığın geçişi oldukça karışık olup basit Mendelian tek gen kalıtımına uymamaktadır (3, 4).

Şizofrenide genetik alanında çalışmalar dört ana başlık altında toplanabilir: aile araştırmaları, ikiz araştırmaları, evlat edinme araştırmaları, moleküler genetik araştırmaları.

Aile Araştırmaları

Şizofreni oluşumu için en büyük risk etmeni, ailede şizofreni öyküsünün varlığıdır (Tablo 1). Şizofreni için yaşam boyu risk genel toplumda %1 olarak belirlenirken şizofrenisi olanların birinci derece akrabalarında %10'a, her iki ebeveynde de şizofreni olanlarda %48'e çıktığı gösterilmiştir (1). Aile çalışmalarında, genetik akrabalık derecesi azaldıkça hastalık riskinin hızla azaldığına ilişkin gözlem, çok etkenli/çok genli model çerçevesinde etkileşim içinde olan pek çok kromozom bölgesinin rol oynadığını da düşündürmektedir. Yatkınlık bölgelerinin sayısı, her birinin hastalık riskine katkısı ya da aralarındaki etkileşimin derecesi bilinmemektedir (5).

Şizofrenideki ailesel yatkınlığın genetik etkenlerin yanında çevresel etkenler tarafından da etkilendiği düşünülmektedir. Yüksek duygu dışavurumu olan ailelerde yineleme oranı daha yüksek bulunmaktadır (6).

TABLO 1

Şizofreni Hastası Olan Aile Üyelerinde Hastalanma Riski

	Prevelans (%)
Genel toplum	1
Şizofreni hastasının kardeşi	8
Bir ebeveyni şizofreni olan kişi	12
Şizofreni hastasının çift yumurta ikizi	12
Her iki ebeveyni de şizofreni olan kişi	40
Şizofreni hastasının tek yumurta ikizi	47

İLK EPİSOD ŞİZOFRENİ; YAKLAŞIM VE TEDAVİ İLKELERİ

Dr. Alp Üçok

İlk psikotik atak hastalar ve yakınları için beklenmedik ve genellikle ürkütücü bir deneyimdir. Hasta kişi çoğu zaman kendi isteği olmaksızın psikiyatrist ve diğer ruh sağlığı çalışanlarıyla ilk kez bu dönemde karşılaşır. Bunun yanı sıra, ilk psikotik atağın incelenmesi şizofreni ve ilişkili psikotik durumların anlaşılması konusunda önemli avantajlar sunmaktadır. Bir yıl içinde ilk atağını geçirmekte olan şizofreni hastaları toplam şizofreni hasta nüfusunun %2 gibi küçük bir oranını oluşturur. Buna karşın konu hem hastaların tedavisi, hem de şizofreni hakkındaki bilgileri geliştirme şansı açısından özel bir önem taşıyor. Konuyla ilgili 2016 Aralık itibarıyla PubMed taramasına girmiş 4069 araştırma yazısı olduğunu görüyoruz ki bu rakama dahil olmayan başka makaleler olduğu da bir gerçek.

Şizofreninin erken dönemleri etiyolojide rol oynayabilecek etkenlerin saptanma olasılığının en yüksek olduğu dönemdir. Şizofreniyle ilgili araştırmalarda elde edilen bulguların değişkenliği dikkat çeken bir özelliktir. Bu değişkenlik sıklıkla şizofreninin etiyolojisi, belirtileri ve seyri bakımından heterojen bir hastalık olmasına bağlanır. Ancak, hastalığın ve tedavinin değişik aşamalarında incelenen hastalardan elde edilen bulguları genellemek neredeyse olanaksızdır. Son yıllarda giderek önem kazanan, ilk psikotik atağını geçirmekte olan ya da ilk kez hastaneye yatan şizofren hastalarla ilgili çalışmalar bu tür sorunlara yanıt aramaktadır. İlk atak çalışmalarının başlıca avantajlarından biri hastalığın kronikliği ya da hastanede yatışın gölgeleyici etkisinin en aza inmesidir. Ayrıca bu grup içinde, biyolojik araştırmalar için önem taşıyan hiç ilaç kullanmamış hastaların yakalanma olasılığı yüksektir. Erken dönem belirtileri özellikle hastalığın kendisinden kaynaklandığı, şizofreninin uzun seyri içinde, daha sonra görülen belirtilerde ise çevresel, organik ve kişilikle ilgili etkenlerin daha önemli rol oynadığı söylenebilir. Son olarak, ilk atak çalışmaları hastalığın gidişinde ilk birkaç yılda gözlenen değişkenliği de inceleme şansı vermektedir. Şizofrenide heterojenliğin ilk yıllarda belirgin olduğu, ilk beş yıldan sonra hastalığın sonuçlanması bakımından büyük dalgalanmalar olmadığı bilinmektedir. Öte yandan bu araştırmaların iki temel güçlüğü bulunmaktadır. Birincisi, kronik hastaların tersine, yeni vaka bulmak güçtür. Dolayısıyla, sonuçların anlamlı bir değere ulaşması için gerekli hasta sayısına ulaşmak çok uzun sürebilmektedir. İkinci güçlük, ilk atağını yaşayan hastada tanının tutarlılığının göreceli olarak düşük olabilmesidir. Bunu

aşmak için belirli bir süre sonra tanının yeniden değerlendirilmesi gerekmektedir.

Kavram ve Tanımlar

Konuyla ilgili çalışmalarda, incelenen grubu tanımlamak için; ilk atak, ilk hospitalizasyon, erken başlangıçlı ya da yeni başlamış şizofreni terimleri kullanılmaktadır. İlk atak yıllarca sürebileceği gibi, ilk hospitalizasyon da her zaman ilk atakta yer almayacaktır. Ayrıca, “ilk atak” terimi hastanın o sıradaki durumunu (atak içinde ya da ataklar arası dönemde); “erken” terimi hastalığın hangi aşamada olduğunu; “ilk başvuru ya da hospitalizasyon” terimi ise tıbbi girişimin zamanını belirlemektedir. “Atak” terimiyle hastanın bir sendromun ölçütlerini karşılayacak asgari sayıda semptomu gösterdiği, asgari süresi belirlenmiş bir dönem tanımlanmaktadır.

Son yıllarda dikkat çeken bir kavram da “ilk atak psikoz” tanımlaması. Kategorik yaklaşımdan çok boyutsal yaklaşımın izlerini taşıyan bu yaklaşım şizofreni, şizofreniform bozukluk, şizofaektif bozukluk, hezeyanlı bozukluk, BTA psikotik bozukluk, hatta psikotik mani hastalarını kapsayabiliyor. Bu yaklaşım psikoz “boyutu”nun tanıdan bağımsız olarak ortak etiyolojik veya prognostik özellikler taşıdığı varsayımından hareket ediyor. Ayrıca hastayı bu çerçevede değerlendirmek aceleyle şizofreni tanısı konmasına da engel olabiliyor.

İlk Atak Hastası Nerede, Nasıl İzlenmeli?

İdeal olan, bu gruptaki hastaların en azından şizofreni tedavisinde ihtisaslaşmış birimlerde izlenmesi, ya da bu birimlere gönderilmesi. Biz Psikotik Bozukluklar Araştırma Programı’nda izlediğimiz ilk 20 hastanın alevlenme ve tekrar hastaneye yatış oranlarını sonraki 60 hastayla karşılaştırdığımızda anlamlı bir fark gözledik. Aynı merkezde dahi konu üzerinde çalıştıkça başarı şansının arttığını gördük. Türkiye gerçeğini göz önüne alırsak poliklinik düzeyinde bir hastaya ayrılabilen süre çoğu zaman on dakikayı geçmiyor. Oysa psikotik belirtiler gösteren genç bir hastayı değerlendirmek, ayırıcı tanı yapmak zaman alan bir süreç. Koşullar uygunsa kesin tanıya varmadan önce hastayı 7-10 günlük bir süre için bile olsa yataklı serviste incelemek çok yararlı olacaktır. Bu incelemenin bir kısmında hastanın ilaçsız kalması da uygun olur. Bu noktada genç bir hastanın çevreye ve kendine zarar vermesi söz konusu değilken hastaneye

ŞİZOFRENİ TEDAVİSİ

Dr. Erdal Işık, Dr. Umut Işık

Oluşumunda genetik, nörokimyasal, nöropatolojik, stres ya da esrar kullanımı vb. dış etkenlerin rol oynadığı bir “beyin hastalığı” olan şizofrenide uygulanan ilaç tedavisi, hastalığın değişik etaplarında (akut dönem, stabilizasyon dönemi ve stabil dönem gibi) birbirinden farklılıklar gösterir.

Bu konuda bilinmesi gereken önemli noktalar şunlardır;

- Şizofrenide prodromal belirtiler aslında daha erken yaşlarda başladığı halde, hastalar çoğunlukla rahatsızlıklarına ait akut belirtilerin patlak verdiği ve pozitif şizofreni belirtilerinin ön planda yer aldığı “akut” bir tabloda tedaviye getirilir. Bu sebeple tedaviyi reddetme, agresif ya da saldırganlık davranışları, mediko-legal sorunlar, hospitalizasyon konusunda yaşanan güçlükler vb. sorunlar yaşanabilen akut dönem tedavisi aciliyet taşır.
- Bir kısım hasta ise sinsi biçimde başlayıp, gitgide ilerleyen negatif şizofreni belirtileri ile bilişsel belirtiler hatta belli düzeyde bir yıkım (deteriorasyon) içinde hekime başvurur. Bunlar da genellikle tedavi başarısı yönünden zorluk ve olumsuzluk taşıyan hastalardır.

Şizofrenide; dopaminerjik patolojiyle birlikte dorsolateral prefrontal korteks (DLPFK) - ventral striatum - hipokampus arasındaki karşılıklı ilişkiler bozulmaktadır;

- Pozitif belirtiler; Düşünce yapısında, akışında ve içeriğinde bozulma (hezeyan), algılamada bozukluk (halüsinasyon), davranışlarda bozulma (agressivite) vb. pozitif belirtiler genel olarak “mezolimbik dopaminerjik hiperaktivite” ile ilişkilidir. Pozitif belirtilerin tedavisinde mezolimbik dopaminerjik aktiviteyi bastırıcı-söndürücü ilaçlara gereksinim vardır.
- İçeride kapanma, düşünce ve duygularda kısıtlılık, duygu ifadesinde azalma, konuşmada ifade ve ses yönünden tekdüzellik, sosyal aktivitelerden kaçınma vb. negatif belirtilerin ise mezokortikal dopaminerjik hipoaktivite ile ilişkisi vardır. Negatif belirtilerin tedavisinde ise mezolimbik dopaminerjik aktiviteyi artırıcı-canlandırıcı ilaçların kullanımına gereksinim duyulur.

Ancak pozitif belirtileri düzelterken dopamin antagonist etkili ilaçlar oldukça çok sayıda bulunmakla birlikte, negatif belirtileri gerektiğinde düzelterken mezolimbik dopaminerjik aktivite artırıcı ilaçlar yeterince yoktur.

- Algılama, anlama ve ifade zorluğu, dikkatini toplayamama, bellekte zayıflama vb. belirtilerle seyreden bilişsel belirtiler ise 6-10 yaşlar gibi çok daha erken yaşlarda başlamakta, diğer şizofreni belirtileriyle ilgisi olmaksızın hastalık boyunca stabil biçimde süregitmekte ve bu “defisiter tablolar” elimizdeki ilaçlardan da fazla yarar görmemektedir.
- Tedavideki bir diğer önemli nokta ise; tedavisiz geçen hastalık süresine paralel olarak beyindeki dejenerasyonun artması sebebiyle hastalığın kronikleşme olasılığının artabileceği, nüks sayısı arttıkça her yeni atağın bir öncekine göre daha uzun sürebileceği, tedaviye daha geç yanıt verebileceği ve daha güçlü tedaviye gereksinim gösterebileceğinin unutulmamasıdır.

AKUT İLK ATAK DÖNEM TEDAVİSİ

Bu dönem tedavisinde farmakolojik, psikoterapötik ve psiko-sosyal tedavi yöntemleri birlikte uygulanır. Tedavi süreci, olanak varsa hastanın kendi evi ve ortamında sürdürülmeli, ancak hastalığın kabullenilmemesi ya da psikoza sebebiyle hastalık yöneliminin olmayışı sebebiyle hastaya tedavi verilemediği durumlarda ya da hastanın kendisi ve de çevresi için zararlı olabileceği tablolarda hastane tedavisi yeğlenmelidir.

Akut ilk atak tedavisinin amaçları;

- Alevlenmiş psikotik belirtileri, ajitasyon, agresyon ve şiddeti önlemek ve düzeltmek.
- Hastanın kendine zarar verici (örn; intihar) gibi ya da özellikle emir veren varsanı ve hezeyanları sebebiyle çevreye zarar verici davranışlarını önlemek, gerektiğinde acil hospitalizasyonu sağlamak.
- Acil olgularda altta yatan olası sebeplerin (örn; psikoz, organisit, ilaç entoksikasyonu, deliryum vb.) ya da birliktelik durumlarının (örn; alkol/madde kullanımı, depresyon, panik atak vb.) erken tanı ve tedavilerini sağlamak.
- Kişinin ve çevresinin yaşadığı psikolojik travmayı en az düzeye indirmek, sağlıklı uyumu sağlamak ve psikososyal iyileşmeyi hızlandırmak.
- Erken tanı ve etkili antipsikotik tedaviyle şizofreninin katonik biçimi gibi yaşamı tehdit edebilen ciddi biçimlerinde azalmayı sağlamak.
- Uzun süreli iyileşmenin sağlanması amacıyla tedavi uyumu ve işbirliğini gerçekleştirerek olası nüksleri önleyici yaklaşımları yapmaktır (Işık E 2003).

ŞİZOFRENİ HASTALARINDA İLACA BAĞLI YAN ETKİLERİN ELE ALINMASI

Dr. M. Kâzım Yazıcı

GİRİŞ

Şizofreni uzun süreli maluliyete yol açan ilk on hastalık arasında yer almaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün Hastalıkların Küresel Yüğü Çalışması'nda şizofreni maluliyet sebepleri arasında erkeklerde beşinci, kadınlarda altıncı sıradadır (1). Doğal olmayan ölüm sebepleri çıkarıldığında şizofreni hastalarında ölüm oranı toplumun 2.5 katıdır. Şizofreni hastalarında ölümlerin %60'ı bedensel bir hastalığa bağlı olarak görülmektedir. Diğer ölüm sebepleri intihar veya kazayla olan ölümlerdir (2). Son yirmi yılda sağlıklı bireylerle şizofreni hastaları arasındaki fark gittikçe artarak hastaların hayat beklentisi 13-30 yıl kısalmıştır (3). Vankampfort ve arkadaşlarının meta-analizinde birden çok rahatsızlık dönemi geçiren ve tedavi gören şizofreni hastalarında karında yağlanma kontrollerin yaklaşık olarak 4 katı, diyabet riski yaklaşık olarak 2 katı bulunmuştur (4). Bu meta-analizde birden fazla rahatsızlık dönemi olan şizofreni hastalarında hipertansiyon için nispi risk 1.36, yüksek-yoğunluklu lipoprotein [high-density lipoprotein (HDL)] kolesterol düzeyinde düşüklük için 2.35, metabolik sendrom için 2.35, hipertrigliseridemi için 2.73 olarak hesaplanmıştır.

Şizofreni hastalarında kalp-damar hastalıkları (KDH) yaygın olarak görülmekte ve ölümlerin çoğu KDH'na bağlı olmaktadır. Bu sebeple şizofreni hastalarında KDH risk faktörlerinin araştırılması ve izlenmesi önemlidir. Şizofreni ile metabolik ve diğer bazı kalp-damar hastalığı risk faktörleri arasında, hayat tarzı, beslenme alışkanlıkları, madde kullanımı gibi çevresel faktörlerin; genetik veya hastalığa ilişkin (örn. belirti alanları) faktörlerin ve ilaçların dahil olduğu karmaşık bir etkileşme söz konusudur (5). KDH için risk faktörlerinin ele alınmasında metabolik sendrom (MetS) kavramı klinisyenlere yol gösterebilir.

Şizofreni hastalarında kalp-damar hastalıklarına bağlı erken ölümler, metabolik sendromun bu hastalarda yaygın olmasıyla açıklanabilir. MetS'un bileşenleri, bel çevresinde artma (merkezi şişmanlık), açlık kan şekerinde yükselme, artmış kan basıncı, artmış trigliserit düzeyleri ve düşük HDL kolesterol düzeyleridir. Bu bulguların tamamı KDH için bağımsız risk faktörleri olarak tanımlanmıştır. MetS'un birçok farklı tanımı vardır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) danışma grubunun 1998'de önerdiği tanımda insülin direnci temel bozukluk olarak kabul

edildiğinden DSÖ ölçütlerinin uygulanması nispeten zordur. Yaygın olarak kullanılan tanımlar, Uluslararası Diyabet Federasyonu (IDF) Görev Grubu, Amerika Birleşik Devletleri Ulusal Kolesterol Eğitim Programı Yetişkin Tedavi Paneli III (ATP III) ve Yetişkin Tedavi Paneli III'ün Amerikan Kalp Cemiyeti tarafından uyarlanmış (ATP III-A) metabolik sendrom tanımlarıdır (5). MetS bileşenlerinden üç veya daha fazlasının varlığıyla tanı konur ancak IDF tanımına göre üç bulgudan biri mutlaka bel çevresinde artma olmalıdır. IDF'de bel çevresi eşiği diğer iki tanıma göre daha düşük tutulmuştur. Farklı ırklar için farklı eşik değerlerinin geliştirilmesi çabası devam etmektedir. ATP III, ATP III-A ve IDF'ye göre MetS tanımları Tablo 1'de verilmiştir.

Şizofreni hastalarında MetS'un yaygın görülmesinin sebepleri tam olarak bilinmemektedir. Genetik yatkınlık, antipsikotik ilaçların metabolizma ve kalp işlevleri üzerindeki olumsuz etkileri, ruhsal zorlanmaya bağlı olarak hipotalamus-hipofiz-adrenal (HPA) ekseninin aşırı çalışması veya sağlıklı hayat tarzı metabolik sendromun gelişmesinde etkili olabilir.

Şizofreni hastaları sağlıklı bireylere göre daha çok sigara içmekte, daha fazla alkol ve madde kullanmakta, daha az hareket etmekte ve kötü beslenmektedir. Beslenmenin kalp-damar hastalıklarının önemli ve değiştirilebilir bir sebebi olduğu, kötü beslenme ile insülin direnci, dislipidemi ve hipertansiyon arasında yakın ilişki bulunduğu bilinmektedir (6). Kötü beslenme kısmen hastaların sosyoekonomik durumlarıyla ilişkili olmakla birlikte erkek şizofreni hastalarının kadın hastalara göre daha az sağlıklı beslendikleri bilindiğinden, sosyoekonomik durum kötü beslenmenin tek sebebi olarak görülmemektedir. Şizofreni hastaları genel olarak daha az meyve, sebze ve süt, daha çok doymuş yağ asidi, daha az posa ihtiva eden gıdalarla beslenmektedir (6). Sağlıksız beslenmenin psikiyatrik hastalığı olmayanlarda MetS ile ilişkisi bilindiğinden şizofreni hastalarında beslenme alışkanlıklarının MetS gelişmesine katkıda bulunduğu düşünülmektedir.

Şizofreninin diyabet ile ilişkisi 19. yüzyıldan beri bilinmektedir. Bu ilişkiye ilk dikkat çeken psikiyatristlerden biri Henry Maudsley'dir (7). Şizofreni hastalarında antipsikotiklerin keşfinden çok önce bozulmuş glukoz toleransı ve artmış insülin direnci olduğu bildirilmiştir. Yine bazı çalışmalarda şizofreni hastalarının kardeşlerinde glukoz toleransında bozulma ve tip

TEDAVİYE DİRENÇLİ ŞİZOFRENİ

Dr. Alp Üçok

Bu bölümde tedaviye dirençli şizofreni (TDŞ) kavramının kilometre taşları üzerinde durulduktan sonra tedavi yaklaşımına değinilecektir. Şizofreni hastalarında tedaviye direnç sıklığı %5 ile %60 arasında bildirilmiş olmakla beraber, genellikle hastaların %20-30'unun tedaviye dirençli olduğu kabul edilir (1). Tedaviye dirençli hastaların belirtileri daha ağır, yetiyitimleri ve intihar riskleri daha fazla ve yaşam kaliteleri daha düşüktür. (2,3). Ayrıca tedaviye dirençli hastaların mali yükü tüm şizofreni hastalarınınkinin %60-80'ini oluşturur (4). Tüm bu sebeplerle TDŞ bir halk sağlığı sorunu olarak kabul edilir (5).

Tedaviye Dirençli Şizofreni Kavramının Gelişimi

Yirmibeş yıl öncesine kadar TDŞ kavramı şimdikinden daha da zayıf tanımlanmış durumdaydı ve neredeyse çok uzun süre hastanede yatan hastaları tanımlamak için kullanılıyordu. Kane ve ark.'nın 1988'de mevcut (klasik) antipsikotiklerden yararlanmayan hastalarda klozapin tedavisinin ek yararlarını gösteren çalışması TDŞ kavramı için de önemli bir aşamadır. "Kane ölçütleri" diye bilinen ölçütler söz konusu araştırmacının işleme ölçütü olarak geliştirilmiş olsa da en azından teoride yaygın kabul görmüştür. Halen TDŞ tanımlanırken bu ölçütlere gönderme yapılması sık görülen bir durum olmakla beraber bu dar tanımın günlük uygulamada kullanılmasının zor olması TDŞ'nin boyutunu ve tedavisinin karmaşıklığını gerçek boyutuyla görmemizi de engellemektedir. Öte yandan sorunu daha iyi tanımlayacak yeni bir terim arayışı da sürmektedir. Gelecekte TDŞ yerine "tedaviye yanıtı", "tedaviye yeterli yanıt vermeyen" şizofreni gibi terimlerin kullanılması şaşırtıcı olmayacaktır. Çünkü TDŞ çağrıştırdığı karamsarlıkla hekimin daha başka tedavi seçenekleri aramasını da zorlaştırmaktadır. TDŞ kavramının günlük pratikte tedavi için yol gösterici olmasını sağlamak için araştırmada kullanılmak ve günlük uygulamada kullanılmak üzere iki farklı TDŞ ölçütü belirlenmesi de gündemdedir. Zaman içinde TDŞ tanımında çitanın düşürüldüğü görülmektedir. Bu eğilimin pratikte vakit geçirilmeden klozapin tedavisine geçişi kolaylaştırmayı hedeflediği söylenebilir. Halen en pratik tanımlama iki farklı gruptan antipsikotik ilacın 6 hafta etkili dozda (600 mg/gün klorpromazin eşdeğeri doz) kullanılmasına karşın anlamlı klinik yanıt alınamaması şeklindedir. Yanıt düzeyi çoğu zaman hekimin kanısına dayanmakla beraber, PNSÖ veya KPDÖ'deki düşüşün %25'den az olması, KGİ puanının 4

veya üzerinde olması, yaşam kalitesinde düzelme olmaması, psikososyal işlevsellikteki bozukluğun devam etmesi gibi ek ölçütler de hesaba katılmalıdır (6).

Tedaviye Direncin Boyutları

TDŞ'den söz edildiğinde genellikle kast edilen (yeterli dozda) antipsikotik tedavi almasına karşın hastanın pozitif ve/veya dezorganize belirtilerinin anlamlı düzeyde yatışmamış olmasıdır. Öte yandan tedaviye direncin çok boyutlu olarak değerlendirilmesi gerekir. Pozitif belirtiler, negatif belirtiler, depresif belirtiler ve intihar eğilimi, impulsivite ve kognitif belirtilerin o zamana kadar yapılmış tedavilere ne kadar yanıt verdiği ve mevcut düzeylerinin ne derece sorun oluşturduğu incelenmelidir. Günlük uygulamada her hastaya belirtilerin klinik şiddetini değerlendirecek Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği ya da Kısa Psikiyatrik değerlendirme Ölçeği gibi bir ölçek uygulamak gerekli ve mümkün değildir. Ancak tedaviye dirençli olduğuna karar verdiğimiz hastada belirli bir tedavi şemasına başlarken bu ölçümleri yapmak çok yararlı olacaktır. Çünkü hasta ve yakınları bir sonraki değerlendirmede genellikle bir şeyin değişmediğinden ya da yeni tedavinin yan etkilerinden söz etme eğilimindedirler. Hekimin de 3-4 hafta önceki belirti örüntüsünü tümüyle aklında tutması beklenemez. Ölçek uygulamak nesnel bir değerlendirme yapmamıza yardımcı olacaktır.

Yukarıda belirtildiği gibi hastaların 1/5 ile 1/3'ünün tedaviye dirençli olduğu görülmektedir. Ancak yeterince tedavi edilememiş her hastayı tedaviye dirençli olarak kabul etmemek gerekir. Tedavi uyumsuzluğu ile direnci ayırmak gerekir. Benzer şekilde hekimin önerdiği tedavinin doz ve süre açısından yeterli kullanılmaması veya eksik olması olması da söz konusu olabilir. Antipsikotik dozunun yeterli olduğu durumlarda kişinin o ilacı hızlı metabolize ediyor olması sebebiyle istenen serum düzeyine ulaşamıyor olması olasılığı da vardır. TDŞ durumunda kronik nitelik kazanmış kişilerarası özellikle aile içi bir sorun olup olmadığı da araştırılmalıdır. Böyle bir durum doğrudan ya da dolaylı olarak her tür belirti grubunun tedaviye yanıtını olumsuz etkileyebilir. Bir diğer inceleme alanı eşdeğer tanı durumları olmalıdır. Madde ya da alkol kötüye kullanımı, obsesif kompulsif bozukluk gibi diğer bozukluklar da tedaviye direnç tablosuna yol açabilir.

ŞİZOAFFEKTİF BOZUKLUK

Dr. Levent Mete, Dr. Mustafa Güleş

TARİHÇE

Kraepelin'in, psikozları "erken bunama" ve "manik depresif delilik" şeklinde ikiye ayırmasından on yıl sonra, öğrencisi ve çalışma arkadaşı Zendig, "Manik Depresif Delilikle Erken Bunama Arasındaki Ayırıcı Tanıya Katkı" başlıklı bir makale yayınladı. Bu makalede, erken bunama tanısı konan hastaların %30'unun tam olarak iyileştikleri belirtiliyordu. Zendig, hastaların öykülerini inceleyince bunların aslında manik depresif oldukları sonucuna vardı. Ardından, Kraepelin, iki tanıdan birisine dâhil edilemeyen olguların ne yazık ki oldukça sık görüldüğünü yazdı. Şizofreni ile affektif bozukluk arasındaki sınırla ilgili tartışma böylece başlamış oldu (1). İki tanı arasında kalan olguların bugünkü terminolojiyle adlandırılması içinse aradan yarım yüzyıl geçmesi gerekti. Kasanin, 1933 yılında "American Journal of Psychiatry" dergisinde yayınlanan "Şizoaffektif Psikozlar" başlıklı yazısıyla kavramı ilk kez kullanan kişi oldu. Ancak, onun şizoaffektif psikoz olarak adlandırdığı olgular, bugünün ölçütleriyle "Geçici Psikotik Bozukluk" tanısına uyuyordu. Kullanmakta olduğumuz "Şizoaffektif Bozukluk" tanısına yakın ilk tanımlamayı yapan kişi, aynı yıllarda Kurt Schneider olmuş, Alman psikiyatr bu durum için "aradaki olgular" etiketini önermişti (2).

Şizoaffektif bozukluğun önemli özelliklerinden birisi, ilk tanımlandığı dönemden başlayarak, klinik gidiş yönünden şizofreniyle affektif bozukluk arasında yer alması oldu. 1963'te Vaillant, iyileşen hemen tüm şizofrenili hastalara şizoaffektif bozukluk (ŞAB) tanısı konabileceğini ileri sürdü. Bu hastaları ortalama on yıl izledikten sonra, 1978'de yazdığı yazıda bildirdiği sonuçlar düşüncesini destekliyordu.

ŞAB, DSM ve ICD'de farklı ölçütlerle yer aldı. "Hastalık atağı sırasında sanrı ve varsanılar olduğu ancak belirgin mizaç belirtisinin olmadığı en az iki haftalık bir süre" şartını ileri süren DSM-III-R, DSM-IV ve DSM-5'in, ICD-10'a göre daha dar bir tanım önerdiğini, bunun sonucunda bekleneneği gibi, daha homojen bir gruba "ŞAB" tanısı koyduğunu görebiliriz (3).

Epidemiyoloji

ŞAB'a tedavi kurumlarında oldukça sık rastlanmakta, yapılan çalışmalar organik sebebe bağlı olmayan psikoz sebebiyle yatarak tedavi gören hastaların %10-30'unun bu tanıyı aldığını göstermektedir (4). Ancak alan çalışmalarının yetersizliği ve son

yıllarda tanı ölçütlerindeki değişkenlik sebebiyle sıklığı ve yaygınlığı konusundaki rakamlara ihtiyatla yaklaşmak gerekmektedir. Finlandiya'da yapılan bir çalışmada yaşam boyu görülme sıklığı %0,32 bulunmuştur (5). Dünyada yaşam boyu görülme sıklığının %0,5-0,8 olduğu tahmin edilmektedir (6).

Etiyoloji

ŞAB'ın etiyolojisini araştıran çalışmaların büyük bölümü, yalnızca bu tanıyı alan kişileri incelemek yerine, şizofreni ve mizaç bozukluğu tanıları hastaları da içeren daha geniş bir hasta grubunu ele almakta (7), ortaya çıkan sonuçlar, üç tanı grubunun etiyolojileri arasındaki benzerlik ve farklılıkları vurgulamaktadır. ŞAB'lı kişilerin ailelerinde, şizofreni tanıları kişilerininkine göre daha yüksek oranda duygudurum bozukluğu, duygudurum bozukluğu tanıları kişilerininkine göre daha yüksek oranda şizofreni görülmesi, klinik tablodakine benzer bir etiyolojik konumlanma lehine değerlendirilebilir. Beyin görüntüleme çalışmalarında, serebral ve özellikle temporal volümde azalma dikkat çekicidir (8,9).

Klinik Özellikleri ve Ayırıcı Tanısı

Tanımı

ŞAB Kasanin tarafından 1933 yılında ilk tanımlandığından beri, hakkında birçok tartışma yapılagelmiştir. Araştırma Tanı Ölçütleri ve ICD-10'da ŞAB eş zamanlı ve eşit oranda affektif ve psikotik belirtilerle, özellikle Schneider'in birinci sıra belirtileriyle karakterizedir. DSM-IV-TR tanı için hastalığın aynı dönemi sırasında, ek olarak affektif belirtilerin olmadığı en az 2 haftalık bir dönemde sanrı veya varsanıların olmasını gerekli saymaktadır. DSM-5 ise sanrı veya varsanıların bulunmasını şart koştuğu en az 2 haftalık bu süreyi aynı hastalık dönemi kapsamından çıkararak yaşam boyu görülmek şeklinde yeniden düzenleme yoluna gitmiştir. Ayrıca öncekilerin aksine şizofreninin A tanısı ölçütündeki Schneiderian belirti üstünlüğünü de sona erdirmiştir. Yapılan bu boyutsal ve fenomenolojik değişikliklerin ilerleyen yıllarda gerek klinik, gerekse de araştırma alanında birçok yeniliğe öncülük edeceği açıktır.

ŞAB bugüne kadar affektif belirtiler içeren şizofrenin atipik bir formu, şizofreni belirtileri taşıyan duygudurum bozukluğunun atipik bir formu, aynı hastada eş zamanlı bir şekilde

HEZEYANLI BOZUKLUK

Dr. Mehmet Emin Ceylan, Dr. Barış Önen Ünsalver

Giriş

Hezeyanlı bozukluk, bizar olmayan türden hezeyanların varlığı ve bunlara eşlik eden diğer duygudurum ya da psikotik belirtilerin yokluğuyla belirli bir klinik tablodur. Bu tabloda, takip edilme, bir başkasının aşık olması, eş tarafından aldatılma ya da bir tıbbi hastalık geçirmek gibi gerçek hayatta yaşanması olası durumlara dair hezeyanlar vardır. Hezeyanlı bozukluk gerçekte bağlantının tamamen kaybolduğu psikotik bozukluklar ile aşırı değerlendirilmiş fikirler arasındaki bir yelpazede yerleşmiştir. Aşırı değerlendirilmiş fikir, sıkı sıkıya bağlı olunmayan bir inanış temsil ederken, hezeyanda kesin bir inanç söz konusudur.

Tarihçe

Bir dönem “paranoid bozukluklar” olarak bilinen hezeyanlı bozukluk, eski Yunan döneminden beri tanınmaktadır. Eski Yunan’da paranoya terimi, her tür akli bozulmayı tarif için kullanılmıştır. Bu terim, Yunanca para (yan, dış) ve nous (akıl) kelimelerinden türetilmiştir. 1818 yılında Heinroth ve 1838 yılında Esquirol paranoyadan bahsetmiştir (1). Karl Kahlbaum ise 1863’te paranoya olarak etiketlenmiş “birincil olarak entelektüel bozulmanın görüldüğü belirtilerle seyreden bir grup bozukluğu” içeren bir taksonomi önermiştir. Richard von Krafft-Ebbing, hezeyanları paranoyanın ana belirtisi olarak sunmuştur. Bugünkü hezeyanlı bozukluk tanımının çerçevesi Emil Kraepelin’in çalışmalarıyla oluşturulmuştur. Kraepelin, paranoyayı, sabit, bizar olmayan, sistematize hezeyanların bulunduğu, kronik gidişli, ancak dementia praecoxtaki tipik kötüleşmenin olmadığı ve duygulanım ya da volisyonun çok az ya da hiç etkilenmediği bir klinik tablo olarak tariflemiştir. Eugen Bleuler ise paranoid bozukluk ve paranoid şizofreni arasındaki ayrımı belirlemiştir (2). 1977’de Winokur, Kraepelin’le benzer bulgularla yola çıkarak paranoyayı hezeyanlı bozukluk ismiyle yeniden çerçevelendirmiştir. 1987’de paranoya yerine Amerikan Psikiyatri Birliği DSM-III-R’de Kraepelin’le uyumlu biçimde ilk defa “Hezeyanlı Bozukluklar” terimini kullanmaya başlamıştır. Benzer şekilde Dünya Sağlık Örgütü ICD-10’la birlikte paranoya ve parafreni terimlerini bırakarak “hezeyanlı bozukluk” ismine geçmiştir. ICD-10’da hezeyanlar “bizar olmayan” yerine, “tipik şizofrenik hezeyanlar içerisinde listelenmemiş” şeklinde tanımlanmıştır. ICD-10’da sanrıların süresinin 3 aydan uzun olması koşulu vardır. Hem DSM-5 hem de ICD-10 geçici belir-

gin olmayan varsanıların olmasını kabul eder (3). DSM-5 tanı ölçütleri Tablo 1’de belirtilmiştir.

Epidemiyoloji

Hezeyanlı bozukluk, klinikte sık görülmeyen bir tablodur. DSM-5’te hezeyanlı bozukluk yaygınlığı %0.2 olarak verilmektedir ve bu oran %1 olan şizofreni yaygınlığından oldukça düşüktür (3). Hezeyanlı Bozukluğa dair bilgilerimiz sınırlı sayıdaki vaka serilerine dayanmaktadır (4). Binbay ve ark.(2012) İzmir kent merkezinde 15-64 yaş arası 4011 kişiyle yaptıkları DSM-IV Psikotik ve Bipolar I Bozuklukların Yaşamboyu Yaygınlıkları Tahminleri araştırmasında, tüm örneklem içerisinde hezeyanlı bozukluk yaygınlığını 0.10 (4 olgu) bulmuşlardır (5). Aynı çalışmadaki şizofreni yaygınlığı (%0.74) literatürle uyumlu olarak hezeyanlı bozukluk yaygınlığından daha yüksektir.

Psikiyatri servisinde yatarak tedavi gören hastalar arasında HB yaygınlığı %0.3 ile %9 ve ayaktan psikiyatri hizmetine başvuranlar hastalarda %0.83-1.2 arasında değişmektedir (4). İngiltere’de yapılan bir çalışmada 3 yıllık bir süre içerisinde bir psikiyatri merkezine başvuran 227 birinci epizod psikoz hastasının %7’sinin hezeyanlı bozukluk tanısı aldığı bildirilmiştir (6).

Hastalığın ortalama başlangıç yaşı 40’tır (2). 2008’de İspanya’da yapılan bir çalışmada hezeyanlı bozukluk ortalama başlangıç yaşı 55 bulunmuştur ve hastaların %56.5’inin kadın olduğu bildirilmiştir (7). Cinsiyet farklarını içeren çalışmalarda kadınlarda hezeyanlı bozukluk oranının daha yüksek olduğu gösterilmiştir (8). Erkeklerde başlangıç daha erken yaştadır. Erkekler arasında bekar oranı daha yüksekken, kadınlarda dul oranı daha yüksektir. Kadınlarda kişilerarası sorunların tetikleyiciliği ve geç başlangıç yaşı daha sıktır. Erkeklerde premorbid dönemde bilinç kaybının eşlik ettiği kafa travması öyküsü ve premorbid madde kötüye kullanımı hezeyanlı bozukluğun tetiklenmesinde kadınlara göre daha sıktır. Düşmanlık görme hezeyanları erkeklerde daha sık iken, somatik ve erotomanik hezeyanlar kadınlarda daha sıktır (2,9,10).

Fenomenoloji ve Klinik Özellikler

Klinik değerlendirmede ilk yapılacak, kişinin gerçekten hezeyanlı bir inancı olup olmadığını saptamaktır (2). Başlangıçta hezeyanı gibi değerlendirilen bazı yorumlar aslında doğru olabilir. Tersine, ilk başlarda inandırıcı bulunan bazı düşüncelerin,

BİPOLAR BOZUKLUK

Dr. Fisun Akdeniz

Bipolar bozukluk yineleyici ve kronik doğadadır. Sirkadiyen ritimlerde düzensizlik, duygudurum dalgalanmaları, bilişsel bozukluklar ve tıbbi hastalık yükü ile seyretmektedir. Hastalık gidişi genellikle değişkendir ve öngörülemez. Farmakolojik olan ve olmayan tedavi yöntemlerine rağmen hastalık dönemleri yinelemekte ve psikolojik yıkım görülmektedir. Yüksek yetiştirme yapan bir hastalıktır, Dünya Sağlık Örgütü'ne göre dünya çapında 15-44 yaş aralığında yeti yitimi yapan hastalıklar arasında altıncı sıradadır.

GİRİŞ VE TARİHÇE

Bipolar bozukluğun tanımlanması binlerce yıl öncesine dayanmaktadır. Eski Yunan tıp yazarları ruhsal hastalıkları altta yatan biyolojik bir bozukluğa bağlamışlardır. M.Ö. dördüncü ve beşinci yüzyıllarda Hipokrat ve onun okulu melankoliyi bugünküne yakın olarak tanımlamışlardır: yemek yemek istememe, uykusuzluk, iritabilite ve huzursuzluk gibi. Depresyon ve maniye tek bir hastalık olarak tanımlayan ise M.S. 150'de Kapadokyalı Arateus'dur. Yine benzer yıllarda Bergama'nın Galen'i melankoliyi kronik ve yineleyici bir durum olarak tanımlamıştır.

19. yüzyılın ortalarında birbirinden bağımsız olarak Fransa'da Falret ve Baillarger birbirlerinden bağımsız olarak mani ve depresyonun aynı hastalığın farklı görülme şekilleri olabileceğini belirtmişlerdir. 1854'de Falret manik-depresif hastalığı döngüsel (la folie circulaire) olarak tanımlarken Baillarger ise çift taraflı hastalık (la folie a double forme) demiştir. Kahlbaum ise 1882'de sirküler hastalık (siklotimi) yani manik-depresif hastalığın hafif formunun demans ile sonlanmadığını yazmıştır (1,2).

Yaklaşık yüzyıl kadar önce Kraepelin gözlem ve betimlemeleri ile psikiyatrideki ilk tıbbi hastalık modelini oluşturmuştur. Kraepelin 1883 ile 1926 yılları arasında "Psikiyatri: Öğrenciler ve Doktorlar için Kitap" adlı kitabı dokuz kere tekrardan gözden geçirerek yazmıştır. Kraepelin iki ana psikotik hastalık tanımlamıştır: manik-depresif hastalık ve dementia praecox. Manik-depresif delilik (hastalık) ilk kez altıncı baskıda yer almaktadır. Hastalık ne kadar uzun sürerse sürsün demansa yol açmadığı belirtilmiştir. Kitabının sekizinci baskısında manin çeşitli formları ayrıntılandırılmıştır (2).

"Bipolar" bozukluk ise ilk kez Perris tarafından 1966'da Acta Psychiatrica Scandinavica'da yayınlanmıştır. Bu sırada

1952'de Kuzey Amerika'da Amerikan Psikiyatri Birliği ilk ruhsal hastalıkların tanımladığı kitapta "manik-depresif reaksiyon" ve 1968'de ikinci baskısında "manik-depresif" hastalık kelimelerini kullanmıştır. DSM-III'le birlikte "bipolar bozukluk" kelimesi kullanılmaya başlamıştır.

Avrupa'da 1970'lerin başlarında Angst ve Kukopulos, Amerika'da ise Akiskal bipolar bozukluk üzerinde geniş çalışmalar yapmaya başlamışlardır. Akiskal özellikle bipolar spektrum kavramı üzerinde teoriler ve teorileri kanıtlamak üzere araştırmalar planlamıştır. Akiskal bipolar ile unipolar bozuklukların ayrımı, atipik depresyon klinik özellikleri ve mizaç (temperament) üzerinde çalışmıştır. Kukopulos ise ajite depresyon, antidepresanlara yanıt vermeyen depresyon hastalarının klinik özellikleri ve hızlı döngülü hastalar üzerinde yoğunlaşmıştır (3).

Hipomani DSM-IV'te (4) en az dört günlük süreyle anormal ve ısrarlı yükselmiş, kabarmış ya da irritabl duygudurumun bulunduğu, manik dönem belirtilerinden psikotik belirtilerin olmadığı durum olarak ayrılabilirdi belirtilmiştir. Bu tanımdaki diğer vurgular ise sosyal-mesleki işlevsellikte belirgin bozulma olmaması ve hastalık şiddeti sebebiyle hastaneye yatışın gerekmediğidir. Hipomani ilk kez Dunner ve Fieve tarafından 1976'da yapılmıştır. Sınıflandırma sistemlerine de taşıyan Dunner ve Fieve olmuştur.

Frederick Goodwin ise 1980'lerin sonunda National Institute of Mental Health yöneticisi olduğu sırada "Manic-Depressive Illness" adıyla ilk bipolar bozukluk kitabını yayınlamıştır. Goodwin lityumun bipolar bozukluk dışında yineleyen majör depresyon hastalarının tedavisinde de kullanılabileceğini ileri sürmüştür (1).

Bipolar bozuklukta spektrum kavramı ilk kez Kraepelin ile gündeme gelmiştir. Kraepelin psikotik bozukluk ile manik-depresif hastalık arasındaki spektrumu tanımlarken diğer klinisyenler ise unipolar bozukluk ile bipolar bozukluklar spektrumu üzerinde durmuşlardır.

Epidemiyoloji

Halk sağlığının ana konularından biri olan epidemiyolojide insan topluluğunda hastalıkların dağılımı araştırılır. Hastalık sıklığındaki değişiklikler hastalığın sebepleri, risk etmenleri,

BİPOLAR (İKİ UÇLU) BOZUKLUKTA ETYOLOJİ; ÇEVRESEL RİSK, GENETİK, NÖROBİYOLOJİ VE BİYOMARKERLER

Dr. Haluk A. Savaş, Dr. İhsan Aksoy

Etyoloji

Diğer ruhsal bozukluklarda olduğu gibi bipolar bozuklukta da biyolojik ve psikososyal etiyolojilerin ağırlığı hakkında tartışmalar halen devam etmektedir. Bipolar bozukluğun patogenezi halen net olarak anlaşılmadığı için Kraepelin'den beri bipolar bozukluk tanısı patogeneziyle ziyade kesitsel ve uzunlamasına verilere dayanılarak klinik olarak konulmaktadır ve şizofreni, şizoafektif bozukluk ve unipolar depresyon ile ayırıcı tanısı bu şekilde yapılmaktadır. Mesela Leonhard ve Berman (1957), bipolar bozukluk ve unipolar depresyon ayırımını manik hecme varlığı veya yokluğu üzerinden kavramsallaştırmıştır. Fenomenoloji olarak yapılan bu sınıflandırma, klasik vakalar göz önüne alındığında net ayrımlar sağlasa da, gerçekte bipolar bozukluk ile bahsedilen diğer bozukluklar arasında kalan vakalar da görülmektedir ve net ayırım yapmak her zaman mümkün değildir. Hem ayırıcı tanı aşamasında hem de takip ve tedavi aşamasında fenomenolojiye yardımcı olacak veya onun yerini alacak belirteçlerin bulunması için çok sayıda çalışma yapılmaktadır. Öncelikle nörogörüntüleme, genetik, biyokimya ve çevresel etkenlerin değerlendirildiği bu çalışmalarda henüz klinik düzeyde fark yaratacak bir belirteç ulaşılmadıysa da elde edilen verilerin birlikte değerlendirilmesiyle bipolar bozukluğun etyogenezi hakkındaki bilgilerimiz gittikçe artmaktadır. Etiolojinin daha kapsamlı değerlendirilmesi için biyolojik ve psikososyal etkenlerin birlikte değerlendirilmesi gerekmektedir.

Çevresel Risk

Genetik çalışmaların hızlı bir şekilde ilerlemesine ve insan genom haritasının tamamlanmasına rağmen ruhsal bozukluklarda genetik nedensellik ile ilgili önemli sorular halen cevaplanamamıştır. Tekrarlayan çalışmalarda bipolar bozukluğun genetik yükü gösterilmiştir ancak tek yumurta ikizlerinin incelendiği çalışmalarda eşhastalanma oranının tam olmaması ve manik hecmelerin biyolojik olarak yatkın olan bireylerde bazen travma sonrası bazen de kendiliğinden oluşması, etyolojide psikososyal etkenlerin gözardı edilemeyeceğini göstermektedir. Bu sebeple ruhsal bozuklukların psikoanalizden davranışçılığa kadar değişen teorik çerçevesi, yeni gelişen nörobilimsel yöntemlerle çalışılmaktadır ve çevresel etkenlerin beyin gelişimi üzerindeki etkisi anlamına gelen *envirom* gibi terimler ortaya çıkmıştır (1). Ruhsal bozuklukların tek bir sebebi olduğu düşüncesi artık çok

gerilerde kalmıştır ve gen-çevre etkileşimi ve gen transkripsiyonunun düzenlenmesini araştıran epigenetik çalışmalar vasıtasıyla bozukluklara yatkınlığın, farklı sebeplerin kombinasyonundan kaynaklandığı görüşü ağırlık kazanmıştır. Gen-çevre etkileşimine göre çevresel olaylar gen transkripsiyonunun düzenlenmesi aşamasında genom üzerine etki etmektedir ve beyin yapısında ve işlevinde değişikliklere sebep olarak bireyi psikopatolojilere daha duyarlı hale getirmektedir. Bunun sonucunda semptomatoloji daha ağır olabilmekte, ruhsal bozukluklar daha erken yaşlarda ortaya çıkabilmekte ve diğer ruhsal bozukluklarla komorbidite daha fazla olabilmektedir.

Çocukluk çağındaki stresin çocukluk ve ergenlik gelişiminde önemli etkileri olduğu ve erişkinlik dönemi boyunca devam eden ruhsal bozukluklara yol açtığı bilinmektedir. Şizofreni, bipolar bozukluk ve şizoafektif bozukluk hastalarında yapılan bir çalışmada çocukluk çağı travması olan bireylerin oranı %47.5 olarak bulunmuştur (2). Genel olarak travma ne kadar erken bir dönemde olursa etkilenmenin daha fazla olacağı kabul edilir. Ayrıca ruhsal bozukluğu olanların da çocukluk çağındaki travmaya maruz kalmaya daha yatkın olduğu kabul edilir. Birbirini besleyen bu durum travmaya maruz kalan bireyin erişkinlik döneminde diğer bireylere travma uygulama riskinin artması sebebiyle bir şiddet döngüsü haline gelebilir.

En ağır çevresel etkenler arasında ebeveynler yada büyükler tarafından duygusal suistimal, şiddete maruz kalma veya tanık olma ve cinsel suistimaller yer almaktadır (3). Çocukluk suistimalleri ve ihmallerinin stres duyarlılığını ve beyin gelişimini etkilediğini gösteren preklinik çalışmalar mevcuttur. Anneden ayrılık şeklinde olan erken dönem stresinin insan olmayan primatlarda korpus kallosum hacminde azalmaya yol açtığı bir çalışmada gösterilmiştir (4). Literatürde buna benzer pek çok çalışma yer almaktadır; bu çalışmalar göstermektedir ki stresin tipine ve olduğu gelişim dönemine göre beyinde yapısal ve biyokimyasal değişiklikler meydana gelmektedir.

Özellikle bipolar bozukluğu olanlar travmatik yaşantılara karşı daha hassas gibi görünmektedir. Değişik çalışmalarda bipolar bozukluğu olan bireylerin %30-50'sinde travma hikayesi saptanmıştır (5). Travmalar arasında en sık olarak duygusal travma olduğu görülmektedir ve duygusal travma sıklığı unipolar depresyon dahil diğer psikiyatrik bozukluklardan daha fazladır (6). Bipolar bozuklukla ilgili yapılan bir çalışmada negatif

BİPOLAR BOZUKLUĞUN TEDAVİSİ

Dr. K. Oğuz Karamustafaloğlu, Dr. Işıl Göğcegöz Gül

GENEL TEDAVİ İLKELERİ VE KARŞILANMAMIŞ İHTİYAÇLAR

Bipolar bozukluk (BB); kronik seyirli ve ataklar ile giden, morbidite ve mortalitesi yüksek bir hastalık olduğu için erken tanısı ve etkin bir şekilde tedavi edilmesi önemlidir. Hastalığın erken tanınması etkin tedavi için gereklidir. İlk belirtilerin ortaya çıkması ile tedavinin başlaması arasında geçen sürenin 10 yıl olduğu bildirilmektedir. Bu süreç içinde hastalara, depresif bozukluk, anksiyete bozukluğu, şizofreni, madde kullanım bozukluğu, kişilik bozukluğu gibi yanlış tanımlar konulmakta ve uygun olmayan ve hatta döngü sıklığını artırdığı bildirilen antidepresanlar gibi tedaviler verilmektedir (1).

BB'ta akut atakların tedavisi, yinelemelerin önlenmesi ve hastaların işlevselliğini artırmak tedavinin ana ilkeleridir (2). Yinelemelerin önlenmesi ayrı bir önem taşımaktadır. Her atağın bir sonraki atağın habercisi olduğu ve her yeni atakla birlikte hastalığın yıkıcı etkilerinin belirginleştiği bilinmektedir. Yinelemelerin en sık sebebinin tedavi uyumsuzluğu olduğu ve bu hasta grubunun %64 civarında tedaviye uyum sağlamadıkları bildirilmektedir. Bu sebeplerle önleyici tedaviyi planlarken hasta ve hasta yakınlarına hastalık hakkında bilgilerin verildiği psikoeğitimler ve hasta uyumunu artırıcı yapılandırılmış psikoterapilerin eklenmesi gerekmektedir (3). Hastalığın seyri bireyler arasında farklılıklar gösterdiği için tedavi planı yaparken geçirilen atakların sayısı, sıklığı, süresi ve tipleri, remisyon dönemlerinin süresi ve hastanın işlevsellik düzeyi, kalıntı belirtilerin olup olmadığı, daha önce verilen ilaçlar, tedaviye verdiği yanıt ve tedaviye uyumu gibi hastalığın geçmiş seyri özellikleri, eşitlerinin varlığı, aile öyküsü dikkate alınmalıdır (2).

Tedavi Evreleri

Tedavi süreci akut atak tedavisi ve önleyici tedavi olarak ikiye ayrılabilir. Akut atak tedavisi; hastanın içinde bulunduğu mani, hipomani, depresyon veya karma belirtilerin eşlik ettiği dönemlerin tedavisinden oluşur. Önleyici tedavide amaç; relaps ve rekürslerin önlenmesi, remisyonun sürdürülmesidir (2). BB'ta önleyici tedavi ile mortalite ve morbidite azalmakta ve hastaların yaşam kalitesi artmaktadır. Önleyici tedaviye uyumu artırmak için etkinliği, yan etkileri ve güvenilirliği değerlendirilerek hastaya göre bireysel tedavi düzenlenmelidir. BB'ta erken tanı

koyulması ve tedavinin hastalığın ilk dönemlerinde başlaması hastalık sürecini etkileyen önemli faktörlerden biridir. Çünkü her atak bir sonraki yinelemenin en önemli habercisidir. Ayrıca hastalığın yıkıcı etkisi her atakla belirginleşmektedir. Bu sebeplerle önleyici tedavinin erken dönemlerde başlaması ve sürdürülmesi önem taşır (2,4). Remisyon dönemlerinde artık (rezidüel) belirtilerin sürmesi yineleme riskini artırdığı için bu belirtilere dikkat etmek gerekmektedir. Önleyici tedavide, hastaya ve yakınlarına verilen psikoeğitimin önemli bir yeri vardır. Psikoeğitimin atakların öncü belirtilerinin tanınması ve atakların hastanın sosyal ve mesleki işlevselliğini bozmadan önlem alınmasını sağlayıcı etkisi vardır. BAB'ta yineleme, mortalite ve morbitenin en önemli sebebi olduğu düşünülen tedavi uyumsuzluğunun azaltılması için psikososyal girişimlerin tedaviye eklenmesi gerekir. Hastaya ve hasta yakınlarına hastalığın doğası ve yineleme riski, atakların ilk belirtileri ve uykusuzluk, alkol madde kullanımı gibi tetikleyici faktörler hakkında bilgi verildiğinde tedaviye uyum artmaktadır. İlaç tedavisi ile birlikte uygulanan aile odaklı terapi, kişilerarası ve sosyal ritim terapisi, bilişsel davranışçı terapi (BDT) gibi psikososyal girişimlerin hasta uyumunu artırdığı ve yineleme riskini azalttığı bildirilmiştir (3-5).

Akut Bipolar Mani Tedavisi

Akut mani tedavisinde temel amaç tam düzelme (remisyon), yani belirtilerin tamamen ortadan kalkması ve hastalık-öncesi işlevselliğin sağlanmasıdır (5, 6). BB manik dönem tedavisi, öncelikle kapsamlı bir psikiyatrik öykü ve muayenenin ardından belirtileri kontrol altına alınması için uygun tedavinin zaman kaybetmeden başlaması gerekmektedir. Saldırganlık, hastanın kendine ve başkalarına zarar verme riski, psikotik belirtiler, katatonik belirtiler gibi hastalığın şiddet göstergeleri değerlendirilmeli ve denetim altına alınmalıdır. Şiddetli belirtilerin varlığında hastanın yatırılarak tedavi edilmesi gerekmektedir. Ayrıca hastada başka bir sistemik hastalığın varlığı, kullandığı ilaçlar, alkol veya madde kullanımı değerlendirilmeli, fizik ve nörolojik muayene yapılmalı, laboratuvar tetkikleri istenmelidir. Hastanın sistemik hastalıkları için kullandığı ilaçlar ve alkol-madde kullanımı varsa manik dönem ile nedensel ilişkileri değerlendirilmeli veya antidepresan kullanımına bağlı bir manik atak varsa ilacı kesilmelidir (6,7).

BİPOLAR BOZUKLUKTA PSİKOTERAPİ

Dr. Ahmet Ünal

BİPOLAR BOZUKLUKTA PSİKOTERAPİ

Bipolar bozukluğun farmakolojik tedavisinde önemli gelişmeler olmasına karşın uzun dönem duygudurum dengesinin sağlanmasında ek düzenlemelere ihtiyaç duyulmaktadır (1,2). İlaçla tedavi her zaman yineleme veya morbiditeyi önleyemez. Düzenlen hastalarda bile psikososyal işlevsellik çoğunlukla bozuktur. Ancak ek psikososyal yaklaşımlar ile hem belirti düzeyinde hem de fonksiyonel olarak daha iyi sonuçlar alınabilir. Psikoterapi uzun zamandan beri yardımcı tedavi olarak önerilmekte olup, hangi hastada hangi tür psikoterapinin daha etkili olduğu, ne sıklıkta kullanılması gerektiği sorularının yanıtı ise henüz net değildir (3,4).

Psikolojik yaklaşımların temel mantığı stres, olumsuz yaşam olayları, aile içi çatışmalar, uyku-uyanıklık döngüsünü bozan olaylar ve amaca yönelik etkinlik artışını da içeren psikososyal stres etkenlerinin yinelemelerle ve belirtilerdeki kötüleşme ile ilişkisine dayanmaktadır. Psikoterapi ile hedeflenen; stres yönetimi, erken yineleme belirtilerinin tanımlanması, önlenmesi ve uyku ve egzersiz gibi günlük yaşam aktivitelerine nasıl ayak uydurulabileceği konusunda hastaların ve mümkünse bakıcılarının eğitilmesidir (5). Psikoterapi, atakların stabilizasyonu ve yinelemenin önlenmesinde ilaç tedavisine etkin olarak yardımcı eder. Hastanın hastalığını ve belirtilerini anlaması, hastalığını kabullenmesi, duygudurum dönemlerini tetikleyen durumları tanıması ve tedaviye uyumunun artması bakımından katkılar sağlar.

Bipolar bozuklukta psikoterapinin hedeflerini şöyle sıralayabiliriz:

- Yinelemenin erken uyarıcı belirtilerini tanıma ve erken müdahale etme becerilerinin geliştirilmesi,
- Hastalığın kabulünün artırılması,
- İlaç uygulamalarına uyumun artırılması,
- Belirtilerle ilişkili çevresel stres etkenleriyle başa çıkma becerisinin artırılması,
- Uyku ve uyanıklık ritimlerinin ve diğer günlük rutinlerin düzene oturtulması,
- Sosyal, ailesel ve işle ilgili rollerin düzenlenmesi,
- Aile ilişkilerinin ve iletişiminin artırılması,
- Yasadışı ilaç ve alkol kullanımının azaltılması.

Bipolar bozukluk kronik seyri sebebiyle sürdürüm tedavisini gerektiren ve bu yüzden etkin bir tedavi için yüksek düzeyde hasta uyumunun zorunlu olduğu bir hastalıktır. Çalışmalarda bildirilen tedavi uyumsuzluk oranları %20 ile %70 arasında değişmekte, ortalama %40 olarak hesaplanmaktadır. Tedaviye uyumsuzluk, nüks ve yinelemenin ana sebebi olarak düşünülür. İlaç tedavilerine rağmen 5 yıllık sürede nüks oranları %70'ten daha fazladır (6). Uygulanan psikososyal tedaviler daha çok tedavi uyumunu artırmaya yöneliktir. 12-30 ay süresince medikal tedaviyle birlikte yapılan psikoterapinin nüks oranlarında %30-40'lık azalma sağladığı, olumlu etkilerinin sonlandırılmalarından sonra en az bir yıl daha devam ettiği görülmüştür. İyi çalışılmamış olmakla birlikte; yoğun psikososyal tedavi alan hastaların 1-2 yıl boyunca rutin farmakolojik tedavi alanlara kıyasla daha iyi işlevsellik gösterdiği, 12 veya daha fazla seans içeren tedavi modellerinin de 3 veya daha az seans içerenlere göre daha etkili olduğu saptanmıştır (3). Belirli ek psikososyal yaklaşımların hem kısa süreli hem de uzun süreli izlemde etkinliği kanıtlanmış ancak hangi hasta için hangi yaklaşımın daha etkili olduğu, bu yaklaşımın ne zaman uygulamaya konulması gerektiği ve hangi sıklıkta uygulanacağı konuları net olarak açıklığa kavuşmuş değildir (7,8).

Psikoterapi uygulamalarının etkinliği, hastaların karakteristik özelliklerine ve hastalığın evresine göre değişir. Depresyon ve mani belirtilerine psikososyal yaklaşımların etkisi karşılaştırılmalı olarak çalışılmamıştır. Manik belirtilerin en fazla ilaç uyumsuzluğu, olumsuz yaşam olayları ve uyku-uyanıklık döngüsü bozukluğu ile ilişkili olduğu söylenebilir (9). İlaç tedavisine uyuma ya da uyku bozukluğu gibi prodromal bir belirtinin erkenden tanınmasına odaklı yaklaşımlar depresif belirtilere kıyasla manik belirtileri azaltmada daha etkili olabilir. Benzer şekilde ailede yüksek duygu dışavurumunun ve akrabalar arasındaki bakımverenin yükünü de içeren kişilerarası bozulmanın depresif belirtilerle daha fazla ilişkili olduğu söylenebilir. Ağır çatışma durumlarında uygulanan iletişim ve problem çözme yöntemleri gibi kişilerarası ve aile ilişkilerinin düzenlenmesinde rol oynayan bilişsel ve davranışsal becerilere odaklı hasta ve aile merkezli yaklaşımlar, manik belirtilere kıyasla depresif belirtileri azaltmada daha etkiliymiş gibi görünmektedir (3,10).

Akut mani dönemindeki hastalar yetersiz içgörüye sahip oldukları ve çoğunlukla tedaviyi reddettiklerinden dolayı yoğun

DEPRESYON

Dr. K. Oğuz Karamustafalıoğlu, Dr. Işıl Gökçeğöz Gül

GİRİŞ

Depresyon; sık görülen bir ruhsal bozukluk olmasının yanı sıra yol açtığı yeti yitimi, bireysel ve toplumsal maliyetleri, ağır ekonomik kayıplara yol açması sebebiyle önemli bir halk sağlığı sorunudur. Depresyon hastalarında yaşam kalitesi birçok alanda bozulmaktadır. Sosyal işlevsellikte yol açtığı kötüleşme diğer birçok bedensel hastalıktan daha fazla düzeyde olabilmektedir. Aynı zamanda depresyon bedensel hastalıkların başlangıcı ve şiddet düzeyi için bir risk etkeni olarak görülmekte, bedensel hastalıkla ilişkili mortalite yüzdesini artırmakta, prognozunu olumsuz yönde etkilemektedir (1-3). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2000 yılı verilerine göre depresyon; fiziksel, duygusal, toplumsal ve ekonomik sorunlara yol açan hastalıklar arasında dördüncü sıradadır. 2020 yılında, tüm dünyada yeti yitiminin iskemik kalp hastalıklarından sonra ikinci en önemli sebebi olacağı tahmin edilmektedir (4,5). Ancak Avrupa Beyin Komitesinin yaptığı bir değerlendirmede tahmin edilenden çok daha önce depresyonun Avrupa birliğinde en çok yeti yitimine yol açan bozukluk konumuna yükseleceği ve tüm beyin hastalıkları arasında en çok pahalıya mal olan hastalıklardan biri olduğu bildirilmektedir (5). Ülkemizde yapılan çalışmalarda sonuç benzerdir. Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Müdürlüğü tarafından yürütülen ‘Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet-Etkilik Projesi’ sonuçlarına göre; depresyonun en fazla yeti yitimine yol açan hastalık olduğu saptanmıştır. Aynı çalışmada hastalık yüğü sıralamasında depresif bozukluk dördüncü sırada yer almıştır (6). Tedavi maliyetleri, özkıym ve işgücü kaybına bağlı maliyetler depresyonun yol açtığı ekonomik yüğe katkıda bulunmaktadır. Uygun tedavi yöntemleriyle kısa sürede işlevselliğin artırılması, hastanede yatış süresinin ve yıllık yatış sayısının azalması gibi önlemler mevcut ekonomik kaybın azalmasını sağlayacaktır (1,7).

TARİHÇE

Depresyon üzerine yapılan sistematik araştırmalar, Homo Sapiens olarak 100.000 yılı bulan geçmişimizin sadece küçük bir kısmını kapsamakla birlikte, eski Yunan’ların 2500 yıl önceki devrine kadar geri gitmektedir. Bunun öncesinde sadece Hindu ve İncil literatürlerinde öfke, sevinç veya keder patlamaları ya da psikotik depresyon gibi görünen kısa dönemler yaşayan

insanlara ilişkin nadir yazılar bulunabilmiştir (8,9). Antik çağlardan depresyon örneklerine ait kayıtlardan biride, Manisa’nın Sipil Dağı’nda yer alan Niobe’nin taş yüzü, tarihte belki de ilk bildirilen stuporlu depresyon olgusudur. Mitolojiye göre, Kral Tantalos’un kızı Niobe’nin çocuklarının çokluğu Tanrıça Leto’yu kıskandırır. Leto, çocukları Apollo ve Artemis’ten Leto’nun cezalandırılmasını ister. Onlar da Niobe’nin çocuklarını öldürürler. Çocuklarının ölümüyle Niobe büyük bir acıya kapılır. Bu durum Baştanrı Zeus’u etkiler ve acısına son vermek için Niobe’yi taş haline getirir. Buna rağmen Niobe’nin acısı devam eder, kayadan gözyaşları süzülür ve ağlayan taş yüz olarak depresyonu sembolize eder (10,11). Benzer hikayeler eski Mısır ve Sümer mitolojilerinde de yer almıştır. İnsanlığın ilk destanlarından biri olan, insanlık tarihi boyunca Akat, Asur ve Sümer gibi Mezopotamya ülkelerinden dünyaya yayılan “Gılgamış Destanı”nın kahramanı Kral Gılgamışın, duygudurum bozukluğu gösteren bir insan olarak değerlendirilebileceği öyküler bildirilmiştir. Tarih öncesi dönem tedavileri içinde Troyalı Helena’nın keder ve üzüntüleri azaltmak için “nepenthes” adlı bitkiden elde edilen bir morfin türevini antidepresan amaçlı kullandığı bildirilir. Bu belki de depresyonun kaydedilmiş en eski farmakolojik tedavisidir (8,9,11).

Ruhsal bozuklukların ve hastalıkların, çağına özgü bilimsel yaklaşımla adlandırma ve sınıflandırma çalışmaları Hipokrat’la (M.Ö. 460-357) başlamıştır. Hipokrat doğadaki her şeyin yapısını dört elementin oluşturduğu kuramını savunmuştur. Bunlar; toprak, hava, ateş, su’dur ve vücut yapımızda bu elementlerden birinin fazlalığının çeşitli hastalıkların sebebi olduğunu söylemiştir. Beynin balgam ve safradan etkilendiğini, balgamın etkilediği kişilerin sakin kişiler olmasına rağmen safranin etkilediği kişileri ise sakin durmadıklarını, daima şaka yaptıkları, hileye başvurduklarını tanımlamıştır. Depresyon için melankoli (melan=siyah, cholé=safra) kelimesini kullanmıştır. Melankolinin aşırı miktarda barsak ve dalakta biriken kara safra ile oluştuğu, toksik olan bu maddenin beyni etkilediğinden bahsetmiştir. Ayrıca melankolinin uzun süreli stres yaratıcı durumlarda ortaya çıktığını söylemiştir. Hipokrat’ı takip eden diğer hekimler de bu humoral yaklaşımı geliştirerek devam ettirmişlerdir. Efesli Soranus kara safra teorisini değiştirerek, melankolinin kara öfkeden kaynaklandığını ileri sürmüştür. Melankolide saldırganlık ve bununla ilişkili intihar üzerinde durmuş ve has-

YAYGIN ANKSİYETE BOZUKLUĞU

Dr. Hüsnü Erkmen

GİRİŞ VE TARİHÇE

Kronik anksiyete hem klinisyenler, hem de ilk basamak hekimlerince, uzun bir zamandan bu yana, önemli bir sorun olarak görülmüştür.

