8. PSİKİYATRİ ZİRVESİ
15. ANKSİYETE KONGRESİ

18-21 Mayıs 2023

Elexus Otel, Girne - KKTC



KONGRE KİTABI

www.psikiyatrizirvesi.org

BİLİMSEL SEKRETERYA
PSİKİYATRİ BİLİMLERİ VE ARAŞTIRMALARI DERNEĞİ
Dr. Tevfik Sağlam Cad. No:13/2, 34147 Bakırköy/ İstanbul
URL: www.pibad.org
E-mail: bilimsel@psikiyatrizirvesi.org

ORGANİZASYON SEKRETERYASI
SERENAS ULUSLARARASI TURİZM KONGRE ORG. A.Ş.
Turan Güneş Bulvarı 5. Cad. No:13 Yıldız, Çankaya / Ankara
Tel : +90 312 440 50 11
Faks : +90 312 441 45 63
URL : www.serenas.com.tr
E-mail: info@psikiyatrizirvesi.org

İçindekiler

Davet....4
Komite ve Kurullar....5
Komite ve Kurullar....6
Bilimsel Program....7
Sözel Bildiri Oturumları....25
Poter Bildiri Oturumları....27
Konuşma Metinleri....28
Sözel Bildiriler....139
Poster Bildiriler....253
Yazar Dizini....292

Davet

Değerli meslektaşlarımız,

Konuşmacıları ve katılımcıları ile her geçen yıl büyüyen ve özlenen kongremiz bu yıl **8. Psikiyatri Zirvesi ve 15. Anksiyete Kongresi** olarak **18 - 21 Mayıs 2023 tarihleri arasında Elexus Otel & Kongre Merkezi, KKTC'de** gerçekleştiriyoruz.

Psikiyatri Bilimleri ve Araştırmaları Derneği tarafından gerçekleştirilen kongremizde değerli konuşmacılarımızı psikiyatrinin tüm paydaşları ile buluşturmayı ve bilgilerimizi dinamik oturumlarla güncellemeyi hedefledik.

Bu yıl yine kongremizde psikiyatrideki en güncel konuları tüm boyutları ile ele alarak hem tanı hem tedavi süreçlerinde bilhassa işlevselliği de dikkate alarak psikiyatride bütüncül yaklaşımı gündeme alacağız. Bu anlamda klinik öncesi ve klinik kanıtlarla desteklenen bilgiyi, ulusal/uluslararası uzman ve yetkin ağızlardan dinleyerek, tanı ve tedavilerimizde tüm yaşlar için etkin ve güvenli yaklaşımı "işlevselliği de" ele alarak tartışıyor olacağız. Bu yıl da ruh sağlığı alanında ulusal ve uluslararası yetkin isimlere konferanslar, paneller, uydu sempozyumları ve tartışmalar ile ev sahipliği yapmaya hazırlanıyoruz.

Nöro görüntülemeden genetiğe, psikofarmakolojiden psikoterapiye uzanan psikiyatri pratiğinde uzman isimlerle bir araya gelerek en güncel kanıta dayalı bilgileri paylaşmak üzere sizleri de kongremizde görmekten mutluluk duyuyoruz.

Başarılı ve verimli bir kongre geçirmeniz dileğiyle,

Saygılarımızla,

Prof. Dr. Nesrin Dilbaz
Kongre Eş Başkanı

Prof. Dr. Oğuz Karamustafalıoğlu
Kongre Eş Başkanı ve PİBAD Başkanı

Komite ve Kurullar

Kongre Başkanları

Prof. Dr. Nesrin Dilbaz, Prof. Dr. Oğuz Karamustafalıoğlu

Kongre Genel Sekreterleri

Doç. Dr. Aslı ENEZ DARÇIN, Doç. Dr. Cemal Onur NOYAN, Doç. Dr. ŞAKİR GICA

Kongre Düzenleme Kurulu

Alessandro Serretti (İtalya)
Ali Çayköylü (Türkiye)
Ali Saffet Gönül (Türkiye)
Alp Üçok (Türkiye)
Behçet Coşar (Türkiye)
Eduard Vieta (İspanya)
Elif Anıl Yağcıoğlu (Türkiye)
Emrem Beştepe (Türkiye)
Erdal Erşan (Türkiye)
Gül Eryılmaz (Türkiye)
Hüsnü Erkmen (Türkiye)
İbrahim Eren (Türkiye)
Joseph Zohar (İsrail)
Murat Atmaca (Türkiye)
Nevzat Tarhan (Türkiye)
Sefa Saygılı (Türkiye)
Siegfried Kasper (Avusturya)
Stephen M Stahl (ABD)
Umut Mert Aksoy (Türkiye)

