

KAPLAN & SADOCK PSİKIYATRİ

ON İKİNCİ BASKI



Robert Boland, M.D.
Marcia L. Verduin, M.D.

DANIŞMAN EDITÖR

Pedro Ruiz, M.D.

Çeviri Editörleri

Prof. Dr. Ali Bozkurt

Uzm. Dr. Burcu Buzkan Sarıkaya



GÜNEŞ TIP
KITABEVLERİ



Wolters Kluwer

KAPLAN & SADOCK
PSİKIYATRİ

ON İKİNCİ BASKI

EDİTÖR ASİSTANI

Arya Shah, M.D.

Resident in Psychiatry
Brigham and Women's Hospital/Harvard Medical School Program
Boston, Massachusetts

KATKIDA BULUNAN EDİTÖRLER

Carolyn S. Pataki, M.D.

Clinical Professor of Psychiatry and the Biobehavioral Sciences, Keck School
of Medicine at the University of Southern California;
Director, Child and Adolescent Psychiatry Residency Training Program,
University of Southern California, Los Angeles, California

Norman Sussman, M.D.

Professor of Psychiatry, New York University School of Medicine;
Director, Treatment Resistant Depression Program and Co-director, Continuing Education
in Psychiatry, Department of Psychiatry;
Attending Psychiatrist, Tisch Hospital, New York, New York

ÇEVİRİ EDİTÖRLERİ

Prof. Dr. Ali Bozkurt

Liv Hospital Ankara Hastanesi Psikiyatri Kliniği
Yüksek İhtisas Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı

Uzm. Dr. Burcu Buzkan Sarıkaya

Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Psikiyatri Anabilim Dalı

KAPLAN & SADOCK PSİKIYATRİ

ON İKİNCİ BASKI

EDİTÖRLER

Robert Joseph Boland, M.D.

Vice-Chair for Education
Department of Psychiatry
Brigham and Women's Hospital
Associate Professor
Harvard Medical School
Boston, Massachusetts

Marcia L. Verduin, M.D.

Associate Dean for Students
Professor of Psychiatry
Department of Medical Education
Department of Clinical Sciences
University of Central Florida College of Medicine
Orlando, Florida

DANIŞMAN EDİTÖR

Pedro Ruiz, M.D.

Clinical Professor
Menninger Department of Psychiatry and
Behavioral Sciences
Baylor College of Medicine

ÇEVİRİ EDİTÖRLERİ

Prof. Dr. Ali Bozkurt

Liv Hospital Ankara Hastanesi
Psikiyatri Kliniği
Yüksek İhtisas Üniversitesi Tıp Fakültesi
Psikiyatri Anabilim Dalı

Uzm. Dr. Burcu Buzkan Sarıkaya

Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Psikiyatri Anabilim Dalı



**GÜNEŞ TIP
KİTABEVLERİ**



Wolters Kluwer

Kaplan & Sadock Psikiyatri

Türkçe 1. Baskı

Türkçe Telif Hakları 2024

ISBN: 978-975-277-999-0

Orijinal Adı: Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry

Yayınevi: Wolters Kluwer

Editörler: Robert Joseph Boland, M.D., Marcia L. Verduin, M.D

Çeviri Editörleri: Prof. Dr. Ali Bozkurt, Uzm. Dr. Burcu Buzkan Sarıkaya

Orijinal ISBN: 978-1-975173-12-8

Kitabın 5846 ve 2936 sayılı Fikir ve Sanat Eserleri Yasası Hükümleri gereğince (kitabın bir bölümünden alıntı yapılamaz, fotokopi yöntemiyle çoğaltılamaz, resim, şekil, şema, grafik v.b.'ler kopya edilemez) tüm hakları Güneş Tıp Kitabevleri Ltd. Şti'ne aittir.

Genel Yayın Yönetmeni: Murat Yılmaz

Genel Yayın Yönetmeni Yardımcısı: Polat Yılmaz

Yayın Danışmanı ve Tıbbi Koordinatör: Dr. Ufuk Akçıl

Yayına Hazırlama: Güneş Dizgi-Grafik Tasarım Birimi

Baskı: Ayrıntı Basım Yayın ve Matbaacılık Hiz. San. Tic. Ltd. Şti.

Saray Mahallesi 126. Cadde No: 20 Kahramankazan / Ankara

Telefon: (0312) 394 55 90 - 91 - 92 • Faks: (0312) 394 55 94

Sertifika No: 49599

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.

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

KADIKÖY

Rasimpaşa Mah. İskele Sokak

No: 4 / A Kadıköy / İstanbul

Tel: (0216) 546 03 47

www.guneskitabevi.com

info@guneskitabevi.com



Bu çalışmaya -ve diğher her şeye- bilemeyeceğı kadar çok katkıda bulunan eşim Susan'a, ayrıca oğullarım Rich ve Greg'e. Belki bir zamanlar ben sizi cesaretlendirmeye yardımcı olmuş olabilirim ama şimdi ikiniz de benim ilham kaynağımsınız.

– RB

Kocam Jonathan'a ve ocuklarım Max ve Sarah'ya, yaptığım her şeyde bana verdikleri cesaret, destek ve ilham için.

– MV



Önsöz

“Kimse onun yerini alamaz efendim; ben sadece onun varisiyim.”

Thomas Jefferson, Fransa Bakanı olarak Benjamin Franklin’in yerine geçip geçmeyeceği sorulduğunda rutin olarak bunu söylerdi. Aynı tarihsel ölçekte olmasa da, bu söz *Kaplan & Sadock’un Synopsis of Psychiatry* kitabının editörlüğünü devraldığımızda hissettiklerimizi çok iyi anlatıyor.

The Synopsis, karşılaştığımız ilk psikiyatri kitaplarından biriydi ve eğitim yıllarımız boyunca bizim “İncilimiz” oldu. Eğitimci olduğumuzda, öğrencilerimize ve asistanlarımıza tavsiye ettiğimiz kitaptı. American College of Psychiatrists tarafından Amerika Birleşik Devletleri’ndeki neredeyse tüm stajyerlere uygulanan Psychiatry Resident-In-Training Examination®’in editörleri olarak rollerimizde, sınavdaki belirli bir sorunun tüm psikiyatristler için kabul edilen bilgi birikimi içinde olup olmadığına karar verirken en sık başvurduğumuz kitap *Synopsis* oldu.

Kitaba bu yeni bakış açısıyla yeniden yaklaşırken, kitabı düzenlemek ve gözden geçirmek için harcadığımız zaman, bu harika çalışmaya olan saygımızı bir kez daha artırdı. Önceki yazarlar, kapsamlı, ulaşılabilir ve açıkçası okuması keyifli bir kitap yaratmak için inanılmaz bir iş çıkardılar.

Bu yeni baskıya yaklaşımımız dikkatli oldu ve önceki baskıların çoğunu, çoğu zaman kelimesi kelimesine koruduk. Yaptığımız düzenlemeler ya hızla büyüyen alanımızdaki keşifleri dahil etmek ya da kitabı yeni nesil psikiyatristler için pratik olduğunu düşündüğümüz bir şekilde yeniden düzenlemek oldu. Klinik materyali ön plana çıkardık. Alanın altında yatan bilim ve teori kitabın ilerleyen bölümlerine taşındı. Bu yeniden düzenleme herhangi bir değer veya önem sırasını yansıtmamaktadır; pratik olması amaçlanmıştır: yoğun bir stajyerin gün içinde bir hastanın tanısı veya tedavisi ile ilgili önemli bir soruyu yanıtlamak için kitabı eline aldığını ve günün ilerleyen saatlerinde, umarım düşünmek için daha fazla zamanı olduğunda, hastasını daha derinlemesine anlamak için oturup daha fazla okuduğunu hayal edebiliriz.

Mümkün olduğunca bozuklukları sendromal olarak gruplandırdık. Böylece, tanı ve nihayetinde tedaviyi tartışmadan önce çeşitli depresif bozuklukların fenomenolojisini bir grup olarak tartışıyoruz. Bu yaklaşım stratejik bir seçimdi çünkü modern araştırmaların çoğu artık hastaları klinik tanılarına göre gruplandırmıyor ve birçoğu daha büyük gruplandırmalar içeriyor: Örneğin depresyon hastaları veya psikotik hastalar. Bununla birlikte, Emerson’a saygı duyarak, organizasyon ve tutarlılık arzumuzun aptalca olacak kadar katı olmasına izin vermedik ve bir bölümdeki bozuklukların temelde farklı olduğu durumlarda, her biri için ayrı bölümler oluşturduk.

Bazılarının “pratik” yaklaşımımızın bu kitabın sanatsallığından bir şeyler götürebileceğinden endişe edebileceğinin farkındayız. Gerçekten de, önceki ciltlerin belirleyici bir parçası olan birçok tabloya, yaratıcı fotoğraflara ve diğer sanatsal dokunuşlara artık yer vermiyoruz. Bunlar kişisel yaklaşımlarımızı yansıtan kişisel seçimlerdir. Kesinlikle kitabın tüm kişiliğini yok

etmek istemiyoruz ve düz yazıların, vaka geçmişlerinin ve tarihi referansların çoğunu korumamızın önceki ciltleri özel kılan şeylerin bir kısmını korumasını umuyoruz.

Bu çalışmaya getirdiğimiz bir diğer felsefe de ruh sağlığının fiziksel sağlığın bir parçası olduğu ve psikiyatrik hastalıkların tüm ilaçlar bağlamı dışında tartışamayacağıdır. “Zihin-beden” terimi bile eskimiş görünüyor ve var olmayan bir ayrımı ima ediyor. COVID-19 salgını sırasında editörlük yaparken ve hastalarımızda, öğretim üyelerimizde ve stajyerlerimizde basit bir virüsün ruh üzerinde nasıl bu kadar tahribat yaratabileceğine tanık olurken bunu sık sık hatırlattık.

ÖYKÜ

Bu ders kitabı, *Comprehensive Textbook of Psychiatry*’nin yoğunlaştırılmış hali olarak geliştirilmiştir. Bu kitap, alandaki birçok uzmanın katkısıyla iki ciltlik kapsamlı bir çalışmadır. Tüm alanın kapsamlı, ayrıntılı ve ansiklopedik bir incelemesine ihtiyaç duyanlara yardımcı olmaktadır. Bu çalışma, mümkün olduğunca kapsamlı ve güncel bir çalışma isteyen alandaki tüm uzmanlık seviyelerini hedeflemektedir. Bu ders kitabı daha çok, psikiyatri alanının kısa ve daha yoğun bir açıklamasına ihtiyaç duyan stajyerlere yöneliktir. Bu kitap özünde *Comprehensive Textbook of Psychiatry*’den türetilmiş olsa da, her iki eserin farklı amaçları bir ayrılmaya neden olmaktadır. Her ne kadar bu kitabın bazı bölümlerini yeniden ele almış ve yeni içerikler yazmış olsak da, *Comprehensive Textbook of Psychiatry*’nin mevcut ve önceki baskılarına katkıda bulunan ve çalışmalarını özetlememize izin veren 2.000’den fazla kişiye teşekkür borçluyuz. Aynı zamanda, yeni çalışmadaki değişiklikler ve düzeltmelerin sorumluluğunu da kabul etmek zorundayız.

KAPSAMLI ÖĞRETİM SİSTEMİ

Bu ders kitabı, psikiyatri ve davranış bilimlerinin öğretimini kolaylaştırmak için geliştirilen kapsamlı bir sistemin bir parçasını oluşturmaktadır. Sistemin başında, psikiyatristler, davranış bilimciler ve ruh sağlığı alanındaki tüm çalışanlar için tasarlanmış ve onlar tarafından kullanılan, derinliği ve kapsamı küresel olan *Comprehensive Textbook of Psychiatry* yer almaktadır. *Synopsis of Psychiatry* ise tıp öğrencileri, psikiyatri asistanları, pratisyen psikiyatristler ve ruh sağlığı profesyonelleri için yararlı olan daha kısa, oldukça değiştirilmiş ve güncel bir versiyonudur. *Synopsis*’ten türetilen iki özel baskı, *Concise Textbook of Clinical Psychiatry* ve *Concise Textbook of Child and Adolescent Psychiatry*, sırasıyla yetişkinlerde ve çocuklarda tanı ve tedavileri de dahil olmak üzere tüm psikiyatrik bozuklukların açıklamalarını içerir. Klinik sorunların yönetimine kısa ve öz bir genel bakışa ihtiyaç duyan klinik memurları ve psikiyatri asistanları için faydalı olacaktır. Sistemin bir diğer parçası olan *Psikiyatri Çalışma Rehberi* ve *Kendi Kendine Psikiyatri Gözden Geçirmesi*, çoktan seçmeli sorular ve cevaplardan oluşmakta-

dır; psikiyatri öğrencileri ve çeşitli sınavlara hazırlanmak için davranış bilimleri ve genel psikiyatrinin gözden geçirilmesine ihtiyaç duyan klinik psikiyatristler için tasarlanmıştır. Soruların çoğu standart sınavda kullanılan formatla uyumludur. Sistemin diğer parçaları cep el kitaplarının çeşitli baskılarıdır: *Pocket Handbook of Clinical Psychiatry*, *Pocket Handbook of Psychiatric Drug Treatment*, *Pocket Handbook of Emergency Psychiatric Medicine* ve *Pocket Handbook of Primary Care Psychiatry*. Bu kitaplar sırasıyla psikiyatrik bozuklukların tanı ve tedavisini, psikofarmakolojiyi, psikiyatrik acil durumları ve birinci basamak psikiyatrisini kapsamaktadır ve uzmanlık alanları ne olursa olsun klinik memurları ve pratisyen hekimler tarafından hızlı bir başvuru için taşınmak üzere tasarlanmış ve yazılmıştır. Son olarak, *Comprehensive Glossary of Psychiatry and Psychology* psikiyatristler ve diğer hekimler, psikologlar, öğrenciler, diğer ruh sağlığı profesyonelleri ve halk için yazılı tanımlar sunmaktadır. Bu kitaplar birlikte, psikiyatrinin öğretilmesi, çalışılması ve öğrenilmesi için çoklu yaklaşımlar oluşturmaktadır.

BOZUKLUKLARIN SINIFLANDIRILMASI

DSM-5

Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013 yılında *Amerikan Psikiyatri Birliği Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı*'nın beşinci baskısını yayınlamıştır; bu baskı genellikle DSM-5 olarak adlandırılmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri'ndeki psikiyatristler ve diğer ruh sağlığı profesyonelleri tarafından kullanılan resmi isimlendirmeyi içerir ve diğer birçok ülke de bu kılavuzu kullanır. Ders kitabında tartışılan psikiyatrik bozukluklar bu nozoloji ile tutarlıdır ve onu takip eder. DSM-5 kriterlerini ne düzyazı ne de tablo biçiminde doğrudan yeniden üretmemeyi tercih ettik. Çoğu psikiyatristin ve stajyerin DSM-5'e zaten erişimi olduğunu umuyoruz; yoksa da şiddetle tavsiye ediyoruz. Okuyucuya tanısal muhakeme konusunda yardımcı olmak için başlıca tanımlarla ilişkili birincil semptomları, zaman süreçlerini ve diğer kriterleri özetleyen bazı tablolar ekledik.

ICD-10

Okuyucular ayrıca Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından geliştirilen *Hastalıkların ve İlgili Sağlık Sorunlarının Uluslararası İstatistiksel Sınıflandırması (ICD-10)* adlı paralel bir sınıflandırma sisteminden de haberdar olmalıdır. DSM ve ICD arasında metinsel farklılıklar vardır, ancak Amerika Birleşik Devletleri ve DSÖ arasındaki anlaşmalara göre, ulusal ve uluslararası psikiyatrik istatistiklerin tek tip olmasını sağlamak için tanı kod numaraları aynıdır. ICD tanıları ve sayısal kodları Medicare, Medicaid ve özel sigorta şirketleri tarafından geri ödeme amacıyla kabul edilmektedir. ICD-10 sadece psikiyatrik değil, tüm tıbbi tanıların kapsamlı bir listesidir. Tanımlayıcı olma eğilimindedir ve sabit sayıda kriter içeren DSM-5'e göre daha fazla yargıya izin verir. ICD-10 ayrıca DSM-5'ten daha eskidir ve artık yeni kılavuzda yer almayan tanıları içerir. ICD-11 şu anda taslak halinde mevcuttur ve DSÖ'nün web sitesinde çevrimiçi olarak yer almaktadır. ICD-11, DSM-5 ile daha uyumludur. DSÖ, ICD'nin bu yeni baskısının 2022 yılında yürürlüğe girmesini planlamaktadır. Dünyanın büyük bir kısmı hala ICD-10'u kullandığından (özellikle faturalandırma amacıyla Amerika Birleşik Devletleri dahil), tanı okumaya ayrılmış tablolarımıza dahil ediyoruz. Okuyucu bu tablolarda DSM-5 ve ICD-10 arasındaki birçok benzerliğin yanı sıra bazı ilginç farklılıklara da dikkat çekecektir.

VAKA ÖYKÜLERİ

Vaka öyküleri Sinopsis'in ayrılmaz bir parçasıdır. Anlatılan klinik bozukluklara açıklık kazandırmak ve hayat vermek

için metin boyunca yaygın olarak kullanılırlar. Vakalar çeşitli kaynaklardan gelmektedir. Birçoğu Sadocks'un hastanedeki meslektaşlarından ya da Sadocks'un New York'taki Bellevue Hastanesi'ndeki kendi deneyimlerinden alınmıştır. Bu vaka çalışmalarının çoğunu, açıklanan bazen soyut kavramları ustalıkla gösterdiklerine inandığımız için koruduk ve Synopsis'in bu vakaları geçmiş ve gelecek baskılarda kullanmasına izin verdikleri için bu vakalara katkıda bulunan birçok kişiye teşekkür ediyoruz.

KAYNAKLAR

Synopsis'teki her bölüm, daha kapsamlı ders kitabımız olan *Comprehensive Textbook of Psychiatry*'deki ilgili bölümlere ek olarak literatür incelemelerini ve referansları içeren çeşitli alıntılarla sona ermektedir. Kaynakların sayısı sınırlıdır; bunun nedeni kısmen yer tasarrufu sağlamaktır, ancak daha da önemlisi, günümüz okuyucularının en güncel literatürden haberdar olmak için *PubMed* ve *Google Scholar* gibi internet veri tabanlarına başvurdıklarının farkındayız ve bu eğilimi teşvik ediyoruz.

TEŞEKKÜR

Epidemiyoloji ve diğer pek çok araştırma dahil olmak üzere çalışmanın büyük bir kısmını güncellememize yardımcı olan seçkin Editör Asistanımız Dr. Arya Shah'ın çalışmalarını içtenlikle takdir ediyoruz. Dr. Shah ayrıca bu baskıda yeni olan tanısal karşılaştırmalı tabloları oluşturmak için DSM-5 ve ICD-10'u gözden geçirme görevini de üstlenmiştir.

Ayrıca ilgili bölümlerimizdeki meslektaşlarımıza ve arkadaşlarımıza da teşekkür etmek istiyoruz. Bu etkileyici gruba Brigham and Women's Hastanesi Psikiyatri Bölümü üyeleri de dahildir. Bu çalışmanın oluşturulması boyunca paha biçilmez tavsiye ve danışmanlık sunan Brigham and Women's Psikiyatri Başkanı David Silbersweig'e ve desteği, teşviki ve danışmanlığı için Central Florida Üniversitesi Sağlık İşleri Başkan Yardımcısı ve Tıp Fakültesi Dekanı Deborah German'a özel olarak teşekkür ederiz.

Ayrıca ülkenin dört bir yanında yaşayan psikiyatri ve tıp alanındaki pek çok dostumuza da teşekkür ederiz. Bunlardan biri olan Florida Üniversitesi'nden Dr. Josepha Cheong, bizi "Görünmez Kolej" olarak adlandırdı ve bu, bulaşıcı bir mizah anlayışıyla tavsiye, danışmanlık, eleştiri ve perspektif sunmak için her zaman hazır olan, çoğu kendi alanlarında lider olan sevgili arkadaşlardan oluşan gevşek ağ için uygun bir tanımdır.

Bu vesileyle, bu ve diğer Kaplan & Sadock kitaplarını Çince, Hırvatça, Fransızca, Almanca, Yunanca, Endonezyaca, İtalyanca, Japonca, Lehçe, Portekizce, Romence, Rusça, İspanyolca ve Türkçe'nin yanı sıra özel bir Asya ve uluslararası öğrenci baskısı gibi yabancı dillere çevirenlere teşekkür etmek istiyoruz.

Bu çalışmayı üstlenirken bize karşı sabırlı davranan Wolters Kluwer editör ekibine özel olarak teşekkür ederiz. Pandemi sırasında sabırlarını test ettik ve bu baskı üzerinde çalışırken hastalığın kendi cephelerimizdeki sonuçlarını yönetmeye yardımcı olduğumuz için editör ekibi hem destekleyici hem de cesaretlendirici oldu. Özellikle Satın Alma Editörümüz Chris Teja, İçerik Geliştirme Müdür Yardımcımız Anne Malcolm, Geliştirme Editörümüz Ariel Winter, Yayın Koordinatörümüz Ashley Pfeiffer, Proje Yöneticimiz Karan Rana ve Tedarikçi Yöneticimiz Bridgett Dougherty'ye teşekkür ederiz.

En büyük teşekkürümüz ise Benjamin ve Virginia Sadock'a. Ne yazık ki, pandemi onları sadece itibarları ve elektronik iletişimleri aracılığıyla tanınamızı gerektirdi. Bize beyin takımlarını emanet ettikleri için kendilerine teşekkür ediyoruz. Onların yerini dolduramayız, ancak yine de onları gururlandırabileceğimizi umuyoruz.

RÖPORTAJ

Sadock'lar ile Buluşmamız

Bu kitabı planlarken Benjamin ve Virginia Sadock'u ziyaret etmeyi umuyorduk. Ancak pek çok şey gibi pandemi bunu da imkânsız kıldı. Bir Zoom toplantısıyla yetindik. Kitabın tarihçesini dinlemek ve uzmanlardan bazı tavsiyeler almak istedik. Ayrıca bu muazzam görevi üstlenmeleri için onları motive eden hedefleri ve değerleri de anlamak istedik. Hepsinden önemlisi, bu harika çalışmadan sorumlu olan insanlarla tanışmak istedik. Bu yüzden ne bekleyeceğimizi bilmeden büyük bir beklentiyle video görüşmesine katıldık.

Sadece ününü bildiğiniz insanlarla tanışmak çeşitli şekillerde sonuçlanabilir. Bu durumda, çok hoş bir deneyim oldu. Ben ve Virginia çok nazik, sıcak ve dost canlısı bir çiftti. Zeki ve enerjik bir çift olan Ben ve Virginia kimi zaman düşünceli, kimi zaman esprili ve her zaman şaşırtıcı derecede alçakgönüllüydü. Bize hayatları boyunca yaptıkları işleri anlatmaktan da mutluluk duydular. *Synopsis*'in tarihinin ilk olarak 1967 yılında yayınlanan *Comprehensive Textbook* ile başladığını açıkladılar. Başlangıçta yaklaşık 1.000 sayfaydı ve Harold Kaplan ile Benjamin'in editörlüğünde yaklaşık 200 yazar katkıda bulunmuştu. Şimdi ise elbette binlerce katılımcıyla birlikte 5.000 sayfaya yaklaştı. Yine de o zaman bile devasa bir kitaptı, bu yüzden sonunda tıp öğrencileri ve asistanlar tarafından kullanılabilecek bir şeye yoğunlaştırmaya çalışma fikrine sahip oldular. *Synopsis*'in ilk baskısı için daha kapsamlı olan kitabı "kesip yapıştırdıklarını" açıkladılar. Açıklamalarını istedik ve Kapsamlı Ders Kitabı'nın bazı bölümlerini X-ACTO bıçağıyla kesip yapıştırarak ilk baskıyı oluşturdıklarını ve buna *Modern Synopsis of the Comprehensive Textbook of Psychiatry* adını verdiklerini öğrendik. Birkaç baskı sonra başlığı kısalttılar. Yazarlar, *Synopsis*'in yeni baskılarını yazmaya devam ettikçe, Kapsamlı Ders Kitabı'ndan sadece bazı parçaların alınmasının kötü okunduğunu hissettiklerini açıkladılar. Orijinal kitabın düzyazısının bir kısmını korurken, daha büyük çalışmayı yavaş yavaş kendi kelimelerine çevirdiler ve bugün var olan çoklu-katılımcı ve sürekli yazarlı çalışma arasında bir melez haline geldi.

Ne yazık ki Harold Kaplan'ın 1998'de *Synopsis*'in yedinci baskısı üzerinde çalışırken öldüğünü ve Virginia'nın bu tarihten sonra resmi yazar olduğunu hatırlattılar. Benjamin "resmi" ifadesine açıklık getirdi, çünkü Virginia uzun süredir gayriresmi olarak kitaba katkıda bulunuyordu. Virginia, diğer şeylerin yanı sıra, kitaba bir kadın perspektifi eklenmesine yardımcı olduğunu belirtti - eleştirel bir perspektif: New York Tıp Fakültesi'ndeki sınıfındaki sekiz kadından yalnızca biri olduğunu belirtti.

Synopsis'i yazmalarındaki önemli bir amacın, teknolojinin ve kurumsal tıbbın yükselişi ve bunların tıp eğitimi üzerindeki insanlıktan çıkarıcı etkisiyle ilgili artan endişelerini gidermek olduğunu hissettiler. Tıp öğrencilerinin "robotik hekimler" olmak üzere eğitildiklerini düşünüyorlardı. Bu ikilem, hekimlere

daha fazla kontrol listesi, protokol ve elektronik kayıt tutma yükü getirdiğimiz için tüm akademik hekimlerin hala endişe duyduğu bir sorundur. Kitaplarının psikiyatri eğitiminde hümanizmi yeniden tesis etmeye yardımcı olabileceğini umuyorlardı.

Bu nedenle, kitapta her zaman çok fazla bilim ve çılgır açan araştırma olmasına rağmen, kitabı yazarken hastaları tedavi etmeye devam ettikleri için onlar için kolay olan pratisyen hekim her zaman akılda tutmuşlardır. Gerçekten de kitap psikiyatristler arasında son derece popüler. Ancak, psikologlar, çeşitli terapistler ve ruhsal hastalıkları olan hastaların tedavisiyle ilgilenen diğer birçok profesyonel de dahil olmak üzere psikiyatrist olmayan birçok kişinin de kitabı satın aldığını gördüklerinde yaşadıkları şaşkınlığı anlattılar.

Sadocklar, Amerikan Psikiyatri Birliği'nin *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı'nın (DSM)* birçok revizyonunu takip etmek gibi belirli zorluklar olduğunu belirtmişlerdir. Bu iki popüler kitap arasında zaman zaman rekabet olduğunu kabul etseler de, DSM ve *Synopsis*'i tamamlayıcı olarak görüyorlar; DSM tanımlıyor, kendi kitapları ise açıklıyor.

Tavsiyelerinin çoğu işin estetiğiyle ilgiliydi. Virginia ve Ben'in mizanpaj, renk şeması ve hatta kullanılan kağıdın kalitesi gibi ayrıntılara gösterdikleri özen bizi çok etkiledi. Onların tavsiyeleri, kitabın görünümü ve hissi de dahil olmak üzere çalışmanın bir bütün olarak önemini takdir etmemize yardımcı oldu.

Kitabın 50 yılı aşkın geçmişini tartışırken, Sadock'ların başyapıtlarından haklı olarak büyük bir gurur duydukları açıktı. İlk baskıları hakkında biraz eleştirel olduklarını ve her seferinde kitabı daha iyi hale getirmek için çalıştıklarını anlattılar. En son 11. baskılarının yapabildikleri kadar mükemmele yakın olduğunu düşünüyorlardı. Açıkça görülüyor ki, kitap ilk baskının "kes-yapıştır" çalışmasından, ilgi çekici bir üsluba ve sanat, tarih, felsefe ve birçok vaka çalışmasını içeren hümanist bir yaklaşıma sahip düşünceli bir çalışmaya dönüştü. Ayrıca, kendilerinin de belirttiği gibi, başlangıçta bir yayıncının ilgisini çekmesi zor olan bir çalışmadan, psikiyatrinin en popüler kitaplarından biri haline geldi. En önemlisi, birçok referansı tanımlayan kontrol listesi ve taslak tarzının ötesine geçerek, hem tıp sanatını hem de bilimini yansıtan ve hastanın bütününe vurgulayan bir eser yaratma konusundaki orijinal hedeflerine ulaşmaktan haklı olarak büyük gurur duydular.

Toplantı dua ve iyi dileklerle sona erdi. Bizim için bu bir keşifti ve harika bir eser yaratmanın ardındaki tutkuya dair fikir edinmek için büyük bir şanstı. Tek umudumuz onların tavsiyelerinden ve çalışmalarından bir şeyler öğrenebilmek ve kitabı onların inşa ettiği zengin gelenekte devam ettirmek için elimizden gelenin en iyisini yapmak. Ayrıca, sanal olarak tanıştığımızda karşılaştığımız mükemmel sağlık ve ruh hallerini korumalarını ve yakın bir zamanda yüz yüze görüşebilmeyi umuyoruz.

Bob Boland ve Marcy Verduin. 10/16/2020.



Çeviri Editörleri Önsözü

İlk baskısı neredeyse 50 yıl önce yapılan psikiyatri alanında en bağımsız, tutarlı, eksiksiz, doğru, nesnel ve güvenilir eser olmayı başaran Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry'nin 12'nci baskısının Türkçe çevirisini tamamlamanın mutluluğunu yaşıyoruz. Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry asistanlık yıllarımızın hayal kitabı idi. Kapağında çeviri editörü olarak yer almak bizlere büyük mutluluk vermektedir.

Bu yeni baskı, bir yandan her bölümde DSM-5 ile yenilenmiş ayrıntılı anlatımları, tanımlamaları ve değerlendirmeleri içermekte, neredeyse her bölümde DSM-5 ve ICD-10'un karşılaştırmalı tablolarına yer vermektedir. Ancak aynı zamanda klinisyenlerin geçmişten vazgeçemedikleri tanımlamaları da bölümler içinde tartışmaktadır. Tam anlamda yenilenen kitabın tüm bölümleri gözden geçirilmiştir. Bu sayede son bilgilerle güçlendirilmiş yeni bir eser ortaya çıkmıştır.

Bu kitabın çevirisini planladığımız dönemde hataları en aza indirebilmek için neler yapabileceğimizi konuştuk. Bu amaçla çeviri açısından hatayı en aza indirmek ve kitabın dilini anlaşılabilir kılabilmek için çevirmenler, bölüm editörleri ve kitap editörleri işbirliği içerisinde çalışmıştır. Türkçeye çevrilen bölümler daha sonra tekrar okunmuş ve kitabın orijinali ile karşılaştırılmıştır. Bu basamaklı sistem çok yararlı olmuş ve kanımca ilk defa uygulanmıştır. Bu şekilde çeviri hatasının en aza indirildiği düşünülmektedir.

Kitabın hazırlanışında emeği geçen birçok kişiye teşekkür etmek isteriz. Öncelikle çeviriye katkıda bulunan 100'e yakın meslektaşımızın her biri bu eserin oluşumundaki katkıları nedeniyle teşekkürü fazlasıyla hak ediyorlar. İsimleri çeviriye katkıda bulunanlar içerisinde yer alan tüm meslektaşlarımız sayesinde bu güçlü eser Türkçeye kazandırılmıştır. Şüphesiz çevirinin ilk kontrollerini ya-

pan bölüm editörleri ayrı bir teşekkürü hak etmektedir. Onlar bizlere yol gösterici olmuştur. Bu sayede olası hatalar daha aza indirilmiş ve metin daha güzel bir hale gelmiştir.

Kitap çevirisi göründüğünden zor bir iştir. Bir yandan orijinal yazarın dediğini tam olarak anlamak sonra da bunu en uygun kavramlarla aktarmak zorundasınız. Mutlaka hatalar olacaktır. Ancak bunları en aza indirmek temel hedefimiz olmuştur. Bu konuda ne kadar başarılı olduğumuza okuyucu karar verecektir.

Kitapların gizli kahramanları vardır. Bu kitapta da tüm emeklerini veren Güneş Kitabevleri çalışanlarının tümüne, özellikle de dizgi sırasında tüm desteklerini veren Ümit Saçı ve İhsan Ağın'a ayrıca teşekkür etmek isteriz.

20 yıldan fazla süredir birlikte çalıştığımız Güneş Kitabevleri sahibi sevgili Murat Yılmaz'a bu projeyi tasarladığı, planladığı ve gerçekleştirdiği için özellikle teşekkür ederiz.

Kitabın her basamağında destek olan çok sayıda teşekkür edilmesi gereken kişi mevcuttur. Bunlar içerisinde Liv Hospital'daki çalışma arkadaşlarımız yer almaktadır. Destekleri için onlara da çok teşekkür ederiz.

Kitap çevirileri şüphesiz önemli bir zaman almaktadır. Bu zamanı çeşitli alanlardan özellikle de sevdiğimizimizden çalmaktayız. Ailelerimiz bu süreçteki zorlukları paylaşarak bizlere destek olmuşlardır. Bu nedenle ailelerimize de fazlasıyla teşekkür etmek istiyoruz.

Okuyucunun kitabı beğeneceğini umuyor ve saygılarımı sunuyoruz.