Tarihin çok eski zamanlarından beri farkedilen bu ruhsal durum, psikiyatrinin bir tıp disiplini olarak kurulduğu 19. yüzyıl sonundan bu yana bir sorun olarak kabul edilmişse de, 1980 yılında DSM III yayınlanıncaya kadar başka isimlerle ve tanıların alt başlığı gibi ele alınmıştır (1). Yaygın Anksiyete Bozukluğunun (YAB) tanı ölçütlerinin yayınlanması ile bu konuya ilgi giderek artmış ve Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) de 1990 da yayınladığı ICD 10 ile bu tanıyı kabul ederek ayrı bir hastalık olarak kabul etmiştir (2). Bu tanımlardan önce bu bozukluk anksiyete nörozu ve panik arasında paylaşılmıştı. Ancak ayrı bir hastalık olarak tanımlanması da çok yoğun olarak başka psikiyatrik bozukluklar ile komorbid olması gözönüne alınarak tartışma konusu olmuştur, 2013 yılında DSM5 yayınlanıncaya kadar bu tanının, başka tanıların alt grubu haline getirileceği spekülasyonu yapılmışsa da DSM5 de konu anksiyete bozukluklarının bir alt grubu olarak ele alınınca tartışma şimdilik sona ermiş gibi görülmektedir (3).

Hiç bir duruma bağlı olmaksızın yaşam boyu süren kronik bir anksiyetenin residüel bir durum olduğu öne sürülmesinin sebebinin, tanı ölçütlerinin tam bir netlik göstermemesine bağlı olduğunu da unutmamak gerekir. Bu tartışmaların bir başka sebebi de araştırmaların kliniklerde yapılması ve buralarda yatan hastaların ağır ve komorbid olgular olması ve çoğu zaman yatış endikasyonunun komorbid depresyon olması sebebi ile yaygın anksiyete bozukluğunun sanki depresyonun bir parçası imiş gibi algılanmasıdır. Yaygın anksiyete bozukluğunun psikiyatristlerin ilgisini yeteri kadar çekmemesinin bir başka boyutu da, bu sorunun özellikle hafif formlarından yakınan bireylerin, bu durumu bir kişilik özelliği gibi kabul etmeleri ve sağlık kuruluşlarına başvurmamalarıdır.

Yaygın anksiyete bozukluğunun ölçütlerinin ortaya daha doğru olarak konmasının toplum üzerindeki etkisini yapılan epidemiyolojik çalışmalar da göstermektedir. DSM I ölçütleri ile yapılan anksiyete yaygınlığı (bugün ayrı ayrı ele alınan tüm bozukluklar için) araştırmalarında, alt gruplar olmaksızın anksiyete bozukluklarının prevalansı %2.9 bulunurken, ve bu tür

hastalıklar çok az bulunan önemsiz durumlar olarak algılanmış ve fazla dikkat toplamamıştır, daha sonra DSM III ölçütlerine göre yapılan toplum taramaları sonucunda, YAB nokta prevalans hızı %1.2-6.4 iken yaşam boyu prevalansı ise %4-6.6 bulunmuştur. Tanı ölçütlerinin netleşmesi ve toplum sorunlarının daha gerçekçi bilgiler ile ele alınması ile sorunu çözmek de daha sağlıklı bir boyut kazanmaktadır.

Bugün anksiyete bozuklukları ve özellikle de, yaygın anksiyete bozukluğu toplum sağlığını olumsuz etkileyen önemli sorunlar olarak görülmektedir.

Yaygın Anksiyete Bozukluğunun Epidemiyolojisi

ABD de yapılan araştırmalarda anksiyete bozuklukları madde bağımlılıkları dahil her türlü psikiyatrik hastalık arasında en yaygın psikiyatrik hastalık olarak bulunmuştur. Yaygın anksiyete bozukluğu ise DSM IV ölçütlerine göre araştırıldığında yaşam boyu görülme oranı %5 olarak bulunmuştur. Aynı ülkede National Comorbidity Survey (NCS) araştırmasına göre 15-54 yaş arası 8000 kişinin, yapılandırılmış formlar ile araştırılması sonucunda, toplumdaki yaygınlık, anlık %1.6, yaşam boyu %5.1 olarak bulunmuştur. Genel olarak anksiyetenin yaş ilerledikçe artmasını göz önüne alan bazı yazarlar, ileri yaşlarda bu oranların çok daha yüksek olması gerektiğini öne sürmüşlerdir. Araştırma anlamında olmasa bile hemen her psikiyatrist yaşlı hastalarda ve kendi çevresindeki yaşlılarda yaygın anksiyete belirtilerinin daha fazla olduğunu gözlemlemiştir.

DSM 5 tanı kitabı ise ABD de 12 aylık prevalansı ergenlerde %0.9, erişkinlerde %2.9 olarak bildirmekte ve diğer ülkelerde bu prevalansın %0.4-3.6 arasında değiştiğini belirtmektedir. Yaşam boyu morbidite ise %9.0 bulunmaktadır. Yaş ilerledikçe bir artış söz konusu olmaktadır.

Ülkemizde Özcan ve arkadaşları kliniğe ardışık başvuran 950 hasta içinde yaygın anksiyete bozukluğunu %10.3 bulmuşlar, bu olguların %90.8'inin başka bir psikiyatrik hastalık ile komorbid olduğu gözlenmiştir. Hastaların %84.7'si depresyon, %56.1'i ise başka bir anksiyete bozukluğu ile komorbidir. Bu yoğun komorbidite tanıyı ve araştırma yapmayı güçleştirmektedir. Klinik müracaatı üzerinden yapılan araştırmalara hastaneye başvurmayı gerektirecek ağır hastaların alındığını ve YAB olan hastaların başka hastalıklar özellikle depresyon ile yaşamları zor

AYRILMAK AYGISI BOZUKLUĞU (YETİŞKİN)

Dr. Tunç Alkin

Giriş ve Tarihçe

Ayrılma anksiyetesi kavramı, gelişimsel araştırmalardan ve *bağlanma kuramından* köken almaktadır. Bu kurama göre, bağlanma yaşamın erken dönemlerinde başlar (1). İlk çocukluk döneminde anneden (ya da bağlanma nesnesinden) ayrılma durumunda kaygıyla yaşamak doğal bir tepkidir ve kendini koruyamayan çocuğun anneyi ya da bakım veren bir erişkini yakınında tutmayı sağlayan evrimsel bir düzendir. Bebekler 1 yaşından önce, annelerinden ayrı kaldıklarında ayrılma kaygısı sergilerler. Genellikle erken çocuklukta var olan normal ayrılma kaygısı 3-5 yaşlarına doğru yatıştır. Okula ilk kez başlayan bazı çocuklarda belirli bir miktar ayrılma kaygısı olağandır. Bununla birlikte, temel bağlanma figüründen ayrılmaya ilişkin kaygı, gelişimsel açıdan uygunsuz ve aşırı olursa, uzun sürüyorsa, şiddetliyse ya da işlevselliği bozuyorsa bir ruhsal bozukluğa dönüştüğü kabul edilir (2).

Kaygı bozuklukları içinde yetişkinlik döneminde en az incelenmiş olanı ayrılma kaygısı bozukluğudur (AKB). Çünkü AKB, geleneksel olarak bir çocukluk fenomeni şeklinde tanımlanmıştır. DSM-IV ve ICD-10 başlangıç yaşının 18 yaş altında olmasına özel bir vurgu yapmaktaydı. Çocukluk dönemi AKB'si, başka hiçbir kaygı bozukluğunda olmadığı bir biçimde "*Genellikle İlk Kez Bebeklik, Çocukluk, ya da Ergenlik Dönemi'nde Tanısı Konan Bozukluklar*" arasında yer almakta ve erişkinliğe uzanmayan bir çocukluk dönemi bozukluğuymuş gibi tanımlanmaktaydı (3).

Çocukluk dönemi AKB'si olan kişilere yetişkinlikte ne olduğu ve ayrılma kaygısı belirtilerinin yetişkinlik döneminde de başlayıp başlamadığı yakın zamanlara dek yanıtsız sorular olarak kalmaktaydı. Sınıflandırmalarda bir yetişkinlik dönemi bozukluğu olarak tanımlanmayınca da, hekimler tarafından hiç sorgulanmıyor ve tedavi odağı olmuyordu. Eğer saptanırlarsa yetişkinlerdeki ayrılma kaygısı belirtileri, başta panik bozukluğu (PB) olmak üzere eşlik eden diğer ruhsal bozuklukların bir parçası olarak kabul edilmekteydi.

Yetişkin AKB'ye yönelik ilk yayınlar yaklaşık 25 yıl önce yazılmıştır. Sonraki çalışmalar, çocukluk çağı AKB'sinin yetişkinlik dönemine uzanabileceğinin yanı sıra AKB'nin ilk kez yetişkinlik döneminde de başlayabileceğini ve ayrı bir kaygı bozukluğu olabileceğini göstermiştir (4). Resmi sınıflandırmalara, ancak DSM-5'te bozukluk başlangıç yaşının 18 yaşından önce olması zorunluluğunu kalkmasıyla 2013 yılında girmiştir. Daha

önce çocukluk AKB'si için tanımlanan tanı ölçütleri, çocukluk dönemine yapılan vurgu kaldırılarak, büyük ölçüde yetişkinlere uyarlanmıştır (2). Ayrılma kaygısı odağındaki korkular ebeveynler ile sınırlı bırakılmayarak, eşleri, çocukları ve partnerleri içerecek biçimde genişletilmiştir. Kaçınma davranışları örneklerine -çocuklukta okul korkusuna ek olarak- işe gitmek istememe gibi yenileri eklenmiştir.

Epidemiyoloji

Görülme Sıklığı

AKB'nin ilk ortaya çıkışı okul öncesi yıllarda olabilmektedir, ancak en sıklıkta 7-8 yaşlarında gözlenmektedir. Epidemiyolojik çalışmalar çocuk ve ergenlerde AKB için %3'ten %5'e uzanan bir sıklık oranı bildirmektedir (5, 6). Sonuçlar, AKB sıklığının ergenliktekinde oranla, çocuklukta daha yüksek olduğunu göstermektedir.

Yetişkin hastalarda yapılmış çalışma sayısı çok azdır. Shear ve arkadaşlarının (2006) yetişkinlikteki AKB'nin yaygınlığını da araştırdıkları epidemiyolojik çalışmada (NCS-R; Ulusal Eştanı Çalışması Replikasyonu), 9,282 kişide çocukluk ayrılma kaygısı belirtilerinin erişkinliğe uyarlanmış formunun kullanıldığı klinik görüşmeyle araştırmışlar ve AKB'nin 12 aylık yaygınlığını %1.9, yaşam boyu yaygınlık oranını ise %6.6 olarak saptamışlardır (6). Aynı çalışmada çocukluk AKB'nin yaşam boyu prevalansı %4.1'dir. Bu oranlar, toplumdaki birçok ruhsal bozukluk sıklığından daha yüksektir. Çocukluk AKB saptananların, 1/3'den fazlasında, bozukluk yetişkinliğe sarkmıştı. İlginç olanı, yetişkin AKB'si olduğu saptananların ¾'ünde hastalığın başlangıcı yetişkinlik dönemindeydi.

Özelleşmiş kaygı poliklinikleri ile genel psikiyatri polikliniklerindeki AKB görülme oranı, bozukluk tanısı için geniş ya da daha kısıtlayıcı ölçütler kullanılmasın bağlı olarak, %23-42 arasında görüldüğünü ortaya çıkarmıştır (7, 8). Bizim ülkemizde bir AKB ölçeğinin Türkçeye uyarlama çalışması için taranan 282 kaygı bozuklukları ve major depresyon hastasında bu oran %15.4 olarak belirlenmiştir (9).

Cinsiyet Dağılımı ve Farklılıkları

Toplumda yapılan çalışmalarda çocukluk AKB'si kız çocuklarında 2.2 kat daha fazladır. Çocuk kliniklerinde ise cinsiyet farkı yoktur. AKB genel toplumdaki yetişkin kadınlarda erkeklere

PANİK BOZUKLUĞU

Dr. Mehmet Murat Demet, Dr. Selin Demet

Panik bozukluğu beklenmedik durumlarda ortaya çıkan, yineleyici, şiddetli korku ve rahatsızlık hissi yaratan panik atakları, panik atağı ardından yaşanan başka panik atakları yaşanacağına ilişkin kaygı yaşama ile belirli, önemli düzeyde işlev kaybı ve yaşam kalitesi düşüklüğüne sebep olan bir anksiyete bozukluğudur. Panik bozukluğu da dahil olmak üzere anksiyete bozukluklarında meydana gelen işlev bozukluğu ekonomik, sosyal ve mesleki alanları kapsamakta, algılanan duygusal ve fiziksel sağlığı olumsuz yönde etkileyerek yaşam kalitesini düşürmektedir. Panik bozukluğunun işlevselliği ve yaşam kalitesini orta ve ağır düzeyde düşürdüğü; alkol kötü kullanımına, ekonomik sorunlara ve yüksek işsizlik oranlarına yol açtığı; sağlık hizmeti tüketimini sağlıklı bireylere göre 5-8 kat arttırdığı iyi bilinmektedir (1). Bu bölümde öncelikle panik kavramının tarihsel gelişimi kısaca ele alınacak, ardından bozukluğun epidemiyolojisi, fenomenoloji ve klinik özellikleri, eşlik eden psikiyatrik ve fiziksel hastalıklar, ayırıcı tanısı, etiyolojisi, psikoosyal ve psikofarmakolojik tedavileri değerlendirilecektir.

TARİHÇE

Milattan önce 600'lü yıllarda Yunanlı şair Sappho tarafından kaleme alınan bir şiirde ilk kez panik atağının tanımlanması ardından tarih boyunca farklı zamanlarda bir çok edebi ve tıbbi yayında panik atağına benzer tabloların yer aldığı bilinmektedir. 1871 yılında Da Costa'nın iritabl kalp kavramını, 1872'de Alman psikiyatrist Westphal'in panik atağı olan hastalarda görülen kalabalık ortam korkusunu tanımlaması ile başlayan süreç 1892'de Pavlov'un şimdiki öğrenme kuramına temel oluşturan klasik koşullanma modeli, ardından 1985'de Freud'un panik atakları tanımlayan anksiyete nevrozu modeli ile önemli gelişme göstermiştir. 1959 yılında Klein ilk kez panik bozukluğu kavramını ileri sürmüş ve imipramin ile panik bozukluğunda yürütülen ilk çift kör desenli çalışmayı yürütmüştür. Bunu 1966'da İngiliz psikiyatrist Marks'ın agorafobi olgularında alıştırma tedavisini ileri sürmesi izlemiştir. 1978 yılında da DSM-II'nin öncüsü olan RDC (Research Diagnostic Criteria) ölçütlerine ilk kez panik bozukluğu terimi dahil edilmiştir (2). DSM-III'te (1980) ilk kez "panik bozukluğu" teriminin kullanılması ardından DSM-III-R'de ise (1987) agorafobi kavramı panik bozukluğuna eşlik eden bir klinik durum olarak eklenmiş, bir başka yenilik olarak da atağın yalnızca fiziksel belirtilerine değil

korkuya ilişkin sonuçlarına da vurgu yapılmıştır. DSM-IV sınıflandırmasında ise temel ölçütler aynı olmasına karşın panik atakların fobi gibi başka durumlarda da ortaya çıkabileceğine ilişkin ayırıcı tanı ölçütü eklenmiştir. DSM serisinde agorafobi, panik bozukluğunun bir komplikasyonu olarak değerlendirilirken 1992'de yayımlanan ICD-10 agorafobiyi ayrı bir bozukluk olarak tanımlamıştır (3). 2013 yılında yayımlanan DSM-5'te agorafobi panik bozukluğundan ayrı şekilde sınıflandırılmış böylece ICD serisine benzer bir yaklaşım sergilenmiştir (4).

EPİDEMİYOLOJİ

Panik ataklarının yaşam boyu yaygınlığı %15, 1 yıllık yaygınlığı ise %7.3'tür. Ancak panik bozukluğunun yaygınlığı panik atağı yaygınlığına göre daha düşüktür. Panik bozukluğu olan hastaların %30-50'sinde agorafobi de klinik tabloya eşlik etmektedir (5). Panik bozukluğunun için Epidemiyolojik Alan Çalışmasında (ECA) 12 aylık yaygınlık %0.9, yaşam boyu yaygınlık %1.6 (6), Ulusal Ektanı Çalışmasında (NCS) 12 aylık yaygınlık 3.1, yaşam boyu yaygınlık %5.2 (7), Ruhsal Bozuklukların Epidemiyolojik Avrupa Çalışmasında (ESEMeD) 12 aylık yaygınlık %0.7, yaşam boyu yaygınlık %1.6 (8) ve Wittchen ve arkadaşlarının yapmış olduğu metaanalizde de 12 aylık yaygınlık %0.7, yaşam boyu yaygınlık ise %3.1 (9) olarak bulunmuştur. Tüm anksiyete bozukluklarında olduğu gibi panik bozukluğu da kadınlarda erkeklerden daha fazla olarak görülmektedir. Yapılan epidemiyolojik çalışmalarda kadın/erkek oranı ECA çalışmasında 2.3, NCS-R'de 2.1, ESEMeD'de 1.7, Wittchen ve arkadaşlarının çalışmasında 1.8 olarak belirlenmiştir (10). Panik bozukluğunun başlangıç yaşı 20-54 yaş arasında olduğu değişmektedir (11). Agorafobinin eşlik ettiği panik bozukluğunda kadın cinsiyet oranı daha da yüksek olarak göze çarpmaktadır. Bir başka metaanaliz çalışmasında başlangıç yaşı 35-49 yaş olarak belirlenmiştir. (10).

FENOMENOLOJİ VE KLİNİK ÖZELLİKLER

Panik bozukluğu tanısı için panik bozukluğuna damgasını vuran yineleyici panik ataklarının olması gereklidir. Panik atakları diğer anksiyete bozuklukları ya da depresif bozukluklarda da görülebilir. DSM-5 panik ataklarını beklenen ve beklenmeyen panik atakları olarak sınıflandırmıştır. Beklenmeyen panik atakları dışsal bir tetikleyici etmen olmaksızın meydana gelir ve

SOSYAL KAYGI BOZUKLUĞU

Dr. Aslı Enez Darçın, Dr. Nesrin Dilbaz

GİRİŞ

Sosyal kaygı ve korkular, Hipokrat zamanından beri tanınmış ve ilk kez 1870’lerde diğer fobilerle sistematik olarak tanımlanmıştır (Marks, 1985). Geçmişte utangaçlığa yapılan vurgu, 1970’lerdeki çalışmalar ile sosyal fobinin Ruhsal hastalıkların tanısı ve sayımsal el kitabında (DSM III) ayrı bir bozukluk olarak tanımlanması ile sonuçlanmıştır ve güncel çalışmalar ile şekillenen değişimlerle sosyal kaygı bozukluğu halen DSM-5’te tanımlanmaktadır (APA, 1980; 2013). Buna göre “ilgi odağı olabileceği sosyal etkileşimler ve durumlardan korkma ya da kaygılanma ya da kaçınma” durumu sosyal kaygı bozukluğunu tanımlamaktadır.

Bu sosyal problemler kümesi, bilimsel dilde “utangaçlık, sosyal kaygı, sosyal geriçekilme, sosyal fobi, sosyal kaygı bozukluğu, davranışsal ketlenme, iletişim endişesi, içe dönüklük” gibi birbirinin üzerine binen birçok farklı terim ile ifade edilmiştir. Sosyal kaygıların yalnızca insanlara özgü bir fenomen olmadığı, sosyal baskınlık ve boyun eğcilik hiyerarşisinin insanoğlunu da kapsayan birçok primat türünde sosyal kaygı davranışının belirleyicisi olduğu bildirilmektedir (Hoffmann ve DiBartolo, 2014).

Sosyal kaygı ve korkuların tipleri ve davranışın derecesini belirlemek, nereye kadar patolojik ve bozukluk olduğunun anlaşılması açısından önemlidir. Mutlak tanımlamalara göre tanı konmuş çalışmaların sonuçları ışığında dahi sosyal kaygı bozukluğu dahil herhangi bir psikolojik bozukluğun tanımlanması oldukça karmaşıktır. Bu bölümde sosyal kaygı bozukluğunun sınırları, epidemiyolojisi, tanısı ve tedavi yaklaşımlarının ele alınması planlanmıştır.

TANI VE DEĞERLENDİRME

Çalışmalar sosyal kaygı bozukluğunun ana bileşenlerinin, bozukluğun bir latent kategorisine ya da boyutuna uyduğu ve bu şekilde sosyal anksiyete ve utangaçlık gibi sürekli bir hafif formdan sosyal kaygı bozukluğuna uzanan yelpazede boyutsal bir yaklaşım DSM 5’te benimsenmiştir (APA, 1980). Marks ve Gelder 1966’da “sosyal kaygısı” olan hastaları şu şekilde tanımlamışlardır; “sosyal durumlara ait fobi, değişken şekilde utangaçlık, toplum içinde kızarmaktan, restoranlarda yemek yemekten, kadın ve erkek toplantılarından, partilerde dans etmekten ya da ilgi odağı olmaktan korkma hali” yaşayanlardır (Marks ve Gelder, 1966). DSM-II sosyal fobiyi bir fobik nöroz kategorisine almazken DSM-III ile ilk kez sosyal fobi ayrı bir tanısı antite

olarak tanınmıştır (APA, 1980; 1968). DSM-III ölçütlerine göre korku ve kaçınma arzusunun dört alanın birinde olması gerekli idi; toplum önünde konuşma/performans gösterirken, umumi tuvaletleri kullanırken, toplum içinde yerken ya da diğerlerinin önünde yazarken. DSM-III-R’de bir sendrom olarak ele alınan sosyal fobi için birçok tanı ölçüt getirilmiş ve “çoğu sosyal ortamda fobik durum yaşama” hali sosyal fobinin genelleşmiş tipini tanımlamıştır. DSM IV’te ilk kez sosyal kaygı bozukluğu kavramı kullanılmıştır ve böylece şiddetli psikopatolojik davranışların aslında genel populasyonda bir çok kişiyi etkileyen “normal” sosyal kaygılardan ayırdı sağlanmaya çalışılmıştır (APA, 1994). DSM-IV-TR’deki küçük değişimlerle sosyal kaygı bozukluğu tanımı sosyal fobi tanımının tamamen önüne geçmiş, altı aylık süre sınırlaması tüm yaş grupları için getirilmiştir (APA, 2000). DSM 5, DSM IV’te yer alan kişinin korkunun anlamsızlığını bilmesine ilişkin ibareyi içermemektedir, ayrıca yaygın tip belirleyicisi DSM 5’te performans tipi (yalnızca eylem sırasında) şeklinde değiştirilmiştir (APA, 2013).

DSM ile Uluslararası hastalık sınıflaması (ICD) birçok yönden farklı sınıflamalardır. ICD sınıflamalarında ölçütler daha geneldir ve DSM’den farklıdır. ICD de herhangi bir alt tip bulunmaz ve daha önemlisi sosyal fobiye özgü olarak bazı fizyolojik belirtilere odaklanır (yüz kızarması, el titremesi, bulantı, idrar yapma ihtiyacı gibi). Ayrıca ICD sınıflamasına göre bu belirtiler panik atakları ortaya çıkarabilir (WHO, 2007). Tablo 1 ve 2’de tanı sınıflamalarına göre sosyal kaygı bozukluğunu inceleyebilirsiniz.

Özel Tanımlamalar

Birinin diğeri üzerindeki sosyal etkilerine odaklanan allosentrik kaygılar taijin kyofusho olarak Doğu Asya gruplarında gözlemlenebilir. DSM-5’te bu durum Kültürel Sendromlar olarak ele alınmaktadır. Taijin kyofusho iki alt tipten oluşur ve ilki sosyal kaygı bozukluğu ile örtüşürken ikinci varyantı saldırgan alttıptir; başka bir kişiye gaz çıkarmak gibi bedensel işlevler gibi fizyolojik davranışlar ve görünümü sebebi ile saldırma ya da utan-dırma kaygısı vardır (Lewis-Fernandez ve ark., 2010).

Değerlendirme ve Ölçme

Erişkinler için tanı kılavuzlarına uygun sosyal kaygı bozukluğu tanısı koymada yeterli ve güvenilir bilgi elde etmek sorun değildir. Ancak çocuklar ve ergenlerde belirtileri olduğunun altında bir şiddette bildirimlerin bulunması, tanının konulmasında zorluklara sebep olabilir. Ebeveynler ve öğretmenlerden

OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK

Dr. Raşit Tükel

Giriş ve Tarihçe

Obsesif kompulsif bozukluk (OKB), psikiyatri tarihinde tanımlanan ilk hastalıklardan biri olup, belirtileri yaklaşık üçyüz yıldır bilinmektedir. İlk kez 1838'de Esquirol isimli bir araştırmacı-klinisyen tarafından tanımlanmıştır. O yıllarda depresyon ya da melankolinin bir belirtisi olarak düşünülen bu hastalık, yirminci yüzyıl başlarına gelindiğinde ayrı bir klinik sendrom olarak ele alınmaya başlanmıştır (1).

OKB, yineleyici obsesyonlar ve/veya kompulsiyonların görüldüğü, genellikle süregelen, kimi zaman da epizodik gidiş gösteren, kişinin günlük işlevlerini belirgin olarak etkileyen bir hastalıktır.

Epidemiyoloji

Kimi toplum çalışmalarına göre, OKB, %2-3 yaşam boyu yaygınlık oranıyla, depresyon, alkol ve madde kötüye kullanımı ve sosyal fobiden sonra en sık rastlanan dördüncü zihinsel bozukluktur (2,3). OKB'nin yıllık ve yaşam boyu yaygınlık oranları, dünyanın farklı ülkelerinde yapılan araştırmalarda dikkat çekici bir tutarlık göstermektedir (4). Dört kıtada yapılan bir çalışmada, OKB'nin yaygınlık oranının, %0.7 gibi düşük bir oranın bulunduğu Tayvan dışarıda bırakılırsa, yaklaşık %2 olduğu görülmüştür (4). Aynı çalışmada, OKB'nin yaşam boyu yaygınlığının kadınlarda %0.9-3.4, erkeklerde %0.5-2.5 arasında değiştiği ortaya konmuştur.

Çeşitli çalışmalarda, erişkin yaştaki OKB'li hastalarda kadın ve erkeklerin eşit bir dağılım gösterdiği (5-7) ya da kadınların sıklığının daha yüksek olduğu (4,8-10) bulunmuştur. Çocuk ve ergen OKB'li hastalar arasında ise, erkeklerin oranı kadınlara göre 1.5-2.5 kat daha fazladır (11-15).

830 erişkin OKB'li hastayı içeren klinik bir örneklemede, hiç evlenmemiş olan hastaların oranı %48 olarak bildirilmiştir (16). Ülkemizde yapılan bir çalışmada ise, OKB'li hastalarda bekar olanların oranı %68 bulunmuştur (17). Çeşitli çalışmaların sonuçlarına göre, OKB'li kadın hastalarda evli olma oranı, erkek hastalardakinden anlamlı olarak daha yüksektir (9,10,18,19).

OKB tipik olarak geç ergenlikte ya da erken erişkinlikte başlamaktadır. Başlangıç yaşının 20'li yaşların başları olduğu bildirilmiştir (16,18,20). OKB'li erişkin hastaların %30-50'si başlangıcın çocuklukta olduğunu, üçte ikisi ise belirtilerin 15 yaşından önce başladığını bildirmişlerdir (21). Birçok çalışmanın ortak

bulgusu, erkeklerde hastalığın kadınlara göre daha erken yaşlarda başladığıdır (5,9,10,18,19,22,23).

Fenomenoloji ve Klinik Özellikler

Obsesyonlar, kişinin isteği dışında ısrarlı ve zorlayıcı (intrusive) bir şekilde aklına gelen, anksiyete ortaya çıkartıcı ve yineleyici özellikteki düşünce, dürtü ya da imgelerdir. Genellikle kişi tarafından mantıksız ve aşırı olarak değerlendirilir. Kişi, obsesyonun kaynağının kendisi olduğunu bilir; dışarıdan aklına sokulduğunu düşünmez. Kişi, genellikle obsesyona direnmeye çalışır; ancak kronik vakalarda bunu düşük bir oranda yapabilir ya da hiç yapamaz.

Kompulsiyonlar, kişinin, obsesyonlarına yanıt olarak ya da belirli kurallara göre gerçekleştirmek zorunda olduğunu hissettiği, yineleyici ve belirli bir amaca yönelik olan törensel davranışlar ya da zihinsel eylemlerdir. Kompulsiyonlar, obsesyona eşlik eden anksiyeteyi gidermek, korku yaratan bir durumu etkisizleştirmek ya da önlemek üzere yapılır. Ancak, yapılan etkinlik, önlenmek istenen şeyle gerçekçi bir biçimde ilişkili değildir ya da aşırıdır. Kişi, kompulsiyonlarını engellemeye çalıştığında yoğun bir anksiyete yaşar. Bir kompulsiyon haz verici ve doyuma yönelik olmamasıyla dürtüsel bir eylemden ayrılır.

En sık rastlanan obsesyonlardan biri olan kirlenme/bulaşma obsesyonlarında, kirli olduğu düşünülen yerlerden mikrop, idrar, feçes, meni vb. şeylerin bulaşabileceği endişesi yaşanır. Kirlenme/bulaşma obsesyonlarına yanıt olarak ortaya çıkan kompulsiyonlar temizleme kompulsiyonlarıdır. Sık ve yineleyici tarzda el yıkamalar, bu tür kompulsiyonlarının en sık karşılaşılan şeklidir.

Bir eylemin yapıldığından emin olamama durumu, kuşku obsesyonu olarak tanımlanır. Bu obsesyon genellikle bir tehlike durumuna işaret ettiğinden, ardından güvenliği sağlamakla ilişkili kontrol etme kompulsiyonları gelir. Kontrol etme, bulaşmayla ilgili korkuları hafifletmeye yönelik olarak da yapılabilir.

Simetri ve düzen obsesyonları, nesnelerin ve olayların belirli bir düzen ve konumda olması ya da eşyaların tam bir simetri içinde bulunmasıyla ilişkili obsesyonlardır. Bu tür obsesyonlara yanıt olarak, bir denge ve simetri sağlamak üzere eşyaları belirli bir sıra ve düzen içinde tutmaya çalışma tarzındaki simetri/düzenleme kompulsiyonları ortaya çıkar.

BEDEN DİSMORFİK BOZUKLUĞU

Dr. Raşit Tükel

Giriş ve Tarihçe

Beden dismorfik bozukluğu (BDB), kişinin dış görünümündeki hayali ya da hafif bir kusurla zihinsel olarak uğraşıp durması durumudur. BDB, ilk kez 1886'da, Morselli tarafından "dismorfofobi" adı altında "kişinin görünüşü normal olduğu halde kendini dikkati çekecek kadar çirkin ya da bedensel bir kusura sahip hissetmesi biçiminde öznel bir duygu" olarak tanımlanmıştır (1). Morselli'den sonra, yüzyılın başlarında Kraepelin, benliğe yabancı ve ısrarlı olma özellikleri sebebiyle dismorfobik belirtilerin kompulsif nevroz olarak sınıflandırılması gerektiğini belirtmiş; Janet, benzer biçimde bu durumu, "bedenden utanma obsesyonu" olarak obsesif kompulsif bozukluğa (OKB) benzeyen sendromların içine yerleştirmiştir (2,3). 1930'da Jahrreiss tarafından ilk kez ortaya atılan, daha sonra 1966'da Ladee'nin yeniden tanımladığı "güzellik hipokondriyası", BDB'nin günümüzdeki tanımına oldukça yakın özellikler içermektedir (3). Deri ve saçtaki "kusurların" ön planda olduğu bir durumu tanımlayan "dermatolojik hipokondriyazis", BDB benzeri bir sendrom için kullanılmış bir diğer terimdir (3).

Epidemiyoloji

BDB görece sık görülen bir hastalıktır. Epidemiyolojik çalışmalar, bu bozukluğun genel popülasyondaki nokta yaygınlığını %0.7-2.4 olarak bildirmişlerdir (4). Erişkin öğrenciler üzerinde yapılan klinik olmayan çalışmalardan ise, %2 ile %13 arasında değişen daha yüksek yaygınlık oranları elde edilmiştir (4).

BDB, dermatoloji ve plastik cerrahi kliniklerinde de görece sık görülmektedir. BDB'nin dermatoloji hastalarında %12 (5), kozmetik cerrahi hastalarında %7 oranında (6) görüldüğü bildirilmiştir.

BDB hastaları, görünümlerinden utanç duymaları sebebiyle, rahatsızlıklarını hekimlere bildirmeyebilirler. Bu da BDB'nin yaygınlığının olduğundan daha düşük görünmesine sebep olmaktadır. Bir çalışmada, yatan BDB hastalarının sadece %15.1'inin beden imgesiyle ilgili kaygılarını ruh sağlığı klinisyenlerine ilettiği, kaygılarını gizlemenin en büyük sebebinin ise utanma (%31.3) olduğu bildirilmiştir (7).

Çeşitli araştırmalarda, BDB'de cinsiyet dağılımıyla ilgili çeşitli sonuçlar alınmış; bazı çalışmalarda kadın oranı (8-12),

bazılarında ise erkek oranı daha yüksek bulunmuştur (13,14). BDB'de cinsiyet farklılıklarının araştırıldığı, geniş klinik örneklemde yapılan iki çalışmadan birinde, kadın erkek oranı birbirine eşit bulunurken (kadınların %49'unda BDB görülmüş) (15), görece yakın tarihli olan diğerinde kadınların oranı (%68.5) daha yüksek bulunmuştur (16).

Epidemiyolojik çalışmalarda ise, kadınlarda BDB görülme oranının erkeklere göre daha yüksek olduğunu gösteren sonuçlar alınmıştır. BDB'de cinsiyet oranlarını geniş bir popülasyonda araştıran iki çalışmadan, ABD'de yapılmış olanda (s=2048) (17) kadınların nokta yaygınlığı %2.5, erkeklerin nokta yaygınlığı %2.2; Almanya'da yapılmış olanda (s=2552) (18) kadınların nokta yaygınlığı %1.9, erkeklerin nokta yaygınlığı %1.4 bulunmuştur.

Klinik çalışmalarda, BDB hastalarının çoğunluğunun bekar olduğu bildirilmiştir (3,9,12,13). Benzer bir sonuç epidemiyolojik çalışmalarda da alınmış; BDB hastalarının daha düşük bir olasılıkla evli, daha yüksek bir olasılıkla da boşanmış oldukları belirlenmiştir (17,18).

Süreğen bir hastalık olan BDB'nin altı yaşında bile başlayabildiği (13), ancak başlangıcın en sık ergenlik döneminde olduğu (9,13,19) bildirilmiştir.

BDB hastalarının genel popülasyona göre daha büyük bir oranda işsiz oldukları gözlenmektedir. Bir çalışmada, işsiz olma oranı %37.6 bulunmuştur (20).

Fenomenoloji ve Klinik Özellikler

BDB'de kusurlu görülen beden bölümlerinin sıklıkla saçlar, burun ve deri olduğu belirtilmiştir (9,13,21). Herhangi bir beden bölgesi de ilgi odağı olabilmektedir. BDB'de çoğunlukla birden fazla beden bölümünden rahatsızlık duyulduğu bildirilmiştir (9). BDB'li hastalar yaşam boyunca ortalama 5-7 farklı beden bölgesiyle uğraşabilmektedirler (15,22). Bazı kişilerde uğraşmalar, bedenlerinin çok küçük ve kas olarak yetersiz olduğu inancını taşıyan "kas dismorfisi" vakalarında olduğu gibi, genel görünümleriyle ilgili olabilmektedir (23-25).

BDB hastalarının, düşüncelerinden kaynaklanan sıkıntılarını azaltmak için, görünümleriyle ilgili olarak; başkalarıyla karşılaştırma, giysi, aksesuar, makyaj vb. ile kapatma, ayna ya da yansıtıcı yüzeylere bakma, çeki düzen verme, güvence arayan sorular yöneltme, diyet yapma, aşırı egzersiz yapma, güneş-

İSTİFLEME BOZUKLUĞU

Dr. Raşit Tükel

Giriş ve Tarihçe

İstifleme bozukluğu, yaşam alanının yığıntıyla dolmasına ve belirgin sıkıntı ve işlevsellikte bozulmaya sebep olan, aşırı biriktirme, saklama ve toplama davranışının görüldüğü süregelen bir bozukluktur. İstifleme, mesleki ve aile yaşamını olumsuz etkiler; halk sağlığı ve güvenlik açısından riskler oluşturur.

Freud, paranın biriktirilmesini, dışkının tutulmasının simgesel bir temsili olarak görür (1). Psikanalitik açıdan anal tutucu kişilik özellikleri olarak tanımlanmış olan düzenlilik, cimrilik ve inatçılık, daha sonraları obsesif kompulsif kişilik bozukluğunun (OKKB) özellikleri arasında yer almıştır. DSM-IV'te (2) istifleme, OKKB'nin sekiz tanı ölçütünden biri olarak, "özel bir değeri olmasa bile eskimiş ya da değersiz şeyleri elden çıkarmama" şeklinde tanımlanmıştır.

İstifleme bozukluğu psikiyatri yazınında yakın zamana kadar kompulsif istifleme olarak adlandırılmıştır. 1993 yılının öncesinde bir iki istisna dışında istifleme üzerine bir çalışma mevcut değildir. Greenberg, 1987'de, kompulsif istifleme olan dört vaka üzerinden bu konuyu tartışmıştır (3). Ardından, bu konuda yapılan ilk sistematik çalışmada, istifleme, fazla miktarda nesne edinme ve sahip oldukları bu nesneleri elden çıkarma yetersizliği olarak tanımlanmıştır (4). Araştırmacılar, istifleme-yi bir kaçınma davranışı olarak kararsızlık ve mükemmelliyetçiliğe bağlayan bir model önermişlerdir. Frost ve arkadaşları (5), istifleme davranışını, sahip olduklarının kullanımında azalma ve onlar üzerindeki kontrolü sürdürmeyle ilişkilendirmişlerdir. Araştırmacılara göre, istifleme ayrıca, sahip olduklarına artan düzeyde duygusal bağlanma ve onlara dayalı bir duygusal rahatlık içermektedir. Yine aynı yıllarda, Frost ve Hartl (6), kompulsif istifleme için, bilgi işleme eksiklikleri, duygusal bağlanma sorunları, davranışsal kaçınma ve sahip olduklarıyla ilgili hatalı inançların yer aldığı bir bilişsel davranışçı model önermişlerdir. İstifleme üzerine olan bu ilk çalışmaların ardından, istiflemeyle olan ilgi özellikle de son 10 yılda giderek artmıştır.

Epidemiyoloji

Yakın zamana kadar, istifleme bozukluğunun nadir görülen bir durum olduğu düşünülüyordu. Bu görüş ağırlıklı olarak, kompulsif istiflemenin obsesif kompulsif bozukluğun (OKB) bir alt tipi olarak kavramsallaştırılmasına dayanmaktaydı. İstifleme

bozukluğunun OKB'den farklı bir hastalık olduğuna ilişkin ilk bilgiler, küçük sayıdaki vaka örneklerine dayanılarak elde edilmiştir. Yakın dönemdeki epidemiyolojik çalışmalar ise, istifleme bozukluğunun sanıldığından daha yaygın olabileceğini göstermiştir. Baltimor Epidemiyolojik Alan İzleme Çalışmasında, genel popülasyonun %5'inin klinik olarak anlamlı düzeyde istifleme yaşadığı ortaya konarken (7), bir diğer epidemiyolojik çalışmada kompulsif istiflemenin yaşam boyu yaygınlığının %14'lere varan bir oranda olabileceği bildirilmiştir (8). Bu çalışmalarda, istiflemenin elden çıkarma zorluğu konusundaki bildirimlere dayanması, yığıntıların oluşumu ve aşırı edinmeye özel bir önem verilmemesi, istifleme davranışı gösteren kişilerin kompulsif istifleme ya da DSM-5'te tanımlanan istifleme bozukluğu ölçütlerini ne oranda karşılandığı konusunda tereddüt oluşturmaktadır. İstifleme fenotipini değerlendirmek üzere öz bildirim araçlarının kullanıldığı bir ikiz çalışmasında, örneklemin %2'sinin klinik olarak anlamlı düzeyde istifleme belirtileri ortaya koyduğu belirlenmiştir (9). Ancak, sonuçların öz bildirim dayanasının, yaygınlık oranının düşük görünmesine sebep olabileceği belirtilmektedir (10).

İstifleme bozukluğu çalışmalarında, cinsiyet oranları açısından farklı sonuçlar elde edilmiştir. İstifleme bozukluğu için tedavi arayışında olan hastalar arasında kadınların daha sık olduğunu bildiren çalışmaların (11-13) yanında, erkek oranının daha yüksek olduğunu bildiren çalışmalar da (14,15) bulunmaktadır. OKB hastalarında istifleme belirtilerini araştıran bir çalışmada, istiflemesi olan hastalar arasında erkeklerin kadınlardan iki misli daha fazla bir oranda olduğu bildirilmiştir (16). Toplum temelli bir çalışmada, benzer şekilde, istifleme belirtileri bildirenler arasında erkeklerin kadınlardan iki misli daha fazla olduğu gözlenmiştir (7).

Çeşitli çalışmalarda, istifleme yaygınlığının yaşla birlikte arttığı görülmüştür (17). İstifleme bozukluğunun orta yaş ve ileri yaşta daha sık görülmesi, hastalığın ilerleyici özelliği ve belirtilerin yaşla birlikte giderek klinik olarak anlamlı düzeye gelmesiyle açıklanmaktadır (7,18). Samuels ve arkadaşları (7), istiflemenin 54 yaşın üstünde, 34-44 yaşlar arasına göre, 3 misli daha fazla yaygın olduğunu bulmuşlardır. İstifleme bozukluğu hastalarında yığıntı ve elden çıkarma zorluğu belirtilerinin genellikle aynı yaşta başladığı, aşırı edinmenin başlangıcının ise biraz daha geç olduğu bildirilmiştir (18).

DERİ YOLMA BOZUKLUĞU

Dr. Raşit Tükel

Giriş ve Tarihçe

Deri yolma bozukluğu, ilk kez, 1875 yılında, Erasmus Wilson tarafından, kontrol edilmesi çok zor olan deri yolma davranışını ifade etmek üzere “nevrotik ekskoriyasyon” olarak isimlendirilmiştir (1). 1898 yılında, Fransız dermatolog M.L. Brocq, yineleyici yolma ve kaşımayla deri lezyonlarını kötüleştiren solgun ve zayıf genç kızlarda akne ekskoriyasyonunu ayrıntılı olarak tanımlamıştır. Sonraki yıllarda deri yolma davranışı gösterenler, kimi yazarlar tarafından öfke konusunda sorunu olan kişiler olarak değerlendirilmiştir. Örneğin, Michelson (1945) bu hastalarda öfkenin bastırılmasından, Zaidens (1951) ise deri yolların “düşmalk besleyen ve kindar” olduklarından söz etmiştir (1). Deri yolma bozukluğu (DYB) psikiyatri yazınında yakın zamana kadar patolojik deri yolma olarak adlandırılmıştır.

Epidemiyoloji

DYB'nin genel popülasyondaki yaygınlığını saptamanın kolay olmadığı bilinmektedir. 354 kişi üzerinde yapılan bir çalışmada, katılanların %5.4'ü klinik düzeyde deri yolma ve bununla ilişkili sıkıntı bildirmiştir (2). 2511 erişkin üzerinde telefonla yapılan bir araştırmada ise, katılımcıların %16.6'sında belirgin bir deri hasarı ile birlikte olan yaşam boyu DYB saptanmıştır (3). Aynı çalışmada, deri hasarı ile birlikte olan yolmanın başka bir duruma bağlanmaması, sıkıntı ve psikososyal bozulma ile ilişkili olması ölçüt olarak alındığında, yaşam boyu DYB yaygınlık oranı %1.4'e gerilemiştir. Üniversite öğrencileri üzerinde yapılan çalışmalarda DYB'nin yaşam boyu yaygınlığı %3.8-4.6 bulunmuştur (4,5). Keuthen ve arkadaşlarının çalışmasında (4), öğrencilerin %78.1'inde kendine zarar verme boyutuna ulaşmayan deri yolma görülürken, %38.1'inde deri yolmaya ikincil doku hasarı, %3.8'inde ise hem deri hasarı hem de yineleyici yolemalar sebebiyle belirgin sıkıntı gözlenmiştir.

Klinik çalışmalarda DYB için farklı yaygınlık oranları elde edilmiştir. 4.576 dermatoloji hastası üzerinde yapılan bir çalışmada, yaşam boyu DYB yaygınlığı %2 bulunmuştur (6). Farklı hastalık tanılarına sahip 102 ergen psikiyatrik yatan hasta üzerinde yapılan ve dürtü kontrol bozukluklarının araştırıldığı bir çalışmada, vakaların %11.8'inde DYB ölçütlerinin karşılandığı bildirilmiştir (7).

DYB'nin yaşam boyu sıklığı, obsesif kompulsif ilişkili bozukluklar içinde yer alan obsesif kompulsif bozukluk (OKB) ve

beden dismorfik bozukluğu (BDB) hastalarında da araştırılmıştır. OKB'de dürtü kontrol bozukluklarının araştırıldığı bir çalışmada, DYB'nin OKB'de en sık görülen (yaşam boyu %10.4, şimdiki %7.8) dürtü kontrol bozukluğu olduğu belirlenmiştir (8). 70 yaşam boyu OKB'li çocuk ve ergen üzerinde yapılan bir diğer çalışmanın sonuçlarına göre de, DYB %12.8 oranıyla yine en sık görülen dürtü kontrol bozukluğudur (9). 176 BDB'li hastanın araştırıldığı bir çalışmada, vakaların %44.9'unda yaşam boyu DYB, %36.9'unda BDB'ye ikincil olarak gelişen şimdiki DYB (10); 123 BDB'li hasta üzerinde yapılan bir çalışmada ise, %26.8 oranında DYB saptanmıştır (11).

DYB, en sık olarak, 10 yaşından önce, ergenlik döneminde ve erken erişkinlik döneminde başlamaktadır (4,5,12-17). İnternet temelli bir tedavi programı aracılığıyla çalışmaya alınan 372 DYB hastasında, hastalık başlangıç yaşı 14.4 olarak bulunmuştur (18).

Ergenler ve genç erişkinlerde deri yolma, sıklıkla akne, egzema ya da psöriazis gibi dermatolojik bir hastalıkla ilişkili olarak başlamaktadır (19). DYB hastaları normal deriyi de yola bilmektedirler. Bir çalışmada DYB hastalarının %71.4'ünde (17), diğer çalışmada DYB hastalarının %51.6'sında (19) normal derinin yolunduğu gözlenmiştir.

Erişkinlerde yapılan çalışmalarda, DYB'nin sıklıkla kadınlarda görüldüğü saptanmıştır (%83.3-94.1) (18-23). 354 erişkinde yolma davranışını araştıran bir çalışmada, kadınlarda klinik olarak anlamlı düzeyde yolma davranışı ile anksiyete ve depresyonun erkeklere göre daha fazla görüldüğü belirlenmiştir (2).

Bohne ve arkadaşları (5), 133 öğrenci üzerinde yaptıkları bir çalışmada, kadın ve erkekler arasında deri yolma oranını benzer bulmuşlar; DYB'de kadın erkek oranının farklı olmadığını, ancak kadınların bu tür sorunlar için daha fazla yardım arayışında bulunduklarını ileri sürmüşlerdir.

Fenomenoloji ve Klinik Özellikler

DYB'nin temel özelliği, kişinin doku hasarına yol açacak şekilde kendi derisini yineleyici olarak yolmasıdır. Yolmaya karşı direnme, yolma üzerine düşünme vb. için her gün anlamlı miktarda zaman harcanmakta, yolma davranışının toplam süresi saatler alabilmektedir (8,12,24,25).

Yüz en sık yolunan bölge olsa da, parmaklar, gövde, kollar, bacaklar, sırt, kasık bölgesi ve ayakları içeren diğer bölgelerde

TRİKOTİLOMANİ (SAÇ YOLMA BOZUKLUĞU)

Dr. Raşit Tükel

Giriş ve Tarihçe

Trikotilomani (saç yolma bozukluğu), ilk kez 1889 yılında, saçlarını tutamlar halinde yolan ve bir tür alopesi olarak değerlendirilen bir hastanın incelenmesi sonucu, dermatolog Hallopeau tarafından tanımlanmış ruhsal bir bozukluktur (1). Trikotilomani, eski Yunanca bir sözcük olup, “saç koparıyorum” anlamına gelmektedir (1). Günümüzde trikotilomani, belirgin şekilde saç kaybı ile sonuçlanacak kadar kişinin saçını tekrarlayan bir tarzda yolduğu, saç yolmanın öncesinde gerginlik duyumunun, saç yolarken haz almanın görüldüğü bir bozukluk olarak tanımlanmaktadır.

Epidemiyoloji

Önceleri seyrek görüldüğü düşünülen bu bozukluk, uzun yıllar psikiyatri literatüründe fazlaca yer almamıştır (2). Sonraki dönemlerdeki araştırma verileri, trikotilomaninin sanıldığından daha sık görüldüğünü ortaya koymuştur (3). Ancak, trikotilomaninin yaygınlığı üzerine olan verilerin çelişkili olduğu görülmektedir. 2579 üniversite öğrencisi üzerinde yapılan bir çalışmada trikotilomaninin yaşam boyu yaygınlığı %0,6 olarak bulunurken (4), bir diğer çalışmada 288 üniversite öğrencisinin %15,3'ünün saçlarını kopardıkları bildirilmiştir (5). Grant ve arkadaşları (6) trikotilomaninin yaşam boyu yaygınlığı için %4,4 gibi yüksek bir oran bildirirlerken, daha yakın tarihli bir çalışmada (7), 830 kişinin sadece %0,6'sında trikotilomani tanı ölçütlerinin tam olarak karşılandığı, %1,2'sinde ise klinik olarak anlamlı düzeyde saç yolmanın bulunduğu ortaya konmuştur.

Trikotilomaninin klinik örneklemde ağırlıklı olarak (%88-98) kadınlarda görüldüğü bildirilmiştir (2,8-11). Klinik olarak anlamlı olmayan düzeydeki saç yolma yaygınlığının ise, cinsiyet farkı göstermediği görülmüştür (7).

Çeşitli çalışmalardan elde edilen bulgular, trikotilomani, evli olanların oranının %37 ile %45 arasında değiştiğini ortaya koymaktadır (8,9,12).

Trikotilomaninin genellikle 20 yaşından önce başladığı ve başlangıç yaşının sıklıkla 11-15 yaşlar arasında olduğu belirtilmektedir. (8,10). Çeşitli çalışmalarda trikotilomaninin başlama yaşının çocukluk ya da ergenlik dönemlerine rastladığı bildirilmiştir (8-10,12-15). Trikotilomaninin erken ve geç başladığı hastaların karşılaştırılmasında, ergenlikteki geç başlangıcın be-

lirti şiddeti, tedaviye direnç ve eştanıda artmayla ilişkili olduğu (16), 6 yaş öncesi erken başlangıcın ise çoğunlukla tedavi gerektirmeyen geçici belirtilerle seyrettiği sonucu alınmıştır (17,18).

Fenomenoloji ve Klinik Özellikler

Trikotilomani hastalarında, en sık saç yolmanın, daha seyrek olarak da kaş, kirpik, sakal-bıyık, koltukaltı ve kasık gibi bedeninin çeşitli bölgelerinden kıl koparmanın görüldüğü bildirilmektedir (8,9,19). Saç yolma, tüm saçlı deride yaygın olarak görülebildiği gibi, belirli bir bölgeyle de sınırlı olabilmektedir (2,8). Trikotilomani hastalarında, saçlı deride en sık verteksten saç koparıldığı bildirilmiştir (8). Woods ve arkadaşlarının (20) 1697 trikotilomanili hasta üzerinde yaptıkları bir çalışmada, saç yolma/kıl koparmanın görüldüğü bölgeler şu şekilde sıralanmıştır: Saçlı deri (%72,8), kaşlar (%56,4), kirpikler (%51,6), kasık bölgesi (%50,7), bacaklar (%21,8), kollar (%12,4), koltuk altı (%12,4), gövde (%7,1), bıyık (%5,4), sakal (%4,3), diğer kişiler (%0,4), diğer (%7,1).

Saç yolmanın sonucunda ortaya çıkan bölgesel ya da yaygın kelleşmeyi gizleme amacıyla, birçok hastanın şapka giymek, peruk takmak, uzun olan saçlarıyla açılan bölgeyi kapatmaya çalışmak gibi yöntemlere başvurabildikleri bildirilmektedir (21,22). Hastalar sıklıkla, çirkin görünümeleri sebebiyle lezyonlarını sakladıklarını belirtirler. Yine sık olarak, lezyonun oluşumuyla ilgili bir açıklama yapmanın zorluğunu ifade edebilir; saçma buldukları, ancak engel olamadıklarını bildirdikleri bu davranışın, “delilik” olarak algılanabileceğinden çekinirler.

Stemberger ve arkadaşları (23) 67 trikotilomani hastasını değerlendirdikleri bir çalışmada, hastaların kaçındıkları davranışlarını şu şekilde sıralamışlardır: Saç kesimi (%63), yüzme (%62), rüzgarda dışarda olmak (%42), spor (%35), cinsel yakınlaşma (%35), aydınlık alanlar (%25), halka açık etkinlikler (%22).

Trikotilomanili hastalarda, saçı özel bir hareketle ya da simetrik olarak yolmaya çalışma, belli özellikleri olan saç ya da kılı seçme, yolma sonrası saçı ağza götürme gibi yineleyici tarzdaki davranışlar, törensel eylemler olarak değerlendirilmektedir (2,22). Christenson ve arkadaşları (8), 60 vakalık serilerinde, yolma sonrası saçı ağza alma, ısırma, çiğneme gibi davranışların %48 oranında görüldüğünü bildirmişlerdir. Saç yolmaya eşlik eden bu tür davranışların kompulsiyonlarla benzerliği dik-

UYUM BOZUKLUKLARI

Dr. Gül Eryılmaz, Dr. K. Oğuz Karamustafalıoğlu

Giriş

Uyum bozukluğu (UB) zorlayıcı yaşam olayları sonrası ortaya çıkan anksiyöz, depresif duygudurumu ya da davranım sorunlarını içerebilen psikiyatrik bir tablodur. Uyum, kavram açısından bakıldığında fiziksel ve psikolojik olaylara tepki olarak çıkan çeşitli fizyolojik, psikolojik ve davranışsal tepkimeler ile bozulmuş olan 'homeostazis'in yeniden düzenlenme süreci olarak tanımlanmıştır. Uyum bozukluğu ise stresör sonrası bu yeniden düzenleme sürecindeki bozukluk olarak ele alınmıştır. Uyum Bozukluğu, DSM-5'de (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabının Beşinci Baskısı) "Stres ve Travmayla İlişkili Bozukluklar" başlığı altında yer almıştır (1).

UB tanısının konulabilmesi için öncelikle tanımlanabilir bir ya da daha çok psikososyal stresör faktörünün olması gerekmektedir. UB'nun etiolojisinde rol oynayan başlıca stresörler tıbbi hastalıklar, ilişki sorunları, yasal süreçler olarak tanımlanmıştır. Stresin tanımı ise; 'dışsal içerik ve kültürel faktörlerin semptom şiddetini ve belirtilerini etkileyebileceği göz önünde bulundurarak, stres etkeniyle karşı karşıya kalma sonucu ortaya çıkması beklenene göre çok daha fazla, belirgin sıkıntı' olarak da tanımlanmıştır. Yine aynı şekilde UB tanımı gereği semptomların zorlayıcı durum ya da olay ile karşılaştıktan sonraki ilk üç ay içerisinde ortaya çıkması ve olay ya da durumdan uzaklaştıktan sonraki altı ay içerisinde kaybolması, toplumsal ya da meslekle ilgili veya diğer önemli işlevsellik alanlarında belirgin bozulma olması gerekir. Diğer yandan UB tanısı konulabilmesi için başka bir ruhsal bozukluk ölçütlerinin olmaması ve önceden var olan bir ruhsal bozukluğun alevlenmesi olmaması gerekmektedir. Diğer bir ifadeyle, uyum bozukluğu diğer tanılarının karşılanmadığı koşullarda konulabilir. Bu açıdan uyum bozukluğu eşik altı bir tanı olup olmadığı tartışılmıştır (2).

Tarihçe

UB ilk olarak DSM I tanı sisteminde 'geçici durumsal kişilik bozuklukları' kategorisi içerisinde tanımlanmıştır. DSM I'de UB bireyin başa çıkabileceğinden daha fazla stres faktörü ile karşılaşması sonrası görülen belirtiler olarak değerlendirilmiştir. 1980'de DSM-II'de "Geçici Durumsal Bozukluk" olarak kavramsallaştırılmış ve Uyum Reaksiyonu olarak tanımlanarak psikiyatrik bir tanı olarak yer almıştır. Uyum Bozukluğu terimi ise

ilk defa DSM-III tanı sisteminde kullanılmıştır. Uyum bozukluğu, DSM-III ile günlük yaşam zorluklarına verilen maladaptif bir cevap olarak tanımlanmıştır. DSM-III de klinik belirtilere göre veya stres faktörüne göre UB alt tiplere ayrılmıştır. Uyum bozukluğu, DSM-IV sınıflandırmasında bağımsız bir tanı olarak yer alırken, DSM-5'in yayınlanması ile uyum bozukluğu yeni bir tanı kategorisi olan "Stres ve Travmayla İlişkili Bozukluklar" içerisine dâhil edilmiştir. DSM- 5 ile uyum bozukluğunun genel tanı ölçütlerinde değişiklik olmamıştır.

DSM 5 tanı ölçütleri şu şekildedir:

- Tanımlanabilir bir stresörün ortaya çıkışından sonra 3 ay içerisinde stresöre tepki olarak duygusal ve davranışsal belirtilerin gelişmesidir.
- Aşağıdakilerin birisi ya da daha fazlasının varlığı ile kanıtlandığı üzere bu belirtiler ya da davranışlar klinik açıdan önemlidir:
 - Dışsal içerik ve kültürel faktörlerin semptom şiddetini ve belirtilerini etkileyebileceğini göz önünde bulundurarak, stres etkeniyle karşı karşıya kalma sonucu ortaya çıkması beklenene göre çok daha fazla, belirgin sıkıntı,
 - Toplumsal ya da meslekle ilgili veya diğer önemli işlevsellik alanlarında belirgin bozulma,
- Strese bağlı rahatsızlıklar başka bir ruhsal bozukluk ölçütlerine uymaz ve bu durum sadece önceden var olan bir ruhsal bozukluğun alevlenmesi değildir.
- Belirtiler normal yas davranışını temsil etmemektedir.
- Stresör (veya sonuçları) sonlandığında semptomlar ek bir 6 aylık süreden daha fazla sürmez.

Alt Tipleri şöyledir;

Depresif belirtiler ile giden: Çökkün duygudurum, ağlama ya da umutsuzluk duyguları hâkimdir.

Anksiyete belirtileri ile giden: Sinirlilik, endişe, huzursuzluk veya ayrılık anksiyetesi baskındır.

Anksiyete ve depresif belirtiler ile giden karışık: Depresyon ve anksiyete karışımı baskındır.

Davranış bozukluğu belirtileri ile giden: Davranış bozukluğu hâkimdir.

Duygu ve davranış bozukluğu belirtileri ile giden karışık: Hem duygusal (örneğin, depresyon, anksiyete) hem davranış bozukluğu belirtileri baskındır.

TRAVMA VE TETİKLEYİCİ ETKENLE İLİŞKİLİ BOZUKLUKLAR

Dr. K. Oğuz Karamustafaloğlu, Dr. Gül Eryılmaz

Giriş

Travma ve tetikleyici etkenle ilişkili bozukluklar ruhsal hastalıklar içinde geniş bir kategoride değerlendirilmiştir. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabının (DSM) 5 sürümüne göre travma ve stresle ilişkili hastalıklar; akut stres bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu, tepkisel bağlanma bozuklukları, uyum bozuklukları, sınırsız sosyal katılım bozukluğu, tanımlanmış diğer travma ve stresör etkenle ilişkili bozukluk, tanımlanmamış stresör etkenle ilişkili bozukluklarından oluşmaktadır. Bu gözden geçirme yazısında travma sonrası stres bozukluğunun tarihçesi, DSM tanımlama sistemindeki değişimler, etiyolojisi ve tedavisi ele alınmıştır.

Tarihçe

Travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) travmatik bir olaya maruz kaldıktan sonra ortaya çıkan, yeniden yaşantılama, kaçınma, küntleşme, yabancılaşma ve aşırı uyarılmışlık semptomları ile kendini gösteren bir sendromdur. TSSB tanısı genel olarak Vietnam savaşı sonrası kullanılmaya başlanmış ve DSM tanı sistemi içerisinde yer almıştır (1). Psikiyatrik bozuklukların sınıflandırılması açısından bakıldığında TSSB'nin en eski ruhsal bozukluklardan biri olduğu söylenebilir. İlk defa 1870 yılındaki Fransa ve Prusya savaşı sonrasında travmatik olayların sadece fiziksel zararı dışında da ruhsal bozukluklara sebep olabileceği ortaya çıkmış ve bu hastalara "travmatik nevroz" tanısı önerilmiştir. Savaş stres reaksiyonları günümüze gelene kadar pek çok farklı isimle anılmıştır. İsimlendirmeler önceleri nostalji, Da Costa Sendromu, asker kalbi, iritabl kalp, savaş şoku ya da gülle şoku (shell shock) etkisi gibi etiyolojik açıklamalarla ilişkili olmuştur (2). Freud travmatik nevrozu hayatı tehdit eden ciddi kazalar ve felaketler sonrası yaşanan bir durum olarak tanımlamıştır. Sonraki süreçte ise kimi bu alanda çalışan uzmanlar fizyonevroz, savaş nevrozu gibi isimlerle klinik tabloya dikkat çekmişlerdir. Diğer yandan psikolojik travma tanımı da tartışmalara konu olmuş ve süreç içinde değişime uğramıştır. Bu değişimi yayınlanmış DSM'lerde izlemek mümkündür (3). Örneğin zorlu yaşam olaylarına "travma" denilmesi ilk defa DSM-III ile olmuştur.

DSM Tanı Sistemlerinde TSSB

Özellikle II. Dünya Savaşı gazilerinde ağır fizik zorlanma ya da savaşta gibi yoğun strese maruz kalınan durumlarla ilişkili

ruhsal etkiler ilk kez DSM-I (1952) ile "büyük stres tepkileri" başlığı altında sınıflandırma kitaplarına dahil edilmiştir. DSM II ile birlikte "Büyük Stres Reaksiyonu" yerini "Geçici Durumsal Bozukluk (Transient Situational Disturbance)" tanımına bırakmıştır. 1968 yılında yayımlanan DSM-II'nin Vietnam Savaşındaki verileri göz ardı etmesi psikolojik travma tanımlanması ve bu hastaların tedavisinin geri planda kalmasına sebep olduğu söylenebilir. Nihayet DSM III (1980) de ilk defa travma kavramı kullanılmış ve TSSB tanımlanmıştır. Psikolojik travma kavramı DSM üçüncü baskısında bu yana tartışılmakta ve her yeni DSM sürümüyle de değişikliğe uğramaktadır. TSSB, daha sonra DSM-III-R (1987), DSM-IV (2000), DSM-IV-TR (2004)'de de yer almıştır. 2013 yılında DSM 5 te yer alan TSSB tanımlamasında bir takım değişikliklere gidilmiştir. DSM-5'te TSSB "korku" kökenli tanımlanmış bir bozukluk olmaktan ziyade anhedonik/disforik belirtiler de gösterebilen, negatif bilişler ve kızgınlık, dürtüsellik, kendine zarar verme gibi davranışsal belirtileri de olabilen bir sendrom olarak tanımlanmıştır.

DSM 5'in Getirdikleri Sınıflamada Farklılıklar

DSM IV-'teki Akut Stres Bozukluğu ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu 'Anksiyete Bozuklukları' bölümünden alınarak, DSM-5'in "Travma ve Tetikleyici Etkenle İlişkili Bozukluklar" bölümüne yerleştirilmiştir. Değişimin gerekçesine bakıldığında travma ile ilişkili hastalıkların ortak özelliklerinin olması ve tanı güvenilirliğinin artırılması olarak değerlendirilmiştir. Ayrıca "Bebeklik ya da Küçük Çocukluk Döneminin Tepkisel Bağlanma Bozukluğu da "Genellikle İlk Kez Bebeklik, Çocukluk ya da Ergenlik Döneminde Tanısı Konan Bozukluklar" bölümünden alınarak DSM-5'in "Travma ve Tetikleyici Etkenle İlişkili Bozukluklar" bölümüne yerleştirilmiştir. Ayrıca DSM-IV-TR'de "Bebeklik ya da Küçük Çocukluk Döneminin Tepkisel Bağlanma Bozukluğu" içerisinde bir belirleyici durumunda olan "Sınırsız Toplumsal Katılım", DSM-5'te "Sınırsız Toplumsal Katılım Bozukluğu" ismiyle ayrı bir bozukluğa dönüştürülmüştür (4).

A Ölçütü

Travma Tanımı

TSSB, travmatik bir olaya maruz kalmayı gerektiren ölçüt 'A' ile başlamaktadır. TSSB tanısı koşullu olarak travma maruziyeti-

YAS: GELİŞİM SÜREÇLERİ VE KAYIPLAR SONUCU YAŞANAN ACILAR VE TEDAVİLERİ

Dr. Abdülkadir Çevik, Dr. Rifat Serav İlhan

GİRİŞ

Yaşam bitki ve hayvanları diğer cansız nesnelerden ayıran ve canlılık bildiren bir nitelik olarak tanımlanabildiği gibi, kişinin hayatta kalmış olduğu periyodu işaret eden bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır. Türk Dil Kurumu sözlüğünde yaşam kısaca doğumla ölüm arasındaki süre olarak tanımlanmaktadır. Canlıların özelliği olan yaşam ise, büyüme ve değişebilme kapasitesine sahip olma olarak tanımlanmaktadır. İnsanlar da doğumdan itibaren büyüme ve değişebilme ile ilgili psikobiyojik bir kapasiteye sahiptirler. Değişim ve büyüme yaşam sürecinin bu anlamda olmazsa olmaz bir şartı olarak karşımıza çıkmaktadır. Değişim ise, kendisinden bir önceki niteliğin kısmen veya tamamen terk edilerek ya da değişime uğratılarak; yeni bir niteliğin ortaya çıkmasını işaret etmektedir. Bu açıdan yaşam boyunca insanlar yaşadıkları kayıp ve yeni kazançlar doğrultusunda değişim geçirerek büyümekte ve yaşam sürelerini tamamlamaktadırlar. Dolayısıyla yaşamın kendisi başlı başına yaşanan kayıp ve kazançların bütünü olarak karşımıza çıkmaktadır.