Kongre Bilimsel Kurulu

Abdullah Akpınar
Abdullah Atlı
Abdurrahman Altindağ
Abdülkadir Çevik
Ahmet Rıfat Şahin
Ahmet Tiryaki
Ahmet Ünal
Akfer Karaoğlan Kahiloğullar
Alaaddin Duran
Alessandro Serretti (İtalya)
Alp Üçok
Alptekin Çetin
Aslı Enez Darçın
Aslı Kuruoğlu Cengiz
Aslıhan Dönmez
Atila Erol
Aylin Yazıcı
Ayşegül Yıldız
Aytekin Özşahin
Baybars Veznedaroğlu
Bedriye Öncü
Bekir Aydın Levent
Bilge Burçak Annagür
Bilgen Taneli
Bilgin Saydam
Buket Güngör
Bülent Bahçeci
Bülent Çoşkun
Bülent Kadri Gültekin
Cahide Aydın
Cem Atbaşoğlu
Cem İncesu
Cemal Onur Noyan
Cengiz Tuğlu
Cüneyt Evren
Çınar Yenilmez
Çiğdem Aydemir
Derya İpekçioğlu
Duran Çakmak
E. Erdal Erşan
Ebru Damla Bostancı
Eduard Vieta (İspanya)
Ejder Akgün Yıldırım
Elif Oral
Elvan Özalp
Engin Eker
Ercan Abay
Ercan Dalbudak
Erdal Işik
Erdal Vardar
Erhan Bayraktar
Erol Göka
Ersin Uygun
Ertuğrul Eşel
Eylem Özten
Fatih Öncü
Figen Karadağ
Filiz Karadağ
Fulya Maner
Füsun Akdeniz
Gamze Erzin
Gül Eryılmaz
Gülcan Güleç
Gülçin Cinpolat
Hakan Atalay
Hakan Kumbasar
Hakan Türkcapar
Haldun Soygür
Halise Devrimci Özgüven
Haluk Özbay
Hamdullah Aydın
Hasan Kaya
Hatice Güz
Hayriye Elbi
Hüseyin Güleç
Hüseyin Yazıcı
Işıl Göğcegöz
Işın Baral Kulaksızoğlu
İbrahim Balcıoğlu
İbrahim Eren
İlkin İçelli
İsmail Ak
İsmail Hakkı Aydın
İsmet Kırpınar
İsmet Melek
Joseph Zohar (İsrail)
Kazım Yazici
Kemal Arıkan
Kemal Kuşçu
Köksal Alptekin
Kültegin Ögel
Kürşat Altınbaş
Levent Atik
Levent Küey
Levent Mete
Levent Sevinçok
Levent Sütçügil
Lut Tamam
Mecit Çalışkan
Medine Yazıcı Güleç
Mehmet Emin Ceylan
Mehmet Yumru
Mehmet Yücel Ağargün