Ankara, Mayıs 2024
Prof. Dr. Ali Bozkurt
Uzm. Dr. Burcu Buzkan Sarıkaya



İçindekiler

A	Klinik Psikiyatri	1
1.	Psikiyatrik Hastanın Muayene ve Tanısı	1
	<i>Bölüm Editörü: İbrahim Eren</i>	
1.1	Yetişkin Hasta	1
	<i>Çeviri: Dr. Hilal Uygur, Dr. Yakup Erdoğan, Dr. Tahsin Etli, Dr. Nalan Varsak, Dr. Hatice Yardım Özeyhan, Dr. Mahmut Selçuk</i>	
1.2	Çocuklar ve Ergenler	74
	<i>Çeviri: Dr. Sevcin Karakoç Demirkaya</i>	
1.3	Geriatrik Hastalar	87
	<i>Çeviri: Dr. Özlem Erden Aki, Dr. Yavuz Ayhan</i>	
2.	Nörogelişimsel Bozukluklar ve Diğer Çocukluk Çağı Bozuklukları.	93
	<i>Bölüm Editörü: Dr. Özlem Hekim</i>	
2.1	Zihinsel Yetersizlik	93
2.2	İletişim Bozuklukları	107
	<i>Bölüm Editörü: Dr. Sabri Hergüner Çeviri: Dr. Arzu Hergüner, Dr. Sümeyra Fırat</i>	
2.3	Otizm Spektrum Bozukluğu	122
2.4	Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu.	131
	<i>Çeviri: Dr. Fatih Hilmi Çetin, Dr. Esra Güney</i>	
2.5	Özgöl Öğrenme Bozuklukları	141
2.6	Motor Bozukluklar	149
2.7	Bebeklik ve Erken Çocukluk Çağının Beslenme ve Yeme Bozuklukları . . .	162
	<i>Çeviri: Dr. Pınar Vural, Dr. Şafak Eray</i>	
2.8	Çocuklarda Travma ve Stres ile İlişkili Bozukluklar.	167
2.9	Çocuk ve Ergenlerde Depresif Bozukluklar ve İntihar	174
	<i>Çeviri: Dr. Tuğba Didem Kuşçu</i>	
2.10	Erken Başlangıçlı Bipolar Bozukluk	181
2.11	Yıkıcı Duygudurumu Düzenleyememe Bozukluğu	185
	<i>Çeviri: Dr. Gözde Yazkan Akgül</i>	
2.12	Çocukluk Çağının Yıkıcı Davranım Bozuklukları	186
	<i>Çeviri: Dr. Gözde Yazkan Akgül</i>	
2.13	Bebeklik, Çocukluk ve Ergenlik Dönemi Kaygı Bozuklukları Ayrılık Kaygısı Bozukluğu, Yaygın Kaygı Bozukluğu ve Sosyal Kaygı Bozukluğu.	194
	<i>Çeviri: Dr. Sabide Duygu Tunas, Dr. Özlem Hekim</i>	
2.14	Seçici Konuşmazlık	201
	<i>Çeviri: Dr. Sabide Duygu Tunas, Dr. Özlem Hekim</i>	
2.15	Çocukluk ve Ergenlikte Obsesif-Kompulsif Bozukluk	203
2.16	Erken Başlangıçlı Şizofreni	207
	<i>Çeviri: Dr. Nursu Çakın Memik</i>	
2.17	Ergenlerde Madde Kötüye Kullanımı.	211
	<i>Çeviri: Dr. Özden Şükran Üneri, Dr. Gülser Şenses Dinç</i>	
3.	Nörobilişsel Bozukluklar	224
	<i>Bölüm Editörü: Dr. Erguvan Tuğba Özel Kızıl</i>	
3.1	Deliryum.	226
	<i>Çeviri: Dr. Derya İpekçioğlu, Dr. Erguvan Tuğba Özel Kızıl</i>	
3.2	Demans (Major Nörobilişsel Bozukluk)	233
	<i>Çeviri: Dr. Berker Duman</i>	
3.3	Diğer Tıbbi Durumlara Bağlı Majör veya Minör Nörobilişsel Bozukluk (Amnestik Bozukluklar)	245
	<i>Çeviri: Dr. Serdar Süleyman Can</i>	
3.4	Genel Tıbbi Duruma Bağlı Nörobilişsel ve Diğer Bozukluklar . .	249
	<i>Çeviri: Dr. Ayşegül Sakarya</i>	
3.5	Hafif Bilişsel Bozukluk.	262
	<i>Çeviri: Dr. Erguvan Tuğba Özel Kızıl</i>	
4.	Madde Kullanımı ve Bağımlılık Bozuklukları	269
4.1	Madde ile İlişkili Bozuklukların Genel Özellikleri	269
	<i>Çeviri: Dr. Murat Kuloğlu</i>	
4.2	Alkol ile İlişkili Bozukluklar	275
4.3	Esrar ile İlişkili Bozukluklar	288

4.4	Opiooid ile ilişkili Bozukluklar	291
4.5	Sedatif, Hipnotik ve Anksiyolitik Kullanımı ile ilişkili Bozukluklar.	298
	Çeviri: Dr. Şima Ceren Pak	
4.6	Uyarıcı ile ilişkili Bozukluklar	302
4.7	Tütün ile ilişkili Bozukluklar.	308
4.8	Kafein ile ilişkili Bozukluklar	312
	Çeviri: Dr. Osman Mermi	
4.9	Halüsinojen ile ilişkili Bozukluklar	317
4.10	Uçucu Madde Kullanımı ile İlişkili Bozukluklar.	325
	Çeviri: Dr. Şima Ceren Pak	
4.11	Anabolik-Androjenik Steroid Kötüye Kullanımı.	327
	Çeviri: Dr. Burcu Buzkan Sarıkaya	
4.12	Kumar Oynama Bozukluğu	330
	Çeviri: Dr. Burcu Buzkan Sarıkaya	
4.13	Bağımlılık Yapıcı Diğer Bozukluklar	332
	Çeviri: Dr. Burcu Buzkan Sarıkaya	
5.	Şizofreni Spektrumu ve Diğer Psikotik Bozukluklar	337
	Çeviri: Dr. Cansu Ünsal, Dr. Özcan Uzun	
6.	Bipolar Bozukluklar	365
	Çeviri: Dr. Pınar Kızılay Çankaya	
7.	Depresif Bozukluklar	379
	Çeviri: Dr. Burcu Buzkan Sarıkaya	
8.	Kaygı Bozuklukları.	401
	Çeviri: Dr. Nevlin Özkan, Dr. Evnur Kahyacı Kılıç	
9.	Obsesif Kompulsif ve ilişkili Bozukluklar	415
	Çeviri: Dr. Mehmet Ak	
10.	Travma ve Stresörle ilişkili Bozukluklar	429
	Çeviri: Dr. Kâmil Nahit Özmenler, Dr. Esra Yalın	
11.	Disosiyatif Bozukluklar	438
	Çeviri: Dr. Neslihan Akkış	
12.	Bedensel Belirti Bozukluğu ve ilişkili Bozukluklar	451
	Çeviri: Dr. Kâmil Nahit Özmenler, Dr. Cansu Ünsal	
13.	Beslenme ve Yeme Bozuklukları	469
	Çeviri: Dr. Tunay Karlıdere, Dr. Rıza Gökçer Tulacı, Dr. Furkan Akbaş	

14.	Dışa Atım Bozuklukları	481
15.	Uyku-Uyanıklık Bozuklukları.	486
	Bölüm Editörü: Dr. Sinan Yetkin Çeviri: Dr. Asuhan Par, Dr. Pınar Güzel Özdemir, Dr. Kader Semra Karataş	
16.	İnsan Cinselliği ve Cinsel İşlev Bozuklukları	517
	Çeviri: Dr. Aziz Mehmet Gökbakan, Dr. Ali Bozkurt	
17.	Cinsiyetinden Hoşnutsuzluk, Cinsiyet Kimliği ve ilişkili Durumlar	547
	Çeviri: Dr. Arda Bağcaz, Dr. Koray Başar	
18.	Yıkıcı, Dürtü-Kontrol ve Davranım Bozuklukları	553
	Çeviri: Dr. Derya Kurt, Dr. Filiz İzci	
19.	Kişilik Bozuklukları	560
	Çeviri: Dr. Burcu Buzkan Sarıkaya	
20.	Klinik İlgi Odağı Olabilecek Diğer Durumlar	580

B Yaşam Boyu Tedavi 591

21.	Psikofarmakoloji	591
21.1	Antipsikotikler	608
21.2	Antidepresanlar	624
21.3	Duygudurum Dengeleyicileri.	648
21.4	Anksiyolitikler	668
21.5	Uyku Bozukluklarını Tedavi Etmeye Kullanılan İlaçlar	679
21.6	Uyarıcılar	682
21.7	Madde Kullanım Bozukluklarının Tedavisinde Kullanılan İlaçlar	686
21.8	Bilişsel İşlevleri Arttırmak için Kullanılan İlaçlar.	696
21.9	Cinsel İşlev Bozukluklarını Düzeltilmek için Kullanılan İlaçlar	699
21.10	Psikotrop İlaçların Yan Etkilerini Tedavi Etmek için Kullanılan İlaçlar	701
21.11	Besin Takviyeleri ve Tıbbi Gıdalar	710
22.	Diğer Somatik Terapiler	729
	Çeviri: Dr. Oğuz Tan	
23.	Psikoterapiler	745
24.	Psikiyatrik Rehabilitasyon ve Diğer Girişimler	792
25.	Diğer Branşlarla Konsültasyon	799

25.1	Konsültasyon-Liyezon Psikiyatrisi	799
25.2	Geriyatrik Psikiyatri	804
25.3	Psikiyatrik Aciller	809
26.	Bakım Aşamaları	825
	Çeviri: Dr. Burcu Buzkan Sarıkaya	

C Psikiyatri ile İlgili Diğer Konular . . . 829

27.	Etik ve Profesyonellik	829
	Çeviri: Dr. Gülcan Güleç	
28.	Adli Psikiyatri ve Yasal Konular	836
29.	Yaşamın Sonuna Dair Konular ve Palyatif Bakım	847
29.1	Ölüm, Ölme Süreci ve Yas	847
	Çeviri: Dr. Özgün Karaer	
29.2	Palyatif Bakım	853
29.3	Ötenazi ve Hekim Destekli Özkıyım	863
	Çeviri: Dr. Özgün Karaer	
30.	Toplum Psikiyatrisi	867
	Çeviri: Dr. Celale Tangül Özcan	
31.	Psikiyatride Küresel ve Kültürel Sorunlar	875
	Çeviri: Dr. Elif Çarpar	

D Fen Bilimleri ve Sosyal Bilimlerin Psikiyatride Katkıları 883

32.	Normal Gelişim ve Yaşlanma	883
-----	--------------------------------------	-----

32.1	Giriş: Bebek, Çocuk ve Ergen Gelişimi	883
32.2	Yetişkinlik	905
	Çeviri: Dr. Çiğdem Yüksel	
32.3	Yaşlılık	913
33.	Nöral Bilimlerin Katkıları	922
34.	Davranışsal ve Sosyal Bilimlerden Katkılar	1007
34.1	Jean Piaget ve Bilişsel Gelişim	1007
34.2	Normallik ve Ruh Sağlığı	1034
34.3	Sosyokültürel Bilimlerde Katkılar	1040
	Çeviri: Dr. Mehmet Hanifi Kocaçaya	
34.4	Kişilik ve Psikopatoloji Kuramları	1057
35.	Psikiyatride Küresel ve Kültürel Sorunlar	1096
	Çeviri: Dr. Özgür Maden, Dr. Sena Kayacan, Dr. Dilara Çelik, Dr. Buse Bodiç	

Belirti ve Bulgularla İlgili Terimler Listesi	1135
Çeviri: Dr. Zekeriya Yelboğa	

İndeks	1147
Çeviri: Dr. Ali Bozkurt	



Çeviriye Katkıda Bulunanlar

Prof. Dr. Mehmet Ak

Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi
Psikiyatri Anabilim Dalı

Dr. Furkan Akbaş

Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Prof. Dr. Özlem Erden Aki

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Prof. Dr. Neslihan Akkışi

Okan Üniversitesi Tıp Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Dr. Öğr. Üyesi Gözde Yazkan Akgül

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

Doç. Dr. Yavuz Ayhan

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Dr. Öğr. Üyesi Arda Bağcaz

Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi
Psikiyatri Anabilim Dalı

Doç. Dr. Koray Başar

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
Psikiyatri Anabilim Dalı

Uzm. Dr. Erdem Beyoğlu

Barış Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, Lefkoşa - KKTC
Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi

Dr. Buse Bodiç

Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Sultan 2. Abdulhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği

Prof. Dr. Ali Bozkurt

Liv Hospital Ankara Hastanesi
Psikiyatri Kliniği
Yüksek İhtisas Üniversitesi Tıp Fakültesi
Psikiyatri Anabilim Dalı

Prof. Dr. Serdar Süleyman Can

Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi
Psikiyatri Anabilim Dalı

Uzm. Dr. Pınar Kızılay Çankaya

Serbest Hekim

Elif Çarpar MD MRCPsych

Cambridgeshire and Peterborough NSH Foundation Trust

Doç. Dr. Fatih Hilmi Çetin

Serbest Hekim

Dr. Dilara Çelik

Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Sultan 2. Abdulhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği

Doç. Dr. Berker Duman

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Doç. Dr. Şafak Eray

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi
Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Anabilim Dalı

Uzm. Dr. Yakup Erdoğan

NP İstanbul Beyin Hastanesi
Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği

Prof. Dr. İbrahim Eren

Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Prof. Dr. Gül Eryılmaz

Üsküdar Üniversitesi Tıp Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Uzm. Dr. Tahsin Etli

Serbest Hekim

Dr. Sümeýra Fırat

VM Medical Park Samsun Hastanesi

Doç. Dr. Işıl Göğceğöz

Serbest Hekim

Uzm. Dr. Aziz Mehmet Gökbakan

Serbest Hekim

Prof. Dr. Oya Güçlü

Başakşehir Çam Sakura Şehir Hastanesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği

Prof. Dr. Gülcan Güleç

Serbest Hekim

Prof. Dr. Esra Güney

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi

Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Anabilim Dalı

Doç. Dr. Özlem Hekim

Serbest Hekim

Uzm. Dr. Arzu Hergüner

Serbest Hekim

Doç. Dr. Sabri Hergüner

Serbest Hekim

Doç. Dr. Derya İpekçioğlu

Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir

Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Prof. Dr. Filiz İzci

Erenköy Ruh Sağlığı ve Hastalıkları

Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Prof. Dr. Sevcan Karakoç Demirkaya

Serbest Hekim

Uzm. Dr. Özgün Karaer

Serbest Hekim

Doç. Dr. Kader Semra Karataş

Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi

Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Bölümü

Dr. Öğr. Üyesi Kadir Karakuş

ALKÜ Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları

Anabilim Dalı

Prof. Dr. Tunay Karlıdere

Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi

Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Dr. Sena Kayacan

Sağlık Bilimleri Üniversitesi

Sultan 2. Abdulhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği

Uzm. Dr. Evnur Kahyacı Kılıç

Edirne Devlet Hastanesi

Prof. Dr. Erguvan Tuğba Özel Kızıl

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi

Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Prof. Dr. Mehmet Hanifi Kocaçaya

Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi

Psikiyatri Anabilim Dalı

Prof. Dr. Murat Kuloğlu

Serbest Hekim

Dr. Derya Kurt

Erenköy Ruh Sağlığı ve Hastalıkları

Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Uzm. Dr. Tuğba Didem Kuşçu

Serbest Hekim

Dr. Öğr. Üyesi Özgür Maden

Sağlık Bilimleri Üniversitesi

Hamidiye Uluslararası Tıp Fakültesi

Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Prof. Dr. Nursu Çakın Memik

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi

Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Prof. Dr. Osman Mermi

Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi

Psikiyatri Anabilim Dalı

Uzm. Dr. Hatice Yardım Özayhan

Sağlık Bilimleri Üniversitesi

Beyhekim Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Psikiyatri Kliniği

Doç. Dr. Murat Eren Özen

Serbest Hekim

Doç. Dr. Oğuz Tan

Üsküdar Üniversitesi Tıp Fakültesi

Psikiyatri Anabilim Dalı

Prof. Dr. Celale Tangül Özcan

İstanbul Sağlık ve Teknoloji Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

Prof. Dr. Pınar Güzel Özdemir

Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi

Psikiyatri Anabilim Dalı

Uzm. Dr. Nevlin Özkan

İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Psikiyatri Kliniği

Prof. Dr. Kâmil Nahit Özmenler

Sağlık Bilimleri Üniversitesi

Gülhane Tıp Fakültesi

Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Uzm. Dr. Şima Ceren Pak

Serbest Hekim

Dr. Asuhan Par

Sağlık Bilimleri Üniversitesi

Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Psikiyatri Anabilim Dalı

Uzm. Dr. Ayşegül Sakarya

Akademiska Sjukhuset Uppsala, İsveç

Uzm. Dr. Burcu Buzkan Sarıkaya

Sağlık Bilimleri Üniversitesi

Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Psikiyatri Anabilim Dalı

Prof. Dr. Gökben Hızlı Sayar

Üsküdar Üniversitesi Tıp Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Dr. Öğr. Üyesi Mahmut Selçuk

Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Uzm. Dr. Dilara Demirpençe Seçinti

Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları

Doç. Dr. Gülser Şenses Dinç

Bilkent Şehir Hastanesi
Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Psikiyatri Kliniği

Uzm. Dr. Pelin Su Şirin

Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi
Psikiyatri Kliniği

Doç. Dr. Rıza Gökçer Tulacı

Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Uzm. Dr. Sabide Duygu Tunas

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Uzm. Dr. Hilal Uygur

Erzurum Şehir Hastanesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği

Prof. Dr. Özcan Uzun

Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Psikiyatri Anabilim Dalı

Prof. Dr. Özden Şükran Üneri

Serbest Hekim

Uzm. Dr. Cansu Ünsal

Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Psikiyatri Anabilim Dalı

Uzm. Dr. Nalan Varsak

Serbest Hekim

Prof. Dr. Pınar Vural

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi
Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Anabilim Dalı

Uzm. Dr. Esra Yalım

Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Psikiyatri Anabilim Dalı

Uzm. Dr. Zekeriya Yelboğa

Serbest Hekim

Prof. Dr. Sinan Yetkin

Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Gülhane Tıp Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Doç. Dr. Çiğdem Yüksel

Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Gülhane Hemşirelik Fakültesi
Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı

psikiyatristin paylaştıkları hakkında kendisini yargılamadığını hissettiyse başarılıdır.

AYDINLATMA. Bazen hastanın ne söylediğinin dikkatlice açığa kavuşturulması bilinmeyen sorunlara ya da psikopatolojilere götürür.

62 yaşında, dul bir kadın, 14 ay önce eşi öldüğünden beri nasıl hissettiğini ifade etmektedir. Kadın tekrar tekrar “İçimdeki her şey boş” ifadesini kullanır. Kalan yorumlar da aynı şekilde dünyasının eşi olmadan boş olduğu üzerinedir ve bu yorumu birkaç kere tekrarlamaktadır. Hastanın sözel olmayan ipuçları hastanın aynı frekansta olmadığını göstermektedir. Görüşmeci hastadan “içinin boş olması” ifadesini açıklamasını ister. Bazı kaçınmalardan sonra, hasta içinin gerçekten boş olduğunu; bütün organlarının kaybolduğunu, hepsinin “yok olduğunu” belirtir.

Bu yorum esasında psikodinamik olarak geçerli olabilir fakat somatik sanrı tanımlanamaz. Hastanın gerçekten söylediğinin doğru tanımlanması diğer düşüncelerin keşfedilmesine yol açar ve diğer sanrılar ortaya çıkar. Bu “kaybolmak” sanrısı ile ilgili kısa öykü görüşmecinin hastanın söylediğini normalleştirmesine örnektir. Hasta birincil düşünme sürecini kullanırken, görüşmeci hastanın kelimelerini anlamada ikincil düşünce sürecini kullanır.

ÇAĞRIŞIM. Hasta belirtilerini anlattıkça, belirtiler ile ilgili araştırılması gereken başka alanlar vardır. Örneğin bulantı belirtisi iştah, bağırsak alışkanlıkları, kilo kaybı ve yeme alışkanlıkları ile ilgili sorulara yol açar. Ayrıca geçici ilişkili yaşantılar da araştırılabilir. Hasta uyku düzeni hakkında konuşurken, rüyaları ile ilgili sorular sormak iyi bir fırsat olabilir.

REHBERLİK. Genelde öykünün devam ettirilmesi “ne”, “ne zaman”, “nerede” ve “kim” sorularının sorulmasıyla kolaylaştırılabilir. Bazen psikiyatrist hasta tarafından açıklanmamış bir şey hakkında sorabilir ya da akla getirebilir fakat psikiyatristin tahminleri uygun olmalıdır.

DERİNE İNME. Görüşme çatışmanın olduğu bir alana doğru yönelebilir fakat hasta herhangi bir zorluğu ya reddedebilir ya da minimize edebilir. Hastanın nazıkçe bu konu hakkında daha çok konuşmasını teşvik etmek oldukça verimli olabilir.

GEÇİŞLER. Bazen geçişler çok yumuşak olur. Hasta kolejdeki temel üniversite eğitiminden bahseder ve psikiyatrist şu soruyu sorar: “*Bu senin üniversiteden sonra çalışmanı sağladı mı?*” Diğer durumlarda geçiş görüşmenin farklı bir alanına geçmek demektir ve köprü ifadeler yararlıdır.

YÖNLENDİRME. Acemi bir görüşmeci için hastanın odaklandığı konuyu yönlendirmek zor bir tekniktir. Eğer görüşmeci hastanın öyküsünü anlatmasını güçlendirmeye yoğunlaşmışsa, görüşmeyi başka bir yöne doğru çevirmek özellikle zor olabilir. Buna karşın, zaman kısıtlılığından dolayı şimdiki sorunların yanında hastanın hayatı hakkında genel bir bilgi elde etmek için, başarılı bir görüşmede yönlendirme vazgeçilmezdir. Ayrıca, hasta bilinçli olarak ya da bazen bilinçdışı nedenlerden dolayı bazı önemli noktaları atlayabilir ve bu konulara yaklaşımda rehberliğe ihtiyacı olabilir. Yönlendirme hasta konuyu değiştirdiğinde ya da hastanın verimli olmayan ya da kapalı konulara odaklanmaya devam ettiğinde kullanılabilir.

Engelleyici Müdahaleler. Destekleyici ve genişletici teknikler bilginin elde edilmesine ve olumlu hasta-doktor ilişkisinin gelişmesine yardımcı olsa da her iki görev için de yardımcı

olmayan bazı müdahaleler mevcuttur. Aktivitelerden bazıları daha faydalı müdahalelerle aynı kategoridedir fakat net değildir, ilgisizdir, zamanlaması kötüdür ve hastanın sorunlarına ya da endişelerine yanıt oluşturmamaktadır.

KAPALI UÇLU SORULAR. Kapalı uçlu sorular görüşmenin erken zamanlarında hastanın öyküsünü anlatması sırasındaki doğal akışı yavaşlatabilir ve ayrıntısız ya da çok az ayrıntılı bir şekilde, hastanın bir kelime ile veya kısa cevaplar vermesini pekiştirir.

Hasta psikiyatrist tarafından engellenmez ise, hasta görüşmenin bir ortağı olabilir. Bir çok hasta, daha önceden terapi hakkında deneyimi olan hastaların bazıları, üzücü konularda bile görüşmeye hazırlıklı gelmektedir. Zamanla, psikiyatristler, özellikle gözetmenliğin faydası olduysa, hastalardan öğrenebilirler ve görüşme becerilerini geliştirebilirler.

BİRLEŞİK SORULAR. Bazı sorular, birden daha çok cevabı olduğu için, hastalar için cevap verilmesi zor sorulardır.

NİÇİN SORULARI. Özellikle psikiyatrik görüşmenin başlarında “niçin” soruları genellikle üretken değildir. Bu soruya verilen cevap çoğunlukla hastanın yardım aramasının nedenlerinden biridir.

YARGILAYICI SORULAR VE İFADELER. Yargılayıcı müdahaleler genellikle konuşulan konu açısından üretken değildir ayrıca hastanın daha özel ve hassas konuları paylaşmasını engeller. Hastaya bir davranışın doğru ya da yanlış olduğunu söylemek yerine psikiyatrist hastaya doğru davranışın ne olduğunu yansıtırsa daha yardımcı olur.

HASTANIN ENDİŞELERİNİ AZALTMAK. Hastaya güvence verme denemesiyle, psikiyatrist bazen endişelerin azalacağı hatasını yapar. Bu güvence yaratmaktan çok amaca zarar veren bir davranış olur ve hasta psikiyatristin ne ifade etmeye çalıştığını anlamadığını düşünebilir. Endişelerin keşfedilmesi daha verimli olur ve büyük olasılıkla paylaşılmadık daha fazla materyal vardır.

ERKEN ÖNERİ. Çok erkenden verilen öneri genellikle kötü bir öneridir çünkü görüşmeci daha değişkenlerin hepsini bilmemektedir. Ayrıca kendisi için yapılan plan hastayı etkisizleştirilebilir.

ERKEN YORUM. Doğru bile olsa, erken yapılan yorum hastanın kendini savunarak yanıt vermesi ve yanlış anlaşıldığını hissetmesinden dolayı zarar verici olabilir.

GEÇİŞLER. Bazı geçişler çok anidir ve hastanın tartıştığı önemli konuları bölebilir.

SÖZSÜZ İLETİŞİM. Saate tekrar tekrar bakan, hastadan başka tarafa dönen, sürekli esneyen ya da bilgisayarın ekranını yenileyen bir psikiyatrist sıklıkla, ilgilenmediğini ya da rahatsız olduğunu hastaya yansıtır. Sözsüz iletişimi güçlendirmek iyi bir görüşme için yardımcı olabilirken, bu engelleyici hareketler ise görüşmeyi bozar ve hasta-doktor ilişkisini zedeler.

Görüşmeyi Bitirmek. Görüşmenin son 5 ile 10 dakikası çok önemlidir ve deneyimsiz psikiyatristler tarafından yeterince önem verilmez. Kalan zaman için hastayı uyarmak önemlidir: “*10 dakika sonra görüşmeyi sonlandırmak zorundayız.*” Sıklıkla hasta görüşmenin sonuna kadar önemli bir konuyu ya da soruyu aklında tutacaktır ve kalan zamanda kısaca bu konu ya da soru hakkında konuşmak faydalıdır. Eğer başka bir görüşme var ise, psikiyatrist bu konunun diğer görüşmenin başında konuşulacağını belirtir ya da hastaya o zaman hatırlatmasını söyler. Eğer



Tablo 1-12
WHODAS 2.0

Dünya Sağlık Örgütü Yeti Yitimi Değerlendirme Çizelgesi 2.0									
36-maddeli sürüm, kendi kendine uygulanabilir									
Hasta Adı: _____		Yaş: _____		Cinsiyet: Erkek Kadın		Tarih: _____			
Bu anket sağlık/ruhsal sağlık durumları nedeniyle karşılaştıkları güçlüklerle ilgilidir . Sağlık durumları hastalık ya da rahatsızlıkları, kısa ya da uzun sürebilen diğer sağlık sorunlarını, yaralanmaları, zihinsel veya duygusal sorunları ve alkol ya da madde kullanımı ile ilgili sorunları içerir. Geriye doğru son 30 günü düşünün ve aşağıdaki aktiviteleri yaparken ne kadar zorluk yaşadığınızı düşünerek soruları cevaplandırınız. Lütfen her soru için sadece bir cevabı işaretleyin.									
							Sadece Klinisyenin Kullanımı İçindir		
Her Bir Maddeye Sayısal Puanlar Verilir							Alan Ham Puanı	Ortalama Alan Puanı	Madde Ham Puanı
1	2	3	4	5					
Son 30 gün içerisinde, aşağıdakilerde ne kadar zorluk yaşadınız?									
Anlama ve İletişim									
D1.1	On dakika süreyle bir iş yaparken dikkatini verebilme	Hiç	Hafif	Orta	Şiddetli	Aşırı ya da hiç yapamama		30	5
D1.2	Yapılması gereken önemli şeyleri hatırlama	Hiç	Hafif	Orta	Şiddetli	Aşırı ya da hiç yapamama			
D1.3	Günlük yaşamda ortaya çıkan sorunları tahlil etme ve çözümler bulma	Hiç	Hafif	Orta	Şiddetli	Aşırı ya da hiç yapamama			
D1.4	Yeni bir iş öğrenme, örneğin yeni bir yere nasıl gideceğini öğrenme	Hiç	Hafif	Orta	Şiddetli	Aşırı ya da hiç yapamama			
D1.5	İnsanların ne söylediğini genel olarak anlama	Hiç	Hafif	Orta	Şiddetli	Aşırı ya da hiç yapamama			
D1.6	Bir sohbete başlama ve sürdürme	Hiç	Hafif	Orta	Şiddetli	Aşırı ya da hiç yapamama			
Dolaşma									
D2.1	30 dakika gibi uzun bir süre ayakta durma	Hiç	Hafif	Orta	Şiddetli	Aşırı ya da hiç yapamama		25	5
D2.2	Otururken ayağa kalkma	Hiç	Hafif	Orta	Şiddetli	Aşırı ya da hiç yapamama			
D2.3	Evinizin içinde dolaşma	Hiç	Hafif	Orta	Şiddetli	Aşırı ya da hiç yapamama			
D2.4	Evinizin dışına çıkma	Hiç	Hafif	Orta	Şiddetli	Aşırı ya da hiç yapamama			
D2.5	Bir kilometre gibi (ya da eşdeğeri) uzun bir mesafe yürüme?	Hiç	Hafif	Orta	Şiddetli	Aşırı ya da hiç yapamama			
Kendine Bakım									
D3.1	Tüm vücudunuzu yıkama?	Hiç	Hafif	Orta	Şiddetli	Aşırı ya da hiç yapamama		20	5
D3.2	Giyinme?	Hiç	Hafif	Orta	Şiddetli	Aşırı ya da hiç yapamama			
D3.3	Yemek Yeme?	Hiç	Hafif	Orta	Şiddetli	Aşırı ya da hiç yapamama			
D3.4	Bir kaç gün kendi başınıza kalma?	Hiç	Hafif	Orta	Şiddetli	Aşırı ya da hiç yapamama			
İnsanlarla Geçinme									
D4.1	Tanımadığınız insanlarla ilişki kurma?	Hiç	Hafif	Orta	Şiddetli	Aşırı ya da hiç yapamama		25	5
D4.2	Bir arkadaşlığı sürdürme?	Hiç	Hafif	Orta	Şiddetli	Aşırı ya da hiç yapamama			
D4.3	Yakın olduğunuz insanlarla iyi geçinme?	Hiç	Hafif	Orta	Şiddetli	Aşırı ya da hiç yapamama			
D4.4	Yeni arkadaşlar edinme?	Hiç	Hafif	Orta	Şiddetli	Aşırı ya da hiç yapamama			
D4.5	Cinsel aktiviteler?	Hiç	Hafif	Orta	Şiddetli	Aşırı ya da hiç yapamama			



Tablo 1-22
Projektif Kişilik Ölçekleri

Adı	Tanımı	Güçlü Yönleri	Zayıf Yönleri
Rorschach Testi	On uyarıcı mürekkep lekesi kartı, bazıları renkli, diğerleri renksiz	En yaygın kullanılan projektif araçtır ve kesinlikle en iyi araştırılmış olanıdır; önemli yorumsal veriler içerir	Bazı Rorschach yorumlayıcı sistemlerinin geçerliliği kanıtlanmamıştır
Tematik Algı Testi (TAT)	Bir dizi değişen belirsizlik sahneleri gösteren 20 uyarı kartı	Yaygın olarak kullanılan bir yöntemdir, bu konuda iyi eğitilmiş kişinin elinde, değerli bilgiler sağlar	Genellikle kabul edilen bir puanlama sisteminin olmaması yorumlamadaki tutarlılığın düşük olmasıyla sonuçlanır; zaman alıcı bir uygulamadır
Cümle Tamamlama Testi	Birçok farklı araç mevcut, bütün paylaşımlar aynı formatta farklılıktan çok benzerlik içerir	Kısa uygulama süresi; önceden elde edilirse klinik görüşmelere yardımcı olarak yararlıdır	Uyarıcıların amacının anlaşılması kolaydır ve olgular kolaylıkla sahtekarlık yapabilir
Holtzman Mürekkep Lekesi Tekniği (HIT)	45 karttan oluşan her formda mürekkep lekeli kartların iki paralel formu	Her kart için tek bir yanıtı izin vererek araştırmanın külfetini azaltır	Yaygın olarak kabul görmemiştir ve nadiren kullanılır; Rorschach yorumlayıcı stratejileri ile direkt karşılaştırılabilir değildir
Resim Çizimi	Genellikle insan formu ama ev ya da diğer formlarda içerebilir	Hızlı uygulama	Yorumlama stratejileri araştırmalarla genellikle desteklenmemiştir
Resimden Öykü Yapma (MAPS)	TAT'ye benzer; fakat uyarımlar hasta tarafından manipüle edilebilir	Tematik analizler aracılığı ile idiyografik kişilik hakkında bilgi sağlar	Çok az araştırma desteği; yaygın olmayan kullanım

(W. Butler, Ph.D., and Paul Satz, Ph.D. izniyle)

nımını geliştirmiştir. Rorschach testi en sık kullanılan projektif kişilik ölçeğidir (Şekil 1-8). Test on adet belirsiz, simetrik mürekkep lekesinden oluşur. Mürekkep lekesi kartı, sanki kartın üstüne mürekkep dökülmüş ve daha sonra ikiye katlanıp simetrik bir şekil oluşturulmuş gibi görünmektedir.

Rorschach uygulanması sırasında hasta ve uygulayıcı arasında minimum etkileşim olması, standardizasyon işlemlerinin sürdürülmesini sağlar. Uygulamayı yapan kişi, “serbest çağrışım” ya da “yanıt uygunluğu” aşaması boyunca, yukarıda tarif edildiği üzere, hastanın söylediklerini not eder. Eğer hasta cevap verdiği sırada kartı sağa veya sola döndürürse uygulayıcı bunu test protokolü üzerine uygun şekilde not eder. Hasta on kartın hepsine cevap verdikten sonra uygulamanın sorgulama bölümü başlar. Uygulayıcı hastanın tekrar kartların üzerinden geçmesini ister ve hastanın yanıtlarını görmesine yardımcı olur. Uygulayıcı hastaya ilk verdiği yanıtları okur, hastaya ne gördüğünü sorar ve gördüğü şeyi neden o şekle benzettığını açıklamasını ister. Rorschach testi ve diğer projektif testlerde sınırsız derecede yanıt olasılığı vardır.



ŞEKİL 1-8

Rorschach testinin 1. Kartı (Hermann Rorschach'dan, Rorschach®-Test. Copyright © Verlag Hans Huber AG, Bern, Switzerland, 1921, 1948, 1994, izniyle).

TEMATİK ALGI TESTİ. Rorschach testi en sık kullanılan projektif kişilik testi ise de muhtemelen ikinci sırayı Tematik Algı Testi alır. Birçok klinisyen TAT ve Rorschach testini kişilik değerlendirme için test bataryasına ekler. TAT farklı aktivitelere katılan her iki cinsiyette ve farklı yaş gruplarındaki bireyleri gösteren, 10 adet siyah-beyaz resimden oluşur. Şekil 1-9 de bir TAT kartı örneği gösterilmiştir.