Önemli bir insanın ya da nesnenin kaybı ise insanlarda yas sürecini başlatmaktadır. Yas süreci boyunca yas tutan kişi kademeli bir şekilde kayıp nesne temsilini tekrar gözden geçirmekte ve yitirilen kişinin ya da şeyin belli başlı nesne imajlarını kendilik temsilinin içinde tutabilmeyi başarmaktadır. Bu durum kişinin yitirilen nesne ile seçici bir özdeşim kurmasını mümkün hale getirmektedir. Seçici özdeşim kurabilme kapasitesi bu anlamda yas sürecinin sağlıklı bir şekilde tamamlanması ve kendiliğin zenginleşmesi için önemli bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır.

İnsanın kimlik gelişiminde önemli olan psikoseksüel gelişim dönemleri de, insanların kayıp karşısında yüzleştikleri yas süreci ile benzer özellikler taşımaktadır (Freud 1921). Yas süreci, bizim için önemli olan bir nesnenin belli yanlarını kendimizin yaptıktan, yani kaybedilen nesnenin belli yanları ile seçici bir özdeşim kurduktan sonra sağlıklı bir şekilde tamamlanmaktadır (Freud 1917). Sağlıklı özdeşimler kurarak geçmişte bize verileni, artık biz kendimize sağlar hale geliriz. İlişkide iyi olan şeyleri içimize alır ve onları kimliğimizin bir parçası haline getiririz. Böylece bu özdeşimler, kaybettiğimiz kişinin psişik eşinden de ayrılabilmemize yardım ederler. Çocuklar da gelişim basamaklarında ilerlerken bir önceki gelişim basamağına ait

libidinal yatırım yaptığı nesnelerini kaybetmekte ya da onlardan vaz geçmektedir. Bu kayıpların ya da vaz geçişlerin sağlıklı olarak çözümü ise, tıpkı yas sürecinde olduğu gibi, kaybedilen nesne ile kurulan seçici özdeşimlerin tamamlanmasından sonra gerçekleşmektedir. Bu açıdan bakıldığında çocukluk döneminde psikoseksüel gelişim basamaklarında ilerlerken yaşanan kayıp deneyimlerinin, erişkinin kayıp karşısında yaşadığı yas süreci ile benzer özellikler taşıdığı görülebilmektedir. Benzemektedir dememizin sebebi Mahler'in(1972) gelişim modeline göre nesne kalıcılığı oluşmadan, Kernberg (1976) ve Volkan'a (1976) göre nesne ilişkileri çatışmasından sonra bütünleşme gerçekleşmeden yani çocuk kendine ait gerçekliğin anlamına varmadan gerçek yas tutmadan söz etmek mümkün değildir.

O halde doğumdan hayatımızın sonuna kadar insanların karşılaştıkları kayıplar veya kayıp tehditleri sonrasında hayatlarına sağlıklı bir şekilde devam edebilmek için, kayıplar sonrasında yaşanan yas sürecini sağlıklı bir şekilde tamamlamaları gerekmektedir. Bu anlamda kayıpların yarattığı stresle baş edebilmek için gereken kapasitenin, aynı zamanda kayıp sonrası ortaya çıkan yas sürecinin sağlıklı bir şekilde tamamlanması için gereken yas tutabilme kapasitesiyle yakından ilişkili olduğunu söyleyebiliriz. Yas süreci, bu anlamda kayıp yaşantılarına karşı oluşan uyuma yönelik (adaptif) bir tepki ve hayatın farklı gelişim dönemlerinde yaşanan kayıplara karşı yaşam boyu devam eden bir süreç olarak karşımıza çıkmaktadır.

Yas Tutma Kapasitesinin Öncülleri: Gelişimsel Kayıplar ve Kimlik Gelişimi

Sağlıklı bir kimlik gelişimini tanımlayan psikolojik kuramlar, çocukların doğumdan itibaren gerek fiziksel gerekse de zihinsel olarak belli başlı görevlerle karşı karşıya kaldıklarını vurgulamaktadır. Sağlıklı bir kimlik gelişimi bu anlamda bu görevlerin tamamlanmasına bağlanmaktadır. Aşağıda daha detaylı olarak bahsedileceği üzere, sağlıklı bir kimlik gelişimi için tamamlanması gereken bu görevler, insanların yas tutabilme kapasiteleri ile ya da bu kapasitenin oluşumuna öncülük eden çocukluk dönemlerinde yaşanan çeşitli gelişimsel kayıplarla ya da gelişimsel streslere kayıplarla baş edebilme kapasitesi ile yakın ilişki içindedir.

Örneğin, Freud (1959) sağlıklı bir kimlik gelişimi için Psikoseksüel modelinde 4 farklı gelişimsel kayıp korkusu tanımla-

DİSSOSİYATİF BOZUKLUKLAR

Dr. Vedat Şar

Dissosiyasyon normalde bütünlük içerisinde olan bilinç, bellek, kimlik, duygu, algı, beden temsili, motor kontrol ve davranışta ayrışma ve/ya da süreksizlik olmasıdır. Bu ayrışma ve süreksizlikler psikolojik işlevlerin her alanını etkileyebilir. Dissosiyatif bozuklukların en kapsamlısı olan dissosiyatif kimlik bozukluğunda (DKB) bu işlevlerin hemen hepsi etkilenir. Bu alanların bir bölümünün etkilendiği durumlar ise depersonalizasyon-de-realizasyon bozukluğu, dissosiyatif amnezi (füglü ya da fügsüz) ve diğer özgül dissosiyatif bozukluklar (DÖDB) içerisinde yer alır. Bu son grupta eşikaltı DKB, baskıya maruz kalma sonucu ortaya çıkan kimlik bozuklukları, akut dissosiyatif reaksiyonlar, ve dissosiyatif trans bulunmaktadır.

Dissosiyatif bozukluklar tüm psikiyatrik bozukluklar içerisinde etiyolojik olarak çevre etkenleri ile en fazla ilişkisi olanıdır. Örneğin, dissosiyatif bozukluklar psikiyatride en yüksek oranda çocukluk çağı ruhsal travmaları (örn. istismar ve ihmal) bildirilen tanı grubudur. Dissosiyasyon gelişimsel dönemde (genellikle ergenlik öncesinde) yineleyen travmatik yaşantıların ruhsal olarak üstesinden gelme çabası biçiminde ortaya çıkar ve zamanla uyumsal olmayan bir sürece dönüşür. Dissosiyasyonun yaygın olarak bilinen tanımı her ne kadar “bölünmeyi” temel almakta ise de bu durumdaki her bireyin aynı zamanda eksikliğini hissettiği ruhsal bütünlüğü elde etme çabası içerisinde olduğunu da dikkate almak gerekir. Zaten dissosiyasyon ile bağlanma ve onun bozuklukları arasında da ilişki vardır, ki bu dissosiyasyonun sebep aynı zamanda kişilerarası bir fenomen olduğunu açıklar. Ancak bu kişilerarası durum iç dünya ile bağlantılıdır, çünkü kişide değişik durumlara ilişkin birbirinden ayrı iç çalışma modelleri bulunur ve bu modeller kendilerine uyan kişilerarası ilişkilerde öne çıkar.

Çocuklukta kişilerarası bağlanmanın büyüme için birinci derecede gerekli olması sebebiyle travmatik ilişkiler yaşayan bireyde zorunlu olarak gelişen **istismarcıya bağlanma modeli** dissosiyatif psikopatolojide klinisyenleri birinci dereceden ilgilendiren önemli bir probleme dönüşür. Çocuk, istismarcının örneğini onu durdurmak ve yönetmek (kontrol etmek) amacıyla iç dünyasında da oluşturur ve aynı zamanda terk edilmeye önlem olarak ona da bağlanır. Ancak zamanla iç dünyası onu kontrolü altına alır (**kontrol odağında kayma**) ve kişi çocukluğun mirası olarak erişkinlikte “içeriden” istismara uğramaya devam eder, ve buna koşut olarak da dışarıdan başkalarının ye-

niden istismar edilmeye açık hale gelir. Tüm çalışma modelleri içerisinde özellikle istismarcıya bağlanma örüntüsünün çözülmesi ve kontrolün kişinin yeniden kendisine geçmesi dissosiyatif bozuklukların tedavisinde kritik önem taşır. Ancak bu modelin sadece kişilerarası ilişkilerde değil kişinin iç dünyasında da (örneğin alter kişilikler arası ilişkiler) geçerli olduğu dikkate alınmalıdır. Böylelikle çocukluk çağı travmayı kurbanı olan bir çok kişi bu olaylar sona ermiş olsa da, elinde ve farkında olmayarak kendi kendisini (içeriden) travmatize etmeye devam etmektedir.

DİSSOSİYATİF KİMLİK BOZUKLUĞU

Giriş ve Tarihçe

Posesyon (tutulma, çarpılma) olarak adlandırılan ve başka bir varlığın (cin,şeytan vb.) kişiye egemen olması ya da “içine girmesi” yaşantılarına bir çok kültürde rastlanmıştır. Örneğin 18. yüzyıl sonlarına dek Batı toplumlarında bir çok kişi o çağı paradigmatları uyarınca kültürün onayladığı egzersizsiz türleriyle tedavi edilmeye çalışılmış, işkence görmüş, ve hatta “cadı” kabul edilerek yakılarak ortadan kaldırılmışlardır. Modern dünyada alter kişilikler bireyin iç dünyasında yer alan “kişilik durumları” ve “kimlikler” olarak tanımlanırken, posesyonda ise tanım gereği kontrol kişinin dışındaki bir gücün elinde olarak yaşanmaktadır. Alter kişilikler bireye özgü iken posesyona yol açtığı düşünülen varlık başka bireyleri de etkileyebilen ve bir kişiden çıkıp diğerine gidebilen (paylaşılan) bir güç olarak kabul edilir. Alter kişilikler ve posesyon yaşantıları aynı kişide bir arada bulunabilmektedir. DKB üzerine modern çalışmalar 19.yüzyıl sonunda, özellikle Pierre Janet’in çabalarıyla öne çıkmıştır. Bu ilgi ana-akım psikiyatri içerisinde kısa sürmüş, ancak 1980’lerde yeniden canlanmıştır. 1990’lı yıllarda özellikle ABD’de öncü nitelik taşıyan çalışmaların “backlash” adı verilen ve akademisyenlerin de katıldığı bir karşı çıkış sebebiyle zarar gördüğü bilinmektedir. Bu yıllarda DKB üzerinde Türkiye’de başlayan ve önemli bilimsel yayınlara yol açan çalışmalar ise bu dinamizmin kırılması ve konunun globalleşmesi açısından tarihsel önemde katkı sağlamıştır.

Epidemiyoloji

DSM-IV ölçütlerine göre yapılan çalışmalar DKB’nun genel popülasyonda %1-1.5 oranında rastlandığını göstermekte olup

SOMATİKS EMPTOM VE İLİŞKİLİ BOZUKLUKLAR

Dr. Bahadır Bakım

Ruhsal Bozukluklar için Tanı ve İstatistik El Kitabı beşinci basısının (DSM-5) Bedensel Belirti Bozuklukları ve Diğer İlişkili Bozukluklar bölümü bedensel belirtilerle ilişkili düşünce, duygu ya da davranışlarla karakterize bir grup bozukluğu içermektedir.

DSM-5'te yedi bedensel belirti bozukluğu ve ilişkili bozukluk yer alır. Bunlar bedensel belirti bozukluğu, hastalık kaygısı bozukluğu, dönüştürme (konversiyon) bozukluğu (işlevgören nöroloji belirtisi bozukluğu), diğer sağlık durumlarını etkileyen ruhsal etkenler, yapay bozukluk, tanımlanmış diğer bir bedensel belirti bozukluğu ve ilişkili bozukluk ve tanımlanmamış diğer bedensel belirti bozukluğu ve ilişkili bozukluk şeklindedir. ICD-10'da ise somatizasyon bozukluğu, ayırt edilemeyen somatoform bozukluk, hipokondriak bozukluk, somatoform otonomik işlev bozukluğu, persistan somatoform ağrı bozukluğu, diğer somatoform bozukluklar ve somatoform bozukluk belirlenmeyen tip şeklinde yedi bozukluk belirtilmiştir.

Hipokrat döneminde emosyonel bozuklukların kaynağının karın içi organlar olduğuna inanılmaktaydı. Rönesanstan önce histeri, uterusu ait bir bozukluk olarak kabul edilmekte ve beden içinde dolaşması ile ilgili belirtilere sebep olduğu düşünülmekte idi. 1600'lü yıllarda Thomas Willis ve Thomas Sydenham histeri ve hipokondriazisi beynin psikolojik ve sinirsel bozuklukları olarak değerlendirdiler. 1800'lü yıllarda hipokondriazisin karınıci organlardan başlayıp, beyne yayılan enflamasyon sebebiyle geliştiğine inanılmaktaydı. Charcot ve öğrencileri açıklanamayan fiziksel semptomların psikolojik çatışmalar sebebiyle fiziksel enerjinin bastırılması sonucu oluştuğunu öne sürdüler (1). DSM-II'de (1968) açıklanamayan fiziksel semptomlar nevroz, psikofizyolojik bozukluklar ve özel semptomlar olarak ayrıldı. DSM-III (1980)' göre somatoform bozukluklar konversiyon bozukluğu, somatizasyon, psikojenik ağrı ve hipokondriazisten oluşmaktaydı. DSM-IV-TR'ye göre somatoform bozukluklar somatizasyon bozukluğu, farklılaşmamış somatoform bozukluk, konversiyon bozukluğu, ağrı bozukluğu, beden dismorfik bozukluğu ve başka türlü adlandırılmayan somatoform bozukluk tanılarından oluşmaktaydı. DSM-5'te beden dismorfik bozukluğu obsesif-kompulsif bozukluk ve ilişkili bozukluklar yelpazesine dahil edilmiş, DSM-IV-TR'de bulunan somatizasyon bozukluğu ve farklılaşmamış somatoform bozuk-

luk tanımları DSM-5'te "bedensel belirti bozukluğu" şeklinde evrimleştirilmiştir.

Somatizasyon "psikososyal strese yanıt olarak somatik sıkıntıyı deneyimleme ve iletişime girme ve tıbbi yardım arama eğilimi" olarak tanımlanmıştır (2). Somatizasyonun sebepleri çoğul etyolojili olup, çeşitli mekanizmaları içermektedir. Premorbid riskler arasında çocukluk çağı olumsuz yaşantıları ve depresif hastalıklar gibi duygu durum bozuklukları sayılabilir (3, 4). Bu grup bozukluklarda hipotalamo-hipofizer adrenal eksen ve otonomik sinir sistemi olduğu kadar özellikle ağrı ile ilgili viseral aferentlere uzanan merkezi sinir sistemi uzantıları ile ilişkili anormallikler söz konusu olabilmektedir (5,6). Beyin görüntüleme çalışmalarında bedensel belirti bozukluklarının amigdale hacminde azalma (7) ve amigdale ile yürütücü ve motor işlevi kontrol eden beyin bölgeleri arasındaki bağlantıda azalma ile ilişkiyi destekleyen veriler elde edilmiştir (8). Somatizasyonun triptofan katabolizmasındaki anormallikler ile ilintili olduğu, kontrol grubu ile karşılaştırıldığında daha düşük triptofan düzeyleri olduğu şeklinde yayınlar bulunmaktaysa da, bu veri araştırma çalışmaları ile sınırlı kalmış, tanısıl bir ölçüm haline gelememiştir (9).

Olumsuz affekt, anksiyete (10), nörotisizm (11) ve aleksitimi (12) ile ilgili beraberlik ve mekanizmalar söz konusu olabilmektedir. Kişisel önem arzeden bireylerle güvensiz bağlanma modeli yüksek düzeylerde somatik semptomlara yol açmaktadır (13). Güvensiz bağlanma çocukluk çağı travmaları ve yetişkinlikte somatik semptomlarla ilişkili bulunmuştur (14). Öfke yaşama eğilimi, ampirik olarak somatizasyon ile ilişkili bulunmuştur (15). Kadınlarda somatik semptomlar, eş (partner) tarafından uygulanan şiddet sonrası gözlenebilmektedir (16).

Bedensel belirti bozuklukları çocukluk, ergenlik ya da erken erişkinlik yaşlarında başlayabilmektedir. Açıklanamayan bedensel belirtilerin yaşlılarda başlaması durumunda, tıbbi hastalık araştırması yapılmalı ya da somatizasyona eşlik eden olası major depresyon araştırılmalıdır.

Birinci basamak tedavi kurumlarında somatoform bozuklukların belirlenmesi sadece sağlık harcamalarını azaltmakla kalmayacak, özellikle psikiyatrik komorbiditenin var olduğu hastalardaki belirgin özürüllük durumunu azaltarak hasta bakımını geliştirecektir (17). Kadınlar erkeklerle göre daha fazla somatoform bozukluk bildirmektedir (18). Sınır kişilik bozuk-

YAPAY BOZUKLUK VE TEMARUZ

Dr. Servet Ebrinç

Yapay bozukluk ve temaruz; tıbbın her disiplinini ilgilendiren ve gereksiz maddi harcamalara ve adli sorunlara yol açabilen önemli iki antitedir. Zaman zaman yapay bozuklukla başlayan tıbbi bir durum giderek temaruzla dönebilir, bazen de birbiri içinde devam edebilir. Yapay bozukluk tıbbi bir tanı olmayı hak ederken; temaruz tıbbi bir tanı olmamasına rağmen hekimi rutin klinik uygulamada oldukça zorlayan bir durumdur. Her ikisi de burada doğrudan bahsedilmeyecek olan konversiyon ve somatoform bozukluklarla karışabilir ve ayırıcı tanı açısından önem arzeder. Yapay bozukluk ve temaruz 2013 yılında yayınlanan DSM 5 tanısall sınıflandırma kitabında da farklı bölümlerde yer almıştır (1).

Temaruz üzerine yapılan araştırmalar sıklıkla yasal bağlamlar içinde yer alır. Başka bir deyişle temaruz, kişinin adalet sisteminde cezalandırılmadan kaçma, kişisel yaralanma yoluyla tazminat talep etme ya da maddi tazminat kazanma çabalarının olduğu durumlarda sık görülürken; yapay bozukluklar ile genellikle klinik ortamlarda karşılaşılır.

Somatik belirtiler ve ilişkili bozukluklar tıbbi olarak açıklanamayan fiziksel belirtilerle karakterizedir. Klinisyenler bu bozuklukları olan hastaları, belirtileri bilinçli üretmemeleri ve belirtileri sürdüren motivasyonun bilincinde olmamaları sebebiyle, “meşru hastalar” olarak kabul ederler. Yapay bozukluk ve temaruzda ise hastalar bilinçlidirler ve belirtilerini gönüllü üretirler. Ancak bu iki durum davranışın hedefi açısından birbirinden ayrılır. Yapay bozukluğu olan hastaların amacı hasta rolünü elde etmek iken (genellikle bu kişiler motivasyonlarının tam olarak farkında değildirler) ve klinisyenlerce “meşru hasta” olarak kabul edilme eğilimi vardır. Oysa temaruz yapan hastanın amacı cezai sorumluluklardan kaçınma veya haksız kazanç elde etmektir ve bu kişiler genellikle “meşru hasta” kabul edilmez.

YAPAY BOZUKLUK

Tanım

Yapay bozukluk, dış teşvik veya ödül olmaksızın, tıbbi dikkat ve duygusal destek için varsayılan bir hasta rolüne duyulan ihtiyaçla, bilinçli olarak fiziksel veya psikolojik hastalığın taklit edilmesi ile karakterize bir bozukluktur (2). Bir başka deyişle yapay bozukluk, hastanın belirgin dış etkenler yokluğunda kasıtlı olarak ürettiği ya da uydurduğu belirtiler veya bulgularla karakterizedir.

Tarihçe

Kasten hastalığı taklit eden hastalar tarih boyunca bilinmektedir. Milattan sonra ikinci yüzyılda Galen kusma ve rektal kanama oluşturan ve uyduran Romalı askerler tanımlamıştır. Hektor Gavin ise 1834’te bu davranışı kategorize etmeye çalışmış ve temaruz ile yapay bozukluk arasında bir ayrım yapmıştır (2). Asher, 1951 yılında bir yazıda hastalığın bazen tuhaf ve dramatik epizotlar üretimi “psödolojia fantastika” ile hastaneye yatış arayan, sık sık seyahat eden, yarı mizah bir şekilde bireyler tanımlamıştır (3). Yapay bozukluğun bu aşırı biçimi daha sonra, sadece başkalarını eğlendirmek için hayali masal anlatan bir emekli süvari olan Baron Karl Friederich Von Munchausen (1720-1797)’le adlandırılmıştır. Asher çoğu yapay bozukluk hastalarının önemli başvuru profillerini tanımlamış ve sınıflandırmıştır: karın (laparotomofili migran), hemorajik (hemorajika histriyonika) ve nörolojik (nörolojik diabolika). Bunlara daha sonraları dermatolojik (dermatitis artefakta), kardiyak (kardiyopati fantastika) ve ateşli (hiperpireksi figmentatika) alt tipler eklenmiştir. Yapay bozukluk ayrıca “hastane boşgezenleri”, “hastane bağımlıları”, “polisürjü hastaları bağımlıları”, “profesyonel hastalar”, “patomimiler” ve “hastane derbederleri” olarak da adlandırılmıştır (2).

Bir psikiyatrik bozukluk olarak yapay hastalığın evrimi Amerikan Psikiyatri Derneği’nin Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı (DSM)’nin çeşitli sürümlerinde yansıtılmıştır. Yapay bozukluk resmi tanısı ilk olarak 1980 yılında DSM-III sürümünde takdim edilmiştir. Daha sonra 1994 yılında yayınlanan DSM-IV sürümünde, yapay bozukluk; i. Ağırıklı olarak fiziksel belirtiler ve bulguların hakim olduğu, ii. Ağırıklı olarak psikolojik belirtiler ve bulguların hakim olduğu ve iii. Fiziksel ve psikolojik belirtiler ve bulguların kombine olduğu 3 alt tip içinde sınıflandırılmıştır. 2013 yılında yayınlanan DSM-5 ise yapay bozukluğu, “somatik belirtiler ve ilişkili bozukluklar” kategorisi içinde sınıflandırır; yapay bozukluk vakalarının büyük çoğunluğunda, hastalar fiziksel şikayetlerle ve genel tıbbi bir hastalığa sahip olduğu inancıyla başvururlar (1).

İlk olarak 1977 yılında “*Munchausen sendromu vekaleten*” olarak tanımlanan ebeveyn ya da bakıcısı tarafından çocuk veya yaşlılarda oluşturulan yapay bozukluğun taklit edilmesi veya üretilmesini içeren varyantı, 1994 yılında DSM-IV’e “*Vekaleten ya-*

BESLENME VE YEME BOZUKLUKLARI

Dr. Ayşe Fulya Maner

GİRİŞ VE TARİHÇE

Yeme ve beslenme bozukluğu yeme davranışının çeşitli biçimlerde bozulması, kilo kontrolüne yönelik davranışlar ve görüntü ya da ağırlıkla ilgili aşırı değerlendirilmiş düşünceler ile seyreden psikiyatrik bozukluktur. Beslenme ve yeme bozukluklarının tanımlamasını yaparken aşağıdaki üç özellik önemlidir: (1) Yeme alışkanlıklarında belirgin bir sorun ya da kilo kontrol amaçlı davranışlar vardır. (2) Bozulmuş yeme davranışları fizik sağlık ya da psikososyal işlevsellikte klinik olarak anlamlı bir bozulmaya sebep olur. (3) Bu bozukluk herhangi bir fiziksel hastalık ya da psikiyatrik durumla ilişkili değildir.

İstemli açlığın Helenistik dönemdeki azize diyetlerinde ortaya çıktığı öne sürülmüştür. Tarihte Siena'lı Catherine ve İskoçya Kraliçesi Mary gibi tanınmış kişilerin bu hastalığa yakalandıkları ileri sürülmektedir. Birçok dinde istemli olarak aç kalmak, ruh ve bedenün dünyevi uğraşlardan uzaklaştırılarak saflaştırılması amacıyla özendirilmiştir. Onüçüncü yüzyıldan itibaren kadınların Katolik kilisesi tarafından azize olarak kabul edilmeleri sürecinde dini inanışlar ve dini saflık uğruna kendilerini aç bıraktıkları bilinmektedir. Anoreksiya nervoza terimi ilk kez 1874'de Sir William Gull tarafından "sinirsel iştahsızlık" anlamında kullanılarak tıbbi literatüre girmiştir. 1689'da Londra'da Richard Morton 18 yaşında hastalandıktan sonra bütün ilaçları ve besinleri reddederek 3 ay sonra ölen ilk olguyu aktarmış ve sinir veremi olarak adlandırmıştır. Anoreksiya nervozayı bir klinik patoloji olarak ilk kez tanımlayan Lasègue, 'histerik anoreksi' ve daha sonra 'mental anoreksi' terimini kullanmıştır. Lasègue genç kızların hastalıklarını hissetmeyişlerini ve tedaviye karşı olan dirençlerini vurgulamıştır. Lasègue, hastalığın başlangıcında görülen iştah kaybının acı ve elemenden kaçınmaya hizmet ettiğini öne sürmüştür. Charcot, anoreksiya nervozanın temelinde histerinin bulunduğunu belirtmiştir. Pierre Janet anoreksiya nervozayı histerik ve obsesif olarak ikiye ayırmıştır. İlk psikanalitik açıklamalarda anoreksiya nervozanın oral yönü ve cinsellikle ilişkisi üzerinde durulmuştur. Freud'a göre yeme bozukluğu belirtileri genital düzeyde yaşanan bir çatışmanın oral düzeye gerileyip daha kolay baş etmeyi sağlama çabası şeklindeki savunma mekanizmasıdır. 1940'da Kaufman ve Deutsch gastroentestinal belirtilerin hamilelik düşlemlerinin simgeleştirilmesi olduğunu ve ağız yoluyla hamile kalma arzusunun

kompulsif bir beslenmeye ve ortaya çıkan suçluluk duygusunun besin reddine yol açabileceğini ve amenorenin cinselliği reddetmenin bir yolu olduğunu düşünmüştür. Yazarlara göre beslenme bozukluğu aile içi çatışmalarla ilgilidir ve hastanın erişkin yaşamına uyum sorununa işaret etmektedir. 1951'de Decourt anoreksiya nervozayı kortikal süreçlerde yeni bir denge yaratmakta yetersizlik olarak düşünerek, 'Ergenliğin psikoendokrin kaşeksisi' olarak tanımlamıştır. Hilde Bruch ilk kez anoreksiya nervozada beden imgesi bozukluğundan söz etmiş ve iç uyaranların bütünleştirilmesindeki bozukluğun bedenin gereksinimlerini tanınamaya yol açtığını; bu bozukluğun erken dönem anne-çocuk ilişkisine bağlı olduğunu ileri sürmüştür. Bruch'a göre "kendini aç bırakma sendromu" otonomi, yeterlilik ve kontrol duygularını sürdürebilmek için yapılan bir girişimdir.

Gerard Russell ergenin kilo olarak çocukluktan erişkinliğe doğru olgunlaşma sürecinde geçirdiği biyolojik ve psikolojik deneyimlere bağlı olarak anoreksiya nervoza geliştiğini öne sürmüş ve aşırı şişmanlama korkusunu vurgulamıştır. Bulimiya nervoza terimini 1979 yılında Russell ortaya atılarak üç özellikten söz etmiştir. 1) güçlü ve karşı konulamaz bir yeme arzusu, 2) kusarak ve/veya müshil kullanarak gıdaların kilo aldırıcı etkisinden kaçınmak, 3) şişmanlamaktan aşırı korku duymak. Eski Mısır, Yunan, Roma ve Arap kültürlerinde bulimiyaya benzeyen hedonistik davranışlara rastlanmaktadır. Eski Mısır'daki her ay üç ardışık gün boyunca devam eden kusma davranışları ve Roma'da aşırı yeme dönemlerinin ardından kusmak için "vomitoryum" ların kullanıldığı bilinmektedir(1).

Tıkınırcasına yeme bozukluğu 1994'de DSM-IV tanı sınıflandırmasında başka türlü adlandırılmayan yeme bozuklukları kapsamında ele alınmıştır. İlk kez 1951'de Hamburger 8 obez bireyde şeker, dondurma, tatlı benzeri yiyecekler için kompulsif bir açlığı hiperfajinin en habis türü olarak tanımlamıştır. 1955'de Stunkard ve ark. tedaviye dirençli 25 obez bireyde 3 ortak belirti (insomnia, sabah anoreksiya, gece hiperfaji) tespit etmiş ve 1959'da tıkınırcasına yemenin kısa sürede çok fazla miktarda yiyecek yeme ve ardından hissedilen rahatsızlık, sıkıntı, kendini kınama beraberinde 'orciyastik' niteliğini vurgulamıştır. 'Orgy' eski Yunan ve Roma'da tanrılar ve özellikle Baküs için yapılan gizli dinsel törenlerde coşkulu, heyecanlı şarkı söyleyip dans etme ve çılgınca hareketlerde bulunma anlamına gelmektedir. 1970'de Kornhaber tıkıştırma (stuffing) sendromu adı altında

DIŞA ATIM BOZUKLUKLARI

Dr. Ümran Tüzün, Dr. Esin Özatalay

Çoğunlukla çocukluk veya erken ergenlik döneminde tanı alan, idrar ya da dışkının uygunsuz dışa atımına enürezis ve enkoprezis denir.(1)

Enürezis, çocukluk çağıının oldukça sık görülen bozukluklarından. Eski Yunancada idrar bırakma, idrar üretme anlamına gelen en+ourein sözcüğünden türetilmiştir. Enürezise dair yazıların izi M.Ö. 1500'lere kadar sürülebilir. Ebers Papyrusunda enürezisten bahsedilmektedir. Tarih boyunca enürezis tedavisi için ardıc tohumu, tavşan testisi, horoz ibiği ekstresi vb, bazı sadistik özellikler de taşıyan pek çok yöntemin kullanıldığından söz edilmektedir. (2)

Birinci basamak sağlık hizmetleri çalışanlarının da sıkça karşılaştıkları çocukluk çağı ruhsal bozukluklarından olan enürezis ve enkoprezis çocuğun yanı sıra ebeveyne özellikle de annelere ciddi biçimde sıkıntı yaratır ve anne-çocuk ilişkisini örseleyicidir. (3)

Enüretik çocukların %20-40'ında eşlik eden başka ruhsal bozukluklar da (Ör: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, Depresyon) vardır. Tedavinin planlanmasında bu durum mutlaka göz önünde bulundurulmalıdır.

ENÜREZİS

Epidemiyoloji

Uykuda yatak ıslatma (Enürezis Nocturna) gündüz alt ıslatmaya (Enürezis Diurna) göre 2-3 kez, erkeklerde kızlara göre 1.5-2 kez daha fazla görülür.

İngilterede yapılan bir epidemiyolojik çalışmada 13.000 çocuğun ebeveyn bildirimlerine göre yedi yaş grubunda yatağını ıslatma oranı %15, gündüzleri altını ıslatma oranı %7.7 olarak bulunmuştur. (4)

Yedi yaşındaki çocuk popülasyonunda EN görülme oranı yaklaşık %10, ED %2-3, ergenlik çağıında EN %1-2 ve ED %1, yetişkinlerde EN %0.3-1.7'dir. (5) Beş-yedi yaş grubunda erkeklerde ve kızlarda benzer oranlardayken 10-11 yaş grubunda erkeklerde kızlara göre iki kat daha sık görülmektedir. EN hem gelişmiş hem de ilkel toplumlarda görülür.

Butler ve ark. yedi yaş grubu 8151 çocukla yaptığı bir araştırmada %15.5 oranında (erkek çocuklarda %20.2 kızlarda %10.5) EN bildirmişlerdir.(6)

Çinli çocuk ve ergenlerle yapılan bir epidemiyolojik çalışmada EN'nin erkek çocuklarda daha sık olduğu ve yaş ilerledikçe yaygınlığın azaldığı, 10088 çocukta %22'sinde aile öyküsü de olduğu bildirilmiştir. Tayland'da 5-15 yaş grubunda EN yaygınlığı %3.9, ülkemizde yapılan bir araştırmada 4-12 yaş aralığında EN %11.6 ve ED %0.8 bulunmuştur. (7)

Gündüz alt ıslatma ED kız çocuklarda erkeklerden 1.5 kez daha yaygındır. İngilterede 13973 enüretik çocukla yapılan bir araştırmada dörtbuçuk yaş grubunda haftada 2 kezden daha sık %13.6 ve haftada 2 kezden daha az %1.9, beşbuçuk yaş grubunda haftada 2 kezden daha sık %7.8 haftada 2 kezden daha az %1.5, altıbuçuk yaş grubunda haftada 2 kezden daha sık %9.7 haftada 2 kezden daha az %1, yedibuçuk yaş grubunda haftada 2 kezden daha sık %6.9, haftada 2 kezden daha az %1 ve dokuzbuçuk yaş grubunda haftada 2 kezden daha sık %4.4, haftada 2 kezden daha az %0.5 olarak bulunmuştur. (8) Bu durum farklı seyirleri düşündürür, bazı çocuklarda kronik seyirle yıllarca alt ıslatma sürerken bir grupta relapslarla seyretmekte bir başka grupta ise spontan remisyon görülmektedir.(9)

EN için çeşitli ülkelerdeki prevalans aşağıda listelenmiştir:

- Çin: 6-16 yaş grubunda %4.38 (10)
- Tayvan: 6-11 yaş grubunda %8 (11)
- Türkiye:5-7 yaş grubunda %14.9 (12)
- Suudi Arabistan: %15 (13)
- Sudan:7 yaş grubunda %17.4 (14)
- Etyopya: 6-15 yaş grubunda %20.8 (15)

Oranlar arasındaki çeşitlilik muhtemelen tanımlama farklılıklarından kaynaklanmaktadır.

ED için az sayıda araştırma mevcuttur, 5-13 yaş grubu Kore'li çocuklarda ED oranı %4.5 olarak bildirilmiştir.(16)

Enkoprezis için yaygınlığın %1-4 olduğu bilinmektedir. Genellikle beş yaşındaki çocuklarda %2, yedi yaşındaki çocuklarda %1 dolayında görülmekte ve erkek çocuklarda daha sık görüldüğü bilinmektedir. (17)

Klinik Tanımlama

Beş yaşından büyük çocukların uykuda yatağına ya da gündüz giysilerine idrar kaçırması, bu davranışın 3 ay süreyle en az haftada iki kez olması ya da işlevsellikte önemli ölçüde bozulmaya yol açması enürezis olarak tanımlanır. Gündüz alt ıslatma

UYKU BOZUKLUKLARI

Dr. M. Yücel Ağargün

NORMAL UYKU

Uyku evrensel bir fenomendir. Nitelik ve niceliği canlılar arasında önemli varyasyonlar göstermekle birlikte, işlevsel olarak metabolik, hormonal, adaptif ve homeostatik özellikler gösterir. İnsanda bunlara ek olarak, uykunun kognitif, emosyonel, problem çözmeye ve adaptasyona yönelik işlevleri vardır. Rüyalar bu süreçlerin önemli bir bileşenidir.

Uyku-uyanıklık döngüsünü düzenleyen mekanizma ve süreçlerde ortaya çıkan bozulmalar uykuya ilişkili işlevlerde de bozulmaya yol açar. Bu bozulmanın biyolojik, psikolojik ve toplumsal yansımaları olur. Yeme davranışından duygudurum değişikliklerine, vardiya usulü çalışmanın getireceği güçlüklerden öğrenme ve hafıza sorunlarına, nöro-endokrin eksen değişikliklerinden sosyal uyum sorunlarına kadar oldukça geniş bir yelpazede buna ilişkin örneklerle rastlanabilir. İnsan yaşamının yaklaşık üçte birinin uykuda geçtiği düşünüldüğünde, uykuyu-uyanıklık bozukluklarının ne denli sorunlara yol açabileceğini ve hayat kalitesini etkileyebileceğini çıkarsamak zor değildir.

Uykunun Nörofizyolojisi ve Uykunun Evreleri

Elektrofizyolojik olarak uyku, birbirinden farklılık gösteren ve tanımlanabilir evrelerden oluşur. Bu tanımlamada elektroensefalogram (EEG) dalga paternleri belirleyicidir. Evreleme için minimum birer adet central, oksipital ve frontal (C4, O2, F4) derivasyon olmalıdır. Bunun yanında, elektromiyogram (çene EMG'si ve her iki anterior tibial EMG) ve elektrookülogram (sağ ve sol EOG), evreleri birbirinden ayırmada yol göstericidir. EEG'de kortikal aktivitenin spesifik frekans (saniyedeki dalga sayısı-hertz: Hz) ve amplitüdlere (voltaj) göre farklı dalga paternleri tanımlanır. Beta (13 Hz<; genellikle frontal ve central bölgelerde belirgin), alfa (8-13 Hz; posterior-occipital bölgelerde belirgin), teta (4-8 Hz; central-verteksde belirgin), delta (4 Hz> ve 75mikroVolt>; frontal bölgelerde belirgin) ve gamma (30-45 Hz) en yaygın dalga paternleridir.

EMG REM (rapid eye movement) uykusu sırasında tipik olarak düşük tonüstedir. REM uykusunun tonik bileşenlerinden birisi atonidir.

EOG'de uykunun başlangıcında yavaş göz hareketleri, REM uykusu sırasında ise hızlı göz hareketleri ortaya çıkar.

Elektrofizyolojik olarak uykunun REM ve NonREM (NREM) evreleri vardır. NREM kendi içinde Evre 1, Evre 2 ve Evre 3'den oluşur.

Uyanıklık

Yatakta gözler kapalı iken alfa aktivitesi hakimdir. Polisomnografide (PSG) 30 saniyelik bir epokun %50'sinin fazlası alfa aktivitesinden oluşuyorsa bu epok "uyanık" olarak kabul edilir. Gözler açıkken mikst beta aktivitesi söz konusudur. Uyanıklıkta EMG yüksek tonüslüdür. EOG'da göz kırpmalar ve hızlı devinimler vardır. Normal şartlarda uyanıklıktan uykuya geçiş evre 1 aracılığı ile olur. Patolojik durumlarda (narkolepsi gibi) doğrudan REM uykusuna geçiş ya da NREM evre 2'ye geçiş (uyku deprivasyonu sonrası) söz konusu olabilir.

NREM Evre 1 Uykusu

Bu evrede düşük voltajlı ve mikst frekanslı hızlı EEG paterni vardır. 15 saniyeden uzun süreyle (<%50) bu aktivite baskındır. Alfa dalgaları olsa bile epokun yarısından daha azında görülür. Evrenin sonlarına doğru verteks sharp dalgaları görülebilir. EMG'de kas tonüsü uyanıklığa göre hafif düşmeye eğilimlidir. Evre 1 başlangıcında yavaş göz hareketleri (SEM) görülebilir ve Evre1 uykusunun başladığının işareti olarak dikkate alınmalıdır.

Fizyolojik olarak solunum hafif de olsa yüzeysel olmaya başlar. Kalp atımları düzenli, tansiyon düşmeye eğilimlidir.

Evre 1 uykusu tipik olarak 1-7 dakika kadar sürer. Yaşla süresi artar. Bu sırada hastada realite duygusu görecelidir. Düşünce parçacıkları vardır ve bunlar rüya şeklinde algılanabilir. Uyanma eşiği düşüktür. Kişi uyandırıldığında uykuyu-uyanıklık arası bir bildirimde bulunabilir veya uyuduğunu inkâr edebilir.

NREM Evre 2 Uykusu

Evre 1'den sonra başlar ve yaklaşık 20 dakika kadar sürer. Gerçek anlamda uykuyu kabul edilir. Bu evrede teta aktivitesi baskındır (%50<). Arada alfa dalgaları bulunabilir. Bu evreye özgü temel iki dalga paterni vardır: K kompleksleri ve uykuyu içcikleri. Her ikisi de epizodik olarak ortaya çıkar. K kompleksleri keskin, monofazik veya polifazik yavaş dalga şeklinde olup keskin negatif (yukarıya doğru) ve daha yavaş pozitif (aşağıya doğru) defleksiyon şeklindedir. En az 0.5 saniye sürer ve temel EEG ritmi üzerinde tipik olarak ayırt edilebilir. Central elektrotlarla daha belirgin olarak seçilir. Dışsal uyaranlarla K kompleksi oluşumu görülebilir.

CİNSEL İŞLEV BOZUKLUKLARI

Dr. Cem İncesu

Cinsel yaşamda karşılaşılan sorunların çözümü konusunda geçtiğimiz yüzyıl içerisinde çok önemli gelişmeler olmakla birlikte, cinsel sorunların çok etkenli biyolojik doğası, psiko-sosyal ve kültürel unsurlardan kolayca etkilenen kırılgan yapısı gibi sebeplerle yeni bin yıla girerken bu alan kafa karışıklığının sürdüğü bir alan durumundaydı. Tıp dünyasında varolan ön yargılar, cinsellik ve cinsel işlevlerin uzun yıllar tıbbın bir alanı gibi görülmemesi, tıp ve uzmanlık eğitimlerinde yeterince yer verilmemesi gibi sorunlar cinsel işlev bozukluklarının tanımlanması, sınıflandırılması ve tedavilerinin gelişmesinde bir engel oluşturmıştır. Bu sorunlar günümüzde de kısmen sürmektedir.

1960'lı yıllarda Masters ve Johnson çiftinin insan cinselliğini laboratuvar ortamında ilk kez sistematik biçimde incelemeleri, bulgularına dayanarak oluşturdukları ve başta Helen Singer Kaplan olmak üzere çeşitli terapistler tarafından sonraki yıllarda daha da geliştirilen cinsel terapiler, 1980'li yıllarda AİDS'in ortaya çıkması ve özellikle 1990'lı yıllardan itibaren ilaç endüstrisinin cinsellik alanına odaklanması ile birlikte tıp dünyasındaki bu önyargılı bakış önemli ölçüde yıkılmıştır. Özellikle son 20 yıl içerisinde bu alanda önemli gelişmeler kaydedilmiş, cinsellik alanında bilimsel tedaviler çağı başlamıştır.

Bu bölümde cinsel işlev bozukluklarına ve tedavilerine DSM-5 tanı sistemi içerisinde yaklaşılabilecek ve geniş bir özet olarak aktarılmaya çalışılacaktır. Konuya nerden başlanacağına gelince; hiç kuşkusuz Masters ve Johnson'un insan cinselliğinin fizyolojik boyutlarını, cinsel işlevlerini ve işlev bozukluklarının tedavilerini irdeledikleri çalışmalarını başlangıç noktası olacaktır.

Cinsel Yanıt Döngüsü: İnsanda cinsel uyarana gösterilen fizyolojik tepkiyi, Masters ve Johnson, dört ayrı evreye ayırmıştır. (1-3) 1) Uyarılma evresi 2) Plato evresi 3) Orgazm evresi 4) Çözülme evresi. Erkeklerdeki cinsel yanıt döngüsü genellikle birbirine benzer ve tek bir grafikte tanımlanabilir. Ancak kadınlarda durum farklıdır. Kadındaki cinsel yanıt döngüsü, tepkinin hem yoğunluğu hem de süresiyle ilişkili olup, sayısız çeşitlilikte olabilir.

1) Uyarılma evresi: İlk evredir. Temel olarak erotik duygu ve düşüncelerin belirmesi, erkekte sertleşmenin, kadında yaygın olarak vazokonjesyon ve miyotoni ile karakterizedir. Herhangi bir bedensel ya da psikolojik uyarı ile ortaya çıkabilir. Cinsel

uyarının süre ve yoğunluğuna göre gösterilen tepkinin şiddeti hızlı ya da yavaş biçimde artar. Kişiye uygun düşen, yeterli süre ve yoğunlukta devam eden bir cinsel uyarı karşısında uyarılma evresi çok kısa sürebileceği gibi, kişiye fiziksel ya da psikolojik açıdan uygun düşmeyen cinsel uyarı durumunda ya da cinsel uyarı aralıklarıyla sürdürülmüşse uzayabilir ya da kaybolabilir.

2) Plato evresi: Aslında uyarılma evresinin bir parçası ve devamı niteliğinde olan bu evrede, etkili cinsel uyarının sürdürülmesi ve cinsel heyecanın artmasıyla birlikte, kadın ya da erkek plato sürecine girer. Bu evrede, haz duygusu ve cinsel gerilim giderek yükselir ve kişinin orgazma geçebileceği noktaya kadar sürer. Orgazm evresine giriş niteliğindedir.

3) Orgazm evresi: Evreler arasında süre açısından en kısa ancak duyumsanan cinsel haz açısından en yoğun evredir. Bu evre, erkekte boşalma, kadında ise perine ve vajina etrafındaki kaslar ile vazokonjesyon sonucu büyüyen dokuların ritmik refleks kasılmaları ile karakterizedir. Öznel olarak pelvisde duyumsanır. Orgazm kadında klitoral bölgede ve vajinada; erkekte ise penis ve prostatta yoğunluk kazanır.

4) Çözülme evresi: Son evredir. Kadın ya da erkek, kişilerde orgazmı ya da orgazmın gerçekleşmediği durumlarda platoyu takiben genital bölgelerde ve bedenin bütününde önceki aşamalarda oluşmuş olan fizyolojik değişikliklerin dakikalar içerisinde aynı sırayı takip ederek kaybolması ile karakterizedir. Bu evrenin süresi cinsiyete, orgazmın yaşanıp yaşanmadığına, ya da hangi yoğunlukta yaşandığına ve cinsel uyarının sürüp sürmemesine göre çok değişir. Kadınlar, çözülme evresinde cinsel uyarının yeniden başlamasıyla yeniden uyarılıp orgazm olabile potansiyeline sahipken, erkekler süresi kişiye ve yaşa göre değişen bir *refrakter döneme* zorunlu olarak girerler. Refrakter dönemin sonuna kadar erkeklerin cinsel bir uyarana yeniden yanıt verip sertleşme sağlamaları ya da orgazmları mümkün değildir. Bu sebeple, erkeklerin tek tip bir cinsel yanıt döngüsü olmasına karşın, kadınlarda bu çok değişken olabilmektedir.

HS, Kaplan ise, cinsel işlevlerin bifazik niteliğini vurgulamış, cinsel yanıt evrelerini klinik açıdan yeniden sınıflandırarak bunlara cinsel isteği de eklemiştir. (4) Kaplan, cinsel yanıtın bifazik niteliğiyle ilgili olarak şöyle diyordu: "Bu formülasyona göre; cinsel yanıt, gerçekte tek ve bağımsız bir bütün oluştur-

YIKICI BOZUKLUKLAR, DÜRTÜ KONTROL VE DAVRANIM BOZUKLUKLARI

Dr. Lut Tamam, Dr. Betül Demirel Döngel

Dürtü kontrol bozuklukları, kişinin kendisine ya da başkasına açıkça zararlı olabilecek eylemleri gerçekleştirme istek ve arzularına tekrarlayıcı bir biçimde karşı koyamaması ile, yıkıcı davranım bozuklukları ise agresyon ve kurallara karşı gelme gibi davranış sorunları ile karakterizedir (1). Hem dürtü kontrol bozuklukları hem de yıkıcı davranım bozuklukları Amerikan Psikiyatri Birliği'nin sınıflandırma sistemleri olan DSM IV'ten DSM 5'e geçerken belirgin değişiklikler yaşamıştır. Karşı konulamayan eylem öncesinde artan bir gerginlik ve uyarılma hissedilmesi; eylem sırasında haz, doyum ve rahatlama sağlanmasıyla karakterize olan kleptomani, aralıklı patlayıcı bozukluk, patolojik kumar oynama, piromani, trikotillomani DSM IV'te "başka yerde sınıflandırılmamış dürtü kontrol bozuklukları" başlığı altında sınıflandırılmaktaydı. Çocukluk ve ergenlik yaşlarında başlayan ve davranım sorunları, öfkeli, kurallara uyumsuzluk, büyüklerle sık tartışmaya girme gibi davranış problemleri ile seyreden karşı olma karşı gelme bozukluğu ve ciddi kural ihlalleri, fiziksel saldırganlık, yalancılık gibi daha ağır davranış sorunlarının olduğu davranım bozukluğu DSM IV'te "genellikle ilk kez bebeklik, çocukluk ya da ergenlik döneminde tanısı konan bozukluklar" başlığının altında "dikkat eksikliği ve yıkıcı davranış bozuklukları" şeklinde dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ile birlikte sınıflandırılmaktaydı (1).

DSM 5'te dürtüsellik, agresyon ve kurallara karşı gelme ile sonuçlanan duygusal ve/veya davranışsal düzensizlikleri olan bu iki grup birleştirilerek "yıkıcı bozukluklar, dürtü denetim ve davranım bozuklukları" başlığı altında toparlandı. Bu sırada trikotillomani "obsesif kompulsif spektrum bozuklukları", patolojik kumar oynama "madde ilişkili bozukluklar ve bağımlılık bozuklukları" başlıkları altına; dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ise "nörogelişimsel bozukluklar" başlığı altına alındı. DSM IV'te kişilik bozuklukları içinde geçen antisosyal kişilik bozukluğu, DSM 5'te "yıkıcı bozukluklar, dürtü kontrol ve davranım bozuklukları" kategorisi içinde ismen geçmeye başladı ancak tanı ölçütleri "kişilik bozuklukları" altında aktarılmaya devam etti (2).

Bu bölümde DSM-5'e göre yıkıcı bozukluklar, dürtü kontrol ve davranım bozuklukları" kategorisi içinde yer alan bozukluklar ele alınacaktır.

KARŞIT OLMA KARŞIT GELME BOZUKLUĞU

Karşıt olma karşıt gelme bozukluğu çocuk veya ergeninde ailesine ya da otoriteye karşı gelme, kurallara uymak isteme, tartışmaya eğilim, düşmanca tavırlar ve uyumsuz davranışlar ile kendini gösteren bir bozukluktur. Bu hastalar çabuk hiddetlenen, sık sık tartışmalara giren, alıngan yapıda kişilerdir. Olaylarla ilgili başkalarını suçlama eğilimi ve kin gütmeye de gözlenebilir.

Tarihçe ve Tanı Ölçütlerindeki Değişim

İlk olarak 1966 yılında çocukta karşıt kişilik kavramları incelenmeye başlanmış, ilk defa DSM III'te "karşı olma bozukluğu" şeklinde ayrı bir tanı olarak yer almıştır. Kural ihlali, öfke nöbetleri, tartışmalar, kışkırtıcı davranışlar ve inatçılıktan oluşan 5 belirtiden en az 2'sinin bulunması tanı için yeterli görülmüştür. DSM III-R'de belirtisi sayısı 9'a tanı için gerekli belirtisi sayısı 5'e çıkarılmış ve başlığa "karşı gelme" kavramı eklenmiş, karşıt olma karşıt gelme bozukluğu yıkıcı davranım bozuklukları altında ele alınmıştır.

DSM IV'te belirtilerden küfurlü konuşma ile ilgili madde çıkarılarak belirtisi sayısı 8'e, karşılanılması gereken belirtisi sayısı 4'e düşürülmüştür (3). DSM IV-TR belirtileri aynı şekilde korumuştur. DSM 5'te karşıt olma karşıt gelme bozukluğu "genellikle ilk kez bebeklik, çocukluk ya da ergenlik döneminde tanısı konan bozukluklar/ dikkat eksikliği ve yıkıcı davranış bozuklukları" başlığından alınarak "yıkıcı bozukluklar, dürtü denetimi ve davranım bozuklukları" başlığı altında sınıflandırılmış ve sekiz belirtisi duyudurum, davranış ve kin gütmeye şeklinde 3 gruba ayrılmıştır. Ayrıca bu davranışlar için gerekli görülme sıklıkları ve bozukluğun ağır, orta, hafif şeklinde şiddeti belirlenmiştir (1,2). ICD 10 ise karşıt olma karşıt gelme bozukluğunu, davranım bozukluğunun daha hafif şekli olarak tanımlamıştır.

Etyoloji

Karşıt olma karşıt gelme bozukluğunun etyolojisi net olarak belirlenememiştir. Genel olarak yıkıcı davranım bozukluklarının etyolojisinin birbirleri ile benzerlik taşıdıkları düşünülmektedir. Yıkıcı davranış bozukluklarının belirli ailelerde kümelenmeleri genetik temelleri olduğu yönünde yorumlanmaktadır. Yapılan nörobiyolojik çalışmalarda artan serotonin ve steroid düzeyle-

ERİŞKİN DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU

Dr. Cengiz Başoğlu, Dr. Hakan Balıbey

GİRİŞ

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) dikkati toplamada güçlük, aşırı hareketlilik ve davranışlar üzerinde kontrol güçlüğü, dürtüsellik, impulsivite belirtileri ile karakterize çocukluk başlangıçlı bir psikiyatrik bozukluktur (1).

DEHB tanısı uzun yıllar boyunca sadece çocukluk çağında konulmuş, çocukluk çağına ait bir bozukluk olarak düşünülmüş ve erişkinlerde görülmediği varsayılmıştır. Ancak DEHB hastalarının bir kısmının yaşla birlikte devam ettiği gözlenmiş ve yapılan çalışmalarda DEHB'li çocukların çoğunun erişkin dönemde de DEHB tanısı aldığı gösterilmiştir. DEHB yalnızca çocuklarda görülmediği gibi yalnızca bir dikkat bozukluğu da değildir. DEHB çocukluk çağı ruhsal hastalıkları arasında çok çalışılan ve iyi tanınan bozukluklardan birisi olmasına rağmen, erişkin dönemi DEHB hakkında çalışma sayısı nispeten sınırlı olup istenilen bilgi düzeyine henüz ulaşılmış değildir (2,3).

DSM-5'e göre erişkinlerde DEHB tanısı konması çocukluk ve erişkinlik dönemlerinin her ikisinde birden DEHB belirtilerinin varlığının gözlenmesi gerekmektedir. En temel ölçüt DEHB belirtilerinin yaşam boyu kalıcılık göstermesi, kişinin yaşamını iki veya daha fazla alanda etkileyen psiko-sosyal ya da klinik bozulmanın var olmasıdır.

DEHB tanısı almış bireylerin okul çağlarında akademik başarısızlıkları, disiplin cezası alma, okuldan atılma, sınıfta kalma ve düşük eğitim düzeyi(4-7); erişkin dönemlerinde romantik ilişkilerde başarısızlık, fazla eş sayısı, cinsel yolla bulaşan hastalığa sık yakalanma, evlilik sorunları, boşanma (8,9); sık iş değiştirme, işsiz kalma, gelir düzeyi düşüklüğü (4,5,10,11); sosyal yaşam ve kurallara uyum zorlukları ve bunların sonucunda sıkça karşılaşılan adli sorunlar, trafik cezaları, riskli davranışlar (10,12,13); alkol ve madde kullanımı (3,9,14-16) gibi sorunlu yaşam olayları ile sıkça karşılaştıkları çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir.

EPİDEMİYOLOJİ

DEHB çocukluk çağında en sık görülen nöropsikiyatrik bozukluklardan biridir. DEHB etkileri yaşam boyu süren, topluma tedavi dışında maliyetler de getiren, yeti yitimiyle seyreden nörogelişimsel bir hastalıktır. En sık okul çağı çocuklarında görül-

mekle birlikte çocuk ve ergenlerdeki sıklığı %5-10, yetişkinlerdeki sıklığı ise yaklaşık %4 olarak bildirilmiştir (17,18,19,20,21).

DEHB geçmişte çocukluk dönemiyle sınırlı, ergenlikte düzelen ve davranış kontrolünde gelişimsel bir gecikmenin olması ile belirli bir bozukluk olarak kabul edilmiştir. Çocuklukta tanı konan DEHB'nin erişkinlikte devam etme oranının yaklaşık %50 ila %65 oranında olduğu bildirilmektedir (22,23). Ülkemizde yapılan çalışmalarda ayaktan takip edilen psikiyatrik hasta grubunda erişkin DEHB yaygınlığının %1.6 -15.9 arasında olduğu bildirilmiştir (24-26). DEHB varlığında daha düşük eğitim ve iş düzeyi gözlenmektedir (27,28). Diğer psikiyatrik bozuklukların toplumdaki yetişkinler arasında sıklığı düşünüldüğünde (panik bozukluk %0.7-2, obsesifkompulsif bozukluk %2-3, yaygın anksiyete bozukluğu %5, şizofreni %0.5-2, iki uçlu bozukluk %0.5-1.5) DEHB'nin bir psikiyatristin hasta profilinde sık karşılaştığı pek çok temel psikiyatrik bozukluğa yakın sıklıkta olduğu gözlenmiştir (29,30). ICD tanı ölçütleri kullanıldığında daha düşük sıklık oranları saptanmaktadır. Tedavi oranları hastalık oranlarına göre oldukça düşüktür (31). Erişkinlerde tedavi alanların oranı %0,1 civarında gibi gözükmektedir. Bu durum bize tedaviye ihtiyacı olan ama tedavi edilmeyen büyük bir hasta grubunun var olduğunu göstermektedir. Erişkinlerde tedavi oranlarının düşük olmasının sebepleri arasında hastalığın erişkin psikiyatristlerince tam olarak tanınmaması, ergenlikten genç erişkin döneme geçen olguların erişkin psikiyatristlere başvurmaması ya da yönlendirilmemesi ve olguların bir kısmının tedavi için başvuru yapmaması önemli rol oynar. Tedavi altındaki erişkinlerin 1/3'ünün çocukluk döneminde de tedavi aldığı gösterilmiştir (32).

DEHB'nin erişkinlerde oluşumuyla ilgili epidemiyolojik çalışmalar yeterli düzeyde değildir. DEHB'nin uygun bir şekilde örneklenmesi zordur, diğer bozukluklarla sıklıkla karışır. Olguların bir kısmının hapistekiler ve evsizler olması sebebiyle genel gruba yansımaması olasılığı yüksektir. DEHB'nin erişkin dönemde düşünüldüğünden yüksek oranlarda görüldüğü ve erişkinlerde yol açtığı etkilerin ve sonuçlarının oldukça yıkıcı ve kötü olduğu elde edilen verilerle gösterilmiştir (33). Çocukluktan erişkinliğe geçen olguların izlendiği ve izlenen olguların yarısından çoğunun çalışmayı sürdürdüğü çok az sayıda uzunlamasına çalışma mevcuttur. Barkley ve arkadaşları olguların 2/3'ünde hastalığın temel belirtilerinden en az birinin sürdüğü

ALKOL KULLANIM BOZUKLUĞU

Dr. Zehra Arıkan

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

- Akut zehirlenme
- Zararlı kullanım
- Bağımlılık sendromu
- Yoksunluk durumu
- Yoksunluk durumu deliryumla birlikte
- Psikotik bozukluk
- Amnezik sendrom
- Kalıntı ve geç başlayan psikotik bozukluk
- Başka ruhsal ve davranışsal bozukluk
- Belirlenmemiş ruhsal ve davranışsal bozukluk.(1)

TARİHÇE

Alkol kullanım bozukluklarının insanlık tarihi kadar eski olduğu bilinmektedir. Alkol kelimesi Arapça cevher, esans, öz anlamına gelen alkühl sözcüğünden gelmektedir. Önceleri sarhoş olmayacak derecede alkol kullanımı ilkel çağlarda dinsel törenlerde yer almıştır. Eski yunan içki tanrısı Dionysos adına düzenlenen şenliklerde şarap içildiği bilinmektedir. MÖ 2000 yıllarında Hammurabi yasalarında alkol alımı ve satımı için kurallar yazılmıştır. Mezopotomya ve diğer Akdeniz ülkelerinde yaşamış olan ulusların alkollü içkileri çok önceden beri kullandıkları bilinmektedir. Hristiyanlıkta şarap İsa'nın kanını temsil eden kutsal bir içkidir. İslamiyet'te ise zararlı olduğu için yasaklanmıştır. Geçmişte içme davranışı "moral" bir özellik olarak değerlendirilmiş ve bu konuda köklü «inançlar» yerleşmiştir. Bu inançların bir kısmı içme davranışının karşısında bir kısmı da yanında olmuştur.

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

"Alkolizm" terimini ilk kez İsviçreli bir halk sağlığı uzmanı (Magnus Huss) 1849 yılında kullanmış ve o zamandan beri kullanımı devam etmiştir. 1900'lü yılların başlarında E.M Jellinek alkolizmi bir hastalık olarak tanımlamıştır.(2)

EPİDEMİYOLOJİ

- Alkol kullanım bozuklukları gün geçtikçe mortalite ve morbidite açısından önem kazanmaya devam etmektedir. Birçok

Batı ülkesinde alkol kullanımı yaygındır. ABD'de 1977'de yapılan bir ulusal çalışmada erkeklerin %86.6'sı kadınların %77.5'i alkollü içecekler tüketmektedirler.

- Gençlerin çoğu ergenlik döneminde özenti ile alkole başlamaktadır. İlk defa içkiyi kullanma yaşı 12-14 yaşa kadar inmiştir.
- Alkolle ilgili sorunlar ise 18-25 yaş arasında çıkmaya başlamıştır. Tedavi için başvurma çoğu kez 40 yaşlarında olmakta ve ölüm 55-60 yaşlarında kalp hastalığı, kaza, intihar ve kanser gibi sebeplerle oluşmaktadır.
- ABD'de alkol bağımlılığının %10 olduğu bildirilmektedir.
- Önceleri bir erkek hastalığı olarak düşünülürken (1/5-6 oranlarda) şimdi ise bu ayrım ortadan kalkmıştır. (1/2 oranına inmiştir). (3,4,5,6)
- Ülkemiz de büyük kentlerde küçük ölçekli yapılan epidemiyolojik çalışmalar alkole başlama yaşının 12'lere kadar indiğini göstermektedir. En çok başlama 15-22 yaş arasında olmakta ve daha çok erkekler alkole başlamaktadır. Alkol bağımlılığı için elde edilen veriler %0.8-1.6-2 gibi rakamlar vermektedir.(7)
- Halen alkol tüketimini erkeklerin daha çok yaptığını söyleyebiliriz.
- Alkol kullanım sorunu olan kişilerde yüksek suisid, homisid, trafik kazaları, saldırı, tecavüz, suda boğulma ve çocuk istismarı prevalansı yüksektir.(8)
- Alkol kullanım bozukluğu ile diğer psikiyatrik bozukluklardan Bipolar I %46, Bipolar Tip II %39, Şizofreni %34, Kişilik Bozukluğu %29, major depresif bozukluk %17 oranında birlikteliği vardır.(8,9)

ALKOL KULLANIMININ SAĞLIK ÜZERİNE ETKİLERİ

- **Sağlık üzerine olumlu etkileri:** Orta derecede kullanılan alkol platelet yapışkanlığını azaltarak serebrovasküler olayları ve myokard infarktüsü riskini azaltır, yüksek dansiteli lipoprotein kolesterol (HDL) düzeyini artırır, kadınlarda östrojeni artırmak yoluyla kemik dansitesini artırır.
- **Orta derece ve ciddi alkol kullanımının olumsuz sonuçları:** Alkol zehirlenmesi (intoksikasyonu) sonucu solunum depresyonu, koma ve ölüm gelişebilir, hipotermi oluşabilir, ciddi yoksunluk belirtileri, malnutrisyon ve B vitamin eksikliği, uzun süre içme sonucu kardiyovasküler hastalık (hipotansi-

BAĞIMLILIK YAPAN MADDELER VE MADDE KULLANIM BİÇİMLERİ

Dr. Hakan Coşkunol

Bağımlılık yapan maddeler ve kullanımı insanlık tarihi kadar eskiye dayanmaktadır. Tarihte uyuşturucu maddeler büyücüler tarafından dinsel törenlerde kullanıldığı gibi kimi zaman tıbbi amaçlarla da kullanılmıştır. Yunanca uyku anlamındaki *narko* sözcüğünden gelen uyuşturucu kavramı, sadece uyuşturma özelliğine sahip maddeleri ifade eder gibi düşünülse de, esasen keyif veren, kışkırtan, yatıştırıcı, hayal gördüren ve uyanıklık sağlayan maddeler için de kullanılmaktadır. Olumsuz birçok toplumsal soruna yol açabilecek bir madde grubunu tanımlamak için kullanılmaktadır. Bunun yanı sıra bağımlılık yapan maddeler, uyuşturucu, uyarıcı, ilaç, yasadışı ilaç, madde, yasadışı madde, psikoaktif madde, kimyasal madde gibi birçok şekilde isimlendirilmektedir. Bu isimlendirmelerin her birisi kullanılan maddeleri genel olarak adlandırmak için kullanılmış ancak hiçbirisi tam olarak kapsayıcı olamamıştır. Bu kitapta adlandırma olarak *madde/bağımlılık yapan madde* terimi tercih edilmiştir. Kullanım sebebiyle sorun yaşanması durumuna ise *madde kullanımı bozukluğu* adlandırılması yapılacaktır.

Tarihçe

Alkol kullanımı ve onunla ilgili sorunlar tarihin çok eski dönemlerine kadar dayanmaktadır. Eski Mısır, Yunan, Roma tarihçilerinin alkollü içkilerden söz ettikleri bildirilmektedir. Dünyanın varoluşunu anlatan insanlık tarihinin ortak Nuh efsanesinde; tufan sırasında Nuh'un gemisinde bulunan üzümün önce üzüm suyuna sonra şıraya ve şaraba dönüştüğü, tufandan sonra gemide bulunan insanların şarap içerek karaya ayak bastığı ve şarabı dünyaya yaydığı belirtilmiştir (Öncü, 2001).

MÖ. 4000 yıllarında aşağı Mezopotamya'da Sümerlilerin, daha sonra da Asurluların haşhaş bitkisini bildikleri ve ilaç olarak kullandıklarına dair bilgiler vardır. MÖ. 2000-1500 yıllarından kalan Mısır papiruslarında da afyonun tedavide kullanıldığına ilişkin veriler bulunmuştur. Afyon, Anadolu'da geleneksel olarak MÖ 3000 yılından beri yetiştirilmektedir. MÖ 4000 yıllarında aşağı Mezopotamya'da yaşayan Sümerler "gil" adını verdikleri haşhaş ve keneviri yetiştirip tedavi amacı ile kullanmaktaydı. Bugün Anadolu'da afyona bu sözcükten türediği sanılan "geli" adı verilmektedir.