Komite ve Kurullar

Kongre Bilimsel Kurulu

Mehmet Zihni Sungur
Meral Berkem
Meram Can Saka
Mesut Çetin
Mesut Yıldız
Mine Özmen
Mine Şahingöz
Murat Atmaca
Murat Beyazyüz
Murat Demet
Murat Kuloğlu
Musa Tosun
Mustafa Baştürk
Mustafa Bilici
Mustafa Güleç
Mustafa Solmaz
Mustafa Yildiz
Muzaffer Çetingüç
Müfit Uğur
Nahit Özmenler
Neslihan Akkişi Kumsar
Nesrin Karamustafalıoğlu
Neşe Kocabaşoğlu
Nevzat Yüksel
Nihat Alpay
Nuray Atasoy
Nurper Erberk
Oğuz Tanrıdağ
Olga Güriz
Onat Yılmaz
Orhan Doğan
Ömer Akil Özer
Ömer Aydemir
Ömer Böke
Ömer Şenormancı
Özcan Uzun
Özge Şahmelikoğlu Onur
Özlem Bolat Kaya
Özlem Erden Aki
Özlem Orhan
Pınar Güzel Özdemir
R. Hülya Bingöl Çağlayan
Rabia Bilici
Ramazan Konkan
Raşit Tükel
Reha Bayar
Rüstem Aşkın
Salih Battal
Sedat Özkan
Sefa Saygılı
Selçuk Aslan
Selçuk Kırlı
Serhat Çıtak
Sermin Kesebir
Servet Erbinç
Sibel Çakır
Sibel Örsel
Siegfried Kasper (Avusturya)
Simavi Vahip
Sinay Önen
Stephen M. Stahl (ABD)
Sultan Doğan
Sunar Birsöz
Süheyla Ünal
Şükrü Kartalcı
Şükrü Uğuz
Tamer Aker
Tayfun Turan
Tijen Şengezer
Timuçin Oral
Tunay Karlıdere
Tunç Alkın
Vedat Şar
Vesile Altınyazar
Yakup Albayrak
Yankı Yazgan
Yavuz Selvi
Yunus Hacımusalar
Yusuf Sivrioğlu
Zehra Arıkan

Bilimsel Program

18 MAYIS 2023 PERŞEMBE		
SAAT	**A SALONU**	**B SALONU**
14:30-15:00	**KONGRE AÇILIŞ OTURUMU - Oğuz Karamustafalıoğlu & Nesrin Dilbaz**	
15:00-15:45	**Konferans – 1:** **Kurtuluş Savaşı Öykülerinde TSSB** Moderatör: Oğuz Karamustafalıoğlu Latif Alpkan	**Panel – 1:** **Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde İyi Uygulamalar** Oturum Başkanı: E. Erdal Erşan **TRSM'de Takip Sistemi ve Vaka Yöneticiliği: Bursa Örneği** Aybike Telkök Şen **Terapi Bahçesi Projesi: Niğde Örneği** E. Erdal Erşan **İş, Uğraş Terapileri ve Pozitif Belirtilere Yönelik Stratejiler: Hatay Örneği** Özge Eriş Davut **TRSM'lerde Uzun Etkili Antipsikotik İlaç Kullanma ile İlişkili Hasta ve Hizmet Veren Memnuniyeti: Elazığ Örneği** Hilal Kaya
15:45-16:30	**Konferans – 2:** **İyi Geceler Tatlı Rüyalar: Gece Yeme Davranışına Uyku Bozuklukları Penceresinden Güncel Yaklaşımlar** Oturum Başkanı: Oğuz Karamustafalıoğlu Şakir Gıca	
16:30-16:45	**KAHVE ARASI**	
16:45-17:30	**Konferans – 3:** **TSSB'de Alternatif ve Aday Tedaviler** Oturum Başkanı: C. Onur Noyan Aslı Enez Darçın	**Panel – 4:** **Sosyal Medya İntiharları ve Doktor İntiharları** Oturum Başkanı: Filiz İzci **Sosyal Medya İntiharları/Kopyalanmış İntihar** Sümeyye Yasemin Kurtuluş Çallı **Clickbait - Sanal Meydan Okuma Oyunlarından Gerçek Ölümlere** Cemre Yaşöz **Doktor İntiharları/ Psikiyatrist İntiharları** Yağmur Sever Fidan **Doktor İntiharlarında Meslektaş Olarak Eksiklerimiz, Göremediklerimiz** Ahsen Büyükavşar
17:30-18:15	**Konferans – 4:** **Başlasak Mı Başlamasak Mı? Anksiyete Bozukluğu Tedavisinde Sınırları Zorlamak: Pregabalin, Gabapentin ve Diğer Tedavi Seçenekleri** Oturum Başkanı: Aslı Enez Darçın C. Onur Noyan	
18:15-18:30	**KAHVE ARASI**	
18:30-19:30	**Kurs – 2:** **Metakognitif Terapi - 1. Bölüm** Murad Atmaca	
19:30-20:30	**AKŞAM YEMEĞİ**	
20:30-22:00	**Kurs – 2:** **Metakognitif Terapi - 2. Bölüm** Murad Atmaca	