ŞEKİL 1-9

Tematik Algı Testinin 12F numaralı kartı (Henry A. Murray, Thematic Apperception Testten çoğaltılmıştır, Harvard University Press, Cambridge, MA. Copyright© 1943 President and Fellows of Harvard College, © 1971 Henry A. Murray, izniyle)

yönelik iyot-123 ile işaretlenmiş ligandlar bu reseptörleri SPECT teknolojisi ile incelemek için kullanılabilir. Foton yayıcı bileşikler beyne ulaştığında, hastanın kafasını çevreleyen dedektörler bu ışık emisyonlarını toplarlar. Sonrasında bu bilgi bilgisayara aktarılır ve bir beyin kesiti içerisindeki izotop dağılımının iki boyutlu görüntüsü oluşturulur. SPECT ve PET arasındaki en önemli farklılık, SPECT’de tek bir partikül yayılırken, PET’de iki partikülün yayılmasıdır. PET’de iki partikülün yayılması olayın lokalizasyonunu daha iyi belirlemeyi ve görüntülerde daha iyi bir çözünürlük elde etmeyi sağlar. Araştırmacılar artan bir şekilde hem SPECT hem de PET çalışmaları için çalışma öncesinde MRI ya da BT kullanıyorlar. Sonrasında işlevsel bilginin anatomik yerleşimini daha iyi saptamak için SPECT ve PET görüntülerini, MRI veya BT görüntüleri ile birleştirmektedirler. SPECT inme hastalarındaki azalmış ya da engellenmiş kan akımını tespit etmede kullanışlıdır. Bazıları Alzheimer hastalığının erken dönemlerinde anormal akım paternleri tanımlamıştır. Bu bulgu hastalığın erken tanısında yardımcı olabilir.

PET Tarama. PET te kullanılan izotoplar anti-madde parçacıkları olan pozitronları yayarak parçalanırlar. Bu pozitronlar elektronlara bağlanırlar ve onları imha ederek 180 derece zıt yöne giden fotonları oluştururlar. Dedektörler, SPECT tarayıcıların görüntü oluşturmak için sahip olduğu sinyalin iki katı kadar sinyale sahip oldukları için PET görüntülerinin çözünürlüğü daha yüksektir. PET çalışmalarında çok çeşitli bileşikler kullanılabilir ve PET’in çözünürlüğü teorik olarak minimum olan 3 mm (pozitronların elektronlar ile çarpışmadan önceki mesafe) ye doğru gitmektedir. PET tarayıcıların bulunduğu yerde izotopları yapacak olan siklotronun da olması gerekliliği nedeniyle, PET rölatif olarak az sayıda bulunmaktadır.

PET’de en çok kullanılan izotoplar florin-18 (^{18}F), nitrojen-13 ve oksijen-15’tir. Bu izotoplar, oksijen-15 (^{15}O) hariç, genellikle diğer bir moleküle bağlıdır. En çok bildirilen ligand, beyin metabolize edemediği glikoz analogu olan [^{18}F] florodeoksiglukoz (FDG)’dur. Böylece en yüksek metabolik hızı ve kan akımı olan beyin alanları çoğu FDG’yi alacaktır. Fakat alınan bu FDG metabolize edilemez ve olağan metabolik ürünleri boşalır. ^{18}F konsantrasyonu bu nöronlarda birikir ve PET kamerası tarafından tespit edilir. Su-15 (H_2^{15}O) ve nitrojen-13 kan akımını ölçmek için kullanılır ve ^{15}O ise metabolik hızı saptamak için kullanılır. Beyin hücreleri için glikoz asıl enerji kaynağıdır ve glikozun beyin metabolizma hızı ölçümü için kullanımı çok duyarlı bir belirteçtir. ^{18}F ile işaretlenmiş ve dopaminin florlu prekürsörü olan 3,4 dihidroksi fenil alanin (DOPA), dopamin-erjik nöronları lokalize etmek için kullanılmaktadır.

PET kullanımı, normal beyin gelişimi ve işlevini ve aynı zamanda nöropsikiyatrik bozuklukları incelemek amacıyla giderek artmaktadır. PET çalışmaları sonucunda, beyin gelişimi ile ilgili olarak yaşı 5 hafta ya da daha küçük olan infantlarda glikozu en çok kullanan beyin bölgelerinin, sensörimotor korteks, talamus, beyin sapı ve serebellar vermiş olduğu bulunmuştur. 3 aylık yaşa gelindiğinde ise frontal ve ilişkili korteksler hariç (bu bölgeler infant yaşı 8 aylık olana kadar glikoz kullanımında artış göstermeye başlamazlar) çoğu beyin bölgesinde glikoz kullanımında bir artış olduğu görülmüştür. Yetişkin paterninde glikoz kullanımına 1 yaşına kadar ulaşılmamakta, fakat kortekste kullanım çocuk yaklaşık 9 yaşına gelene kadar yetişkinlerdeki seviyenin üstüne kadar artmaya devam eder. Bu yaşa ulaşıldığında ise kullanım azalır ve yirmili yaşlara gelmeden önce son yetişkin seviyesine ulaşır.

Diğer bir çalışmada, katılanlara konusal olarak ilişkili kelimelerden oluşan liste hızlıca dinletilmiştir. Katılımcılardan söylenen kelimeleri (listede olabilir ya da olmayabilir) konusal kategori içerisinde hatırlamaları istendiğinde, bazı katılımcılar listede olma-

yan kelimeleri söylemişlerdir. PET tarama ile hem doğru hem de yanlış hatırlama sırasında hipokampusün aktif olduğu ancak işitsel korteksin sadece doğru hatırlamada aktifleştiği görülmüştür. Katılımcılara hatırlamalarının doğru mu yanlış mı olduğu ile ilgili baskı yapıldığında frontal lobun aktifleştiği görülmüştür. FDG, aynı zamanda nörolojik ve psikiyatrik bozuklukların patolojilerini inceleme amacıyla da kullanılmıştır. Diğer iki teknik ise prekürsör molekülleri ve reseptör ligandlarını kullanmıştır. Dopamin prekürsörü dopa, Parkinson hastalarındaki patolojiyi görebilmek amacıyla ve reseptöre yönelik radyoışaretlenmiş ligandlar ise, belli psikoterapötik ilaçların reseptör tutulumlarını incelemek amacıyla kullanılmışlardır. PET radyoizleyici tarama ile elde edilen nörokimyasal bulgular Tablo 1-25’te listelenmiştir.

Örneğin, haloperidol (Haldol) gibi bir dopamin reseptör antagonisti D2 reseptörlerinin neredeyse yüzde 100’ünü bloke eder. Atipik antipsikotik ilaçlar, D₂ reseptörlerine ek olarak serotonin 5-HT₂ reseptörlerini de bloke ederler. Böylece serotonin-dopamin reseptör antagonisti olarak isimlendirilirler. Bir vaka çalışması, üç boyutlu PET görüntülemenin potansiyel tanısal değerini göstermiştir.

70 yaşında erkek hasta A, ailesini de endişelendirecek düzeyde giderek daha fazla unutkan olmuştur. Hastanın ailesi bu bellek bozukluğu için muhtemel nedenlerin incelenmesini istemektedir. Hastanın yapılan PET taraması, Alzheimer hastalığını düşündüren işlevsel parietotemporal azalma saptamıştır. Bu bulgu diğer nörolojik değerlendirmeleri kuvvetlendirmiştir. Hasta Takrin (Cognex) ile tedavi edilmiş ve semptomlarında sabitleşme gösterecek şekilde fayda görmüştür (Joseph C. Wu, M.D., Daniel G. Amen, M.D., and H. Stefan Bracha, M.D. izniyle.).

Farmakolojik ve Nöropsikolojik İncelemeler. PET, SPECT ve son olarak da MRS gibi çok sayıda teknik ile birlikte gelecekte ortaya çıkacak muhtemel daha çok tanısal işlem, farmakolojik ve nöropsikolojik incelemelerde kullanılacaktır. Bu incelemelerin amacı beyin belirli bölgelerini uyarmaktır. Böylece araştırmacılar, bazal seviye ile karşılaştırarak, belirli beyin bölgelerinin işlevsel karşılığı ile ilgili sonuca varabilmektedirler. Bu yaklaşımların bir örneği, PET’in görme sisteminde yer alan şekil, renk ve hızın işlenmesi ile ilgili beyin bölgelerini saptamak amacıyla kullanımıdır. Diğer bir örnek, şizofreni hastalarında frontal kan akımını incelemek amacıyla bilişsel aktivasyon görevlerinin (örn., Wisconsin Kart Eşleştirme Testi) kullanımıdır. Kan akımını ölçen çalışmaların değerlendirilmesindeki temel kaygı, çalışma tasarlaması aşamasında gerçek temel değerin oluşturulmasıdır. Tipik olarak, yapılan çalışmalar uyanık, dinlenme durumundaki hastaları kullanmaktadır. Fakat hastaların gözlerinin ya da kulaklarının kapalı olması arasında farklılık vardır ve iki durum da beyin işlevlerini etkileyebilir. Burada aynı zamanda bazal olarak kabul edilen beyin işlevleri, cinsiyet, yaş, test ile ilgili kaygı, psikiyatrik olmayan ilaç tedavileri, damarlara etkili ilaçlar ve günün saati gibi faktörlere bağlı olarak değişkenlik gösterebilir.

▲ 1.2 Çocuklar ve Ergenler

Çeviri: Dr. Sevcin Karakoç Demirkaya

Bir çocuğun ayrıntılı değerlendirilmesi; ebeveyn, çocuk ve diğer aile üyeleri ile yapılan görüşmelerin, çocuğun güncel okul işlevselliği hakkında toplanan bilgilerin, sıklıkla çocuğun zekâ düzeyinin standart değerlendirilmesi ile akademik başarısının birleşiminden oluşmaktadır. Bazı olgularda gelişim düzeyinin standart ölçümleri ve nöropsikolojik değerlendirmeler yararlıdır. Çocuğun psikiyatrik değerlendirilmesi nadiren kendisi

ve kaygı ölçümlerindeki farklılıkların yanı sıra yürütücü işlevler, dil ve bellek işlevlerinde nöropsikolojik farklılıklar saptanmıştır. Nöropsikiyatrik değerlendirme nörolojik, nöropsikolojik testler ve ruhsal durum muayenesinden gelen bilgileri birleştirir. Nörolojik muayene beyindeki lezyonları işaret edebilen asimetrik anormal bulguları tanımlayabilir. Fizik muayene, nöropsikiyatrik belirtilerin veya gelişimsel sapmaların rol oynayabileceği belli sendromların (örneğin fetal alkol sendromu, Down sendromu) fiziksel izlerini (stigmata) değerlendirir. Hooper ve arkadaşlarının, erken başlangıçlı şizofreni ve şizoafektif bozukluk tanısı olan 119 genci değerlendirdiği araştırmasında, hastaların akademik beceriler ve zihinsel işlevlerinde önemli derecede eksiklikler olduğu ve psikiyatrik hastalığın şiddeti ile bu eksikliklerin şiddetinin hafif derecede bağlantılı olduğu bildirilmiştir.

Nöropsikiyatrik muayenenin önemli bir parçası nörolojik yumuşak belirtilerin (soft signs) ve küçük fiziksel anormalliklerin değerlendirilmesidir. Nörolojik yumuşak belirtiler (soft signs) terimi ilk olarak 1940'larda Loretta Bender tarafından şizofren olan çocukların nörolojik muayenesinde saptanan tanı koydurmayan belirtileri tanımlamak için kullanılmıştır. Yumuşak belirtiler bir nörolojik bozukluğun göstergesi değildir, ama çok sayıda değişik gelişimsel güçlüklerle ilişkilidir ve zekâ seviyesi düşük, öğrenme güçlüğü olan ve davranış bozuklukları olan çocuklarda sıklıkla görülür. Yumuşak belirtiler, davranışsal belirtilerle (aşırı dürtüsellik ve aşırı hareketlilik gibi bazıları beyin hasarı ile ilişkili olabilir), fiziksel bulgularla (kontralateral taşma hareketleri dâhil) ve pek çok farklı fokal olmayan belirtilerle (örneğin; orta derecedeki koreiform hareketler, denge kusuru, orta derecede koordinasyon bozukluğu, asimetrik yürüme, nistagmus ve yenidoğan reflekslerinin varlığını sürdürmesi) birlikte olabilir. Yumuşak belirtiler ikiye ayrılır; küçük bir çocuk için normal olan ancak çocuk büyüdüğünde süreklilik gösterirse anormal olanlar ve her yaş grubu için anormal olanlar. *Yumuşak işaretlerin Fizik ve Nörolojik muayenesi (Physical and Neurological Examination for Soft Signs: PANESS)*, 15 yaş ve daha küçük yaştaki çocuklar için kullanılan bir araçtır. Genel fiziksel durum ve tıbbi öykü hakkında 15 soru ve 43 fiziksel görevi (örneğin; parmağınla burnuna dokun, çizginin sonuna kadar tek ayak üzerinde zıplayarak git, parmağınla hızlıca masaya vur) kapsar. Nörolojik yumuşak belirtilere dikkat etmek önemlidir ama bu belirtilerin özgül bir psikiyatrik tanı koydurtması mümkün değildir.

Küçük fiziksel anormallikler ya da dismorfik özellikler, gelişimsel güçlükleri, öğrenme güçlükleri, konuşma ve dil bozuklukları ve hiperaktivitesi olan çocuklarda normal çocuklara oranla daha sık gözlenmektedir. Yumuşak belirtilerde olduğu gibi, küçük fiziksel anormalliklerin kaydedilmesi nöropsikiyatrik değerlendirmenin bir parçasıdır ama tanı sürecinde nadiren faydalıdır ayrıca iyi veya kötü gidişi belirtmez. Küçük fiziksel anormallikler; yüksek damak, epikantal kıvrımlar, hipertelorizm, düşük kulaklar, transvers palmar çizgiler, birçok helezonvari saç, makrosefali, coğrafik dil ve ayak parmaklarının çoğundaki kısmi sindaktiliyi içermektedir.

Ayrırcı tanıda bir epileptik bozukluk düşünüldüğünde veya beyinde bir yapısal anormallikten şüphelenildiğinde elektroensefalografi (EEG), bilgisayarlı tomografi (BT) taraması veya manyetik rezonans görüntüleme (MRG) çalışması gerekebilir.

Gelişimsel, Psikolojik ve Eğitsel Testler

Psikolojik testler, yapılandırılmış gelişimsel değerlendirmeler ve başarı testleri çocuğun gelişimsel seviyesini, zihinsel işlevselliğini ve akademik güçlüklerini ölçmede değerlidir. Uyum becerisi ile ilgili işlevselliğin ölçümü (çocuğun iletişim becerisi, günlük yaşam becerileri, sosyalleşme ve motor beceriler dâhil olmak üzere) zihinsel geriliğin derecesini belirlemenin en doğru şeklidir. Tablo 1-29, psikolojik testlerin genel sınıflandırılmasını özetlemektedir.

Bebekler ve Okul öncesi Çocuklar için Gelişimsel Testler. *Gesell Bebek Ölçeği, Cattell Bebek Zekâ ölçeği, Bayley Bebek Gelişim Ölçeği ve Denver Gelişim Tarama Testi*, 2 aylık kadar küçük bebekler dahil gelişimsel değerlendirmeleri yapabilmektedir. Çok küçük bebeklere uygulandığında testler, çeşitli nesnelere ve etkileşimlere olan duyuşal motor (sensorimotor) ve sosyal yanıtlara odaklanmaktadır. Bu araçlar daha büyük bebeklerde ve okul öncesi çocuklarda kullanıldığında ise, dil kazanımına önem verilir. *Gesell Bebek Ölçeği*; motor, uyumsal işlevsellik, dil ve sosyal alanlar olmak üzere 4 alandaki gelişmeyi ölçer.

Bir bebeğin bu gelişimsel değerlendirmelerinin birindeki puanına dayanarak çocuğun gelecek zekâ puanını (IQ) tahmin etmek çoğunlukla güvenilir bir yol değildir. Bebek değerlendirmeleri bununla birlikte gelişimsel sapmanın ve zihinsel geriliğin belirlenmesinde ve bir gelişimsel bozukluk şüphesi ortaya çıktığında değerlidir. Bebek değerlendirmeleri ağırlıklı olarak duyuşal motor işlevselliğe dayanırken, daha büyük çocuklarda ve ergenlerde zekânın test edilmesi sözel, sosyal ve soyut bilişsel becerileri içeren ileri gelişimsel işlevleri içerir.

Okul-Çağı Çocukları ve Ergenler için Zekâ Testleri.

Okul-çağı çocukları ve ergenler için en yaygın olarak kullanılan zekâ testi *Wechsler Çocuklar için Zekâ Ölçeği*-üçüncü sürümdür (WISC-III-R). Bu test 6 ile 17 yaş arası çocuklara uygulanabilir ve sözel zekâ bölümü (IQ), performans zekâ bölümü (IQ) ve toplam zekâ bölümü (IQ) puanlarını vermektedir. Sözel alt testler sözcük dağarcığı, genel bilgi, aritmetik, benzerlikler, yargılama ve sayı dizisi (ek) kategorilerini içerir. Performans alt testleri ise küplerle desen, resim tamamlama, resim düzenleme, parça birleştirme, şifre, labirentler (ek) ve sembol aramayı (ek) içerir. Ek alt testlerin puanları zekâ puanının (IQ) hesaplanmasına dâhil edilmez.

Her alt kategori için, 10 puanın ortalama olduğu, 1 ile 19 arasında bir puan verilmektedir. Ortalama toplam zekâ puanı (IQ) 100 olup, 70 ile 80 arası sınır aralığı; 80 ile 90 arası düşük ortalama aralığı; 90 ile 109 arası ortalama aralığı; 110 ile 119 arası yüksek ortalama aralığı ve 120 üzeri yüksek veya çok yüksek aralığı zekâ işlevini temsil etmektedir. Performans ve sözel alt ölçeklerin çoklu analizi özgül eksiklik alanlarının belirlenmesinde çokça esneklik sağlar ve bilişsel yetilerin dağılımını gösterir. Zekâ testlerinin büyük bir kısmı okul ortamında kullanılan yetenekleri ölçtüğü için, WISC-III-R'nın dağılım sonuçları çocuğun zayıf olduğu ve özel eğitimden faydalanabileceği yetenekleri göstermede de yararlıdır.

Stanford Binet Zekâ Ölçeği 2 ile 24 yaş aralığını kapsar. Bu test çok küçük çocuklar için resimler, çizimler ve nesnelere; büyük çocuklar ve ergenler için ise sözlü performansa dayanır. Bu zekâ ölçeği kendi türündeki zekâ testlerinin en eski sürümüdür, zekâ bölümü (IQ) yanında zekâ yaşı puanı da vermektedir.

McCarthy Çocukların Becerileri Ölçeği ve Kaufman Çocuklar için Değerlendirme Bataryası okul öncesi ve okul çağı çocukları için kullanılan diğer iki zekâ testidir. Bunlar ergen yaş grubunu kapsamaz.

ZEKÂNIN UZUN DÖNEMDEKİ DEĞİŞMEZLİĞİ. Bir çocuğun zekâsı okul yılları ve ergenlik boyunca göreceli olarak sabit kalsa da, bazı etmenler zekâyı ve çocuğun zekâ testindeki puanını etkileyebilir. Şiddetli psikiyatrik hastalığı olan ve yoksun bırakılmış ve ihmal edilmiş çevrelerdeki çocukların zihinsel işlevselliği zamanla azalabilirken, yoğun olarak zenginleştirilmiş çevresel şartlarda yetişen çocukların IQ değerleri zaman geçtikçe artabilir. Zekâ işlevselliğini değerlendiren bir testte çocuğun puanını ve böylece testin doğruluğunu da etkileyen etmenler; motivasyon, duyuşal durum, kaygı ve kültürel ortamdır. Bilişsel beceriler ile kaygı, depresyon ve psikoz arasındaki etkileşim karmaşıktır.

Okul. Amerika Birleşik Devletleri'nde okul, zihinsel yetersizliği olan bir çocuk için 3 yaşından 21 yaşına kadar uygun eğitimi sağlamaya kanunen zorunludur. Bu hüküm Kamu Hukuku 94-142 bendi, 1975 Tüm Engelli Çocuklar İçin Eğitim Kanunu'nda bulunmaktadır. Ayrıca 1990 Engelli Bireyler Kanununun eklenmesi ile birlikte genişletilmiştir. Bu kanunlara göre, devlet okulları zihinsel yetersizliği olan her öğrenci için bireyselleştirilmiş eğitim programı sağlamak ve geliştirmek zorundadır. Bireyselleştirilmiş Eğitim Planı (BEP) okul personeli ve ailenin birlikte yapacakları bir toplantı ile belirlenmelidir. Eğitim planı çocuğun öğrenmesini sağlayacak "en az sınırlandırılmış çevreyi" sağlamak zorundadır.

Destek Hizmetleri. Zihinsel yetersizliği olan çocuklar ve aileleri için birçok organizasyon ve hizmet bulunmaktadır. Bunlar genellikle devlet kurumları tarafından oluşturulan ve aileler için mola anlamına gelen, kısa süreli bakım hizmetlerini içermektedir. Diğer programlardan biri de Engelli Olimpiyatlarıdır. Bu olimpiyatlarda zihinsel yetersizliği olan çocuklar takım sporlarına ve spor yarışmalarına katılmaktadırlar. Ayrıca zihinsel yetersizliği olan çocuğu olan başka ailelerle bağlantı kurmak isteyen aileler için birçok organizasyon bulunmaktadır.

EPİDEMİYOLOJİ

Gelişmekte olan ülkelerde toplum tabanlı prevalans çalışmalarının çoğunda zihinsel yetersizliğin 1000 çocukta 10 ila 15 arasında değişmekte olduğu tahmin edilmektedir. Batılı toplumlarda herhangi bir zamandaki zihinsel yetersizlik yaygınlığının nüfusun %1 ila 3'ü arasında değiştiği tahmin edilmektedir. Hafif düzeydeki zihinsel yetersizliğin çocukluk çağına kadar tanınamayabilir olmasından dolayı zihinsel yetersizliğin insidansını net bir şekilde hesaplamak zordur. Bazı olgularda zihinsel işlev sınırlı bile olsa, sosyal uyumsal beceriler geç çocukluk ya da erken ergenliğe kadar sorun olmayabilmektedir. Zihinsel yetersizliğin en yüksek insidansı 10 ila 14 yaşta tepe değere ulaşmasıyla okul çağı çocuklarında bildirilmiştir. Zihinsel yetersizlik erkeklerde kızlara göre 1.5 kat daha fazla görülmektedir.

Yaygınlık

Epidemiyolojik çalışmalar zihinsel yetersizliği olan çocuk ve erişkinlerin üçte ikisinin eşlik eden psikiyatrik bozukluğu olduğunu göstermektedir ve bu oran zihinsel yetersizliği olmayan toplum örnekleminden birkaç kat daha yüksektir. Psikopatoloji yaygınlığı zihinsel yetersizliğin şiddeti ile ilişkili görünmektedir; yani daha şiddetli zihinsel yetersizlik, daha yüksek oranda eşlik eden psikiyatrik bozukluk manasına gelmektedir. Epidemiyolojik bir çalışma 4 ila 18 yaş arasındaki zihinsel yetersizliği olan çocukların %40,7'sinde en az bir ek psikiyatrik bozukluk tanı ölçütlerinin karşılandığını göstermiştir. Zihinsel yetersizliğin şiddeti özellikle belirli bazı binişik psikiyatrik bozukluklar için riski etkilemektedir.

Yıkıcı ve davranış bozukluğu belirtileri hafif zihinsel yetersizlik tanısı konanlarda daha sık görülmekteyken, daha ileri düzeyde zihinsel yetersizliği olanlarda otizm spektrum bozuklukları tanı ölçütlerini karşılanmakta ve kendini uyarma ve kendine zarar verme davranışları gibi belirtiler daha sık görülmektedir. Bu çalışmada zihinsel yetersizliği olan çocuklarda eşlik eden psikiyatrik bozuklukların yaş ve cinsiyetle herhangi bir ilişkisi bulunamamıştır ve çok ağır zihinsel yetersizlik tanısı alan çocuklar daha az psikiyatrik belirti sergilemektedir.

Zihinsel yetersizliği olan bireylerdeki psikiyatrik bozukluklar çok çeşitlidir ve duygudurum bozuklukları, şizofreni, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu(DEHB) ve davranım bozukluğunu kapsamaktadır. Ağır düzeyde zihinsel yetersizlik tanısı konan çocuklar özellikle daha yüksek otizm spektrum bozukluğu eş tanısı oranlarına sahiptir. Zihinsel yetersizliği olanların yaklaşık %2 ila 3 kadarı (genel nüfus oranına göre

birkaç kat daha fazla) şizofreni tanı ölçütlerini karşılamaktadırlar. Çalışmalarda Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi (K-SADS), Beck Depresyon Envanteri ve Çocuk depresyon envanteri gibi araçlar kullanıldığında zihinsel yetersizliği olan çocuk ve ergenlerin %50'sinde duygudurum bozuklukları için tanı ölçütlerinin karşılandığı belirlenmiştir. Ancak bu ölçeklerin zihinsel yetersizliği olan bireyler için standardize edilmemiş olması bu çalışmaların kısıtlılıklarındandır. Tam bir psikiyatrik bozukluk bağlamı dışında, zihinsel yetersizliği olan çocuklarda sıklıkla görülen psikiyatrik belirtiler hiperaktivite ve kısa dikkat, kendine zarar verici davranışlar (örn başını vurma ve kendini ısırma) ve tekrarlayıcı davranışları (el sallama ve ayakucunda yürüme) içermektedir. Hafif düzeyde zihinsel yetersizliği olan çocuk ve ergenlerde olumsuz kendilik algısı, düşük benlik saygısı, düşük engellenme eşiği ve esnek olmayan bir sorun çözme tarzı sık görülebilen özelliklerdendir.

ETİYOLOJİ

Zihinsel yetersizliğin etiyolojik etkenlerine bakıldığında aralarında genetik, gelişimsel, çevresel veya bu etkenlerin bileşimi bulunmaktadır. Genetik nedenler kromozomal ve kalıtsal durumları, gelişimsel etkenler enfeksiyon ve toksinlere prenatal maruziyeti, çevresel veya edinsel etkenler de prenatal travma(örn prematürite) ve sosyokültürel etkenleri içermektedir. Zihinsel yetersizliğin şiddeti santral sinir sisteminin(SSS) sadece travmaya maruz kalmasıyla ilgili değil aynı zamanda zamanlaması ve süresiyle de ilgili olabilir. Ağır düzeyde zihinsel yetersizliği olan bireylerin dörtte üçünde etiyoloji bilinmemekteyken, hafif zihinsel yetersizlik tanısı konanların yalnızca yarısında etiyoloji belirgindir. Bir üniversite çocuk hastanesinin genetik ünitesinde kabul edilen zihinsel yetersizlik tanısı konan 100 çocukta yapılan bir çalışma olguların %41 inde nedensel bir tanı konabildiğini bildirmiştir. IQ puan aralığı 70 ila 80 arasında olan ve çeşitli uyumsal işlevi olan bireylerin dörtte üçünde sebep bilinmemektedir. Kromozomal bozukluklar arasında Down ve Frajil X sendromları genellikle en az orta düzeyde zihinsel yetersizliğin görüldüğü en yaygın bozukluklardandır. Zihinsel yetersizlikle ilişkili metabolik bozuklukların prototipi fenilketonüridir(FKU). Beslenme, doyurulma ve sosyal uyarlama yetersizliği potansiyel olarak zihinsel yetersizliğin hafif formlarının gelişimine katkıda bulunabilir. Güncel bilgi genetik, çevresel, biyolojik ve psikososyal etkenlerin zihinsel yetersizliğin ortaya çıkışında beraber çalıştığı yönündedir.

Zihinsel Yetersizliğin Etiyolojisindeki Genetik Nedenleri

Tek Gen Nedenleri. Zihinsel yetersizlikteki en iyi bilinen tek gen nedenlerinden biri mutasyonu Frajil X sendromuna neden olan FMR1 genidir. En yaygın ve zihinsel yetersizliğin doğrudan nedeni olarak tanımlanabilen ilk X'e bağlı gendir. Otozomal kromozomlardaki anormallikler sıklıkla zihinsel yetersizlikle ilişkilirken, seks kromozomlarındaki hatalar karakteristik fiziksel sendromlarla (örn XO ile Turner Sendromu ve XXY, XXXY ve XXYY varyasyonları ile Klinefelter Sendromu gibi) sonuçlanır. Turner Sendromlu bazı çocukların normal zekadan üstün zekâya kadar değişebilen zekâ seviyeleri vardır. Kromozomal bozukluklara yatkınlık oluşturan birkaç etken üzerinde ortak görüş birliği bulunmaktadır. Bunlar arasında ilerlemiş anne yaşı, ilerlemiş baba yaşı ve X-ray maruziyeti bulunmaktadır.

Zihinsel Yetersizliğin Görülebilen ve Görülemeyen (Submikroskopik) Kromozomal Nedenleri. Trizomi 21 (Down Sendromu) sitogenetik olarak görülebilir anomalilerin bir prototipidir ve görülebilir anomalilerden kaynaklanan %15'lik zihinsel yetersizliğin yaklaşık üçte ikisini oluşturur. Zihinsel yetersizlikle ilişkili diğer görülebilir anomaliler arasında

duygudurum bozuklukları, travma sonrası stres bozukluğu, dikkat ve kaygı bozuklukları görülebilmektedir. Prenatal çevre, kötü tıbbi bakım ve annenin kötü beslenmesinin bir arada olması hafif düzeyde zihinsel yetersizliğin gelişiminde kolaylaştırıcı etkenler arasındadır. Ergenlik dönemi gebelikleri, bu dönemde obstetrik komplikasyonlar, prematürite ve düşük doğum ağırlığı gibi risklerin artmış olmasından dolayı hafif düzeyde zihinsel yetersizlik gelişmesi açısından risklidir. Kötü postnatal tıbbi bakım, malnutrisyon, kurşun gibi toksik maddelere maruziyet ve potansiyel fiziksel travma hafif düzeyde zihinsel yetersizlik gelişmesi açısından ek risk etkenleridir. Çocuk ihmali ve çocuğun yetersiz bakımı bebeğin hem fiziksel hem de duygusal doyumdan mahrum kalmasına neden olarak gelişme geriliklerine neden olabilmektedir.

▲ 2.2 İletişim Bozuklukları

Bölüm Editörü: Dr. Sabri Hergüner
Çeviri: Dr. Arzu Hergüner, Dr. Sümeyra Fırat

İletişim bozuklukları, dil kazanımındaki hafif gecikmeden ifade edici dil bozukluğu ya da karışık alıcı-ifade edici dil bozukluğu, fonolojik bozukluk ve kekemeliğe kadar geniş bir alanı içermektedir. Bu bozukluklar kendiliğinden düzelebilmekte ya da ergenlik hatta erişkinliğe kadar devam edebilmektedir. Dil gecikmesi, en sık görülen erken çocukluk çağı gelişimsel gecikmelerinden biri olup 5 yaşındaki çocukların yaklaşık %7'sinde görülebilmektedir. Dil bozukluklarının sıklığı, okul öncesi çocuklarda okul çağı çocuklarından anlaşılabilir bir şekilde daha yüksektir. Oranlar, "Early Language in Victoria Study (ELVS)" çalışmasında 4 yaşındakilerin yaklaşık yüzde 20'si olarak bildirilmiştir. Etkili iletişim kurabilmek için çocuklar, düşünceleri anlayabilme ve açıklayabilme, kelimeleri kullanabilme ve konuşma, kendilerini anadilde ifade edebilme gibi dilin birçok yönüne hâkim olabilmelidirler. Amerikan Psikiyatri Birliği'nin Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5)'de, Dil Bozukluğu, ifade edici dil ve karışık alıcı-ifade edici dil sorunlarının her ikisini de kapsamaktadır. DSM-5'te Konuşma Bozuklukları Konuşma Ses Bozuklukları (daha önceden Fonolojik Bozukluklar olarak bilinmekteydi) ve Çocukluk Başlangıçlı Akıcılık Bozukluğu'nu (Kekemelik) kapsamaktadır. İfade edici dil sorunu olan çocuklar, düşüncelerini, yaşından ve gelişim düzeylerinden beklenen sözcük ve cümlelerle ifade etmekte güçlük yaşarlar. Bu çocuklar, sınırlı kelime dağarcığı ile kısa ve kurlsız cümleler kullanırlar ve sıklıkla durumlarını kafa karıştırıcı, dağınık ve çocuksu tanımlamalarla ifade ederler. Yaşlılarıyla karşılaştırıldığında, sözcük dağarcığı ve sözcükleri anlama becerisi geliştirmede gecikme gösterebilirler. Dil bozukluğu olan çocuklar, okuma zorlukları gelişimi açısından yüksek risk altındadırlar. Günümüz uzmanlarının ortak görüşü okuduğunu anlama bozukluğunun dil bozukluğunun bir çeşidi olduğu ve disleksi gibi diğer okuma bozukluklarından farklı olduğu yönündedir.