Alkol ve başta afyon olmak üzere bir çok maddenin kullanımı ile kişilerin alışkanlık kazandıkları ve sonrasında maddeleri bırakamadıkları ve giderek artan miktarlarda kullanıldıklarının

görülmesi üzerine ulusal ve uluslararası bir çok önlem alınmaya başlanmıştır. Bunun yanı sıra madde kullanımının oluşturduğu durumların tanımlanması için sınıflandırma sistemlerinde de çalışmalar yapılmıştır. 1940 dan önce en az 40 farklı sınıflama sistemi belirlenmiştir. (Schuckit 1994). 1941 de Jellinek 1980'lere kadar alkolizm için hakim olan ve o gün için devrim niteliğinde bir alt tiplendirme teorisi oluşturdu. Jellinek alt tipleri farklı düzeylerde fiziksel, sosyal, psikolojik ve mesleki işlevsellik bozukluğu ile ilişkilendirdi. (Jellinek 1960). Amerikan psikiyatri birliğinin I ve II. Sınıflama sistemlerinde bağımlılık ve alkolizm için homoseksüalite, nevrozlar ve kişilik bozukluklarının da dahil olduğu bir küme oluşturuldu.

İlk DSM sınıflamalarının bu konudaki yetersizliği üzerine 1970 lerde alkolizm tanı ölçütleri için bir araştırma zemini oluşturmak üzere Feighner (1970) ölçütleri geliştirilmiştir. Bu ölçütler yalnızca öznel yargılar ve klinik deneyim yerine araştırma zemininde geliştirilen ilk ölçütlerdir. Klinik pratik için kullanımı tasarlanmış olmasına karşın öncelikli olarak daha kullanışlı olabilecek tanı ölçütlerinin geliştirilmesini tetiklemiştir. Bir kaç yıl sonra Edwards ve Gross sadece alkol bağımlılığı üzerine odaklanmışlardır. (Edwards 1976) Bağımlılığın temel elemanlarını içme repertuarının daralması, içme yönelimli davranışlar, tolerans, yoksunluk, yoksunluk belirtilerinden kaçınmak veya geçirmek için içki içmek, dürtüsel içme davranışının öznel farkındalığı ve kısa bir ayıklık döneminden sonra tekrar aynı şekilde alkol kullanımına başlama şeklinde tanımlamışlardır. DSM-III de alkolizm ilk defa alkol bağımlılığı ve alkol kötüye kullanımı şeklinde iki kategoriye dönüştürülmüştür. Aynı zamanda ilk defa alkol kullanım bozuklukları kişilik bozuklukları içinden çıkartılıp madde kullanım bozuklukları içinde dahil edilmişlerdir.

DSM-III-R 1987 de gözden geçirildiğinde DSM-III de kötüye kullanım ölçütlerinde ele alınan bazı ölçütlerin bağımlılık içine kaydırıldığını ve kötüye kullanım tanı kategorisinin bağımlılık durumlarının olmadığına ele alınabilecek rezidüel bir kategori şekline dönüştüğünü görmekteyiz. Babor'a göre bu kavramsallaştırma bağımlılık ölçütleri karşılanmadığında dahi klinisyene kullanım sorunları ile ilgili bir tanı oluşturmaya yardımcı olmuştur. (Compton 2007) DSM-IV ise uzun süre boyunca yapılan farklı alan çalışmacılarının yaptıkları araştırmalar göz önüne alınarak DSM-III deki gibi kötüye kullanım ve

KAFEİN

Dr. Hakan Coşkunol

Kafein (1,3,7-Trimetilksantin) dünyada en yaygın olarak kullanılan uyarıcı ilaçtır. Kafein 60'tan fazla bitki türünün içinde bulunur ve alkaloidlerin metilksantin sınıfının en bilindik üyesidir. Teofilin ve teobromin gibi dimetilksantinler kafeinle yapısal olarak benzer bileşikler olup onlarda kafein gibi çeşitli bitkilerde bulunurlar.

Kafein; kahve, çay, kakao, kola fındığı, guarana ve mate gibi bitki kökenli bir çok üründe doğal bir biçimde bulunur. Bu bitkilerden yapılan içeceklerle ek olarak; kahveli dondurma, kahveli yoğurt ve siyah çikolata gibi bir çok gıda maddesinde de kayda değer miktarda kafein mevcuttur. Kafein; enerji içecekleri, su, çubuk şekerler, naneli şekerler ve sakız gibi gıdaların yanı sıra kola ve diğer alkolsüz içeceklerin içerisine de eklenir. Ayrıca stimulanlar, analjezikler, zayıflatıcı gıda takviyeleri ve besinsel destekleyiciler gibi reçeteli ve reçetesiz ilaçların içinde de kafein bulunabilir.

Ülkemizde besin kaynaklı kafein alımının büyük kısmı çay, kahve ve alkolsüz içeceklerden olur. Türk kültürüne en çok uyan kafein kullanım biçimi demli çay ve türk kahvesi olarak belirtilmiştir. FDA alkolsüz içeceklerde 0.2 mg/ml ya da 340 gr'lık bir üründe maksimum 71.5 mg olacak şekilde kafeini sınırlandırmıştır. Şişe ya da teneke başına 50 mg'dan 500 mg'a kadar kafein ihtiva edebilen enerji içeceklerinin, sıklıkla alkolsüz içecekler için izin verilen üst limiti önemli ölçüde aşmaları dikkat edilmesi gereken bir husustur. Bazı içeceklerin kafein içerikleri Tablo 1 de verilmiştir.

TABLO 1 Bazı İçeceklerin Kafein Miktarları

İçecek	Ortalama Servis Miktarı (ml.)	Kafein (ml/L)
Kahve	200	386-600
Filtre Kahve	200	555-845
Dekafeinize Kahve	200	24-72
Ekspresso	50	1700-2250
Türk Kahvesi	50	1500-2000
Siyah/Yeşil Çay	100	124-416
Sıcak Çikolata	200	14-62
Coca-cola	250	150
Red-Bull	250	320

Epidemiyoloji

Gıda alımı ile ilgili devam eden araştırmalara göre 1994'ten 1998'e kadar ve 1998 yılı içerisinde ABD'de 2 yaş ve üzeri nüfusun %87'sinin düzenli olarak kafein tükettiği tahmin edilmiştir ve bu düzenli kullanım kişi başı ortalama 193 mg olarak hesaplanmıştır. Kafein tüketimi yaşla birlikte artma eğiliminde olup, en yüksek tüketim miktarı 34 – 64 yaş arası yetişkinlerde gözlenmiştir. Amerika'daki yetişkin nüfusta günlük kafein tüketim miktarının 280 mg civarında olduğu ve bazı Avrupa ülkelerindeki günlük tüketimin bu miktarında üzerinde olduğu tahmin edilmektedir. Çocuklarda ve ergenlerde alkolsüz içecekler (kola vs) kafein alımının temel kaynağı iken yetişkinler için en büyük kaynak kahvedir ve bunu alkolsüz içecekler ile çay takip eder.

Genetik

Kafeinin kullanımı ve etkileri ile ilgili olarak genetik faktörlerin sorumlu olabileceğine dair kanıtlar mevcuttur. Geniş kapsamlı ikiz çalışmalarına göre monozigotik ikizlerde total kafein tüketimi, ağır kafein bağımlılığı, kahve ve çay alımı, kafein toleransı, kafein yoksunluğu, kafein intoksikasyonu ve kafein ilişkili uyku bozuklukları gibi durumlar dizigotiklere göre daha yüksek oranda bir konkordansa sahiptir ve bu kalıtsal birliktelikler %34 ile %77 arasında değişen bir değere sahiptir. İkiz çalışmalarından elde edilen veriler kafein, sigara ve alkol kullanımının altında yatan bazı ortak genler de olabileceğini düşündürmektedir.

Spesifik gen varyasyonlarının, kafeinin kullanımı ve etkilerindeki bireysel farklılıklarla nasıl ilişkili olduğunu değerlendirmek için ortak çalışmalar da yapılmıştır. Çünkü kafeinin temel etki mekanizması adenosin reseptör antagonizmasıdır, A2a reseptör geni (ADORA2A) ilgi odağı haline gelen belirli bir genidir. İlgilenilen bir başka gen de kafein metabolizmasından sorumlu enzimlerle ilişkili olan CYP1A2 genidir.

Farmakokinetik

Oral alımdan sonra kafein süratle ve tamamen emilir. Kafeinin uyarıcı etkisinin hızlı bir şekilde başlamasının sebebi, kanbeyin bariyerini çok çabuk geçmesidir. Kafein genellikle 30-45 dakika arasında kanda tepe konsantrasyonuna (Cmax) ulaşır. Kafein yağda yüksek oranda çözünür ve süt ile semen de dahil olmak üzere tüm vücut sıvılarına ve dokularına hızlı ve geniş bir şekilde dağılır. Kafein için plental bir bariyer mevcut değildir

TÜTÜN İLE İLİŞKİLİ BOZUKLUKLAR

Dr. Ömer Faruk Demirel, Dr. Musa Tosun

Tütün bitkisinin (*Nicotiana Tobacum*), milattan 6000 yıl kadar önce Amerika yerlilerince ziraatinin yapıldığı, Amerika kıtasının keşfinden sonra Avrupaya, oradan da Dünyaya yayıldığı, Anadolu'ya ise 17. asırda Venedikli tüccarlarca getirildiği bilinmektedir. Bugünün Dünyasında çok yaygın bir kullanımı ve bağımlılığı olan tütün'ün aktif maddesi nikotindir (nicotine). Bu yüzden tütünle ilişkili bozukluklar tıp literatüründe çoğu zaman nikotinle ilişkili bozukluklar başlığı altında yer almıştır. Zaten nikotin denilince akla ilk gelen sigara ve tütündür.

Bu konu, DSM-IV' de "Nikotinle İlişkili Bozukluklar" (Nicotine Related Disorders) başlığı altında incelenirken, DSM-5'de "Tütünle İlişkili Bozukluklar" (Tobacco-Related Disorders) başlığı altında, ICD-10'da ise "Tütün kullanımına bağlı zihin ve davranışla ilgili bozukluklar" (Mental and behavioural disorders due to use of tobacco) şeklinde sınıflandırılmıştır (1, 2, 3).

Belirttiğimiz gibi, nikotin, tütünün (tobacco) psikoaktif komponentidir. Kimyasal olarak ilk defa, 1828'de, tütün bitkisi "*Nicotiana Tobacum*" un kuru yapraklarından izole edilmiştir. Bugün batı ülkelerinde giderek azalsa da hala küçümsenmeyecek bir orandan sigara içilmekte, gelişmekte olan ülkelerde ise sigara içenlerin oranı giderek artmaktadır. İnsanların çoğu, sigara alışkanlığının sağlığı için ne kadar zararlı ve tehlikeli olduğunu öğrendikten ya da hastalanıp zararlarını yaşamaya başladıktan sonra bile sigarayı bırakmak istememekte ya da bırakmak istediği halde nikotinün kuvvetli iktila yapıcı özelliği yüzünden bunu başaramamaktadır (1).

EPİDEMİYOLOJİ

Dünyada yaklaşık 1,2 milyar sigara içicisi bulunmaktadır. (4, 5). Sigara tüketimi bu şekliyle yılda 5 milyon ölüme sebep olmaktadır. Sigara tüketim prevalansı farklı ülkelerde %5 ile %55 arasında değişmektedir. Ayrıca sıklık erkek ve kadınlar arasında da değişmektedir. Erkeklerde sıklık daha fazladır (5). Yapılan çalışmalarda, sigaraya bağlı ölümlerin artarak, 2030 yılında 8,4 milyona ulaşacağı öngörülmektedir. Ülkemizde de sigaraya bağlı hastalıklar sebebiyle her yıl 110 bin kişi hayatını kaybetmektedir. Tütün kullanımının gelişmiş ülkelerde azalma, geri kalmış ya da gelişmekte olan ülkelerde artma eğiliminde olduğu bildirilmektedir. 2030 yılında, tütüne bağlı ölümlerin %80'inin gelişmekte olan ülkelerde olacağı öngörülmektedir (6).

Düşük sosyoekonomik düzey ve yalnız yaşamının nikotin bağımlılığında artışla ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca aynı çalışmada düşük sosyoekonomik sınıftaki bireylerde cotinine (nikotin biyomarkeri) düzeyinin aynı miktar sigara içenlere göre yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu sonuç ta bu bireylerin sigarayı daha şiddetli (intense) içmesi veya tamamını tüketmeleriyle ilişkilendirilmiştir (7).

Türkiye sigara içme oranlarının yüksek olduğu ülkeler arasındadır. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması'na göre (KYTA) Türkiye'de 15 yaş ve üzerindeki yetişkinlerin %31,2'si (yaklaşık 16 milyon kişi) halen sigara içmektedir. Sigara içme sıklığı (her gün ve ara sıra kullanan) erkeklerde %47,9, kadınlarda %15,2'dir. Erkeklerin %43,8'i, kadınların ise %11,6'sı her gün sigara içmektedir. Türkiye, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Avrupa Bölgesi'nde erkekler arasında en yüksek sigara içme sıklığına sahip ülkeler arasındadır (6).

Doğanay ve arkadaşları (2012), sigara içme sıklıkları birleştirilen çalışmaların sonuçlarına göre Türkiye'de sigara içme sıklığının 25 yaş üzeri erkeklerde 1997'de %42'nin üzerindeyken kadınlarda %10'un altında olduğunu, sigara içme sıklığının 1997-2010 yılları arasında erkeklerde yılda %1,33 oranında azalırken, kadınlarda ise değişmediğini (%0,002' lik azalma) saptamışlardır (6).

TANI

Tütün bağımlılığı için DSM IV' de madde kullanım bozukluğu tanı ölçütleri kullanılırken (8), DSM-5'de "Tütün Kullanım Bozukluğu" Ölçütleri belirlenmiştir (2). Tütün kullanım bozukluğu sigara ve dumansız tütünü günlük kullananlarda sıkırtı ve tütünü günlük kullanmayan veya nikotin ilaçları kullananlarda ise nadirdir (2). DSM-5 tanı ölçütlerine (Tablo 1) göre oniki aylık bir süre içinde 11 ölçütten en az 2 tanesinin kişide bulunması ve tütün kullanımının klinik açıdan belirli bir sıkıntıya ya da işlevsellikte düşmeye sebep olması ile tütün kullanım bozukluğu tanısı konulmaktadır. Bu bozukluğun şiddeti 2-3 semptom varlığında 'hafif', 4-5 semptom varlığında 'orta', 6 veya daha fazla semptom varlığında ise 'ağır' olarak değerlendirilmektedir (2).

Tütün bağımlılığının değerlendirmesinde en sık kullanılan ölçek 'Fagerstrom tolerans ölçeğidir'. Altı soruya verilen yanıtlarla elde edilen skorun 4'ün üstünde olması bağımlılık olasılığını göstermektedir (9, 10). Bu ölçek her ne kadar tek boyutlu

AMFETAMİNLER VE DİĞER UYARICILAR

Dr. İlhan Yargıcı

Tarihçe

Bitkilerden elde edilen doğal uyarıcı maddelerin kullanımı çok eski devirlere dayanır (1). Ephedra sinica bitkisinden elde edilen Ephedra çeşitli kültürlerde tıbbi amaçlarla ve keyif için kullanılmıştır. Geleneksel Çin tıbbında Ma-huang adıyla kullanımı 5000 yıldan fazladır. 19. yüzyılda bu ekstrenin aktif içeriğinin efedrin olduğu bulunmuştur (2). Ayrıca bu bitki ekstresi bazı Asya kültürlerde dini törenlerde kullanılmıştır. Amerika yerlileri ve Mormonlar arasında kullanılan şekline ise “Mormon Çayı” adı verilmiştir.

Doğal bir molekül olan efedrin (β -Hydroxy-N-methylamphetamine) bir amfetamin türevidir ve metamfetamininden bir hidroksil (OH) ilavesi ile ayrılır. Astım ve bronşit tedavisinde endike olan bu molekül 2010 yılına kadar ülkemizde eczanelerde satılmaktaydı. Piyasadan kalkmadan önceki son birkaç yıla kadar reçetesiz temin edilebilen bu ilacın sporcular ve kilo vermek isteyenler arasında doktor tavsiyesi olmadan kullanımı yaygındır.

Amfetamin ilk kez 1887’de sentezlenmiştir (1). Sempatometik etkileri sebebiyle bronkodilatör olarak geliştirilen amfetaminlerin kötüye kullanımı 1930’larda dikkat çekmiştir. Amfetaminler öfori yapar, yorgunluk hissini kaldırır, motor aktiviteyi artırır, basit işlerdeki performansı artırır ve anorektik etkiye sahiptir. Kötüye kullanımları (abuse) öfori yapıcı etki sebebidir. Anorektik etki ve yorgunluk hissini kaldırması da yanlış kullanımlara (misuse) sebep olur. Günümüzde dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve narkolepsi tedavilerinde kullanım için ruhsatlandırılmışlardır.

MDMA (3,4-metilendioksi-N-metilamfetamin) fenetilamin grubundan bir amfetamin türevidir. Ekstazi (XTC) adıyla tüm dünyada popüler olan bu molekül 1912 yılında Alman kimyager Merck tarafından başka bir ilaç araştırılırken bir ara molekül olarak bulunmuş ve diğer ilaçla ilgili rakiplerinin önünü kesmek için patentlenmiş ancak 1970’lere kadar etkileri araştırılmamıştır (3).

1976’da Amerikalı farmakolog Shulgin MDMA’nın etkilerini araştırmış ve psikologlara tanıtmıştır (4). O dönemden 1985’de yasaklanıncaya kadar psikodelik (algı ve kognisyon değiştirici) ilaçlar psikoterapileri kolaylaştırmak amacıyla denenmiştir. MDMA’nın inhibisyonu, savunmaları ve korkuyu azaltıp kişiye rahatlık ve empati hissi vererek terapiye yardımcı olduğu

öne sürülmüştür (4). MDMA’nın psikoterapiyi olumsuz olarak etkileyebilecek özellikleri arasında etkilerin öngörülebilir olmaması, kullanımının olumsuz deneyimlere yol açabilmesi, kortizol artışına sebep olarak stresi artırması, kullanım sonrası oluşan düşük serotonin seviyelerinin depresyona yol açması, nörotoksisite ve bellek problemlerine sebep olması sayılmıştır (5).

Shulgin kişisel olarak 230’dan fazla psikoaktif maddeyi keşfetmiş, sentezlemiş ve psikodelik özelliklerini kendi üzerinde değerlendirmiştir. Shulgin eşiyile birlikte 1991 ve 1997 yıllarında yazdığı Pihkal ve Tihkal (fenetilaminler ve Triptaminlere karşılık gelir) isimli kitaplarında bu iki grup maddenin psikoaktif etkilerini anlatmaktadır (4). Shulgin psikodelik ilaçların babası olarak bilinir.

Ekstazi Haplarının Kimyasal İçeriği

Ekstazi adıyla satılan haplara ülkemizde, kullanıcıları arasında “pıt, Mitsubishi, şeker, eks” gibi isimler verilir. İçerisindeki ana madde MDMA’dır ancak içeriğinde genellikle başka maddeler de bulunur (6). Emniyet Müdürlüğü verilerine göre Türkiye’de yakalanan Ekstazi haplarında amfetamine de sık rastlanır (7). Bunun yanında 1961 ve 1971 konvansiyonlarında yer almayan maddeler de yaygındır. Ekstazi haplarının içinde Doğu ve Güney Doğu Asya Ülkelerinde ketamine, Avrupa’da ise mCPP’ye (meta-klorofenilpiperazin) sık rastlanır. Metilendioksiamfetamin (MDMA; Adem) dışında başka amfetamin türevleri de ekstazi haplarında bulunabilir: metilendioksiamfetamin (MDA), metilendioksietilamfetamin (MDEA; Havva), metoksi-metilamfetamin (MMA) bunlardan başlıcalarıdır (6).

Dünya üzerinde Ekstazi adıyla satılan hapların içinde rastlanan diğer psikoaktif maddeler arasında 4-metiletatinon (4-MEC), 3,4-metilendioksi- alfa-pirrolidinobutirofenon (MDPBP), eutilon (EBDB), N-etilamfetamin, N-etilkatinon, N-benzilpiperazin (BZP), 1-(3-triflorometilfenil) piperazin (TFMPP), mefedron, parametoksi-metilamfetamin (PMMA) vardır (6). Satın alınan Ekstazi hapının içinde bu moleküllerin çeşitli bileşimleri ve katkı maddeleri farklı oranlarda bulunabilir. Hapların saflık oranları da oldukça değişiklik göstermektedir.

Yeni Psikoaktif Maddeler (YPM)

Uyarıcı maddeler bugün “yeni psikoaktif maddeler” arasında sıralanmaktadır. Uluslararası anlaşmalarla (1961 Narkotik

İNHALANLARA BAĞLI BOZUKLUKLAR

Dr. Cüneyt Evren

İçinde değişik kimyasal yapıda gazlar bulunan, koklandığı veya solunduğu zaman ciddi sağlık sorunu yaratan ve ölüm riski olan, iş ve evlerde değişik kullanım alanları olup, piyasada satılmakta olan çok farklı inhalan maddeler (uçucu maddeler de denir) vardır. Bunların etkileri de birbirinden farklı olmakla birlikte, kullanım yolları benzer olduğu için, ortak başlık altında sınıflandırılmaktadır. Yapıştırıcılar, tiner, boyalar, benzin, çakmak gazı, oje, aseton, çeşitli spreyley ve anestezi için kullanılan maddeler bunlardan bazılarıdır (1).

İnhalan maddeler toluen, n-hekzan, metil butil keton, trikloretilen, trikloroetan, diklorometan, benzin ve bütan gibi uçucu hidrokarbonlardır. Bu kimyasal maddeler ticari olarak dört değişik formda satılmaktadır: 1-yapıştırıcı ve zamlarda kullanılan inhalanlar; 2- sprey boyalar, saç spreyleyleri, kızartma tavası spreyleyleri ve traş kremi aerosollerinde itici olarak kullanılanlar; 3-incelticiler (tinerler) (örn; boyalarda ve daktilo-düzeltilme sıvılarında kullanılanlar); ve 4- sıvı yakıtlar. Bu bileşikler oda sıcaklığında gaz haline geçerler ve ağızdan çekilerek veya burundan solunarak akciğer yoluyla kan dolaşımına geçerler (2).

Tanım

Tiner ve yapıştırıcılar farklı oranlarda olmakla birlikte Toluen adı verilen kimyasal madde içerir. Toluen oldukça toksik bir madde olup, zehirlenmeye ve bedensel zararlara yol açar (3). Tolerans hızla gelişir ve bağımlılık potansiyeli orta ile yüksek arasındadır. Tiner kumaşa emdirilir ve oradan koklanarak kullanılır. Yapıştırıcılar ise, genellikle torba içine konarak buharının içe çekilmesi yolu ile kullanılır (1).

Ülkemizde sokakta yaşayan çocuklar ile tedaviye başvuranlar arasında en sık kullanılan inhalan maddeler şunlardır: Tiner, yapıştırıcılar (genellikle toluen içerir), tüpgaz, benzin ve çakmak gazı (1). Amerikada yapılan alan çalışmalarına göre ise ergenlerin en sık kullandığı inhalanlar sırasıyla benzin, yapıştırıcı, sprey boya, çözücüler, temizleme sıvıları ve diğer çeşitli aerosollerdir (2). Sıklıkla kötüye kullanılan inhalanlardan bazıları Tablo 1'de sunulmuştur (4). Bunların doğrudan burundan koklanması veya ağızdan derin nefeslerle çekilmesi maddenin akciğer yoluyla çok hızlı bir şekilde beyne ulaşmasına sebep olur. İnhalan ile ıslatılmış bir bezin solunması, yapıştırıcı gibi bir madde içeren bir torbanın dumanının solunması veya bir benzin tenekesinden buharın koklanması yaygın yöntemlerdir.

Yüzde 1'lik benzin buharının 15-20 kez koklanması birkaç saatlik bir toksikasyona sebep olur. Yapıştırıcı içeren bir torbadan koklanan toluen konsantrasyonu yüksek yoğunluğa ulaşabilir ve hergün birkaç tüp yapıştırıcı koklanabilir (2).

İnhalan Maddelerin Etkisi

İnhalanlar lipofilik bileşikler olmalarından dolayı beyin ve yağ dokusundaki konsantrasyonu kandan daha yüksektir (3). Belki de karaciğer enzimleri için yarı yapmalarından dolayı, beraberinde alkol alınması toluenin kandaki seviyesinin çarpıcı bir şekilde yükselmesine ve toksinlerin artmasına sebep olur. Toluenin yaklaşık %20'si değişmeden solunum yoluyla atılır. Önemli bir bölümü ise idrarla atılmadan önce karaciğerde hip-purik aside çevrilir. Uzun süre kullanım ardından toluenin nefesteki konsantrasyonu birkaç dakika içinde yarı yarıya azalır. Kan konsantrasyonu daha yavaş düşer ve alındıktan 4 ila 10 saat

TABLO 1

Sıklıkla Kötüye Kullanılan İnhalanlardan Bazıları (4).

Inhalan	Kaynak(lar)
Toluen	Sprey boya, yapıştırıcılar, tutkal, boya çıkarıcı, boya inceltici, benzin
Ksilen	Sprey boya, yapıştırıcılar, tutkal, benzin
Heksan	Benzin, yapıştırıcılar, tutkal
Metil klorid	Yapıştırıcılar, tutkal
Metil etil keton	Yapıştırıcılar, tutkal
Metil butil keton	Yapıştırıcılar, tutkal
Benzen	Benzin, yapıştırıcılar, tutkal
Trikloroetilen	Kuru temizleme sıvıları, yağ çözücüler, daksil, yapıştırıcılar, tutkal
Tetrakloroetilen	Kuru temizleme sıvıları, yağ çözücüler, leke çıkarıcı, yapıştırıcılar
Trikloroethan	Kuru temizleme sıvıları, yağ çözücüler, daksil, leke çıkarıcı
Metilen klorid	Boya çıkarıcı, vernik tineri
Methanol	Boya çıkarıcı, vernik tineri
Petrol damıtıkları	Boya inceltici, leke çıkarıcı
Butan	Çakmak gazı, saç spreyi, deodorant, sprey boya
Propane	Çakmak gazı, saç spreyi, deodorant, sprey boya
Nitroz oksid	Gıda ürünleri iticileri, gaz halinde anestetik

57

ESRAR İLİŞKİLİ BOZUKLUKLAR

Dr. Birgül Elbozan Cumurcu

Giriş

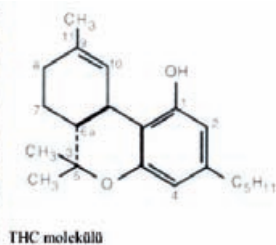
Esrar (kannabinoid), cannabis sativa adı verilen hint keneviri bitkisinin yaprakları ve tozlarının farklı işlemlerden geçirilmesi sonucu elde edilen bir maddedir (Şekil 1) (1). 421 adet kimyasal madde içermekte olup, intoksikasyonundan sorumlu temel etken maddesi tetrahidrokannabinolün (THC) delta-9 izomeridir (Δ^9 -THC) (2). THC, yağda çözünen bir madde olup hızlı bir şekilde beyin ve diğer organlara geçer. Esrarın dumanı genellikle sert, acı, keskin olup, kokusu ise ot kokusuna benzer (3).

Halk arasında sarıkız, kuru, ot, joint, derman, plaka, papatya, anten, keyif, kaynar, nane, kına, paspal, gogo, gonca, giya, kuris, ilaç, siyah, çay, evset, sır, cam macunu, Lübnan, sarıkız, Afgan, kalo, ciğaralık, sarma, çiçeksündüz, mal, jelatin, kenevir, kafa hapı, Saddam, elek altı, kendir, yeşil, keçi, patates gibi isimlerle bilinir (3). Türkiye hariç tüm dünyada plaka esrarın adı arapça ‘ot’ anlamına gelen ‘hashish’ olarak geçmektedir (4), Türkiye’de ise morfin ve eroinin hammadesi olan afyon bitkisine ‘haşhaş’ ismi verilmiştir. Esrar işleniş biçimlerine göre marihuana, gubar (toz hali), ganja gibi farklı isimlerle de anılır (4).

1964'te Δ^9 -THC izolasyonunun ve 1980'lerde kannabinoid reseptörlerinin (CB1 ve CB2) keşfedilmesinin ardından, terapötik amaçlarla çok sayıda kannabinoid reseptör agonisti üretilmekte ve bunlar da sentetik kannabinoidler (SK) olarak adlandırılmaktadır (5, 6) (Şekil 2). SK'ler, yasal kafa yapıcı maddeler 'legal highs', tasarım maddeler 'designer drugs', bitkisel kafa yapıcı maddeler 'herbal highs' ve araştırma kimyasalları olarak da adlandırılmaktadır (7). SK içeren maddeler Avrupa'da 'Spice',



Şekil 1. Hint Keneviri (*Cannabis Sativa*).



Şekil 2. Sentetik Kannabinoidler.

ABD'de 'K2', Türkiye'de 'Bonzaı' ya da 'Jamaika' olarak adlandırılmaktadır (8). Bunlar tipik olarak, bitkisel içeriğin üzerine püskürtülmüş olan bir kaç farklı SK'yi içeren ve daha sonra kullanıcılar tarafından kannabise benzer biçimde içilen 'bitkisel sigara karışımlarıdır' (8). Genelde sigara şeklinde içilmesine rağmen, buharlaştırma, oral ya da rektal yolla kullanımları da bildirilmiştir (8). SK'lerin internette ve '**head shop**' denilen dükkanlarda satılmaya başlanması ve bitkisel tütsü olarak sunulması ile birlikte kullanımı giderek yaygınlaşmaktadır (9). Şekil 3'te esrarı buharlaştırma yoluyla kullanmak amacıyla dükkanlarda satılan nargile benzeri malzemeler görülmektedir.

Tarihçe

Esrar dumanının solunarak kullanımına dair ilk kanıtlar neolitik çağa kadar uzanmaktadır (4). 1800'lü yıllardan itibaren Avrupalı bilim adamları, esrarın psikotrop etkileri yanında antispazmodik ve analjezik etkileri olduğuna da değinmişlerdir. Keyif verici ve sarhoş edici etkisinden başka, insanlık tarihinde

OPIOİDLER

Dr. Ebru Aldemir

GİRİŞ

Opiyum, afyon bitkisinden (Papaver Somniferum=Haşhaş) elde edilen sıvıdır ve bilinen en eski ilaçlardan biridir. Opiyumdan elde edilen doğal ilaçların, doğal ürünlerin işlenmesiyle elde edilen yarı sentetik ilaçların ve tamamen kimyasal yöntemlerle elde edilen sentetik ilaçların tümüne birden “opiooid” denmektedir. Dünyada kimyasal olarak birbirinden farklı 20’den fazla opiooid klinik kullanımdadır. Kimyasal yapılarına göre opiooidler Tablo 1’de gösterilmiştir.

Opiyumdan elde edilen en önemli alkaloid morfindir. Morfin, halen ağır ve süregen ağrılarda en etkin ilaçlardan biridir ve yaygın olarak kullanılmaktadır. Opiooidlerin en yaygın kullanılabildiği ve bağımlılık potansiyeli en yüksek olanı eroindir. Eroin terapötik amaçlarla kullanılmayan bir maddedir. Eroin dışındaki opiooidlere bağımlılık en sık olarak; tıbbi bir tedavi sürecinde olan hastalarda ve bu tip ilaçlara kolaylıkla ulaşabilen sağlık profesyonellerinde ortaya çıkmaktadır.

TARİHÇE

Opiooidler en az 3500 yıldır, çoğunlukla işlenmemiş opiyum veya opiyumun alkollü solüsyonları şeklinde kullanılmaktadır. Morfin 1806, kodein ise 1832 yılında izole edilmiştir. İlk yarı sentetik opiyum türevidir olan diasetil morfin (erooin) tıbbi 1898’te girmiştir. Meperidin ve metadon gibi tam sentetik olanlar ise 1940’lı yıllarda tıbbi uygulamalara dahil edilmiştir.

Opiooid bağımlılığı ilk olarak 1700 yılında fark edilmiş ancak 19. yüzyıl ortalarına kadar tıbbi problem olarak değerlendirilmemiştir. Morfinin üretilmesiyle birlikte afyon bağımlıları morfinle tedavi edilmeye başlanmış ancak bu süreçte morfin

bağımlıları gelişmiştir. Afyon zehirlenmeleri sonucu ölümlerin artmasıyla ilk yasal düzenlemeler 1868 yılında başlamıştır. 1914’te Harrison yasası ile afyon ve morfin kullanımı kısıtlanmıştır, erooinin ise 1924 yılında erooin yasası ile üretim ve ticareti tamamen yasaklanmıştır. Opiooidlerin bulundurulması ve satışı ile ilgili artan derecelerde sert cezalar yasa haline getirilmesine rağmen, erooin bağımlılığı devam etmiş ve yaygınlığı II. Dünya Savaşı’ndan sonra artmıştır. Bu süreçte bağımlılar için rehabilitasyon programları yaygınlaşmış, federal desteğin artmasıyla birlikte metadon (1937’de Almanya’da geliştirilen, tıpta analjezik olarak ve opiooid bağımlılığı tedavisinde kullanılan sentetik opiooid) kullanımı yasalarla özel olarak lisanslandırılarak programlandırılmıştır. 2001 yılında çıkan bir yasa ile muayenehanede çalışan hekimler opiooid bağımlısı hastalarına buprenorfin reçete edebilir hale gelmişlerdir.

İklim koşulları itibarıyla en kaliteli afyonun yetiştiği ülke olan Türkiye ise 20. yüzyıl başlarında dünya için ciddi bir afyon kaynağıydı. Dünyadaki ciddi önlemlere rağmen ülkemizde 1926 ile 1929 yılları arasında üç erooin fabrikası kurulmuştur. Ancak ABD ve Avrupa’da Türkiye’ye karşı kamuoyu oluşmasıyla, 1931’de fabrikaların üretim, ihracat ve satışlarına ciddi bir denetim ve kısıtlama getirilmiştir. 1933’te, Lahey ve Cenevre Antlaşmaları Türkiye tarafından kabul edilmiş ve erooin fabrikaları kapatılmıştır, haşhaş ekimi ciddi şekilde sınırlandırılmıştır. 1939 yılında afyon üretim, satış ve stokları Toprak Mahsülleri Ofisi tarafından kontrol altına ve devlet tekeline alınmıştır. Ancak sonrasında yer altı üretimi artmış, yasadışı laboratuvarlar kurulmuştur. 1953’te imalat ve ihracatına verilen cezalar bu sebeple ağırlaştırılmıştır. Ağırlaştırılan cezalar erooin bağımlılarının sayılarının artmasına engel olamamıştır. 1990’lı yıllarda özellikle madde kullanıcılarının tedavisini kolaylaştıran yasa ile (bu yasaya göre madde kullanan kişi yakalanmadan önce kendi isteği ile tedaviye başvurursa hakkında herhangi bir yasal soruşturma yapılmamaktadır) özel ve devlet kliniklerine erooin bağımlılığı sebebiyle başvurular artmıştır (Ögel 2010).

MADDE ÖZELLİKLERİ

Farmakolojik Yapıları, Formları ve Kullanım Yolları

Haşhaşın en önemli organı kapsülüddür (koza, kelle, baş, koba-lak). Haşhaş kapsülü çizilince beyaz, yapışkan bir sıvı akar ve

TABLO 1

Kimyasal Yapılarına Göre Opiooidler

Doğal Olanlar	Yarı Sentetikler	Sentetikler
Morfin	Erooin	Alfaprodin
Kodein	Hidrokodeon	Difenoksilat
	Hidromorfin	Meperidin
	Oksikodon	Metadon
	Oksimorfin	Propoksifen
		Fentanil
		Tramadol

Coşkunol H (2008). Güncel Klinik Psikiyatri (Editörler: E. Işık, E. Taner, U. Işık). Alkol Dışı Madde Kullanım Bozuklukları, 2. Baskı, Golden Print Matbaası, İstanbul, 2008, s. 337

HALLÜSİNOJENLER

Dr. Zeki Yüncü

TANIM

Halüsinojenler, varsanı dissosiyasyon ve vücut dışı deneyimlere sebep olan doğal veya sentetik uyuşturucu maddelerdir (1). Bu maddeler, ödül sisteminin serotonin sinapslarına etki ederler. Bazen trip olarak adlandırılan zehirlenme tablosuna sebep olurlar. Bu klinik durum psikodelik olarak adlandırılır. Psikodelik durum, görsel illüzyon ve varsanıyla içeren duygusal deneyimlerle karakterizedir. Hem içsel, hem de dışsal uyaranlarla ilgili farkındalık artmıştır. Varsanılar belirgin bir bilinç düzeyinde konfüzyon olmaksızın yaşanır. Psikodelik durumda kişinin duygusal farkındalığı artmıştır. Bu deneyim kişide sanki bir inanç etkinliği gibi yaşanır. Aynı zamanda kullanılan bu maddeler psikozu tetikler (1).

Yeni sentetik hallüsinojenler ise yeni bir deneyim isteyen uyuşturucu kullanıcılarının farmasötik araştırmaları veya deneylerinden yola çıkarak türetilmiştir. Yeni halüsinojenler, psychedelic ilaç lysergic acid diethylamide (LSD) veya dissosiyatif ilaçlar ketamin ve phencyclidine (PCP) gibi klasik halüsinojenlere ait kimyasal türevler ve analoglara benzer. Bu maddelerin kimyasal yapıları, nasıl sentezlendiği ve etkileri sıklıkla çevrimiçi forumlarda ve ilgili popüler yayınlarda bulunur (1). Günümüzde en sık görülen yeni halüsinojen alt sınıfı "NBOMe".serisidir. NBOMe, uygulama yolu ve etkileri açısından LSD'ye benzer. NBOMe terimi, N-benzoil-metoksi'den türetilmiştir (2). Yeni halüsinojenlerden daha az tercih edilenler metoksetamin (MXE), metoksfenidin (MXP), DOC, 3-MeO-PCP ve 4-MeO-PCP'yi içermektedir.

TARİHÇE

Klasik hallüsinojenlerin neredeyse insanlık tarihi boyunca kullanıldığı bildirilmektedir. Çok uzun zamandır kullanılan hallüsinojenlerle bilim 1800'lü yıllardan sonra ilgilenmeye başlamıştır. Bu dönemde meskalin ayrıştırılmış ve Arthur Heffter tarafından meskalinin etkileri tanımlanmıştır. 1943 yılında Alber Hoffman, bir hata sonucu LSD'yi üretmiştir. 1958 yılında da psilosibin ayrıştırılmış ve sentez edilmiştir. 1950 ile 1970 yılları arasında klasik hallüsinojenlerle ilgili araştırmalarda adeta bir patlama yaşanmıştır.

Araştırmacılar, klasik hallüsinojenlerin alkol ve madde bağımlılığı tedavisinde hızlı etki etmeleri, anksiyete, depres-

yon, saplantı zorlantı bozukluğu gibi psikiyatrik durumlara olan etkileri sebebi ile bir tedavi alternatifi olabileceğine vurgu yapmışlardır. 1960'lı yılların ortalarına kadar hallüsinojenler deneysel bir tedavi alternatifi olarak kabul ediliyordu. Bu sebeple yasal olarak klinik kullanımdaydı. 1950li yıllardan 1970 li yılların ortalarına kadar psikolojik ve psikodelik terapi modelleri kalıcı kişilik değişiklikleri oluşturmak için tedavide kullanıldı (3).

Psikodelik tedavi yöntemi bir veya birkaç kez yüksek doz hallüsinojen madde kullanımı olarak bildirilmektedir. Bu tedavi yöntemi, çocukluk çağı çatışmaları ya da travmatik olayların çözümünde kullanılmıştır. Bu durumlarda kullanımanın amacı psikodelik, mistik ya da zirve deneyimi kazandırarak duygusal tepki ve davranış kalıplarında değişime sebep olmaktır. Bin dokuz yüz ellili yıllarda, bağımlılık tedavisinde hallüsinojen kullanımı ile ilgili yayınlar vardır. Bir arşiv taraması yapıldığında, bu tedavi modelinin o dönemde sıkça kullanılan bir yöntem olduğu belirlenebilir. 1960 yılların ortasında psikodelik maddelerin artan kötüye kullanımları sebebi ile kontrollü maddeler kanunu kapsamında değerlendirilmeye başlanmıştır. Bu tedavinin prototipi alkolizm tedavisinde LSD kullanımıydı. Bu bir psikodelik tedavi modeliydi.

30 yılı aşkın süredir klasik hallüsinojenlerle yapılan bir bağımlılık tedavisi araştırması yoktur. Ancak son dönemde nikotin ve alkol bağımlılığı tedavisinde psilosibin, erken dönem çalışması tamamlanmıştır. Son dönemde gözleme dayalı bazı çalışmalarda klasik hallüsinojenlerin (peyote, meskalin, ayahuasca, DMT) içeren bitki materyallerinin törensel (ayinsel) kullanımının bu uygulamaların maddelerin düzensiz kullanımını azaltılması ile ilişki olduğu bununla beraber bu tarzda kullanımın zararlı etkisinin olmadığı ilişkin yayınlar olsa da bu konuda temkinli olunmalıdır. Ayahuasca ve ibogaine gibi hallüsinojen maddelerin, Latin Amerika ve Karayipler'de birçok geri çekilme tedavisi uygulanan merkezlerde kullanılmaktadır. Ancak etkinlik çalışması yapılmamıştır (4).

Yeni tip hallüsinojenlerden NBOMe, elektronik müzik sevenler arasında bir hayli popülerite kazandı. Son dönemlerde ise popülerite kaybı yaşamaktadır (5). NBOMe'ler tipik

HALÜSİNOJENLERE-BAĞLI BOZUKLUKLAR

Dr. Cüneyt Evren

Hernekadar algısal çarpıtmaya sebep olan maddeler insanlar tarafından yüzyıllardır kullanılmış olsa da, 1943 yılında Albert Hofmann tarafından liserjic asit dietilamidin (LSD) psikotropik etkisinin keşfedilmesi modern dünyada bir dönüm noktası olarak değerlendirilebilir (1). Tarihsel açıdan maddelerle indüklenen halüsinojenik durumlar genellikle sosyal ve dinsel ayinlerin birer parçası olmuşlardır. LSD mental fonksiyonlar üzerine olan derin etkilerin 1943'te anlaşılması işleri belirgin olarak değiştirmiştir (2). Bu keşif sonrası psilosibin mantarları ve peyote kaktüsleri gibi bitkisel kökenli halüsinojenlerden farklı olarak, kimyasal yollardan sentezlenmiş LSD araştırmaları büyük ilgi görmüş ve 1961 yılına kadar 1000 civarında makale tıbbi literatürde yerini almıştır. Hernekadar LSD'ye bağlı ve endojen oluşan psikotik davranışlar arasında anlamlı farklılıklar olsa da, bu araştırmaların birçoğu maddenin "psikoz modeli" yaratma kapasitesini araştırmışlardır. 1960'ların ortasında LSD ve diğer ilişkili maddeler bazı kültürel hareketlerle ilişkilendirilmiş, tehlikeli olarak tanımlanmış ve kötüye kullanılan maddeler arasında yaygın bir popülerlik kazanmıştır. Buna bağlı olarak 1960'ların sonunda bu maddelere yönelik bilimsel ilgi azalmış ancak ilişkili maddelerle insan çalışmaları son dönemlerde yeniden hafif bir canlanma göstermiştir (1,2).

Tanım

Hernekadar beyinde farklı etki mekanizmaları olan ve farmakolojik olarak birbirinden farklı bileşikler olsalar da, LSD, fensiklidin (PCP), peyote, meskalin, ecstasy (MDMA) ve halüsinojenik mantarlar halüsinojenler olarak tek bir kategoride yer almaktadır. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı -5'de (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5; DSM-5) halüsinojen kullanım bozuklukları kapsamında yer alan maddeleri 3 grupta değerlendirebiliriz;

1-Serotonerjik halüsinojen ajanlar: Bunlar LSD ve psilosibin gibi 5-hidroksitriptamin-2A (5-HT_{2A}) reseptörünü aktive ederler. Bu reseptörde halüsinojenler için kritik öneme sahip etki bölgesi bulunduğu görüşü 5-HT-2C (fenetilaminler için) ve 5-HT-1A (triptaminler için) reseptörlerin düzenleyici etkilerini anlamaya yönelik ilgiyi arttırmıştır (1).

2-Karışık amfetamine halüsinojen 3,4-metilendioksime-tamfetamin (MDMA [Ecstasy]): MDMA, zaman algısında değişme ve görsel algıda değişim gibi belli ölçülerde subjektif

etkileri olduğu için halüsinojen olarak adlandırılan popüler keyif verici bir maddedir. MDMA'nın kendine özgü psikofarmakolojisi vardır, ancak asıl etkisi halüsinojen sınıflandırmasına uymayan ve monoamin geri alım taşıyıcısı ile etkileşim ile ilişkilidir (3).

3-Fensiklidin (PCP) ya da PCP benzeri maddeler (ketamin, sikloheksamin ve dizosilpin). Bu maddeler disosiyatif anestetik olarak geliştirilmişlerdir ve NMDA reseptör antagonisti olarak etki ederler.

Bir halüsinojenik madde genelde alınan dozlarda hafıza ve yönelim üzerine nispeten minimal etkiler göstererek birincil olarak algılamayı, kavramayı ve duygudurumu değiştirir. Halüsinojenlerin kapsamı içine en sık olarak LSD gibi ergot alkaloidler, psilosibin gibi indolalkalaminler, dimetiltriptamin (DMT), meskalin ile MDMA gibi fenetilaminler ve fensiklidin (PCP) ile ketamin gibi disosiyatif anestezikler girerken, bazı durumlarda halüsinojenik etkiler oluştursalar da marihuana, kokain ile çoğu amfetaminler gibi uyarıcılar bu kapsamın dışında kalırlar. Tıbbi tedavilerin çoğu özellikle yüksek dozlarda varsanı oluşturabilmekle beraber bu belirtiler bozulmuş yargılama, yönelim, hafıza, duygulanım, duygudurum ve bilinç seviyeleri ile giden deliryumun sadece bir yönüdür (4, 5). DSM-5'e göre Halüsinojenlere bağlı bozukluklar Tablo 1'de gösterilmiştir (Tablo 1) (5).

Halüsinojenlerin Etkisi

Günümüz kullanıcıları halüsinojenleri sıklıkla konserlerde, sinemalarda, danslarda veya açık hava aktivitelerinde, aldıkları eğlence hissini arttırmak için kullanmaktadırlar. Halüsinojenlerin değiştirdiği bilinç kapsamına; kullanıcı ve çevre arasındaki

TABLO 1

Halüsinojenlere Bağlı Bozukluklar (5)

- Fensiklidin kullanım bozukluğu
- Diğer halüsinojen kullanım bozukluğu
- Fensiklidin intoksikasyonu
- Diğer halüsinojen intoksikasyonu
- Halüsinojen kalıcı algı bozukluğu
- Fensiklidine bağlı diğer bozukluklar
- Diğer halüsinojen bağlı bozukluklar
- Başka türlü adlandırılmayan fensiklidinle bağlı bozukluk
- Başka türlü adlandırılmayan halüsinojene bağlı bozukluk

NÖROBİLİŞSEL BOZUKLUKLAR

Dr. Evrim Göde Ögüten, Dr. Işın Baral Kulaksızoğlu

DSM IV'te 'Demans, Deliryum, Amnestik, ve diğer bilişsel bozukluklar' olarak adlandırılan durumlar, DSM 5'te Nörobilişsel Bozukluklar (NBB) üst başlığı altında deliryum, ağır ve hafif nörobilişsel bozukluk sendromları ve etyolojik alttipleri şeklinde tanımlanmıştır. Ağır ve hafif nörobilişsel bozukluklar; Alzheimer Hastalığı'na bağlı NBB, Frontotemporal NBB, Lewy cisimcikli NBB, vasküler NBB, travmatik beyin hasarına bağlı NBB, madde ve/veya ilaç kullanımına bağlı NBB, HIV Enfeksiyonuna bağlı NBB, Prion Hastalığı'na bağlı NBB, Parkinson Hastalığı'na bağlı NBB, Huntington Hastalığı'na bağlı NBB, başka bir tıbbi duruma bağlı NBB, çoğul etyolojiye bağlı NBB, başka yerde sınıflandırılmayan NBB'tur.

Ağır nörobilişsel bozukluk DSM IV'teki demans kavramı yerine geliştirilmiştir. Ancak demans daha çok ileri yaşta görülen dejeneratif süreçleri tariflerken, nörobilişsel bozukluk kavramı daha erken yaşta da görülebilen ikincil bilişsel bozuklukları da kapsamaktadır. Ayrıca ağır nörobilişsel bozukluk kav-

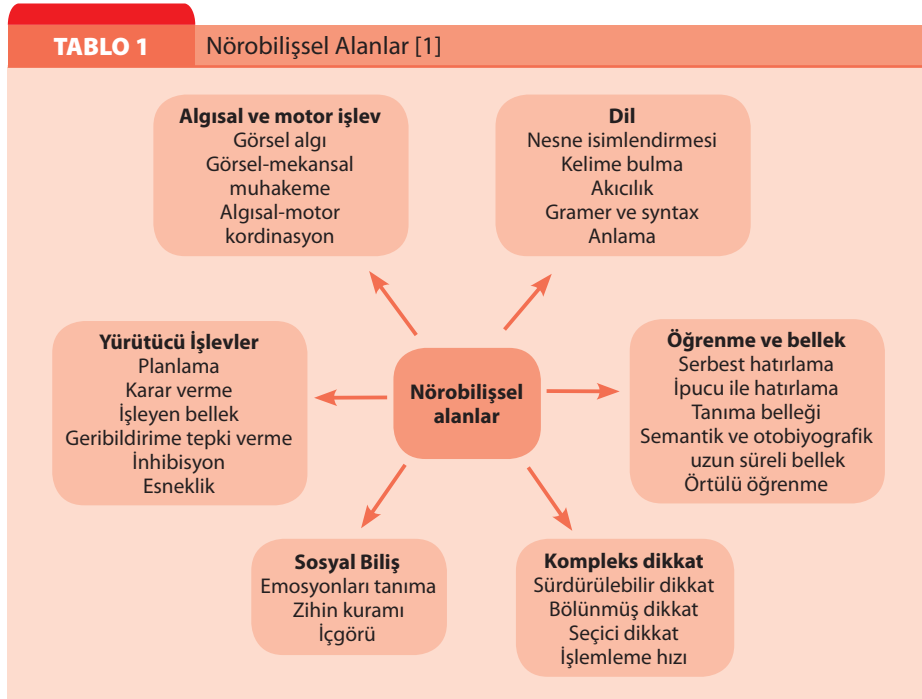
ramının kapsamı demanstan daha geniştir. Örneğin DSM IV'te 'Amnestik Bozukluklar' olarak tariflenen durum DSM 5'te başka tıbbi duruma bağlı majör NBB olarak tanımlanmıştır.

Hafif nörobilişsel bozukluk da DSM 5 ile birlikte karşımıza çıkan yeni bir tanımlamadır. Bilişsel bozukluğun daha hafif formuna işaret eden 'hafif nörobilişsel bozukluk' kavramını karşılayan durumlar DSM IV'te başka türlü adlandırılmayan bilişsel bozukluklar altgrubunda tanımlanıyordu.

Bilişsel işlevler başlıca bellek, lisan, yönelim, yargılama, kişilerarası ilişkileri sürdürme, eylemleri yerine getirme (praksi) ve sorun çözmeyi kapsamaktadır.

Nörobilişsel bozukluklar birden fazla bilişsel alanda (Bkz. Tablo 1) bozulmaların görüldüğü, işlevselliğin belli düzeylerde etkilendiği, davranışsal bulguların da eşlik edebildiği gelişimselden ziyade kazanılmış zihinsel bozukluklar grubunun adıdır. Temel bozukluklar bilişsel alanda, yürütücü işlevlerde, sosyal kognisyon-karar verme mekanizmalarında ve işlevselliktedir.

TABLO 1 Nörobilişsel Alanlar [1]



A KÜMESİ KİŞİLİK BOZUKLUKLARI

Dr. Gül Eryılmaz

Kişilik, genetik olarak belirlenen, ekonomik ve kültürel değişiklikler gibi çevresel faktörlerden etkilenen ve yaşam boyu kalıcı etkiler ortaya çıkaran bilişsel, duygusal ve davranış örüntüleri bütünüdür. Bireyin intrapsişik sistemi ve dış çevreyle olan ilişkisinde ortaya koyduğu stabil olan bu örüntü bütünü, bir insanı diğerlerinden farklı kılan, kendine ait yönlerini ifade eden ve süreklilik gösteren özellikler olarak tanımlanmaktadır (1). Kişilik bozukluğu ise kişinin içinde yaşadığı kültürün beklentilerinden belirgin olarak sapan, süreklilik gösteren bilişsel, duygulanım ve davranış örüntüsü olarak tanımlanmaktadır. Bu örüntü, sosyal, mesleki ve daha birçok işlevsellik alanlarında bozulmaya yol açmaktadır. Epidemiyolojik çalışmalar kişilik bozukluklarının yaygınlığını genel popülasyonda %10-13 bulmuştur. Batı ülkelerinde yapılan araştırmalara göre kişilik bozukluklarının yaygınlığı %10-30 arasında bildirilmektedir. Ayaktan polikliniğe başvuran hastalarda %30-50 oranında kişilik bozukluğu saptanmaktadır (2).

DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) sınıflandırma sistemi kapsamında kişilik bozuklukları üç kümede toplanmıştır. A kümesi tuhaf/ekzantrik, B kümesi dramatik/dengesiz ve C kümesi anksiyöz/inhibedir. A kümesi kişilik bozuklukları paranoid kişilik bozukluğu, şizoid ve şizotipal kişilik bozukluğu olarak tanımlanmıştır (3).

Bu yazıda, A kümesi kişilik bozukluklarının epidemiyolojisi, komorbidite, etiyolojisi ve tedavi seçenekleri gözden geçirilmiştir.

PARANOİD KİŞİLİK BOZUKLUĞU

Paranoia teriminin ilk kez antik Yunan'da kullanıldığı ve anlam olarak 'akıldışı' anlamına geldiği bilinmektedir (4). Paranoid kişilik bozukluğu (PKB); erken erişkinlik döneminde başlayan, başkalarının davranışlarını kötü niyetli olarak yorumlayıp başkalarına karşı duyulan güvensizlik ve kuşku duyma davranış kalıplarından oluşmaktadır. Diğerlerine karşı duyulan güvensizlik, paranoid kişilik bozukluğunun en belirgin özelliğidir. Ancak diğerlerine karşı güvensizlik erkek popülasyonun %13'ünde kadın popülasyonunda %6'sında gözlenebildiği bildirilmiştir. Fakat bunların %0.5-2.5'i DSM-5 ölçütlerine göre PKB tanı ölçütlerini karşılamaktadır (5). Klinik örneklerde kadınlara göre erkekler arasında yaygınlık daha fazladır. Göçmenlerde ve işitme engellilerde genel popülasyondan kısmen daha fazla

olduğu bildirilmiştir. Şizofreni hastalarının yakınlarında PKB daha yüksek oranda görülmektedir. Bazı çalışmalara göre PKB ile sanrısız bozukluk kötülük görme türü arasında daha özellikli ailesel bir ilişki olduğu bildirilmiştir.

PKB olan kişiler sürekli biçimde alıngan ve kuşkucudurlar. Bu kişiler, sürekli olarak başkalarının kötü niyetli olduğunu düşünürler. Başkalarına güvenmezler. Aşırı dikkatli, devamlı tetikte ve savunucudurlar. Bu kişiler de özerkliklerine karşı tehdit algılama eşikleri düşük ve eleştiriye aşırı duyarlıdır. Başkalarının söz, bakış ve hareketlerini kendilerine karşı olumsuz yorumlamaya eğilim gösterirler. Resmi ve ciddi bir tarzları vardır. Kişilerarası ilişkilerde oldukça mesafelidirler, başkalarına yakınlık duymazlar. Alınganlık, kincilik ve kıskançlığa bağlı olarak her şeyi büyütürler, tartışmaya ve kavgaya eğilimlidirler. Kendilerini haklı ve üstün görürler. Belirtiler tüm kişilik bozukluklarında olduğu gibi belirtiler süreklilik gösterir. Bu bozukluk iş ve sosyal işlevselliği önemli ölçüde etkilemektedir.

DSM 5 tanı ölçütleri ise;

- A. Aşağıdakilerden en az 4 maddenin belirli olduğu, erken erişkinlik döneminde başlayan, başkalarının davranışlarını kötü niyetli olarak yorumlayıp ve başkalarına karşı duyulan devamlı olarak güvensizlik ve kuşku duyma halidir.
 1. Yeterli bir temele dayanmaksızın, başkalarının kendilerini sömürdüğünden, kendilerini aldattığından ve kendilerine kötülük yapmalarından kuşulanırlar.
 2. Arkadaşlarının ve iş arkadaşlarının kendisine olan bağlılığı ve güvenirliliği üzerine gereksiz kuşkuları vardır.
 3. Söylediklerinin kendisine karşı kötü niyetle kullanılacağı korkusuyla, başkalarına sır vermek istemezler.
 4. Sıradan sözlerden ve olaylardan aşağılanma ve kendisine gözdağı verildiği gibi anlamlar çıkarırlar.
 5. Sürekli kin tutarlar, haksızlıkları, görmezden gelinmeyi ve onur kırıcı davranışları affetmezler.
 6. Başkalarının sebebi olmayan durumlara karşı karakterine ya da saygınlığına bir saldırı olarak kendisince algılar, aniden öfke ya da karşı saldırı ile tepki verirler.
 7. Sürekli haksız yere eşinin ya da arkadaşının kendisine bağlılığı ya da sadakatsizliğiyle ilgili yersiz şüpheleri vardır

B KÜMESİ KİŞİLİK BOZUKLUKLARI

Dr. Can Tuncer

KİŞİLİK BOZUKLUKLARI

GİRİŞ

Kişilik bozuklukları, anlaşılmasını kolaylaştırmak bakımından DSM- 5'te, A, B ve C kümeleri olarak kabaca üçe ayrılır (American Psychiatric Association, 2013). Bir hatırlatma yapmak gerekirse, A kümesinde, paranoid, şizoid, şizotipal, B kümesinde antisosyal, sınırda kişilik bozukluğu (borderline kişilik bozukluğu), histrionik, narsistik ve C kümesinde, bağımlı, kaçınan, obsesif-kompulsif kişilik bozukluğu yer alır. Kişilik bozukluklarının olması, 1. eksende bulunan psikiyatrik bozukluklarının tedavisini zorlaştırabilir. Hala kişilik bozuklukları hakkında teoriler, kişilik üzerindeki teoriler kadar ileri değildir (Clarkin, 2006). Yine diğer bir eksik durum, kişilik bozuklukları üzerine sosyal faktörlerin rolünün yeterince araştırılmış olmamasıdır (Paris, 2005).

Kişilik bozukluklarının tanınmasında, muayenede yardımcı olabilecek bazı pratik yaklaşımlar vardır. Psikiyatrik görüşme sırasında, aile ve sosyal öyküsü alırken, kronolojik olarak insanlar arası ilişkilerinin nasıl olduğu, sürekli, günlük hayatı zorlaştıran bazı davranış örüntüleri, kalıplarının varlığı araştırılır. Örneğin, yaşamı boyunca sınırlı sayıda arkadaşının olması gibi. Diğer bir yöntem de, başvuru şikayetlerinin arkasında bu duruma yol açabilecek kişilik bozukluğu olup olmadığı araştırılır. Örneğin, sürekli içinde "boşluk" hissedilen sınırda kişilik bozukluğu olan hastanın depresyona girmesi gibi (Carlat, 2012).

B KÜMESİ KİŞİLİK BOZUKLUKLARI

ÖNEMİ:

Bu küme en renkli, hareketli, kişilik bozukluklarından oluşur. B kümesi kişilik bozuklukları, hem psikiyatri hem de diğer klinik tıp dallarında, hasta hekim ilişkilerinde, klinik uygulamada, belirgin şekilde rol oynayan kişilik bozuklukları grubudur. Hastaya yaklaşımda kişilik özellikleri, hele kişilik bozuklukları dikkate alınmazsa muayene daha başından güçleşebilir. Bu olumsuz durumun yanı sıra hastayla, yakınlarıyla sağlık personeli arasında gerginliğe yol açabilecek, ciddi iletişim problemleri de ortaya çıkabilir.

B kümesi kişilik bozukluklarına, özellikleri itibarıyla, gerek psikiyatri ayaktan tedavi kliniklerinde, gerek hastane acillerinde rastlanabileceği gibi, sosyal hayatımızda da dikkat çekebilirler.

Herhangi bir kişilik bozukluğunun, toplumda görülme sıklığı, %3. 9 ve %22. 7 arasında değişir. Herhangi bir kişilik bozukluğu için, bütün çalışmaların ortalaması alındığında bu rakam %11. 55'dir (Torgersen, 2005). Sınırdaki kişilik bozukluğu'nda yaşam kalitesi ve işlevsellik çok düşük gösterir. Histrionik kişilik bozukluğunda bu düşüş daha azdır (Torgersen, 2005).

ANTİSOSYAL KİŞİLİK BOZUKLUKLARI

Antisosyal, psikopat, sosyopat, bu kişilik bozukluğu olan hastalarda kullanılan bazı terimlerdir. Üzerinde önemle belirtilmesi gereken bir nokta ise, antisosyal kişilik'le suç işleme durumunun eş anlamlı olarak kullanılmamasıdır (Sadock et al, 2015).

Görülme Sıklığı

DSM-5'te bildirildiğine göre, görülme sıklığı %0, 2 -3. 3 arasında değişir. En sık görüldüğü hastalıkların başında erkekte ağır alkol kötüye kullanımının olduğu bildirilmektedir. Erkeklerde kadınlara göre daha sık görülür. Hapishanelerde madde bağımlılığı merkezlerinde ve diğer adli tıpla ilgili servislerde, erkekler arasında, neredeyse %70'in üzerine çıkacak derecede bulunmaktadır (American Psychiatric Association, 2013). Toplumda, antisosyal kişilik bozukluğu, bu bozukluğu olanların birinci dereceden akrabalarında, olmayanlara göre beş kat daha sık görülebilir (Sadock et al, 2015). Erken dönemde, çocukluk döneminde, davranım bozukluklarının olması antisosyal kişilik bozukluğu olasılığının artmasına sebep olabilir (Cohen et al, 2005).

Klinik Özellikler

Saldırganlık ve irritabilite, sık sık kavga etme, olay çıkarma, kanunla başlarının derde girmesi, çabuk köşeyi dönme ve kolay para kazanma amaçlı kandırıcı davranışlar;ileriye düşünmeden ani dürtüsel, saldırgan davranışlar, sürekli sorumsuzluk ve bir işte uzun süreli çalışmama sık görülen belirtilerlerdendir. Başkalarına zarar verme ya da acı verme karşısında kayıtsız kalma, pişmanlık duymama, empati olmaması da dikkat çekicidir. Kendi güvenliği ve çevresinin güvenliğini hiçe sayacak tarzda tehlikeli davranışlar içerisinde bulunma, tehlikeli araç kullanma, aşırı hız yapma gibi davranışlara da rastlanır. Çocukluk çağında, evden ve okuldan kaçmalar, yalan söylemeler, alkol ve madde kullanımı, hırsızlık gibi polisle başının derde girmesine sebep olan yasa dışı davranışlar, sık sık kavgalara karışma-

C KÜMESİ KİŞİLİK BOZUKLUKLARI

Dr. Şeref Gülseren

Giriş

Kişilik bozuklukları (KB), kişinin kendisi ve çevresini algılaması, ilişki kurması ve düşünmesi konusunda uyumu bozucu ve esnek olmayan süregiden örüntülerdir. Sosyal ve kişisel ilişkilerde kendini gösterir. Bu bozukluklar ego ile uyumludur ve zaman içinde görece sabit şekilde sürüp giden işlevsel bozulma ve sıkıntıya sebep olur (1). ABD’de yapılan bir ulusal eştanı çalışmasında tüm kişilik bozukluklarının yaygınlığının %9.1, C kümesi kişilik bozukluklarının ise %6 oranında görüldüğü ve bu sıklığın 3 küme içinde en sık görüleni olduğu bildirilmiştir (2).

Tarihçe

Kişilik bozuklukları ilk olarak DSM-III’te ayrı bir eksende yer aldı, bu ayırımı birçok soruyu da birlikte getirdi. Bu soruların çoğu yanıtlanamadan kaldı. Kişilik bozuklukları nitelik olarak ayrı bozukluklar mıdır yoksa normal kişilik özelliklerinin bir uzantısı mıdır? Eksen I ve Eksen II ayırımı geçerli bir ayırım mıdır? Sağaltım da bu sebeple ayrı bir sorun oluşturmaktadır (3).

KB’nı açıklama konusundaki çalışmalar başlangıçta psikolojik ve sosyal kuramlarla sınırlı iken, son dönemlerde kalıtsal özellikleri de kapsayacak şekilde biyolojik çalışmalara da yer verilmektedir. Çalışmalarda özellikle kategorik sınıflandırma ile normal kişilik yapısı ile KB arasında keskin bir sınırın konulamaması olmasındaki dikkati çekmektedir. Bu soruna yönelik olarak gelişen bir başka çalışma alanı da boyutsal yaklaşım olmuştur. Bunun sonucu olarak KB’nın kategorik olan yanında DSM-5’te boyutsal yönden de ele alınması önerilmiştir (4). Bu açıdan değerlendirildiğinde kategorik DSM çekingen, obsesif kompulsif ve bağımlı KB’nun negatif affektivite boyutu ile en iyi şekilde öngörülebildiği ve iki yöntemin birlikte daha iyi bir tanımlama sağladığı bildirilmiştir (5).

Günümüze kadar KB için farklı boyutsal özellikler tanımlanmıştır. Boyutsal yaklaşım psikiyatrik tanılarının eleştirel açıdan değerlendirilmesinde önemli bir yere sahip olmakla birlikte ayrı bir başlıkta ele alınmayı gerektirecek ölçüde kapsamlıdır. Son dönemde KB’da DSM-5’te de eklenmesi önerilen boyutsal özellikler günümüze kadar kişilik 3, 5, 7, 9 gibi farklı sayıda boyutla karşımıza çıkmaktadır. Örneğin LIVESLEY, anksiyöz-bağımlı/asteni/emosyonel disregülasyon, psikopati/antisosyal/dissosyal, sosyal geriçekilme/asosyal/inhibe

olma ve anakastik/kompulsivite şeklinde boyutlar önermiştir. Bu boyutlar normal kişilik yapısı özelliklerinin devamı niteliğindedir (6). Cloninger ve Svrakic, zarardan kaçınma, yenilik arama, ödül bağımlılığı ve ısrarcılık gibi huy özelliklerine daha çok uyan 4 farklı boyut önermişlerdir. Biyolojik olarak da bağlantıları bulunmuş bu 4 alt tipin genetik yönden de ipuçları elde edildiğinde endofenotip olarak kabul edilmesi mümkün olacaktır. Gen-çevre etkileşiminde öğrenme, bellek ve davranışın biyolojik kökenlerini ve epigenetik davranışın belirleyicisi olarak transkripsiyon faktörü ve DNA etkileşimini öne süren çalışmacılar, genlerin davranışı belirlemediğini, ancak çevreden gelen etkililerle etkileşen hücrel mekanizmaları belirlediğini ileri sürmüşlerdir. Bu çalışmacılar bu gerekçe ile kişi ile çevresi arasında süregiden bu ilişkinin kişilik bozukluğu değil “uyum bozukluğu” olarak adlandırılması gerektiğini ileri sürmüşlerdir. Böyle bir tanımlama ile süren gen-çevre etkileşimine biyolojik vurgu yapılması yanında, kişilerin damgalanmaktan da korunacağını ileri sürmüşlerdir. Buna göre gen-çevre etkileşiminin olağan işleyişinde bir bozulmanın olmasını “yanlış yönde adaptasyon” olarak tanımlamışlardır. Diğer yandan KB’ları kategorisinin tamamen ortadan kaldırılarak yerine uyum bozukluğu kategorisinin geçmesi gerektiğini belirterek 4 tip “uyum bozukluğu” tanı kategorisi önermişlerdir: anksiyöz, impulsif, inhibe, anankastik. Ek olarak her bir alt tip için şiddet göstergesi olarak “hafif, orta ve ağır” şeklinde üç dereceye ayrılması önerilmiştir. Alt tiplerin “huy-temperament” özellikleri, diğer 3 karakter özelliğinin (şiddet) de çevreye uyumla ilgili olduğu belirtilmiştir (4).

KB’nın tanısal sınıflandırma sistemlerinde hala tartışmalı durumların olduğu, başlangıçta daha çok sosyal ve psikolojik kuramlardan etkilenirken giderek farklı disiplinlerden de açıklama çabalarının olduğu görülmektedir. Bu gelişmelerin sınıflandırma sistemlerine yansımaları ise belirli bir zaman almaktadır.

Etiyoloji

Genetik

KB’nın genetiği konusunda yapılan çalışmalar görece az sayıdadır. Çalışmalarda belirli kişilik bozuklukları için genetik risk faktörlerinin belirlenmesi, genetik etkinin zaman içinde ne öl-

RUHSAL BELİRTİLERDE GÖRÜLEN ÖZEL DURUMLAR

Dr. Rüstem Aşkın, Dr. Serap Sarı, Dr. İbrahim Taymur

PORFİRİLER

Porfiri terimi, hem molekülünün biyosentezindeki enzimlerden birinin aktivitesindeki yetersizlik sonucu oluşan bir grup hastalığı ifade eder (1). Hem molekülü, vücuttaki birçok bileşenin (hemoglobin, miyogloblin, sitokrom oksidaz, katalaz vb.) yapısında bulunduğundan, hastalık birden fazla sistemi etkiler (2). Aktivitesi azalan enzime bağlı olarak heterojen klinik özellikler gösteren sekiz ayrı tipi tanımlanmıştır. Bunların arasında, nöropsikiyatrik belirtilerle giden porfiriler akut intermitan porfiri, variegate porfiri, kalıtsal koproporfiri ve plumboporfidir (3, 4). Nöropsikiyatrik belirtiler, porfiride artış gösteren, hem molekülünün sentezindeki gamma amino levülinik asit (ALA) ve porfobilinojen (PBG) gibi ara ürünlerin nörotoksik etkileri ile ilişkilendirilmektedir (5). Porfirilerin çoğu otozomal dominant geçiş göstermekle birlikte otozomal resesif ve X'e bağlı genetik geçiş gösteren türleri de vardır (6). Kadınlarda erkeklere göre daha sık görülür. Genellikle 2. ve 4. dekatlarda, bazı porfiri türlerinde çocukluk çağında ortaya çıkar (7). Akut intermitan porfiri tüm ırklarda görülen en yaygın akut hepatik porfidir (4). Prevalansı yaklaşık 5/100.000 olarak tahmin edilmektedir. (2).

Klinik Özellikler

Nadir görülen ve ataklarla seyreden bir hastalık olması sebebiyle doğru tanıya ulaşılması yıllar alabilmektedir. Bu arada hastalar somatizasyon bozukluğu olarak değerlendirilebildikleri gibi, akut batın tanısı ile gereksiz cerrahi girişimlere de maruz kalabilmektedirler (7).

Akut porfiride karın ağrısı en sık başlangıç belirtisi olup diğer sık görülen belirtiler; taşikardi, hipertansiyon, ekstremitelerde ağrı, idrar renginde koyulaşma, bulantı, kusma, kabızlık ile nörolojik ve psikiyatrik belirtilerdir (1, 7, 8, 9).

Bazı ilaçlar (barbitüratlar, antidepresanlar, sülfonamidler, griesofulvin, sülfonilüreler, fenitoin, progesteron, metil dopa, diklofenak, metoklopramid gibi), açlık, stres, alkol, sigara, menstrual siklus, enfeksiyonlar ve cerrahi girişimler atakların ortaya çıkmasını tetikleyebilmektedir (8, 10, 11).

Motor nöropati (%40-60) genellikle subakut seyreder; simetrik olarak üst ekstremiteleri ve proksimal kasları tutma eği-

li-mindedir. Duyu kaybı ise eldiven — çorap tarzı distal veya mayo şeklinde proksimal bölgeleri etkiler. Derin tendon refleksleri azalmış veya kaybolmuş olabilir. Kranial sinirler tutulabilir ve solunum yetmezliği gelişebilir. Guillain-Barre Sendromu ile karışabileceği akılda tutulmalıdır (2, 11).

Akut atak yaşayan hastaların %5-20'sinde elektrolit imbalansına (uygunsuz ADH) bağlı olduğu düşünülen jeneralize nöbetler gelişir (12, 13, 14). Otonomik disfonksiyon sonucu hastalarda taşikardi, hipertansiyon, postural hipotansiyon, idrar retansiyonu ve idrar inkontinansı görülebilir (15, 16).

Hastalarda %24-70 oranında sanrı, işitsel ve görsel varsanı, katatoni, emosyonel labilite, anksiyete, irritabilite, agresyon, uykusuzluk ve kognitif yetersizlik gibi psikiyatrik belirtiler görülmektedir (13, 17, 18, 19). En yaygın psikiyatrik tanılar ise psikoz, deliryum ve depresyondur (19, 20, 21).

Tanı

Hem sentezindeki enzimlerin aktivitetlerindeki azalmanın kanada gösterilmesi ve atak sırasında gamma amino levülinik asit (ALA) ve porfobilinojen (PBG) gibi ara ürünlerin idrarda artışının tespit edilmesi tanıya yardımcı olur (3, 4, 22).

Tedavi

Akut atakların tedavisinde intravenöz glukoz ve hematin infüzyonu uygulanmalıdır (2, 10, 23). Elektrolit imbalansı (hiponatremi, hipokalemi, hipomagnezemi) düzeltilmelidir (24). Gastrointestinal belirtilerin tedavisinde klorpromazin gibi fenotiazinler ve ondansetron, ağrı kontrolünde narkotik analjezikler, hipertansiyon ve taşikardi için propranolol güvenli kullanılabilir (20, 23, 25). Nöbetlerin acil tedavisinde parenteral diazepam ve magnezyum sülfat, kronik tedavisinde ise gabapentin, klonazepam ya da magnezyum sülfat tercih edilmelidir. Fenitoin, karbamazepin, etosüksimid, valproat ve barbitüratlar atak tetiklediklerinden dolayı kaçınılması gereken ilaçlardır (2, 11, 23, 26).

Psikiyatrik belirtiler için fenotiazin grubu antipsikotikler, lityum ve kısa etkili benzodiyazepinler güvenli seçeneklerdir

DUYGUDURUM DÜZENLEYİCİ İLAÇLAR

Dr. K. Oğuz Karamustafalıoğlu, Dr. Gül Eryılmaz

Bipolar bozukluk (BB), hastalık tekrarı ve iyileşme dönemleri ile seyreden, bireylerin sosyal ve mesleki yaşantısını önemli ölçüde etkileyen kronik bir psikiyatrik hastalıktır (1). Çoğunlukla genç ve orta yaş grubun da görülmesi, tekrarlayan ataklar, artmış özkıym riski, eşlik eden komorbidite sebebi ile BB tanılı hastalarının sağlık harcamaları genel tıbbi hastalığa sahip hastalarının harcamalarından daha fazla olduğu bildirilmiştir (2,3,4,5). BB tedavisinde birkaç tedavi rehberi olsa da halen BB tedavisinde karşılanmamış gereksinimler mevcuttur (6). Duygudurum düzenleyicileri (DDD) terimi ilk olarak akut manide tedavi edici özelliğinin yanı sıra profilaktik özelliğinin olması sebebi ile lityum için kullanılmıştır. DDD hem akut atak tedavisinde hem de profilaktik olarak atakların önlenmesi tedavisinde kullanılmaktadırlar. Ayrıca, rezidüel belirtileri azaltmak, işlevselliği düzenlemek, özkıym riskini azaltmak için kullanılırlar.

Lityumun 1974 yılında FDA(Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi) onayı almasından sonra 1994 yılında valporik asidin bir türevi olan divalproeks akut mani tedavisinde FDA onayı almıştır (7). 1970'lerin başlarında karbamazepin kullanılmaya başlanmışsa da FDA onayı alan ikinci antikonvülzan ilaç da lamotrijindir (8). İlk DDD olarak önerilen atipik antipsikotik 1990'ların ortalarında klozapin olmuştur (9). Yine 2000 yılında olanzapin BB I iademe tedavisinde, ardından ketiapin, risperidon, ziprasidon, aripiprazol de akut manide onaylanan ilaçlar olmuştur. Lityum, karbamazepin ve valproat birinci kuşak DDD olarak, atipik antipsikotikler ve lamotrijin ise ikinci kuşak DDD olarak adlandırılmışlardır (10). Diğer antikonvülzanlar ve kalsiyum kanal brokerleri ise BB tedavisinde çalışılan ilaçlardır.

DDD düzenleyici olarak değerlendirilebilecek ilaçlar mevcut sınıflandırılma sisteminde genel olarak üç grupta toplanmaktadır.

- I. Klasik Duygudurum Düzenleyici olarak lityum
- II. Antikonvülzanlar
- III. Diğer Duygu durum Düzenleyici ilaçlar

Psikofarmakolojik ilaçların mevcut sınıflandırılması gelişen bilimsel yeni verilerin gerisinde kalması ve kişiye özgü uygun ilaç seçimini yapmakta kafa karışıklığına yol açmaları sebebi ile boyutsal olarak yeniden tanımlanmıştır (11). Buna göre beş eksen belirlenmiştir. Bu eksenler şunlardır.

Eksen 1: Birincil farmakolojik hedef ve mekanizma

Eksen 2: Ait olduğu grup, birincil nörotransmitter/mekanizma

Eksen 3: İlacın nörobiyolojik etkisi, beyin devrelerine etki, fizyolojik etkileri

Eksen 4: Klinik gözlem, yan etkiler

Eksen 5: Onaylanmış endikasyonları

Bu yazıda DDD ilaçlar bu sınıflandırılmaya göre tanımlanmışlardır.

Buna göre;

- I. Enzim etkileşimleri olanlar: örneğin lityum
- II. İyon kanal blokeri olanlar
- III. Diğer DDD

I. ENZİM ETKİLEŞİMLERİ OLANLAR

Lityum

Lityum, alkali metal grubunun en düşük molekül ağırlıklı elementidir. Bitki ve hayvan dokularında eser miktarda bulunur (12). Tıpta ilk kez A. Lipowitz ve Alexander Ure tarafından gut hastalarında ve mesanenin ürik asit taşlarının tedavisinde kullanılmaya başlanmıştır (12). Lityum manik depresif hastaların tedavisinde ilk olarak 1880'lü yıllarda Carl Lange tarafından kullanılmıştır. 1949 da John Cade tarafından BB tedavisinde kullanmaya başlayarak yeniden keşfedilmiştir (13). FDA lityuma 1970 yılında akut mani tedavisinde, 1974 yılında maniye önlemede idame tedavi olarak onay vermiştir (14).

Psikofarmakolojik Sınıflandırma

Lityum

Eksen 1: Sınıf: multimodal

İlgili mekanizma: katyon ve enzim inhibitörü

Eksen 2: Enzim aktif alan etkileşimleri

Eksen 3: Nörobiyolojik tanımlama: hala tespit edilmedi.

Nörotransmitter etki:

Preklinik: İnositol monofosfat inhibisyonu, siklik guanozin monofosfat, glikojen sentataz kinaz-3 (GSK 3) inhibisyonu, hayvan modellerinde serotonin ve asetilkolin artışı, intaseller sinyal sistemlerinin düzenlenmesi; inositol fosfatase ve inhibits inositol phosphatase, adenil siklaz inhibisyonu

ANTİDEPRESAN İLAÇLAR

Dr. K. Oğuz Karamustafaloğlu, Dr. Eylem Özten

Psikiyatrik hastalıkların tedavisinde kullanılan santral sinir sistemi ilaçlarının ve maddelerin tarihi insanlık tarihi kadar eskidir. Modern psikofarmakoloji çağı, 1952 yılında Delay ve Deniker'in klorpromazini psikotik bozuklukların tedavisinde kullanmalarıyla başladığı kabul edilmektedir. Tüberküloz tedavisinde 1952 yılında kullanılan isoniyazidin etkileri üzerinde araştırma yapılırken, ruhsal donukluk, durgunluk, ilgisizlik, isteksizlik, çöküntü, kaygı gibi duygulanım bozuklukları üzerinde olumlu etkisi olduğu görülmüştür. Sonrasında bunun üzerinde yapılan çalışmalar 1957 yılında İmipramin sentezi ile son bulmuştur. İsviçre'de 1957 yılında Kuhn, İmipramin ile klinik uygulamaya başlamış, depresif hastalarda, ilgisizlik, isteksizlik, kaygı, durgunluk, sıkıntı gibi duygulanım belirtileri üzerinde etkili olduğunu görmüştür. İsviçre'de Kuhn, Kielholz; Fransa'da Delay Deniker; ABD'de Fazio, Feryhan, Lehman İmipraminle yaptıkları klinik uygulamalar sonucu, bu ilacın güçlü bir antidepresan olduğunu belirtmiş ve depresyon tedavisinde kullanmışlardır. Aldıkları olumlu sonuçları yayınlarak İmipramini dünyaya tanıtmışlardır. 1950'lerden beri gelişen santral sinir sistemi ilaçları günümüzde giderek daha çok kullanım alanlarına sahip olmuşlardır (1,2,3). Örneğin ülkemizde antidepresan içeren reçete sayısı son 5 yılda %50 artış gösterdiği bildirilmiştir.

Psikofarmakolojik ilaçların mevcut sınıflandırılması gelişen bilimsel yeni verilerin gerisinde kalması ve kişiye özgü uygun ilaç seçimini yapmakta kafa karışıklığına yol açmaları sebebi ile boyutsal olarak yeniden tanımlanmıştır. ACNP (American College of Neuropsychopharmacology), ECNP (European College of Neuropsychopharmacology), AsCNP (Asian College of Neuropsychopharmacology) CINP (International College of Neuropsychopharmacology) bu komiteler psikotrop ilaçları etki mekanizmalarına göre yeniden sınıflandırmışlardır. Bu nomenclature sınıflandırmasında amaç farmakolojik etki mekanizmaların daha ön planda olması, nörobiyolojik ve klinik özelliklerinin de tanımlanması ve böylelikle klinisyenlere daha faydalı olunması amaçlanmıştır. Bu sınıflandırmanın en önemli özelliği çok eksenli olmasıdır. Buna göre beş eksen belirlenmiştir. Bu sınıflandırılmanın genel özelliği etki mekanizması üzerinden tanımlanmanın ayrıntılandırılmış olmasıdır. Böylelikle ilaçların tanı ya da teşhise yönelik olan ve teşhis dışında kullanıldığında kafa karışıklığına sebep olması engellenmeye çalışılmıştır. Bu sınıflandırma sisteminde tanımlanan eksenler şöyledir (4).

Eksen 1: Birincil farmakolojik hedef ve mekanizma

Eksen 2: Ait olduğu grup, birincil nörotransmitter/mekanizma

Eksen 3: İlacın nörobiyolojik etkisi, beyin devrelerine etki, fizyolojik etkileri

Eksen 4: Klinik gözlem, yan etkiler

Eksen 5: Onaylanmış endikasyonları

Bu bölümde antidepresan ilaçların nomenclature sınıflandırma sistemine göre ele alımı amaçlanmıştır.

AGOMELATİN

Farmakodinamik: Melatonin pineal bezler tarafından üretilip salınır. Sağlıklı kişilerde melatonin salınımı geceleri belirgin olarak yükselirken gündüzleri bu seviye düşer. Geceleri yükselen melatonin seviyesi ile uykuya eğilimi artırmakta, bilişsel işlevleri azaltarak uyanıklıkta azalmaya ve vücut sıcaklığında azalmaya yol açmaktadır. Melatonin iki reseptöre yüksek afinite göstermektedir; MT-1 ve MT-2. Bu reseptörler hipotalamusun suprakiazmatik çekirdeğinde, hippokampusta, serebellumda, ventral tegmental alanda ve nukleus akkumbensta bulunmaktadır. Agomelatin MT-1 ve MT-2 reseptörlerine tam agonistik etki yapan bir melatonin analogudur. Diğer melatonin analoglarından farklı olarak melatonin reseptörleri dışında serotonin reseptörlerine bağlanma özelliğine sahiptir. Agomelatinin 5-HT_{2c}, 5-HT_{1a} ve 5-HT_{2b} reseptörlerine ilgisi olmakla birlikte 5-HT_{2c} dışındaki reseptörlere ilgisi çok hafif ve klinik olarak anlamsız görünmektedir. NE ve DA salımı 5-HT_{2c} aracılı tonik serotonin salınımının inhibitör kontrolü altındadır. Agomelatin 5-HT_{2c} üzerine antagonistik etki yapmakta ve böylece bu reseptörün frontokortikal noradrenerjik ve dopaminerjik salınımı üzerindeki inhibisyonunu ortadan kaldırarak bu nörotransmitterlerin salınımına yol açmaktadır. Agomelatinin antidepresan etkisinin melatonin sistemine agonistik etkisinden mi yoksa serotonin sistemine (5-HT_{2c}) antagonistik etkisinden mi veya her iki etkinin birlikteliğinden mi kaynaklandığı yeterince açık değildir. Bir makalede Agomelatin'in çift fazlı bir etkisi olduğu ifade edilmiştir: Geceleri uykuyu düzenleyici melatoninin etkileri, 5-HT_{2c} blokajının uyanıklık yapıcı etkilerine baskın gelirken, gündüzleri 5-HT_{2c} blokajının uyanıklık yapıcı ve antidepresan etkileri baskın geliyor olabilir (5,6).

ANKSİYOLİTİKLER

Dr. Sinem Gönenli Toker

Anksiyete tedavisinde kullanılan ilaçlar anksiyolitik ilaçlar olarak adlandırılır. Bu gruptaki ilaçlar hipnotik, sedatif ve anksiyolitik ilaçlar olarak bilinir. Bu ilaçların ortak özellikleri düşük dozda anksiyolitik; yüksek dozlarda ise sedatif (santral sinir sistemi depresyonu) ve hipnotik (uyku hali) etkilerinin ortaya çıkmasıdır. En eski ve en bilinen anksiyete giderici hipnosedatif ilaçlar benzodiazepinler ve barbitürat türevleri olmakla birlikte; hızla fiziksel bağımlılık geliştirmesi ve tedavi aralıklarının dar oluşu sebebiyle günümüzde barbitüratlar anksiyete tedavisinde kullanılmamaktadır (McKim 2000).

Anksiyete tedavisinde kullanılan ilaçlar:

1. Benzodiazepinler
2. Selektif benzodiazepin reseptör tam agonistleri: Zopiklon, Zoleplon, Zolpidem
3. Serotonerjik anksiyolitikler: Buspiron, Gepiron
4. Noradrenerjik anksiyolitikler: Klonidin
5. β adrenerjik antagonistler: Propranolol, Pindolol, Labetanol, Nadanol,
6. Antihistaminikler
7. Antidepresanlar: TAD, SSRI, SNRI, Mirtazapin
8. Antiepileptikler: Lamotrijin, Gabapentin, Topiramet, Valproik asid

BENZODİAZEPİNLER

Benzodiazepinlerin sentezlenmesi 1930'lara dayanmaktadır ancak klinik uygulamada kullanılan ilk benzodiazepin 1959'da patent alan klordiazepoksittir. Klordiazepoksitin hemen ardından 1963'te diazem piyasaya sürülmüştür. Panik bozuklukta etkinliği gösterilen (Chouinard 1983) ve FDA onayı alan ilk benzodiazepin ise alprazolamdır. SSRI'ların piyasaya çıkışına kadar uzun süre benzodiazepinler özellikle de alprazolam anksiyete belirtilerinin tedavisinde en çok reçetelenen ilaçlar (Stahl 2002) olmuşlardır. 1990'lardan itibaren SSRI'ların kullanıma başlamasından sonra reçetelenme oranları azalmakla birlikte halen çok sık tercih edilen ilaç arasında yer almaktadırlar. Günümüzde kullanım alanları bağımlılık potansiyellerinin yüksek olması sebebiyle daha çok akut anksiyete ve ajitasyonun yatıştırılması olarak tanımlanmaktadır.

Benzodiazepinlerin anksiyolitik, sedatif-hipnotik, antikonvülzan, kas gevşetici ve amnestik etkileri vardır. Belirgin se-

dasyon oluşturmaksızın anksiyolitik etki ederler. Doza bağımlı olarak sedasyon, hipnotik etki, motor kordinasyon, bellek bozukluğu, antikonvülzan etki ve santral etkili kas gevşetici etki ortaya çıkar.

Farmakokinetik

Benzodiazepinler temel etki ve etki düzeneklerine göre benzer olmakla birlikte emilim, dağılım ve eliminasyon gibi farmakokinetik özelliklerine göre birbirlerinden farklılık gösterirler. Diazepam, klordiazepoksid, klonazepam, alprazolam ve midazolam oksidasyon ile metabolize olurken; lorazepam glukuronidasyon ile metabolize olur (Tablo 1). Bzlerin etki süreleri yarı ömürlerine göre farklılık gösterir uzun, orta ve kısa yarıömürlüler olmak üzere üç sınıfa ayrılırla (Tablo 2).

Tablo 1. Benzodiazepinlerin farmakokinetik özellikleri

Klorazepat dışında tüm benzodiazepinler gastrointestinal kanaldan değişime uğramadan hızla absorbe olurlar. Oral biyoyararlanımları yüksektir ve hızla pik plazma konsantrasyonuna ulaşırlar. Oral alım sonrası ortalama 30dk-2 saat içinde en yüksek plazma düzeyine ulaşırlar. Diazepam ve klorazepat hızla absorbe olup hızlı etki gösterirler; klordiazepoksit ve lorazepam orta hızda absorbe olurlar ve etki gösterirler; prazepam ise yavaş absorbe olur ve etkisi geç çıkar. Lorazepam dışında benzodiazepinlerin intramuskuler uygulamada emilimleri oral uygulamaya göre daha yavaştır, lorazepam ise intramuskuler uygulamada hızlı emilir.

Tüm benzodiazepinler yüksek oranda lipofiliktirler bu sebeple pasif difüzyonla kan-beyin bariyerini hızla geçebilirler ve etki başlangıçları hızlıdır. Etki süreleri atılım ve yarı ömrü kadar ilacın dağılım oranlarına bağlıdır. Yüksek lipofilik olmaları sebebiyle tüm vücuda hızla yayılırlar. Örneğin diazepam uzun yarı ömürlü bir benzodiazepin olmasına rağmen tek doz uygulamada klinik etki süresi kısadır çünkü lipid çözünürlüğü ileri derecede fazla olduğundan periferik dokularda özellikle de yağ dokuda birikir. Hızlıca kan ve beyinden uzaklaşır dolayısıyla da santral sinir sistemindeki etkileri de hızlı sonlanır (greenblatt 1983a,b). Lorazepamın ise yarı ömrü kısa olmasına rağmen lipofilitesi daha düşük olduğundan kan-beyin bariyerini aşması

DEMANS İLAÇLARI

Dr. Gül Eryılmaz, Dr. K. Oğuz Karamustafaloğlu

Demans, 65 yaş üzeri kişilerin yaklaşık %5 ini etkileyen progresif dejeneratif ve nöropsikiyatrik belirtilerle seyreden bir sendromdur (1). Alzheimer hastalığı (AH) demans sendromunun en sık sebebi olup olguların %60'ından sorumludur. Demans tedavisi temel olarak koruyucu hekimlik, geri dönüşümlü demans sebeplerinin incelenmesi ve tedavisi, farmakoterapi dışı uygulamalar ve farmakolojik tedaviler olmak üzere dört ana başlıkta toplanabilir. AH, vasküler demans, Parkinson hastalığı demansı ve Lewy cisimcikli demans tedavilerinde farmakoterapi çalışmaları daha yaygındır. AH tedavisinde kullanılan ilaçlar genel olarak bu ilaç gruplarının ana ilkesini oluşturmaktadır.

Günümüzde Alzheimer hastalığı tedavisi için onayı olan farmakolojik ajanlar asetilkolinesteraz inhibitörleri ve mementindir.

ASETİLKOLİNESTERAZ İNHİBİTÖRLERİ

Özellikle AH'da bilişsel yıkımın kolinerjik nöronların progresif kaybı ve beyinde asetilkolin (ACh) aktivitesinin azalması ile hipoteze edilmesi, ACh ile ilgili ilaç çalışmalarının gelişimine sebep olmuştur (2). ACh, sinir- kas kavşağında sempatik ve parasempatik sistemin bir nörotransmitteri olduğu gibi, santral sistemde de ön beyin, limbik sistem gibi alanlara projekte olan kolinerjik nöronlarda önemli işlevleri olan bir nörotransmitterdir. Merkezi kolinerjik sistem, serebral kan akımı, kortikal aktivite, uyku-uyanıklık döngüsü gibi kortikal plastisite ve öğrenme-bellek süreçlerinin modülasyonu gibi pek çok farklı işlevi kontrol etmede önemli bir role sahiptir. Asetilkolin, kolinasetiltransferaz (ChAT), kolinesterazlar (Asetilkolinesteraz (AChE) ve butirilkolinesteraz (BChE)), kolinerjik reseptörler (muskarinik reseptörler ve nikotinik reseptörler) kolinerjik sistemin bileşenleridir.

Asetilkolinesteraz (AChE), asetilkolini, kolinerjik sinapslarda ve nöromusküler sinapslarda hızla koline ve asetata hidrolize eden sinir sisteminin en etkili enzimlerinden biridir. İnsan AChE geni, 7. kromozomun uzun kolunun 22. bölgesinde (7q22) bulunmaktadır (3). Bu enzim aynı zamanda nöroplastisite, antitümoreyal etki gibi özellikleri de vardır. AChE enzimini inhibe eden ilaçlara kolinesteraz inhibitörleri veya antikolinesterazlar denilmektedir. Kolinesteraz inhibitörleri AChE yıkımını inhibe ederek santral ve periferik kolinerjik fonksiyonu güçlendirmektedir. Vücutta asetilkolinesteraz ve butirilkolinesteraz

olmak üzere iki tane kolinesteraz enzimi bulunmaktadır. AChE inhibitörleri geri dönüşümlü ve geri dönüşümsüz inhibe edenler şeklinde iki gruba ayrılmaktadır. Geri dönüşümlü olan enzim inhibisyonu yapan grup özellikle bellek, öğrenme, düşünme ve dil işlev bozukluklarının tedavisinde etkin rolleri olduğu bildirilse de hiç biri hastalığın ilerlemesini durdurmada ya da geciktirmede etkin olmadığı da bildirilmiştir (4). Donepezil, rivastigmin ve galantamin AH tedavisinde FDA (Food and Drug Administration) ve EMA (European Medicines Agency) tarafından kognitif fonksiyonların ve yaşam kalitesinin düzenlenmesinde onaylı geri dönüşümlü AChE inhibitörleridir. Takrin ilk onaylanan AChE inhibitörü olmasına rağmen ciddi hepatotoksik etkileri sebebi ile piyasadan kaldırılmıştır (5). Etkinlikleri açısından birbirine üstünlükleri yok iken donepezil daha iyi tolere edilmektedir. Son çalışmalarda ise AChE inhibitörleri eski kuşak AChE inhibitörleri ve yeni kuşak AChE inhibitörleri olarak sınıflandırılmaya başlanmıştır (6,7).

Eski Kuşak Asetilkolinesteraz İnhibitörleri

Fizostigmin

Fizostigmin AH tedavisine ilk kullanılan AChE inhibitörüdür. Gastrointestinal (GIS) yan etkiler, baş dönmesi glokom sebebi ile ilaç olarak onay almamıştır.

Takrin

Takrin, AChE ve BChE inhibe eden 1993 yılında AH da ilk onaylanan ilaçtır. Baş dönmesi, senkop, GIS yakınmaları sebebi ile tolerasyonu azdır. Aynı zamanda kısa yarılanma ömrü sebebi ile günde dört kez uygulama gerekliliği de ilaç uyumunu zorlaştırmasının yanında ciddi hepatotoksik özellikleri sebebi ile kullanımı sınırlandırılmıştır (8).

Donepezil

Donepezil, hafif bilişsel bozukluk, diğer bellek bozuklukları ve AH tedavisinde kullanılan seçici AChE inhibitörüdür. İlk defa 1996 yılında orta ve hafif şiddette AH tedavinde FDA onayı almıştır. AChE enzimini geri dönüşümlü ve yarışmasız (inhibisyon derecesi nöronun aktivasyon düzeyine bağlıdır) bloke ederek ACh miktarının artmasına sebep olur (9). Aynı zamanda AChE'nin nöroprotektif bir izoformunu indüklediği, glutamat tarafından uyarılan eksitotoksik etkinin çeşitli yönlerini bloke

ANTİPSİKOTİKLER

Dr. K. Oğuz Karamustafalıoğlu, Dr. Oğuz Tan

TARİHÇE

Fransız donanmasında beyin cerrahı olan Henri Laborit, 1914 yılında Fransız Hindicini'nde doğmuştur. 1940'larda, antihistaminik ajan olarak geliştirilen fenotiyazinlerin sedatif etkilerini gözlemlemiştir. Bir başka Fransız cerrah Pierre Huguénard, fenotiyazin ailesinin üyelerinden prometazini ameliyat ettiği hastaların tedavisine ekleyerek gevşemelerini, yatışmalarını sağlamıştı. Laborit antihistaminik, antikolinergik ve sedatif etkiler gösteren yeni bir fenotiyazini, anestezik ajanlarla kombine ederek ameliyatlardan önce hastalara verdi. Amacı cerrahi şoku azaltmaktır. 1950'lerin başlarında Paris'in Val-de-Grâce askeri hastanesinde yaptığı ameliyatlarda, bu amacına ulaştı. Ayrıca kullandığı fenotiyazinin belirgin mental etkileri olduğunu, "narkoz olmadan sedasyon" dediği bir duruma yol açtığını fark etti. Bu fenotiyazin, birkaç yıl önce Rhône-Poulenc Laboratuvarları'nda üretilen **klorpromazini**. 1953'te "Largac-til" adıyla piyasaya çıktı.

Psikiyatrik hastalıkların yüz güldürücü tedavilerinin bulunmadığı dönemdi. Akıl hastaneleri "depo hastaneler" olarak işlev görüyordu. Ruh sağlığı uzmanları bu hastanelerin kalın duvarları arkasında, hastalarıyla beraber, onları uyutmak dışında pek bir şey yapamadan ömür geçiriyorlardı. Hint yılan kökü (rauwolfia serpentina) bitkisinden izole edilen rezerpin psikoz tedavisinde bir miktar işe yarıyordu ama psikozu kötüleştirabiliyordu da. İnsülin koma tedavisinin mortalitesi çok yüksekti. 1930'larda şizofrenlerde kullanılan elektrokonvülsif tedavinin ise nüsleri önleyemediği anlaşılmıştı. Çok sayıda şizofrene lobotomi uygulanmıştı. Belirgin düzelmeler sağlanmakla birlikte epileptik nöbet ve ağır apati gibi kalıcı komplikasyonlar sebebiyle cerrahi tedavi seçeneği yaygınlaşmıyordu.

Cornelia Quarti, Laborit'nin arkadaşı olan bir psikiyatristti. Klorpromazini kendisinde denemek istedi. İkinci Dünya Savaşı'nın hemen sonrasında, hekimlerin yeni ilaçları önce kendilerinde denemeleri soylu bir davranış kabul ediliyordu. Çünkü önceki yıllarda Avrupa kıtasında büyük insanlık suçları işlenmiş, Helsinki Bildirisi ile sonuçlanan süreçte insan hakları konusunda yüksek bir bilinç oluşmaya başlamıştı. Villejuif Akıl Hastanesi'nde Laborit, psikiyatrist dostuna damardan klorpromazin enjekte etti. Quarti kalktı, birkaç adım attı, bayıldı ve düştü! Çünkü bu ilaç, **adrenerjik reseptörleri** de bloke ediyor-

du. Klorpromazinin yan etkileri arasında olan **ortostatik hipotansiyonun** bir doktora üzücü biçimde ortaya çıkması, ilacın psikiyatride kullanılması konusunda bütün ümitleri kırdı.

Zaman geçiyor, şizofreni tedavisinde yeni umutlar yeşermiyordu. Paris Sainte-Anne Psikiyatri merkezi uzmanlarından Pierre Deniker ve Jean Delay, 1952'de 38 psikoz olgusunda klorpromazin kullandılar. Sonuç adeta mucizeydi. Sanrılar, halüsinasyonlar, taşkın davranışlar hastaların çoğunda ya düzelmiş ya hafiflemişti. Klorpromazin tedavisi biraz da şakayla "farmakolojik lobotomi" diye anıldı. 1954'te FDA (Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi) klorpromazinin psikozda ve manide kullanmasını onayladı. Klorpromazin, akıl hastanelerini şizofrenlerin "depolandığı" yerler olmaktan çıkaran, gerçek birer sağlık merkezlerine dönüşmelerini sağlayan "**nöroleptik**" çağını açıyordu. Bugün "antipsikotik" dediğimiz ilaçlara başlangıçta "nöroleptik" ("sinirleri tutan") veya "**majör trankilizan**" adı verilmişti.

Klorpromazin kullananlarda **antihistaminik, antikolinergik ve antiadrenerjik** yan etkiler belirgindi ve oldukça rahatsız edici olmakla birlikte bazı durumlarda işe de yarıyordu. Kısa bir süre sonra **ekstrapiramidal semptomlar (EPS)** ve **tardif diskinezi (TD)** de dikkati çekti. O devrin çok tartışılan klinik sorusu şuydu: Antipsikotik reçete edilen hastalara profilaktik olarak antiparkinsoniyen ilaç da verilmeli mi?

Elbette bir başka önemli soru daha vardı: Hastalar klorpromazini ne kadar süre kullanacaklar? 1950'lerin sonlarında tasarımı kontrolü çalışmalarında klorpromazin kesildi. Klorpromazinden plaseboya geçenlerde, klorpromazine devam edenlere oranla, yeniden hastaneye yatışlar çok daha fazlaydı. Böylece şizofrenide "idame tedavisi"nin gerekli olduğu anlaşıyordu.

1958'de Belçika'da **haloperidol** üretili. Haloperidolün klorpromazinden en büyük farkı antikolinergik, antihistaminik ve antiadrenerjik yan etkilerin çok daha ender ve hafif olması, ama EPS'nin çok daha sık görülmesiydi. Böylece klorpromazinin başını çektiği "**düşük potanslı nöroleptikler**"den sonra, haloperidol de "**yüksek potanslı nöroleptikler**"in prototipi oldu. Aslında yüksek potanslı antipsikotiklerin "potansı" daha yüksek değildi, yani iki grup arasında terapötik etkililik bakımından farklılık yoktu. Klorpromazine düşük potanslı, haloperidole yüksek potanslı denmesinin sebebi eşdeğer dozları arasındaki farklılıktı: Klorpromazinin 100 mg ile sağlanan klinik düzelme, haloperidolün 1-5 mg'ı ile sağlanıyordu. Haloperidol

İLAÇLARIN TETİKLEDİĞİ HAREKET BOZUKLUKLARI VE İLAÇLARIN DİĞER YAN ETKİLERİ

Dr. Özcan Uzun

Bazı farmakolojik ajanlar akut veya kronik dönemde distoni, tremor, parkinsonizm ve diskinezi gibi çeşitli hareket bozukluklarına sebep olabilir. Ortaya çıkan hareket bozuklukları kullanılan ilaç ile ilişkilendirilse de nedensel bir bağlantı kurmak için yeterli kanıt yoktur. Zira bu hareket bozukluklarının bazıları ilaç maruziyeti yokluğunda da meydana gelebilir. En yaygın dopamin reseptör blokerleri olmak üzere antidepresanlar, lityum ve antiepileptikler hareket bozukluklarına yol açabilir (1,2). İlaça bağlı hareket bozukluklarının altında yatan mekanizmalar bazal gangliyonlarda dopamin, serotonin, noradrenalin ve kolinerjik blokaj sonucunda ortaya çıkan dengesizlik ile ilişkilidir (3).

İlaç ile Tetiklenen Akatizi

Akatizi, içsel gerginlik ve öznel rahatsızlık duyularının eşlik ettiği motor huzursuzluk durumudur. Genellikle alt ekstremite tuta bir dizi hiperaktif davranış örüntüsü olarak ortaya çıkar. Yerinde duramama, sık postür değiştirme, vücut ağırlığını bir bacadan diğerine kaydırma, oturduğu yerde sallanma, yürürken ayaklarını sürüme gibi belirtiler görülür. Yüksek potens klasik antipsikotiklerin hızla artan dozları akatizi riskini artırır. Parkinson belirtileri ile bir arada olabilir, ancak daha yaygındır. Klasik antipsikotiklerin akatizi oluşturma sıklığının %21-25 arasında olduğu bildirilmiştir. Genç yetişkinler ve yaşlılarda akatizi gelişmesi tardif diskinezi için risk artışı ile ilişkili olabilir. Belirtiler tedavi önerilerine kötü uyumun sebebi olabilir (4).

Akatizinin beş değişik biçimi tanımlanmıştır. Akut akatizi genellikle tedavinin ilk birkaç günü içinde gelişir ve altı aydan daha kısa sürer. Kronik akatizi altı aydan daha uzun devam eder ve idame antipsikotik tedavisi sırasında görülür. Kronik akatizide öznel huzursuzluk daha düşük yoğunlukta olabilir. 'Pseudo-akatizi' tekrarlayan huzursuz motor hareketlerin eşlik etmediği, geç dönemde gelişen durumu tanımlar. Daha çok erkek cinsiyette ortaya çıkar. Tardif akatizi üç ay sonra ortaya çıkan, ilaç dozu veya değişikliği ile ilişkisiz tablodur. Bırakma veya 'ribaund' akatizisi aslında antikolinerjik kesilmesi tepkisidir. Antikolinerjik etkili antipsikotikğin bırakılması, değiştirilmesi veya dozunun azaltılması ile altı hafta içinde ortaya çıkan akatizi biçimidir (5).

Antipsikotik dışındaki ilaçlar da akatiziye yol açabilir. Yüksek doz seçici serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI) kullanımının akatizi oluşturduğu bildirilmiştir. Nitekim fluvoksamin

dozunun 200 mg'dan 300 mg'a yükseltile hastada bir hafta içinde, başka bir olguda ise sertralin dozunun titrasyon ile 200 mg'a çıkılmasından üç gün sonra akatizi geliştiği rapor edilmiştir. Ayrıca, daha önce akatizi öyküsü olan kişiler SSRI ile akatizi geliştirmeye daha meyilli olabilirler. SSRI'ların ventral tegmental alandaki dopaminerjik nöronların bazal ateşlenme oranını azalttığı bulunmuştur; bunun akatizi oluşmasının altındaki mekanizmayı açıklayabileceği düşünülmektedir (6).

Genel olarak ekstrapiramidal belirtilerin nigrostriatal yoldaki dopamin eksikliğinden kaynaklandığı bilinmektedir. Ancak, bu ilaçların hem motor zaafiyete hem de motor hiperaktiviteye nasıl sebep olduğu durumu bir paradoks olarak görülmektedir. Akatizinin bir ekstrapiramidal belirti olduğu kabul edilir, ancak altında yatan patofizyolojik mekanizmanın daha farklı olduğu düşünülmektedir. Bu hipotezin en büyük destekçisi ise propranololun akatiziyi tedavi edici özelliği olmasına rağmen diğer ekstrapiramidal belirtiler üzerinde etkili olmamasıdır. Sonuçta, akatizi gelişme mekanizması iyi anlaşılamamıştır. Striatum dışındaki alanlarda beyin dopamin reseptör blokajı sebebiyle olduğu düşünülmektedir. Akatizi parkinson belirtileri yokluğunda, tek başına olduğunda, nigrostriatal yoldan daha çok mezokortikal sistemindeki dopaminerjik blokaja bağlı olabilir. Merkezi adrenerjik sistemler gibi diğer nörotransmitterler de patoloji ile ilişkili olabilir (7).

Akatizi için tercih edilen tedavi yöntemi kullanılan antipsikotik dozajını düşürmektir. Ancak, bu strateji birçok akut hasta için klinik olarak gerçekçi değildir. Antikolinerjik ajanların eklenmesi yararlı olmaz. Benzodiyazepinlerin potansiyel terapötik etkisi vardır. Bu etki anksiyolitik ve kas gevşetici özellikleri ile ilgili olabilir. Alfa-2 agonisti klonidinin yararı spesifik terapötik etki ya da sedasyon ile ilişkili olabilir. Bir başka etkili klinik strateji beta-adrenerjik bloker eklemektir. Orta bir dozda propranolol (30-80 mg/gün) birkaç saat içinde sıklıkla etkili olabilir. Klonidin ve beta blokerlerin bağımlılık oluşturmama avantajı var, ama hipotansiyon ve ani kesilmesi ile ribaund hipotansiyon potansiyeli göz önünde tutulmalıdır. Katekolaminerjik ajanlar, örneğin amantadin, etkili olmuştur, ancak bunların psikoze alevlendirme riski yararlılığını sınırlar. Klozapin dirençli akatizi için başka bir seçenektir. İntravenöz diazepam ve biperiden ağır akatizi için etkili bir tedavi seçeneğidir (8,9).

PSİKİYATRİK HASTALIKLARDA NÖROMODÜLASYON TEDAVİLERİ

Dr. Nevzat Tarhan, Dr. Gökben Hızlı Sayar

Nörobilimcilerin bakış açısına göre, nöromodülasyon teknikleri araştırma aracı olarak büyük potansiyele sahiptir. Bu teknikler tek başına ve EEG, nörogörüntüleme gibi başka yöntemlerle kombine edildiğinde, fonksiyonel bağlantılar, nöroplastisite, doğrudan ve dolaylı motor kontrol ve duyu durum kontrolünü test etmede faydalı olabilir. Farklı düzeylerde beyin fonksiyonlarına ilişkin genel hipotezleri ve nöropsikiyatrik bozuklukların altta yatan patolojik mekanizmalarına ilişkin hipotezleri test edebilir. Başta duyudurum bozuklukları olmak üzere birçok psikiyatrik hastalığın tedavisinde kullanımlarıyla ilgili araştırmalar sürmektedir. Psikiyatri de kullanılmakta olan ve kullanılmaya aday olan başlıca beyin uyarım tedavi teknikleri şunlardır: Elektrokonvulsif tedavi (EKT), tekrarlayan transkraniyal manyetik uyarım tedavisi (tTMU), transkraniyal doğru akım uyarımı (TDAU), manyetik nöbet tedavisi, derin beyin uyarımı, Vagus sinir uyarım tedavisi, bölgesel elektriksel alternatif akım tedavisi, Bu bölümde beyin uyarım teknikleri hakkında genel bir bilgilendirme yapılacak ve klinik kullanımda önemi olan olan EKT, tTMU, TDAU tekniklerinden ayrıntılı olarak söz edilecektir.

TRANSKRANIYAL MANYETİK UYARIM TEDAVİSİ

Giriş

Transkraniyal manyetik uyarım (TMU) beyindeki nöronları uyaran invazif olmayan bir yöntemdir. Hızla değişen manyetik alanlar yoluyla (elektromanyetik indüksiyon), dokularda indüklenen zayıf elektrik akımları uyarıma yol açar. Bu şekilde, ameliyata veya dışarıdan elektrotların yerleştirilmesine ihtiyaç olmaksızın, beyin aktivitesi tetiklenir veya düzenlenebilir. Manyetik uyarımın bu şekilde tekrarlayan seanslar halinde yapılmasına ise “tekrarlanan transkraniyal manyetik uyarım” (tTMU) adı verilir. TMU yöntemi nörolojide tanı ve araştırma açısından güçlü bir araçtır. tTMU ise başta tedaviye dirençli depresyon olmak üzere bir dizi bozukluğun invazif olmayan tedavisinde umut vaat etmektedir.

Beynin dil, hafıza, görme veya dikkat gibi farklı fonksiyonları nasıl organize ettiğini incelemek için tTMU yönteminden yararlanılabilir. Ayrıca, tTMU, görünüşe göre kendi uygulama süresinin ötesinde bile, beyindeki bir bölgenin aktivitesini de-

ğiştirebilecek güçtedir. Bir başka deyişle, bir kaç gün peş peşe tTMU uygulandığında, belli bir beyin bölgesinin dakika, saat, gün veya hafta gibi bir zaman periyodu boyunca, daha fazla veya daha az çalışmasını sağlamak mümkündür. Bu durum, nörolojik ve psikiyatrik bazı hastalıkların tedavisinde tTMU'dan istifade etme imkânı tanımıştır. Bununla birlikte, tTMU'nun bu tedavisel potansiyeli halen incelenmektedir.

Manyetik Beyin Uyarımının Gelişimi

1980'lerin sonuna doğru TMU cihazlarında kaydedilen teknik gelişmeler, bir saniye içinde çok sayıda uyarı yapacak biçimde TMU uygulamasına imkân vermiştir. Bu TMU formu, tekrarlanan TMU veya tTMU olarak adlandırılmaktadır. tTMU'da, ardışık saniyeler boyunca, aynı beyin bölgesine pek çok kez uyarım yapılabilir. Saniyede uyarı sayısı, uyarıların şiddeti, uyarım dizisinin süresi, diziler arası aralık, toplam dizi sayısı ve belli bir seansta veya belli bir beyin pozisyonunda uygulanan toplam uyarı sayısı bütünüyle değişebilir. tTMU'nun tüm bu yönleri uyarım parametreleri olarak adlandırılır.

Önceleri nörobilim çalışmalarında kullanılan bir âlet olan TMU, 1980'lerde ve 90'larda nöropsikiyatrik hastalıkların tedavisinde kullanılmaya başlandı. Hâlbuki aynen TMU gibi nöron aktivitesini ve ruh durumunu değiştiren bir somatik girişim olan elektrokonvulsif tedavi (EKT), doğrudan bir tedavi yöntemi olarak ortaya çıkmıştı. EKT, su iki gözleme dayanıyordu: Şizofreni hastaları nöbet geçirmiyordu, epileptik hastalarda da psikoz gelişmiyordu. İki gözlem de hatalıydı. Bu yüzden EKT bir sürü hastalıkta lüzumsuz ve aşırı biçimde uygulandı. Öyle ki, tedavisel etki elde edebilmek için elektrotların parietal değil frontal bölgeye yerleştirilmesi gerektiğinin anlaşılması bile 30 seneyi buldu. Ama bazen hatalardan hayır doğabileceği inancını doğrularcasına, EKT mizaç bozukluklarında ve katatonide değerli bir tedavi aracı haline geldi.

TMU; EKT'ye kıyasla, tedavi alanına çok daha etik ve bilimsel bir giriş yaptı. Bilim adamları hiç acele etmeden, çok belirli endikasyonlarda, güvenlik sınırları çok iyi çizilmiş araştırmalar yaptılar.

TMU, 1831'de Michael Faraday'ın (1791-1867) keşfettiği elektromanyetik indüksiyon prensibine dayanır. Elektromanyetik indüksiyon sürecinde, elektrik enerjisi manyetik alanlara, manyetik alanlar da elektrik enerjisine dönüşebilir. Bu bilgiyle

GELENEKSEL VE TAMAMLAYICI TEDAVİLER

Dr. Mert Savrun

Geleneksel ve tamamlayıcı tedaviler bütün dünyada etkisini süratle arttırmaya devam etmektedir. Batı tıbbındaki baş döndürücü gelişmelere rağmen niçin geleneksel ve alternatif tedaviler yoğun şekilde ilgi odağı olmaya devam edebilmektedirler? Bunu değişik izahları olabilir. Birincisi tıptaki ilerleme hızı yavaşlamıştır. Psikiyatrinin de için de olduğu pek çok alanda henüz tam bir “kür”den bahsetmek bugün için mümkün görünmemektedir. İkincisi, ilaçlar hala birçok rahatsız edici yan etkiye sahiptir. Bütün bunlara, her platformda umut tacirlerinin yaptığı açık ya da gizli reklamları da eklersek, hastaların önemli bir kısmı en azından hastalıklarının bir döneminde Geleneksel ve tamamlayıcı tedavileri uygulamaktadır. Bu tedavilerin yaygın kullanılmalarının sebeplerinden biri de bu maddelerin “doğal” ve “güvenilir” olduğu konusundaki yanlış kanaattir. Bu sebeple bütün hekimlerin ama özellikle psikiyatristlerin bu alandaki gelişmelerden haberdar olmaları, bu maddelerin etkileri ve çoğu zaman dikkate alınmayan ciddi yan etki ve ilaç etkileşimleri hakkında bilgi sahibi olmaları gerekmektedir. Bu bölümde ruhsal rahatsızlıklar için dünyada yaygın olarak kullanılan maddeler, kanıta dayalı tıbbın ışığında gözden geçirilecektir.

St. John's wort (*hypericum perforatum*)

St John wort (*hypericum perforatum*) antik çağdan beri yüzlerce yıldır tababette kullanılan bir bitkidir. Son yıllarda modern tıbbın da ilgisini çeken hypericum çok yıllık otsu bir bitkidir. Ülkemizde sarı kantaron otu, binbirdelik otu, koyunkıran, mayasilotu, yaraotu olarak da bilinir (1).

Hypericum perforatum antik çağ'da doğaüstü özellikler atfedilen bir bitki idi. *Hypericum* terimi “doğa üstü” anlamına gelir. O çağlarda kötü kokusuyla kötü ruhları kovduğuna inanılmış. *Perforatum* ise bitkinin yapraklarının delikli olmasında dolaydır. Çiçeklenme dönemi Hristiyanlarca kutlanan St John gününe (24 Haziran) denk geldiği için St John otu (St John Wort) olarak da bilinmektedir (1,2).

İçerdiği maddeler içinde, özellikle etkili olduğu düşünülenler hiperisin ve hiperforin'dir. Başlarda antidepresan etkinin hiperforinden kaynaklandığı sanılsa da, günümüzde özellikle antidepresan etkinin hiperforinin yanında, onun analogu olan adhiperforinin ve hiperozid, izokersitrin gibi flavanoidlerin sinerjik etkileşimi ile ortaya çıktığına inanılmaktadır (1).

Hypericum'un etkinliğinin değerlendirildiği çalışmaların önündeki büyük handikaplardan biri, etken maddenin standardizasyonunun olmamasıdır. Çalışmalarda, farklı markaların farklı preparatları kullanılmakta bu sebeple sonuçların bir araya getirilerek genellemesi mümkün olmamaktadır. Aslında bütün geleneksel ve tamamlayıcı tedaviler için benzer sıkıntılar söz konusudur (3).

Hypericum'un etki mekanizması tam olarak anlaşılmamıştır. Ancak başta depresyon olmak üzere pek çok hastalık ve tabloda değişik derecelerde etkili olduğu ileri sürülmektedir. *Hypericum*, depresyonun hayvan modellerinde antidepresan etki göstermiştir. *Hypericum* ekstraktının, noradrenalin, serotonin ve GABA geri alımını inhibe ederek etki ettiği düşünülmektedir. *Hypericum*, antidepresan etkinlikte biyokimyasal belirteç olarak kabul edilen β -adrenerjik reseptörlerde down regülasyona yol açmıştır. St John wort HPA aksı üzerinden de etki göstermektedir. *Hypericum*'un stres ile artan ACTH ve kortizol düzeylerini düşürmüştür (3).

Hypericum 'un antidepresan etkinliği ile ilgili yapılan çok sayıda araştırma vardır. Ancak sonuçlar birbiri ile çelişmektedir. NIH'in (National Institute of Health) sponsorluğunda yürütülen büyük bir çalışmada şiddetli depresyon tanısı almış 340 hasta *hypericum*, sertralin ve plasebo almışlardır. Sonuçta hem sertralin grubu hem de *hypericum* grubu etkisiz bulunmuştur. 251 orta-şiddetli depresyon hastasının katıldığı başka bir çift kör, plasebo kontrollü bir çalışmada *Hypericum*, paroksetin ile kıyaslanmıştır. Hastalara başlangıçta 900 mg *hypericum*, 20 mg paroksetin başlanmıştır. Cevapsız hastalarda doz *hypericum* grubunda 1800 mg'a, paroksetin ise 40 mg'a yükseltilmiştir. Neticede hem *hypericum* hem de paroksetin grubu, plaseboya göre anlamlı olarak etkin bulunmuştur. Kasper ve arkadaşlarının yaptığı bir meta analiz, *Hypericum* ekstraktının hafif ve orta depresyonda plaseboda anlamlı derece daha etkin olduğunu ve etkisinin en az standart antidepresanlar kadar bulunduğunu ortaya koymuştur.(3,4,5).

Hypericum'un anksiyete üzerindeki etkisi de araştırılmıştır. Ancak elde edilen sonuçlar genellikle olumsuzdur. Kobak ve arkadaşlarının yaptığı plasebo kontrollü bir çalışmada, St John wort sosyal fobide ve obsesif kompulsif bozukluk'da etkisiz bulunmuştur (6,7).

PSİKANALİTİK PSİKOTERAPİLER

Dr. Nilgün Taşkıntuna

Bu bölümde amaç psikanalitik kuramı gözden geçirmekten ziyade psikanalitik tedavilerin temel klinik kavramlarını, prensiplerini ortaya koyarak psikanaliz ve psikanalitik psikoterapinin farkını vurgulamak; süreç, uygulama biçimi ve alanına dair bilgi sunmaktır.

PSİKANALİZ VE PSİKANALİTİK PSİKOTERAPİ

Freud (1922) psikanalizi (i) Başka yöntemlerle ulaşılamayan zihinsel süreçleri araştırma işlemi, (ii) Bu araştırmayı temel alarak, ruhsal hastalıkları rahatsızlıkları tedavi etme yöntemi ve (iii) Bu yolla elde edilen ruhsallıkla ilgili kavramlardan oluşan ve bir bilimsel disiplin oluşturan bilgi birikimi olarak tanımlamıştır. Psikanaliz, 1890'lardan başlayarak kurucusu olan Freud ve onu izleyen, geleneğe sahip çıkan pek çok psikanalistin katkıları ile gerek bir tedavi biçimi olarak, gerekse diğer beşeri bilimlerle sanatla etkileşerek varlığını ve etkisini günümüze dek artırarak devam ettirmiştir.

Psikanalitik psikoterapi aynı kuramsal temele ve benzer teknik uygulamalara dayansa da psikanalizden ayrılır. Joannidis (2006) Psikanaliz ve psikoterapi adlı makalesine Kendilik ve Öteki arasındaki karmaşık etkileşimi betimleyen Fransız Filozof V. Jankelevitch'ten bir alıntı ile başlar: "Neredeyse benim gibisin aramızdaki benzerlik çok basit ve âlemin gözünde sen benim kardeşimsin. Ama dürüst olmak gerekirse sen benim kardeşim değilsin. Seninle ilişkide, benim kimliğim senden farklı olduğum yanlarımı içerir. Bana ne kadar benzersen bir başkası için aradaki önemli farklılıkları görmek daha güç olacaktır. Benzerliğimiz bana özgü olan her şeyi tehdit ediyor. Demem o ki sen benim sahte kardeşimsin. Senden nefret etmekten başka çarem yok çünkü senden nefret etmek bana özgü olan her şeyi savunmak demek." Bu anlamlı alıntı, aslında birbirine benzeyen ama birbirinin aynısı olmayan psikanaliz ve psikanalitik psikoterapinin arasındaki var olma savaşını oldukça güzel özetler. Yıllardır devam eden bu tartışmalar bazen birbirini yok saymaya dek gidebilmekte ve aslında her ikisinin de özgünlüğüne ve sunabileceği zenginliğe gölge düşürmektedir (Eisold, 2005).

Joannidis (2006) psikanaliz ve psikanalitik psikoterapinin ortak özelliklerini şöyle sıralar:

1. Freud'un eserleri başlangıç noktasıdır.
2. Bilinçdışının varlığına ve onun araştırılmasının ana amaç olduğuna inanılır.

3. Aktarımın varlığına ve süreci anlamadaki kullanımına inanılır.
4. Analistin ve terapistin kişisel analiz sürecinden geçmesi, eğitimin olmazsa olmaz parçasıdır.
5. Teknik olarak tarafsızlık (nötralite) ve söz yorumlarının kullanımı esastır; telkin, destekleme ya da eylemden kaçınılır.
6. Sürecin "işleyiş tarzının" içsel, yapısal dönüşüme dayandığına inanılır (bir başka deyişle "ruhsal değişim").

Hastayı görme sıklığı, divanda ya da yüz yüze görme, sürecin uzunluğu, kuramsal çeşitlilik sürecin analiz ya da psikanalitik psikoterapi olduğunu belirlemek konusunda kesin belirleyici değildir. Bazen haftada bir yüz yüze görülen bir hasta ile haftada üç kez ve divanda görülen bir hastaya göre daha derinlemesine çalışılabilir. Psikanaliz ve psikanalitik psikoterapiler analitik tutumu benimseyerek birbirini dışlamadan varolabilirler ve ihtiyacı olan hastalara farklı boyutlarda yardım sunabilirler.

Akhtar (2009) analitik psikoterapilerin psikodinamik psikoterapi, içgörü yönelimli psikoterapi gibi isimlerle adlandırıldığını ve sınırlarının açık ve tartışmalı olduğunu ifade eder. Freud'un doğrudan yönlendirme yapmamakla birlikte psikanalizin saf altınına bakırla karıştırmamayı telkin ettiğini, benzer şekilde Glover'ın da derinlemesine analizden başka tüm yaklaşımlarda yönlendirme olacağına işaret ettiğini belirtir. Akhtar'a göre psikanaliz ve psikoterapinin farklılıkları: (i)Psikanaliz kişiliği yeniden yapılandırmayı amaçlarken psikanalitik psikoterapi ruhsallığı stabilize etmeyi amaçlar; (ii) Terapötik amaç bakımından, psikanalizde amaç bilinçdışını araştırmak iken psikanalitik psikoterapide belirtileri gidermektir; (iii) Teknik bakımdan psikanalizde daha çok yorum kullanılırken, psikoterapide açıklığa kavuşturma kullanılır; (iv)Yöntem bakımından, psikanalizde serbest çağrışım kullanılırken psikoterapide serbest iletişim kullanılır, yine de belli konular etrafındadır; (v) Terapötik ilgi odağı olarak, analizde analitik durum söz konusuysen psikoterapide hayat durumları ile uğraşılır; (vi) Tedavi değerleri bakımından psikanalizde kendilik bilgisi, psikoterapide kendilik iyileştirilmesi ön plandadır; (vii) Keşif derecesi bakımından, psikanalizde kendilik hakkında yeni keşifler varken psikoterapide bu daha az orandadır; (viii) Zamanla ilişki bakımından, psikanaliz zamansızken psikoterapi daha sınırlıdır; (ix) Hastalar bakımından, psikanaliz iyi örgütlenmiş nevrotik hastalar için daha iyi iken psikoterapi narsistik, sınır ve şizoid kişiler için daha uygundur.

KİŞİLERARASI İLİŞKİLER PSİKOTERAPİSİ

Dr Gül Eryılmaz, Dr. Işıl Göğcegöz Gül

Kişilerarası ilişkiler terapisi (KİPT), başta depresif bozukluklar olmak üzere birçok psikiyatrik hastalıkta uygulanabilen bir psikoterapi türüdür. KİPT’de biyopsikososyal modele göre hastalığa sebep olan veya yatkınlık yaratan biyolojik ve diğer psikolojik sebepler göz ardı edilmeden aynı zamanda sosyal bağlamda ortaya çıkan sorunlarda ele alınır. Kişinin duygu durumu ile kişilerarası ilişkilerde yaşadığı olaylar birbiriyle bağlantılıdır ve bilişsel süreçler ve geçmiş ilişkilerden ziyade akut dönemde ortaya çıkmış kişilerarası sorunlarla ilgilenir. Bu psikoterapi ekolüne göre; ruhsal sorunların oluşumuna temel hazırlayan ya da hastalığı arttırıcı faktörler kişiler arası ilişkilerinden kaynaklanmaktadır. Hasta ve diğer önemli kişiler arasındaki ilişkiler; hastalığın ortaya çıkışını, tedaviye yanıtı ve sonuçları etkileyebilmektedir (1). Bu terapi ekolünde amaç fonksiyonel olmayan bireysel ve sosyal ilişkileri düzenlemek ve böylelikle ortaya çıkmış olan ruhsal belirtileri azaltmak ya da ortadan kaldırmaktır. KİPT, depresyon oluşumuna temel hazırlayan işlevsel olmayan kişiler arası ilişkilerinin düzeltilmesi ve başa çıkma becerilerini geliştirmek üzere tasarlanmış bir terapi yöntemidir. Tedavinin amacı hastanın kişilerarası ilişkilerinin düzelmesine ya da bu ilişkilerle ilgili beklentilerini değiştirmesine yardımcı olmaktır. Aynı zamanda bu terapide, danışanın stresle baş etmelerini kolaylaştırmak için sosyal destek sistemlerini geliştirmelerine de yardımcı olmayı hedefler (2). Genel olarak akut tedavi için kullanıldığında kısa sürelidir (12-20 seans) (3,4).

TARİHÇE

1970’lerde geliştirilen bu tedavi Greald L. Klerman ve Myrna Weissman tarafından yapılan randomize klinik çalışmalarla test edilmiş ve KİPT başlangıçta depresyon psikoterapi pratiğinde uygulanabilen bir psikoterapi uygulaması olarak formüle edilmiştir. Bu terapi 1984’de de Klerman tarafından kılavuz haline getirilmiştir. Kognitif terapiler gibi başlarda klinisyenler arasında ilgi çekmemiştir. 1990’ların sonlarına doğru antidepresan ilaç etkileri ile karşılaştırılmalı yapılan çalışmaların da neticesi ile Amerika ve Avrupa’da klinisyenler tarafından KİPT ilgi çekmiştir. En sonunda 2000 yılında KİPT Uluslararası Topluluğu (ISIPT) kurulmuştur (5). KİPT; Amerikan Psikiyatri Birliği, İngiltere Ulusal Sağlık ve Klinik Mükemmellik Enstitüsü (NICE)

ve International Cochrane Collaboration tarafından etkili bir psikoterapi yöntemi olarak kabul edilmiştir (5).

KİPT’de Sorun Alanları

KİPT de başlıca dört sorun alanı tanımlanmıştır.

Yas

Yas, hasta için önemli bir nesnenin kaybı ile ilişkili sorun alanıdır. Bir yas sorununu ele alırken terapistin hedefi, hastanın yas tutma sürecini kolaylaştırmak, hastaya yaşamına devam etmesinde, yeni kişilerarası ilişkiler geliştirmesinde ve mevcut ilişkilerini düzenlemesinde yardımcı olmaktır (4).

Kişilerarası Eksiklikler

Kişilerarası yetersizlik, hastanın kişilerarası ilişkiler kurmak ve devam ettirmek konusunda zorluklar yaşaması anlamına gelir. Yaşanan bu zorluk özellikle sosyal geri çekilmeye ve depresif belirtilere sebep olabilir. Bu hastalarda terapi sürecinde geçmiş ilişkilerindeki davranış kalıplarının, şu anki sorunları ile bağlantısı değerlendirilerek geribildirim verilir. Başkalarıyla nasıl ilişkiye girebileceğini örneklemek için tedavi ilişkisi ve aktarım kullanılabilir ve seans içinde rol yapma tekniğinden faydalanılabilir. Ayrıca yeni öğrendiği becerileri uygulaması için hasta cesaretlendirilir (4).

Kişilerarası İlişkilerde Çatışma

Kişilerarası çatışmalar; kişinin diğer insanlarla olan anlaşmazlıkları, iletişim sorunları, gerçekçi olmayan beklentilerinin oluşması ile ortaya çıkmaktadır. Terapide hastanın iletişimi ve davranış örüntüleri incelenir. Bu incelenen iletişim örüntülerinin yerine daha sağlıklı iletişim modelleri koyabilmesine çalışılmaktadır (4,5).

Rol Değişimleri

Rol değişimi, kişinin yaşam olayları ile ilişkili olan ve bu bağlamda sosyal rollerin değişimine olan direnç olarak tanımlanabilir. Bu yaşam olaylarına ergenlik, evlenme, boşanma, doğum, emeklilik, bir ilişkiyi bitirmek gibi olaylar örnek verilebilir. Sosyal rollerin değişimi ile birlikte kişilerarası ilişkilerin yeniden düzenlenmesi gerekmektedir. Bu anlamda kişi yeniden ilişkilerini düzenleyemediği için çatışmalar ortaya çıkmaktadır. Terapi seanslarında rol değişimleri ve bu değişimlere uyum çalışılmaktadır (4).

BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI TERAPİLER

Dr. M. Hakan Türkçapar

BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI TERAPİ NEDİR

Bilişsel Davranışçı terapiler, Aaron Temkin Beck tarafından 1960'larda geliştirilen "Bilişsel Terapi"nin, 1950'li yıllarda geliştirilmiş olan davranış terapisi geleneğiyle bütünleşmesiyle ortaya çıkan, 1980'lerden itibaren psikoterapi alanına egemen olmuş bir yaklaşımdır. Kanıta dayalı olması ve genel bilimsel yöntemi psikoterapi alanına aktarma çabasıyla diğer psikoterapi türlerinden ayrılan bilişsel davranışçı terapi, günümüzde psikoterapi alanında en hızlı gelişen terapi yöntemidir. Bu şemsiye içinde bilişsel terapi, kabul ve kararlılık terapisi (ACT), davranışsal aktivasyon terapisi, rasyonel emotif davranışçı terapi, diyalektik davranışçı terapi, üst-bilişsel (meta-cognitive) terapi, farkındalık (mindfulness) temelli bilişsel terapiler yer almaktadır. Bu bölümde, bu terapiler içinde ana akım olan Beck'in geliştirdiği bilişsel terapiyi merkez alarak standart bilişsel davranışçı terapi ve uygulamaları aktarılacaktır.