Dil bozuklukları ve konuşma bozuklukları DSM-5'te ayrı kategorilerde yer almasına rağmen kullanım olarak dil ve konuşma iç içedir. Dil yetkinliği 4 alanı kapsar: fonoloji (sesbilim), gramer (dil kuralları), semantik (anlambilim) ve pragmatik (edimibilim). Fonoloji belirli bir dildeki sözcükleri oluşturan sesleri üretebilme ve çeşitli fonemleri (bir dilde bir harf ya da harf grubu tarafından oluşturulan sesler) ayırt edebilme yeteneğiyle ilgilidir. Çocuğun sözcükleri taklit edebilmesi için sözcükleri oluşturan sesleri çıkarabilmesi gerekmektedir. Gramer, sözcüklerin düzenlenmesi ve anlam oluşturacak şekilde sıra-

lanması için gereken kuralları belirler. Semantik, kavramların organizasyonunu ve sözcüklerin kazanımını ifade eder. Bir çocuk, cümle kurarken sözcükleri zihnindeki sözcük listesinden seçer. Dil bozuklukları olan çocuklar yeni sözcüklerin kazanımı, bilinen sözcüklerin saklanması ve düzenlenmesi ve kelimeleri geri çağırma kapsayan geniş bir yelpazede semantik zorluklar gösterir. Çocuğun sağaltımına yönelik yapılan değerlendirmede, bahsedilen becerilerin tümünün düzeylerini belirleme amacıyla, kapsamlı bir konuşma ve dil değerlendirmesi daha doğrudur. Pragmatik, dili kullanma becerisine odaklanan bir dilbilim dalıdır. Kişinin konuşmasının bağlamını ve nasıl etkileşimde bulunacağını ve sohbet edeceğini anlama yeteneğini içerir. Sadece bir cümlelerin gerçek anlamını değil, aynı zamanda konuşmacının niyetini de anlamayı gerektirir. İki yaş grubunda konuşma ya da dil gecikmesi olmayan çocuklar birkaç sözcükten 200 sözcüğe kadar bilebilir ve 3 yaşına kadar çocukların çoğu dilin temel kurallarını anlar ve etkili bir şekilde sohbet edebilirler. Tablo 2-5'te sözel ve sözel olmayan gelişim aşamalarına genel bir bakış verilmiştir.

Son 10 yılda, dilin birçok alanında, dil ve konuşma müdahaleleri ile ilgili, artan sayıda olumlu sonuçlar gösteren araştırmalar bulunmaktadır. Bunlar, ifade edici sözcük dağarcığındaki, sentaks kullanımındaki ve genel fonolojik gelişimdeki ilerlemeyi içerir. Çoğu müdahale, çocuktaki belirli eksiklik için hedeflenmiş stratejilerdir ve bu müdahaleler konuşma ve dil terapistle-riyle yapılır.

DİL BOZUKLUĞU

Dil bozukluğu, ifade edici ve alıcı becerilerinin her ikisine de dayanan üretme veya anlamadaki eksiklerden dolayı, okuma ve yazma da dâhil dilin kullanımı ve kazanımındaki zorlukları içerir. Bu eksiklikler azalmış sözcük dağarcığı, gramer kurallarını kullanarak cümle kurmada kısıtlı beceri ve betimleyici tarzda konuşurken cümleleri bağlamak için sözcük dağarcığı kullanımındaki zorluklara bağlı konuşmadaki bozuklukları içerir. Tablo 2-6'da dil bozukluklarını teşhis etmeye yönelik yaklaşımları listeler.

İfade Edici Dil Eksiklikleri

Sözel olamayan zihinsel işlev ve alıcı dil becerilerine kıyasla sadece ifade edici dil gelişiminde eksiklik gösteren çocukta ifade edici dil eksiklikleri mevcuttur. İfade edici dil gelişimi açısından normal gelişim gösteren bebeklerin yaklaşık 6 aya kadar gülmesi ve cıvıdaması, 9 aya kadar ağulaması ve 'mamama' ya da 'bababa' gibi heceleri söylemesi, 1 yaşa kadar seslenmeleri taklit etmesi ve sıklıkla en az bir sözcük konuşması beklenir. İfade edici dil genellikle adım adım gelişme gösterir. Genelde 1,5 yaşına kadar az sayıda sözcük söyleyebilir ve 2 yaşında ise basit cümleler içinde sözcükleri birleştirebilirler. Resimdeki bir eylemi 2,5 yaşında adlandırabilir ve konuşmalarının yaklaşık yarısı anlaşılabilir. Üç yaşında ise çoğu çocuk anlaşılır konuşabilir, bir rengin ismini söyleyebilir ve gördükleri şeyleri çeşitli sıfatlarla tanımlayabilir. Dört yaşında genelde en az 4 renk adlandırabilir ve anlaşılır şekilde sohbet edebilirler. Erken yaşlarda, anaokuluna başlamadan önce, sözcük dağarcığı ve dil kullanımındaki yeterliliğin gelişimi oldukça değişkendir ve çoğunlukla aile üyeleriyle sözel etkileşimin kalitesi ve miktarından etkilenir. Okula başladıktan sonra çocuğun dil becerileri okuldaki sözel uğraşların düzeyiyle etkilenir. İfade edici dil eksikliği olan bir çocuğun sözel zekâ düzeyi, toplam zekâ puanı (IQ) ile karşılaştırıldığında daha düşük olabilir. İfade edici dil sorunları olan bir çocukta, büyük olasılıkla sözcük dağarcığı edinme ve doğru

kaç ay devam eden ruminasyon bozukluğundan önce gelmektedir. Birçok seride ruminatör olarak sınıflandırılan çocuklarda gastroözofageal reflü veya hiyatus hernisi olduğu gösterilmiştir.

Bazı süt çocuklarının ruminasyon davranışını kendilerini sakinleştirmek amacıyla yaptığı veya bu durumun bir rahatlama hissi doğurduğu ve bu davranışların sürmesine neden olduğu anlaşılmıştır. Otizm spektrumu bozukluğu veya anlıksal yeti yitimi bulunan gençlerde ruminasyon kendi kendilerini uyarma davranışı görevi görebilmektedir. Aşırı uyarım ve gerginliğin de ruminasyona katkı sağladığı ileri sürülmüştür. Davranış bilimciler inatçı ruminasyonu hoşla giden kendi kendini uyarmanın güçlenmesi ve bu rahatsızlığı nedeniyle bebeğin başkalarının dikkatini çekme olgusuna bağlamışlardır.

KAÇINGAN/KISITLI YİYECEK ALIMI BOZUKLUĞU

Eskiden süt çocukları ve küçük çocukların beslenme bozukluğu olarak da bilinen kaçingan/kısıtlı yiyecek alımı bozukluğu yiyeceğin duyularla algılanan özellikleri veya yemek yemenin algılanan sonuçları nedeniyle yiyeceklere karşı ilgisizlik veya yemek yemeden kaçınma ile karakterizedir. DSM-5'e yeni katılan bu bozukluk yemek yeme sorunlarına daha fazla ayrıntı katmakta olup ergenler ve erişkinleri de içine alacak şekilde kapsamı genişletilmiştir. Bu bozukluk beslenme veya enerji gereksinimlerinin sürekli yerine getirilmemesiyle belirginleşmekle birlikte aşağıdaki belirtilerden biri veya daha fazlasıyla kendini göstermektedir: Çocuklarda beklenen kiloya ulaşamama ya da büyümenin duraksaması, enteral beslenme veya besleyici katkılara bağımlılık ve psikososyal işlevlerde belirgin olarak bozulma. Doğrudan yiyeceklerin reddi, yiyecek seçiciliği, çok az yemek yeme, yemek yemeden ve kendi kendini beslemeden kaçınma şeklinde ortaya çıkabilir. Anoreksiya nervoza, bulimiya nervoza, başka bir tıbbi rahatsızlık veya mental bozukluk ya da gerçek yiyecek yokluğu bağlamında tanı konulmamalıdır.

Bu rahatsızlığı olan bebekler ve çocuklar içine kapanık, huzursuz, tepkisiz veya endişeli olabilir. Beslenme sırasındaki kaçınma davranışları nedeniyle, beslenme süreci boyunca anne ile bebeği arasında gözlenen dokunma ve kucaklaşma davranışları diğer çocuklara kıyasla azalmıştır. Bazı olgu raporları yiyeceklerden kaçınma veya kısıtlı yemenin oldukça uzun süre devam edebildiğini ileri sürmekle birlikte, birçok olguda nihayetinde normal erişkinlikle uyumlu yeme fonksiyonu gerçekleşmektedir.

Ayırıcı Tanı

Bu bozukluk süt çocuklarındaki yapısal sorunlardan ayırt edilmelidir. Gastrointestinal sorunlar beslenme süreci sırasında duyulan rahatsızlığa katkıda bulunabilmektedir. Beslenme bozuklukları ve yutma zorluklarının organik nedenleri sıklıkla birlikte bulunduğu beslenme güçlüklerinin tıbbi nedenlerinin dışlanması önem taşımaktadır. Beslenme ve yutma sorunları olan çocuklarda yapılan bir videofloroskopik değerlendirme çalışması, yüksek aspirasyon riski altındaki bu çocuklarda klinik değerlendirmenin sorunu tanımlama yolunda %92 oranında doğru sonuç verdiğini göstermiştir. Beslenme sorunlarına tıbbi hastalıkların katkısından kuşkuyla anılan durumlarda psikoterapi girişimlerinden önce bu türde bir değerlendirme yapmak gerekir.

Gidiş ve Sonlanış

Beslenme bozukluğu olan bebeklerin yaşamlarının birinci yılı içinde tedavi alması durumunda malnütrisyon, büyüme veya gelişme geriliği meydana gelmez. Beslenme bozukluğu daha geç, 2-3 yaşlarında ortaya çıktığında büyüme ve gelişme süreci

etkilenebildiği gibi bu bozukluk birkaç ay devam edebilir. Büyük çocuklar veya ergenlerde yemek yeme bozukluğu tedavi edilene dek tipik olarak sosyal işlevselliğin bozulmasına neden olmaktadır. Yemek yemeyi yaşamlarının ilk yılında sürekli reddeden süt çocuklarının yaklaşık %70'inin çocukluk dönemlerinde de bir ölçüde yemek yeme sorunu yaşayacağı tahmin edilmektedir.

Jennifer doğumundan beri beslenme sorunları, huzursuzluk ve kilo alımının yetersiz olması nedeniyle psikiyatrik değerlendirilmeye sevk edildiğinde henüz 6 aylıktı. Kısa boylu ve zayıftı, ancak letarjik ve beslenme bozukluğu olan bir bebeğe benzemiyordu. Ebeveynleri yükseköğrenim mezunuydu ve Jennifer doğana kadar profesyonel kariyerlerine devam etmekteydi. Jennifer miadında, 3400 gram doğmuş bir bebek olmasına rağmen annesini emmeyi istemiyor ve yeterince anne sütü almıyordu. Dört haftalık olduğunda annesi Jennifer kilo kaybettiği için istemeyerek de olsa bebeğini biberonla beslemeye başlamıştı. Biberonla beslenme sırasında besin alımı biraz iyileşmiş olmasına rağmen Jennifer çok yavaş kilo alıyordu. Üç aylıktan ağırlığı ancak 4 kg'ın biraz altındaydı. O zamandan beri her ay ağırlığı minimal derecede artarak hala düşük olsa da yeterli düzeye ulaşmıştı. Jennifer'in annesi artık bitmiş görünüyordu. Jennifer'in her seferinde yalnızca 180 cc kadar sıvı veya mamasından iki lokma aldığını, daha sonra ağlamaya başlayıp beslenmeye devam etmeyi reddettiğini ancak birkaç saat sonra sanki açmış gibi ağlamaya başlayabildiğini söyledi. Bebeğine iyi bir beslenme düzeni sağlayamadığını, besleme gayretlerinin yatıştırılmaz biçimde ağlama nöbetlerine yol açtığını belirtti. Annesi 24 saat içinde yaklaşık 10-15 kez Jennifer'i hem sıvı hem de katı gıdalarla besleme çabasında bulunduğunu, ancak bebeğinin huzursuz ve zor beğenen bir çocuk olduğunu, gün ve gece boyunca birçok kez ağladığını, geceleri sık sık aileyi ağlayışlarıyla uyandırdığını söyledi. Jennifer'in dik oturma konumuna geçiş, izleme ve ses çıkarma gibi gelişimsel ölçütleri normal sınırlar içindeydi.

Beslenme ve oyun sırasında anne-bebek etkileşimlerinin gözlenmesi Jennifer'in çevresine karşı çok dikkatli ve hareketli bir bebek olduğunu, sakince yerinde durmadığını gösterdi. Biberonundan su içerken bacağıyla sağı solu tekmelemekte ve dolaşmaktaydı. Biberon ağzından düştüğünde, yeniden biberonunu alma gayretinde bulunmuyordu. Bebek mamaları yerken, yediğiyle ilgilenmiyor, annesi ağzını açması için onu ikna etmeye çalışıyordu. Jennifer bu durumdan rahatsız oluyor ve ağlamaya başlıyordu. Annesi, Jennifer'in beslenme saatlerinde her zaman kaygılı olduğunu ve iskemlesinde otururken bebek mamasından kaşıklar dolusu alması için Jennifer'i ikna etmeye çalıştığını belirtti. Yinelenen başarısız besleme girişimlerinden sonra Jennifer ve annesi bitkin düşmüş ve mola verilmişti. Hasta öyküsü ve muayene Jennifer'in çok aktif ve telaşlı bir bebek olduğunu, beslenme saatleri arasında onu sakinleştirmenin zorluğunu ortaya koydu. Annesiyle video kayıt görüntülerini inceledikten sonra terapist Jennifer'i öğünlerden önce ve öğünler sırasında sakinleştirmeyi daha iyi sağlamanın yollarını araştırdı. Evde sakın bir köşe seçip Jennifer'a beslenme saatleri öncesi şarkılar söylemek bebeğin öğünler sırasında sakinleşmesini, daha fazla süt içebilmesi ve katı gıda alabilmesini ve öğünler arasında daha fazla bekleyebilmesini sağlamıştı. Sonuçta annesinin kaygıları azalmış her ikisinin daha sakin iletişim kurmasına yardımcı olunmuştu. (Dr.Caroly Pataki tarafından uyarlanmıştır.)

Tedavi

Beslenme bozukluğu tedavisine ilişkin girişimlerin birçoğu beslenme saatleri sırasındaki anne-bebek etkileşimini en uygun düzeye çıkartmayı ve daha fazla besin alımını teşvik için değiştirilebilir etkenleri tanımlamayı hedef alır. Anneye, bebeğin beslenmenin uzunluğuna tahammülü, biyolojik düzen örüntüsü, beslenme sırasında anne ile bebek arasındaki etkileşim düzeyini artırma ve bebeğin yorgunluk derecesinin farkına varması konusunda yardımcı olunur.

İnatçılık, açlık ipuçlarını vermeme, yemek yeme ve uyku düzensizlikleri gibi "zorlu" mizaç özellikleri gösteren çocuklar için

sürdürüm tedavisi alması ve ilaç tedavisinin görece olarak daha az stresli olduğu bir zamanda sonlandırılması önerilmektedir.

Dirençli Depresyon Farmakolojik Tedavi Stratejileri.

Farmakolojik öneriler, Texas Çocukların İlaç Tedavisinde Algoritma Projesi'ni (TMAP) geliştiren uzman fikir birliği ve Ergenlerde SSGİ'ne Dirençli Depresyonun Tedavisi Çalışması (TOR-DIA) dikkate alındığında SSGİ'ye yanıt vermeyen çocuk ve ergenlerin tedavisinde önerilen, başka bir SSGİ ajana geçmektir. Eğer çocuk ikinci SSGİ'ye de yanıt vermezse; antidepresan ilaçların kombinasyonu, güçlendirme tedavileri ya da diğer bir sınıf antidepresan ilaç seçeneklerinden makul seçimler yapılabilir.

Elektrokonvulzif Terapi

Elektrokonvulzif Terapi (EKT), erişkinlerde özellikle ağır depresif ve manik duygudurum bozuklukları ve katatoni başta olmak üzere birçok psikiyatrik hastalıkta kullanılmıştır. Ergenlik dönemi depresyon ve manisinde etkili olduğunu bildiren olgu sunumları olmasına rağmen ergenlikte EKT nadiren kullanılmaktadır. Olgu sunumları EKT'nin ergenler için süregiden ve ağır duygulanım bozukluklarda, özellikle psikotik özellikler, katatonik belirtiler ya da inatçı intihar eğilimi gösterenlerin tedavisinde görece güvenli ve yararlı olduğunu ifade etmektedir.

EPİDEMİYOLOJİ

Depresif bozuklukların genel toplumda görülme sıklığı yaşla birlikte artar. Okul öncesi çocuklarda duygudurum bozukluklarının görülme oranı toplumda %0,3, klinik örnekleme ise %0,9'dur. Okul çağı çocuklarında major depresyon prevalansı %2-3'tür. Okul çağı örneklemelerinde depresyon erkek ve kızlarda aynı sıklıkta, bazı araştırmalarda depresyon oranının erkeklerde biraz daha fazla olduğu belirtilmektedir. Ergenlerde major depresyon oranları %4-8 arasında değişir ve kızlarda major depresyon sıklığı erkeklerden 2-3 kat daha fazladır. Major depresyonun 18 yaşına dek kümülatif insidansı %20'dir. Birinci derece akrabalarında major depresyon öyküsü olan çocukların, duygudurum bozukluk aile öyküsü olmayan çocuklarla karşılaştırıldığında depresif bozukluk tanısı olma ihtimalleri yaklaşık olarak üç kat daha fazladır. Süregiden depresif bozukluğun çocuklardaki prevalansı %0,6 ile %4,6 arasında değişirken, ergenlerdeki prevalansı %1,6-8'e çıkmaktadır. Süregiden depresif bozukluğu olan çocuk ve ergenlerin süregiden depresif bozukluk tanısından 1 yıl sonraki herhangi bir zamanda major depresif bozukluk tanısı olma olasılığı yüksektir. Süregiden depresif bozukluğun ilk 6 aylık sürecinde üzerine major depresyon eklenmesi (çifte depresyon) oranının %9,9 civarında olduğu tahmin edilmektedir.

Yatarak psikiyatrik tedavi gören çocuk ve ergenler arasında major depresif bozukluk oranlarının çocuklarda %20'ye ergenlerde %40'a yakın olduğu tahmin edilmektedir.

ETİYOLOJİ

Hatırı sayılır düzeyde kanıt çocukluk çağındaki major depresyonun erişkinlikteki ile benzer temel bozukluk olduğuna ve bozukluğun nörobiyolojisinin genetik yatkınlık ile çevresel stresörlerin etkileşmesiyle açıklandığına işaret etmektedir. Depresif bozuklukların etiyojisine 7. Bölümde yer verilmiştir.

İNTİHAR

İntihar ABD'de, kazaya bağlı ölümler ve cinayetten sonra ergenler arasında en sık üçüncü ölüm sebebidir. Tüm dünyada puberte öncesi çocuklarda intihar nadirdir. Son 15 yılda, ergenler

arasında hem tamamlanmış intihar hem de intihar düşünceleri oranında azalma vardır. Bu azalma duygudurum bozuklukları ve davranışsal sorunlar için SSGİ reçete edilmesinin artmasıyla ilişkili görülmektedir.

İntihar Düşüncesi ve Davranışı

İntihar düşüncesi, hareketleri ve girişimleri her zaman olmamakla beraber sıklıkla depresif bozukluklarla ilişkilidir. İntihara eğilimli bireylerin yarısının intihar davranışı sergilemeden önceki 24 saat içinde intihar niyetlerinden bir arkadaşlarına ya da bir yakınlarına bahsettikleri bildirilmektedir.

İntihar düşünceleri tüm yaş gruplarında görülmekle beraber ağır duygudurum bozukluğu olan çocuk ve ergenlerde en yüksek sıklıktadır. Her yıl ABD'de 12000'den fazla çocuk ve ergen intihar tehdidi ya da davranışı nedeniyle yatarak takip edilmektedir ancak 12 yaşından küçük çocuklarda tamamlanmış intihar nadirdir. Küçük yaştaki çocukların gerçekçi bir intihar planı tasarlama ve uygulama kapasiteleri zayıftır. Bilişsel yetersizlikleri, intihar ederek ölmeyi isteyen çocukları engellemede koruyucu gibi gözükmemektedir. İntihar girişimi oranları kız ergenlerde erkeklere oranlara en az 3 kat fazla iken, tamamlanmış intihar erkek ergenlerde kızlara göre 5 kat daha sıktır. İntihar düşüncesi sabit bir fenomen değildir; zaman içinde kaybolup tekrar ortaya çıkabilir. İntihar davranışına kalkışma kararı detaylıca düşünülmeyen dürtüsel bir şekilde verilebilir ya da uzun süredir devam eden düşüncelerin sonucu olabilir.

İntihar girişimi yöntemi; morbidite ve intiharın tamamlanma oranlarını, intihar davranışı sergilendiği zamandaki ölme niyetinin ciddiyetinden bağımsız olarak etkiler. Çocuk ve ergenlerde tamamlanmış intiharın en sık yöntemi erkeklerin yaklaşık 2/3'ünde, kızların ise yaklaşık yarısında ateşli silah kullanımıdır. Tamamlanmış intiharın en sık ikinci yöntemi erkek olguların yaklaşık 1/4'ünde ası, kızların yaklaşık 1/4'ünde toksik madde içerek yapılan intihar girişimidir. Sonraki en sık yöntem erkeklerde %10'dan az görülen karbonmonoksit zehirlenmesi, kızlarda ise her birinin sıklığı eşit ve yaklaşık %10 olan ası ve karbonmonoksit zehirlenmesidir. İntihar ile ilişkili ilave risk etkenleri; ailede intihar davranışı öyküsü, ailesel şiddete maruz kalma, dürtüsellik, madde kötüye kullanımı ve öldürücü yöntemlere ulaşılabilirliktir. Ölümcül olmayan intihar davranışının cinsiyetler arası farklılığını inceleyen 100 lisedeki 9. Sınıf ergenler arasında yapılan bir anket çalışmasında, ciddi intihar düşüncelerinin kız öğrencilerinin %19,8'i tarafından bildirildiği, intihar girişiminde bulunanların ise kızların %10,8'ini kapsadığı bulunmuştur. Erkek öğrenciler için bu oranlar; intihar düşüncesi için %9,3, intihar girişimi için ise %4,9'du. Bu çalışmada kızların daha yüksek düzeyde duygudurum ve kaygı sorunları yaşadığına, erkeklerin ise biraz daha yüksek ve yıkıcı davranış sorunları yaşadığına dair kanıtlar gösterilmiştir. Kız öğrenciler erkeklere göre daha yüksek düzeylerde depresyon, kaygı, bedensel yakınmalar, duygusal ve davranışsal sorunlar bildirmişti. Genç ergenler arasında kızlar daha fazla ölümcül olmayan intihar davranışları gösterme olasılıklarının yanı sıra – psikiyatrik bozukluklar için tanı ölçütlerini tam karşılamasa da – daha fazla psikopatoloji bildirirler.

Tanı ve Klinik Özellikler

İntihar girişiminde bulunan ve intiharı tamamlayan ergenler benzer özelliklere sahiptir. Bu ergenlerin %40 kadarının daha öncesinde intihar girişim öyküsü vardır. Çocuk ve ergenlerde intihar düşüncesinin doğrudan sorgulanması gereklidir, çünkü

erken dönemde davranış sorunlarının varlığı, ebeveynlerin ilgi gösterme düzeyleri ve suç işleyen akranlarla arkadaşlık yapma gibi bir dizi etken duygudurum bozukluğu ve davranım bozukluğu gelişimine katkıda bulunmaktadır. Bu durum karşıt olma-karşı gelme bozukluğu için geçerli değildir, belirtiler yalnızca duygudurum bozukluğu sırasında ortaya çıkarsa bu tanı konulamaz.

Dikkat eksikliği/hiperaktivite bozukluğu ve öğrenme bozukluğu sıklıkla davranım bozukluğu ile ilişkilidir. Davranım bozukluğu gelişiminden önce bu bozuklukların belirtileri genellikle mevcuttur. Madde kullanım bozukluğu da davranım bozukluğu olan ergenlerde toplum geneline göre daha sık görülür. Kanıtlar çocukluk dönemindeki kavgacı tutumlar ile ergenlik dönemindeki madde kullanımı arasında bir ilişki olduğunu göstermektedir. Madde kullanımı ile ilgili bir özellik çocukta yerleşirse, bu durum sosyal beceriler ve problem çözme gibi davranım bozukluğunun gelişmesini sağlayabilecek bazı olumlu etkenlerin gelişmesini engelleyebilir. Bu nedenle, madde kötüye kullanımı gelişirse, bu davranım bozukluğunun sürekliliğini destekler. Obsesif kompulsif bozukluk da yıkıcı davranış bozuklukları ile sıklıkla birlikte görülür. Burada tanımlanan tüm bozukluklar, eş zamanlı olarak var olduklarında belirtilmelidir. DEHB olan çocukların

bir yaşındayken, annesi kız kardeşine hamile kaldığında annesinin erkek arkadaşının yanına taşınmışlardı. Annesi ilişkisini bir sene içinde bitirmişti ve şu anda Damien, kız kardeşi ve annesi kendi apartman dairelerinde yaşıyordu. Annesi farklı işlerde çalışmıştı ve Damien annesinin alkol sorunu olup olmadığını merak ediyordu.

gösterdikleri dürtüsellik ve saldırgan tutumlar sıklıkla davranım bozukluğu ölçütlerini karşılayamayacak düzeydedir.

Eş Tanı

DEHB ve davranım bozukluğu sıklıkla birlikte görülürler, DEHB sıklıkla davranım bozukluğu gelişiminden ve azımsanmayacak ölçüde madde kötüye kullanımından önce görülmeye başlanır. Merkezi sinir sistemi hasarları veya işlev bozuklukları, bazen davranım bozukluğunu da yol açabilen dürtüsellik ve davranım sorunlarına yol açabilir.

Gidiş ve Sonlanış

Davranım bozukluğu olan çocukların klinik seyri konusunda, belirtiler küçük yaşta başladıysa çok sayıda belirtili varsa ve bunlar sıklıkla kendini belli ediyorsa daha dikkatli olunmalıdır. Çünkü şiddetli düzeyde davranım bozukluğu olan olgular, yaşamın ileri dönemlerinde duygudurum bozuklukları ve madde kullanım bozuklukları gibi eş tanıları daha fazla gösterme olasılıkları vardır. Bir çalışmada, çocuklukta saldırgan davranışlar ve ebeveynlerin suça karışmış kişiler olması yaşamın ileri dönemlerinde hapse girmeyi öngörse de davranım bozukluğu tanısının tek başına hapis yatma ile ilişkili olmadığı bulunmuştur. Eşlik eden bir psikopatoloji olmaksızın hafif şiddette seyreden davranım bozukluğu varlığı ve zihinsel işlevlerin normal sınırlarda olması iyi gidiş için öngörücü olmaktadır.

Tedavi

Psikososyal Tedaviler. Erken uygulanan önleyici müdahaleler, anaokulu yaşlarında uygulanmaya başladığında saldırgan davranışların gidiş ve prognozunu anlamlı derecede değiştirebilir. Anaokulu çocuklarının 18 yaşa geldiğinde yaşam boyu yıkıcı davranışlarını öngören bir tarama programı en yüksek riskin müdahale edilmeyen yıkıcı davranışlarda yüzde 82 oranında olduğunu göstermiştir. "Hızlı uygulanan önleyici müdahaleler" (The Fast Track Preventive Intervention) adlı bir önleme programında 891 anaokulu çocuğu 10 yıllık bir önleme programı veya durum kontrolü için randomize edildi. Bu on yıllık müdahale, ebeveyn davranış yönetimi, çocuk sosyal biliş becerileri, okumalar, aile ziyaretleri, danışmanlık ve okul eğitim müfredatları içermektedir. Müdahale programında olan çocuklar, bu on yıl içerisinde ve takip eden 2 yıl boyunca davranım bozukluğundan korunmuş oldu.

BDT programlarının kontrollü çalışmalarının meta analizinde, BDT'nin davranım bozukluğu olan çocuk ve ergenlerin belirtilerini anlamlı derecede azalttığı saptanmıştır. BDT müdahalelerinin takip eden program da dahil olmak üzere etkili olduğu kanıtlanmıştır.

12 haftalık aşamalı bir program olan Kazdin'in Problem Çözme Becerileri Eğitimi, çocuklar çatışmalı bir ortam ile karşılaştığında sorun çözmelerinin gelişimini arttırmaya yardımcı olur. "Supersolvers" adlı görevler, çocukların bu teknikleri uygulamaları için kısa hikayeli durumlar sağlar. Eşlik edebilecek bir program olan "Ebeveyn Yönetim Programı" da bu müdahaleye eklenebilir, fakat müdahale bu program olmadan da etkilidir. Bir diğer BDT temelli çalışma, Muhteşem Yıllar; 3-8 yaş arası çocukları hedef alır, 22 haftanın üzerinde uygulanır, çocuk, ebeveyn ve öğretmen eğitimleri içerisine sahiptir. Başka bir BDT temelli müdahale de "Öfkeyle Başa Çıkma Stratejileri", dikkati

12 yaşında olan Damien, okulu asma ve evden kaçma sonrasında polis tarafından bulunup psikiyatrik değerlendirmeye yönlendirilmişti. Damien, sadece evden çıkıp arkadaşlarıyla buluşmak istediği şeklinde açıklamaya yapmıştı. Annesi ne yapacağını söylediği için evde olmayı sevmiyordu. Damien'in annesi, çocuğunun geçen yıl birkaç kez geceyi dışarda geçirdiğini, ancak ertesi sabah eve geri döndüğünü söylüyordu. Başını sürekli derde sokmasından yakınıyordu. Annenin, ilk kez 8 yaşında olmak üzere, birkaç kez mağaza hırsızlığı yaptığı yönünde bilgisi vardı. Anne, komşulardan ve okulundan da bir şeyler çaldığından şüpheleniyordu. Polisinde işin içine karıştığı okuldan kaçma, geceyi dışarıda geçirmek, komşu dükkanlardan çalmak ve marihuana içmek gibi birçok olay yaşanmıştı. Damien, çabuk sinirleniyordu, annesi geçen sene komşu çevrede karıştığı birçok kavga olduğunu biliyordu. Damien, kardeşine karşı acımasızca davranıyordu, onunla alay edip, sataşıyordu. 6 yaşındayken ateşle oynamaktan büyük bir keyif alıyordu ve evde küçük çaplı yangınlar çıkarmıştı, şans eseri ciddi bir yaralanma ya da hasar olmamıştı. Anne Damien'in, işe yaramaz babası gibi olduğunu ve oğlunu doğurmamış olmayı dilediğini ağlayarak anlattı. Damien başlangıçta soruları yanıtlamayı reddetse de sonra konuşmaya başladı. Çeşitli sorunlar ile ilgili aldırılmaz bir tavır ve sert bir görünüm sergiliyordu. Evde herhangi bir istismar olmadığını, canı sıkıldığı için evden kaçtığını söylüyordu. Ancak daha fazla sorgulama sonucunda, 6-8 yaş arasında evlerinde annesinin önceki erkek arkadaşının da yaşadığını ve sınırları aştığı zaman onun kendisine kemeriyle vurduğunu açıklamıştı. Damien, davranışlarının sadece eğlenmek için olduğunu savunuyordu. Kavgaların başkaları tarafından kışkırtıldığını söylüyor ve başka bir gencin burnunu kırdığını övünerek anlatmasına karşın herhangi bir silah kullanmadığını ifade ediyordu. Damien'in okul kayıtları onun için 2. sınıfta bireyselleştirilmiş eğitim programına ihtiyaç duyulduğunu ve 1. sınıftayken de DEHB belirtileri açısından değerlendirildiğini gösteriyordu. Metilfenidat (ritalin) tedavisi başlanmış ancak aile tedaviye devam etmemişti ve şu anda herhangi bir tedavi almıyordu. Damien şu anda 6. sınıf özel eğitim sınıfındaydı, 5. sınıfta kalması ve sınıfını tekrar etmişti. Ders notları düşük olduğu için, 6. sınıfı da tekrar etmek zorunda kalabilirdi. Bu yıl okuldan birkaç kez kaçmasına ilave olarak, okul ödevlerini bitirmekte sorunları olduğunu kabul ediyordu. Önceki incelemelerde, 5 yaşındayken çocuk koruma biriminin aileyi incelemeye aldığı, o ve kardeşinin gece geç vakitlerde annelerinin görüşü dışında ve çıplak ayakla sokakta bulunduğu yer alıyordu. Görünüşte, aile yardım almak üzere bir danışmana yönlendirilmiş, ancak hiç katılmamışlardı. Damien'in iki ebeveyninin de alkol ve madde kullanım öyküsü bulunmaktaydı. Doğumu planlı değildi ve anne hamilelik boyunca madde kullanmıştı. Doğumdan kısa bir süre sonra anne ve baba ayrılmışlar ve anne kendi ailesinin yanına dönmüştü. Damien

psikiyatrik bozukluklar için artmış risk ile ilişkilidir. Esrarın bilişsel işlevleri bozucu etkisi kesin olmamasına rağmen kronik esrar kullanımı ile zayıf bilişsel işlevler ilişkilidir. Kronik esrar kullananlarda sözel öğrenme, bellek ve dikkatte yetersizlik bildirilmiş olup, hem akut hem kronik esrar kullanımında, pozitron emisyon tomografisiyle beyin bazı bölgelerinde kan akımı değişiklikleri saptanmıştır. Fonksiyonel görüntüleme çalışmalarında, kronik esrar kullananlarda, dikkat ve bellek ile ilişkili beyin bölgelerinde azalmış aktivite gösterilmiştir. İsveçli ordu mensubu 50.465 erkeğin 15 yıllık izlem çalışmasında, 18 yaşına kadar esrar kullanan katılımcılarda şizofreni gelişmesi 2,4 kat daha fazla bulunmuştur. Kronik esrar kullanımıyla ilişkili riskler; motorlu araç kazalarında artış, solunum işlevlerinde bozulma, kardiyovasküler hastalık riskinde artış, psikiyatrik belirti ve bozuklukların riskinde artıştan oluşmaktadır.

Kokain

Kokain koklama, burundan içe çekme, enjeksiyon yada sigara olarak içme şeklinde kullanılmaktadır. Crack terimi kokainin sigara olarak içilebilir haline dönüştürülmüş biçimine verilen isimdir. Kokainin etkileri arasında periferik kan damarlarında daralma, pupillerde genişleme, hipertermi, artmış kalp hızı ve hipertansiyon yer almaktadır. Kokainin yüksek dozları ve uzun süre kullanımı paranoid düşünceyi tetikleyebilir. Kardiyak arrest ya da solunum arrestiyle sonuçlanabilecek nöbetlere bağlı ani ölüm riski vardır. DEHB tedavisinde kullanılan metilfenidat gibi stimulanların aksine kokain kan beyin bariyerini hızla geçer ve 20 dakika içinde dopamin taşıyıcısından ayrılır, metilfenidat ise uzun süre dopamine bağlı kalır.