Bilişsel Davranışçı Terapi, insan davranışlarını ve duygusal süreçlerini, bilişler ve öğrenme temelinde açıklamayı ve sorun olanları değiştirmeyi amaçlar. Bilgi işleme süreçlerini anlamayı hedefleyen bilişsel terapiler, bilişsel üçlü de denilen kişinin benliği, dünyası ya da çevresi ve geleceği hakkındaki düşüncelerine sıkça atıfta bulunur. Bu üçlü hakkındaki anlamlandırmalar, yorumlar ve değerlendirmeler kişinin bilişsel süreçlerine dahildir. İnsan öncelikle çevresindeki olayları, durumları ve kişileri algılar. Ardından bunlara bir anlam atfeder ve bunlar hakkında yorumlar yapar. Bu anlık anlamlandırmalar, değerlendirmeler ve yorumlar kendiliğinden ortaya çıkarlar (otomatik düşünceler) ve insanın dünyaya bakış açısını belirler ve dolayısıyla da o andaki duygusunu etkilerler. Örneğin kendisine çay alıp getiren arkadaşının bu davranışı karşısında şüphe duygusu yaşayan bir bireyin o andaki anlık düşüncesi (otomatik düşünce) "*acaba benden ne isteyecek*" olabilir. Bu tür anlık bilişler daha kalıcı bilişsel yapılar olan sayıltılar ve inançlar tarafından biçimlendirilirler. Bu kalıcı bilişsel yapılar gerçek dışı, uygunsuz ve yetersiz sonuçlar ürettiğinde kişi de sorun yaşamaya başlar. Örneğin yukarıdaki kişinin geçmiş yaşantılarıyla oluşan "*eğer bir kişi bana iyilik yapıyorsa kendi çıkarı içindir*" biçiminde bir sayıltı ve "*insanlar çıkarcıdır*" biçiminde diğer insanlarla ilgili bir temel inancı olabilir. Başka bir deyişle; kişinin duygu, düşünce ve davranışları arasında bağlantı vardır ve ruhsal rahatsızlıklar, bu

anlamlandırmalara, değerlendirmelere ve yorumlamalara bağlı olarak bilgi işleme sürecindeki yanlılıkların veya gerçekliğin bazı yanlarının hesaba katılmaması sonucunda ortaya çıkabilir. Bilişsel yaklaşım, bilişsel süreçlerin, rahatsızlıkları devam ettiren bir potansiyeli olduğunu söylerken çevresel, fizyolojik ya da genetik gibi diğer sebepleri de hesaba katar. Temel olarak bilişsel terapinin amacı, gerçekle daha uyumlu ve işlevsel anlamlandırma, değerlendirme ve yorumlama biçimlerini kişiye kazandırmaktır. Bilişsel Terapide tedavi bilişsel formülasyona yani belirli bir rahatsızlığı karakterize eden inanç ve davranış sistemi ne ve hastanın belirli inançları ve davranış kalıplarını kavramsallaştırma ve anlamaya dayanır (Beck, 2011).

BİLİŞSEL TERAPİ VE KURUCULARI

Bilişsel kuramın temelleri 1970'lerde birbirinden habersiz çalışan iki kuramcının çalışmalarıyla ortaya konulmuştur. A. Ellis ve A. T. Beck. Bu kuram insanın duygusal ve davranışsal tepkilerinde düşünce ve inançlar etkisinin olduğunu öne sürerek önceki kuramlara göre ruhsal yapıyı açıklamada köklü bir değişiklik sağlamıştır.

Beck, 1954'te Pensilvanya Üniversitesi Tıp Fakültesinde ders vermeye başladıktan sonra kendi psikanalizden hem terapi sonuçlarının tatmin edici olmaması hem de 1959'da başladığı depresyonlu hastaların rüyalarını çalışarak, psikanalitik kuramın depresyonlu kişilerin bilinçdışı 'acı çekme arzusu olduğu kavramının geçerliliğini test etmek için yaptığı araştırmanın sonuçlarının kuramı desteklememesi üzerine, psikanalitik kuramdan kopmuştur (Wills, 2009). Beck bu araştırmasının sonucunda depresyonla ilişkili bilişsel etkenlerin önemli olduğunu ve hastaların düşünme biçimlerinde sistematik çarpıtmalar olduğu sonucuna ulaşmıştır (Persons & Davidson 2000). Çalışmalarında depresif insanların olumsuz düşünce akışlarının kendiliğinden ortaya çıktığını görmüştür ve zihinsel akış içinde yer alan ve duygularımızı da etkileyen bu bilişlere *otomatik düşünce* adını vermiştir (Hofmann, 2012). Bu çalışmalarıyla A. T. Beck bilişsel terapinin temellerini atmıştır.

Bir diğer klinisyen Albert Ellis de, Beck'in çalışmalarından habersiz olarak aynı yıllarda klasik analitik yöntemin yararlılığını ve yeterliliğini sorgulayarak daha aktif ve yönlendirici tedaviler uygulamaya başlamıştır (Persons & Davidson 2000). Ellis bilişsel esaslara dayalı kuramını, Beck' den daha önce 1955

DESTEKLEYİCİ PSİKOTERAPİ

Dr. Cem Kaptanoğlu

S. Freud için psikanaliz, “Telkinin (suggestion) bakırla değeri düşürülecek saf altın”dı (1). Çünkü Freud, psikanalizi, telkin, tavsiye, cesaretlendirme gibi destekleyici teknikleri yönteminden arındırarak kurmuştu. Bu teknikleri psikanalizde kullanmak, onun saflığını bozup değerini düşürebilirdi. Özellikle psikanalizin kuruluş döneminde, bu yöntemin diğer ruhsal tedavilerden farklılığını, özgünlüğünü vurgulamak, “saf” bir kimlik oluşturmak, doğal olarak çok önemliydi. Söz konusu “saf” kalma kaygısı günümüze değin etkisini sürdürse de, “altın”ın karatını düşüren fakat gereklilikleri de tartışmasız kabul edilen, psikanalizden köken almış psikanalitik ve destekleyici psikoterapiler yaygın olarak uygulanmakta (2).

Psikoterapi terimi, akademik olarak, psikanaliz ve diğer ruhsal tedavi yaklaşımlarının üst başlığı olarak kullanılmaktadır. Ancak psikanalitik literatürde psikanaliz, psikoterapiler kategorisinin dışında konumlandırılır (3). Psikanaliz dışındaki psikoterapötik yaklaşımların “psikoterapi” başlığı altında toplanması, yani psikanaliz - psikoterapi ayrımı, psikanalizin “saf” kalma kaygısının terminolojik bir yansımasıdır. Psikanaliz olmayan ancak psikanalizden köken alan kuramlara dayanan psikanalitik ve destekleyici psikoterapiler, “psikodinamik psikoterapiler” olarak tanımlanırlar.

Destekleyici psikoterapi (DP), günümüzde en yaygın uygulanan bireysel psikoterapi türüdür (4). Amerika Birleşik Devletleri’nde, Psikiyatri Uzmanlık Denetim Kurulu (Psychiatry Residency Review Committee-RRC-) tarafından tüm psikiyatri uzmanlık öğrencileri için yeterliliği zorunlu kılınan üç psikoterapi yönteminden (Uzun Süreli Psikodinamik Psikoterapi, Destekleyici Psikoterapi ve Bilişsel Davranışçı Terapi) biridir. Türkiye Psikiyatri Derneği Yeterlilik Kurulu tarafından belirlenmiş “Çekirdek Kuramsal Eğitim Programı”nda da DP eğitimi yer almaktadır. DP, psikiyatrik tanısallık değerlendirmeyi gerektiren, terapistin girişimlerinin vaka formülasyonu temelinde, planlı ve özgül bir hedefi başarmaya yönelik olarak tasarlandığı, psikodinamik temellere dayalı ancak hastanın ihtiyaçlarını dikkate alarak, kullandığı teknikler (müdahale araçları) açısından eklektik olabilen bir psikoterapi yaklaşımıdır. DP, yukarıda da belirtildiği gibi, bir psikodinamik psikoterapi türü veya psikanalitik düşünmeyi gerektiren bir psikoterapidir. Ancak destekleyici psikoterapide, psikanalitik düşünmekle, psikanalist gibi davranmak arasındaki farkı iyi kavramak gerekir.

DP’nin, psikanalizden farklı olarak bu konudaki ilkesi, “Bildiren her şeyi değil; yalnızca yardımcı olacak olanı söyle” dir (5).

TARİHÇE

“Destekleyici terapi” terimini ilk kez 1939 yılında Billings, psikoterapistlerden çok sosyal hizmet uzmanlarının çalışmalarıyla ilişkili olarak kullanmıştır. Psikanalitik çerçevede bu terimi ilk kullanan ise 1949 yılında R. Knight olmuştur (6). Psikanalizin popülaritesinin dorukta olduğu 1950’lerde, ego psikolojisi kuramı, özellikle ABD’de psikanalistler arasında yaygın kabul görmekteydi. Ego psikolojisi kuramının temelini oluşturan “yapısal kuram” ve onun odaklandığı bilinç, ego işlevleri, savunma mekanizmaları ve uyum (adaptation) gibi kavramlar, psikanaliz uygulamalarında destekleyici tekniklerin kullanılmasına daha çok olanak veriyordu. 1970’li yıllarda, özellikle O.Kernberg’in çalışmalarıyla hızlanan nesne ilişkileri ve ego psikolojisi kuramları arasındaki yakınlaşma ve H.Kohut’un kurucusu olduğu kendilik psikolojisi kuramı, destekleyici psikoterapinin kuramsal temellerini güçlendirdi (7).

İlk kez M.Gill, 1951 yılında destekleyici yaklaşımları kuramsal açıdan açıklamak amacıyla yapısal kuramı kullandı. K.Eissler’in 1953 yılında yayımlanan ve destekleyici tekniklerin psikanalitik yönetime dahil edilmesini önerdiği makalesi, “altına bakır karıştırma” tartışmalarını hızlandırdı (6). Bazı analistler, yöntemdeki bu değişikliğin psikanaliz için bir tehdit olduğunu söylerken, diğerleri destekleyici teknikleri de kapsamanın psikanaliz için bir gelişim ve genişleme olduğunu savundular. R.S.Wallerstein ve L.L.Robbins, günümüzde de büyük ölçüde kabul gören, bir uçta destekleyici psikoterapinin olduğu, psikanalitik yönelimli psikoterapinin ortada yer aldığı ve diğer uçta psikanalizin bulunduğu bir yelpaze içine üç yöntemi konumlandırdılar (6). 1960’lı yıllara gelindiğinde, yukarıda sözü edilen yelpaze içinde yer alan psikanalitik yönelimli psikoterapi, 1950’lerde psikanalizin ulaştığı popülariteye ulaşmıştı. Aynı dönemde, destekleyici psikoterapi de, psikodinamik psikoterapiler grubunun bir üyesi olarak kendisini kabul ettirdi.

Klasik psikanaliz, nevrotik kişilik örgütlenmesi olan hastalara uygulanabilen bir yöntem olduğu için, 1950’lere kadar, klasik aktarım nevrozlarından daha ağır psikopatoloji gösteren ancak psikotik de olmayan vakalar, “analiz edilemez” (not analyzable) olarak nitelendiriliyor ve psikanaliz uygulanmıyordu (3).

AİLE VE EVLİLİK TERAPİSİ

Dr. Armağan Samancı

Aile ve Evlilik terapisi, bireysel olarak terapi görenlerin iyileşmelerinde aile ilişkilerinin öneminin farkedilmesiyle ortaya çıkan psikoterapi şeklidir. Oluşturduğu grup sebebiyle bir grup terapisi olarak sınıflandırılabilirse de, grup terapisinden tedavinin amaçları açısından ayrılır. Grup terapisinde, grubun içinde de olsa bireyin problemlerinin çözülmesi ön plandadır, halbuki aile ya da evlilik terapisinde bütün bir grubun problemlerinin çözülmesi esas alınır. Ailenin ya da çiftlerin problemlerinin çözülmesi daha sonra bireylerdeki problemlerin çözümüne de yol açacaktır.

AİLE TERAPİSİNİN GELİŞİMİ

Aile terapisinin gelişimi 2. Dünya Savaşı'ndan sonra başlamıştır. Bu tarihten önce de terapistler bazı ailelerin hasta için zarar verici ortamlar oluşturduğunu farkediyor ancak hastaneye yatırma gibi yaklaşımlarla hastayı aile ortamından uzaklaştırma yoluna gidiyorlardı.

Halbuki hasta yeniden aynı ortama döndüğünde problemler yeniden kendini göstermeye başlıyordu. Freudian teoride hastanın nörotik problemleri ebeveynleri ile olan sağlıklı çocukluk ilişkileri içeriğinde tanımlanıyor ve terapi de hasta ile terapist arasındaki (bu hasta ile ebeveynlerini temsil eder) transferans ilişkisi ile açıklanıyor ve çözülüyor.

Aile terapisinde birçok ekolde ailenin o günkü problemleri ile uğraşılır ve “burada ve şimdi” yaklaşımı ile çözülmemeye çalışılır. Aile terapisinin ilk isimlerinden biri olan Christian M. Delfort 1957’de “psikoterapide aile” kitabını yayınladı.

Psikoanalitik psikoterapi kökenli bu isimlerle ilk aile terapisi temelleri de atılmış oldu. 1950’li yıllarda şizofrenikler ve aileleri ile çalışmaya başlayan Bateson “double bind” teoremini ve Lidz de “schism” ve “skew” tanımlamalarını ortaya attı. Double bind, annenin olumlu bir mesajı olumsuz bir affektle vermesi, schism ailenin birbiriyle yaman iki zıt gruba bölünmesi, skew ise ailenin bir bireyinin, ciddi kişilik problemleri sebebiyle evliliğe problem olacak derecede hükmetmesidir. Bateson tarafından Mental Research Institute de ortaya konulan bu hipotez, zamanla şizofreniye sebep olduğu iddia edilen sırasıyla şizofrenogenik anne, şizofrenogenik baba, kızkardeş vs. kavramlarının ortaya çıkmasını oluşturmuştur. Bu da ailedeki herkesi zan altında bırakan bir tutuma döndüğünden bir dönem, şizofreni ile ilgili dernekler aile terapisine karşı çıkmışlardır.

Bu durum İngiltere kökenli Dışa vurulmuş Duygulanım (Expressed Emotion) teoreminin ortaya çıkışına kadar sürmüştür. Yani bir anlamda aşırı eleştirilse ve duygusal yüklenmesi fazla olan ailelerdeki şizofrenlerin daha çok yatarak tedaviye ihtiyaç duydukları fark edilmiştir. Her ne kadar genetik çalışmalar tek yumurta ikizlerinde %50’e varan oranlarda şizofreniye yakınlık göstermesi ile bu teoremlerin popülerliği azalsa bile, geri kalan yani aynı genetik yapıya sahip olup şizofren olmayan %50’nin sebeplerini tam açıklamamıştır. Burada psikoza yol açan hayat olayları ve ilişki şekillerinin göz önüne alınması ihtiyacı, Murray Bowen’ in ve David Rees’in anlaşmaya duyarlı (consensus sensitive) ve çevreye duyarlı (environment sensitive) kavramlarını ortaya çıkarmalarına yol açmıştır. Buradaki örneğin anlaşma duyarlı aileler, duygusal bağlardan dolayı, farklılıkları ve gerçekleri bir tarafa itip ailenin güvenli ortamını seçebilmektedirler. Bunun uç örneği de folie a deux dur. (1)

Bu tanımlamalardan sonra Lyman Wynne tarafından ortaya atılan “pseudo mutuality” ve “pseudo hostility” kavramlarını görüyoruz. Wynne aynı zamanda kauçuk parmaklık kavramıyla ailenin hareket ettiği psikolojik sınırı da tarif etmiştir. Bu sınır aile bireylerini bir bütün olarak tutar. Kauçuk parmaklık aynı zamanda aile bireylerinin psikolojik olarak aileyi terketmelerini de önler.

Kauçuk teriminin özellikle seçilmesi ailede bu sınırların değişebileceğini yani katı olmadığını ifade eder. 1960’lı yıllara gelindiğinde aile terapisinde önemli bir isim olan Jay Haley’i görüyoruz. Haley, aile ile doğrudan çalışmayı başlatan ve ailede hiyerarşinin önemini ortaya koyan terapisttir. Bu dönemler aile içi ebeveyn rollerinin bozulmasının, sorunlara yol açtığı kavramlarının ortaya konduğu dönemlerdir. Yine aynı dönemlerde Bowen “triangulation”nu tarif etti.

Burada ailede iki kişinin (genelde eşler) arasındaki çatışmaya bir üçüncü şahıs (çocuk), çekilerek iletişim onun aracılığıyla sürdürülür. Doğal olarak bu çocukta anksiyete, davranım bozuklukları ve antisosyal davranışın ortaya çıkması söz konusu olabilir. Bowen aynı zamanda ayrılmamış ego kitlesi kavramını da ortaya koymuştur. Bu terim aile üyelerinin bireyselliklerinin olmadığını ifade eder. 1960’lı yılların önemli isimlerinden bir tanesi de Salvador Minuchin’dir ve yapısal aile terapisi ekolünün kurucusudur.

DİNAMİK YÖNELİMLİ ETKİLEŞİM GRUP PSİKOTERAPİLERİ

Dr. Abdülkadir Çevik, Dr. Vesile Şentürk Cankorur

Grup psikoterapilerinin öncül uygulamaları ve ilk denemeler 1929 yılına rastlar. Bir tüberküloz hastanesinin başhekimisi olan Dr. Pratt 1929 yılında ilk kez tüberküloz hastalarını büyük bir küme halinde toplayarak onlarla hastalık ve ilaçlarla ilgili eğitsel konuşmalarda bulunmuştur. Görüşmeler daha çok söyleşi niteliğinde olmuştur. Dr. Pratt bu denemeleri sonucunda bu tür görüşmeler yaptığı grubun tedaviye cevaplarının daha olumlu olduğunu görmüştür. Benzer bir uygulama tarafımızdan 1991-1992 yılında Ankara Üniversitesi İbni Sina Hastanesi İmmünoloji Bölümünde yatan hastalarla konsültasyon liyezon psikiyatrisi bağlamında yürütülmüş ve benzer şekilde olumlu sonuçlar elde edilmiştir. (Ceyhun, B., Çevik, A. ve ark.1992).

Psikiyatride grup psikoterapileri uygulamaları ise 1940 ve 1950'li yıllarda ancak gerçekleşebilmiş ve 1960'lı yıllarda bu alanda bir patlama olduğu yaşanmıştır. Gönümüzdeki gelişmeler grup psikotrepisi uygulamalarının tedavi sınırları dışına taşıtığını, eğitim, endüstri ve politika alanlarını etkileyen düzeye ulaştığını göstermektedir.

Dünyadaki bu gelişmelere rağmen ülkemizde grup uygulamaları 1960'lı yılların ortalarında analitik grup uygulamaları olarak Prof. Dr. Leyla Zileli tarafından yapılmış olmasına karşılık çok sınırlı kalmıştır. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Kliniğinin yeni binasına 1971-1972 de taşınmasından sonra 1973 yılında grup terapileri uygulamalarına ciddi bir ivme kazandırılmış ve Dr. Celal Odağ, Dr. Abdülkadir Özbek ve Dr. Celal Köksal ve Dr. Çetin Büyükberber psikonevroz ve psikosomatik servislerde dinamik yönelimli etkileşim gruplarını rutin tedaviler arasına almışlardır. Dr. Celal Odağ bunun yanı sıra analitik gruplar ve öğrenim gruplarını başlatmıştır.

Grup uygulamalarının hastaların tanınmasında ve tedavilerindeki etkinliği görüldükçe bu uygulamalara psikotik hasta servislerinde de Dr. Gülören Ünlüoğlu tarafından başlanmıştır. Dr. Abdülkadir Özbek Psikodrama uygulamalarını başlatmış ve bu uygulamaların tüm ülkeye tanıtılmasında ve yaygın olarak kullanılmasında önemli bir katkı sağlamıştır.

Dr. Çevik 1974 yılında araştırma görevlisi olarak bu uygulamaların içinde yer almıştır. Dr. Çevik, 1976 yılında öğretim üyeleri ile birlikte yapılmakta olan bu çalışmaların tanıtılması ve Türkiye'deki diğer hastane ve üniversitelerden katılan meslektaşlarla karşılıklı fikir tartışmalarında bulunmak üzere grup psikoterapileri sempozyumunu mütevazı koşullarda düzenle-

miştir. Bu mütevazı organizasyon her yıl artan katılımcı sayısı ile düzenlenmektedir. 2014 yılında Dr. Çevik başkanlığında 39.su Bergama'da düzenlenen bu kongrenin 40.sı 2015 yılında düzenlenecektir.

Halen kliniğimizin tüm servislerinde grup psikoterapileri dinamik yönelimli ve eklektik entegratif bir anlayışla sürdürülmektedir. Kliniğimizde grup terapileri tedavi topluluğu ve tedavi ortamı ilkeleri çerçevesinde yapılmaktadır. Tedavi ortamı ve tedavi topluluğunda esas olan otoriter anlayış yerine tedavi ekibinde yer alan herkesin (hemşire, psikolog, araştırma görevlisi, öğretim üyesi ve kattaki personel) demokratik bir biçimde duygu ve düşüncelerini paylaşmaları ve tedavide aktif rol almalarıdır. Tabii ki hastalarda geleneksel pasif konumdan kendi tedavilerinde aktif rol alan bir konumda yer alarak tedavinin içinde etkin rol alırlar. Yaptığımız uygulamalarla ilgili olarak 1976 dan başlayarak çok sayıda yayın yapılmıştır. Dr. Özbek "Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Kliniğinde Geleneksel Yaptıran Tedavi Topluluğuna Geçiş" konusundaki makalesiyle bu konuları ayrıntılı bir şekilde açıklanmıştır. (Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası Cilt 30 Sayı 1'e ek 1977). Dr. Odağ "Etkileşim Grupları" başlıklı makalesi Tıp Dünyası Cilt 49 Sayı 5 1976 'da yayınlanmış, yine aynı yıl bu derginin 7.sayısında "Öğrenim, Grup Dinamiği Açısından" başlıklı makalesi yayınlanmıştır. Başlangıçtaki bu yayınların dışında son kırk yılda kliniğimizde uyguladığımız grup psikoterapileriyle ilgili olarak bir çok araştırma ve yayın yapılmış olup psikiyatriyle ve grup psikoterapileriyle ilgilenen meslektaşlarımızın ilgisine sunulmuştur. Bunlardan bir kaçının kaynağı aşağıda görülmektedir.

Her yıl düzenlenen grup psikoterapileri sempozyumunda (1982 den sonra uluslararası katılımlı kongre olarak devam etmiştir) sunulan çalışmalar yayınlanarak günümüze gelmiştir. (Kumbasar ve Arslan 1995). 2003 yılında Hakan Kumbasar İstanbul'da uluslar arası grup psikoterapileri kongresi düzenlemiştir. Ayrıca IAGP'nin 19th International Congress for Group Psychotherapy and Group Processes kongresi 2-5 Eylül 2015 tarihlerinde Zagrebte yapılacaktır. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı'nın tüm ünitelerinde etkileşim grup psikoterapileri etkin olarak uygulanmaktadır. Tedavi ortamı ve tedavi topluluğu ilkeleri anlayışla dinamik yönelimli grup psikoterapileri anabilim dalımız psikosomatik ünitesinde Dr. Çevik ve Dr. Şentürk Cankorur tarafından tedavinin önemli bir

KADIN SAĞLIĞI VE PSİKİYATRİK HASTALIKLAR

Dr. Nesrin Karamustafaloğlu, Dr. Özlem Tanrıöver

Temelde benzerlik gösterebilir de, kadın ve erkeklerin sağlık ve hastalık örüntüleri oldukça farklı yapılanmıştır. Kadınlarda beklenen yaşam süresi daha uzun olmasına rağmen, pek çok toplumda kadınların erkeklerle göre daha fazla hastalık ve stres yaşadıkları bilinmektedir (1). Cinsiyet farklılıklarının birçok fizyolojik fonksiyonu etkileyerek başta kardiyovasküler, pulmoner ve bağışıklık sistemleri olmak üzere geniş bir hastalık yelpazesi üzerinde etkili olduğu belirtilmektedir (2). Genel olarak cinsiyete bağlı biyolojik faktörler, kadın ile erkeğin risk faktörlerini ve sağlık durumunu, üreme sağlığını, genetik ve bağışıklık sistemi hastalıklarına verdikleri yanıtları ve tanı sonrası yaşam süresini belirlese de, cinsiyete bağlı sosyal yapılanmalar da en az biyolojik faktörler kadar etkilidir. Yapılan çalışmalara göre erkekler kadınlara göre daha fazla sigara ve alkol tüketmekte, daha fazla riskli davranış göstermekte; öte yandan daha az düzenli sağlık kontrollerine gitmektedirler (3).

Sosyal faktörler, genetik altyapı, vücudun hormonal kompozisyonundaki dağılımın farklı yapılması gibi çeşitli durumlardan kaynaklanan cinsiyet farklılıkları, psikiyatrik rahatsızlıklar üzerinde de etkisini göstermektedir. Kadınların tüm yaşam evrelerinin farklı gelişimsel süreçlerinde kadın cinsiyetine özgü biyolojik ve psikolojik durumlar altında yaşadıkları hormonal ve çevresel etkileşimler, olağan psikolojik duyuları şekillendirdiği gibi bazı psikiyatrik hastalıklara da yatkınlık yaratabilmektedir. Östrojen, progesteron, testosteron ve dehidroepiandrosteron gibi seks steroidlerinin, beyin işleyişi üzerinde önemli modülasyon kapasitesi olduğu ve bunun da olasılıkla çeşitli nörotransmitter sistemleri ile etkileşimleri aracılığıyla olduğu öne sürülmektedir (4). Öte yandan, tüm dünyada kadınların; şiddet, yoksulluğun feminizasyonu, aşırı iş yüküne karşın eşit olmayan ücretlendirme, toplumsal cinsiyet gibi olumsuz yaşantılarla ve zorlayıcı sebeplerle stresle daha fazla karşılaşmakta olduğu ve bu zeminde psikolojik sorunların daha yaygın görüldüğü öne sürülmüştür (5).

Kadın yaşamına bakıldığında, tarihin birçok döneminde ve toplumlarda doğurganlığın önemli bir yere sahip olduğu dikkat çekmektedir. Kadınların doğurganlık yaşantıları menarştan ilk cinsel ilişkiye, gebeliğe ve menopoza kadar farklı dönüm noktalarıyla belirlenir. Fizyolojik olarak fertilitenin başladığına işaret eden menarş, pek çok kültürde genç kızlık ile kadınlık arasındaki sınır olarak tanınır. Buna uyumlu olarak psikolojik ve davranışsal sorunlar açısından ergenlik döneminin hassas bir dönem olduğu gösterilmiştir (6).

Menarş ve ergenlik, hormonal dalgalanmaların başladığı dönemdir. Aynı zamanda psikiyatrik şikayetlerin bir çoğu ergenlik döneminde başlangıç gösterebilmektedir. Cinsiyet farkı bu dönemde de önemini kanıtlamaktadır; ruhsal rahatsızlıklar özellikle 14 yaş civarında erkeklerle oranla kızlarda daha fazla görülmektedir (7). Ergenlik döneminde görülen şiddetli hormonal dalgalanmalar; altta yatan psikiyatrik hastalığın başlaması ya da alevlenmesine sebep olduğundan bu dönemdeki yüksek prevalansın sebepleri ile ilişkilendirilmiştir. Kadınlar psikiyatrik yakınmalar konusunda erkeklerden farklı olarak tüm üreme döngüleri ve ayrıca ergenlik döneminde daha riskli olabilmektedirler (2-4, 6).

Depresif Bozukluk. Depresif bozukluk, kadınlardaki insidansının erkeklerle oranla daha fazla olması ve başlangıç ile alevlenme dönemlerinin hormonal dalgalanmalarla bağlantılı olması sebebiyle psikiyatrik hastalıklar arasında cinsiyet farklılığını ortaya koyan en belirgin örneklerden biridir. Kadınlarda yaşam boyu depresyon görülme sıklığı, erkeklerin yaklaşık 1.5 - 3.0 katıdır (8). Bu farklılığa katkı sunan üç temel faktör tanımlanmıştır: Bunlardan ilki; kadınların daha uzun süre yaşamalarıdır; bu durum onların zamansal olarak hastalıkla daha fazla karşılaşmalarına olanak sağlamaktadır. İkincisi; erkekler hastalıkları gizleme eğilimindeyken kadınlar depresif belirtileri dışavurumsal yaşayarak daha fazla yardım arayışına girmekte ve sağlık kurumlarına daha sık başvurmaktadır. Üçüncüsü ise; diğer biyolojik faktörlere ek olarak kadınların üreme sağlığıyla ilgili sorunları yaşama olasılıkları erkeklerden daha yüksek olmakta ve üreme sağlığı sorunları kadınlarda daha çok stres ve anksiyete yaratmaktadır (9). Aynı zamanda yaşam dönemlerinin çoğu evresinde kadınların erkeklerden daha fazla anksiyete ve depresyon yaşamalarının sebepleri arasında, yoksulluk ve kadına daha az değer veren toplumsal cinsiyet ayrımcılığının da rol oynadığı düşünülmektedir (3).

Jinekoloji literatüründe “reproduktif depresyon” terimiyle ifade edilen premenstruel, postnatal ve klimakterik depresyon üçlüsünün hormonal durumlarla ilişkili olduğu ileri sürülmektedir (10). Buna ek olarak, gebelik kaybı yaşayan kadınların kayıp sonrası depresyon ve anksiyete gibi psikiyatrik

İNTİHAR

Dr. Çiçek Hoccoğlu

Tanımı ve Tarihçesi

İntihar biyolojik, psikolojik ve sosyolojik yönleri olan karmaşık bir insan davranışdır. İntihar, bireyin kendi yaşamına son vermek amacıyla eyleme geçmesi anlamına gelmektedir. İntihar, Arapça'da kurban etmek, göğse vurmak, boğazlamak ve boğazından asılma anlamlarına gelen 'nahr' sözcüğünden köken almıştır. Dilimizde ilk kez Tanzimat döneminde dilimize çevrilen eserlerde kullanılmaya başlanmıştır. Latince'de, sui (kendi) ve cedere (öldürmek) köklerinden türetilmiş olan 'suicide' sözcüğü ile ifade edilmekte birlikte Latince bir kelime değildir (1). İngilizce'de 'suicide' olarak ilk kullanımı 1662 yılına kadar uzanmaktadır. Ortaçağ'da ise intihar, Latince 'sui homicide' ya da 'sui ipisushomicidum'sözcükleri ile ifade edilmiştir. İnsanlık tarihi kadar eski, evrensel bir olgu olan intihar; kişinin bilerek ve kasıtlı olarak kendini öldürmesi olarak tanımlanır. İntiharın tarihi Sokrates, Seneka ve resimli tasvirler ile eski yazılı kaynaklara kadar uzanır. Birçok antropolojik çalışmada ilkel kabilelerde intihar olgusunun varlığına değinilmiş olup, burada intiharlar daha çok bireylerin mevcut tabuları çiğnemesi ya da kahramanlık davranışı ile ilişkilendirilmiştir. Benzer şekilde intiharla ilgili en eski yazıt olan Oedipus Mitolojisindeki Epikaste'in intiharında da kahramanlıktan söz edilmiştir. Önceki dönemlerde bazı toplumlarda intihar zorunlu bir davranış olarak kabul görmüş ve toplumsal olarak kabul edilmiştir. Örneğin; doğal ölümün utanç verici olduğu bu sebeple yaşlıların kendilerini bir uçurumdan atmak sureti ile intihar etmesi onurlu bir davranış olarak değerlendirilmiştir. Bugün özellikle Uzak Doğu ülkelerinde intiharın onurlu bir davranış olarak kabul edilmesi bu düşüncenin hala geçerli olduğunu göstermektedir.

İntihar ile İlgili Kuramlar

Ölüm kavramı insanlık tarihi boyunca hiçbir insanın kayıtsız kalamadığı ürkütücü, esrarlı, insanların merakını tahrik eden ve birçok dini ve felsefi sistemin kendisini bu merak üzerine yapılandığı özel bir niteliğe sahiptir. Başkalarının ölümleri de bizi çokça ilgilendirir. Ölümü kavrama ve anlamlandırma, hayatı kavrama ve anlamlandırma ile zorunlu ve doğrudan iç irtibatlıdır. Ölümü algılama şekli ya da niteliği hayatı algılamayı, hayatın akışındaki temel öğeler olan insanın duygu, düşünce ve davranışlarını da, diğer insanlarla olan ilişkilerini de doğrudan etkiler ve hatta belirler.

Günümüze değin intihar olgusunu açıklamaya yönelik çok çeşitli kuram ortaya atılmıştır. Bu kuramlar incelendiğinde ko nuyla ilgilenen kişilerin aslında kendi bakış açılarını yansıttığı ve bazılarının çok dar bazılarının ise çok geniş açıklamaları olup, intihar tanımlamasından çok uzaklaştıkları görülmektedir. Ancak, hemen hepsinde intihar tanımı yapılırken, 'insan' en temel öge olarak ele alınmıştır. Altavilla'nın 'intihar, kişinin kendisini isteyerek öldürmesidir', Malapert'in 'intihar hemen daima insan egoizmin ürünüdür', Littre'nin 'intihar, kendisini öldüren insanın eylemidir' ve Ferri'nin 'bir insanın yakın ve kaçınılmaz olan veya öyle zannedilen bir acıyı (şerefsiz bir durum, mahkumiyet, sefalet, çok sevilen bir kişiyi kaybetme vb.) bertaraf etmek niyetiyle hayatına son vermesi intihardır' tanımlamaları buna örnek olarak gösterilebilir. İntihar ile ilgili diğer tanımlama Masaryk'a aittir. İntiharı tanımlamadan önce doğal ve doğal olmayan ölüm ayrımını yapan Masaryk'a göre intihar; geniş anlamda hayatın tehlikelerine karşı gerek pozitif veya gerek negatif pasif bir tutumla kişinin hayatına kasıtsız bir müdahalesi sonucu ortaya çıkan doğal olmayan ölümlerdir. Dar anlamda intihar ise, kişinin kasıtlı olarak hayatına son vermesidir. Masaryk'a göre intiharda ölümün hemen gerçekleşmesi gerekmez; kişi ölümü yavaş yavaş da arayabilir ve bu davranışa aktif olarak da katılmayabilir. Ayrıca Masaryk, intiharın ilkel toplumlarda görülmediğine inanarak, modern, gelişmiş medeniyetleri ve dinin reddedişini, intiharların artış sebebi olarak görmüştür (2). İntihara ilişkin en önemli kuramlardan biri şüphesiz Fransız sosyolog Emile Durkheim'ın toplumsal yönelimli kuramıdır. Durkheim intiharı 'ölen kişi tarafından ölümlerle sonuçlanacağı bilinerek yapılan olumlu ya da olumsuz bir edimin doğrudan ya da dolaylı sonucu olan her ölüm olayı' olarak tanımlamıştır (3). Ona göre intiharın sebepleri kişinin toplumla olan ilişkisindeki düzensizlikler ve iniş çıkışlardan kaynaklanmaktadır. Bir toplumda sosyal bütünleşmişlik düzeyinin artmasıyla birlikte intihar da azalmaktadır. Durkheim intiharı dört ana grupta toplamıştır. Bunlar: egoistik (bencil), anomik (kualsız), alturistik ve ölüm-cül tiplerdir. Egoistik intihar; yalnız, içe kapanık ve sosyal bütünleşmenin yetersiz olduğu, kişinin mensubu olduğu toplumla yeterince bütünleşememesinden kaynaklanır. Anomik tipte ise toplumsal değişimlere ayak uyduramayan, yaşamdaki değişimlere bağlı olarak (örneğin; iş kaybı, boşanma) ya da kişinin toplum kuralları tarafından yeterince kontrol edilemediği dönem-

AJİTE VE SALDIRGAN HASTAYA MÜDAHALE

Dr. Çiğdem Aydemir

Ajitasyon sözel(bağırma, tehdit, küfür...) ve motor aktivitede artma olarak tanımlanabilir. Ajitasyonun bir adım ötesi agresyondur. Agresyon, zarar vermek ya da korkutmak amaçlı sözel ve fiziksel hareketliliklerdir. Agresyon kendine, başkasına ya da nesnelere zarar veren saldırganlıkla sonuçlanabilir. Ajitasyon ve saldırganlık hem hasta, hem ilgilenen yakınları, hem de sağlık ekibi için tehlike yaratabilen bir durumdur. Psikiyatrik acil başvurularının önemli bir kısmı ajitasyon ve saldırganlık sebebiyledir.

Agresyon beynin neresinden kaynaklanır?

Yapılan çalışmalar, agresyonun oluşumunda subkortikal beyin bölgelerinin özellikle amigdala başta olmak üzere limbik bölgelerin sorumlu olduğunu göstermiştir. Limbik sistem, somatomotor ve emosyonel kontrol bölgeleri başta olmak üzere kendi içinde ve dışında pek çok alan ile projeksiyonları olan alt bölümlerden oluşur. Bu alanlardan amigdalanın korku, savunma reaksiyonları, duygusal öğrenme ve motivasyonu düzenlediği saptanmıştır. Amigdala ve hipotalamus korku ve öfke emosyonlarını düzenlenmesinde karşılıklı etkileşimde bulunarak çalışır. Subkortikal bölgeler yanında dorsolateral pre-frontal korteks (DLPFC) ve orbito-frontal korteks (OFC) gibi bazı kortikal beyin bölgeleri de emosyonlar ile ilgilidir. Bu bölgeler diğer temporal bölgelerden projeksiyonlar alırlar ve böylece sensoryal bilgi ile afektif sinyalleri alarak birleştirirler. Limbik ve pre-frontal korteks (PFC)alanlarında oluşan lezyonlar affekt konusundaki bilişsel ve emosyonel süreçleri olumsuz etkiler. Bu bölgeler arasındaki karmaşık ağ emosyonel ve amaca yönelik davranışı düzenler. Bu alanlardan herhangi birindeki işlev bozukluğu emosyonun düzenlenmesinde sorunlara yol açar ve nihayetinde agresif davranışın inhibisyonunda probleme yol açar. Sonuç olarak limbik-dorsolateral prefrontal ve orbitofrontal ağ sistemi agresif davranışın aktivasyonunu ve inhibisyonunu düzenler.

Benzer bir şekilde; kişilik bozukluklarının nörobiyolojisi çalışmaları da amigdala, OFC, DLPFC ve anterior singulat korteks (ACC) bölgelerinin bu bozukluklarda görülen agresyonla ilişkisini vurgulamıştır.

Ajitasyon Sebepleri

Madde intoksikasyonu ya da çekilmesi ;

Alkol intoksikasyon ve çekilmesi, benzodiazepin çekilmesi, amfetamin, fensiklidin, Liserjikasid Dietilamid (LSD) ve 3-4 metilenedioksimetamfetamin(MDMA-ectazi) ve bonzai gibi maddelerin entoksikasyonu, serotonin sendromu.

Diğer Tıbbi Sebepler

Akut organik beyin sendromu (endokrin, hepatik, renal sebepler ile),

- Demans
- Travma

Psikiyatrik durumlar:

1. Psikotik bozuklukların sebep olduğu ajitasyon
2. İmpulsif ajitasyon
3. Organize ajitasyon

1. Psikotik agresyon, şizofreni, mani hastalarında algı ve düşünce bozukluklarına bağlı olarak oluşur
2. İmpulsif agresif davranışlar gerçek ya da algılanan bir provokasyona tepki olarak oluşur. Agresif davranışın uzun süreli bir hedef ya da ikincil kazanç ile ilişkisi yoktur
3. Organize olan ajite davranışların ikincil kazançları, sosyal hedefleri ve bu doğrultuda planları vardır.

Alkol madde kullanım sorunları diğer psikotik durumlar, duygudurum bozuklukları ya da kişilik bozuklukları ile birlikte olabilir.

Kişilik bozukluklarında impulsif ve organize ajitasyon bir arada görülebilir.

Başvuru

Ajite hastalar çoğunlukla hastaneye kendi istekleri dışında hatta zor kullanılarak gelirler. Zaman zaman hastaya eşlik eden yakınları da hastalık, alkol- madde entoksikasyonu ya da diğer sebeplerden dolayı öfkeli ve/veya saldırgan olabilirler. Ajite hastalar riskli bir hasta grubudur çünkü ajitasyonun sebebi olabilecek hastalıkları veya komorbid durumları olabilir; kendilerine,

ACİL PSİKİYATRİ

Dr. Atilla Erol

Psikiyatride acil durumlar, hızlı teşhis, tedavi ve müdahale gerektiren durumlar anlamına gelmektedir. Bu müdahale; yeterli bir anamnez, ruhsal durum muayenesi, ayrıntılı bir ayırıcı tanı değerlendirmesini, farmakolojik tedavi ve psikoterapiyi içermektedir. Acil psikiyatrik müdahale genel hastanelerin acil servislerinde karşımıza çıkmakla kalmaz. Ayrıca hâlihazırda psikiyatrik ya da diğer tıbbi tedavi görmekte olan bir hastanın acil durumu şeklinde de olabilir.

Tıbbi acilde olduğu gibi psikiyatrik acilin amaçları triyaj, hızlı değerlendirme, ayırıcı tanı, akut semptom yatıştırma ve sevtir.

Güvenlik

Psikiyatrik acil bir vakaya müdahale etmeden önce göz önünde bulundurulması gereken en önemli konu güvenliğin sağlanmasıdır. Güvenlik sadece hasta, hekim ve diğer tıbbi personelin değil halkın güvenliğini de içermektedir. Güvenliğin sağlanabilmesi için acil servislere psikiyatrik acil vakaların değerlendirileceği özel bölümlerin olması önemlidir. Çünkü acilin genel yapısı güvenli bir psikiyatrik değerlendirme için uygun olmaya bilir, çevrede çok fazla uyaran vardır ve bir şiddet atağında silah olarak kullanılabilecek çok sayıda ekipman bulundurmaktadır. Bu açıdan acil serviste güvenli bir değerlendirme için acil psikiyatrik müdahale odalarının bulunması ya da belli bir alanda düzenlemeler yapılması gereklidir. Bu düzenlemeler kırılmaz pencere ve kapı camları, güvenlik kameraları, en az iki ayrı çıkış, alarm düğmelerinin yanı sıra ortamın rahat ve konforlu olmasını da içerir çünkü zaten acil psikiyatrik hasta çoğu zaman gergindir ve ortam şartlarının uygunsuzluğu, artmış dış uyaranlar; uzamış bekleme süresi, adli ve tıbbi prosedürler vb. bu gerginliği artırabilir. Bunun önüne geçmek için hasta uyaranların az olduğu sakin bir odaya alınmalıdır. Görüşme yapılan oda hekimin hasta tarafından sıkıştırılmayacağı yapıda olmalı, mümkün olduğunca az materyal içermeli ve bulunan eşyalar silaha dönüşmeyecek yapıda olmalı, gerektiğinde hekimin ve hastanın kolayca çıkabileceği çıkışlar içermelidir. Acil servise ilk girişte detaylı silah araması yapılmalı (x-ray görüntüleme kullanılabılır), yeterli güvenlik personeli bulundurulmalı, karşılaşılabilecek durumlar için önceden prova yapılmış olmalı, tüm personel sorumluluklarını ve akut müdahale anında görevini bilmelidir.

Hekim gerektiğinde yardım istemelidir; risk almamalı, kahramanlık yapmamalıdır.

Ayırıcı Tanı (Organik Etyoloji)

Bu aşamada hedef hastanın psikiyatrik semptomlarını açıklayacak psikiyatrik olmayan bir durum var mı yok mu onu değerlendirmek olmalıdır. Psikiyatriye yatmış hastaların %10'unun gerçek etyolojisinin organik olduğu, %20'sinin psikiyatrik tabloya etki eden organik hastalığı olduğu, %40'ında konsültasyon gerektiren organik sorunlar olduğu tesbit edilmiştir. Psikiyatrik belirtiler sergileyen elliden fazla tıbbi hastalık bildirilmiştir. Psikiyatrik semptomlarla başvuran fakat tabloya tıbbi bir durumun sebep olduğu hastaların insidansı %15 ile %90 arasında değişmektedir. (1) Organisiteyi düşündüren ipuçları: 40 yaşın üstünde veya 12 yaşın altında olmak; ani, akut başlangıç; dalgalı seyir; algısal bozukluklar ör. görüsel/koku halüsinasyonları; bilinen tıbbi hastalık veya nörolojik semptomlar; bilişsel değişiklikler (konfüzyon ve dezoryantasyon); başağrıları; bilinç kaybı; kafa travması; konuşma bozukluğu; anormal vital bulgular; inkontinans; komplike olmuş ilaç tedavisi; alkol-madde veya ilaç kullanımı; psikiyatrik hikayenin olmaması olabilir.

Psikiyatrik gibi gözüken hastanın asıl probleminin organik bir kökeninin olabileceği unutulmamalı ve dikkatle ayırıcı tanı yapılmalı, organiste sorgulanmalı ve buna yönelik ileri test ve tetkikler yapılmalıdır. Unutulmaması gereken geniş bir hastalık spektrumunun ayırıcı tanıya girebileceğidir. Klinisyen her vaka için durumun özelliklerine göre bir ayırıcı tanı listesi oluşturmalı ve gerekli tetkikleri buna göre yapmalıdır.

Psikiyatrik Değerlendirme

Acil müdahalede hasta ve çevresindekiler için güvenli ortam sağlanıp, durumun psikiyatrik olup olmadığı değerlendirilip ayırıcı tanıları sorgulandıktan sonra psikiyatrik değerlendirme yapılabilir. Bu sırada yapılacak olan psikiyatrik değerlendirme olağan psikiyatrik değerlendirmeden çok farklı değildir ve psikiyatrik muayenenin genel kuralları acil değerlendirmede de geçerlidir. Hastayla görüşme öncesi mümkün olduğunca hasta hakkında bilgi sahibi olunmaya çalışılmalı ve yapılabiliyorsa görüşme öncesi hastanın hareketleri izlenmelidir. Görüşme sırasında hastanın kendini ifade etmesine ve bir süre sorularla araya girmeden hastanın konuşmasına müsaade edilmelidir. Se-

ADLİ PSİKİYATRİ

Dr. Latif Ruhşat Alpkın

Adli Psikiyatri, psikiyatrik hastalıkların adli açıdan incelenmesidir. Hukuk alanında psikiyatri ve psikiyatri alanında hukuk, adli psikiyatrinin kaynağıdır.

Doğru ve faydalı bir Adli Psikiyatri teorisi ve uygulaması için geniş ve mükemmel bir psikiyatri bilgisinin yanında temel hukuk kavramlarının ve kanunların iyi bilinmesi şarttır. Dolayısıyla Adli Psikiyatri, adli tıbbın değil psikiyatrinin bir ileri ihtisası olmalıdır. (11)

Bir hukuk olgusunda, kişinin ruhsal incelenmesi isteniyorsa, psikiyatrist, bilirkişilik yapar. Psikiyatri uzmanı, günlük mesaisi sırasında kendisine başvuran hastaların muayene ve tedavileri dışında sık sık bu “bilirkişilik” görevi ile de karşı karşıya kalır.

BİLİRKİŞİLİK

Bilirkişi, bir işten iyi anlayan ve halledilmesi özel bilgiye bağlı olan konularda görüşüne başvurulacak kimsedir. Çözümü özel veya teknik bilgiyi gerektiren hallerde bilirkişiye başvurma mecburiyeti vardır. Konu sadece teknik bilgiyle çözülebilen bir konu ise, hakim bilirkişiye sormaya mecburdur. (25)

Bilirkişi, soruşturma, kovuşturma ve son tahkikat aşamalarında uzmanlık alanlarına giren konularda savcı veya hakime düşüncelerini bildirmekle görevlidir.

Soruşturma aşamasında Cumhuriyet Savcısı, yargılama aşamasında Hakim bilirkişi atayabilir. (CMK Madde 66) Kişi veya kurum ancak, yargılama makamı tarafından görevlendirildiğinde bilirkişi sıfatı kazanır. Konu ile ilgili resmi bilirkişiler varsa, bilirkişi bunlar arasından seçilir. Bilirkişi en fazla 3 kişi olur. Ancak belirli bir kurum bilirkişi olarak belirlenmişse, bu kurumda oluşturulan kurulun üye sayısı konusunda bir sınırlama yoktur.

Bilirkişiye görev şahsen verilmiştir. Bu sebeple kendisinin, görevi bir başkasına devretmesine olanak yoktur. Bilirkişi değerlendirmenin tek sahibi ve sorumlusudur.

Kimler Bilirkişi Olabilir?

- Kamu hizmetlerinden kısıtlı olmamalıdır.
- Meslekten men cezası almış olmamalıdır.
- Konusunda bilgi ve tecrübe sahibi olmalıdır.

Aynı uzmanlık dalında çalışanlardan en ehil olanlar görevlendirilmelidir.

Bilirkişinin Yetkileri Nelerdir?

- Dava dosyasını inceleyebilir.
- İhtiyaç duyarsa sanığa soru sorabilir, tanık dinleyebilir.
- Emeği ve harcadığı zaman karşılığı ücret isteyebilir.

Bilirkişinin Yükümlülükleri

1. Bilirkişi, kendisine verilen bir görevi başkasına devredemez. Bilirkişi bilgi ve donanım eksikliği olduğunu düşünüyorsa, kendisini görevlendiren makama durumu bildirerek başka bir bilirkişinin atanmasını önerebilir.
2. Geçerli gerekçe göstermeden bilirkişilikten kaçınma, hekimler için ceza yaptırımına yol açar.
3. Bilirkişi olarak görevlendirilen ve usule uygun şekilde davet edildiği halde davete uymayan bilirkişi zorla götürülür. (C.M.K. 60)

Hekimin bilirkişilikten çekilmesi: “Hekim olarak taraflardan biri hakkında mesleği gereği sır olması gereken bilgiye sahip olmak” bilirkişilikten çekilmeyi gerektirir.

Bilirkişilik Konusunda Nelere Dikkat Etmeliyiz?

Öncelikle yanlış yapmamalıyız. Gerekirse bu konudaki kitaplara ya da yayınlara bakabiliriz. Veya bu konuda deneyimli meslektaşlarımıza sorabiliriz.

Eğer kesin kanaate varmakta zorlandığımız bir durum olursa, bu konuda kesin kanaatin belirlenmesi için, bir üniversite hastanesi veya ruh sağlığı hastanesine sevkini uygun olacağını rapor edebiliriz.(2)

ADLİ PSİKİYATRİNİN İLGİ ALANLARI

Adli Psikiyatri, genelde Ceza Hukuku ve Medeni Hukuka ait konular ile ilgilenmektedir. **CEZA HUKUKU İLE İLGİLİ OLARAK;**

- Ceza sorumluluğunun saptanması
- Yeni TCK’nun 34/1 Maddesinin değerlendirilmesi
- Çocuk ve akıl hastalarına karşı işlenen suçlar
- Şahsa karşı işlenen suçların ruh sağlığını etkilemesi

KÜLTÜREL PSİKİYATRİ

Dr. Zeynep Şenkal, Dr. Ömer Yanartaş, Dr. Kemal Sayar

KÜLTÜR NEDİR?

Günümüzde “kültür” kelimesi son derece esnek ve keyfi bir şekilde birçok farklı anlam ve bağlamda kullanılmaktadır. Bu sebeple “kültür” kelimesinin esas ve doğru anlamlarının yakından incelenmesi önemlidir. Kültür, geniş bir alanı kapsayan birden fazla anlamı içinde barındırır. Bu kelimenin kullanım şekli zaman içinde, toplumların siyasi yapılarında ve sahip oldukları bilimsel bilgilerde gerçekleşen değişiklikler doğrultusunda pek çok değişime uğramıştır. İlk aşama olarak kültür kelimesinin üç temel anlamını ele almak faydalı bir yaklaşım olacaktır (1). Buna göre kültür kelimesi, insanoğlunun tüm biyolojik ve yaşamsal boyutlarını kapsayan bir sosyal yapıyı; ortak bir tarihe ve kimliğe sahip insan grup ve topluluklarını tanımlayan ve birbirlerinden ayırt eden bir unsuru ve çoğu zaman dil aracılığıyla ifade edilen – ancak duruma göre müzik, sanat ve diğer araçlar aracılığıyla da ifade edilebilen – kolektif toplumsal yaratıcılığı kast etmektedir.

Kültür, insan biyolojisi ve deneyimlerinin en temel unsurlarından birisidir. İnsanoğlunun sosyal bir canlı olduğu gerçeğini yansıtan kültür, aynı zamanda insanların hem beyinlerinin hem de bedenlerinin yaşam tarzları tarafından nasıl şekillendirildiğini de gösterir. Kültür, gündelik hayatımızı biçimlediği kadar onun tarafından biçimlenir de; bu yönüyle sürekli bir evrim geçirir (2) ve bu süreçte nesilden nesile aktarılan tüm öğeleri kapsamaktadır. Bu öğeler, ortak değerler ve toplumsal gelenekler üzerine bina edilmiş fiziksel öğeleri, bilgi/düşünce sistemlerini ve toplumsal kavram ve kurumları da (örn. evlilik, mesleki sorumluluklar ve hukuk sistemi gibi kavram ve kurumları da) kapsamaktadır. Kültürel nörobilim alanında yakın zamanda gerçekleştirilen çalışmalar, kültürel öğelerin sinir sistemi tarafından nasıl kaydedilip benimsendiğini ortaya koymuştur. Ancak kültür yine de çoğunlukla insanların oluşturduğu ortak sosyal çevrede (yani bireysel çerçeve dışında) varlığını sürdüren bir öğedir (3). Kültürel öğeler bireyler tarafından ilgili sosyal çevreden alınıp (ya da benimsenip), uygun sosyal ortam ve bağlamlarda uygulamaya konulabilmektedir. (4).

Kültür sadece bilişsel modelleri ve tasarımları kapsamakla kalmayıp, aynı zamanda sosyal etkileşimlerin ve sosyal kavramların/kurumların bir parçasını oluşturan bilgileri, söylemleri ve uygulamaları da kapsamaktadır. Kültür kelimesinin ikinci

anlamı ise “ötekilere” gönderme yapmak için kullanılmaktadır. Diğer bir deyişle kültür; ortak geçmiş, coğrafi köken, dil, din ve yaşam tarzı gibi özellikler açısından bir grubu ya da topluluğu tanımlayan ve farklı kılan nitelikleri ifade etmektedir. Kültür kelimesinin bu anlamı, kökeni Latince “ulus” anlamına gelen “*ethnos*” kelimesine dayanan etnisite kavramını da içermektedir. Etnisite kavramı; farklı grup ya da toplulukların kültürel açıdan kendilerini tanımlanma şekilleri ile kendi grup ya da toplulukları dışında farklı kişilerle karşılaşmaları sonucunda ortaya çıkan “farklılık” algısı tarafından şekillendirilmektedir. Kültür, insanların biyolojik açıdan öğrenme ve hafıza kapasiteleri son derece gelişmiş sosyal canlılar olmalarının kaçınılmaz bir sonucuyken, etnisite kavramı farklı grup ya da toplulukların bölgesel açıdan sahip oldukları aidiyet duygusu ve sınır çizme eğilimlerinin bir yansımasıdır.

Çağdaş dünyada, etnisite kavramı tarihlerin oluşumu sırasında meydana gelen göçlerin bir sonucu olarak ortaya çıkan farklılıklar içeren toplumlarda önemli düzeyde ifade ve tanınma politikası problemlerine yol açmaktadır. Bu sebeple etnokültürel farklılık hem politik bir gerçek hem de biyososyal bir unsur olmakla birlikte, sağlık hizmetlerinde her iki açıdan dikkat gerektirmektedir (3).

İrk kavramı ise dış görünüş veya coğrafi kökendeki farklılıkları, biyolojideki veya diğer bir “nitelik”teki yapısal farklılıklara dayandırarak grupları birbirlerinden ayırmayı ifade eden bir başka unsurdur. İrkla ilgili ayrılıklar, gruplar arasındaki şiddet içeren etkileşimlerin tarihini yansıtmakla beraber, birçok ülkede önemli sağlık hizmeti eşitsizliklerine yol açan ayrımcı, ötekileştiren ve baskıcı sistemlerle ilişkili ırkçı ideolojileri desteklemektedir. (5-6). Çağdaş moleküler biyoloji ırk kavramını analiz ederek, insanlar veya gruplar arasındaki gözle görünür farklılıkların, genomdaki çok küçük farklılıklarla ve genellikle de nasıl tutarsız bir şekilde ilişkili olduğunu göstermiştir (7). Bunun sonucu olarak, ırk kavramını biyolojik farklılığın çok da güvenilir olmayan bir belirleyicisi olduğunu görüyoruz. Ancak ırkla ilgili etiketlerin sağlık üzerindeki etkilerinin sosyal ve psikolojik sonuçları sebebiyle, damgalanmanın anlaşılmasının, ırk ayrımcılığına uğramış kimliklerde sağlık hizmetleri eşitsizliğini, yapısal şiddeti ve ayrımcılığa uğrayan bireylerin sosyal çıkmazlarını anlamada önemli bir katkı sunduğu düşünülmektedir. Son on yılda, din kavramı uluslararası ve toplumlar arası çatış-

HAVACILIK VE UZAY PSİKOLOJİSİ

Dr. Muzaffer Çetingöç

“Bir kez uçuşu tattığımda artık sonsuza kadar gözün göklerde olacaktı.”

Leonardo da Vinci.

Giriş

Her şey insanın uçma arzusuyla başladı. İnsanoğlu uçmak için yaratılmadığı ve uçmaya uygun donanımı bulunmadığı halde uçma arzusu ve zekâsıyla mekanize uçuşu gerçekleştirebildi. Uçma hevesiyle yüzünü göklere çeviren insan, uçuşun eğlenceli ve romantik görünüşünün altındaki fizik ve fizyolojik zorlanmaları başlangıçta görmedi. Uçuş ortamına girmeye başladığında oksijensizlik (hipoksi), basınç azalması (dekompresyon, barotravma), akselerasyon (G kuvvetleri), vestibüler ve görsel illüzyonlar, kozmik radyasyon, soğuk, vb. gibi fizik ve fizyolojik streslere maruz kaldı. Karasal bir varlık olan insan bunların çoğunu tolere edemedi (inkapasite oldu), yaşamını riske soktu ve hatta yaşamını yitirdi. Sağ kalanlardan bazılarının, yaşadığı korku ve travmalarla psikolojisi bozuldu... Bu yüzden (bir ironi olarak, tarafımızdan) “Uçuşun sağlığa zararlı olduğu; havacılık tıbbının ve uçuş psikolojisinin de uçuşa muhalif olduğu” söylenmiştir (1).

Bütün bunlara rağmen insanoğlunun uçuş sevdası hiç bitmedi. 19 Ekim 1783 günü ilk insanlı balon uçuşu yapıldı. Balon uçuşlarından birini izleyen Fransa'nın Amerikan büyükelçisi Benjamin Franklin, “ilginç ama ne işe yarar ki?” diye söylenen birine, “Yeni doğan bir bebek ne işe yarar?” şeklinde cevap vererek, balon uçuşlarının gelecek vaat eden yönüne vurgu yapmıştı (2). Nitekim o bebek büyüdü ve 17 Aralık 1903 günü ilk kez ‘havadan ağır bir cisim’ uçuruldu (*heavier than air flight*). İlk uçuştan 58 yıl sonra (12 Nisan 1961 tarihinde) bir insan uzaya çıktı, 20 Temmuz 1969 günü de insanoğlu Ay’a indi; sırada Mars var...

Havacılık serüveninin gönüllüsü olan insan, bir yandan uçma arzusu, diğer yandan uçuşun yarattığı zorlanma ve travmalar arasında kaldı; gelgitler yaşadı. Son tahlilde tükenenlerin gittiği, kalanların misyonu sürdürdüğü görülüyor. Havacılık psikolojisi ve psikiyatrisinin ilgi ve uğraş alanı, tükenenlere de kalanlara da destek vermenin usulleridir...

Havacılık psikolojisi; uçan insanı anlamaya çalışmaktan başlayıp, uçuşu aday seçiminde doğru insanları bulmak için yöntemler geliştirmeye, uçucuların riskli düşüncü ve davranışlarına ve psikiyatrik bozukluklarına çözüm üretmeye kadar

geniş bir yelpazede kilit ve/veya anahtar rolü olan bir bilimdir. Başka bir metaforla, psikolojinin bir çeşit çilingirlik olduğu ve havacılık psikolojisinin de bu biçimde çalıştığı söylenebilir. Psikolojiyi elle tutulmaz gözle görülmez soyut bir kavram sananlar, uçuş emniyetinde oynadığı rolleri gördüklerinde ne kadar somut olduğunu fark edebilirler. Havacılıkta uçuş emniyeti kavramı, belki her şeyden fazla uçucunun psikolojisiyle ilgilidir.

Havacılık Psikolojisi Çalışmalarının Başlangıcı

Havacılık tıbbının ilk kitaplarından birinin yazarı olan Charles Richet'nin 1912 yılında söylediği, “*Bir pilot için en tehlikeli unsur, kendi psikolojisidir*” sözü bugün de geçerlidir (3). Benzeri bir yaklaşım 1919 yılında İngiliz Hava Kuvvetleri (RAF) doktorlarından Oliver Gotch'a aittir: “*Havacılıkta uçuş psikolojisinden daha önemli bir çalışma alanı yoktur.*” (4). 1903 yılındaki 12 saniye süreli ilk uçuştan sadece 16 yıl sonra İngiliz askeri doktorları, 1. Dünya Savaşı deneyimlerine dayanarak ilk havacılık tıbbi kitabını hazırladılar (H.G. Anderson, 1919); dokuz bölümlük kitabın üç bölümü pilotların psikolojik bozukluklarına ayrılmıştı (5). Bu tespitlerden 90 yıl sonra (2010 yılında) McClellan, genel havacılık kazalarında en büyük risk faktörünün pilotun psikolojisi ve karar vermesi olduğunu söylemiştir (6).

Önceleri havacıların psikolojik durumlarının ve psikiyatrik problemlerinin uçuş performansına etkisi hafife alınmıştır. Bu, uzay çalışmalarında da böyle olmuş ama sonradan teknik sorunlar çözüldükçe, özellikle uzun uzay yolculuklarında kısıtlayıcı unsurların en önemlisinin insan psikolojisi olduğu fark edilmiştir. Havacılığın pilotlar için fizik, fizyolojik ve psikolojik bileşenleriyle bir ‘stres kokteyli’ olduğu; pilotun ‘sınırlarda yaşadığı’ söylenmiştir. Yani pilot ve astronotların kazalara kadar varan stresleri, sanıldığı gibi sadece fiziksel değildir; bilişsel ve duygusal zorlanmalar daha fazladır (7).

Uçuş Psikologları

Bazı ülkelerin askeri havacılık yönergelerinde uçuş psikologlarının kaza-kırım inceleme komisyonunda yer almaları ve kazanın oluşumuna katkıda bulunan psikolojik faktörleri (duygudurum, motivasyon, yorgunluk, kişilerarası sürtüşmeler, ailevi ve ekonomik sorunlar, vs.) incelemeleri usulü getirilmiştir. Hatta Güney Afrika Cumhuriyetinde, yetkilendirilmiş havacılık psikologları (*Designated Aviation Psychology Examiners- DAPes*)

PSİKOSOMATİK TIP VE KONSÜLTASYON LİYEZON PSİKİYATRİSİ

Dr. Sedat Özkan

GİRİŞ

Sağlık, sadece hastalığın olmayışı değil, fiziksel, ruhsal, sosyal tam bir iyilik halinde olma durumudur. Ruh sağlığının, genel sağlığımızın ayrılmaz bir parçası olduğu unutulmamalıdır. Bedendeki değişiklikler beyni ve ruhu etkiler. Ruhsal durumdaki çatışmalar ve sarsılmalar da bedeni etkiler. Tıbbi hastalığı olanlarda, psikiyatrideki didaktik ve kategorik sınıflamaya girmeyecek, ancak ruhsal yardım gerektiren ve tedaviden yararlanacak birçok hasta vardır. Dar ve hastalık merkezli yaklaşımlar, fiziksel hastalık çerçevesindeki insan algı ve yaşantısını yeterince kavrayamaz. Tıbbi bilimler de, ruh sağlığı bilimleri de, indirgeyici yaklaşımı aşmalıdır. Ülkemizde sağlık hizmetlerinde en önemli sorunlardan biri, ruh sağlığı hizmetlerinin genel sağlık hizmetleri ile bütünleşmemiş olmasıdır.

Psikiyatri, doğa bilimlerinden sosyolojik bilimlere, antropolojiden felsefeye geniş ölçüde klinik tıp bilimlerinden davranış bilimine dek alanların verilerini sentez eden bir tıp dalıdır. Psikiyatridi sadece akli hastalıkların tedavisi kapsamı sınırları içinde düşünmeyip tıbbi durumlara psikolojik bakış açısının yaygınlaşması gerekir. Hekimlik, teşhisleri tedavi etmenin çok ötesinde ve öncesinde hastalığı olan kişiyi bütüncül olarak anlamak ve yardımcı olmaktır. Hekimlik, teşhisleri tedavi etmenin çok ötesinde ve öncesinde hastalığı olan kişiyi bütüncül olarak anlamak ve yardımcı olmaktır.

Biyopsikososyal sistem yaklaşımına göre, tıp ile psikiyatrinin çakıştığı ve bütünleştiği alanda, insan varlığına ve hastalıklara biyopsikososyal model içinde yaklaşma felsefesi ve klinik uygulaması esastır. Psikosomatik tıp anlayışının çağdaş yorumunu ve biyopsikososyal tıp yaklaşımını ifade eden liyezon psikiyatrisi, çağdaş tıp bilimleri ile davranış bilimleri arasında 'bütünleyici' bir köprüdür. Tıp ile psikiyatrinin kavramsal, klinik ve araştırma alanında bütünleşmesinin bir ürünü olarak konsültasyon liyezon psikiyatrisi, 20. yüzyıl dünya psikiyatrisindeki en önemli gelişmelerden biridir.

Bu bölüm, Konsültasyon-Liyezon Psikiyatrisi (Psikosomatik Tıp) (Genel Hastane Psikiyatrisi) uzmanlık alanının felsefesini, tanım, işlev ve uygulamasını tanıtmakta, dünyada ve ülkemizdeki tarihsel gelişimini, genel tıpta ortaya çıkan psikolojik tepkileri ve psikiyatrik bozuklukları sunmaktadır.

TANIMI

Konsültasyon liyezon psikiyatrisi, klinik tıpta, genel hastane içinde psikiyatri hizmetlerinin sunulmasıdır. Genel hastanede yatarak ya da ayaktan tedavi gören hastalara yönelik tıbbi tedavi ve bakım ile psikiyatrik tedavi ve psikososyal bakımın eş zamanlı olarak verilmesidir. Konsültasyon liyezon psikiyatrisi, bir anlamda tıbbın ve tıbbi hastalıkların psikiyatrisidir. Bu disiplin hastayı anlamadan hastalığın tedavi edilemeyeceği yönündeki bilimsel yaklaşım doğrultusunda insanın bedensel, ruhsal, toplumsal bütünlüğü içinde ele alınmasına yardımcı olur. Tıbbi tedavi ve bakım ile psikiyatrik tedavi ve bakımı bütünlük. Konsültasyon liyezon psikiyatrisi, genel klinik tıp ve çeşitli uzmanlık alanları ile işbirliğine dayanan, tıbbi durumlar ile psikiyatri ve psikososyal durumlar arasındaki bağlantı ve etkileşimi araştıran, klinik tıp alanında fiziksel hastalıklara eşlik eden psikiyatrik sendrom ve psikososyal sorunların tanı, tedavi, izlenmesi, araştırma etkinlikleri ve eğitimi ile uğraşan psikiyatri disiplini. Genel tıp ve klinik uzmanlık alanları ile psikiyatri arasındaki bağlantı ve işbirliğini yürütür (1,2,3).

Lipowski, psikiyatri üst disiplini ve uzmanlık alanı olarak değerlendirdiği konsültasyon liyezon psikiyatrisini şöyle tanımlamaktadır (2,3):

1. Fiziksel hastalıklarda ve fiziksel yakınması olan hastalarda (somatizasyon) psikiyatrik tanılarının araştırılması, tedavisi, izlenmesi ve engellenmesi, klinik tıp ortamlarında psikiyatrik tıp hizmetlerinin sağlanması.
2. Klinik ortamlarda (psikiyatri dışı) sağlık çalışanlarına, konsültasyon ve liyezon hizmetlerinin sunulması, psikiyatri dışı klinik elemanlara, hekim ve hemşirelere psikososyal tıp eğitimi verilmesi.
3. Tıp ile psikiyatrinin çakıştığı alanda, tıbbi hastalarda ya da fiziksel yakınma ile dış kliniklere başvuran hastalarda araştırmalar yapılması.

Konsültasyon liyezon psikiyatrisi uygulama alanı, servis protokolleri, tedavi yöntemleri ve ortamı ile genel psikiyatriden farklı adaptasyonları gerektiren, kendine özgü nozolojik ve terapötik bilgi, ustalık, ilke ve kuralları olan, özel uzmanlık dalıdır. Konsültasyon liyezon psikiyatrisi uygulaması ve medikal psikoterapi yöntemleri, birçok yönden genel psikiyatriden farklı olup, bu farklılıklar şu başlıklar altında tanımlanabilir (1,4,5):

GENEL TIPTA PSİKOTROP KULLANIMI

Dr. Mine Özkan

Genel klinik tıpta psikotrop kullanımı, fiziksel hastalıklara eşlik eden major psikiyatrik sendromlar (anksiyete bozukluğu, duygudurum bozukluğu, psikoz, organik mental sendrom) yanında psikosomatik sendromları ve uyum bozukluklarını da içeren geniş bir yelpazededir (1). Psikiyatrik konsültasyonların en az %35'inde ilaç tedavisi gereksinimi olduğu bildirilmiştir. Hastaların yaklaşık %10-15'inde psikotrop ilaçların, tıbbi durumlarla veya diğer ilaçlarla etkileşiminden dolayı psikotrop ilaçların azaltımı veya kesimi söz konusudur (2).

Psikofarmakolojik tedavinin uygun kullanımı; altta yatan tıbbi hastalık süreçlerinin, ilaç etkileşimlerinin ve kontraendikasyonların dikkatle değerlendirilmesini gerektirir. Tıbbi/ cerrahi hastalığın tedavisinde kullanılan birçok ilaç psikiyatrik sendromlarla ilintilidir (örneğin; L-dopa ile halüsinasyon, bronkodilatörle anksiyete, steroidle psikoz gibi). Karaciğer, böbrek veya kalp hastalığında doz ayarlamaları gerekli olabilir aynı zamanda bu tip hastalıklarda birlikte kullanılan ilaçlardan ötürü birçok ilaç etkileşimi de söz konusu olabilir. Gebelik ve süt verme dönemi psikotrop ilaç kullanımının hem potansiyel teratojenite, hem de yeni doğan üzerine olası olumsuz etkiler sebebiyle özel ilkeleri vardır. Tıbbi hastalığı olan kişinin tedavisi, ilaç dozlarının sıklıkla değişim gerektirir.

Genel tıpta psikotrop kullanırken, psikotrop ilaçların genel kullanım ilkeleri yanında Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi (KLP) alanına özgü önemli ilkeler vardır.

KLP Ortamında Psikofarmakolojik Tedavi İlkeleri

1. Ruhsal durum muayenesi yapılarak, öykü, tıbbi kayıtlar, fizik muayene ve laboratuvar bulguları değerlendirilerek uygun tedavi seçimi yapılır.
2. Psikotrop ilaç metabolizmasını etkileyecek böbrek, karaciğer veya mide-bağırsak sistemi fonksiyonundaki bozukluklar dikkate alınır.
3. Psikotrop ilaçların bozuk organa etkisi incelenir, özellikle kalp üzerine olan etkiye dikkat edilir.
4. Fiziksel hastalığı olan bir kişide birçok ilaç birlikte kullanılabileceğinden ilaç etkileşimlerine dikkat edilir. İlaç etkileşimleri sebebiyle kullanılan ilaçların hem farmakokinetikleri, hem de farmakodinamikleri etkilenebilir, değişebilir.
5. Gereksiz yere ilaç başlanmaz, gerekmediği düşünülen psikotrop kullanımı varsa kesilir.

6. Fiziksel hastalığı olan hastalarda çoğul psikotrop kullanımından kaçınılır. Aşırı sedasyon, merkezi sinir sistemi depresyonu ve merkezi antikolinergik ve serotonerjik sendrom riski ortaya çıkabilir.
7. İlaç seçiminde genel psikotrop kullanım ilkelerinde olduğu gibi geçmişte etkili olduğu bilinen ilaç tercih edilir.
8. Tedaviye mümkün olduğunca düşük ilaç dozlarıyla başlanır ve doz yavaş yavaş arttırılır.
9. Yüksek dozlarda ilaç kullanımının gerekli olduğu durumlarda monitorizasyon gerekli olabilir.
10. Tedavinin psikolojik ve psikososyal yönleri değerlendirilir. Hasta, tedaviye uyumu artırıcı yönde; hastalığı, uygulanmakta olan tedavi ve yan etkiler konusunda bilgilendirilir.

KLP psikiyatristi hem psikiyatrik, hem de tıbbi tanıları açısından ayrıntılı değerlendirme ve ayırıcı tanı yapabilecek kadar klinik deneyime sahip olmalı ve farmakolojik ajanların kullanımını konusunda yeterli bilgi ve donanımı olmalıdır. Depresif katatonik veya ileri dönem tıbbi hastalığı olan kişilerde EKT konusunda da bilgiye sahip olmalıdır. Psikosomatik Tıp Akademisine göre KLP psikiyatristinin aşağıdakilerle ilintili olarak ek farmakolojik bilgisi olmalıdır (3).

- Psikiyatrik bozuklukların tıbbi cerrahi hastalarda tanı ve seyri ile ilgili çeşitlilikler
- Özgül psikotrop ilaçların tedavide başlanması, doz azaltımı ve sonlandırılması endikasyonları
- Hastanın yaşı, cinsiyeti ve tıbbi durumu dikkate alınarak uygun doz ayarlamaları
- Karaciğer, böbrek veya kalphastalığı gibi hastalıklar varlığında psikotrop ilaçların bozuk organa etkisi, bozuk sistemin ilacın metabolizmasına etkisi veya ilaç etkileşimleri açısından değerlendirilmesi
- Tıbbi tedavide kullanılan ilaçlara bağlı gelişen psikiyatrik sendromların tanınması (örneğin; depresyon, psikoz, deliryum gibi)
- Madde kullanımına bağlı psikiyatrik bozuklukların (yoksunluk tabloları gibi) tedavisinde psikotrop ilaçların kullanımı ve detoksifikasyon protokolleri uygulanımı
- EKT kullanımı için uygun ve doğru endikasyonların kurulması

BİR KONSÜLTASYON LİYEZON PSİKİYATRİSİ BİLİM DALI EKİP ÇALIŞMASI MODELİ

Dr. Berker Duman, Dr. Hakan Kumbasar

Bu bölüm, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı bünyesinde 1980'lerden itibaren sürdürülmekte olan KLP çalışmalarını teorik ve pratik uygulamalar ışığında tanıtmak amacıyla yazılmıştır. Konsültasyon liyezon psikiyatrisi bilim dalında bir ekip çalışması modelinden ve kısaca Ankara Üniversitesi'nde kuruluş sürecinden bahsedilecektir. KLP temel kavramları, ilkeleri, dünyadaki ve Türkiye'deki tarihçesi daha önce ilgili bölümlerde detaylı olarak geçtiğinden bu bölümde ayrıca ele alınmayacaktır.

Konsültasyon liyezon psikiyatrisi (KLP); genel klinik tıp ve çeşitli uzmanlık alanları ile ruhsal ve psikososyal durumlar arası bağlantıları araştıran, fiziksel hastalıklara eşlik eden psikiyatrik bozukluk ve psikososyal sorunların tanısı, tedavisi ve izlenmesi ile uğraşan psikiyatri disiplini (1). KLP, hastalığın ve sağlığın bütün yönlerinde sosyal, psikolojik ve fiziksel faktörlerin karşılıklı etkisini kabul eden bir sistemler paradigması sunar (2). Bu paradigma, biyopsikososyal boyutta her meslek alanının spesifik uygulamalarının bütüncül bir çerçevede değerlendirilmesini ve sürekli bir bilgi akışı temelinde yeniden yapılandırılmalarla hastalığa etkin bir müdahale yapılmasını esas alır (2). İlk defa George Engel tarafından ortaya atılan biyopsikososyal model yaklaşımı, konsültasyon liyezon psikiyatrisinin de temelini oluşturmuştur (3). Hastanın düşüncelerinin, inançlarının, duygularının, sağlık davranışlarının ve sosyal ilişkilerinin anlaşılmasının hastanın durumunun bütüncül bir şekilde ele alınması için gerekli olması; hastalık modelinden biyopsikososyal modele geçişi sağlamış ve hastalığın fiziksel yönünün yanı sıra sosyal ve psikolojik yönlerinin de ele alınmasını gerekli kılmıştır (4).

Günümüzde ekip çalışması, biyo-psiko-sosyal model içerisinde çağdaş psikiyatrik tedavinin ayrılmaz bir parçası olmuştur (5). Konsültasyon liyezon psikiyatrisi hizmetlerinin bütüncül ekip çalışması şeklinde yürütülmesi önemli klinik yararlar sağlamaktadır ve ideal bir çalışma modeli sunmaktadır (6). Bilim dalımızdaki modelin ortaya çıkışında şüphesiz uzun yıllar verilen emeğin ve deneyimin önemli rolü olmuştur. Bu yazıda multidisipliner ekip anlayışı ile hizmet veren KLP modeli bilim dalımızdaki tarihsel gelişim süreciyle birlikte tanıtılmıştır.

KLP Bilim Dalı Gelişim Süreci

I. 1970-1993 (Ünite Öncesi Dönem)

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı'nda 1970 yılından itibaren konsültasyon liyezon psikiyatrisi alanında çalışmalar yapılmaya başlanmıştır. Prof. Dr. Celal Köksal, Dermatoloji ve Psikiyatri klinikleri arasında liyezon çalışmaları kapsamında haftada bir kez vizitlere konsültasyon amaçlı olarak katılmaya başlamıştır. Prof. Dr. Gülören Ünlüoğlu, Doç. Dr. Ülgen Okyayuz ile birlikte Radyasyon Onkolojisinde yatan hastalara yönelik grup psikoterapisi uygulamalarını ve liyezon çalışmalarını sürdürmüştür. Prof. Dr. Işık Sayıl tarafından acil servis içerisinde krize müdahale birimi kurulmuş ve intihar girişiminde bulunan hastalara yönelik multidisipliner yaklaşım ile kısa, acil psikoterapi destek uygulamaları başlatılmıştır. 1980'li yıllardan itibaren de Türkiye'de ilk defa tıp fakültesi öğrencilerinin staj eğitim programlarında ve psikiyatri araştırma görevlilerinin uzmanlık eğitim programları içinde teorik ve uygulamalı olarak konsültasyon liyezon psikiyatrisi eğitimi Prof. Dr. Abdülkadir Çevik tarafından verilmiştir.

II. 1993-2002 (Ünite Dönemi)

1993 yılında Psikiyatri Anabilim Dalı Akademik Kurulu'nda, diğer ünitelerle birlikte KLP ünitesinin Doç. Dr. Hakan Kumbasar sorumluluğunda kurulması yönünde karar alınmıştır. 1994 yılında İbni Sina Hastanesi'nde de ayrıca KLP birimi, Kumbasar sorumluluğunda açılmıştır. 1995'de Tıp Fakültesi Fakülte Kurulu kararı ile Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim dalında konsültasyon liyezon psikiyatrisi ünitesi kurulmuştur. Uzm. Dr. Atilla Soykan; 1996-98'de ABD'de Massachusetts Üniversitesi'nde iki yıl süreyle KLP üst ihtisasını yaparak Türkiye'de ilk kez liyezon psikiyatristi ünvanını almıştır. Daha sonra KLP ünitesine dönen Dr. Soykan çalışmalarına devam etmiştir. Türkiye'de ve Dünyanın gelişmiş üniversitelerinde önemi ve tıptaki yeri giderek belirginleşen konsültasyon liyezon psikiyatrisinin dahili tıp bölümleri içinde psikiyatri anabilim dalı bünyesinde bir bilim dalı olarak kurulmasına YÖK, 1997'de karar vermiştir. Aynı yıl Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Akademik Kurulu'nda alınan kararla bilim dalı olma yolundaki çalışmalar belirgin bir ivme kazanmış ve

TIBBİ OLARAK AÇIKLANAMAYAN BELİRTİLİ HASTALAR

Dr. Ali Çayköylü

Fiziksel belirti yaşama, hayatın bir parçasıdır. Batı kökenli çalışmalarda, genel popülasyonun yaklaşık %90'ının son iki haftada en az bir tane bedensel belirti yaşadığı bildirilmektedir (1). Ruh sağlığı için çare arama davranışında bulunan bireylerde de bedensel yakınmalar sıkça dile getirilir. Bunlar, altta yatan bir fiziksel ya da ruhsal bir hastalığın belirtileri olabilmesine karşın, çoğunlukla tıbbi bir duruma veya hastalığa bağlanamazlar.

Somatizasyon (bedenselleştirme), yaygın olarak görülen, günlük yaşam stresine cevap olarak ortaya çıkabilen bir cevap ya da yaşam tarzıdır. Somatizasyonu kolaylaştıran fizyolojik, psikolojik ve sosyal etkenler arasında; otonomik uyarılma, uyku bozuklukları, hareketsiz kalmaya bağlı fizyolojik distres, olayları algılama ve baş etme ile ilişkili faktörler, kişinin duyguru durumu ve kişilik yapısı gibi psikolojik etkenler ile sağlık hizmetlerinin uygunsuz kullanımı ve bakım verenin tutumu ile ilişkili diğer faktörler sayılabilir (2, 3). Konsültasyon liyezon psikiyatrisi kliniğine başvuruların 5. en yaygın sebebi bedensel yakınmalardır. Bu durum zor, problemli ve klinik olarak dikkat çeken bir tablodur (2).

Bedenselleştirme belirtilerini tanımlamak karmaşık ve tartışmalıdır. Bedenselleştirme kavramı, bedensel belirtiler için organik bir sebep bulunamadığında, psikososyal distresin veya altta yatan bir psikiyatrik bozulmanın varlığını ima ettiği

için eleştirilir. Bu yüzden, “işlevsel somatik belirtiler (İSB: FSS: Functional Somatic Symptoms)” veya “tıbbi olarak açıklanamayan belirtiler (TAB: MUS: Medically Unexplained Symptoms)” gibi daha ateorik terimler ortaya atılmıştır (4).

Bir belirti, bilinen fiziksel bir hastalığın klinik görünümü ile uyumlu olmadığında, ve/veya ilişkili pozitif fiziksel belirtilerin yokluğunda ve/veya fiziksel bir hastalığın tanısını desteklemeyen laboratuvar sonuçları olması durumunda genellikle TAB olarak tanımlanır (5). NHG (Nederlands Huisartsen Genootschap: Dutch College of General Practitioners) TAB rehberinde TAB’i, birkaç haftadan uzun süren, yeterli medikal araştırmaya rağmen, bahsedilen belirtilere yeterli tıbbi açıklama getirilemeyen fiziksel belirtiler olarak tanımlar (1).

TAB’li hastalara bakım vermek, sağlık çalışanları için oldukça kışkırtıcı ve zorlayıcı bir konudur. TAB’li hastanın tanımlanması ve tedavisindeki zorluklar, fiziksel ve ruhsal hastalık arasındaki interseksiyonu anlamadaki kısıtlılıkları işaret eden bir göstergedir (5, 6).

TAB’ler, sağlık bakım hizmetlerinde, yıllık aşırı ek maliyetleri olan durumlardır. Bu maliyetin büyük oranını hastanede yatışlar, tanıyla ilgili işlemler ve tıbbi tedaviler oluşturur. Somatik yakınmalarla başvuranların maliyeti sık doktor ziyaretleri, çok sayıda araştırma ve yatış gibi maliyetlerini içermesi

Bedenselleştirmeyi kolaylaştıran faktörler nelerdir?



(Potokar J)

PSİKOKUTANÖZ BOZUKLUKLAR

Dr. Şerif Bora Nazlı, Dr. Orhan Murat Koçak, Dr. Hakan Kumbasar

Beyin ve cilt arasındaki ilişki yıllardır dünyanın her tarafında araştırmacıların ilgisini çeken bir konudur. Psikodermatoloji ya da psikokutanöz tıp, 2 büyük branş olan psikiyatri ve dermatolojinin kaynaşmasının sonucudur. Dermatolog bu ilişkinin farkında olmalı ve hastalıkla psikolojik durum ilişkisini göz önünde bulundurabilmelidir. Psikodermatoloji tarihi, eski ve ilginçtir. Hipokrat yazılarında, emosyonel stres altındaki kişilerin saçlarını yolduğundan, kopardığından söz ederek stres ve onun cilde etkileri arasında ilişkiler olduğuna dair gözlemlerinden söz etmiştir. Aristo, vücudun ve zihnin ayrı ayrı olgular olmadığını, bu iki olgunun ayrılmazlığı ve tamamlayıcılığından bahsetmiştir. 1857’de İngiliz dermatolog ve cerrah olan William James Erasmus “Derinin Hastalıkları-Diseases of the Skin” adlı kitabını yayınlamış ve orada delüzyonel parazitoz, alopesi areata, kaşıntı ve hipopigmente lezyonlar başlıklarını ilk kez “cilt nevrozları- skin neurosis” adı altında toplamıştır (1).

Deri ve beyin embriyolojik olarak aynı tabakadan ektodermden köken alır. Deri, dış dünya ile sınırlarımızı çizme, duyguları ifade etme, otonom yanıtlar vermede ve yakınlık kurmada çok önemli işlevlere sahiptir(2). Bundan ötürü dermatolog ve psikiyatrist psikokutanöz bozuklukların tedavisinde iş birliği içerisinde olmalıdır.

Psikokutanöz bozuklukların genel olarak sınıflandırılması Tablo 1’de verilmiştir (3).

PSİKOJENİK FAKTÖRLERDEN ETKİLENEN DERMATOLOJİK BOZUKLUKLAR

Emosyonel stresin çeşitli deri hastalıklarının seyrini olumsuz etkilediği hem dermatologlar hem de hastalar tarafından kabul edilmektedir. Dermatologlar muayeneleri esnasında hastalarında psikiyatrik bir bozukluğun olup olmadığı konusunda daha dikkatli olmalıdır (4). Stresin psöriazis, alopesi areata, atopik dermatit ve ürtiker üzerinde olumsuz etkilerinin olduğu bilinmektedir. Vitiligo, akne, liken planus ve seboreik dermatitte stresin etkisi daha az da olsa bildirilmektedir (5).

Ürtiker

Ürtikerin stresle ilişkisi iyi bilinmekle birlikte etiyolojinin yüzde kaçının saf psikolojik faktörler olduğu kestirilememektedir. Son çalışmalarda %70 civarında hastanın ürtikerinin sebebinin aydınlatılamadığı bildirilmiştir (6). Ürtiker dairesel, kabarık,

TABLO 1

Psikokutanöz bozuklukların sınıflandırılması (3)

Psikojenik faktörlerden etkilenen dermatolojik bozukluklar
Ürtiker
Akne vulgaris
Psikojenik purpura sendromu
Alopesi areata
Vitiligo
Kronik egzema
Albinizm
Kronik inflamatuvar cilt hastalıkları (Psöriazis ve Atopik dermatit)
Hiperhidrozis
Herpes Simplex virüs enfeksiyonu
Seboreik dermatit
Rozasea
Dermatolojik semptomlarla giden psikiyatrik bozukluklar
Dermatitis artefakta
Delüzyonel parazitoz
Trikotillomani
Nörotik ekzorsasyonlar
Psikojenik kaşıntı(Prurigo nodularis, liken simpleks kronikus, Psikojenik ekzorsasyon)
Diğer
Vulvodinya, glossodinya
Dermatolojik hastalığı olanlarda intih

eritemli, genelde kaşıntılı, ödem alanı içeren lezyonları olan bir hastalıktır. Altta yatan anksiyete ve depresyon mutlaka araştırılmalı ve tedavi edilmelidir. 20 ile 40 yaş arasında daha yaygın görülmektedir. Erkek kadın oranı çocuklarda eşitken, erişkinlerde kadınlarda daha sık görülmektedir. Ürtiker akut veya kronik olabilir. Özellikle kronik ürtiker depresyon ve anksiyete ile birliktelik gösterir. Çocuklarda kronik idiyopatik ürtikere en sık eşlik eden bozukluklar sosyal anksiyete bozukluğu, ayrılma kaygısı bozukluğu ve özgül fobilerdir (7). Erişkinde 100 hasta ile yapılan bir kronik idiyopatik ürtiker ve travma sonrası stres bozukluğu ilişkisini gösteren bir çalışmada ürtiker hastalarının kontrol grubuna göre 1.89 kez daha fazla travma sonrası stres bozukluğu tanısı aldığını göstermiştir (8). Trisiklik antidepresanların potent antihistaminik etkileri kaşıntıyı azaltabilir, ve ürtiker tedavisindeki yeri önemlidir (9). Akut emosyonel stres sonrası oluşan adrenerjik ürtikerde artmış plazma adrenalin ve

ENDOKRİN SİSTEM HASTALIKLARI VE PSİKİYATRİ

Dr. Berker Duman, Dr. Hakan Kumbasar

Endokrinoloji, üretim yerinden daha uzaktaki bölgelere giderek o dokunun işlevlerini etkileyen hormonları ya da kimyasal medyatörleri çalışan bilimdir (1). Genellikle protein yapıda olanlar ve steroid yapıda olanlar olarak hormonlar iki sınıfa ayrılmaktadır. Hormonlar, nörohormonların etkisiyle salgılanır (2). Nörohormonlar, hipotalamustan salgılanan nöronal ürünlerdir ve hormonların salgılanmasını düzenlemek üzere ön hipofize giderler. Kafa tabanında yer alan ön hipofiz TSH, GH, PRL, LH, FSH, ACTH olmak üzere altı hormon salgılar. Arka hipofizden ise, AVP ve oksitosin salgılanır (1).

Endokrin hastalıklar, sık görülen tıbbi durumlardır (1). Endokrinoloji ve psikiyatri ilişkisi oldukça dikkat çekicidir. Örneğin tiroid işlev bozuklukları gibi endokrin bozukluklar mental durumu etkilerken, birincil psikiyatrik bozukluklar da nöroendokrin düzenleyici işlevleri etkileyerek diabetes mellitus gibi endokrin bozukluklara yatkınlığa sebep olabilir (3).

Endokrinolojik hastalığı olanların çoğunda fiziksel belirtiler ön planda olduğundan, genel dahili kliniklere başvuru sıklığı ancak endokrinolojik hastalıkların bir kısmı özellikle erken dönemde salt psikiyatrik belirtilerle başlayabilir ve bu durum endokrin hastalığın atlanmasına sebep olabilir (3). Dolayısıyla, endokrinoloji uzmanlarının psikiyatrik semptom ve bulguları iyi tanımaları, psikiyatrik hastalıkların tanı ve tedavileri hakkında bilgi sahibi olmaları beklenir. Benzer şekilde, psikiyatri uzmanlarının da endokrin sistem hastalıklarının semptom ve bulguları, tanı ve tedavileri hakkında yeterli bilgi sahibi olmaları gereklidir. Her iki alanda donanımlı uzmanların yetişmesi ile klinik hizmetlerin kalitesinde ve araştırma faaliyetlerinin niteliğinde bir artış sağlanabilir.

Bu bölümde tiroit, paratiroid, diyabet, adrenal bez hastalıkları ile feokromositoma ve hiperprolaktinemiden kısaca bahsedilecek ve endokrin hastalıklar psikiyatrik yönleriyle ele alınacaktır.

TİROİT HASTALIKLARI

Tiroit hormonları Triiodotronin (T_3) ve Tiroksin (T_4), tiroit bezi folliküllerinde tiroglobülün glikoproteinine bağlı tirozin yapılarının iodyasyonu ile sentezlenir (1,4). Tiroit hormon sentezi, ön hipofizden salgılanan tiroid stimulating hormone (TSH) ile düzenlenir. TSH aktivitesi de hipotalamustan salgılanan tirotropin releasing hormone (TRH) ile düzenlenir. TSH aktivi-

tesi ayrıca tiroit hormonlarının negatif geri besleme sistemi ile kontrol altında tutulmaktadır. Düşük tiroit hormon seviyeleri TRH ve TSH salınımına sebep olur (1). Tiroit hormonları, normal gelişim, nöronal farklılaşma ve metabolik regülasyon için gereklidir (4,5). Serebral kortekste yer alan T_3 'ün yaklaşık %20'si tiroit bezinden salgılanırken, %80'i T_4 'ün lokal olarak T_3 'e dönüşümünden köken almaktadır (6).

Hipotiroidizm

Çoğu yazara göre, aşikar ya da subklinik hipotiroidizm ile depresif semptomların sayısı ve şiddeti arasında ilişki vardır (7). Ayrıca, bazı yazarlar tarafından depresyonu olan hastaların değerlendirilmesinde tiroit fonksiyon testlerinin özellikle de yaşlı hastalarda rutin klinik uygulamada yer alması gerektiği bildirilmiştir (7). Ancak, depresyon ve hipotiroidizm arasındaki ilişki yapılan çok sayıda çalışmaya karşın net olarak gösterilememiştir (8). Depresyon ve hipotiroidizm arasındaki ilişki olasılıkla çok yönlü ve beklenenden de karmaşıktır.

Hipotiroidizm prevalansı kadınlarda %2, erkeklerde %0.1'dir (1). Hipotiroidizmin en sık görülen sebebi otoimmün Hashimoto tiroiditidir (7). Hipopitüitarizm, iyot eksikliği, radyoaktif iyot tedavisi, lityum tedavisi sonucunda da hipotiroidizm gelişebilir (2,7).

Hipotiroidizmin semptomları arasında; halsizlik, yorgunluk, soğuğa tahammülsüzlük, kilo artışı, kabızlık, saç dökülmesi, sekte kabalaşma, kas ağrıları sayılabilir (9). Ayrıca, çökkün duygudurum, apati ve dikkat kusurları gibi psikiyatrik semptomlar görülebilir (1). Tedaviye dirençli depresyon, psikotik semptomlar ('miksödem madness'), geri dönüşümlü demansiyel tablolar da gözlenebilir (1,9). Aşikar hipotiroidizmin yanı sıra, subklinik hipotiroidi de önemli nöropsikiyatrik tablolarla ilişkili olabilir. Subklinik hipotiroidizm, dolaşımdaki tiroid hormonlarının normal konsantrasyonlarına karşın TSH seviyesinde yükselme ile tanımlanmaktadır ve sık gözlenen bir tiroit patolojisidir (10). Subklinik hipotiroidizmde, aşikar hipotiroidizmle kıyaslandığında daha az görülmekle birlikte depresif semptomlar ve bilişsel kusurlar olabilir (10,11).

Tiroit hormonları, 1960'lardan bu yana depresyon tedavisinde klinik yanıt süresini kısaltmak amacıyla ve tedaviye dirençli depresyon vakalarında yardımcı tedavi olarak kullanılmaktadır (6). Özellikle atipik özellikleri olan bir grup hastada

JİNEKOLOJİK HASTALIKLAR VE PSİKİYATRİ

Dr. Berker Duman, Dr. Ruşen Aytaç, Dr. Hakan Kumbasar

Çok eski çağlardan bu yana, kadın üreme sistemi ile ruhsal hastalıklar arasında bağlantı kurulmaktadır. Kadın hastaların tedavisi, kadın üreme sisteminin fizyolojik ve anatomik özelliklerinin, sosyal bağlamının ve obstetrik/jinekolojik hastalıkların özelliklerinin bilinmesi ile uygun şekilde yürütülebilir. Bu bölümde öncelikle, menstrüel siklus ve ilişkili hormonal ve psikolojik değişiklikler, premenstrüel sendrom, fonksiyonel hipotalamik anovulasyon, kronik pelvik ağrı ve kısırlık ele alınacak sonrasında gebelik ve ilişkili psikiyatrik bozukluklar, gebeliğe özgü psikiyatrik tablolar, menopoz ve üriner inkontinans sırasıyla gözden geçirilecektir. Gebelik ve emzirme dönemindeki psikiyatrik hastalıkların tanı ve tedavisi ilgili bölümlerde ele alındığından burada bahsedilmeyecektir.

Menstrüel Siklus Fizyolojisi

Menstrüel döngü, endokrin, oktrin ve parakrin faktörler tarafından sıkı kontrol altında tutulmaktadır ve over folliküler gelişimi, ovulasyon, luteinizasyon, luteolizis ve endometrium yeniden yapılanmasıyla ilişkilidir. Foliküler faz 14.6 gün, luteal faz 13.6 gün olmak üzere ortalama döngü 28 gündür (1). Her döngü başlangıcında, hipotalamik GnRH ile tetiklenen bir grup follikül gelişmeye başlar. GnRH, hipofizer gonadotropinlerin (LH-luteinizan hormon ve FSH-folikül stimulan hormon) salınımını uyarır. LH etkisiyle, overdeki teka hücrelerinden androjen sentezlenmesi ve salgılanması sağlanır. FSH etkisiyle de, üretilen androjenler östrojenlere çevrilir. Östradiol seviyesi kritik seviyeyi geçtikten sonra, LH piki olur ve ovulasyon gerçekleşir. Takiben korpus luteum oluşur ve progesteron salgılamaya devam eder. Menstrüel döngü, folliküler ve luteal fazlardan oluşmaktadır. Ovulasyon öncesi folliküler faz, ovulasyon sonrası ise luteal faz olarak adlandırılır. Folliküler fazda FSH, luteal fazda LH baskındır. Luteal fazda progesteron ve östradiol benzer düzeylerdeyken folliküler fazda östradiol baskındır (2). Gözlenen bu hızlı hormonal değişimler sırasında beyin ve beden iki yönlü olarak etkileşmektedir.

Premenstrüel Sendrom ve Premenstrüel Disforik Bozukluk

Premenstrüel psikiyatrik semptomlar, duygudurum bozukluklarının bir parçası olarak düşünülmektedir ve duygudurum bozuklukları ile ilgili bölümlerde detaylı olarak ele alınmaktadır.

Burada kısaca tarihçesi, etiyolojisi, klinik özellikleri ve tedavisinden bahsedilecektir.

İlk olarak 1931'de Frank tarafından 'Premenstrüel tension' olarak tanımlanmış, 1953'de Greene ve Dalton tarafından 'Premenstrüel sendrom' olarak adlandırılmıştır. 1987'de DSM-III-R'nin ana kategorileri arasında yer almayan ancak ek kısmında yer alan 'Late luteal phase dysphoric disorder' tanımlanmıştır. DSM-IV'de ek kısmında yer almaya devam etmiş ancak adı 'Premenstrüel dysphoric disorder' olarak değiştirilmiştir (3). 2013 yılında yayınlanan DSM-5'de ise ana tanı kategorisine alınmıştır.

Premenstrüel disforik bozukluk (PMDB) ile premenstrüel sendromun (PMS) aynı kavramlar olmadığına dikkat edilmelidir. PMS, hafif duygudurum değişiklikleri ve daha az fiziksel semptomla tanımlanan bir tablodur (4). Premenstrüel sendrom kadınlarda menstrüel döngünün geç luteal döneminde memelerde şişkinlik, baş ağrısı, halsizlik, kilo alımı gibi fiziksel ve depresif duygudurum, irritabilite, gerginlik gibi ruhsal belirtilerin ortaya çıkıp bu durumun genellikle menstrüasyonun başlamasıyla ortadan kalktığı bir tablo olarak tanımlanmaktadır. Bu belirtilerin klinik ve sosyal açıdan problem yaratacak düzeyde olması PMDB olarak tanımlanmaktadır (5). Kadınların çoğunluğunda premenstrüel sendroma ait bazı bulgular ortaya çıkarırken, PMDB ancak %3-8 arasında bildirilmiştir (4).

Etiyolojik açıdan değerlendirildiğinde, en azından bazı semptomların kadınların çoğunda ortaya çıktığı da dikkate alındığında luteal faz sırasındaki az sayıda ve yeterince rahatsızlığa sebep olmayan semptomların fizyolojik olduğu düşünülebilir. Etiyolojide gonadal steroidler öncelikle sorumlu tutulmaktadır. Ovulatuvar olmayan sikluslarda ve ovulasyonu inhibe edici tedavilerde ve ovaryektomi sonrasında semptomların kaybolması gonadal steroidlerin rolünü kuvvetlendirmektedir. Bazı araştırmacılara göre, semptomlar geç luteal fazda progesteron düşüşü sebebiyle tetiklenmektedir. Buna karşın diğer bir görüş ise semptomların preovulatuvar östradiol pikiyle tetiklendiği hipotezidir (6).

Klinik açıdan duygudurum dalgalanmaları, çabuk sinirlenme, öfke, çökkün duygudurum, bunaltı gibi semptomların mens başlangıcıyla azalması ya da kaybolması beklenir. Tanı için belirtilerin klinik açıdan anlamlı etkilere sebep olması gereklidir.

KARDİYOİRESPIRATUAR SİSTEM HASTALIKLARI VE PSİKİYATRİ

Dr. Berker Duman, Dr. Hakan Kumbasar

Bu bölümde, kardiyovasküler sistem hastalıkları ve psikiyatrik bozukluklarla ilişkisi dahili yönlerden öncelikle ele alınacak, sonrasında sık görülen respiratuar sistem hastalıkları psikiyatrik yönleriyle gözden geçirilecektir. Kalp-damar-göğüs cerrahisi ve psikiyatrik yönleri ilgili bölümde ayrıca ele alınacaktır.

KARDİOVASKÜLER SİSTEM HASTALIKLARI

Kardiyovasküler hastalıklar, tüm dünyada en sık morbidite ve mortalite sebebidir (1). Psikososyal faktörlerin, kardiyovasküler hastalıklarla ilişkisi olduğu uzun zamandır bilinmektedir. Düşük sosyoekonomik düzey, yetersiz sosyal destek, iş ve aile yaşamında stres, anksiyete ve depresyon kardiyovasküler hastalıkların gelişiminde risk faktörleri olarak tanımlanmıştır (2,3). Kardiyovasküler hastalıklar ile psikiyatrik hastalıklar genellikle iki yönlü ilişkilidir. Psikiyatrik hastalıklar, kardiyovasküler hastalık riskini arttırırken, kardiyovasküler hastalıklar da psikiyatrik hastalık riskini arttırmaktadır (4). Aradaki iki yönlü ilişki, doğrudan ilişkili mekanizmaların (otonom sinir sistemi, endokrin ve inflammatuar sistemler) ve dolaylı davranışsal etkilerin sonucu olabilir. Örneğin; hipertansiyon, hiperkolesterolemi, sigara kullanımı, diyabet, obezite, malnütrisyon, hareketsiz yaşam gibi kardiyovasküler hastalıklar için tanımlanan klasik risk faktörlerinin psikososyal yönleri vardır (5).

Bu bölümde sık görülen kardiyovasküler hastalıklar ve eşlik eden psikiyatrik hastalıklar öncelikle ele alınacak; sonrasında kardiyak hastalığı olan popülasyondaki tedavi yaklaşımları gözden geçirilecektir.

Koroner Arter Hastalığı

Koroner arter hastalığı (KAH) en az bir ana koroner arterde anjiyografi ile %50 ya da daha fazla tıkanıklığın gösterilmesi ile tanımlanır. Ateroskleroz oluşumunda çok sayıda risk faktörü etkilidir ve etiyojisi multifaktöriyeldir (6,7). ABD'de KAH insidansı yılda 5 milyondan fazladır ve her yıl 500,000'den fazla kişi miyokard infarktüsü(MI) geçirmektedir (6).KAH,tüm dünyada önde gelen ölüm sebepleri arasında yer almaktadır(8).

Koroner arter hastalıkları ile psikiyatrik hastalıkların ilişkisi oldukça karmaşıktır. Örneğin, çok eski çağlardan bu yana akut emosyonel stres ile miyokard enfarktüsü arasında bir ilişki olabileceği gözlemlenmiştir (9,10). Öte yandan bu konuda yapılan kontrollü çalışmalarda ise, çelişkili sonuçlar elde edilmiştir. Öne

TABLO 1

KAH için Tanımlanan Psikososyal Risk Faktörleri

- Düşük sosyoekonomik düzey
- Sosyal desteğin yetersizliği/ Sosyal izolasyon
- İş ve aile yaşamında stres
- Depresyon
- Anksiyete
- Hostilite ve öfke
- Tip D kişilik

sürülen olası biyolojik mekanizmalar arasında korku, öfke gibi durumların aterosklerotik koroner segmentten geçen kan akımını azaltması ve koroner spazma sebep olması sayılabilir (6).

KAH için tanımlanmış standart risk faktörleri arasında, ileri yaş, erkek cinsiyet, sigara kullanımı, hiperlipidemi, hipertansiyon ve diyabet yer almaktadır. Tanımlanan bu risk faktörlerinin yanı sıra bazı psikososyal risk faktörlerinin de etkisi olduğuna dair bulgular vardır (3).

Çabuk öfkelenme, sabırsızlık, agresyon, hostilite, yarışmacılık ve acelecilik gibi özellikleriyle tanımlanan Tip A davranış paterni, 1970'lerde psikokardiyoloji çalışmalarında KAH riskini arttıran popüler bir kavram olarak öne çıkmış olsa da sonraki yıllarda yapılan çalışmalarda bu ilişki net olarak gösterilememiştir. Öte yandan, tip A davranış paterninin çekirdek özelliği olan hostilitenin ise, KAH riskini arttırdığına dair bazı kanıtlar vardır (6). Tip D kişilik ise, genellikle olumsuz emosyonel yaşantıları içeren ve sosyal inhibisyonla giden ve ICD-X'daki distimik bozukluğa benzeyen süregelen bir klinik tablodur. Tip D kişilik, KAH'da kötü prognozla ilişkilendirilmiştir (3).

Depresyon, KAH riskini arttıran ve/veya kötü prognozla ilişkilendirilen en önemli psikiyatrik rahatsızlıktır. Majör depresyon ve eşik altı depresif belirtiler KAH için çeşitli yazarlarca kötü prognoz ölçütü olarak önerilmektedir ancak henüz kılavuzlarda yer almamaktadır (11).

Anksiyete bozuklukları grubunda en çok ilişki gösterilenler arasında yaygın anksiyete bozukluğu, panik bozukluk ve travma sonrası stres bozukluğu sayılabilir (12). Örneğin, acil servislere göğüs ağrısı ile başvuran hastaların yaklaşık %20'sinde panik bozukluk bildirilmiştir (13).

KAS İSKELET SİSTEMİ HASTALIKLARI VE ROMATOLOJİK HASTALIKLARIN PSİKİYATRİK BOZUKLUKLARLA İLİŞKİSİ

Dr. Ayşegül Sakarya, Dr. Hakan Kumbasar

Kas iskelet sistemi hastalıkları ve romatolojik bozukluklar psikiyatrik belirtilerle yakından ilişkili durumlardır. Toplum temelli araştırmalarda erişkin popülasyonda kronik ağrı görülme oranı %25-50, birinci basamakta sağlık hizmeti alanlarda %35 olarak bildirilmiştir (1, 2, 3).

Bu hastaların yaklaşık üçte birinde en sık depresyon ve anksiyete belirtileri olmak üzere çeşitli psikiyatrik belirtiler ya da hastalıklar bulunabilmektedir. Kronik ağrılı kas iskelet hastalığı olan kişilerden depresyonu da olanlar ağrı sebepli işlev kaybını daha çok yaşamakta ve daha fazla ekonomik sorunla mücadele etmek zorunda kalmaktadır (4). Ağrının, artmış stres, azalmış psikolojik dayanıklılık ve başa çıkma mekanizmaları ile ilişkili olabileceği bildirilmektedir (4). Aynı zamanda ağrı sebebiyle gelişen sosyal izolasyon, market alışverişi, çocuk bakımı, ev işleri gibi temel günlük yaşam aktivitelerinde başkalarına bağımlılık, işin kaybı, daha düşük gelir düzeyi ve sağlık harcamalarında artış, hem maddi hem ruhsal stresin artmasına sebep olabilir. Hem ağrı hem de psikiyatrik hastalıklar birbirlerinden bağımsız ya da komorbid olarak günlük yaşamdaki işlevselliği etkileyen durumlardır (5).

Kas iskelet sistemi hastalıklarının psikiyatrik bozukluklarla ilişkisi kabaca iki alt başlık halinde incelenebilir:

1. Kronik kas iskelet ve romatizma hastalıklarında komorbid psikiyatrik belirti ve bozukluklar
2. Psikiyatrik bozukluklar ve kronik ağrı tabloları

KRONİK KAS İSKELET VE ROMATİZMA HASTALIKLARINDA KOMORBİD PSİKİYATRİK BELİRTİ VE BOZUKLUKLAR

Romatolojik hastalıklarda depresyon genel topluma göre iki kat fazla görülmektedir ancak tanınıp tedavi edilme oranı düşüktür (6). Bunun sebebi olarak; hastaların öncelikli olarak bedensel yakınmalarını dile getirmeleri ya da hekimlerin bunu öncelikli görmeleri, psikiyatrye karşı önyargı, psikiyatrik belirtilerin hastanın tablosunu karmaşık hale getirmesi sonucu mevcut durumun anlaşılabilmesi gösterilebilir (7). Kas iskelet sistemi hastalıkları sebebiyle rehabilitasyon alan hastalarda psikiyatrik hastalık komorbiditesini araştıran geniş ölçekli çalışmalarda; yaşam boyu psikiyatrik hastalık prevalansı %64.6 olarak bulunmuş, en sık psikiyatrik komorbid hastalıkların anksiyete bozuk-

luğu (%15), duygudurum bozuklukları (%10.7) ve madde kullanımıyla ilişkili bozukluklar (%9.2) olduğu bildirilmiştir (8). Bu sebeple kas iskelet sistemi ağrısı olan hastalarda değerlendirme yaparken depresyon, anksiyete ve psikososyal stresörler de değerlendirilmelidir (4). Psikiyatrik komorbiditenin gözden kaçması tedavi yanıtını etkilediğinden hastada kötü prognoza sebep olabilir (9). Hasta ve tedavi ekibinin her ikisinde yalınlık ve öfke yaratabilir. Bu sebeple tanınması ve tedavi edilmesi hastaların ıstırapının daha yüksek oranda giderilmesi, toplumdaki iş gücü kayıplarının azaltılması, sağlık sistemi için hem zaman hem de sağlık harcamasının azaltılması açısından önemlidir.

Aşağıda psikiyatrik komorbidite ile en sık seyreden bazı kas iskelet hastalıklarından söz edilmiştir.

Romatoid Artit

Romatoid artrit (RA) eklemlerde yaygın ve simetrik inflamasyonla karakterize kronik otoimmün bir hastalıktır. Toplumda 7/1000 oranında görülen, kadınlarda erkeklerden daha fazla etkileyen bir hastalıktır. RA de depresyon oranı %9.4 - 41.5 olarak bildirilmiştir (6, 10). Düşük yaş ortalamasında depresyon prevalansı daha yüksek bulunmuştur (10). RA' te depresyonun etyopatolojisi pek çok etmenle ilişkilendirilmiştir. İmmün sistem ve sitokinler üzerinden, psikososyal etmenlerden, ağrı ve işlev kaybından etkilenebilmektedir. Hem duyulan ağrının hem de ilerleyen deformiteler sebebiyle sosyal kısıtlanmanın depresyon görülme riskini artırdığı düşünülmektedir (6, 11). Birçok çalışmada depresyon ve ağrı şiddetinin ilişkili olduğu belirtilmiştir. Ayrıca hastada depresyon varlığının, hasta rolü, tedaviye uyum, hastalıkla başa çıkma ve hissedilen ağrı düzeyi ve mortalite üzerinde de olumsuz etkileri olduğu bilinmektedir (10,12). Bu sebeple bu hasta grubunda depresyonun tanınarak tedavisinin yapılması son derece önemlidir. Aynı şekilde anksiyete bozukluğu oranı da RA da artmıştır. Hastaların %20 sinde anksiyete belirtileri görüldüğü yönünde araştırmalar bulunmaktadır (11). RA'da uyku kalitesinin bozulduğu da bildirilmektedir. Uyku bozuklukları da özellikle hastalık aktivasyonu ve depresyon ile ilişkili bulunmuştur (13).

Sistemik Lupus Eritamatozus

Multisistemik otoimmün bir hastalıktır. Toplumda prevalansı 5/10.000 olarak bildirilmiştir. Çoklu organ tutulumu yapar.

KALP-DAMAR-GÖĞÜS CERRAHİSİ VE PSİKİYATRİ

Dr. Ulaş Kumbasar, Dr. Metin Demircin, Dr. Berker Duman, Dr. Hakan Kumbasar

Önceki bölümde kardiyovasküler ve respiratuar sistem hastalıklarının psikiyatri ile ilişkisi dahili yönlerden ele alınmıştır. Bu bölümde ise, kalp-damar- göğüs cerrahisi psikiyatrik yönleriyle ele alınacaktır. Sırasıyla major cerrahi girişimlerdeki preoperative psikiyatrik özellikler, kardiyak cerrahi sonrası gözlenen nöropsikolojik bozukluklar, kalp nakli ile ilişkili psikiyatrik sorunlar, kardiyak cerrahi hastalarında psikotrop ilaç kullanım özellikleri, göğüs cerrahisi hastalarının preoperatif ve postoperatif psikiyatrik özellikleri gözden geçirilecektir.

KALP-DAMAR CERRAHİSİ

Önceki bölümde detaylı olarak anlatıldığı üzere psikolojik faktörler birçok hastalığın gelişmesinde, seyrinde, iyileşme döneminde ve sağ kalımında önemli rol oynarlar(1). Tüm bu faktörler koroner arter hastalığının gelişme aşamalarında olumsuz rol oynadıkları gibi hastalık ortaya çıktıktan sonra da sağ kalımı olumsuz etkilemektedirler (2).

Cerrahi girişimlerde, hastaların psikolojik ve psikososyal rahatsızlıkları cerrahi dışı tedavilere göre daha fazladır. Kolesistektomi, apendektomi gibi yaygın olarak yapılan ameliyatlarda görülebilen anksiyete semptomları; radikal onkolojik girişimler, kardiyak cerrahi ve özellikle organ nakli gibi büyük cerrahi işlemlerde daha da ileri düzeydedir. Bu tür majör cerrahi adayları olan hastalarda vücut organ ve doku kaybına bağlı özürülü kalma kaygısı ve ölüm korkusu sık görülür (3,4).

Teknolojik ilerlemeler ve tedavi yöntemlerindeki olumlu gelişmelere rağmen kalp cerrahisi uygulanan hastalar önemli psikiyatrik ve psikososyal sorunlara yol açma potansiyeli olan hastalardır. Genel olarak cerrahi hastalarında ortaya çıkabilecek psikiyatrik sorunlar Tablo 1’de özetlenmiştir (5,6).

TABLO 1

Cerrahi Hastalarında Ortaya Çıkabilecek Psikiyatrik Sorunlar

- Olumsuz savunma mekanizmaları ve uyum güçlükleri (inkar, tedaviyi reddetme).
- Deliryum (özellikle postoperatif dönemde).
- Depresyon.
- Yaygın anksiyete bozukluğu.
- Psikotik bozukluklar.
- Psikoseksüel sorunlar.
- Organ kaybı ve vücut görünümü ile ilgili sorunlar.

Preoperatif dönemde psikiyatrik problemleri olan hastalarda postoperatif dönemde psikiyatrik ve fiziksel komplikasyonlar daha fazladır. Bu sebeple bu tip hastaların preoperatif dönemde belirlenip uygun tedavi ile ameliyata hazırlanması çok önemlidir. Bu sayede hastaların genel iyilik hali artar ve postoperatif komplikasyonlarla birlikte psikiyatrik morbidite de azaltılmış olur. Tüm bunların sağlanabilmesi ise preoperatif dönemden başlayan ve postoperatif dönemde de devam eden psikiyatri işbirliği ile mümkündür (7).

Kardiyak cerrahi gibi majör cerrahi uygulanacak hastanın preoperatif psikolojik değerlendirmesinde dikkat edilmesi gereken bazı noktalar vardır. Öncelikle, hastanın daha önce herhangi bir cerrahi işlem geçirip geçirmediği, geçirdiyse işleme nasıl tepki verdiği öğrenilmelidir. Hastanın ailesinde veya yakınlarında cerrahi girişim uygulanan kişilerin varlığı ve bu girişimlerin sonuçları mutlaka sorgulanmalıdır. Ayrıca hastanın hastalığı ve geçireceği ameliyatla ilgili bilgisinin olup olmadığı ve beklentisinin ne olduğu belirlenmelidir (6,8). Gerçekleştirilecek ameliyatla ilgili yeterli bilgi edinmiş, katılımcı tutum gösteren, kaygı düzeyi normal sınırlar içinde ve gerçekçi beklentileri olan hastaların postoperatif dönemdeki uyumları; ameliyat öncesi kaygıları yüksek, içinde bulundukları durumu ve gerçeği inkar eden hastalardan daha iyi olmaktadır. Gözden kaçırılmaması gereken bir diğer nokta da ameliyat öncesi kaygısız ve ilgisiz görünen hastaların da psikiyatrik açıdan riskli olduğudur (9).

Hastaların ameliyata hazırlanmasında ilk basamak bilgilendirmedir. Hastaya hastalığı ve geçireceği cerrahi işlemle ilgili, anlayabileceği terimler kullanarak, güven ve destek sağlayıcı bir tutumla bilgi verilmelidir. Ameliyatın amacı, sebep uygulandığı, olası risklerinin neler olduğu, ne kadar süreceği, ameliyat sonrasında nelere dikkat etmesi gerektiği, yoğun bakım ihtiyacı olma olasılığı, ameliyat sonrası erken ve geç dönemde ne gibi ilaçlar kullanması gerektiği ve kendisinden ne beklendiği uygun bir şekilde anlatılmalıdır. Cerrahi işlemlerle ilgili bilgilendirme sonrası kalp cerrahisi gibi ölüm riski taşıyan hastalarda inkar davranışı gelişebilir. Bu davranış şiddetlenirse, hastanın tedavi ve girişimleri reddetme olasılığı düşünülerek mutlaka psikiyatrik destek alınmalıdır.

Bilgilendirmeden sonra hastanın ameliyata psikolojik olarak hazırlandığı ikinci aşamaya geçilir. Ameliyat öncesi hastaların psikiyatrik yönden hazırlanması, ameliyat sonrası dönemde

HEPATOLOJİ VE PSİKİYATRİ

Dr. H. Can Cimilli

Psikiyatrinin tıbbi hastalıkların psikiyatrik yönleri ile ilgilenen yan dalı konsültasyon liyezon psikiyatrisi ya da psikosomatik tıp olarak adlandırılmaktadır. Konsültasyon liyezon psikiyatrisinin önemli çalışma alanlarından birini karaciğer hastalıklarının psikiyatrik yönleri oluşturmaktadır. Bunun en önemli sebebi de insan bedenindeki metabolik süreçlerin merkezi olan karaciğerin önemidir. Örneğin psikiyatrik tedavinin en önemli unsurlarından birini oluşturan psikotrop ilaçların büyük bölümü karaciğerde metabolize edildiğinden karaciğer hastalıkları bir çok psikiyatrik bozukluğun tedavisini etkileyecektir. Karaciğer hastalıklarında plazma proteinlerinin sentezinin azalması ve sıvı-elektrolit dengesi değişiklikleri tümüyle böbrekten atılan psikotrop ilaçların farmakokinetiğinin de etkilenmesine sebep olacaktır.

Karaciğer hastalıkları ve psikiyatrik hastalıklar arasındaki ilişki iki yönlüdür. Karaciğer hastalıkları belirli psikiyatrik bozuklukların ortaya çıkma ve alevlenme riskini artırırken, psikiyatrik bozukluklar da belirli karaciğer hastalıklarının ortaya çıkmasına ve alevlenmesine sebep olurlar. Karaciğer hastalarında gelişen psikiyatrik bozukluklar hastalığın prognozunun kötüleşmesine, yaşam kalitesi ve tedavinin işbirliğinin azalmasına sebep olurlar. Buna karşılık belirli karaciğer hastalıklarının varlığı da psikiyatrik hastalıkların tedavisini güçleştirmektedir. Kronik karaciğer hastalıklarının bazı belirtilerinin depresyon belirtileri ile örtüşmesi her iki klinik durum arasında ayırıcı tanı sorununa sebep olmaktadır.

İç hastalıklarının bir yan dalı olan hepatoloji ile psikiyatri arasındaki liyezon ilişkisi özellikle hepatitlerdeki interferon tedavisi, karaciğer nakli öncesi ve sonrası değerlendirme ve alkol bağımlısı olan karaciğer hastalarının izlem ve tedavisi alanlarında yoğunluk kazanmaktadır. Wilson hastalığı gibi daha nadir görülen bazı tıbbi durumlar da her iki branşın ortak ilgi alanına girmektedir.

Karaciğer hastalıkları ile psikiyatri arasındaki ilişki dört ana başlık çerçevesinde ele alınacaktır: 1) Hepatitler ve interferon tedavisi, 2) Siroz ve hepatik ensefalopati, 3) Karaciğer nakli, 4) Karaciğer hastalıklarında psikotrop ilaç kullanımı.

HEPATİTLER VE İNTERFERON TEDAVİSİ

Hepatit terimi karaciğerde gerçekleşen tüm iltihabi süreçlerin ortak adıdır. En sık görülen sebepleri virüslere bağlı iltihabi sü-

reçler olduğu için hepatit denildiğinde genellikle viral hepatitler anlaşılmaktadır. Viral hepatitlerin en sık görülen türleri A, B ve C hepatitlerdir. Kontamine su ve besinlerle bulaşan, kısa süren ve hemen tümüyle iyileşen Hepatit A enfeksiyonu psikiyatrik bozukluklar için risk oluşturmamaktadır. Günümüzde dünyada büyük bir sağlık tehdidi oluşturan Hepatit B kan ve cinsel yolla bulaşmaktadır. Bu sebeple intravenöz madde kullanımı olan ve denetimsiz cinsel ilişkilere giren kişiler risk altındadır. Ülkemizde 3-5 milyon Hepatit B hastası olduğu tahmin edilmektedir (1). Aynı yolla bulaşan Hepatit C daha az görülmektedir, ancak psikiyatrik bozukluklara yol açma riski daha fazla olduğundan önem taşımaktadır. Kronikleşme ve kalıcı hasara sebep olma riski de daha fazladır. Ülkemizde 1 milyon Hepatit C hastası olduğu tahmin edilmektedir (1).

Hepatit B enfeksiyonunda depresyon sık görülmektedir, ancak Hepatit C enfeksiyonunda daha sık görülmesi depresyon etiolojisinde hastalığa bağlı biyolojik etmenlerin rol oynadığını düşündürmektedir. Hepatit C enfeksiyonunda depresyon, madde kullanım bozukluğu ya da hepatik ensefalopati ile ilişkili olmayan bilişsel işlev bozukluklarının varlığı virüsün serebral enfeksiyona yol açmasıyla ilişkilendirilmektedir (2). Depresyon yanı sıra Hepatit C enfeksiyonu olan hastalarda travma sonrası stres bozukluğu, anksiyete bozuklukları, alkol ve madde kullanımı bozukluklarının da sık görüldüğü bildirilmektedir (3).

Hepatit C enfeksiyonu tedavisinde kullanılan interferon da depresyon riskini artırmaktadır. İnterferonun diğer yan etkileri halsizlik, bilişsel işlev bozuklukları ve nörolojik belirtilerdir. İnterferon tedavisi alanların %58'inde tanı konabilir psikiyatrik bozukluk olduğunu saptanmıştır (4). İnterferon tedavisi görenlerin %20-40'ında depresyon görüldüğü bildirilmiştir (5). En sıklıkla interferon tedavisinin kesilmesine sebep olan istenmeyen etkinin depresyon olduğu bildirilmiştir (6). İnterferon tedavisi sonucunda depresyon gelişmesi doz ve tedavi süresiyle ilişkilidir. Genellikle tedavi başlangıcından 8-12 hafta sonra geliştiği bildirilmiştir (7). İnterferon tedavisi başlangıcındaki depresyon skorlarının daha sonra depresyon gelişmesini yordadığı bildirilmiştir. Bu sebeple profilaktik antidepresan tedavi uygulanması gündeme gelmiştir. Profilaktik antidepresan tedavisine interferon tedavisinden birkaç hafta önce başlanması önerilmektedir. Geçmişte depresyon ve anksiyete bozukluğu öyküsü olan hastalar için de profilaktik tedavi önerilmektedir (7).

NEFROLOJİ VE PSİKİYATRİ

Dr. H. Can Cimilli

Böbrek hastalıklarında psikiyatriyi ilgilendiren sorunlar hastalığın kronik döneminde ortaya çıkmaktadır. Böbrek işlevlerinde kalıcı bozukluk ile seyreden tablo kronik böbrek yetmezliği olarak adlandırılır. 1960'lerden itibaren önce diyaliz tedavisinin, sonra böbrek naklinin uygulanmaya başlanması kronik böbrek yetmezliği hastalarının yaşam süresini uzatmakla birlikte, hasta rolünü ortadan kaldırmamakta ve çeşitli psikososyal sorunlara sebep olmaktadır. Bu ortamda psikiyatrik sorunların daha görünür hale gelmesi, nefroloji ile psikiyatri arasındaki liyezon ilişkisinin kurumsallaşmasını sağlamıştır. Psikiyatrik desteğe gereksinimi olan nefroloji hastaları arasında ilk sırada hemodiyaliz hastaları yer almaktadır. Hemodiyaliz uygulaması çeşitli kayıplara yol açmasının yanı sıra hastanın kurum ile özel bir bağımlılık ilişkisine girmesine sebep olmaktadır. Üremi tablosu beyni etkileyerek bilişsel bozukluklara yol açmaktadır. Hemodiyaliz üremik durumu tam olarak düzeltmediğinden hastanın ölmesine engel olsa da, nöropsikiyatrik belirtiler varlıklarını sürdürebilir. Hemodiyaliz tedavisinin alternatifleri olan periton diyalizi aynı ölçüde psikopatolojiye yol açmamakta ve yaşam kalitesini daha az etkilemektedir (1). Böbrek nakli bir çok fiziksel sorunun ortadan kalkmasını sağlar, ancak nakil sonrasında hastanın kendisine çok iyi bakması ve düzenli ilaç kullanması gerekliliği, süregiden organ reddi korkusu, kurum bağımlılığının sürmesine ve bununla ilişkili psikiyatrik morbiditeye sebep olmaktadır (2).

Kronik böbrek hastalıklarındaki psikiyatrik morbiditeyi ve tedavi yaklaşımlarını ele almadan önce kronik böbrek hastalarının psikolojik özelliklerini gözden geçirmek yararlı olacaktır (3, 4).

KRONİK BÖBREK YETMEZLİĞİNE BAĞLI KAYIPLAR

Fiziksel işlev kaybı: Hemodiyaliz aygıtı böbreğin tüm işlevlerini yerine getiremez. Hastada kronik böbrek yetmezliğinin bazı belirtileri varlığını sürdürür (özellikle bulantı, kaşıntı, halsizlik, efor kısıtlılığı). Buna hemodiyaliz seansı sırasında kan basıncının düşmesine bağlı belirtiler eklenir. Tüm bunlar hastada sağlığını ve özerkliğini yitirdiği ve tekrar kazanamayacağı endişesine sebep olur.

Ekonomik güvence kaybı: Ailede bir bireyin hemodiyaliz programına girmesi çoğu kez önemli ekonomik kayıplara sebep olur. Hasta bireyin işgücü kaybı yanı sıra tedavi masrafları, diyaliz merkezinin bulunduğu kentte yaşama zorunluluğu ek yük getirmektedir. Hemodiyaliz başlı başına bir mesai oluşturduğundan hasta bireyden çalışması beklenmemelidir. Eşler evin geçimini sağlamak için bazen çalışmaya başlamakta, bazen de hastabakıcı rolü sebebiyle işlerini aksatmaktadırlar (5).

Aile düzeni bozulması: Hemodiyaliz hastalarının eşlerinde yapılan bir çalışma eşlerin hastaya psikolojik yakınlık gereksinimi yanı sıra agresyon içinde olduklarını göstermiştir. Diyaliz tedavisinin başlangıç dönemlerinde aile bireylerinin hasta ile aşırı ilgili oldukları, sonra ilgilerini kaybettikleri, arayıp sordukları bildirilmektedir. Aile bireylerinin başlangıçta böbreklerini hastaya bağışlamaya gönüllü olup sonra vazgeçmeleri de sık görülmektedir. Buna karşılık, hastalarda da aile bireylerinin söz ve davranışlarına karşı aşırı duyarlılık ortaya çıkmaktadır. Kronik böbrek hastalarının eşlerinin hastalara olumsuz duygular geliştirmelerinin önemli bir sebebi de hastaların cinsel işlev kayıplarıdır (6).

KRONİK BÖBREK HASTALARININ PSİKOLOJİK ÖZELLİKLERİ

Tüm bu kayıplar kronik böbrek hastalarında kendilerine özgü birtakım psikolojik özelliklerin ortaya çıkmasına sebep olmaktadır. Bu özellikler kişiden kişiye önemli ölçüde değişmekle birlikte bazı ortak örüntülerden kaynaklanmaktadır (7):

Bağımlılık-bağımsızlık çatışması: Hiç bir kronik hasta hemodiyaliz hastaları kadar kuruma bağımlı değildir. Kemoterapi hastalarında bile zaman zaman tedaviye ara verilmektedir. Bu süreçte hemodiyaliz hastaları birbirine zıt iki mesaj alırlar:

- Bir makineye bağımlı olan, diyetine dikkat etmesi, hastalığın ve tedavinin yan etkilerini kabul etmesi gereken bir hastadır.
- Günün diğer saatlerinde tümüyle sağlıklı bir insan gibi davranması beklenir.

Hasta bu çatışma ile üç şekilde mücadele eder (8):

- Bazıları çatışmanın iki yönünü de yaşar (tedavi sırasında bağımlı, tedavi dışında bağımsız).

NÖROLOJİ VE PSİKİYATRİ

Dr. Behçet Coşar

BEYİN TÜMÖRLERİ

Beyin Tümörlerinde Nöropsikiyatrik Belirtilerin Genel Özellikleri

Beyin tümörü olan hastalar genellikle baş ağrısı, papil ödem, nöbetler, fokal nörolojik belirtiler ya da spesifik olmayan bilişsel ya da kişilik değişiklikleri ile kendini gösterir. Bazı durumlarda ise ilk görülen belirtiler psikiyatrik belirtilerdir (1). Psikiyatrik muayenelerde beyin tümörü saptama oranı yüzde 10 ile yüzde 100 arasında değişkenlik göstermektedir.

Beyin tümörlerinde görülen psikiyatrik belirtiler hastanın yaşam kalitesini daha da bozar. Yorgunluk, emosyonel ya da varoluşsal problemler tüm kanser hastalarında görülmesine karşın depresif belirtilerin varlığı yaşam kalitesini bozan en önemli faktörlerdendir (1). Öte yandan kişilik değişikliği olarak adlandırılan çeşitli düzeydeki bilişsel ya da bilinç değişiklikleri, affektif durum değişiklikleri çok az görülen tablolar değildir. Halüsinasyonlar ve hezeyanlar gibi kompleks psikolojik belirtiler de sık görülebilir. Yine beyin tümörlerinde açık psikotik bozukluk tabloları da izlenebilmektedir.

Ciddi boyutta depresyon, ciddi eksitasyonlar, şizofreni benzeri tablolar anksiyete ya da obsesyonel belirtiler izlenebilmektedir. Genellikle yavaş ilerleyen tümörlerde kişilik değişikliklerinin daha fazla görüldüğü, daha hızlı ilerleyen tümörlerde bilişsel bozulmaların, çok hızlı ilerleyen tümörlerde ise bilinç bozukluklarının izlendiği bilinmektedir.

Bilişsel Değişiklikler

Beyin tümörü olan hastalarda bilişsel değişiklikler önde gelen bozulmalardır. Başlangıçta hafif dikkat ve bellek sorunları ile birlikte çabuk yorulma izlenir. Bunlar lezyonun ilk belirtileri olabilir. Daha sonra dikkat bellek problem çözme ve psikomotor hızda değişiklikler kendini gösterir (2). Tablo ilerledikçe ciddi bilişsel bozulma demans şeklinde ortaya çıkar. Bu hastalarda yavaş ve somut düşünce, yargılama bozukluğu ve belirgin bellek bozuklukları izlenir. Perseverasyon sık görülebilir. Konuşmaları yavaş, enkoheran olabilir.

Tüm bu belirtiler dalgalanmalarla seyreder. Beyin tümörü olan hastalarda jeneralize demanstan daha çok fokal bilişsel değişiklikler izlenir. Diğer bilişsel işlevlerde herhangi bir bozulma olmaksızın belirgin sınırlı amnestik sendrom gözlenebilir. Ba-

zen bu tabloya dezorientasyon hatta konföbulasyon eşlik edebilir. Bu hastalarda her tür disfazi görülür. Bilinç bozulmaları sersemlik uyku hali ve tedavi edilmezse sonuçta koma gelişebilir.