Eroin

Bir morfin türevidir olan heroin, haşhaş bitkisinden üretilmektedir. Burundan çekilebilen heroin genellikle beyaz ya da kahverengi toz görünümündedir, ancak sıklıkla intravenöz olarak kullanılmaktadır. Çekilme belirtileri huzursuzluk, kas ve kemik ağrıları, uykusuzluk, diyare ve kusma, ürperme ve tüylerin diken diken olması, tekmeleme şeklinde hareketlerden oluşmaktadır. Çekilme kullanımdan birkaç saat sonra başlar, 48-72 saat arasında pik yapar ve yaklaşık 1 hafta içinde düzelir.

Kulüp Maddeleri

Gece kulüpleri, bar, parti ya da müzik kulüplerinde bulunan ergenler sıklıkla MDMA, GHB; Rohypnol ve ketamin kullanırlar. GHB, Rohypnol (bir benzodiazepin) ve ketamin (bir anestezi madde) öncelikli olarak merkezi sinir sistemini baskılayıcı etki gösterir. Sıklıkla renksiz, kokusuz ve tatsız oldukları için fark edilmeden içeceğe katılabilirler. Bu maddelerin tecavüz saldırılarıyla ilişkili olduğu bulunduktan sonra “madde aracılığıyla olan tecavüzden korunma ve cezalandırma eylem planı” yapılmıştır. Metamfetamin türevidir olan MDMA hem uyarıcı hem halüsinojenik özellikleri olan sentetik bir maddedir. MDMA ağız yoluyla, artmış kalp hızı, yorgunluk, kas spazmı ve hipertermiye yol açabilir.

Liserjik Asit Dietilamid

LSD kokusuz, renksiz ve hafif acı tada sahip bir maddedir. Yüksek dozlarda alınan LSD görsel varsanı ve sanrılara ve bazı olgularda paniğe neden olabilir. LSD alımını takiben gelişen bu duyular genellikle 12 saat sonra azalır. Kullanım sonlandıktan 1 yıl sonraya kadar flashback’ler devam edebilir. Tekrarlayan LSD kullanımıyla tolerans gelişebilir yani aynı derecede intoksikasyon sağlanabilmesi için daha yüksek dozlara gereksinim duyulur.

EŞ TANI

Depresyon ve kaygı bozukluğu olan gençlerde alkol ve esrar kullanımı oranları görece olarak daha yüksek bildirilmektedir. Diğer taraftan, alkol kullanımı olanlarda duygudurum bozuklukları daha siktir. Kanıtlar, erken antisosyal davranışlar, davranış bozukluğu ve madde kullanımı arasında bir başka güçlü ilişkiye de işaret etmektedir. Madde kötüye kullanımı bir çeşit davranışsal sapma olarak ele alındığında, şaşırtıcı olmayan bir şekilde sosyal ve davranışsal sapmanın başka çeşitleri ile ilişkili olduğu gösterilebilir. Sosyal sapma ve antisosyal davranışın erken işaretlerini gösteren çocuklarda erken müdahale, ileride madde kötüye kullanımına yol açabilecek işlemlerin oluşumunu muhtemelen engelleyecektir.

Eş tanı genellikle birden çok maddenin bir arada kullanımı ya da madde kullanımı dışında bir başka psikiyatrik bozukluğun bir arada görülmesi şeklindedir. Eş tanıları tedaviye farklı yanıtların ortaya çıkışına yol açabileceği için, tüm eş tanıların bilinmesi önemlidir. Alkolik ergenlerde yapılan araştırmalar, bu olgularda %50 veya daha fazla oranda özellikle duygudurum bozuklukları olmak üzere ek bir psikiyatrik bozukluk olduğunu göstermektedir. Son zamanlarda alkol kullanan ergenlerde yapılan bir araştırma, olguların %80’den fazlasının başka bir psikiyatrik hastalığın tanı ölçütlerini de karşıladığını bulmuştur. En sık görülen hastalıklar depresif bozukluk, yıkıcı davranım bozuklukları ve madde kullanımı olarak saptanmıştır. Hatta eş tanı oranları benzer durumdaki erişkinlerden bile daha yüksektir. Alkol kötüye kullanımı veya bağımlılığı tanısı, önce olmaktan çok, muhtemelen diğer bozuklukları takip etmektedir. Alkolik olan ergenlerin büyük çoğunluğu öncesinde bir çocukluk çağı bozukluğuna sahiptir. Bu bozukluklar etiyoloji ve tedavinin her ikisi için de benzer olabilir. Bu çalışmada, alkol kullanım bozuklukları başlangıcı sistematik olarak madde kötüye kullanımını ya da bağımlılığından önce gelmemektedir. Olguların %50’sinde alkol kullanımını madde kullanımı takip etmektedir. Alkol kullanımı belki de madde kullanımı için bir geçiş yolu olmaktadır, fakat bu durum olguların pek çoğunda yoktur. Diğer psikiyatrik hastalıkların varlığı alkol kullanım bozukluğunun erken başlangıcı ile ilişkilidir, fakat bu durum alkolizmin daha uzun süre devam etmesi ile ilişkili gözükmemektedir.

TEDAVİ

Ergenlerde madde kullanım bozukluğuna müdahale edilebilmesi için öncelikli olarak etkin bir tarama yapılması ve tedavi ihtiyacı olan ergenlerin belirlenmesi gereklidir. Bir ergende madde kullanım bozukluğu saptanın saptanmaz çeşitli tedavi seçenekleri düşünülebilir.

Birleşik Devletler Madde Kötüye Kullanımı Ruh Sağlığı Hizmetleri Kurumu’nun (SAMHSA), amacına uygun olarak, New Mexico’da 13 liseden 14-17 yaş arasındaki 629 ergenin katıldığı, okul temelli alkol ve madde tarama, kısa süreli müdahale ve tedaviye yönlendirme (SBIRT) isimli bir çalışmada başlatılmıştır. Başlangıçta okul temelli sağlık merkezlerinde herhangi bir nedenle görülen tüm öğrencilerin madde kullanımı açısından taranması sağlanmıştır. Madde kullanımı saptananlara, ya klinik personeli tarafından kısa süreli müdahale önerilmiş (saptananların %85,1’i); ya da bu ergenler tedaviye yönlendirilmiştir (saptananların %14,9’u). Kısa süreli müdahale, öğrencinin davranış değişimi için motivasyon kazanmasına yardım etmeyi amaçlayan motivasyonel görüşme temellidir ve gerekli durumlarda daha yoğun tedavi için yönlendirme yapılmıştır. Madde kullanımının şiddetine bakılmaksızın bu müdahalenin uygulandığı öğrenciler, 6 aylık izlem süreci sonunda alkol alma ve intoksikasyonda azalma bildirmiştir.

Ayrıca madde kullandığını bildiren öğrenciler de izlem süresince azalmış madde kullanımı bildirmiştir. Çalışmaya katılan öğrencilerin % 42’sinde alkol kullanımı, %37’sinde alkol



Tablo 3-7
Deliryumlu Hastalarda Laboratuvar
Değerlendirmesi

Standart tetkikler
Kan biyokimyası (elektrolitler, böbrek ve karaciğer işlev testleri ve kan şekeri)
Tam kan sayımı
Tiroid işlev testleri
Sifilis için serolojik testler
HIV antikor testi
Tam idrar tahlili
Elektrokardiyogram
Elektroensefalogram
Akciğer grafisi
Kan ve idrarda ilaç düzeylerinin taraması
Endikasyon halinde eklenebilecek tetkikler
Kan, idrar ve serebrospinal sıvı kültürleri
B12, folik asit düzeyi
Kraniyal bilgisayarlı tomografi veya manyetik rezonans görüntüleme
Lomber ponksiyon ve serebrospinal sıvı tetkiki

Warning) ibaresi koyarak piyasaya sürmeye başlamıştır. Ciddi proaritmik etkileri ve ölümcül özelliklerinden dolayı diğer tedavilere yanıt vermeyen hastalarda kullanılmalıdır. Deliryumlu hastalarda fenotiazin kullanımından kaçınılmalıdır, çünkü bu ilaçların belirgin antikolinergik etkileri vardır.

Ajitasyon sıkıntı veren anksiyeteden fiziksel agresyona kadar değişebilen yeterince tanımlanmamış bir belirtidir. Ajitasyonun anlamsal belirsizliği yüzünden çalışılması güçtür. Ancak Richmond Ajitasyon sedasyon Ölçeği gibi bazı ölçekler araştırmalarda yardımcıdır. Birçok ilacın anekdot niteliğinde etkisi vardır. Yine de deliryumda görülen ajitasyonun farmakolojik tedavisi ile ilişkili çalışmalar umut kırıcıdır. En sık antipsikotik ilaçlar kullanılır. Yaklaşım deliryumda psikoz için yukarıda anlatılan yaklaşıma benzerdir, deliryumun şiddeti ve süresine göre değişkenlik gösterir. Antipsikotikler etki etmediğinde i.v. sodyum valproat yardımcı olabilir. Şiddetli ajitasyon için sedasyon amacıyla kullanılan 2-adrenoreseptör agonisti olan deksmedetomidin özellikle mekanik ventilasyonda olan hastayı sedatize etmek için verilir, bu ilacın diğer sedatiflerin çoğuna kıyasla delirojenik etkisi yoktur.

Risperidon, klozapin, olanzapin, ketiapin, ziprasidon ve aripiprazol gibi ikinci kuşak antipsikotikler deliryum tedavisinde düşünülebilir, ancak bu ajanların deliryum tedavisinde kullanımıyla ilişkili klinik deneyler sınırlıdır. Ziprasidonun aktive edici etkisi olabilir ve deliryum sağaltımında uygun olmayabilir. Olanzapinin i.m. ve hızlı emilen oral formu bulunur. İlaç uyumu kötü olan ve sedasyon nedeniyle ilaçları güvenli şekilde yutma zorluğu olan bazı deliryum hastaları için bu uygulama yolları tercih edilebilir.

Uykusuzluğun tedavisi zordur. Benzodiazepinler yardımcı olabilir, ancak bunlar ilaclar hastanın konfüzyonunu kötüleştirme riski taşırlar. Ayrıca alkol ile ilişkili olmayan deliryumda benzodiazepin kullanımına ilişkin yeterli kanıt bulunmamaktadır. Eğer deliryumun nedeni ağrı ise klinisyenler hem analjezik hem de sedatif etkileri nedeniyle opioid reçete etmekte tereddüt etmemelidirler (Tablo 3-9). Melatonin de ara sıra kullanılır ancak etkisine dair veriler karmaşık olup çalışma kaliteleri düşüktür.

Özel Gruplarda Tedavi

Parkinson Hastalığı. Parkinson hastalığının tedavisinde kullanılan antiparkinson ajanlar sıklıkla deliryuma neden olurlar. Antiparkinson tedavi alan ve demansı olan Parkinson hastala-



Tablo 3-8
Deliryum ve Demansın Klinik Özelliklerin Sıklığı
Açısından Karşılaştırılması

Belirti	Deliryum	Demans
Ruhsal Durum Muayenesi		
Bellek	Bozuk, anlık bellekte yakın belleğe göre daha belirgin	Bozuk, yakın bellekte anlık belleğe göre daha fazla
Dikkat	Bozuk	Bozuk, ancak daha hafif
Yönelim	Belirgin olarak bozuk	Değişkenlik gösterir
Algı	Şiddetli varsanılar (özellikle görsel ve dokunsal)	Varsanılar nadirdir
Düşünce İçeriği	Paranoid olabilir	Paranoid olabilir
Yargılama, sosyal beceriler ve davranış	Belirgin olarak bozuktur	Başlangıçta kıyasla korunmuştur, zamanla kötüleşir (frontal kortikal hasar boyutuna göre değişir)
Fiziksel Muayene		
Vital bulgular	Sıklıkla anormal	Nedene bağlı olarak değişir
Nörolojik muayene	Anormal olabilir	Nedene bağlı olarak değişir
Tıbbi hastalık eştanısı	Akut hastalık	Nedene bağlı olarak değişir
Gidiş		
Başlangıç	Akut	Çoğunlukla sinsi seyredir.
Kısa dönem	Gün içinde dalgalanır	Değişkenlik gösterir, ancak genellikle daha stabildir.
Uzun dönem	Düzelebilir (altta yatan nedene bağlı olarak)	Çoğunlukla kronik ve ilerleyicidir. Nedene bağlı olarak yavaş ya da basamaklı kötüleşme görülebilir.
Eşlik Eden Özellikler		
Tıbbi eştanılar	Akut hastalıklar	Nedene bağlı olarak değişir.
En muhtemel eştanılar	Metabolik, toksik ya da enfeksiyöz hastalıklar	Nörodejeneratif ya da vasküler bozukluklar

rında, demansı olmayanlara göre deliryum gelişme riski iki kat fazladır. Antiparkinson ajanın dozunun azaltılması motor belirtilerinin kötüleşmesine neden olacağından iyi düşünülmelidir. Eğer antiparkinson ajanın dozu azaltılamaz veya antiparkinson ilacın azaltılması sonrası deliryum tablosu devam ederse, antipsikotik bir ilaç yardımcı olabilir. Ancak bu durum hastalığı kötüleştirebilir. FDA Parkinson psikozu için pimavanserin adlı ilaca onay vermiştir. Pimavanserin Serotonin 5-HT_{2A} ve muhtemelen 5-HT_{2C} için ters agonist ve antagonist etkiye sahiptir, dopamin üzerinde etkisi yoktur. Klozapin de yardımcı olabilir ve ampirik kanıtı da mevcuttur. Ketyapin Klozapin kadar titizlikle çalışılmamıştır ve parkinsonizm yan etkilerine yol açabilir,

agülen tedavi, aspirin gibi antiagregan tedaviler ile ekstrakraniyal ve intrakraniyal rekonstrüktif vasküler cerrahiler TIA hastalarında enfarkt riskini azaltmada etkilidir.

Deliryum

Genel olarak deliryum ani başlangıcı, kısa süresi, gün içinde dalgalanan bilişsel bozukluğu, belirtilerin gece kötüleşmesi, uyku-uyanklık döngüsündeki belirgin bozukluğu ile dikkat ve algıda kusurlarıyla ayırt edilmektedir (Tablo 3-8).

Depresyon

Depresyonu olan bazı hastalarda, demans belirtilerinden ayrımının güç olduğu bilişsel bozukluğa ait belirtiler gözlenir. *Depresyon ile ilişkili bilişsel işlev kusuru* terimi daha çok tercih edilmektedir ve daha tanımlayıcıdır ancak klinik tablo bazen *psödodemans* olarak adlandırılmaktadır (Tablo 3-25). Depresyon ile ilişkili bilişsel işlev kusuru olan hastalarda genellikle depresif belirtiler daha belirgindir ve demansiyel hastalarla kıyaslandığında belirtilerine yönelik içgörü daha fazla gözlenir ve

sıklıkla öykülerinde depresyon dönemleri vardır. Neyseki depresyona bağlı bellek sorunları genellikle antidepresan ilaçlara yanıt verir.

Temaruz ve Yapay Bozukluk

Yapay bozuklukta olduğu gibi bellek kaybı taklidi yapan kişiler genellikle tuhaf ve tutarsız bir şekilde taklit yaparlar. Gerçek demansa, zaman ve yere ilişkin bellek, kişiye ilişkin belleğe göre daha önce bozulur. Ayrıca yakın bellek, uzak bellekten daha önce bozulur.

Şizofreni

Şizofreni, bazı entelektüel bozukluklara neden olsa da, demansta görülen psikoz ve düşünce bozukluklarına bağlı olarak ortaya çıkan belirtilere göre daha hafiftir.

Normal Yaşlanma

Yaşlanma, herhangi bir bilişsel bozukluğa neden olmayabilir ancak normal yaşlanmanın bir parçası olarak hafif bellek problemleri de ortaya çıkabilir. Bu normal süreçler bazen selim yaşlılık



Tablo 3-25

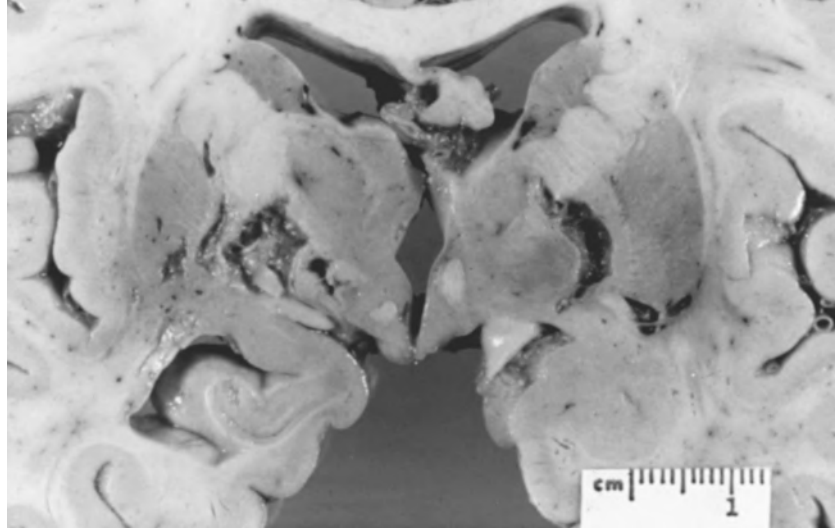
Depresyon ile ilişkili bilişsel işlev bozukluğu ile demans ayırımındaki majör klinik özellikler

Depresyon	Demans
Klinik Gidiş ve Öykü	
Aile her zaman yeti yitiminden ve ağırlığından haberdardır	Aile sıklıkla yeti yitiminden ve ağırlığından habersizdir
Sıklıkla başlangıcı belli bir doğrulukla ifade edilebilir	Sıklıkla başlangıcı ancak geniş aralıklarla ifade edilebilir
Belirtiler tıbbi yardım arayışından kısa bir süre önce başlamıştır	Belirtiler tıbbi yardım arayışından çok önce başlamıştır
Başlangıçtan itibaren belirtiler hızla ilerler	Belirtiler yavaşça ağırlaşır
Öncesinde psikiyatrik sorunlar siktir	Öncesinde psikiyatrik sorunlar pek beklenmez
Yakınmalar ve Davranışların Kliniği	
Hastalar genellikle bilişsel kayıptan çok yakınrlar	Hastalar genellikle bilişsel kayıptan pek yakınmazlar
Hastaların bilişsel sorunlarına ilişkin yakınmaları genellikle detaylıdır	Hastaların bilişsel sorunlarına ilişkin yakınmaları genellikle müphemdir
Hastalar yaşadıkları yeti yitimini vurgularlar	Hastalar yaşadıkları yeti yitimini inkâr ederler
Hastalar kusurlarını ön plana çıkarırlar	Hastalar çok basit de olsa yapabildiklerinden memnuniyet duyarlar
Hastalar basit görevleri dahi yerine getirmek için gayret göstermezler	Hastalar verilen görevi yerine getirebilmek için çaba sarf ederler
Hastalar sıklıkla şiddetli bir sıkıntı hissini ifade ederler	Hastalar idare edebilmek için not defteri, takvim gibi araçlar kullanırlar
Duygulanım değişimi genellikle sürekli	Hastalar sıklıkla ilgisiz gibi görünürler
Sosyal becerilerin kaybı genellikle erken dönemde ve belirgindir	Duygulanım değişken ve sığdır
Davranış sıklıkla bilişsel kaybın şiddetiyle orantılı değildir	Sosyal beceriler genelde korunmuştur
Sorunların geceleri artması pek beklenmez	Davranış sıklıkla bilişsel kaybın şiddetiyle uyumludur
Bellek, Biliş ve Zihinsel Kayıplarla ilişkili Klinik Özellikler	
Dikkat ve konsantrasyon genellikle korunmuştur	Sorunlar geceleri sıklıkla artar
"Bilmiyorum" şeklinde yanıtlar tipiktir	Dikkat ve konsantrasyonda genelde sorun vardır genellikle kusurludur
Yönelim testlerinde hastalar sıklıkla "Bilmiyorum" şeklinde yanıt verirler	Yakın yanıtlar siktir
	Yönelim testlerinde hastalar sıklıkla beklenen hatalardan çok sıra dışı hatalar yaparlar
Hem yakın hem uzak olaylara ilişkin bellek kaybı genellikle ağırdır	Yakın olaylara ilişkin bellek kaybı genellikle uzak olaylardan daha ağırdır
Özgül olaylara ya da dönemlere ilişkin bellek boşlukları siktir	Özgül dönemlere ilişkin bellek boşlukları pek beklenmez ^a
Benzer zorluktaki görevleri yerine getirmede belirgin farklılıklar vardır	Benzer zorluktaki görevlerde benzer kötülükte performans sergilerler

^aDeliryum, travma, nöbetler ya da benzeri durumlar dışında

ŞEKİL 3-2

Vasküler demanslı bir hastanın koronal kesitte serebral korteksinin genel görünümü. Talamus, internal kapsül ve globus pallidus içeren çoklu bilateral laküner infarktlar. (Daniel P.Perl,M.D.'nin izniyle)



Presenil Demans ile Ailesel Multisistem Taupati. Yakın zamanda keşfedilen bir demans tipi olan ailesel multisistem taupatide, Alzheimer hastalığı olan kişilerdekine benzer bazı ortak beyin anormallikleri olduğu bulunmuştur. Hastalığa neden olduğu düşünülen gen 17. kromozomda yer almaktadır. Bozukluğun belirtileri arasında yakın bellek sorunları ile denge ve yürüme problemleri sayılabilir. Hastalığın başlangıcı 40'lı ve 50'li yaşlardadır ve hastalığa sahip kişiler belirtiler ortaya çıktıktan sonra ortalama 11 yıl yaşamaktadırlar.

Alzheimer Hastalığı olan kişilerde gözleendiği gibi ailesel multisistem taupatisi olan hastalarda da tau proteini nöronlarda ve glia hücrelerinde birikmektedir. En sonunda biriken proteinler beyin hücrelerini öldürmektedir. Bozukluk Alzheimer hastalığında gözlenen senil plaklarla ilişkili değildir.

Bay J, 70 yaşında emekli iş adamı psikiyatri servisine aile hekiminin yönlendirmesiyle getirildi. Eşi, kocasının çok unutkan hale geldiğini, öyle ki evde bile yalnız bırakmaya korkar olduğunu ifade ediyordu. Bay J, iş performansında beş yıldır yaşadığı düşüş nedeniyle 62 yaşında emekliye ayrılmıştı. Daha önce keyif aldığı hobilerini (fotoğrafçılık, okuma ve golf) de yavaş yavaş bırakmaya başlamış ve kendi halinde birisi olmuştu. Buna karşın giderek artan unutkanlığı başlangıçta evde fark edilmemiş. Sonrasında bir gün iyi bildiği bir yerde yürürken evin yolunu bulamamış. Bu noktadan sonra bellek sorunları artmaya başlamış. Randevularını unutmaya, eşyalarını kaybetmeye ve 40 yıldır yaşadığı yerde evin yolunu bulamamaya başlamış. Uzun yıllardır bildiği kişileri dahi tanımakta güçlük çekiyormuş. Kendisi nasıl yapılacağını unuttuğu için eşi banyosunu yaptırmaya ve giysilerini giydirmeye başlamış.

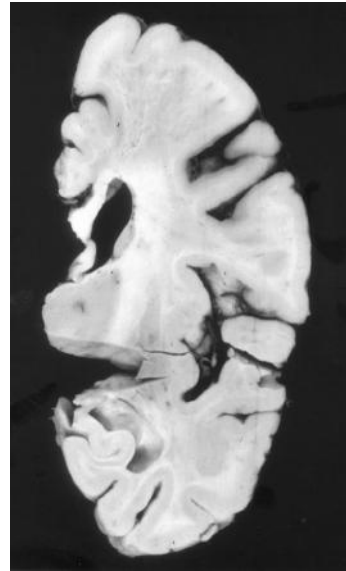
Muayenede, Bay J'nin zamana ve yere yönelimi bozuktur. Sadece adını ve doğum yerini hatırlayabiliyordu. Bay J'nin görüşmeden koptuğu izlenimi ediniliyordu ve sorulan sorulara sadece omuzlarını silerek yanıt verebiliyordu. Nesneleri isimlendirmesi ya da sayıları veya kelimeleri hatırlaması istendiğinde Bay J, gergin ve sinirli halde olduğu izlenimi veriyordu. Bay J'nin yönergeleri takip etmekte güçlüğü vardı ve kendi başına giyinip soyunamıyordu. Genel tıbbi durumu iyiydi. Bay J'nin laboratuvar değerlendirmelerinde EEG'de ve BT'de anormal sonuçlar tespit edildi.

Vasküler Demans

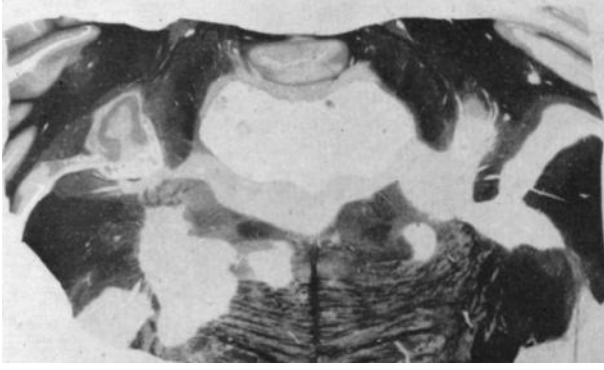
Önceden multienfarkt demans olarak tanımlanan vasküler demansın asıl nedeni, çok sayıda bölgeyi etkileyen ve demans belirtileriyle sonuçlanan serebral vasküler hastalıktır. Vasküler

demans, erkeklerde özellikle de öncesinde hipertansiyonu ya da diğer kardiyovasküler risk etkenleri olanlarda daha sık gözlenir. Bozukluk, beyinde enfarkta ve dolayısıyla yaygın çok sayıda parankimal lezyonlara neden olan esas olarak küçük ve orta boyutlu serebral damarları etkiler (Şekil 3-2). Enfarktların nedenleri arasında, damarların aterosklerotik plaklarla ya da distalden (kalp kapakları gibi) gelen tromboembolilerle tıkanması sayılabilir. Hastanın muayenesinde karotis üfürümleri, fundoskopik anormallikler ya da genişlemiş kalp odacıkları gözlenebilir

Binswanger Hastalığı. *Subkortikal arteriosklerotik ensefalopati* olarak da bilinen Binswanger hastalığı (Şekil 3-3), kortikal bölgeleri tutmayan ak maddedeki çok sayıda küçük enfarktn

**ŞEKİL 3-3**

Binswanger hastalığı. Üzerindeki gri cevherin etkilenmediği yaygın beyaz cevher enfarktını gösteren kesit. (New York,NY. Mount Sinai Tıp Fakültesi, Nöropatoloji birimi, Dushyant Purohit,M.D.'nin izniyle)



ŞEKİL 3-10

Multipl skleroz. Düzensiz, dördüncü ventrikül seviyesindeki bu kesitte zimbayla delinmiş gibi demyelinizasyon zonları belirgin olarak görülüyor. Myelin boyası, 2.6x (H.M Zimmermen'in izniyle.)

yönelik diğer yaklaşımlar lityum, kalsiyum kanal blokerleri ve beta adrenerek reseptör antagonistleridir.

Klinisyenler hastaları bireysel ya da grup psikoterapisinde ve esas bakımverenleri çift ve aile terapisiyle desteklemelidir. Hafif ya da orta dereceli kafa travması olan hastalar sıklıkla ailelerine yeniden katılır ve işlerine yeniden başlarlar; bu yüzden etkilenen tüm topluluklar hastanın kişiliği ve zihinsel yeteneklerindeki herhangi bir değişikliğe uyum sağlamak için yardıma ihtiyaç duyar.

Demyelinizan Hastalıklar

Multipl skleroz (MS) başlıca demyelinizan hastalıktır. Diğer demyelinizan hastalıklar amiotrofik lateral skleroz (ALS), metakromatik lökodistrofi, adrenolökodistrofi, gangliozidoz, subakut sklerozan panensefalit ve Kufs hastalığıdır. Tüm bu hastalıklar nörolojik, bilişsel ve davranışsal belirtilerle ilişkili olabilir.

Multipl Skleroz. MS, SSS beyaz cevherinde multifokal lezyonlarla patofizyolojik olarak ilişkili olan çoklu belirtilerle karakterizedir (Şekil 3-10). Nedeni bilinmemektedir, ancak çalışmalar yavaş virus enfeksiyonu ya da bağışıklık sistemi bozukluklarına odaklanmaktadır. Tahmini MS prevalansı batı yarımkürede 100,000' de 50 kişidir. Hastalık soğuk ve ılıman iklimlerde tropik ve subtropik olanlara göre ve kadınlarda erkeklere göre daha sık görülür; ağırlıklı olarak genç erişkinlerin hastalığıdır. Çoğu hastada başlangıç 20-40 yaşlarındadır.

MS'nin nöropsikiyatrik belirtileri bilişsel ve davranışsal tipler olarak ayrılabilir. Araştırma raporları, MS'si olan %30-50 hastanın hafif ve %20-30'unun ciddi bilişsel bozukluğu olduğunu bildirmiştir. Kanıtlar MS'nin olan hastaların genel zekâ düzeyinde düşüş bildirir de, en sık etkilenen bilişsel işlev bellektir. Bellek bozukluğunun şiddeti nörolojik belirtilerin şiddeti ya da hastalık süresiyle ilişkili görünmemektedir.

MS ile ilişkili davranışsal belirtiler çeşitlidir ve öfori, depresyon ve kişilik değişikliğini kapsar. MS olan kişilerin yaklaşık %25'i hipomanik olmayan, ama durumlarının gerektirdiğinden daha neşeli ve MS'nin başlangıcından önce karakterlerinden olmayan öforik bir duygudurum sergilerler. MS hastalarının

yalnızca %10'unda, halen hipomani denemeyecek, sürekli artmış bir duygudurum vardır. Bununla birlikte depresyon sıkır. Hastaların %25-50'sini etkiler ve genel toplumdan daha yüksek intihar hızı ile sonuçlanır. MS'si olan hastalarda intihar risk etkenleri erkek cinsiyet, MS'nin 30 yaşından önce başlamış olması ve hastalık tanısının nispeten yakın zamanda konulmuş olmasıdır. Kişilik değişiklikleri de MS'i olan hastalarda sıkır; hastaların %20-40'ını etkiler ve sıklıkla artmış iritabilite ya da apati ile karakterizedir.

Amyotrofik Lateral Skleroz. ALS, asimetric kas atrofisi ile giden, ilerleyici, kalıtsal olmayan bir hastalıktır. Erişkin yaşta başlar ve aylar ya da yıllar içinde ilerleyerek kardiyak ve oküler kaslar dışında tüm çizgili kasları etkiler. Kas atrofisine ek olarak hastalarda piramidal yolağın etkilendiğini gösteren belirtiler de bulunur. Hastalık nadirdir ve yaklaşık olarak yıllık 100,000 kişiden 1,6'sında görülür. Bir kısım hastada eşzamanlı demans da bulunur. Hastalık hızlı ilerler ve ölüm, hastalığın başlangıcından sonraki 4 yıl içinde olur.

Enfeksiyon Hastalıkları

Herpes Simpleks Ensefaliti. Herpes simpleks ensefaliti, fokal ensefalitin en sık türüdür, en sık frontal ve temporal lobları etkiler. Belirtiler anozmi, koku ve tat varsanları, kişilik değişiklikleri ile bizar ya da psikotik davranışları kapsayabilir. Herpes simpleks ensefaliti olan hastalarda kompleks parsiyel epilepsi gelişebilir. Enfeksiyon için mortalite hızı azalmış olsa da, çoğu hasta kişilik değişikliği, bellek kaybı belirtileri ve psikotik belirtiler sergiler.

Kuduz (Rabies) Ensefaliti. Kuduz için inkübasyon dönemi, huzursuzluk, aşırı hareketlilik ve ajitasyon belirtilerinin gelişmesine dek 10 günden 1 yıla kadar değişebilir. Hidrofobi %50'ye kadar hastada bulunmaktadır ve yoğun su içme korkusu ile kendini gösterir. Bu korku hastanın su içerken yaşadığı şiddetli laringeal ve diyafragmatik spazmlardan kaynaklanır. Kuduz ensefaliti geliştiğinde hastalık günler ya da haftalar içinde ölümcüldür.

Nörosifiliz. Nörosifiliz (frengi felci olarak da bilinir) birincil *Treponema* enfeksiyonunun ardından 10-15 yıl sonra görülür. Penisilin bulunmasından beri nörosifiliz nadir bir hastalık haline gelmiştir. Ancak AIDS bazı kentsel yerleşimlerde nörosifilizi tıbbi pratiğe yeniden hatırlatmıştır. Nörosifiliz genelde frontal lobları etkiler ve kişilik değişiklikleri, yargılama bozukluğu, iritabilite ile kendine bakımda azalmayla sonuçlanır. Büyüklük sanrıları etkilenen hastaların %10-20'sinde gelişir. Hastalık demans ve tremor gelişimi ile ilerler ve hastalar paretik hale gelir. Nörolojik belirtiler, küçük, düzensiz, eşit olmayan ve ışık refleksi ayrışması olan Argyll-Robertsen pupilleri, tremor, dizartri ve hiperrefleksi kapsar. Beyin omurilik sıvısı (BOS) incelemesinde lenfositoz, artmış protein, ve pozitif VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) testi gözlenir.