Bilişsel işlevler prognoz en önemli göstergeleridir. Örneğin gliomalı hastalarda bilişsel işlevlerin kötü olması kötü prognozu gösterir. Bu durum tümörün lokal ya da diffüz büyümesi veya leptomeningeal metastazlara bağlı ortaya çıkar (3). Tomografiye da manyetik rezonans da herhangi bir belirti olmaksızın bilişsel işlevlerde ki bozulma tümörün ilerlemesi ile ilgili bilgi verebilmektedir (4).

Affektif Bozukluklar ve Anksiyete Bozuklukları

Beyin tümörü olan hastalarda anksiyete, uyku bozuklukları ve depresif hastalıklar sık görülmektedir (5). Bu hastalarda depresif belirti görülme oranı %20-25 arasında değişmektedir. Tümör lokalizasyonu gibi organik faktörler etiyolojide çok fazla rol almaz ancak tümörün oluşturduğu yetersizlik ve yaşam kalitesindeki bozulma, yaşamı tehdit eden bir hastalığa sahip olmanın getirdiği duygular ve/veya ağrının var olması ciddi depresif belirtilerle ilişkili olan durumlardır.

Entelektüel bozulma ile birlikte emosyonel küntlük, apati ve spontanlıkta azalma gözlenebilir. Bu duruma ters olarak öfori izlenebilmektedir ancak en önde gelen belirtiler anksiyete ya da depresyondur. Yine uyum bozukluğu belirtileri gözlenebilir. Başlangıçta iritabilite, emosyonel labilite ya da duygudurum dalgalanmaları da izlenebilir. Olguların yaklaşık %10'unda intihar eğilimi olabilir.

Sağ ve anterior bölgede lokalize olan tümörü bulunanlarda yaşam kalitesinin daha kötü olduğu bildirilmiştir. Anksiyete bozukluğunun varlığı ile tümörün lokalizasyonu arasında herhangi bir ilişki yoktur. Öte yandan sol anterior bölgede lokalize tümörü olan hastalarda obsesyon ölçek puanlarının yüksek olduğundan bahsedilmektedir.

Psikotik Belirtiler

Halüsinasyonlar epileptik bozulmanın bir parçası olarak ortaya çıkabilse de paroksizmal aktivite olmadan da izlenebilir. Halüsinasyonlar özelliği tümör lokalizasyonuna bağlıdır. Oksipital tümörlerde basit görsel halüsinasyonlar izlenirken temporal lob tümörlerinde daha kompleks görsel ve işitsel halüsinasyonlar ek olarak gustatuar ve olfaktör halüsinasyonlar izlenir. Parietal lob

ORGAN NAKLİNDE PSİKOSOSYAL DEĞERLENDİRME

Dr. M. Ayşın Noyan

Nakledilecek organlar son derece sınırlı bir kaynağa sahip olduğundan, olası alıcı adaylarının en iyisi belirlenmelidir.(1)

Son 30 yılda teknoloji ve tıpta kaydedilen gelişmelerin cerrahi ve farmakoloji klinik alanları üzerindeki etkileri organ ve doku nakillerinin daha yaygın ve sık uygulanmasına yol açmıştır. Organ naklini etkileyen gelişmeler doku ve organların çıkartılması/korunması/saklanması, cerrahi yöntem/araçlar ve nakil sonrası organ/doku reddini engellemeye yönelik immün-supresif ilaçlardaki gelişmeler bunların başlıcalarıdır.

Organ ve doku nakilleri son dönem organ yetmezliklerini tedavi etmek, insan yaşamını kurtarmak, yaşam süresini uzatmak, yaşam kalitesini arttırmak amacıyla yapılmaktadır. Nakledilen organ/doku türü ve ameliyatın amacına göre organ nakilleri şimdilik 2 türde gerçekleşmektedir.

İlki, son dönem organ yetmezliği olan hastalarda hastanın yaşamını kurtarmak ve/veya yaşam süresini uzatmak amacıyla gerçekleştirilen tekli (solid) organ nakilleridir. Solid organ nakilleri dünyada ilk kez 1954 yılında uygulanmaya başlanmış, ülkemizde de 1975 yılından itibaren uygulanmaktadır.(2) Burada böbrek, karaciğer, kalp, akciğer ve pankreas gibi tek (solid) organ veya doku parçaları nakledilmektedir.

İkincisi, 2000’li yılların başından itibaren uygulanmaya başlanan, amacı hastanın yaşamının niteliğini geliştirmek, bağımsız yaşam sürmesini kolaylaştırmak ve yaşam kalitesini arttırmak olan çoklu (kompozit) doku ve organ nakilleridir. Kompozit doku nakli solid organ nakillerinden yapıma amacı sebebiyle çok farklıdır. Burada amaç hastanın yaşamını kurtarmak değil, hastanın yaşamına olumlu katkıda bulunmaktır. Nakil yapılabilen kompozit dokular yüz, saçlı deri, el, kol, bacak, diz eklemi, damar, sinir, kemik, kıkırdak, barsak, uterus gibi doku ve organ parçalarıdır. (3,4). Solid organ nakillerinde organ bedenin içine alınır ve gizlenirken, kompozit doku nakilleri başkalarının görebileceği dışsal değişikliklerle sonuçlanır (örneğin yüz veya el nakli). Bedenin dış yüzeyini etkileyen ve başkaları tarafından görülebilen her değişikliğin buna maruz kalan bireyin kendilik (self) tasarımlarını, kendilik değerini etkileyeceği ve sosyal etkileşimi ciddi şekilde değiştirebileceği unutulmamalıdır. (4)

Organ ve doku nakillerinde hastaya nakledilen organ/dokular 2 ana kaynaktan karşılanmaktadır. Bu kaynaklar beyin ölü-

mü gerçekleşmiş bireyler (kadavra vericiler) cadaveric donor ve yaşayan sağlıklı bireylerdir (canlı vericiler) (living donor). (5)

CANLIDAN ORGAN NAKLİ

Canlıdan organ nakli, beden, ruh ve akıl sağlığı yerinde ve organını vermeye gönüllü bir bireyden bir organ ya da organ parçasının alınarak yetmezliği olan hastaya takılmasını içerir. Bu ameliyatların en önemli sebebi: yeterli kadavra vericinin olmaması; bu sebeple bekleme listesinde yer alan hasta sayısının hızla artması ve bu hastaların bekleme süreci içerisinde kaybedilmesidir. Diğer sebepler ise, canlı vericiden alınan organın kadavradan alınan organa kıyasla daha yüksek işlevsel kapasiteye sahip olması; daha iyi doku uyumu sağlaması ve hastanın yaşam kalitesi üzerine daha olumlu etki yapmasıdır.(5)

Başlıca 4 çeşit canlı verici tipi vardır.(6)

1. Kan bağı olan veya yakın akraba olanlar (living-related donor) örneğin, anne baba ve kardeşler.
2. Kan bağı olmayan yakınlar (living-unrelated donor) örneğin eşler.
3. Kan bağı olmayan ancak duygusal olarak yakınlığı olan vericiler (emotionally-related living donor), yakın arkadaşlar.
4. Akrabalık ilişkisi veya duygusal hiçbir yakınlığı olmayan altruistik yabancılar (altruistic strangers)

Bunların dışında nadir olarak uygulanan çapraz nakil (cross-over donation) olguları da bulunmaktadır. Burada kendisine uygun verici bulamayan alıcıların vericileri, karşılıklı olarak anlaşarak, diğer alıcıya organlarını vermektedirler. (7)

Canlıdan nakli gerçekleştirilen ilk organ böbrektir. Canlıdan böbrek naklinde canlı vericilerin nakil sonrası kendilerini daha iyi hissettikleri (Well-being) ve kendilik değerlerinin arttığını ileri süren araştırma sonuçları oldukça ses getirmiş ve canlıdan organ naklinin yaygınlaşmasına katkıda bulunmuşlardır. (8,9) Bu araştırmalar vericilerin nakil sonrası genel sağlık, aile ilişkileri alanlarında hiçbir olumsuzluk yaşamadıklarını(10), genel popülasyondan daha yüksek yaşam kalitesi skorlarına sahip olduklarını ileri sürmüşlerdir. (11)

Karaciğer nakli göreceli olarak daha yeni olup, 1990’lı yıllardan itibaren uygulanmaya başlanmıştır. Karaciğer nakilleri ile birlikte canlıdan organ nakli yaygınlığı daha da artmıştır. Sebebi son dönem karaciğer yetmezliğinin tek tedavisinin organ

YAŞAM SONU PSİKİYATRİ

Dr. M. Aydın Noyan

“Ölüm kayıpların en somut ve en acı olanıdır. Ölüme karşı verdiğimiz tepkilerimizde farkında olmaksızın, geçmişimizdeki yarım kalmış, dayatılmış ya da aceleye gelmiş ayrılıklarımızın bilinçaltımızdaki kalıntılarını da bir arada yaşarız.

Yas tutma, sadece ölüme karşı verilen bir yanıt değildir.

Yas tutma herhangi bir yitim ya da değişikliğe verdiğimiz psikolojik yanıt ve

iç dünyamız ile gerçeklik arasında uyum sağlayabilmemiz için yaptığımız uzlaşmalardır.”

Vamık Volkan (1)

Ölüm, yaşamın sonlanmasından daha fazla bir durumdur. Ölen kişi için yaşamının sonu gibi görülsede, etkileri yaşamaya devam eder. Bu etkiler, ölümün nasıl, ne şekilde, nerede, ne kadar sürede gerçekleştiği, beden bütünlüğünü etkileyip etkilemediği, ölüm zamanında ölen kişinin yakın çevresiyle ilişkilerine bağlı olarak süreç eşlik eden bireyleri etkileyebilir. Bazı ölümler etkilerini kuşaklar boyunca etkileri (kuşaklar boyunca iletilen yas gibi) gösterebilir.

Ölüm sürecinin yalnızca ölen kişiyi değil, daha geniş insan topluluklarını da etkilemesi Tanatoloji denen bilim dalının gelişmesine yol açmıştır. Son 50 yılda önemli bir çalışma alanı olarak gelişen Tanatoloji, genel anlamda ölümün yol açtığı veya ölüme yol açan çeşitli durumların araştırılması, ölenin sevenleri tarafından yaşanan keder ve benzeri tecrübelerin incelenmesi ve daha geniş bir şekilde ölüme karşı toplumun tavırlarının incelenip, tanımlanmasını da içerir. Ölüm sürecindeki hasta ve hasta yakınlarının beklentilerinin araştırılmaya başlanması ile birlikte iyi ölüm, kötü ölüm, onurlu ölüm tanımlamaları yanı sıra ölmekte olan hastalara sağlanacak özel bakım ve hasta ve yakınlarına nasıl yaklaşımda bulunulması gerektiği konuları önem kazanmıştır.

İYİ ÖLÜM KAVRAMI

İlk kez 1990'lı yılların ortalarında ve hospice literatürü içerisinde tanımlanmıştır. İlk tanımlamalarda, ölüme yakın hastaların bakış açısından iyi ölüm, ölüm sürecinin çok uzamaması, sürece ağrı, dispne gibi rahatsız edici belirtilerin etkin kontrolü, hastanın kontrol duygusunun son ana kadar korunması, ölüme hazırlık yapma, yaşamının nasıl sonlanacağı kararını verme yü-

künün hafifletilmesi, sevdiği insanlarla ilişkilerinin güçlendirilmesi.(2)

İyi ölümü kavramını standardize etmeye yönelik çalışmalar sonunda, 1999 yılında iyi ölümü tanımlayan 12 ilke yayınlanmıştır.(3) (Bkz Tablo 1)

Tanımlanan on iki ilke, sağlık çalışanlarının ölüme yakın hastalarda hangi konulara odaklanacağı, hasta ile hangi alanlarda çalışacağını ortaya koyması ve yaşam sonu hasta bakımının içeriğini ve sınırlarını da belirlemesi açısından bir kılavuz niteliğindedir.

Bu 12 ilke dışında, uykuda ölme, hızlı ve kolay ölme, ızdırap çekmeme, tanrı ile barışık ölme, huzur içinde olma, ölümün geldiğini fark etmeden ölme, ölümün kaçınılmaz olduğunu bilmeden ölme tanımlamaları da “iyi ölüm” tanımlamaları arasındadır. Kötü ölüm ise, ölüm sürecinin ağrılı olması, uzamış olması, başkasına bağımlı olma, başkalarına yük olma, boğulma hissi veya derin nefes alamama, tanrı ile birlik duygusunun olmaması olarak tanımlanmıştır. (4)

İyi veya kötü ölüm tanımlamaları hastalar, hasta yakınları ve sağlık personeline göre farklılıklar göstermektedir. Sağlık ça-

TABLO 1 İyi Ölüm ilkeleri

1. Ölümün yaklaştığını bilmek ve kendisini neleri beklediğini anlamak
2. Olabileceklerle ilgili kontrolü elinde tutabilmek
3. Son ana kadar onurun ve özel yaşamının gizliliğinin korunması
4. Ağrının hafifletilmesi ve diğer semptomlar üzerinde etkin kontrol sağlanması
5. Nerede öleceğini seçme ve kontrol etme hakkına sahip olma (ev veya başka bir yer)
6. Gerekli durumlarda bilgi ve herhangi bir uzmana ulaşma
7. Gerekliğinde herhangi bir manevi veya duygusal desteğe ulaşma
8. Yalnızca hastanede değil, herhangi bir yerde bakım evi (hospice) bakımı alabilme
9. Sonu kimlerle paylaşacağını ve kimlerin olmasını istediğini kontrol etme
10. Uyulacağı garanti edilen yaşam sonu talimatlarını bildirme
11. Hoşça kal diyebilme zamanına sahip olma ve diğer zamanlamaları kontrol etme
12. Gitme zamanı geldiğinde gitme ve yaşamının gereksizce uzatılmaması

ÇOCUK VE ERGENLERDE KONSÜLTASYON LİYAZON PSİKİYATRİSİ

Dr. Pınar Uran, Dr. Ayla Soykan Aysev

ÇOCUK VE ERGENLERDE KONSÜLTASYON LİYAZON PSİKİYATRİSİ

Konsültasyon Liyazon Psikiyatrisi (KLP) 1930'lu yılların sonuna doğru tıpta beden ve zihin arasındaki ayrışmaya karşı bir köprü görevi görmek üzere kurulmuştur (1). KLP servislerinin genel hastane bünyesinde kurulmalarına ise bir süre sonra başlanmış olup, bu süreç geliştirmekte olan ülkelerde devam etmektedir. Önceleri biyomedikal modelin uygulandığı KLP servislerinde daha sonra çocuk hastanın bütüncül olarak biyolojik, psikolojik, ailesel ve sosyokültürel yönden ele alınıp etraflıca değerlendirildiği biyopsikososyal modele geçilmiştir (2).

Erişkin KLP servislerinin genel prensiplerini paylaşmakla beraber çocuk ve ergen KLP prensipleri çocuğun mevcut durumuna göre, örneğin aile çevresine, gelişimsel dönemine, hastaneye yatışındaki geçmiş travmatik deneyimlerine göre değişen özelliklere sahiptir (1). Ayrıca erişkinlerden farklı olarak çocukların aile çevresi ile bir bütün olarak değerlendirilmesi gerekirken ve kendine özgü farklı değerlendirme süreçleri ve tedavi yöntemleri bulunmaktadır.

Lipowski KLP'yi klinik psikiyatrinin hastanenin psikiyatri dışı bölümlerinde çalışan psikiyatristler için tüm tanı, tedavi, eğitim ve araştırma faaliyetlerini içeren kısmı olarak tanımlamaktadır (3). Pediatrik servislere kabul edilen çocuklarda psikiyatrik bozukluklara sık rastlanmaktadır (1). Çocukluk ve ergenlik döneminde görülen hastalıklar özellikle de kronikse psikiyatrik bozukluklara yol açmaktadır (1). Genel nüfusa oranla kronik hastalığa sahip çocuklarda psikiyatrik bozukluklar 2-4 kat daha fazla görülmektedir (4). Duygusal sorunlar çoğunlukla hastalıklara yol açmakta ve organik bozuklukların tedavisini zorlaştırmaktadır (1). Çocuk KLP servislerinin kurulması sonucunda birçok hastanın hastanede yatış sürelerinin kısalması suretiyle klinik gidişatları üzerinde olumlu etkiler sağlanmıştır (1).

Yapılan araştırma sonuçları, yalnızca hastanelerin pediatri servislerinde yatan çocuk hastaların değil, fiziksel şikayetleri olan genel pediatrik cerrahi kliniklerinde yatmakta olan çocuk hastaların da yüksek oranda psikopatolojiye sahip olduğunu göstermektedir (5, 6). Pediatri kliniklerine kabul edilen çocuk hastaların 2/3 'ünün çocuk psikiyatrisi konsültasyonlarından oldukça yarar gördüğü ifade edilmiştir (7). Pediatristlerin ruh-

sal bozukluğa sahip olan çocuk hastaların ve ailelerinin tanı ve tedavisinde yardımlaşmanın ve mevcut kullanılabilir kaynakların devreye sokulmasının gerekli olduğuna ve farkındalıklarının arttığına dair yayınlarında her geçen gün artış görülmektedir (6, 8, 9).

Sağlık sistemi üzerinde uygulanan ekonomik politikalara bağlı olarak tıbbi giderlerin aşırı kontrolü neticesinde KLP birimlerinin desteklenmesi için gerekli finansal kaynakların azaldığı ancak paradoksal bir biçimde tıbbi teknoloji alanında gelişmeler kaydedilmesiyle kronik fiziksel hastalıklara sahip çocukların sağ kalım oranlarında artış olduğu, sağ kalım ve invaziv tedavilere bağlı sekellerle ilişkili problemlerin ise daha karmaşık hale geldiği bildirilmektedir (10). ABD'de 48 pediatrik KLP servisinin katıldığı araştırmada KLP servislerinin çoğunluğu son 5 yılda istenen konsültasyon oranında artış olduğunu belirtirken, finansal desteğin azalmış olduğunu vurgulamaktadır (10).

Lipowski fiziksel ve ruhsal hastalıkların kökeninde birçok faktörün etkileşim halinde olduğunu ifade etmektedir (11). 1900'lü yıllarda uygulanan biyomedikal yaklaşım 1930'lardan sonra yerini bütüncül biyopsikososyal yaklaşıma bırakmıştır (2). Artık çocuğun mevcut şartlarına ve tedavisinin psikolojik ve sosyal etkilerine dikkat çekilmeksizin uygulanan biyomedikal bakım ve teknolojik müdahalelerin yeterli olmayacağı tartışma götürmeyen bir konudur (12). Buna rağmen hasta çocuklar için uygulanan psikolojik bakım yamalı bir görünüm sergilemekte ve de tıbbi servislerle bütünleşme sürecinde halen zorluklar yaşanmaktadır (13).

ÇOCUK PSİKİYATRİSİ VE PEDIATRİ ARASINDAKİ FARKLILIKLAR İŞBİRLİĞİNİ ZORLAŞTIRAN ETMENLER VE OLASI ÇÖZÜM YOLLARI

Pediatrik tedavi merkezlerinde çocuk ve ergenler için kapsamlı ve bütünleştirici "biyopsikososyal bakım"ın geliştirilebilmesi için ön koşullar nelerdir? Sorusuna verilecek cevap; öncelikle liyazondur (13). Disiplinler arası karşılıklı saygı ve bir disiplinin diğerinin bakış açısını ve çalışmasını anlayabilmesi gerekmektedir (13).

ABD'de ülkemize benzer şekilde çocuk ve ergen psikiyatrist sayısının yetersiz olması, süpervizyon verebilecek ve klinik ih-

ÖZGÜL ÖĞRENME BOZUKLUĞU

Dr. Dursun Karaman

Özgül öğrenme bozukluğu (ÖÖB); bireyin yaşı, aldığı eğitim ve zeka düzeyi göz önünde bulundurulduğunda, okuma, yazılı anlatım ve matematik başarısının beklenenin önemli derecede altında olmasıyla karakterize nörogelişimsel bir bozukluktur. DSM-5 sınıflandırmasında “Nörogelişimsel Bozukluklar” ana başlığı altında yer almaktadır. Nörogelişimsel bozukluklar başlığı altında ayrıca zihinsel engellilik, iletişim bozuklukları, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, devinim bozuklukları ve otizm spektrum bozuklukları yer almaktadır. ÖÖB; okuma bozukluğu, yazılı anlatım bozukluğu, matematik bozukluğu ve başka türlü adlandıramayan öğrenme bozukluğu alt gruplarından oluşmaktadır. ÖÖB çocukların gerçek potansiyellerine ulaşmalarını engellemektedir. ÖÖB nörobilişsel işlemleri etkileyerek; dinleme, konuşma, okuma, yazma, sonuç çıkarma, odaklanma, aritmetik problem çözme ve bilgiyi organize etme yetilerinde bozulmaya yol açmaktadır.

OKUMA BOZUKLUĞU

Tüm öğrenme bozukluklarının %80’ini okuma bozukluğu oluşturmaktadır. Yazılı anlatım ya da matematik alanlarında öğrenme güçlüğü yaşayan çocuklar da sıklıkla okumayla ilgili güçlükler yaşarlar. Okuma bozukluğu çocuğun yaşı, eğitim durumu ve zeka düzeyine göre daha düşük okuma başarısı gösterdiği ve bu sebeple çocuğun okul başarısının veya okumayı gerektiren günlük aktivitelerde belirgin sorunların yaşandığı durumları tanımlamaktadır. DSM sınıflandırmasına göre; nörolojik bir engel veya duysal bir bozukluk varsa bile okuma bozukluğu genellikle buna eşlik edenden çok daha fazladır.

Tarihçe

Özgül öğrenme bozukluğu klinik tablosu araştırmacılar tarafından 1800’lü yılların ikinci yarısında tanınmaya başlamıştır. Başlangıçta beyin hasarı sonucu okuma, dili kullanma ve kendini ifade etme becerilerinde kayıp ile giden özgül nörolojik bir tablo olarak tanımlanmış ve bunun sonradan kazanılan bir sorunlu durum olduğu varsayılmıştır.

Kussmaul, 1877’de görme ve konuşma sorunu olmayan ve zihinsel kapasiteleri yeterli olduğu halde okuyamayan kişiler için ‘kelime körlüğü’ terimini kullanmıştır. Berlin, 1887’de beyin hasarına bağlı olarak okumada güçlüğü olan bireyler için ‘disleksi’ terimini kullanmış ve bunu bir çeşit afazi olarak düşünmüştür.

Hinshelwood ve Morgan birbirinden bağımsız olarak nörolojik sendromlu bir grup hastada “görsel kelime körlüğü”nü tanımlamışlardır. Dejerine 1891’de bir yetişkinde angüler girus olarak adlandırılan sol paryeto-okspital bölgesindeki bir hasar sonucu okuma ve yazma güçlüğü geliştiğini göstermiştir. Hinshelwood 1917’de genç disleksik hastaların okuma yazmalarındaki bozukluğun, paryetal lobdaki aynı bölgelerin defektif gelişiminden kaynaklanabileceğini ileri sürmüştür. Yani bozukluğun sadece sonradan meydana gelen hasarla değil, doğuştan gelen sebeplerle de olabileceğini belirterek “konjenital kelime körlüğü” terimini kullanmıştır. Samuel Orton ilk kez 1925 yılında “kelime körlüğü” terimini “gelişimsel kelime körlüğü” biçiminde modifiye etmiştir. Öğrenme güçlüğü (learning disability) terimi ilk kez 1962’de Kirk tarafından kullanılmıştır. Bu terimle nörolojik, duygusal ya da davranışsal bozukluklardan kaynaklanan konuşma, dil, okuma-yazma, aritmetik becerilerden bir ya da daha fazlasında gecikme ya da bozulma olması ifade edilmiştir (1).

Epidemiyoloji

Okuma güçlüğü’nün sıklığı kullanılan dile göre farklılık göstermekle birlikte geniş örnekleme yapılan epidemiyolojik çalışmalarda okul çağı çocuklarında %4 oranında görüldüğü bildirilmektedir. Klinik örneklemelere bakıldığında erkeklerde kızlara göre 3-4 kat daha sık görülürken, epidemiyolojik örnekleme erkeklerde 2 kat daha sık olduğu saptanmıştır. Bu aradaki farkın sebebi ise okuma güçlüğü olan erkek çocuklarda daha fazla davranış problemleri görülmekte, tedavi arayışının daha sık olmasıdır.

Klinik Belirtiler

Okuma bozukluğu (disleksi) olan çocuklar özellikle ilköğretim birinci sınıfa başladıklarında okumayı sökmekte gecikmekte, sınıf düzeyinden geri kalmaktadırlar. Okuma bozukluğunun klinik görünümüne göre yapılan farklı sınıflandırmaları bulunmaktadır. Disleksi; fonolojik, yüzeysel ve kombine tip olmak üzere üç gruba ayrılmaktadır (2). Fonolojik disleksisi olan çocuklar yazıyı tanıyabilir ancak sese çeviremezler; sessiz olarak daha hızlı okuyabilirler ancak sesli okumaları istendiğinde zorlanırlar. Bu sebeple, bu tür disleksisi olan çocuklar metin okurken kelimeleri önce sessiz okur sonra sesli okurlar. Yüzeysel disleksisi olanların sözcük işleme gelişiminde güçlüğü vardır ve bu

ZİHİNSEL ENGELLİLİK

Dr. Tümer Türkbay

Zihinsel engellilik (ZE) veya zihinsel gelişim bozukluğu; gelişim döneminde meydana gelen, uyumsal davranıştaki bozuklukların eşlik ettiği ortalamanın altındaki zeka işlevidir. Geçen otuz yıl içinde ZE olan bireylere sağlanan eğitim ve olanakların niteliği ve niceliği belirgin oranda artmıştır. Geçmişe oranla günümüzde yaşamlarını toplumun içinde daha çok geçirmektedirler. Ancak, bu bireylerin eğitimleri uzun zaman ve çok çaba gerektirmektedir. ZE olan bireyler yapılan eğitim ve tedavi girişimleri sonucunda belirli bir düzeye ulaşmalarına karşın, bunların çok az bir kısmı kendine yeterli olmakta ve bağımsız yaşayabilmektedir. Bu sebeple, ZE'ye yol açan etmenlerin tanınması, bu bireylerin anne rahminde iken saptanması ve önleyici girişimlerde bulunulması çok daha önemlidir. Özellikle genom haritasının çıkarıldığı çağımızda gen tedavilerinin bulunması ile belki de anne rahmindeyken girişimler söz konusu olabilecektir.

Zihinsel İşlev ve Tanımlama

ZE'yi tanımlamak çoğu zaman sorun olmuştur. Bunun sebebi, bilim adamlarının zekayı tam olarak neyin oluşturduğu konusunda halen görüş birliğine varamamalarıdır. Uzmanların çoğu zekayı "bilişsel yetenek" olarak düşünürken, bazıları da "gerçek yaşamda karşılaşılan sorunları çözme becerisi" şeklinde tanımlamaktadır. Son yıllarda bilişsel zekadan ayrı olarak sosyal zeka ve bunun alt kümesi olan duygusal zeka kavramlarının da ileri sürülmesi tanımlamayı daha karmaşık hale getirmiştir. Günümüzde zeka hem bilişsel yetenek hem de toplumsal uyum ölçütlerini kapsayacak şekilde tarif edilmektedir.

Zeka; bireyin belli bir kültür içinde yaşantısını sürdürüp uyum yapması için gerekli olan yeteneklerin bir bütünüdür. Zeka; akıl yürütme, plan yapma, problem çözme, soyut düşünme, karmaşık düşünceleri kavrama, çabuk öğrenme ve deneyimlerden sonuç çıkarma yeteneklerini içeren genel bir zihinsel kapasitedir. Bu yetenek sadece kitaptan öğrenme, dar anlamda akademik bir beceri veya testten alınan yüksek puan anlamında değildir. Daha çok çevremizdekileri anlamada varlıkları izleme, anlamlandırma, ne yapacağını aklında tasarlama veya nasıl düşüneceğini düşünme yetenekleri ile ilgili geniş ve karmaşık bir kapasiteyi yansıtır. Zekanın, soyut ve potansiyel enerji olarak var olan ölçülemeyen yönü ve bu enerjinin davranışa dönüşümü olarak ölçülebilen ve gözlenebilen yönü olmak üzere iki bo-

yutu vardır. Zeka dolaysız olarak gözlenemeyen ancak, bazı açık davranışlardan öngörülen bir kurultudur.

Araştırmacılar, zekanın doğasını anlamak için birçok çalışma yapmaktadırlar. En çok sorulan sorulardan biri zekanın tek bir faktörden mi yoksa birkaç bileşenin bir araya gelmesiyle mi oluştuğudur. 20'nci yüzyılın başında zekanın g-faktörü (genel bilişsel yetenek) olarak adlandırılan genel bir zihinsel faktörden oluştuğu varsayılmıştır. Bu faktörün, zekanın her bir yöndeki performansını etkilediği varsayılarak, zeka testlerinin bu g-faktörünü ölçmeye yönelik olduğu kabul edilmiştir. Daha sonraki araştırmacılar akıcı zeka ve kristalize zeka olmak üzere zekanın iki boyutu olduğunu ileri sürmüştür. Akıcı zeka, yeni problemleri ve yeni durumları başarıyla ele alabilme yeteneğini, kristalize zeka ise bilginin saklanması, beceriler, akıcı zekanın kullanılması ve deneyimlerden elde edilen stratejileri kapsamaktadır. Araştırmacılar, akıcı zekanın yaşla birlikte düştüğü, kristalize zekanın yükselmeye devam ettiği konusunda hem fikirderler. Diğer bir kısım bilim adamı ise zekanın daha çok bölümden oluştuğunu ileri sürmüştür. Gardner, belirli alanlarda olağandışı başarılar sergileyen insanların yeteneklerini inceleyerek yedi değişik zeka alanı olduğunu savunmuştur. Bunlar: sözel-dilsel, matematiksel-mantıksal, görsel-mekansal, kinestetik-bedensel, kişilerarası-sosyal, kişisel-işsel ve müziksel-ritmik zeka alanlarıdır.

Zekayı değerlendirmek için IQ'dan daha fazlasına ihtiyacımız vardır. Zeka üzerine geleneksel analitik beceriler kadar yaratıcı ve pratik becerilerde etkili olmaktadır. Pratik zeka becerilerinin IQ ve ilgili ölçümlerden bağımsız olduğuna dair bir çok kanıt vardır. Pratik zeka becerileri; bir insanın işini yaparken karşılaşılabileceği çok rastlanan problemleri çözebilme yeteneğini gösterir. İş adamları, öğretmenler ve askeri liderler ile yapılan çalışmalarda pratik zeka test puanlarının IQ ile uyuşmadığı gözlenmiştir. Sonuçta mesleki performansın öngörülmesi hakkında pratik zeka, IQ'ya oranla daha gerçekçi görünmektedir.

Binlerce örnekten toplanan bilgiler kişinin IQ'sunun belirlenmesinde genetiğin çok önemli olduğunu vurgulamaktadır. Ancak, aynı zamanda çevrenin de etkisinin büyük olduğu belirtilmektedir. Birçok ikiz çalışması temel alındığında IQ için genetik etki %50 civarındadır, oysa bu oran boy için %80'dir. Kalıtlılabirlik yaşı artmasıyla artar. Bebeklikte kalıtlılabirlik 0.2 gibi küçük bir değerde iken, orta çocuklukta 0.4 ve erişkin-

BASMAKALIP HAREKET BOZUKLUĞU

Dr. Koray Kara

Basmakalıp (stereotipik) hareketler; sıklıkla amaca yönelikmiş gibi görünen istemsiz, düzenli ve tekrarlayıcı hareketlerdir. Bu hareketler garip, ritmik, baskılanabilir ve belirgin bir uyum işlevi görmeyen özelliktedirler. Bu davranışlar amaçsız gözükmeyle birlikte bazı olgularda kendini teskin etme veya kendini uyarma amaçlı olabilirler. Sık örnekleri: vücut sallama, kolları kanat gibi çırpma ya da el sallama, parmak hareketleri, elleri açma ve kapama ve baş sallamadır. Basmakalıp davranışlar normal çocuklarda görülebildiği gibi otizm spektrum bozukluğu ve zihinsel engelliliği olan çocuklardaki tekrarlayıcı katı ve değişmez davranışları tanımlamak için de kullanılmaktadır. Ancak, basmakalıp hareket bozukluğu tanısı konulması için bu bozuklukların dışlanması gerekmektedir.

Tarihçe

Basmakalıp hareket bozukluğu ilk olarak Psikiyatrik Bozukluklar için Tanı ve Sınıflandırma El Kitabı'nın (DSM) III Baskısında "bebeklik, çocukluk ve ergenlik döneminde başlayan bozuklukları" arasında yer almıştır. DSM-III-R'de Basmakalıp/Alışık Bozukluğu olarak adlandırılmış; istemli, normal aktiviteyi bozan, yaralanmaya yol açan ve işlevsel olmayan davranışlar şeklinde tanımlanmıştır. DSM-IV-TR'de basmakalıp hareket bozukluğu tekrarlayıcı ve işlevsel olmayan kompulsif gibi görünen motor davranışlar olarak tanımlanmıştır. Bu davranışlar olağan etkinlikleri belirgin bir biçimde bozar ve eğer engellenmezse tıbbi tedavi gerektirecek şekilde vücutta kendisinin yaptığı yaralanmalar ile sonuçlanabilir. Basmakalıp hareket bozukluğu DSM-5 sınıflandırmasında (2013) ise motor (devinim) bozukluklar kategorisi altında kümelenebilir. Devinim bozuklukları kümesinde ayrıca gelişimsel koordinasyon ve tik bozuklukları yer almaktadır. Önceki DSM sınıflandırmalarında dört haftalık süre ölçütü DSM-5'te tanımlamadan çıkmış, gelişimin erken döneminde başlama koşulu şeklinde değiştirilmiştir.

Hastalıkların ve ilişkili Sağlık Problemlerinin Uluslararası Sınıflandırılması (ICD-10) sisteminin onuncu basımında basmakalıp hareketler istemli olarak tanımlanır. Tırnak yeme ve burun karıştırmayı işlevselliği bozmadığı ve toplum sağlığı üzerinde önemi olmaması sebepleriyle basmakalıp hareket olarak değerlendirmez.

Epidemiyoloji

Geçici basmakalıp hareketlerin sıklığının normal gelişim gösteren çocuklarda %7 civarında, 6 yaşının altındaki çocuklarda ise yaygınlığın %15 ile %20 arasında olduğu bildirilmiştir. 6 yaşından sonra normal toplumda basmakalıp davranışların oranları bilinmemektedir. İhmal edilebilir düzeyde olduğu düşünülmektedir. Fakat bu gruptaki basmakalıp hareketlerin devamı konusunda tartışmalar mevcuttur. 4 yaş sonrasında basmakalıp hareketlerin azaldığını bildiren çalışmaların (1) yanında, devam edebileceğini (2) ve yetişkinlerde sıklıkla ve kaygılı olduğunda ortaya çıkabileceğini çalışmalar (3) vardır.

Tırnak yeme okul çağındaki çocukların yaklaşık yarısı kadarını etkiler. Parmak emme ve sallanma gibi davranışlar küçük çocuklarda normal olarak değerlendirilirler. Fakat daha büyük çocuklar ve ergenlerde ise sıklıkla uygunsuz davranışlar olarak ele alınırlar. Bu davranışlar genellikle basmakalıp hareket bozukluğunu oluşturmazlar. Tırnaklarını yiyen çoğu çocuk bu davranışları kendine zarar vermeden yaparlar. Hangi olguya basmakalıp hareket bozukluğu tanısı konulacak kadar ciddi düzeyde olduğuna karar vermek zor olabilir. Bir pediatri kliniğinde yatan çocukların %20 kadarında sallanma ve kafa vurma öyküsü bulunmuştur (4).

Basmakalıp hareket bozukluğu erkeklerde kızlara oranla daha fazla görülür. Basmakalıp davranışlar ayrıca körlük ve sağırılık gibi duyuşal yetersizliği bulunan çocuklarda da yaygındır. Görme engelli çocuklarda yapılan bir çalışmada %70 oranında basmakalıp davranış sıklığı bildirilmiştir (5).

Etiyoloji

Basmakalıp hareket bozukluğunun sebepleri; davranışsal faktörler, gelişimsel faktörler, işlevsellik, nörobiyolojik ve genetik açıdan değerlendirilmekle birlikte bozukluğun sebebi tam olarak anlaşılamamıştır. Normal gelişim gösteren ve basmakalıp hareketleri olan çocuklarda yapılan bir çalışmada katılımcıların %17'sinin birinci derece akrabalarında da motor stereotipler tespit edilmiştir. Bu oran ikinci derece akrabalar dahil edildiğinde %25'e kadar çıktığı bildirilmiştir (2).

Basmakalıp hareketlerin etiyojisini açıklamaya çalışan davranışsal kuramlar, bu hareketlerin sürekli pekiştirme sonucu gelişen öğrenilmiş bir davranış olduğunu ileri sürmektedir. Pekiştirme pozitif veya negatif bir durum veya duyumla ilişkili

ÇOCUKLUK MASTÜRBASYONU

Dr. Tümer Türkbay

Mastürbasyon veya cinsel organların bireyin kendisi tarafından uyarılması yaygın bir insan davranışıdır. Mastürbasyon Latince kökenli bir terim olup “manus” el, “stupratio” kirletme anlamına gelmektedir. Çocukların genital bölgelerine ilgi göstermeleri birçok uzman tarafından gelişimin olağan bir basamağı olarak kabul edilmektedir. Ancak, ergenlik öncesi dönemdeki çocukların genital bölgelerini herhangi bir şekilde uyarmaları ve bu sırada eşlik eden terleme, kızarma, sık nefes alma gibi belirtilerin gözlenmesi “çocukluk mastürbasyonu” olarak tanımlanmıştır. Çocuklardaki mastürbasyon ile cinsel organına dokunma veya oynama gibi gelişimsel olarak gözlenen merak davranışları birbirinden farklıdır.

Genel Bilgiler

Tarihsel süreçte dini inançların da etkisi ile mastürbasyon kirlilik ve günah olarak görülmüştür. Mastürbasyonun akıl hastalığına, frengiye, iktidarsızlığa, kısırlığa ve sakatlığa sebep olabileceğine inanılmıştır. Hatta, bu sebeplerle çocukluk mastürbasyonunun tedavisi için sünnet yapılması, klitorisin kor demirle bağlanması veya kilit mekanizmasına sahip deri kaplı zırhlar ile cinsel organa dokunulmasının engellenmesi gibi yöntemler uygulanmıştır. Wolfenstein’in ABD’ndeki mastürbasyona yönelik geçmişteki tutumları incelemesinde, 19’ncü yüzyılın başlarında parmak-emme ve mastürbasyonun çocukların bedenlerinde ve ruhsal durumlarında kalıcı hasarlar yapabileceğinin bilimsel makalelerde yazıldığı belirtilmektedir.

20’nci yüzyıl öncesinde mastürbasyon sık olarak nöropsikiyatrik bozuklukların öncülü olarak kabul edilmiştir. Sigmund Freud psikoanalitik görüşünde mastürbasyonun nevrasteni ve histeriye sebep olduğunu savunmuş; 1912’nin sonuna kadar mastürbasyonun organik ve psikik zararlara yol açtığına yönelik düşüncesini devam ettirmiştir. Gerçi, onun öğrencisi Felix Gattel 1898’de mastürbasyonu küçük kızlarda yaygın olduğunu tanımlamıştı. Ancak, bu antite hemen hemen bir yüzyıl göz ardı edilmiştir.

Sonraki yıllarda mastürbasyonun denetiminde daha makul yöntemler yer almış ve çocuğa oyuncak verilerek dikkatinin çekilmesi önerilmiştir. İkinci Dünya Savaşı sonrası yıllardaki makalelerde ise mastürbasyonun çocuğun bedenini araştırmaya ve tanımaya yönelik normal bir davranış olduğu vurgulanmıştır. Zaman içinde tutumlardaki yumuşama devam etmiştir. Günümüzde mastürbasyon, insanın cinsel davranışının normal bir parçası olarak kabul edilmektedir.

müzde mastürbasyon, insanın cinsel davranışının normal bir parçası olarak kabul edilmektedir.

Epidemiyoloji

Araştırmalarda yaşamlarının bir dönemlerinde erkeklerin %90-94’ünün, kızların %50-60’ının mastürbasyon yaptıklarına işaret edilmektedir. Çocukluk mastürbasyonuna ilişkin herhangi bir epidemiyolojik veri olmamasına karşın; Rutter çocuklardaki genital oyunların erkeklerde daha sık ortaya çıktığı, 1 yaşın altındaki bebeklerin %36’sında, 2-5 yaş arasındaki çocukların da yarısında genital oyunların gözlemlendiğini ileri sürmüştür (1). Lindblad ve arkadaşları İsveçte kreş-anaokoluna devam eden 2-6 yaş normatif örneklemede; bazen mastürbasyon yapma çocukların %1.2’sinde, sık veya her gün mastürbasyon sıklığı ise çocukların %2.4’ünde bulmuşlardır (2).

Yapılan bir anket çalışmasında erkeklerin %30’unun, kızların %22’sinin ergenlik döneminden önce mastürbasyon yapmaya başladıklarını hatırladıkları bildirilmiştir (3). Ergenlik öncesi yıllarda mastürbasyonun aşamalı artış gösterdiği gözükmemektedir; 7 yaşta mastürbasyon yaklaşık %10 iken, bu oran 13 yaşta %80 civarındadır (1).

Tartışmalı da olsa uterusu bile mastürbasyon vakası bildirilmiştir (4). Bildirilen en küçük olgu 2 aylıktır. Genellikle başlangıç 2-3 yaşlarında olmaktadır.

Klinik örneklem ile ilgili yapılan çalışmalarda çocukluk mastürbasyonu daha çok kızlarda görülmüştür. Fakat, genel toplumda cinsiyetlerdeki görülme sıklığı farklı olabilir. Kız çocuklarında mastürbasyonun aileler tarafından daha ciddi bir sorun veya kabul edilemez davranış olarak görülmesi sebebiyle, kız çocukları daha sık olarak hastaneye getiriliyor olabilir.

Tek başına yapılan mastürbasyon (soliter) grup veya iki kişi ile yapılan mastürbasyona oranla daha yaygındır (5).

Etiyoloji

Çocukluk mastürbasyonunun sebeplerini sistemli olarak araştıran çalışma çok azdır. İleri sürülen kuramlar, çocukların gelişimi ile ilgili gözlemler ve daha önce bildirilen bazı olguların özelliklerinden yola çıkarak oluşturulmuştur. Ancak, kuramların çoğu etyolojiyi açıklamaktan daha çok, yatkınlık oluşturuca veya tetikleyici etmenleri tanımlamaktadır.

OTİZM SPEKTRUM BOZUKLUĞU

Dr. Tümer Türkbay

Otizm spektrum bozukluğu (OSB) çocukluğun erken dönemlerinde başlayan sosyal beceri, dil gelişimi ve davranış alanında yeterli ve uygun gelişmeme veya kaybın olduğu süregelen bir nörogelişimsel bozukluktur. Spektrum modeli; bu bozuklukların belirtilerinin niteliksel ve niceliksel olarak hafiften ağıra kadar değişebildiğini yansıtmaktadır. Yani, geniş bir fenotipe sahip olduğu ve klinik görünümünün heterojenite gösterdiği anlamına gelmektedir.

Tarihçe ve Sınıflandırma

Otizm terimi, 20. yüzyılda psikiyatri dünyasına girmiş olmasına karşın yeni bir fenomen değildir. Lorna Wing, efsanelerde otizmliler çocukların “perilerin değiştirdiği çocuklar” olduğuna inanıldığını ileri sürmektedir. Otizmle ilgili tarih boyunca sunulan iki örnek dikkat çekicidir: birincisi; ilk baskısı 1864’te yapılan “Little Flowers of St. Francis” adlı kitapta anlatılan olgudur. Bu kitap bir İtalyan klasiği olup, Aziz Francis’in kerametleri ve müritleri anlatılmaktadır. Francis’in seçkin müritlerinden biri de Juniper’dir. Kitapta adı geçen Juniper’in, insanlarla tuhaf ilişki kurma tarzının ve tekrarlayıcı davranışlarının otizme yönelik belirtiler olabileceği düşünülmektedir. İkincisi, 1801 yılında ormanda bulunmuş ve ilk yaşlarından beri insanlarla ilişkiden uzak kalmış 12 yaşındaki vahşi bir erkek çocuk örneğidir. Dr. Jean Itard, Victor adı verilen bu çocukta otizme benzer birçok belirtiler tanımlamıştır. Bu çocukla yaptığı çalışmalar ile Itard, özel eğitimin öncüsü olarak anılmaktadır (1).

Otizm ilk kez 1943’de John Hopkins Üniversitesi’nde bir psikiyatrist olarak çalışan Leo Kanner tarafından tanımlanmıştır. Kanner 1931-1943 yılları arasında takip ettiği 11 çocuğun özelliklerini ayrıntılı olarak tanımlamış ve bunların çoğu özelliklerinin ortak olduğuna dikkat çekmiştir. Kendi dünyasında yaşayan bu çocukları nitelendiren bir terim olarak “kendi” anlamına gelen Yunanca’da “autos” kelimesinden esinlenerek, bu klinik görünümü “bebeklik otizmi” olarak adlandırmıştır. Aslında otizm terimini 1911 yılında Bleuler tarafından şizofrenin ana belirtilerini tanımlarken “kişinin kendini insanlara ve dış dünyaya kapatması” anlamında kullanmıştır. Kanner’in klasik otizm tanımı aşağıdaki belirtileri içermektedir:

- Konuşmanın gelişiminde gecikme olması
- Konuşma gelişse bile iletişim amaçlı kullanılmaması

- Ekolalik (yansımali) konuşmanın olması
- Konuşurken zamirlerin uygunsuz kullanılması
- Diğer insanlarla ilişki geliştirememesi
- Ezberleme belleklerinin güçlü olması
- Basmakalıp ve yaratıcı olmayan oyunlarının olması
- Yaşamlarında aynı olanları koruması ve değişikliğe direnç göstermesi

Kanner ile aynı zamanlarda Avusturyalı çocuk doktoru Hans Asperger de bir grup hastada gördüğü normal dışı davranış özelliklerinin tanımını yapmıştır. Bu bireyler sosyal ilişkileri tuhaf, empati kuramayan, ses tonlamaları sorunlu olan, etkinlikleri tekrarlayıcı biçimde yapan, alışılmış düzenlerinin değişmesinden hoşlanmayan, aşırı derecede yoğunlaştıkları özel ilgi alanları olan, ezber bellekleri iyi olan fakat soyut kavramları anlamada güçlük çeken ve sakarlık gösteren kişilerdi. Asperger bu belirtileri gösteren bireylerin davranışlarını ‘otistik psikopati’ olarak adlandırmıştır.

Otizmliler çocuğu olan Bernard Rimland, ilk kez otizmin beyinden kaynaklanan biyolojik temelli bir sorun olduğunu varsaymış ve altmışlı yıllardan sonra araştırmalar hızla bu yönde ilerlemiştir. Schopler, otizmliler bir çocuğun duyuşsal verilerin düzenlenmesi ve bedeni hakkında bilgisini geliştirip bedenini çevresinden ayırabilmesi üzerinde durmuştur. Dört yıl sonra meslektaş Reichler ile otizmliler çocukların eğitimine yönelik TEACCH (Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped CHildren) programını geliştirmiştir (1).

Lovaas ve arkadaşları altmışlı yılların ortalarında otizmliler çocuklara yönelik davranış terapisi tekniklerini geliştirmiştir. İlişki kurmayan otizmliler çocuklara elektrik şoku gibi fiziksel cezalar uygulanarak olumsuz davranışları düzenlenmeye çalışılmıştır. Günümüzde kullanılan Lovaas tekniğinde, fiziksel cezalar yerine ödülleri kullanılmaktadır.

Kendi dünyasında yaşayan ve iletişime kapalı bu çocuklar için Kanner “otizm” kelimesini kullanınca, bu belirtiler şizofreni kavramıyla ilişkilendirilmiş; bu sebeple otizm, çocukluk şizofrenisinin bir alt tipi gibi anlaşılmıştır. 1980 yılı başlarında Amerikan Psikiyatri Birliği’nin “Psikiyatrik Bozukluklar İçin Tanı Sınıflandırması El Kitabı” olan DSM-III sınıflandırmasında otizm ilk kez farklı bir psikiyatrik bozukluk olarak sınıflandırılmıştır.

SEÇİCİ KONUŞMAZLIK

Dr. Tümer Türkbay

Seçici konuşmazlık (selektif mutizm) diğer ortamlarda konuşması normal iken, konuşması beklenen sosyal ortamlarda ısrarcı konuşmama ile kendini gösteren nadir bir çocukluk anksiyete bozukluğudur. Çocuk, evde anne-baba ve kardeşleriyle normal bir şekilde konuşurken, okul ve oyun arkadaşlarının olduğu belirli sosyal ortamlarda konuşmazlık ısrarcı bir şekilde devam eder. DSM-IV TR sınıflandırmasında; “Bebeklik, Çocukluk ya da Ergenliğin Diğer Bozuklukları” başlığı altında yer almaktadır, DSM-5’te “Anksiyete Bozuklukları” ana başlığı altına alınmıştır. DSM-5 sınıflandırmasında tanı ölçütlerinde farklılık olmamıştır. DSM-5’te anksiyete bozuklukları ana başlığı altında yer alan diğer bozukluklar: ayrılık kaygısı bozukluğu, özgül fobi, sosyal anksiyete bozukluğu, panik bozukluğu, agorafobi, yaygın anksiyete bozukluğu, maddenin/ilacın yol açtığı anksiyete bozukluğu, başka bir sağlık durumuna bağlı anksiyete bozukluğu ve başka türlü adlandırılmayan anksiyete bozukluğudur.

Tarihçe

Etiyolojiyi tanımlamada eksikliklere rağmen, ilk defa 1877’de Kussmaul tarafından *volanter (istemli) afazi* olarak adlandırılarak tanımlanmıştır. 1934’de ismi, “*elektif mutizm*” şeklinde değiştirilmiştir. DSM-IV’te belirli ortamları kastederek, “selektif” kelimesi başa konularak “*seçici konuşmazlık*” adını almıştır (1). DSM-5 sınıflandırmasında “seçici konuşmazlık” ismi devam ettirilmiştir. ICD-10 sınıflandırmasında ise “elektif mutizm” olarak adlandırılmaktadır.

Tarihsel süreçte seçici konuşmazlığın sosyal anksiyete bozukluğunun bir varyantı, alt tipi veya aşırı uç tipi olduğu sorgulanmış ve araştırılmıştır. Black ve Uhde seçici konuşmazlığın sosyal fobi bağlamında açıklamaya çalışmış; seçici konuşmazlığın aşırı sosyal kaygı ile karakterize bir sosyal fobi varyantı olduğunu ileri sürmüşlerdir. Bu araştırmacılar iddialarını, sosyal fobisi olan ailelerde seçici konuşmazlık sıklığının yüksek olduğu verilerine dayandırmaktadırlar (2). Bazı araştırmacılar bu önermeyi desteklerken, yapılan diğer araştırmalar seçici konuşmazlığın anksiyete ve sosyal fobi ile açıklanmasına karşı çıkmaktadır. Farklı psikiyatrik bozuklukların sosyal anksiyete bağlamında araştırıldığı iyi tasarlanmış kapsamlı bir çalışmanın bulguları; seçici konuşmazlığın yüksek derecedeki sosyal anksiyetenin bir görünümü olarak sınıflandırılmasını desteklememiştir (3). Çünkü bu çalışmada seçici konuşmazlığı olan çocuklar sosyal

fobisi olan çocuklara oranla daha düşük sosyal kaygı puanları almışlardır. Şayet seçici konuşmazlık sosyal fobinin ileri derecedeki bir görünümü olsaydı, bu çocukların sosyal kaygı puanlarının sosyal fobi ile aynı aralıkta yer alması gerektiği gerekçesini sunmuşlardır. Üstelik seçici konuşmazlığın başlangıç yaşı sosyal fobi olan bireylerin başlangıç yaşı ile aynı zamana denk gelmemektedir. Seçici konuşmazlık 3-6 yaşları arasında ortaya çıkarken; sosyal fobi genellikle 11-13 yaşları arasında ortaya çıkmaktadır. Seçici konuşmazlık için geçerli olan erken yaşlar, sosyal fobi gelişimi için gerekli olan kognitif gelişim düzeyi ile uyusmamaktadır. Seçici konuşmazlığın başlangıç yaşlarının sosyal fobinin daha zayıf kategorisi olan utangaçlıkla aynı zamana denk düştüğüne kuvvetli bir şekilde işaret edilmektedir. Son olarak, seçici konuşmazlığın sosyal fobi sınıflandırması altında yer almamasının sebebi prognoz ile açıklanmaya çalışılmaktadır. Seçici konuşmazlığı olan çoğu çocuk zamanla bu hastalığı kendiliğinden aşarken, sosyal fobili bireylerde sorun zamanla aşılamamaktadır (1).

Epidemiyoloji

Seçici konuşmazlığın nadir oluşu sebebiyle, toplum düzeyinde prevalans oranlarını saptamak güçtür ve bu sebeple araştırmalarda değişik oranlar bildirilmektedir. Yaygınlık oranlarını saptama gücününün diğer sebepleri seçici konuşmazlığın etiyojisi, değerlendirmesi ve tedavisi hakkındaki kuramların ayrıntılı ve uniform olmamasından kaynaklanmaktadır. Çoğu araştırmalar hasta dosya taramalarına dayanmaktadır; yapılandırılmış standart klinik değerlendirmelere dayalı çalışmalar nadirdir. Seçici konuşmazlığın yaygınlık oranları Batı Avrupa, ABD ve İsrail vaka havuzuna dayalı toplum temelli örneklemelerde %0.47-0.76 arasında bildirilmektedir (4). Seçici konuşmazlığın sıklığı yaşla birlikte değişmekte olup küçük yaşlarda daha fazladır. Kızlarda erkeklerden daha sık gözlenmektedir, ancak bu araştırmalardaki kısıtlılıkların sonucu olabilir.

Etiyoloji

Seçici konuşmazlığın etiyojisini açıklamaya çalışan birçok kuram ileri sürülmüştür. Etiyolojiyi açıklamaya yönelik olarak; psikodinamik kuram, davranışsal kuram, sosyal anksiyete ile bağlantılar, aile sistemleri görüşü, dissosiyatif kimlik bozukluğu ve travmalara tepkiler üzerine dayalı önermeler mevcuttur. Gü-

AYRILIK KAYGISI BOZUKLUĞU (ÇOCUK)

Dr. Tümer Türkbay

Ayrılık kaygısı bozukluğu (AKB) anne-babadan ya da bağıllık geliştirilmiş diğer kişilerden ayrılmaya ilişkin olarak duyulan aşırı kaygıdır. Çocuğun günlük işlevlerini etkilemesi, okul reddine sebep olması ve diğer psikiyatrik bozuklukların ortaya çıkma olasılığını artırması sebebiyle önemli olarak kabul edilmektedir.

AKB olan çocukların tanıları genellikle gözden kaçmaktadır. Bu çocuklar, çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları bölümlerine genellikle uzamış okul reddi, çocuk sağlığı ve hastalıkları polikliniklerine ise sebebi anlaşılamayan bedensel yakınmalar sebebiyle getirilmektedir. Anksiyete bozuklukları çocuk ve ergenlerde en yaygın psikiyatrik bozukluklardır. AKB ise, bütün anksiyete bozuklukları arasında müracaatların yaklaşık yarısını oluşturmaktadır (1).

Genel Bilgiler ve Sınıflandırma

Ayrılık kaygısı bebekte bağlanmanın başlangıcı olan 6'ncı ayda başlayan ve okul öncesi döneme kadar süren normal gelişimsel bir fenomendir. Bebekler 6-7'nci aylarda, özellikle yabancı ortamlarda annelerinden ayrıldığında tepki göstermeye başlarlar. Çünkü anne ile bebek arasında çok güçlü özel bir bağ oluşmuştur. Bu dönemde bebekte ayrılık kaygısı, ağlamanın artması, etkinliğin ve araştırıcı davranışın azalması ile kendini gösterir. 1-3 yaşlar arasındaki küçük çocuklarda gelişimsel ayrılık kaygısı anneyi her gittiği yerde izleme, anne uzaklaştığında seslenme, huzursuzluk ya da sızlanma şeklinde kendini gösterir. Bu yaş çocukları için normal olan bu kaygı 18'nci ayda doruk noktasına ulaşır ve daha sonra yavaş yavaş azalarak okul öncesi döneme kadar sürer. 3 yaşındaki birçok çocuk, ayrılığın geçici olduğunu anlayacak bilişsel kapasiteye ve annenin yokluğunda ona ilişkin içsel bir imgeyi sürdürebilecek duygusal güce ulaşır. Bazı çocuklar bu dönemin zorluğunu "geçiş nesnesi" adı verilen ve anne simgesi olarak kabul edilen bazı bağlanma nesnelerini (oyuncak ayı, bebek, battaniye gibi) sürekli yanlarında taşıyarak kolaylaştırmaya çalışırlar. Bu dönem genellikle 3-5 yaşlarında sona erer ve çocuklar ayrılığa bu kadar şiddetli tepki vermemeyi ve kreş-anaokulunda tüm gün anneden ayrı kalabilmeyi öğrenirler. Erkek çocukların gelişimleri kızlardan daha yavaş olduğu için kaygıları da daha şiddetli olabilmektedir.

DSM-III sınıflandırmasında ilk defa ayrılık kaygısı bozukluğu (AKB) "Çocukluk ya da Ergenlikteki Anksiyete Bozukluk-

ları" başlığı altında yer almıştır. DSM-IV'te ise "İlk kez Bebeklik, Çocukluk ve Ergenlikte Başlayan Bozukluklar" bölümünde sınıflandırılmıştır. DSM-III-R'de bozukluğun en az iki hafta devam etme koşulu varken, bu süre DSM-IV'te dört haftaya çıkarılmıştır.

DSM-5 sınıflandırmasında AKB, "Anksiyete Bozuklukları" ana başlığı altına alınmıştır. DSM-IV-TR sınıflamasında yer alan ana belirtiler DSM-5'te de korunmuştur. DSM-IV-TR'deki 18 yaş altında olması şartı DSM-5'te kaldırılmış, yetişkinlerde de bu tanının konulabileceği belirtilmiştir. Çocuklar için tanıda en az dört haftalık süre şartı aranırken, yetişkinlerde bu sürenin en az 6 aylık devam ediyor olması koşulu aranmıştır. ICD-10 sınıflandırmasında ise AKB, "Çocukluk Çağında Başlayan Duygusal Bozukluklar" başlığı altında yer almaktadır. ICD-10'da AKB tanısı, DSM sınıflandırma ölçütleri ile benzerlik göstermektedir.

Epidemiyoloji

AKB'ye yönelik bazı epidemiyolojik çalışmalar yayınlanmıştır; ancak bunların çoğunda yöntemsel kısıtlılıklar ve yanlılıklar söz konusudur. AKB erken yaşlarda başlangıç göstermektedir; 7-9 yaş arası pik başlangıç yaşlarıdır. Prevalansı çocuk ve ergenlerde %3-5'dir ve yaşla birlikte azalır (2). Yakın yıllarda yayımlanan ulusal komorbidite tarama çalışmasında, Kessler ve arkadaşları çocuklarda bütün psikiyatrik bozukluklar arasında anksiyete bozukluklarının en yaygın olduğunu; AKB'nin de çocuklarda en sık anksiyete bozukluğu olduğunu saptamışlardır (3).

Ayrılık kaygısı belirtilerine, kız çocuklarında erkek çocuklarına oranla daha sık rastlanır. AKB, zeka ve akademik başarı ile ilişkili değildir. Tek çocuk olma veya kardeşlerin olması arasında bir fark bulunmamıştır. Düşük sosyoekonomik düzeydeki ailelerin çocukları AKB belirtilerini daha sık göstermeye eğilimlidir.

AKB üç dönemde sık olarak gözlenmektedir: (I) En sık olarak ilköğretime başlarken ve hemen sonrasında; (II) Okul değişimi ile ilişkin olarak 11 yaş civarında ve (III) 14 yaş ve sonrasında.

Ayrılık kaygısı belirtileri ergenliğe doğru gittikçe azalır. Eşik-altı AKB çok daha yaygındır. Bir çalışmada 8 yaş çocukla-

DAVRANIM BOZUKLUĞU

Dr. Ayhan Cöngöloğlu

“Conduct” sözcüğü İngilizcede “tavır-hareket” anlamına gelmektedir. Türkçe bilimsel yazında “conduct” karşılığında yaygın olarak “davranım” sözcüğü kullanılmaktadır. Davranım bozukluğu (DB) davranış sorunları ile seyreden çocukluk çağı başlangıçlı sık gözlenen bir psikiyatrik tablodur. Davranış sorunları çocukların büyük çoğunda belli oranlarda görülebilir. Bu davranışlar genellikle yaramazlık olarak adlandırılır. Ancak bu davranışlar çok şiddetli ve sürekli değildir. Davranım bozukluğunda ise başkalarının temel haklarını ve yaşa uygun toplumsal norm ve kuralları bozacak yapıda olan bu olumsuz davranışlar; sürekli ve çocuğun aile, okul ve toplumla ilişkisi belirgin bir şekilde bozacak şiddettedir.

Davranım bozukluğunun sendromik bir hastalık mı olduğu yoksa antisosyal kişilik bozukluğunun öncüsü sayılabilecek bir kişilik örüntüsü mü olduğu tartışılmaktadır. Ancak genetik geçişin olduğunu gösteren çalışmaların giderek artması, tanımlanan bulguların birbirleriyle bağlantılı olması ve her toplumda yaklaşık oranlarda bildirilmesi tablonun bir sendrom olma ihtimalini güçlendirmektedir.

Epidemioloji

DB sıklığı ile ilgili olarak farklı kaynaklarda farklı oranlar ile sürülme olup Loeber ve arkadaşlarının yaptığı 10 yıllık bir retrospektif çalışmada 6 -18 yaş arası çocukların yaklaşık %5’inin son 3 ila 6 ay arasında DB için DSM-IV ölçütlerini karşıladığı bulunmuştur (1). ABD Sağlık Bakanlığı ise bu oranı %6-9 olarak bildirmektedir. Ancak özellikle 20’nci yüzyılın ikinci yarısında DB tanısı konan olgu sayısında belirgin bir artış göze çarpmaktadır (2).

Erkeklerde kızlara oranla 4 ila 10 kat daha sık gözlenmektedir. Erkeklerde sık olmasının en temel sebeplerinin erkeklerde risk faktörlerinin daha fazla olması ve kızların dolaylı ve sözel agresyonu daha fazla tercih etmeleri olduğu iddia edilmektedir (1). Erkek çocuklarda başlama yaşı 7, kız çocuklarında 13 olarak bildirilmektedir. Dikkat çeken bir veri ise son yıllarda kültürel değişim ile birlikte antisosyal davranışların kızlarda hızla arttığıdır.

6-17 yaş arası dokuz farklı kültürden gelen çocuklarda yapılan bir çalışma kültürel farklılıkların davranış sorunları üzerinde beklenen kadar etkili olmadığını göstermektedir (3).

Etiyoloji

DB etiyolojisini araştıran çok sayıda çalışma olmakla birlikte ortaya konmuş net bir etiyolojik faktör bulunmamaktadır. İkiz ve evlat edinilmiş çocuklar üzerinde yapılan çalışmalar tablonun oluşmasında hem genetik hem de çevresel faktörlerin yer aldığı göstermektedir. Bu sebeple DB diğer pek çok psikiyatrik bozuklukta olduğu gibi genetik yatkınlıklar ile çevresel faktörlerin ortak sorumlu olduğu karmaşık tablolardır olarak kabul edilmektedir. Bu bozukluklarla ilişkili olarak çok sayıda farklı risk faktörü bildirilmiştir:

Genetik. İkiz ve evlat edinme çalışmaları ile DB’nun genetik temelleri olduğu gösterilmiştir. Davranış sorunlarının genetik aktarım oranının yaklaşık %50 olduğu ileri sürülmektedir (4). Diğer tüm psikiyatrik bozukluklarda olduğu gibi DB’nda da genetik polimorfizmler son yıllarda yoğun olarak araştırılmaktadır. Ancak yine diğer bozukluklarda olduğu gibi ortaya konabilmiş özgül bir polimorfizm tespit edilememiştir. DB’nda en çok çalışılan gen, MAOA promoter polimorfizmidir. Bu gen üzerine odaklanılmasının sebebi MAOA enziminin öfke ile ilişkilendirilen nörotransmitterlerin metabolizmasından sorumlu olmasıdır. Bu gen ile yapılan çalışmaların meta analizinde; MAOA geni ile davranım sorunları arasında çok bariz olmamakla birlikte istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu gösterilmiştir (5). Bu gen dışında çok sayıda farklı genle ilgili çalışma bulunup genlerle çevresel faktörlerin etkileşiminin çok farklı boyutlarının olması sebebi ile bu çalışmalarda çelişkili sonuçlar elde edilmiştir.

Nörotransmitterler. Hem erişkinlerde yapılan çalışmalarda hem de hayvan çalışmalarında nörotransmitterler ile antisosyal davranışlar arasında ilişki gösterilmiştir (6). Çocuklarda yapılan çalışmalarda ise çelişkili sonuçlar elde edilmiştir. En çok adı geçen nörotransmitterler adrenalin, noradrenalin ve serotoninidir.

Otonom Sinir Sistemi. Belirgin davranım sorunları olan hastalar üzerinde yapılan çalışmalarda istirahat kalp atım sayılarının daha düşük olduğu gösterilmiştir. Bu durum otonom sinir sistemi fonksiyonlarında bir farklılığı işaret ediyor olabilir (7).

Gelişimsel ve Bilişsel Sorunlar. DB ile ilişkili olduğu ileri sürülen faktörlerin başında mizaç gelmektedir. Mizacın do-

ARADIĞINIZ TÜM TIP KİTAPLARI BU ADRESTE



www.guneskitabevi.com

GENEL DAĞITIM

GÜNEŞ TIP KİTABEVLERİ

ANKARA

M. Rauf İnan Sokak No: 3
06410 Sıhhiye / Ankara
Tel: (0312) 431 14 85 • 435 11 91-92
Faks: (0312) 435 84 23

İSTANBUL

Gazeteciler Sitesi Sağlam Fikir Sokak
No: 7 / 2 Esentepe / İstanbul
Tel: (0212) 356 87 43
Faks: (0212) 356 87 44

KADIKÖY

Rasimpaşa Mah. İskele Sokak
No: 4 / A Kadıköy / İstanbul
Tel: (0216) 546 03 47



Türkiye'nin her yerinden...
0505 734 13 13



ISBN 978-975-277-703-3



9 789752 777033