Kronik Menenjit. Kronik menenjit, bağışıklığı baskılanmış durumdaki AIDS hastalarının durumu nedeniyle günümüzde eskiden olduğundan daha sık görülmektedir. Sıklıkla neden olan ajanlar *Mycobacterium tuberculosis*, *Cryptococcus spp.* ve *Cocci-*



Tablo 4-15
Alkol Bağımlılığını Tedavi Etmede Kullanılan İlaçlar

	Naltrekson (Ethylex)	Akomprosot (Campral)	Disulfiram (Antabuse)
Etki	Alkolün ara metabolizmasını inhibe eder. Hasta alkol içtiğinde asetaldehid birikimine ve yüz kızarıklığı, terleme, bulantı ve taşikardiden oluşan bir tepkiye neden olur.	Opioid reseptörlerini bloke eder. Aşermeyi ve içmeye yanıt olarak oluşan ödülü azaltır.	Glutamat ve GABA nörotransmitter sistemlerini etkiler. Ancak alkol ile ilişkili etkisi belirsizdir.
Kontraendikasyonlar	Alkolle veya alkol içeren preparatlarla veya metranidazol ile birlikte kullanımı; koroner arter hastalığı; şiddetli miyokardiyal hastalık	Mevcut opioid kullanımı veya akut opioid yoksunluğu; opioid analjezik gereksinimi ihtimali; akut hepatit veya karaciğer yetmezliği	Şiddetli renal yetmezlik (CrCl* ≤30 mL/dk)
Dikkat Edilecek Özellikler	Yüksek dürtüsellik - kullanırken içme ihtimali vardır; psikoz (mevcut veya öyküde); diabetes mellitus; epilepsi; hepatik işlev bozukluğu; hipotiroidizm; renal yetmezlik; lastik kontakt dermatiti	Diğer hepatik hastalıklar; renal yetmezlik; intihar girişimi öyküsü. Opioid analjezisi gereksiniminde daha yüksek dozlar gerekebilir ve solunum depresyonu daha derin ve daha uzun olabilir.	Orta düzeyde renal yetmezlik (CrCl* 30 ve 50 mL/dk arasında olduğunda doz ayarlaması); depresyon veya intihar riski
Ciddi Yan Etkiler	Hepatit; optik nörit; periferik nöropati; psikotik reaksiyonlar. Gebelik kategorisi: C.	Hasta opioidlere bağımlıysa şiddetli yoksunluğu tetikleyecektir; hepatotoksiste (olağan dozlarda yaygın değildir). Gebelik kategorisi: C.	Kaygı; depresyon. Nadir olaylar arasında intihar girişimi, akut böbrek yetmezliği, kalp yetmezliği, Gebelik kategorisi: C.
Yaygın Yan Etkiler	Ağızda metalik tat; dermatit	Bulantı; karın ağrısı; kabızlık; sersemlik; baş ağrısı; kaygı; yorgunluk	İshal; gaz; bulantı; karın ağrısı; baş ağrısı; bel ağrısı; enfeksiyon; soğuk algınlığı benzeri sendrom; titreme; uyku hali; libido azalması; unutkanlık; konfüzyon
İlaç Etkileşimlerine Örnekler	Amitriptilin; warfarin gibi antikoagülanlar; diazepam; izoniazid; metronidazol; fenitoin; teofilin; warfarin; alkol içeren ve reçetesiz alınan herhangi bir ilaç	Opioid analjezikler (etkiyi engeller); yohimbin (naltrekson ile birlikte kullanımı olumsuz ilaç etkilerini artırır)	Klinik olarak anlamlı etkileşim yok
Olağan Erişkin Dozu	<i>Oral doz:</i> Günlük 250 mg (125-500 mg aralığında). <i>Reçete etmeden önce:</i> (1) Hastayı alkol içtikten en az 12 saat sonrasına kadar disulfiram almaması ve son dozdan itibaren 2 haftaya kadar disulfiram-alkol etkisi oluşabileceği konularında uyarın; ve (2) diyetteki (örn. soslar ve sirkeler) ve ilaçlardaki ve temizlik malzemelerindeki alkol için uyarın. Takip: Karaciğer fonksiyon testlerini düzenli olarak gözlemleyin.	<i>Oral doz:</i> Günlük 50 mg. Reçete etmeden önce: Olası mevcut opioid kullanımını sorgulayın; sentetik opioidler de dahil olmak üzere opioidlerin taranması için idrar toksikolojisini aklınızda tutun. Karaciğer fonksiyon testlerini isteyin. <i>Takip:</i> Karaciğer fonksiyon testlerini düzenli olarak gözlemleyin.	<i>Oral doz:</i> Günde 3 kez 666 mg (2 adet 333 mg'lık tablet) veya orta derecede renal yetmezlik durumunda (CrCl* 30 ve 50 mL/dk) günde 3 kez 333 mg (bir tablet) şeklinde azaltın. Reçete etmeden önce: Yoksunluğu kesinleştirin.

*CrCL, kreatinin klirensi; GABA, γ-aminobutirik asid.

solüsyonunun her litresinde 100 mg tiyamin olacak şekilde sıvı verilmesi iyi bir uygulama olur.

Korsakoff sendromunun tedavisinde de günde iki veya üç defa ağızdan 100 mg tiyamin vermek ve tedavi rejiminin 3-12 ay devam etmesi gereklidir. Beslenme desteği ve tiyamin ile birçoğunun bilişsel yetilerinde bazı gelişmeler olsa da, Korsakoff sendromuna ilerlemiş sadece birkaç hastada tam düzelmeye olmaktadır.

Wernicke-Korsakoff sendromu varmış gibi görünen ancak tiyamin tedavisine yanıt vermeyen bir hastada alkolik pellagra ensefalopatisi tanısı düşünülmelidir (bkz. Alkolle İlişkili Diğer Nörolojik Bozukluklar). Bu tür hastalarda niasin (nikotinik asit)

eksikliği vardır ve spesifik tedavisi günde dört kez ağızdan 50 mg veya günde iki ila üç kez parenteral olarak 25 mg niasindir.

Alkol Yoksunluğu ile İlişkili Halüsinasyonların Tedavisi. Alkol yoksunluğuna bağlı varsanların tedavisinde DT'snin tedavisine benzer biçimde benzodiyazepinler, yeterli beslenme ve gerektiğinde sıvı verilmelidir. Eğer bu tedavi rejimi işe yaramaz ya da uzun süren vakalar olursa antipsikotikler kullanılabilir.

İdiosenkratik Alkol İntoksikasyonunun Tedavisi. İdiosenkratik alkol intoksikasyonunun tedavisinde, klinisyenler hastaların kendilerine ve başkalarına zarar vermelerini önlemelidir.

Bayan T, 45 yaşında evli iş kadını, son 3 aydır diğer insanlara karşı güvensizlikte artış ve iş arkadaşlarına karşı şüphelerinin olması nedeniyle psikiyatri servisine kabul edildi. Diğer insanların konuşmalarından konu dışı anlamlar çıkarıyor uygunsuz şekilde düşmanca ve suçlayıcı ifadeler kullanıyordu.

Bir keresinde Bayan T, bir barda eşiyile birlikte onu öldürmeyi planladıkları gerekçesiyle çalışma arkadaşına fiziksel olarak saldırmıştı. Bir yıl önce duygusal olarak uyarıldığında ani kas tonus kaybı ve karşı konulamaz uyku atakları nedeniyle narkolepsi tanısı konulduğunda metilfenidat reçete edilmişti. Tedaviden sonra Bayan T'nin belirtileri düzeldi, etkin bir şekilde çalışabildi ve aile ve arkadaşları ile aktif bir sosyal hayata kavuştu.

Başvurudan 5 ay önce Bayan T gündüz halledemediği işleri gece yapabilmek için uyanıklık sağlamak amacıyla giderek artan dozlarda metilfenidat kullanıyordu. Bu süre zarfında sıklıkla kalp seslerini duyabildiğini ve uyanık kalmakla ilgili sorununun halen devam ettiğini bildirdi.

Bay P, 18 yaşında erkek, hastane acil servisine gece yarısı ambulansla getirildi. Ona eşlik eden arkadaşı Bay P'nin öleceğini düşündüğü için bir ambulans çağırmaya karar vermişti. Bay P ajite ve tartışmacıydı, solunumu düzensiz ve hızlı, nabızı hızlı, pupilleri dilate idi. Arkadaşı sonunda onların akşam çok fazla kokain aldıklarını kabul etti. Yüksek sesle şarkı söylemesi acil serviste bir gürültü oluştursa da annesi hastaneye geldiğinde Bay P'nin durumu kısmen iyileşmişti. Annesi Bay P ile ilgili bazı disiplin sorunları olduğunu, onun itaatsiz, alıngan ve şiddetle tartışmaya açık olduğunu ifade etti. Hırsızlık ve sarhoşken araba kullanma gibi bir kaç suçtan dolayı tutuklanmıştı. Annesi davranışlarından madde kullandığından şüphelenmişti çünkü arkadaşlarıyla madde hakkında konuştuğunu duymuştu ama madde kullandığına dair kesin bir kanıtı yoktu.

24 saat içinde Bay P iyiydi ve konuşmaya istekliydі. 13 yaşından beri düzenli olarak alkol ve çeşitli maddeler kullandığını böbürlenerek ifade etti. İlk olarak alkol ve esrarı başlamış, liseye girdiğinde ve kendinden büyük gençlerle tanıştığında speed ve kokain gibi diğer maddeleri denemişti. 16 yaşına geldiğinde alkol, esrar, speed ve kokain kombinasyonu kullanıyordu. Bu karışımdan bir yıl sonra sadece kokain kullanmaya karar verdi.

Bay P sık sık okulu atıyordu ve okula devam ettiğinde de genellikle entoksike halde oluyordu. Bu alışkanlığını devam ettirebilmek için bir daha ödememek niyetiyle arkadaşlarından borç almak, araba radyolarını çalmak ya da annesinden çalmak gibi yöntemlerle para sağlıyordu.

Bay P madde kullanımını açık bir şekilde kabul etmesine rağmen, bir problem olduğunu inkar ediyordu. Madde kullanımını kontrol edip edemediği sorulduğunda savunucu bir şekilde "Tabi ki bırakabilirim. Problem yok. Ama maddeyi bırakmak için bir kahrolası sebep göremiyorum" diye cevap verdi.

Uyarıcı Yoksunluğu

Uyarıcı intoksikasyonu sonrası kaygı (anksiyete), disforik duygudurum, letarji, yorgunluk, gece kabusları (rebound REM uykusu ile birlikte), baş ağrısı, aşırı terleme, kas ve mide krampları ve aşırı açlık hissi belirtileri ile çöküş ("crash") olur. Yoksunluk belirtileri genellikle 2-4 gün içinde en yüksek seviyesine ulaşır ve 1 haftada ortadan kalkar. En ciddi yoksunluk belirtisi özellikle uyarıcıların yüksek dozlarda uzun süreli kullanımdan sonra görülebilen ve intihar düşünce ya da davranışı ile birlikte olabilen ciddi depresyondur. Hasta kokain alımının kokain yoksunluğunun rahatsız edici belirtilerini ortadan kaldırdığını bildiği için yoksunluk durumunda kokain isteği çok güçlü ve yoğun olabilir. Kokain yoksunluğunu yaşayan kişiler genellikle alkol, sedatifler, hipnotikler, diazepam gibi kaygı

(anksiyete) giderici ilaçlar ile kendi kendilerini tedavi etmeye kalkışmaktadırlar.

Uyarıcı İntoksikasyon Deliryumu

Uyarıcı kullanımı ile ilişkili deliryum genellikle uyarıcının yüksek doz veya uzun süreli kullanımı sonucudur ve uyku yoksunluğu klinik görünümü etkilidir. Uyarıcıların diğer maddeler ile kombine kullanımı ve önceden beyin hasarı olan bir kişi tarafından uyarıcıların kullanımı da deliryum gelişimine neden olabilir. Sınava hazırlanmak için amfetamin kullanan üniversite öğrencileri arasında bu tip deliryumun gelişmesi de sıkır.

Uyarıcılara Bağlı Psikotik Bozukluk

Uyarıcıların yol açtığı psikotik bozukluğun özelliği, kullanıcıların %50'sinde görülen paranoid sanrı ve varsanıdır. İştisel varsanılar da sık olmasına karşın, görsel ve taktıl varsanılar paranoid sanrılardan daha az görülür. Deri altında böceklerin yürüdüğü duyumunun (formikasyon) kokain kullanımı ile ilişkili olduğu bildirilmiştir. Bu belirtilerin oluşumu doza, kullanım süresine ve kullanıcının maddeye olan bireysel duyarlılığına bağlıdır. Kokainin neden olduğu psikotik bozukluk en sık intravenöz kullananlarda ve krek kullanıcılarında görülmektedir ve psikotik belirtiler erkeklerde kadınlardan daha yaygın görülür. Amfetaminin yol açtığı psikotik bozukluğun tedavisi haloperidol gibi antipsikotiklerin kısa süreli kullanımıdır.

Bay. H, 20 yaşında üniversite öğrencisi, final haftasına kadar işlevselliği iyi düzeydeyken sınavlar için kendini yeterince hazır hissetmediği için yüksek miktarlarda kokain almaya başladı. Ailesinin isteği üzerine bir dedektif ve polis tarafından takip edildiğine yönelik delüzyonel inançlar geliştirmeye başladı. Ayrıca oda arkadaşının çalışma alışkanlıkları ve sosyal hayatı hakkında dedektife raporlar verdiğini düşünüyordu. Acil servise oda arkadaşını rapor vermeye devam etmemesi için tehdit etmesi üzerine getirildi.

Değerlendirme sonrasında Bay H. uykusuzluktan ve oda arkadaşının kendisi aleyhinde komplo kurduğuna dair iştisel varsanılardan yakındı. Çok ajiteydi ve yerinde duramıyordu. Hastaneye yatırıldıktan sonra Bay H. antipsikotikler ve uyku ilaçları verildi ve 3 gün içinde iyileşti.

Uyarıcılara Bağlı Duygudurum Bozukluğu

Uyarıcıların yol açtığı duygudurum bozukluğu intoksikasyon ya da yoksunluk sırasında başlayabilen uyarıcıların yol açtığı bipolar bozukluk ve uyarıcıların yol açtığı depresif bozukluk tanısına imkan verir. Genellikle intoksikasyon manik ya da mikst duygudurum, yoksunluk ise depresif duygudurum özellikleri ile birlikte olur.

Uyarıcılara Yol Açtığı Kaygı (Anksiyete) Bozukluğu

Uyarıcı kaynaklı kaygı (anksiyete) bozukluğunun başlangıcı intoksikasyon veya yoksunluk sırasında da başlayabilir. Uyarıcılar özellikle panik bozukluk ve fobik bozukluk belirtilerine benzer belirtiler ortaya çıkarabilir.

Uyarıcıların Yol Açtığı Obsesif Kompulsif Bozukluk

Uyarıcıların yol açtığı obsesif kompulsif bozukluk belirtileri entoksikasyon veya yoksunluk sırasında başlayabilir.

süre için kullanılabilir. Halüsinojen intoksikasyonunda genellikle çekilme sendromu olmaz.

Kısa dönem PCP intoksikasyonunun potansiyel ciddi komplikasyonları olabilir ve psikiyatrik acil olarak değerlendirilmelidir. Bazı hastalar PCP aldıktan sonra saatler içinde psikiyatrik değerlendirme gerektirir ancak psikiyatrik yardım ihtiyacı sıklıkla 2-3 gün sonra ortaya çıkar. Bilincini yitiren bireyler bilinci açık olanlara göre daha erken yardım için getirilirler. Pek çok hasta bir veya iki gün içinde tamamen iyileşir ancak bazıları iki haftaya kadar psikotik kalabilir. İlk kez komada görülen hastalar yönelim bozukluğu, halüsinasyon, konfüzyon ve bilinç durumuna bağlı olarak iletişim zorluğu gösterirler. Bu belirtiler komada olmayan hastalarda da gözlemlenebilir, ancak belirtiler komadaki hastalara göre daha az şiddetlidir. Davranış bozuklukları bazen ciddidir; toplum içinde mastürbasyon, gıysilerin çıkarılması, şiddet, idrar inkontinan-

sınrlar içerisindeydi. Ailesinde alınan öyküsüne göre daha öncesi yıllarda PCP kullanımı komplikasyonlarından dolayı pek çok kez acil servise başvurmuştu. 30 günlük yatılı tedavi programını tamamlamıştı ve birkaç ayaktan hasta programına katılmıştı ancak devamlı tekrarlıyordu. Hasta 8 saat boyunca vital bulguları ve bilinç durumu normal devam ettikten sonra taburcu edildi. Taburcu olurken nistagmus ve dizatriisi yoktu. Hasta ayaktan tedavi programına gönderildi. (Saygılarımızla, Daniel C. Javitt, M.D., Ph.D., and Stephen R. Zukin, M.D.)

sı, ağlama ve uygunsuz gülme gibi olabilir. Hastalar sıklıkla tüm psikoz periyodunda amneziktirler.

Halüsinojene Bağlı Kalıcı Algı Bozukluğu

Halüsinojen alımından uzun süre sonra bireyler halüsinojenik belirtilerin “geridönüş” deneyimi yaşayabilir. Bu sendrom Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Kitabı, beşinci baskısında (DSM-5) *halüsinojene bağlı kalıcı algı bozukluğu* olarak tanımlanmıştır. ICD-10 ise halüsinojen sonrası algı bozukluğu olarak adlandırır. Tablo 4-43 karşılaştırılmalı tanı kriterlerini listelemiştir.

Çalışmalara göre halüsinojen kullananların %15-80’inde geridönüş deneyimi bildirilmiştir. Geridönüş ayırıcı tanısında migren, nöbet, görme sistemi anomalileri ve travma sonrası stres bozukluğu yer almaktadır. Geridönüşü tetikleyebilecek durumlar şunlardır: emosyonel stres, monoton araç sürme gibi duygusal yoksunluk, alkol ve esrar gibi psikoaktif madde kullanımı.

Geridönüşler spontandır, maddeyle indüklenen deneyimlerin geçici tekrarlarıdır. Tablo 4-44’te geridönüşlere bazı örnekler verilmiştir. Bu ataklar birkaç saniye ile birkaç dakika arasında sürer ancak bazen uzayabilir. Belirgin algı bozukluklarında bile sıklıkla birey rahatsızlığının patolojik doğasını öngörebilir. İntihar davranışı, major depresif bozukluk ve panik bozukluk potansiyel komplikasyonlardır.

Bu bozukluğa tanı koyarken diğer benzer sendromlar da ayırıcı tanıda göz önünde bulundurulmalıdır. Migren ve nöbetler geridönüş benzeri deneyimlere neden olabilir. Travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) da geri dönüşlere neden olabilir. Ayrıca, çeşitli görme sistemi anormallikleri, flashback’lere benzeyebilecek algısal sorunlara neden olabilir.

17 yaşında erkek hasta polis tarafından sokaklarda yönelimi bozuk halde bulunarak acil servise getirildi. Polisin sorgulaması esnasında artan düzeyde ajite hale gelmiş; tutuklamaya çalıştıklarında saldırganlaşmıştı. Acil serviste sorular ve muayene girişimleri artmış ajitasyonunu kuvvetlendirdi.

Başlangıçta vital bulguları değerlendirmek ve kan almak mümkün değildi. Horizontal, vertikal, ve rotator nistagmus gözlemlerine dayanarak PCP intoksikasyonu tanısı düşünüldü. Birkaç dakika karanlık muayene odasına alınınca ajitasyonu bariz şekilde azaldı. Kan basıncı 170/100’dü; diğer vital bulguları normal sınırlar içerisindeydi. Toksikolojik inceleme için kan alındı. Hasta oral olarak 20 mg diazepam (Valium) almayı kabul etti. 30 dakika sonra daha az ajiteydi ve sorulan sorulara parça parça ve belirgin dizartik yanıt verse de konuşulabiliyordu. Birkaç yıldır haftada bir veya iki kez aldığı “toz”u yanlışlıkla genelde aldığı dozdan daha fazla almış olabileceğini söyledi. Başka madde kullanımını ve ruhsal hastalığı reddetti. Zaman ve mekan oryantasyonunu kaybetmişti. Kalitatif toksikoloji taraması PCP ile uyumluydu, başka ilaç saptanmadı. Nörolojik muayene sonuçları normal sınırlar içerisindeydi, ancak sert derin tendon refleksleri gözlemlendi. Gelişinden 90 dakika sonra ilk başta normal olan ateşi 38°C’ye çıktı, kan basıncı 182/110’a yükseldi ve uyarılara yanıtı zayıftı. Tıbbi yatağa alındı. Kan basıncı ve bilinç düzeyi 18 saat boyunca dalgalanmaya devam etti. Hematolojik ve biyokimyasal kan analiz sonuçları yanı sıra idrar analizi normal



Tablo 4-43
Geridönüşler

Bozukluk	Halüsinojen Kullanımı ile İlişkili Geridönüşler	
	DSM-5	ICD-10
Tanı ismi	Halüsinojenlere Bağlı Algı Bozukluğu	Halüsinojen Sonrası Algı Bozukluğu
Belirtiler	1. Entoksikasyon sırasında mevcut olan algısal semptomların, kullanımın kesilmesinin ardından yeniden yaşanması 2. Semptomlar sıkıntıya veya işlevsel bozukluğa neden olur	- Biliş, kişilik, duygulanım ve davranışta madde kaynaklı değişikliklerin genel olarak kabul edilen sürenin ötesinde devam etmesi ve belirtilerin doğrudan madde kullanımıyla ilişkili olarak başlaması - Geridönüşler epizodik, kısa süreli ve sıklıkla akut entoksikasyon sırasında yaşanan algısal çarpıtmalarla aynı veya benzerdir
Gerekli belirti sayısı	Yukarıdakilerin her ikisi de	
Belirtilerin psikososyal sonuçları	Belirgin sıkıntı ve/veya bozulma	
Dışlanması gerekenler	Sonucu olarak: - Tıbbi durum - Bir başka ruhsal hastalık	Sonucu olarak: - Alkol ya da psikoaktif madde kullanımı ile indüklenen Korsakov sendromu - Alkol ya da psikoaktif madde kullanımı ile indüklenen psikotik durumlar



Tablo 5-4
Şizoaffektif Bozukluk

	DSM-5	ICD-10
Tanısal adlandırma	Şizoaffektif Bozukluk	Şizoaffektif Bozukluk
Süre	Duygudurum belirtileri hastalık sürecinin önemli bir kısmında vardır Bununla birlikte, duygudurum belirtilerinin olmadığı ve 2 haftadan uzun süren psikotik belirtilerin olduğu bir dönem vardır	
Belirtiler	Majör depresif ya da manik epizod kriterleri karşılanır Şizofreni kriterleri karşılanır	Duygudurum epizodlarına ve şizofreniye ilişkin belirtiler
Tanı için gerekli belirti sayısı	Her bozukluk için belirlenmiş kriterlere bakınız	
Belirtilerin psikososyal sonuçları	İşlevsellikte bozulma	
Dışlama kriterleri	Madde kullanımı Diğer psikiyatrik hastalıklar Diğer tıbbi durumlar	Şizofreni Depresif/manik epizodlar
Belirtiler ile ilişkili Belirleyiciler	Bipolar tip: manik epizod Depresif tip: depresif epizod Katatoni ile giden: Katatoni belirtileri için Tablo 5-3'e bakınız	Şizoaffektif bozukluk, manik tip Şizoaffektif bozukluk, depresif tip Şizoaffektif bozukluk, karma tip Şizoaffektif bozukluk, tanımlanmamış Şizoaffektif bozukluk, diğer
Gidiş ile ilişkili Belirleyiciler	İlk atak, halen akut atak döneminde İlk atak, halen kısmi remisyonda: tanı için gereken belirtilerden daha azı mevcut İlk atak, halen tam remisyonda: 0 (sıfır) belirti varlığı Birden fazla atak, halen akut atak döneminde: ≥2 atak sayısı Birden fazla atak, halen kısmi remisyonda Birden fazla atak, halen tam remisyonda Süreklilik gösteren Başka türlü adlandırılmayan	



Tablo 5-5
Şizofreniform Bozukluk

	DSM-5	ICD-10
Tanısal adlandırma	Şizofreniform Bozukluk	Akut ve Geçici Psikotik Bozukluk
Süre	≥1 ay, fakat <6 ay	Ortalama <1 ay
Belirtiler	Şizofreni belirtileri ile aynı (Tablo 5-3'e bakın)	Şizofreni belirtileri (Aşağıdakileri içerecek şekilde): Düşünce yankılanması Düşünce sokulması ya da çekilmesi Düşünce yayınlanması Sanrısız algılama Kontrol edilme, etkilenme ya da pasivite sanrıları Varsanısız sesler Dezorganizasyon/dezorganize düşünceler Negatif belirtiler Polimorfik (stabil olmayan, sıklıkla değişen) sanrılar, halüsinasyonlar ve/veya davranışsal semptomlar olabilir ya da olmayabilir
Tanı için gerekli belirti sayısı	Şizofreni belirtileri ile aynı (Tablo 5-3'e bakın)	
Dışlama kriterleri	Şizofreni belirtileri ile aynı (Tablo 5-3'e bakın)	Belirtiler devam ederse, tanı şizofreni olarak değiştirilmelidir
Belirtiler ile ilişkili Belirleyiciler	Katatoni ile giden Katatoni belirtileri için Tablo 5-3'e bakınız	
Gidiş ile ilişkili Belirleyiciler	İyi prognozla ilişkili özellikleri olan: Aşağıdakilerden 2 veya daha fazlası: İlk davranış değişikliklerinin başlaması sonrası 4 hafta içerisinde psikotik belirtilerin olması Konfüzyon Premorbid işlevselliğin iyi olması Negatif belirtilerin olmaması İyi prognozla ilişkili özellikleri olmayan	

Nöral Devreler (The Disconnect Hypothesis). Şizofreniyi farklı beyin bölgelerinin dâhil olduğu bir bozukluktan, beyin nöral devrelerdeki bozukluk olarak gören kavramsallaştırmaya doğru kademeli bir değişim devam etmektedir. Örneğin, daha önceden bahsedildiği gibi bazal ganglionlar ve serebellum, frontal lob ile resiprokal olarak bağlantılıdır ve bazı beyin görüntüleme çalışmalarında tespit edilen frontal lob işlevlerindeki anormallikler belki de frontal lobların kendilerinden ziyade diğer bölgelerdeki bozukluklara bağlı olabilir. Ayrıca prefrontal kortekse giden dopaminerjik yoldaki erken gelişimsel lezyonların, prefrontal ve limbik sistem işlevlerinde bozulmaya ve böylece şizofreni hastalarında gözlenen pozitif ve negatif belirtiler ile bilişsel bozukluklara yol açtığı düşünülmektedir.

Prefrontal korteks ve limbik sistem ile bağlantılı nöral devre hipotezleri ile ilgilenen çalışmalar, hipokampal morfolojik anormallikler ile prefrontal korteks metabolizması ya da işlevi (veya her ikisi birden) ile ilgili bozukluklar arasında ilişki olduğunu göstermiştir. İnsanlarda yapılan işlevsel ve yapısal görüntüleme çalışmalarından elde edilen veriler, anterior singulat ve bazal ganglion talamokortikal devrelerindeki işlev bozukluğunun pozitif belirtilerin oluşmasına neden olduğu; dorsolateral prefrontal korteks devrelerindeki işlev bozukluğunun birincil ve kalıcı negatif veya deficit belirtilerinin oluşmasına neden olduğunu belirtmektedir. Şizofreni hastalarında bozulan bilişsel işlevlerin bir nöral temeli vardır. Şizofreni hastalarında, bozulmuş çalışma belleği performansı, kesintiye uğramış prefrontal nöronal bütünlüğü, değişmiş prefrontal, singulat ve inferior parietal korteks ile değişmiş hipokampal kan akımı arasındaki ilişkilerin gözlenmesi, şizofreni hastalarındaki normal çalışma belleği nöral devrelerinin bozulması ile ilgili kuvvetli kanıtlar sunmaktadır. Varsanısı olan ve olmayan hastaları karşılaştıran birçok işlevsel görüntüleme çalışmalarında, bu devrelerin en azından işitsel varsanıların oluşumunda yeri olduğuna yönelik bilgiler elde edilmiştir.

Virüsler, Nörotoksinite ve Nöroinflamasyon. Şizofrenideki nörotoksik viral enfeksiyonlara ilişkin kanıtları en dikkatli şekilde araştıran çalışmalar olumsuz sonuçlar vermiştir. Buna karşın dolaylı epidemiyolojik veriler virüslerin rolü olduğunu bildirmiştir. Bununla birlikte viral enfeksiyonlara ilişkin genetik kanıtların saptanamaması duruma ilişkin tüm verilerin önemini azaltmaktadır. Beyindeki otoimmün antikorların varlığını destekleyecek bazı veriler bulunmaktadır. Ancak bu durum eğer mevcutsa, yalnızca şizofreni hastalarının küçük bir alt grubundaki patofizyolojik süreci açıklayabilmektedir.

Nörotoksinite hipotezi, psikozun toksik olabileceği, stres düzeyini ve ilişkili kortizol seviyelerini artırarak beyinde değişikliklere yol açabileceğini ileri sürmektedir. Ayrıca, esrar ve alkol gibi ekzojen toksinlerin kullanımı da buna katkı sağlamaktadır. Aynı zamanda antipsikotik tedavi kullanımının da bu duruma katkısı olduğuna ilişkin bazı kanıtlar bulunmaktadır. Buna karşın aşağıda belirtildiği gibi nörodejenerasyona ilişkin kanıtların eksikliği bu süreçte karşı çıkmaktadır.

Birçok çalışma şizofreni nöroinflamasyonun, şizofreninin patogeneziinde rolü olduğunu öne sürmüştür. Şizofreni ve bazı otoimmün hastalıklar klinik, epidemiyolojik ve genetik özellikler bakımından benzerlik göstermektedir. Bununla birlikte şizofreni hastalarının en azından bir kısmında immün sistem aktivasyonuna ilişkin laboratuvar bulguları mevcuttur. Sonuçların tutarsız olmasına karşın bu bulgular, özellikle yapısal beyin değişiklikleri olan hastalarda belirgin olabilir.

Birkaç GWAS çalışmasında, sonraki bölümünde tartışılmış olan nörogelişimsel hipotezi destekleyecek şekilde, immün cevabı düzenleyen, özellikle majör histokompatibilite kompleksi (MHC) bölgesi ve sinaptik budanma ile ilişkili spesifik genler bulunmuştur.

Şizofreninin Nörogelişimsel Hastalık Olduğuna İlişkin Artan Kanıtlar. Şizofreni muhtemelen standart nöral yapılanmanın düzgün bir şekilde gelişemediği nörogelişimsel bir bozukluktur. Daha önceki araştırmacılar, erken yetişkinlik döneminde şizofreni geliştiren birçok hastanın öncesinde motor ve bilişsel bozukluklarının olduğu gözlemine dayanarak bu yorumu yapmışlardır. Ayrıca yukarıda bahsedildiği gibi, obstetrik komplikasyonlar da şizofreni için bir risk faktörü olabilir. Bununla birlikte şizofreni tanılı birçok hasta için bilişsel eksiklikler hastalık başlangıcı sonrasındaki süreçte önemli ölçüde bozulmamaktadır. Bunun kanıtı olarak, şizofreni hastalarının beyinlerinde görülen gliosis eksikliğinin yanı sıra, önemli eksikliklerin hücre ölümünden ziyade hücre büyümesi yetersizliğinden kaynaklandığını gösteren tutarlı bir nörodejenerasyon olmaması öne sürülebilir. Ayrıca şizofrenide rol oynayan genlerin çoğu, doğumdan önce nispeten daha fazla ekspresyonda olmakta ve bu durum muhtemelen erken beyin gelişiminde rol oynamaktadır. Bazı genlerin plasentayı bile etkileyerek çevresel stresörlere karşı daha duyarlı hale getirdiği bilinmektedir.

Daha önce belirtildiği gibi, şizofreni için bugüne kadar bulunan en güçlü genetik ilişkilerden biri MHC'deki varyasyonlar ile olan ilişki olmuştur. Bu genler (özellikle de C4 alelleri), ergenlik ve yetişkinlik dönemi gibi kritik gelişim dönemlerindeki sinaptik budanma sürecinde rol oynar ve neden şizofreni belirtilerinin özellikle bu dönemde belirginleştiğini açıklayabilir.

Şizofreni Muhtemelen Çeşitli Seviyelerde Çoklu İşlev Bozuklukları İçermektedir. Çeşitli fokal lezyonları olan nöroloji hastaları sayesinde, varsanılara neden olan lezyonların genellikle duyuşal sistemle ilişkili ağlardan kaynaklandığı bilinmektedir. Bu nedenle görsel varsanıların, oksipital lezyonların yanı sıra striatum ve talamus gibi diğer görme yolları ilişkili alanlardan kaynaklandığı söylenebilmektedir. Benzer şekilde işitsel varsanılar da işitsel korteks, hipokampus, amigdala ya da talamus lezyonları sonucu ortaya çıkabilir. Bununla birlikte, bu şekilde fokal lezyonları olan çoğu hastada içgörü korunmaktadır ve varsanılarını ayırt edebilirler. Kortikostriatal yolaktaki lezyonlar içgörü kaybına neden olabilirler. Ayrıca bu yolaktaki dopamine bağlı işlev bozuklukları, varsanılara ve diğer düzensiz düşüncelere ilişkin sanrılar inançları açıklayabilir. Yine de, diğer devreler de bu anormal deneyimlere verilen duygusal tepkide yer alırlar. Bu nedenle, şizofreni belirtilerinin muhtemelen çeşitli ağlardaki çoklu işlev bozukluklarından kaynaklandığı söylenebilir.

Şizofreniyi anlamaya yönelik bu yaklaşım, antipsikotiklerin neden şizofreni tedavisinde kısmen işe yaradığını açıklamaya yardımcı olmaktadır. Antipsikotikler dopaminerjik disfonksiyonu normalleştirerek, bağlantısal striatumdaki anormal düzeyde yüksek olan dopamin sinyalinin azaltılmasına ve hastalıkla ilişkili psikotik belirtilerin azalmasına sağlamaktadır. Bununla birlikte sadece bu belirli devre üzerinde hareket etmeleri nedeniyle hastalığın negatif ve bilişsel belirtileri üzerine çok az etkileri bulunmaktadır.

Psikososyal Teoriler

Şizofreni bir beyin hastalığı ise, hastalığın gidişinin psikososyal stresörlerden etkilenen diğer organ hastalıklarına (örneğin, myokard infarktüsü ve diyabet gibi) paralellik göstermesi beklenir. Bu nedenle klinisyenler şizofreniyi etkileyen, hem psikososyal hem de biyolojik etkenleri göz önünde bulundurmalıdır.

Bu hastalık her birinin kendine has bir psikolojik yapısı olan hastaları farklı biçimde etkiler. Her ne kadar şizofreni patogenezi ile ilgili birçok psikodinamik teorisinin modası geçmiş olsa da algısal klinik gözlemler, hastalığın, hastaların ruhunu nasıl etkilediğini anlaşılması açısından çağdaş klinisyenlere yardımcı olabilirler.



Tablo 7-3
Distimik Bozukluk

	DSM-5	ICD-10
Tanısal isim	Süreğen Depresif Bozukluk	Distimi [F43.1]
Süre	2+ yıl (çocuklar için 1+ yıl) Hastalık sırasında ≤ 2 ay belirtisiz	
Belirtiler	Çoğu zaman depresif ruh hali ↓ iştah Uykuda ↓ veya ↑ ↓ enerji ↓ benlik saygısı ↓ konsantrasyon/karar verme yeteneği Umutsuzluk	Geçmişte kriterler karşılanmış olsa da depresif dönem kriterlerini karşılamayan kronik depresif ruh hali
Gerekli belirti sayısı	1. belirti ve diğerlerinden 2+ belirti	
Belirtilerin psikososyal sonuçları	Sıkıntı ve işlevsel bozulma	
Dışlama kriterleri	Bipolar bozukluk geçmişi Başka bir ruhsal hastalık Madde kullanımı Başka bir tıbbi hastalık	Anksiyete Depresyon Yas Şizofreni
Belirti belirleyicileri	Saf distimik sendrom: son 2 yıl içinde depresif dönem kriterlerinin karşılanmamış olması Kalıcı majör depresif dönem: 2 yıllık dönemin tamamı boyunca depresif dönem tanı kriterlerini karşılamıştır Aralıklı majör depresif dönem ile, mevcut dönem ile: mevcut dönemde Son 2 yıl içinde 8 haftadan daha fazla eşikaltı belirti atağı Aralıklı majör depresif dönemi olan, mevcut dönemi olmayan: Şu anda atakta değil, son 2 yıl içinde 1'den fazla depresif atak Anksiyöz durumlarla beraber <i>≥ 2 of following:</i> - Gergin hissetmek - Huzursuzluk - endişe nedeniyle konsantrasyonda azalma - görünürde bir neden olmaksızın korku - Kontrolü kaybetme korkusu Karışık özellikler ile beraber —depresif veya manik/hipomanik dönem, + diğer dönemin ek belirtileri ile ancak eşik altı Melankolik özellikli: bkz. Tablo 7-2 Atipik özellikli: bkz. Tablo 7-2 Psikotik özellikli - Duygudurumla uyumlu - Duygudurumla uyumsuz	
Gidiş belirleyicileri	Peripartum başlangıçlı—atak gebelik sırasında veya doğumdan sonra 4 hafta içinde gerçekleşir.	
Şiddet belirleyicileri	Hafif: minimal belirtiler Orta: hafif ve şiddetli arasında Şiddetli: # Belirtilerin sayısı ve şiddeti/işlev bozukluğu tanı için gerekenin çok daha fazlasıdır.	

27 yaşında bir erkek ilköğretmeni hasta, hayatın kendisi için her zaman parlaklıktan yoksun acı verici bir görev olduğu şikayetiyle başvurdu. Neredeyse her zaman “bir kasvet duygusu tarafından kuşatılmış” gibi hissettiğini söyledi. Akranları tarafından saygı görmesine rağmen, “çocukluğumdan beri sahip olduğum bir benlik kavramı olan garip şekilde bir başarısızlık gibi” hissediyordu. Bir öğretmen olarak sadece sorumluluklarını yerine getirdiğini ve hayatta yaptığı hiçbir şeyden zevk almadığını belirtti. Hiçbir zaman romantik duygular beslemediğini, iki farklı kadınla girdiği cinsel aktivitenin de zevksiz bir orgazm içerdiğini söyledi. Kendisini boş hissettiğini, herhangi bir yön duygusu, hırs ya da tutku olmadan hayatını sürdürdüğünü,

bunun da kendisine eziyet ettiğini söyledi. “İşe yaramaz varoluşum” dediği şeye bir son vermek için bir tabanca satın almış, ancak bunun öğrencilerine ve içinde yaşadığı küçük topluluğa zarar vereceğine inandığı için intihar etmemişti (HS Akiskal, M.D.’nin izniyle).

Çok daha az yaygın olan ve klinik olarak iyi karakterize edilmemiş geç başlangıçlı bir alt tip, çoğunlukla toplumdaki epide-miyolojik çalışmalar yoluyla orta yaşlı ve geriyatrik popülasyonlar arasında tanımlanmıştır.



Tablo 7-12
Majör Depresif Bozukluk Tedavisinde Kanıta Dayalı Psikoterapiler

Tedavi	Bozukluk Etiyolojisinin Kavramsallaştırılması	Örnek Müdahaleler
Davranış terapisi	Hoş aktiviteler ve olumlu kişilerarası temaslar da dahil olmak üzere pekiştirici eksikliği	Aktivite düzeyini artırın Yapılandırılmış hedef belirleme Kişilerarası becerilerin eğitimi
Bilişsel Davranışçı Terapi	Stres etkenleriyle eşleşen inançların etkileşimi	Otomatik düşünceleri belirleme ve bunlara meydan okuma İşlevsel olmayan inançları çürüten kanıtlar sağlayan faaliyetlere katılım Kanıtları gözden geçirerek temel inançları değiştirin
Kişilerarası Psikoterapi	Erken bağlanma ve öğrenilmiş ilişki kalıplarından kaynaklanan kişilerarası zayıflıklar	Birincil ilişkilerdeki ve terapötik ilişkideki kalıplar hakkında farkındalık geliştirmek Kişilerarası becerilerin eğitimi İletişim analizi
Davranışçı Evlilik Terapisi	Evlilik sıkıntısı stresi artırırken destek kaynaklarını da zayıflatır	Olumlu iletişim eğitimi Aktif dinleme egzersizleri Problem çözme becerileri Eşe yönelik pekiştirici davranışların artırılması

UYKU YOKSUNLUĞU. Uyku bozuklukları depresyonda yaygındır. Depresyon hipersomnia ya da insomnia ile ilişkili olabilir. Uyku yoksunluğu, tek uçlu depresyonu olanlarda depresyonu geçici olarak hafifletebilir. Depresif bozukluğu olan hastaların yaklaşık %60'ı tam uyku yoksunluğundan önemli ancak geçici faydalar görmektedir. Olumlu sonuçlar genellikle bir sonraki uyku gecesinde tersine döner. Uyku yoksunluğuna daha kalıcı bir yanıt elde etmek için çeşitli stratejiler kullanılmıştır. Kullanılan yöntemlerden biri, arada bir veya iki gün normal uyku ile seri tam uyku yoksunluğudur. Bu yöntem sürekli bir antidepresan yanıtı sağlamaz çünkü depresyon "normal uyku" günlerinde geri dönme eğilimindedir. Diğer bir yaklaşım ise hastaların her gece uykuya dalma süresinde faz gecikmesi ya da kısmi uyku yoksunluğu yöntemidir. Bu yöntemde hastalar her gün sabah 2'den akşam 10'a kadar uyanık kalabilirler. Hastaların %50'si kısmi uyku yoksunluğundan aynı gün antidepresan etkiler elde eder, ancak bu fayda da zamanla kaybolma eğilimindedir. Bununla birlikte, bazı raporlarda, seri kısmi uyku yoksunluğu depresyonla ilişkili uykusuzluğu tedavi etmek için başarıyla kullanılmıştır. Üçüncü ve muhtemelen en faydalı strateji ise uyku yoksunluğunu depresyonun farmakolojik tedavisiyle birleştirmektir. Çeşitli çalışmalar, tam ve kısmi uyku yoksunluğunun ardından hemen başlanan bir antidepresan veya lityum tedavisinin, uyku yoksunluğunun antidepresan etkilerini sürdürdüğünü göstermiştir. Benzer şekilde, çeşitli raporlar uyku yoksunluğunun antidepresanlara verilen yanıtı hızlandırdığını öne sürmüştür. Uyku yoksunluğu ayrıca premenstruel disforiye de iyileştirebilir.

Psikososyal Terapi

Üç tür kısa süreli psikoterapi - bilişsel terapi, kişilerarası terapi ve davranış terapisi - majör depresif bozukluğun tedavisi için kapsamlı çalışmalara sahiptir. Bu bireysel terapilere ek olarak, davranışçı evlilik terapisi için de olumlu çalışmalar vardır. Tablo 7-12 majör depresif bozukluk için kanıta dayalı psikoterapileri listelemektedir.

Bir tedaviyi diğerine tercih etmek için genel kabul görmüş bir kılavuz yoktur. Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü (NIMH) Depresyon Tedavisi İşbirliği Araştırma Programı, belirli tedavilere iyi yanıt vermenin bazı olası belirleyicilerini bulmuştur. Tablo 7-13 bu bulguları özetlemektedir.

Bilişsel Terapi. İlk olarak Aaron Beck tarafından geliştirilen bilişsel terapi, majör depresif bozuklukta mevcut olduğu varsayılan bilişsel çarpıtmalara odaklanır. Bu çarpıtmalar, koşulların olumsuz yönlerine seçici dikkati ve sonuçlarla ilgili gerçekçi olmayan hastalıklı çıkarımları içerir. Örneğin, ilgisizlik ve düşük enerji, hastanın her alanda başarısızlık beklentisinden kaynaklanır. Bilişsel terapinin amacı, hastaların olumsuz bilişlerini tanımlamalarına ve test etmelerine; alternatif, esnek ve olumlu düşünme yolları geliştirmelerine ve yeni bilişsel ve davranışsal tepkileri prova etmelerine yardımcı olarak depresif dönemleri hafifletmek ve tekrarlanmalarını önlemektir.

Bu örnekte, bir hasta randevusuna geç kaldığında terapist bilişsel bir yaklaşım benimsemektedir.

Terapist: Geç kaldığınız için üzgün olduğunuzu söylemişsiniz. Geç kaldığınızı fark ettiğinizde ne düşündüğünüzü bana söyleyebilir misiniz?

Hasta: Kızgın olacağınızı düşündüm.

Terapist: Peki, kızacağımı düşündüğünüzde nasıl hissettiniz?

Hasta: Oldukça gergin.

Terapist: İşte burada odaklanacağımız şey, farklı durumlarda düşüncelerinizin nasıl hissettiğinizi nasıl etkilediğidir. Bu durumda, geç kaldınız, "kızacak" diye düşündünüz ve gergin hissettiniz. Amacımız "kızacak" gibi inançları test etmek ve sağlıklı ya da doğru olmadıklarında değiştirmektir. Harika olan şu ki, siz geldiğinizde kızgın olacağım inancını dolaylı olarak test etmiş oldunuz. Kızgın mıydım?

Hasta: Kızgın görünmüyordunuz.



Tablo 7-13
Depresyonda Tedavilere Yanıtın Çeşitli Öngörücüleri

Tedavi	Öngörücü
Kişilerarası Psikoterapi	Düşük sosyal işlev bozukluğu Yüksek depresyon şiddeti
Bilişsel Davranışçı Terapi	Düşük bilişsel işlev bozukluğu
Farmakoterapi	Düşük bilişsel işlev bozukluğu Yüksek depresyon şiddeti Yüksek iş disfonksiyonu

Sotsky SM, Glass DR, Shea MT, Pilkonis PA, Collins JF, Elkin I, Watkins JT, Imber SD, Leber WR, Moyer J, Oliveri ME'den alınan veriler. Psikoterapi ve farmakoterapiye yanıtın hasta öngörücüleri: NIMH Depresyon Tedavisi İşbirliği Araştırma Programı bulguları. Am J Psychiatry. 1991;148:997-1108.

Tanı somatik, bilişsel ve duygusal birçok belirtiyi kapsar. Hastalar, kardiyorespiratuar, gastrointestinal ve otonörolojik olmak üzere birçok organ ve sisteme ait fiziksel belirtileri hissedebilirler. Panik ataklar, özellikle fobiler ve TSSB olmak üzere farklı ruhsal bozuklukların bir parçası olarak ortaya çıkabilir. Tanımlanabilir durumsal bir uyaran ile birliktelik gösterebilir ya da göstermeyebilir. Beklenmeyen panik ataklar nadir değildir. Bazı panik ataklar beklenen ya da beklenmeyen ayrımına kolay bir şekilde uymaz. Bunlara duruma bağlı yatkınlık geliştiren panik ataklar diyoruz. Belirli bir tetikleyici ile karşılaşıldığında meydana gelebilir veya gelmeyebilir veya maruziyetten hemen sonra veya önemli bir gecikmeden sonra ortaya çıkabilirler.

DSM-5'e göre, panik bozukluk tanısı için, hastanın tekrarlayan ve beklenmedik atakları olmalıdır. Bu gereklilik, bozukluğu fobilerden ve panik atakların diğer olası nedenlerinden ayırt etmeye yardımcı olmak içindir.

Agorafobi

Agorafobi, kaçmanın zor olabileceği yerlere yönelik korku veya kaygı anlamına gelir. Tüm fobiler içinde en engelleyici olan olabilir, çünkü kişinin ev dışındaki iş ve sosyal alanlarda işlevselliğini önemli ölçüde bozabilir. Agorafobi sıklıkla panik bozuklukla birliktelik gösterse de, hastalar halka açık alanlarda panik atak geçirmemek için evlerinin güvenliğini terk etmekten korkarlar, DSM-5 agorafobiyi panik bozuklukla birliktelik gösteren ya da göstermeyen ayrı bir durum olarak ele almıştır. Sadece agorafobi olan hastalar sıklıkla belli bir derecede kaygı, "panik benzeri" belirtiler yaşarlar, bu belirtiler aslında tam bir panik atak düzeyine ulaşmayabilir.

W, 33 yaşında evli bir kadındı. Kaygı kliniğine gelen hasta, evinden her çıkışında kalp krizi geçiriyormuş hissine kapıldığını bildirdi. Bu bozukluk, 8 yıl önce katıldığı yoga sınıfında başlamış, aniden kalp

atışlarında dramatik bir artış, göğsünde batıcı ağrılar hissetmiş ve nefes almada güçlük yaşamıştı. Terleme ve titremeye başlamış ve baş dönmesi hissetmişti. Hemen acil servise başvurmuş, elektrokardi-yografi çekilmiş ve herhangi bir anormal bulgu saptanmamıştı. Daha sonraki birkaç ay boyunca. Bayan W, ayda yaklaşık dört kez, 15-30 dakika kadar süren benzer ataklar yaşamıştı. Genellikle her atak sonrası tıbbi yardım arayışı olmuş ve her defasında anormal bir bedensel bulgu saptanmamıştı. Yaşadığı bu atakların birkaçından sonra, Bayan W'de evinden uzaklaşınca atak geçireceği korkusu başlamıştı ve zorunlu olmadıkça evinden çıkmıyordu. Çıktığında ise, cep telefonunun yanında olmasına ya da bir başkasının kendisine eşlik etmesine gereksinim duyuyordu. Buna rağmen, mağaza, sinema ve banka gibi hızlıca kaçmakta zorlanacağı yerlerden uzak duruyordu. Saçma ve aşırı derecede olduğunu bilmesine rağmen, belirtileri ve kaçınmaları yaşamına hükmediyordu. Hafif derecede depresyon ve huzursuzluk hissediyor ve uyuma güçlüğü çekiyordu.

Agorafobili hastalar yardım almanın zor olacağı durumlardan katı bir şekilde kaçınırlar. Özellikle gidecekleri yer kalabalık ya da kapalı bir alan ise evden ayrılırken bir arkadaş ya da aile üyesinin onlara eşlik etmesini tercih ederler. Şiddetli derecede etkilenmiş hastalar ise basitçe evden ayrılmayı reddedebilirler. Hastalar "çıldıracıkları" düşüncesi ile dehşete kapılabilirler.

Tablo 8-2 agorafobi tanısına farklı yaklaşımları karşılaştırmaktadır. Bazı durumlar kaygıya neden olabilir, bunlardan bazıları kapalı alanlar (toplu taşıma araçları, asansörler, mağazalar), açık alanlar (parklar, alışveriş merkezleri) ya da kalabalıklar. Sahip oldukları ortak nokta kişinin evinden ve güvenden uzakta olduğu ve hızlıca ona dönemeyeceği gerçeğidir.

Özgül fobi

Fobi terimi özgül bir nesne, olay ya da durumdan aşırı korkuyu ifade eder. Özgül fobi bir nesne ya da duruma karşı güçlü ve



Tablo 8-2
Agorafobi

	DSM-5	ICD-10
Tanı ismi	Agorafobi	Agorafobi
Süre	≥ 6 ay	
Belirtiler	Aşağıdakilere yönelik korku ya da kaygı: Toplu taşıma Açık alan Kapalı alan Bir sırada ya da kalabalıkta olma Evden dışarda yalnız olma Aşağıdaki nedenler yüzünden bu durumlardan kaçınma: Oradayken panik atak geçireceğine yönelik korku Ya da durumla başa çıkmaya yardımcı olacak refakatçiye erişimin olmaması Korku ya da kaçınma gerçek tehdit ile orantısızdır	Aşağıdakilere yönelik korku duyma: Evden ayrılma Halka açık yere gitme Kalabalık yere gitme Yalnız başına seyahat etme Kaygıyı tetikleyecek durumlardan kaçınma Genellikle panik bozukluk ile birliktelik gösterir.
Gerekli belirti sayısı	Yukardaki korku kaynaklarından en az 1 tane vardır	
Belirtilerin psikososyal sonuçları	Belirgin sıkıntı ya da bozulma	
Dışlama kriterleri (bu durum sonucunda açığa çıkmamış olma)	Başka bir tıbbi durum Başka bir ruhsal bozukluk	
Yorumlar	Panik bozukluğu olmadan, onun korkusuna rağmen, yukarıdakilerin meydana geldiği durumlar içindir.	

zukluğu olan kişilerde genel nüfusa göre daha yaygındır. Deri yolma bozukluğundaki diğer yaygın eşlik eden psikiyatrik bozukluklar, duygudurum ve anksiyete bozukluklarını içerir.

GİDİŞ VE SONLANIŞ

Obsesif Kompulsif Bozukluk

OKB'nin gidişi genellikle kroniktir ve müdahale edilmediğinde belirtiler on yıllarca devam edebilir. Bununla birlikte, son veriler uzun vadeli sonuçların olumlu olabileceğini vurgulamaktadır. Bu nedenle, hastalar umutlu kalmaya ve bir dizi farklı kanıt dayalı tedaviyi denemeye teşvik edilmelidir.

Beden Algısı Bozukluğu

BAB'nin gidişi genellikle kroniktir ve müdahale edilmediği takdirde belirtiler on yıllarca devam edebilir. Daha erken başlangıç yaşı ve daha şiddetli belirti varlığı daha kötü bir sonlanış öngörür.

İstifleme Bozukluğu

İB'nin çoğu obsesif-kompulsif ve ilgili bozukluklardan biraz daha geç bir seyri vardır. Müdahale edilmediğinde, gidişi genellikle kronik ve ilerleyici görünmektedir. İstifleme belirtileri genellikle çocukluk ve ergenlik döneminde başlar, tanı kriterleri 30'lu yaşlarda karşılanır ve sonraki her on yılda belirtiler kötüleşir.

Saç Yolma Bozukluğu

Saç yolma bozukluğunun uzun vadeli gidişi hakkında nispeten az veri bulunmaktadır. Müdahale edilmediğinde gidişi genellikle kroniktir. Bununla birlikte, bazı veriler, vakaların bir kısmında remisyonun meydana geldiğini göstermektedir.

Deri Yolma Bozukluğu

Deri yolma bozukluğunun uzun süreli gidişi hakkında mevcut olan veriler, müdahale edilmediğinde, şiddette dalgalanmalar gösterebildiğini ve genellikle kronik gidişli olduğunu göstermektedir. Diğer obsesif kompulsif ve ilişkili bozukluklarda olduğu gibi, bireyler genellikle belirtilerinden utandıkları, belirtileri kendi başlarına durdurmaları gerektiğini düşündükleri, belirtilerin bilinen bir durumun parçası olduğu veya etkili yöntemler ile tedavi edilebildiğinin farkında olmadıkları için tıbbi yardım almadıklarını bildirirler.

TEDAVİ

Obsesif Kompulsif Bozukluk

Farmakoterapi. Etkili ilaçlar arasında klomipramin ve seçici serotonin geri alım inhibitörleri (klomipramin ve diğer serotonerjik ilaçlarla birlikte bazen serotonin geri alım inhibitörü [SGİ] olarak adlandırılan SSGİ'ler) yer alır. Klomipramin ve SSGİ'lerin birebir karşılaştırmaları, SSGİ'lerin eşit etkinliğinin olduğunu ancak daha iyi tolere edilebilirliğini göstermektedir. Genel olarak, klinisyenler optimal bir etki elde etmek için 80 mg fluoksetin veya 200 mg sertralin gibi daha yüksek dozlar kullanılmalıdır. Bazı hastalar daha da yüksek dozlara yanıt verir. Bununla birlikte, güvenlik endişeleri nedeniyle klomipramin veya sitalopram için önerilen dozların aşılması önerilmez. OKB'de SGİ'lere yanıtın depresyona göre daha yavaş olduğuna dair bazı kanıtlar da vardır; bu nedenle klinisyenlere, ajanları değiştirmeye

veya başka bir psikotrop ile takviye etmeye karar vermeden önce en az 12 hafta boyunca bir SGİ kullanmaları tavsiye edilir. Genel bir kural, yanıt almak için gereken dozu en az 1 ila 2 yıl boyunca kullanmaya devam etmemiz gerektiğidir. İlaç keserken, gerçek bir relaps riski vardır, bu nedenle ilaç kesme birkaç ayda bir küçük doz azaltmalarla kademeli olarak yapılmalıdır.

Bir SGİ'ye yanıt vermeyen hastalar diğerine yanıt verebilir.

Yetişkin OKB'de en kapsamlı kanıt dayalı veri içeren grup antipsikotiklerdir. Bunlar arasında risperidon ve aripiprazol en iyi yardımcı ajanlar olarak desteklenir. Bazı çalışmalar, bunların özellikle tik bozukluğu olan hastalarda yararlı olduğunu göstermiştir, ancak tüm veriler tutarlı değildir. Bu ajanlara yanıt tipik olarak nispeten hızlı bir şekilde gerçekleşir (ör. 4 hafta). Dopamin reseptör blokerlerini kullanırken, yan etki açısından yakından izlemek çok önemlidir.

Memantin, riluzol, ketamin, lamotrijin ve N-asetilsistein (NAC) diğer umut verici güçlendirme ajanlarıdır.

Psikoterapi. OKB belirtilerini psikodinamik bir perspektiften anlamının uzun bir geçmişi vardır ancak OKB tedavisinde psikodinamik bir yaklaşımın yararlı olduğuna dair kesin bir kanıt yoktur. Bunun yerine, OKB'nin psikoterapisi üzerine deneysel araştırmalar davranışsal ve bilişsel perspektiflerden ortaya çıkmıştır. Maruz bırakma ve tepki önlemenin (ERP), bilişsel ve farkındalık yaklaşımlarının potansiyel rolüne odaklanan daha yeni çalışmalarla, tedavinin özellikle etkili bir bileşeni olduğu kanıtlanmıştır. ERP'nin temel ilkesi, rahatsız edici uyaranlardan kaçınmayı en aza indirmek ve bunun yerine korkulan durumlara in vivo maruz kalmayı ve korkulan sonuçlara hayali maruz kalmayı teşvik etmektir. Bu tür maruziyetlerden sonra, olağan kompulsif tepki yisergilememek önemlidir. Terapist ve hasta daha sonra daha tedirgin edici uyaranlara kademeli olarak maruz kalma hiyerarşisi geliştirir ve onu takip eder. Farmakoterapide olduğu gibi, ERP'nin dozunun ve süresinin yeterli olduğundan emin olmak esastır.

OKB'ye yönelik diğer bilişsel yaklaşımlar, bilişsel çarpıtmalara odaklanır (örneğin aşırı sorumluluk). Terapist ve hasta, bu tür çarpıtmaları test etmek ve onları daha uyumlu düşünce kalıplarıyla değiştirmek için işbirliği yapar. Daha yakın zamanlarda, farkındalık teknikleri bu yaklaşımları tamamlamıştır. Aile seansları, özellikle genç hastalarda OKB'yi ve ERP'nin ilkelerini daha iyi anlamak için de yardımcı olabilir.

Kombine Tedavi. Klinik kılavuzlar, OKB tedavisi için farmakoterapi veya psikoterapinin makul bir birinci basamak müdahale olduğunu göstermektedir. Daha genç hastalarda önce bilişsel-davranışçı terapiye (BDT) başlamak mantıklı görünmektedir. Daha şiddetli belirtileri veya eşlik eden depresyonu olan hastalarda önce farmakoterapiye başlamak mantıklı görünmektedir. BDT ve farmakoterapi kombinasyonunun özellikle yararlı olduğuna dair bazı kanıtlar vardır.

Diğer Somatik Terapiler. Kortiko-striatal-talamo-kortikal (KSTK) yollara yönelik hedeflenen beyin cerrahi işlemlerinin, tedaviye yüksek dirençli hastaların bir kısmında etkili olduğu gösterilmiştir. Yaklaşımlar anterior singulotomi, kapsülotomi ve diğer teknikleri içermektedir. Nöroşirürji çalışmalarına daha yakın zamanlarda odaklanma, belirli beyin bölgelerini uyarmak için elektrotların implantasyonunu içeren derin beyin stimülasyonu üzerine olmuştur. OKB için transkraniyal manyetik stimülasyon da incelenmiştir ancak veriler rutin klinik kullanımı motive etmek için henüz yeterince güçlü değildir. Elektrokonvülsif terapi OKB için yararlı görünmemektedir.

Genellikle, normal işleve nispeten hızlı bir dönüş günler içinde gerçekleşir, ancak bazı vakaların çözülmesi bir ay veya daha uzun sürebilir. Birey tipik olarak sendrom dönemi için amneziktir.

EPİDEMİYOLOJİ

Disosiyatif Amnezi

Disosiyatif amnezi, genel popülasyonun yaklaşık yüzde 2 ila 6'sı aralığındadır. Erkekler ve kadınlar arasında görülme sıklığında bilinen bir fark yoktur. Vakalar genellikle geç ergenlik ve yetişkinlikte bildirilmeye başlar. Disosiyatif amnezi, öznel deneyimi tanımlama yeteneklerinin daha sınırlı olması nedeniyle ergenlik öncesi çocuklarda değerlendirilmesi özellikle zor olabilir.

Depersonalizasyon/Derealizasyon Bozukluğu

Normal ve klinik popülasyonlarda geçici duyarsızlaşma ve derealizasyon deneyimleri yaygındır. Depresyon ve anksiyeteden sonra en sık bildirilen üçüncü psikiyatrik semptomlardır. Geçici semptomlar genel popülasyonda yaygındır, yaşam boyu prevalansı yüzde 26 ila 74 ve travmatik bir olay anında yüzde 31 ila 66'dır. Yasadışı uyuşturucular, özellikle esrar, halüsinojenler, ketamin ve 3,4-metilendioksümetamfetamin (MDMA veya Ecstasy) kullanımıyla belirtiler ortaya çıkabilir. Bunlar, belirli meditatif türleri, derin hipnoz, genişletilmiş ayna veya kristal bakış ve duysal yoksunluk deneyimlerinden sonra tanımlanmıştır. Hafif ila orta şiddette kafa travmasından sonra da yaygındır, burada çok az bilinç kaybı meydana gelir veya hiç olmaz, ancak bilinç kaybı 30 dakikadan fazla sürerse önemli ölçüde daha az olasıdır. Depersonalizasyon/derealizasyon semptomları, epilepsili hastalarda hem auranın bir tezahürü hem de nöbetin kendisi olarak, özellikle kompleks-kısmi nöbet hastalarında da ortaya çıkar. Depersonalizasyon/derealizasyon bozukluğunun prevalansı, yaş veya cinsiyet farkı olmaksızın yaklaşık yüzde 2,5'tir.

Disosiyatif Kimlik Bozukluğu

Disosiyatif kimlik bozukluğu için çok az sistematik epidemiyolojik veri mevcuttur. Topluluk örneklerine göre, genel popülasyondaki prevalans yaklaşık yüzde 1 ila 1,5'tir. Zihinsel gelişim çalışmaları, Kuzey Amerika örneklerinde kadın-erkek disosiyatif kimlik bozukluğu vakalarının oranının erken çocukluk döneminde 1'den 1'e, geç ergenlik döneminde yaklaşık 8'e 1'e istikrarlı bir şekilde arttığını göstermektedir.

Ganser Sendromu

Ganser sendromunun genel sıklığı zamanla azalmıştır. Erkekler kadınlardan yaklaşık 2 ye 1 daha fazladır ve çeşitli kültürlerde vakalar bildirilmiştir. Ganser'in ilk dört vakasından üçü hükümlüydü ve bazı yazarların bunu bir ceza infaz kurumu bozukluğu ve dolayısıyla potansiyel kötü muamelelerin bir göstergesi olarak görmelerine yol açtı.

ETİYOLOJİ

Disosiyatif Amnezi

Birçok akut disosiyatif amnezi vakasında, amnezinin geliştiği psikososyal ortam büyük ölçüde çelişkilidir, Hasta dayanılmaz utanç, suçluluk, umutsuzluk, öfke ve çaresizlik duyguları yaşar.

Bunlar genellikle yoğun cinsel, intihar veya şiddetli zorlamalar gibi kabul edilemez dürtüler veya dürtüler üzerindeki çatışmalardan kaynaklanır. Fiziksel veya cinsel istismar gibi travmatik deneyimler bozukluğu tetikleyebilir. Bazı durumlarda, travmaya güvenilir, ihtiyaç duyulan bir başkasının ihaneti neden olur (ihanet travması). Bu ihanet, olayın nasıl işlendiğini ve hatırlanmadığını etkileyebilir.

Depersonalizasyon/Derealizasyon Bozukluğu

Psikodinamik. Geleneksel psikodinamik formülasyonlar, egonun parçalanmasını vurgulamış veya duyarsızlaşmayı egoyu savunmada duygusal bir tepki olarak görmüştür. Bu açıklamalar, olayları tetikleyen ezici, acı verici deneyimlerin veya çelişkili dürtülerin rolünü vurgular.

Travmatik Stres. Klinik depersonalizasyon vaka serilerindeki hastaların önemli bir kısmı — tipik olarak üçte biri ila yarısı önemli travma geçmişlerine sahiptir. Kaza mağdurları üzerine yapılan çeşitli araştırmalar, yaşamı tehdit eden bir deneyime sahip olanların yüzde 60'ının olay sırasında veya hemen sonrasında en azından geçici depersonalizasyon bildirdiğini tespit ediyor. Askeri eğitim çalışmaları, stres ve yorgunluğun depersonalizasyon ve derealizasyon semptomlarına neden olabileceğini ve performansı etkileyebileceğini ortaya koymaktadır.

Nörobiyolojik Teoriler. Depersonalizasyon ve derealizasyon semptomlarıyla ilgili birkaç nörobiyolojik teori vardır. Bunlar, bir organizmanın kendisini "ölü oynamak" kavramı gibi bir yırtıcıdan koruyamadığını belirlediğinde itaatkâr hareket-sizliğin hayvan modellerini içerir; alt bilateral frontal, medial prefrontal, singulat, insula ve temporoparietal korteksteki bozukluklar ve NMDA glutamat reseptörünü içeren çeşitli çalışmalarla nöropeptid Y, norepinefrin, serotonin ve opioid sistemi gibi düzensizlikler gösterilmiştir.

Disosiyatif Kimlik Bozukluğu

Erken çocukluk çağı travmasının şiddetli deneyimleri, disosiyatif kimlik bozukluğunun olası nedenidir. Ayrıcı tanılmal bozukluk vakalarının yüzde 85 ila 97'si ciddi çocukluk çağı travması veya kötü muamele bildirdi. Fiziksel ve cinsel istismar, çocukluk çağı travmasının yaygın kaynaklarıdır.

Ganser Sendromu

Bazı vaka raporları, kişisel çatışmalar ve finansal gerilemeler gibi tetikleyici stres faktörlerini belirlerken, diğerleri organik beyin sendromlarını, kafa travmalarını, nöbetleri ve tıbbi veya psikiyatrik hastalıkları not eder. Psikodinamik açıklamalar eski literatürde yaygındır; Bazı durumlarda açık tıbbi veya nörolojik nedenler vardır. Böyle bir bozukluktan kaynaklanan fizyolojik hakaretler, savunmasız bireylerde sendromu hızlandıran akut stresörler gibi davranabilir. Bazı hastalar çocukluk çağı malpraktis ve sıkıntıları ile ilgili önemli geçmişler bildirmiştir.

Kaynaklar

American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013.
Anderson MC, Ochsner KN, Kuhl B, Cooper J, Robertson E, Gabrieli SW, Glover GH, Gabrieli JDE. Neural systems underlying the suppression of unwanted memories. *Science*. 2004;303:232–235.



Tablo 15-19
Uyku Öyküsü Sorgulama Örneği

Hastanın adı _____		
Tarih _____		
Uygun kutuyu işaretleyin veya takiben kısa cevap yazın		
	Evet	Hayır
1. Gün içinde uykulu hissediyor musunuz veya uyku atakları oluyor mu?	☐	☐
2. Gün içinde şekerleme yapıyor musunuz?	☐	☐
3. Gün içinde konsantrasyon güçlüğü yaşıyor musunuz?	☐	☐
4. Yatağa ilk gittiğinizde uykuya dalmakta sorun yaşıyor musunuz?	☐	☐
5. Gece uyanıyor musunuz?	☐	☐
6. Bir kezden fazla mı uyanıyorsunuz?	☐	☐
7. Sabah çok erken uyanıyor musunuz?	☐	☐
8. Uyuma sorunu ne zamandan beri var? Sorunu tetikleyen ne olduğunu düşünüyorsunuz?	☐	☐

9. Olağan gece uykunuzu nasıl tarif edersiniz (uyku süresi, kalitesi vb.)?		

10. Uyku ve uyanma düzeniniz hafta sonunda hafta içine göre farklı mı?	☐	☐
11. Evde yaşayan diğer kişiler uykunuzu bozuyor mu?	☐	☐
12. Ağrı veya banyoyu kullanma ihtiyacı nedeniyle gece düzenli uyanıyor musunuz?	☐	☐
13. İşiniz vardiya değişikliği veya seyahat gerektiriyor mu?	☐	☐
14. Kafeinli içecekler (kahve, çay veya gazlı içecekler) içiyor musunuz?	☐	☐
15. Uyumaktaki güçlük dışında, başka bir tıbbi sorunuz var mı?	☐	☐

16. Uyku için reçeteli veya reçetesiz ne ilaç alıyorsunuz? (Lütfen doz, hangi sıklıkla ve ne zamandır aldığınızı ekleyin).		

17. Başka bir ilaç veya reçetesiz ilacı düzenli kullanıyor musunuz? (Tekrar, lütfen doz, sıklık ve süreyi ekleyin)		

18. Hiç depresyon, anksiyete veya benzer sorunlar yaşadınız mı?	☐	☐
19. Horlar mısınız?	☐	☐
Uyku Partneri İçin Sorular		
1. Uyku partneriniz horlar mı?	☐	☐
2. Gece boyunca uyku partnerinizin solunumunda düzenli soluk kesilmeleri gördünüz mü?	☐	☐
3. Yatak partneriniz uyurken bacaklarında atma veya tekme atma olur mu?	☐	☐
4. Uyumakta hiç güçlük yaşadınız mı? Lütfen açıklayın	☐	☐



Tablo 16-4
Erkeklerde Sertleşme Bozukluğu

	DSM-5	ICD-10
İsim	Erkeklerde Sertleşme Bozukluğu	Genital yanıtın başarısızlığı
Süre	≥6 ay	
Belirtiler	Ereksiyonla ilgili zorluklar: Elde etme Sürdürme Sertlik miktarı	Erkek Ereksiyon zorluğu: gelişmekte sürdürmekte Kadın Zorluk: Vajinal kuruluk İslanmanın yeterli olmaması
Gerekli Belirti Sayısı	1'den fazla çoğu cinsel ilişkilerde	
İstisnalar (bunların sonucu değil):	İlişki sorunu Madde kullanımı (reçete ilaçlar dahil) Bir diğer tıbbi durum Bir diğer psikiyatrik durum	
Psikososyal Etki	Belirgin sıkıntı	
Belirti Belirleyiciler	Yaygın ve durumsal	
Şiddet Belirleyiciler	Hafif: hafif sıkıntıya neden olur Orta: orta sıkıntıya neden olur Şiddetli: sıkıntıya neden olur	
Kurs Belirleyiciler	Edinilmiş olana karşı yaşam boyu	
Yorumlar		Not: ICD-10 bu tanıyı erkek ereksiyonunun yanı sıra kadın cinsel uyarılma bozukluğunu da kapsayacak şekilde sınıflandırır.

Erkeklerde sertleşme bozukluğu, organik ya da ruhsal, ya da her ikisinin birleşimi olabilir; bununla birlikte, genç ve orta yaşlı erkeklerdeki neden genellikle ruhsaldır. İyi bir öykü, işlev bozukluğunun nedeninin belirlenmesinde birinci derecede öneme sahiptir. Cinsel ilişki planlamadığı zamanlarda kendiliğinden sertleşmeler yaşayan, sabah sertlikleri bulunan veya mastürbasyon ile ya da olağan eşi dışındaki kişilerle iyi düzeyde sertleşmesi olduğunu bildiren erkeklerde sertleşme bozukluğun organik nedenleri göz ardı edilebilir ve masraflı tanısal işlemlerin önüne geçilebilir. Genel tıbbi bir duruma ya da farmakolojik bir maddeye bağlı erkeklerde sertleşme bozukluğu bu bölümün ilerleyen kısımlarında tartışılmıştır.

Erkek, korku, kaygı, öfke ya da ahlaki yasaklar nedeniyle cinsel dürtüsünü dışı vuramayabilir. Yürümekte olan bir ilişkide, bu bozukluk, özellikle de erkek ihtiyaçlarını veya öfkesini doğru- dan ya da yapıcı bir şekilde ifade edemediğinde eşler arasındaki güçlükleri yansıtabilir. Ayrıca, sertleşme bozukluk dönemlerinin pekiştirici özellikleri bulunduğundan, erkek her bir cinsel yakın- laşma öncesinde giderek daha kaygılı hale gelmektedir.

Bay Y, eşinin, cinsel etkileşimleri olmadığına dair yakınmalarından sonra terapiye başvurdu. Hasta, sık sertleşme bozukluğu ve "başarısızlıkları" sonrasında yaşadığı sıkıntı verici duygularından dolayı cinsellikten kaçınmaya başlamıştı. Konuşkan, kibar ve kendi kendini suçlayan biriydi.

Eşine karşı sadık olmakla birlikte sık sık mastürbasyon yapı- yordu. Fantezileri kadınları asmaya ve ısırmaya yönelik, açıkça sadistik fantezileri içeriyordu. Öfkeli, saldırgan fantezileri ile eşine karşı sevecen, düşünceli tutumu arasındaki çelişki, cinselliği, erkek- liği ve kadınlar hakkındaki karışık duygularını sembolize ediyordu. Durumsal tip sertleşme bozukluğu tanısı kondu.

Orgazm Bozuklukları

Kadında Orgazm Bozukluğu. Zaman zaman *kadında bas- kılanmış orgazm* ya da *anorgazmi* olarak adlandırılan kadında orgazm bozukluğu, kadın orgazmının yineleyici ya da kalıcı

biçimde ketlenmesi olup klinisyen tarafından odaklanma, şid- det ve süre olarak yeterli bulunan bir cinsel uyarılma evresinden sonra orgazmın tekrarlayıcı şekilde gecikmesi ya da hiç olma- ması-kısacası, kadının mastürbasyon ya da koitus ile orgazm olmaması- ile kendini gösterir (Tablo 16-5). Bu yöntemlerin biriyle orgazma ulaşan kadınlarda cinsel bir ketlenme bulundu- ğunu öne sürmek mümkün olmakla birlikte, bu bireylerin anor- gazmik olarak sınıflandırılmaları zorunlu değildir. Yakınma, kadının kendisi tarafından dile getirilmektedir. Bununla birlik- te, bazı anorgazmik kadınlar orgazmın olmamasından sıkıntı duymazlar ve cinsel aktiviteden zevk alırlar. Bu durumda, kadın, orgazm olmamasından dolayı eşinin duyduğu rahatsızlık nedeniyle bu yakınmayı dile getirebilir.

Kadın cinsel yanıtının fizyolojisi üzerinde yapılmış çalış- malar, klitoris uyarımı ile oluşan orgazmlar ve vajinal uyarım ile oluşanların fizyolojik olarak özdeş olduklarını göstermiştir. Çoğu kadın koitus sırasındaki orgazmı klitoris ile uyarımı ve penisin vajinayı uyarmasının bileşimi ile sağlamaktadır.

Yaşam boyu orgazm bozukluğu olan bir kadın, herhan- gi bir uyarım şekliyle hiçbir orgazm deneyimi yaşamamış- tır. Edinilmiş orgazm bozukluğu bulunan bir kadın, gerek mastürbasyon, gerekse uyku sırasında rüyasında gerçekleşsin, uyarım koşuluna ya da yöntemine bakılmaksızın daha önce en az bir orgazm yaşamıştır. Çalışmalar, kadınların, eşle yapı- lan cinsellikle karşılaştırıldığında, orgazma mastürbasyon ile daha istikrarlı bir şekilde ulaştığını göstermiştir. Yaşam boyu kadında orgazm bozukluğu evli kadınlarla karşılaştırıldığında, evlenmemiş kadınlarda daha sıktır. Otuz beş yaşından büyük kadınlardaki artmış orgazm potansiyeli, ruhsal ketlenmenin daha az olması, cinsel deneyimin daha fazla olması, ya da her ikisi ile açıklanmıştır.

Kadında edinilmiş orgazm bozukluğu, klinik nüfuslarda sıkça rastlanan bir yakınmadır. Bir klinik tedavi kuruluşu, uygulamalarında, diğer tüm işlev bozukluklarına sahip kadın- ların yaklaşık dört katı kadar orgazm olmayan kadın bulun- duğunu bildirmiştir. Diğer bir çalışmada, kadınların yüzde



Tablo 16-11
Cinsel İşlev Bozukluğunun Nörofizyolojisi

	Sildenafil (Viagra)	Vardenafil (Levitra)	Vardenafil ODT (Staxyn)	Tadalafil (Cialis)	Avanafil (Stendra)
Tavsiye edilen doz (mg/gün)	25–100	5–20	10	5–20	100–200
Zirveye ulaşma zamanı konsantrasyon (saat)	0.5–2	0.5–2	0.75–2.5	0.5–6	0.5–0.75
Yarı ömür (saat)	4	4–5	4–6	17.5	3–5
Olağan eylem süresi (saat)	12		12	36	6
Yüksek yağlı yemekten sonraki gecikme (saat)	1		1	0	1–1.25
Metabolizma	Majör enzim		CYP3A4		
	Ek enzimler	CYP2C9	CYP3A5, CYP2C	CYP3A5, CYP2C	CYP2C
Eliminasyon (%)	Dışkı	80	91–95	61	62
	İdrar	13	2–6	36	21

Kaynaklar: Prescriber's Digital Reference, <https://www.pdr.net/>; Huang SA, Lie JD. Phosphodiesterase-5 (PDE5) Inhibitors in the management of erectile dysfunction. P T. 2013;38(7):407–419; Katz EG, Tan RB, Rittenberg D, Hellstrom WJ. Avanafil for erectile dysfunction in elderly and younger adults: differential pharmacology and clinical utility. Ther Clin Risk Manag. 2014;10:701–711.

ta ancak isteği artırmamaktadır. Bununla birlikte, sildenafil ile kadınlarda uyarılmada artışın gerçekleştiği olgu bildirimleri bulunmaktadır.

Oral fentolamin ve apomorfın FDA tarafından halen kanıtlanmamış olmakla birlikte, minimal sertleşme işlev bozukluğu bulunan erkeklerde potensi artırma yönünde etkin bulunmuşlardır. Fentolamin sempatik tonusu azaltır ve penis gövdesindeki düz kasları gevşetir. İstenmeyen etkiler hipotansiyon, taşikardi ve baş dönmesini içerir. Apomorfının etkileri otonomik sinir sistemi aracılığıyla ortaya çıkar ve vazodilatasyon ile penise kan akımının artışı ile gerçekleşir. İstenmeyen etkiler bulantı ve terlemeyi içerir.

Oral tedavilerin aksine, alprostadil enjekte edilebilir ve transüretral formları peniste bölgesel etki oluşturur ve cinsel uyarılma olmasa da sertleşme oluşturabilir. Alprostadil, damar genişletici bir ajan olan prostaglandin E'nin doğal şekilde ortaya çıkan bir formunu içerir. Alprostadil kavernoöz cisimlere doğrudan enjeksiyon ile ya da bir pelletin sonda aracılığıyla üretra içine yerleştirilmesiyle uygulanabilir. İlacın uygulanmasından 2 ile 3 dakika arasında oluşan sertleşme 1 saat kadar sürebilir. Enjeksiyonun nadir ve geri dönüşümlü istenmeyen etkileri peniste morarmayı ve karaciğer fonksiyon testlerinde bozulmayı içerir. Priapizm ve penisin küçük venlerinin sklerozu gibi tehlikeli sekellerin ortaya çıkma olasılığı vardır. Transüretral alprostadil kullanan bireyler, zaman zaman peniste yanma hissinden yakınmaktadır.

Küçük çaplı iki çalışmada, farklı topikal ajanların sertleşme işlev bozukluğunun hafifletilmesinde etkili olduğu bulunmuştur. Bunlardan ilki, ergo alkaloidleri karışımı olan ve deriden emildiği bilinen aminofilin, izosorbiditnitrat ve ko-dergokrin mesilat isimli üç vazodilatör maddeyi içeren bir kremdir. Diğer ise alprostadil ile deri yüzeyinin geçirgenliğini geçici olarak artıran ek bir maddeyi içeren bir jeldir.

Ek olarak, kadında cinsel uyarılma bozukluğunun tedavisinde kullanılmak üzere alprostadil içeren bir krem mevcuttur. Bir α reseptör antagonisti olan fentolaminmesilatın vajinal yoldan uygulandığı hormon tedavisi sonucunda, vazokonjesyonda belirgin artış ve öznel bir uyarılma hissi saptanmıştır. Flibanserin kadında istek azlığını tedavi etmek için FDA tarafından onay almıştır.

Metnin önceki kısımlarında belirtilmiş olan farmakolojik tedaviler, nörojenik, arteriyel yetmezlik, venöz kaçak, psikojenik ve karma nedenlerle ortaya çıkan uyarılma bozukluklarının tedavisinde etkili olmaktadır. Ana amaç ilaç desteği olmaksızın cinsel işlevsellik sağlanması olmakla birlikte, ilaç kullanımı içgörüyü yönlendirir ya da davranışçı cinsel terapi ile birleştirildiğinde, tek başına uygulanan psikoterapiden yarar görmeyen psikojenik uyarılma bozukluğu olgularını tedavisinde etkili olmaktadır.

Diğer Farmakolojik Ajanlar. Birçok farmakolojik ajan farklı cinsel bozuklukların tedavisinde kullanılmıştır. İntravenöz metohexital sodyum duyarsızlaştırma terapisinde kullanılmıştır. Cinsel yanıt üzerinde olumsuz etkileri bulunmakla birlikte, kaygı giderici ilaçlar gergin hastalarda kullanılabilir. Özellikle SSGİ ve trisiklik ilaçlar olmak üzere, antidepresanların yan etkileri, erken boşalma hastalarında cinsel yanıtı uzatmak amacıyla kullanılmıştır. Bu yaklaşım, özellikle fizyolojik olarak erken boşalmaya eğilimli grupta yer alan, davranışsal tekniklere dirençli hastalarda yararlıdır. Topikal anestetik kremlerin, erken boşalma olgularında vajina içi boşalma latans süresinin (intravaginal ejaculation latency time-IELT) kısaltılmasında yararlı oldukları bildirilmiştir. Antidepresanlar, cinsellik fobisi ve tecavüz sonrası travma sonrası stres bozukluğu olgularında önerilmektedir. Trazodon, gece sertleşmelerini artıran bir antidepresan ilaçtır. Bu tür ilaçların kullanımında, risklerin ve yararların dikkatli şekilde tartılması gerekmektedir. Bromokriptin, sıklıkla hipogonadizmle ilişkili olan hiperprolaktinemi tedavisinde kullanılmaktadır. Bu tür hastalarda, hipofiz tümörlerinin ekarte edilmesi gerekmektedir. Bir dopamin agonisti olan bromokriptin, hiperprolaktinemi nedeniyle bozulmuş olan cinsel işlevleri iyileştirebilmektedir.

Ginseng kökü ve yohimbin gibi birçok maddenin, afrodizyak olduklarına dair popüler bir ünü vardır. Bununla birlikte, çalışmalarda afrodizyak özellikleri kanıtlanmamıştır. Bir α reseptör antagonisti olan yohimbinin penil arteri dilate edici etkisi bulunmakla birlikte, organik sertleşme işlev bozukluğu tedavisinde kullanımı Amerikan Üroloji Birliği tarafından önerilmemektedir. Kokain, amfetamin, alkol ve kanabisi içeren keyif verici ilaçların cinsel performansı artırdığı kabul edilir. Kullanımın erken dönemlerinde yatıştırıcı, ketlenmeyi azaltıcı ve duyudurumu yükseltici etkileri bulunmakla birlikte, bu maddelerin sürekli ya da uzun süreli kullanımı cinsel işlevleri olumsuz yönde etkilemektedir.

Dopaminerjik ajanların libidoyu artırdığı ve cinsel işlevleri düzelttiği bildirilmiştir. Bu ilaçlar, bir dopamin prekürsörü olan L-dopayı ve bir dopamin agonisti olan bromokriptini içermektedir. Antidepresan bir ilaç olan bupropionun dopaminerjik etkileri vardır ve bazı hastalarda cinsel dürtüyü artırmaktadır. Bir MAOI olan selejilin MAO_B için seçicidir ve dopaminerjiktir. Yaşlı bireylerde cinsel işlevleri olumlu yönde etkilemektedir.

Hormon Tedavisi. Androjenler, testosteron düzeyi düşük olan kadınlarda ve erkeklerde cinsel dürtüyü artırır. Kadınlarda, bazıları geri dönüşümsüz olan (örn. ses kalınlaşması) virilizan etkiler ortaya çıkabilir. Erkeklerde ise, androjenlerin uzun süreli kullanımı hipertansiyon ve prostat büyümesine neden olabilir.



Tablo 19-7
Histriyonik Kişilik Bozukluğu: Özgül Belirtiler

DSM-5	ICD-10
Histriyonik Kişilik Bozukluğu	Histriyonik Kişilik Bozukluğu
İlgiye muhtaç, çok duygusal (≥5):	• Duygulanım sığ/abardır
• İlgi odağı olmadığında rahatsız olur	• Kendini dramatize etme
• Flörtöz, kışkırtıcı şekilde seksüel	• Konuşma ve duygular abartılıdır
• Duygusal olarak labil	• Etki altında kalabilir
• Fiziksel olarak kışkırtıcı veya gösterişli	• Benmerkezci
• Konuşma anlaşıl mazdır	• Başkalarıyla ilgilenmez
• Konuşma abartılı/dramatiktir	• Dikkat çekme
• Etki altında kalabilir	• Kolayca kırılır veya incinir
• İlişkilerin samimiyetini abartır	

ler. Kuvvetli bağlanma ihtiyaçları onların çevrelerine fazlasıyla güvenmelerine ve saf olmalarına neden olur.

Histriyonik kişilik bozukluğu olan hastaların esas savunmaları bastırma ve disosiyasyondur. Buna bağlı olarak bu tür hastalar gerçek duygularının farkında değildirler ve güdülerini açıklayamazlar. Stres altında gerçeği değerlendirme yetileri kolaylıkla bozulur.

Görüşme esnasında histriyonik kişilik bozukluğu olan hastalar genellikle işbirliği içinde ve ayrıntılı öykü vermeye isteklidirler. Konuşmalarında jestler ve dramatik vurgulamalar yaygındır; Sıklıkla dil sürçmesi yaparlar ve renkli bir dil kullanırlar. Afektif dışavurum yaygındır ama belli duyguları (ör; öfke, üzüntü ve cinsel arzular) kabul etmeleri için ısrar edildiği zaman şaşkınlık, öfke ve inkâr ile karşılık verebilirler. Aritmetik veya konsantrasyonla ilişkili görevlerde sebatkârlık eksikliği görülmesine rağmen bilişsel muayenenin sonuçları genellikle normaldir ve hastaların duygu yüklü materyalle ilgili unutkanlıkları şaşırtıcıdır.

Narsisistik Kişilik Bozukluğu. Narsisistik kişilik bozukluğu olan kişilerde büyülenmeci bir kendini beğenmişlik duygusu vardır; kendilerini özel görürler ve özel muamele beklerler. Hak sahibi olma duyguları dikkat çekicidir. Eleştiriyi başa çıkamayanlar ve biri onları eleştirmeye cüret ettiğinde öfkelenirler ya da eleştiriye karşı tamamen kayıtsız görünebilirler. Bu bozukluğa sahip kişiler kendi yollarını çizmek isterler ve sıklıkla şöhret ve servet elde etmek için hırslıdır. İlişkileri zayıftır ve geleneksel davranış kurallarına uymayı reddederek başkalarını öfkelenirebilirler. Kişiler arası ilişkilerinde çıkarıcı davranışlar yaygındır. Empati gösteremezler ve yalnızca bencil amaçlarına ulaşmak için sempati duyuyormuş gibi yaparlar. Kırılma benlik saygıları nedeniyle depresyona yatkındır. Kişilerarası zorluklar, mesleki sorunlar, reddedilme ve kayıplar narsisistlerin davranışları sonucunda ürettikleri stresli durumlardır. Tablo 19-8, narsisistik kişilik bozukluğu teşhisine yönelik farklı yaklaşımları karşılaştırmaktadır.

C Kümesi: Endişeli

Çekingen Kişilik Bozukluğu. Başkaları tarafından reddedilmeye karşı aşırı duyarlılık çekingen kişilik bozukluğunun temel özelliğidir ve çekingenlik sergilenen başlıca kişilik özelliğidir. Bu kişiler insan arkadaşlığının sıcaklığını ve güvenliğini arzularlar ancak reddedilme korkusuyla ilişkilerden kaçınmalarını haklı çıkarırlar. Birisiyle konuşurken belirsizlik ifade eder, özgüven eksikliği gösterir ve kendini beğenmiş bir



Tablo 19-8
Narsisistik Kişilik Bozukluğu: Özgül Belirtiler

DSM-5	ICD-10
Narsisistik Kişilik Bozukluğu	Narsisistik Kişilik
Kendini beğenmiş, başkalarına karşı empati yoksunu (≥5):	Tanımlanmamış. “Diğer özgül kişilik bozukluğu” olarak listelenmiştir
• Büyülenmeci	
• Başarı fantezileriyle meşgul olmak	
• Özel/eşsiz hissetmek	
• Onaylanmak için başkalarının onlara hayranlık duymasına ihtiyaç duymak	
• Özel muamele beklemek	
• Başkalarını sömürmek	
• Empati eksikliği	
• Başkalarının başarısını kıskanmak, başkalarının kendilerini kıskandığını varsaymak	
• Kibir	

şekilde konuşabilirler. Reddedilme konusunda aşırı tetikte olduklarından, toplum içinde konuşmaktan veya başkalarından istekte bulunmaktan korkarlar. Başkalarının yorumlarını aşağılayıcı veya alaycı olarak yanlış yorumlama eğilimindedirler. Herhangi bir talebin reddedilmesi, başkalarından uzaklaşmalarına ve kendilerini incinmiş hissetmelerine yol açar. Tablo 19-9, kaçınan kişilik bozukluğu tanısına yönelik farklı yaklaşımları karşılaştırmaktadır.

Mesleki alanda ise çekingen kişilik bozukluğu olan kişiler çoğunlukla sorumluluk gerektirmeyen yan işlerde çalışabilirler. Nadiren kişisel bir ilerleme gösterebilir veya aşırı otoriter davranabilirler fakat utangaç ve çevrelerini memnun etmek ister görünümündedirler. Eleştirilmeden kabul görme garantisi almadıkça ilişkiye başlama konusunda isteksizdirler. Buna bağlı olarak hiç yakın arkadaşları ya da sırdaşları yoktur.

Klinik görüşmede en dikkat çekici nokta hastanın görüşmeci ile görüşürken anksiyete (kaygı) duymasındır. Sinirli ve gergin halleri, görüşmecinin kendisini beğenip beğenmediği algısına göre artıp azalır. Görüşmecinin yorum ve tavsiyelerine hassasiyet gösterirler ve açıklığa kavuşturma ve yorum yapmayı eleştiri olarak görürler.

Bağımlı Kişilik Bozukluğu. Bağımlı kişilik bozukluğu, yaygın bir bağımlı ve itaatkâr davranış örüntüsüdür. Bu bozukluğa sahip kişiler, başkalarından önemli ve yersiz tavsiye ve



Tablo 19-9
Çekingen Kişilik Bozukluğu: Özgül Belirtiler

DSM-5	ICD-10
Çekingen Kişilik Bozukluğu	Anksiyöz (Çekingen) Kişilik Bozukluğu
Aşırı duyarlı, özgüven eksikliği (≥4):	• Korkulu, güvensiz, kendini diğerlerinden aşağı hisseder
• Başkalarından kaçınır	• Kabul görmeyi arzular
• Beğenilmemekten korkar	• Reddedilmekten korkar veya reddedilmeye karşı hassastır
• Utanç korkusuyla ilişkilerden kaçınır	• İlişkiler yüzeyseldir
• Reddedilmekten/eleştirilmekten korkar	• Riskli olarak algılanan faaliyetlerden/durumlardan kaçınır
• İlişkilerde çekingenlik	
• Utanma korkusuyla yeniliklerden kaçınır	

diğında nöbet, konfüzyon ve hareket bozukluklarının riski artar. Nöroleptik malign sendrom geçiren bireylerde, lityum ile klozapin birlikte kullanılmamalıdır. Klomipramin (Anafranil) nöbet eşliğini düşürerek ve plazma klozapin konsantrasyonlarını yükselterek nöbet riskini artırabilir. Risperidon, fluoksetin, paroksetin ve fluvoxamin, klozapinin serum konsantrasyonlarını artırır. Ek olarak paroksetin, klozapine bağlı nötropeniyi tetikleyebilir.

Yan Etkiler. İlaça bağlı en sık yan etkiler sedasyon, sersemlik, senkop, taşikardi, hipotansiyon, EKG değişiklikleri, bulantı ve kusmadır. Sık görülen diğer yan etkiler; yorgunluk, kilo alımı, çeşitli Gİ belirtiler (en sık kabızlık), antikolinergik etkiler ve öznel olarak kas güçsüzlüğü hissidir. Siyalore ya da salya artışı, tedavinin erken dönemlerinde ortaya çıkar ve geceleri belirgindir. Hastalar yataklarının salya nedeniyle ıslandığını bildirirler. Bu yan etki büyük oranda yutmadaki yetersizliğin sonucudur. Klonidin ya da amitriptilinin salya artışını azalttığına dönük bildirimler olsa da en pratik çözüm, yastığın üzerine havlu konmasıdır.

Günde 600 mg'ın üzerinde klozapin kullanan hastalarda nöbet riski yaklaşık yüzde 4'tür. Lökopeni, granülositopeni, agranülositoz ve ateş, hastaların yüzde 1'inde ortaya çıkar. Tedavinin ilk yılı boyunca, klozapine bağlı agranülositoz riski 0,73'tür. İkinci yıl risk yüzde 0,07'dir. Nötropeni için risk, ilk ve ikinci yıl için sırasıyla 2,32 ve 0,69'dur. Klozapin kullanımının kontrendikasyonları; beyaz küre sayısının mm^3 'te 3500'ün altında olması, geçmiş bir kemik iliği hastalığı, klozapin kullanımı esnasında agranülositoz öyküsü ya da karbamazepin (Tegretol) gibi kemik iliğini baskılayan başka bir ilacın kullanılmasıdır.

Tedavinin ilk 6 ayında, agranülositoz gelişiminin takibi açısından, haftalık beyaz küre sayımı gereklidir. Beyaz küre sayısı normal devam ederse, tetkik iki haftada bire düşürülebilir. Takip süreci pahalı olsa da, agranülositozun erken tanınması ölümcül bir sonucu önleyebilir. Beyaz küre sayısı $3000/\text{mm}^3$ 'ün ya da granülosit sayısı $1500/\text{mm}^3$ 'ün altına düşerse klozapin kesilmelidir. Ek olarak bir hematoloji konsültasyonu yapılarak, kemik iliği örneği alınması değerlendirilmelidir. Agranülositoz geçirenlere tekrar aynı ilaç verilmemelidir. Hasta ya da hekimin gerekli kan testlerini yapma konusunda başarısız olması gibi durumlardan kaçınmak için, takibin yapılacağından emin olunamayan durumlarda klozapin kullanılmamalıdır.

Göğüs ağrısı, solunum yetmezliği, ateş ya da taşipne belirtileri gösteren hastalar, myokardit ya da kardiyomyopati gibi nadir ancak ölümcül olabilecek yan etkiler açısından bir an önce değerlendirilmelidir. Bu durumlarda, klozapinin hızlıca kesilmesiyle birlikte, seri CPK-MB (myokard ile ilişkili kreatin fosfokinaz), troponin seviyeleri ve EKG tetkiki önerilir.

İloperidon (Fanapt)

Endikasyonlar. İloperidon (Fanapt) yetişkinlerde şizofreninin akut tedavisinde endikedir. İloperidonun çocuk ve ergenlerde güvenilirliği ve etkinliği kanıtlanmamıştır.

Farmakoloji. İloperidon başka bir antipsikotikğin türevi değildir. Birçok nörotransmitter sistemi üzerine karmaşık, çoklu antagonist etkileri vardır. Dopamin D_3 reseptörlerine güçlü afinitesi vardır, diğer reseptörlere afinitesi azalan sırayla, α_{2c} -noradrenerjik, 5-HT_{1a}, D_{2a} ve 5-HT₆ şeklindedir. Histaminergik reseptörlere afinitesi düşüktür. Diğer antipsikotiklerde olduğu

gibi, reseptör bağlanmasındaki afinitenin klinik önemi bilinmemektedir.

İloperidonun tepe konsantrasyonu 2-4 saattir ve hepatik izoenzim metabolizmasına bağlı bir yarı-ömrü vardır. Başlıca CYP2D6 ve CYP3A4 tarafından metabolize edilir ve bu izoenzimlerin güçlü inhibitörleriyle birlikte verildiğinde dozunun yarıya indirilmesi gerekir. Yarı-ömrü, CYP2D6 açısından zengin metabolizörlerde 18-26 saat, CYP2D6 açısından fakir metabolizörlerde 31-37 saattir. Yaklaşık olarak beyazların yüzde 7-10'u, afrikalı-amerikalıların yüzde 3-8'i CYP2D6 substratlarını metabolize etme yeteneğinden yoksundur. Bu yüzden, doz ayarlamada bu uyarı akılda tutulmalıdır. İloperidon ciddi karaciğer yetmezliği olanlarda dikkatle kullanılmalıdır.

Yan Etkiler. İloperidon QT aralığını uzatır ve aritmi ve ani ölüm ile ilişkili olabilir. İloperidon günde iki kez verilen 12 mg dozunda, QT_c aralığını 9 milisaneye uzatır. QT_c aralığını uzatan diğer ilaçlarla birlikte kullanıldığında QT_c üzerine olan bu etki daha da artar. İloperidon ile QT_c aralığını uzatan ilaçların birlikte kullanımı sonucunda, torsades de pointes gibi yaşamı tehdit edebilecek kalp ritim bozuklukları ortaya çıkabilir. İloperidonu QT_c aralığını uzattığı bilinen ilaçlarla birlikte vermekten kaçınılmalıdır. Kalp-damar hastalıkları, hipokalemi, hipomagnezemi, bradikardi, doğumsal olarak uzamış QT aralığı ve iloperidonu metabolize eden CYP3A4 ya da CYP2D6 inhibitörlerinin birlikte kullanımı, QT uzaması açısından riski artırır.

Bildirilen en yaygın yan etkiler, sersemlik, ağız kuruluğu, yorgunluk, sedasyon, taşikardi ve ortostatik hipotansiyondur (doz ve titrasyona bağlıdır). Güçlü bir D_2 antagonisti olmasına karşın EPS ve akatizi oranları plaseboya benzerdir. Kısa ve uzun dönem çalışmalarda ortalama kilo alımı 2,1 kg'dır. Kısıtlı kullanımı nedeniyle, iloperidonun kilo ve lipidler üzerine etkisi tam olarak bilinmemektedir. Bazı hastalarda prolaktin seviyesi yükselebilir. Pazarlama öncesi dönemde üç priapizm olgusu bildirilmiştir.

Doz Ayarlama. İloperidon, ortostatik hipotansiyondan kaçınmak için yavaşça titre edilmelidir. Titrasyon paketi mevcuttur ve etkili doza (12 mg) günde iki kez verilerek yaklaşık 4 günde ulaşılır. Genellikle birinci gün, günde iki kez 1 mg ile başlanır ve günde iki kez verilmek suretiyle her gün artırılarak, 4. Gün 12 mg olacak şekilde artırılır. Önerilen en yüksek doz, günde 2 kez 12 mg'dır (günde 24 mg) ve gıdalardan bağımsız olarak verilebilir.

Lurasidon HCL (Latuda)

Endikasyonlar. Lurasidon hidroklorid, günde tek doz olarak, ağızdan verilen bir atipik antipsikotiktir ve şizofreni tedavisinde endikedir. Bu güne kadar lurasidon ile ilgili geniş çapta klinik bir deneyim henüz yoktur.

Yan Etkiler. Lurasidon kullanımıyla ilgili en sık gözlenen yan etkiler, diğer yeni kuşak antipsikotiklerle benzerdir. Bunların bir kısmı; uyku hali, akatizi, bulantı, parkinsonizm ve ajitasyondur. Klinik araştırmalara göre lurasidon, yeni onay alan iki SDA olan asenapin ve iloperidona göre daha az oranda kilo alımı ve metabolik değişikliklere neden olmaktadır. Bunu doğrulamak için daha kapsamlı klinik deneyime ihtiyaç vardır.

KAPLAN & SADOCK PSİKIYATRİ ON İKİNCİ BASKI

Robert Boland, M.D. • Marcia L. Verduin M.D.

Danışman Editör

Pedro Ruiz M.D

Çeviri Editörleri

Prof. Dr. Ali Bozkurt

Uzm. Dr. Burcu Buzkan Sarıkaya

Doğru, güvenilir, objektif ve kapsamlı olan Kaplan & Sadock Psikiyatri, uzun zamandır hem ABD’de hem de dünya çapında klinisyenler, asistanlar, öğrenciler ve diğer sağlık profesyonelleri için önde gelen klinik psikiyatri kaynağı olmuştur. Şimdi Dr. Robert Boland ve Marcia L. Verduin’den oluşan yeni bir editör ekibi tarafından yönetilen kitap, tüm psikiyatri alanına güvenilir bir genel bakış sunmaya devam ederken, bu karmaşık uzmanlık alanındaki önemli konular ve gelişmeler hakkında güncel bilgilerle sizi güncel tutuyor. On ikinci baskı, günümüzün yoğun klinik ortamlarında daha kullanışlı ve gezinmesi daha kolay hale getirmek için tamamen yeniden düzenlenmiştir.

- Gözden geçirilmiş içindekiler tablosu, tanı, psikopatoloji ve psikiyatrik durumlar, yaşam boyu tedavi, terapi ve diğer müdahalelerle ilgili bölümler de dahil olmak üzere klinik açıdan en önemli materyalleri kitabın başına taşımaktadır.
- Klinik bölümler, daha net bölüm başlıkları ve önemli bilgilerin kolay anlaşılır özetlerini içerecek şekilde yeniden düzenlenerek, bilgiyi hızlı bir şekilde bulmanıza ve belirli sorunlara kolayca yanıt bulmanıza yardımcı olmak amaçlanmıştır.
- Öğrenme deneyimini geliştirmek için çok sayıda vaka çalışması içerir.
- Tüm modern psikoterapötik tekniklerin açıklamaları dahil olmak üzere en güncel tedavi yöntemlerini sunar.
- İlgili tüm DSM-5 ve ICD-10 tanıları için açıklayıcı tablolar ve etki mekanizmalarına göre düzenlenmiş güncel bir psikofarmakoloji bölümü içerir.
- Dr. Benjamin J. Sadock ve Virginia A. Sadock tarafından oluşturulan mükemmellik geleneği sürdürülüyor ve Dr. Pedro Ruiz Danışman Editör olarak geri dönmesiyle devam ettiriliyor.

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

KADIKÖY

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



Türkiye'nin her yerinden...

0505 734 13 13



ISBN 978-975-277-999-0



9 789752 779990