Bilimsel Program

	18 MAYIS 2023 PERŞEMBE		
SAAT	**C SALONU**	**D SALONU**	**E SALONU**
14:30-15:00			
15:00-15:45	**Panel – 2:** **Psikiyatride Az Bilinen Yeni Konular** Oturum Başkanı: Çiçek Hocaoğlu	**Panel – 3:** **Psikiyatride Gözden Kaçanlar** Oturum Başkanı: Şaziye Senem Başgül	**Kurs – 1:** **Fonksiyonel Analitik Terapi** Emrah Karadere Furkan Alptekin
15:45-16:30	**Eko-anksiyete, Solastalji Nedir?** Faruk Kurhan **Yavaş Bilişsel Tempo Nedir?** Yavuz Yılmaz **Fonksiyonel Konfüzyon Nedir?** Çağatay Kağızman **Sosyal Jet-lag Nedir?** Görkem Gençer	**Çocukluktan Erişkinliğe DEHB ve Bipolar Bozukluk Ayırıcı Tanısı** Şaziye Senem Başgül **Uyku Bozuklukları Demansın Etyolojisindeki Yeri** Filiz İzci **Alzheimer Hastalığında Biyomarker ve Terapotik Hedefler** Ayşe Döndü	
16:30-16:45	**KAHVE ARASI**		
16:45-17:30	**Panel – 5:** **Travmanın Görünmez Yaraları: Hafif Travmatik Beyin Hasarı** Oturum Başkanı: Kâmil Nahit Özmenler	**Panel – 6:** **Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde Önemli Tıbbi Sorunlar** Oturum Başkanları: Tülay Satı Kırkan E. Erdal Erşan	**SÖZLÜ SUNUM OTURUMU – 1** Oturum Başkanları: Leman İnanç Ayhan Güler *Oturum detayları için 24. Sayfaya bakınız.*
17:30-18:15	**Hafif Travmatik Beyin Hasarının Epidemiyolojisi ve Patofizyolojisi** Mehmet Koçer **Hafif Travmatik Beyin Hasarında Nöropsikiyatrik Bulgular** Turan Ayidağa **Hafif Travmatik Beyin Hasarında Tedavi ve Rehabilitasyon** Serkan Zincir	**Gebelerde Antipsikotik Kullanımı** Tülay Satı Kırkan **Prolaktin Yüksekliği Yönetimi** Sultan Efsun Tamdemir **Hipotirodi (Lityum) Yönetimi** Deniz Deniz Özturan **Bağımlılık Yönetimi (Sigara, Alkol, Madde)** Gözde Yontar	
18:15-18:30	**KAHVE ARASI**		
18:30-19:30			
19:30-20:30	**AKŞAM YEMEĞİ**		
20:30-22:00	**SÖZLÜ SUNUM OTURUMU - 2** Oturum Başkanları: Şakir Gıca Merih Altıntaş Selime Çelik Erden Mehmet Ak *Oturum detayları için 24. Sayfaya bakınız.*	**SÖZLÜ SUNUM OTURUMU - 3** Oturum Başkanları: Neslihan Akkişi Kumsar İkbal İnanlı *Oturum detayları için 25. Sayfaya bakınız.*	

Bilimsel Program

<table>
<tr><th colspan="3">19 MAYIS 2023 CUMA</th></tr>
<tr><th>SAAT</th><th>A SALONU</th><th>B SALONU</th></tr>
<tr><td>09.00-09:45</td><td>Konferans – 5:

Bipolar Bozukluk Tanı, Tedavi ve İzleminde Dijitalleşme Mümkün müdür?

Oturum Başkanı: Nesrin Dilbaz

Kürşat Altınbaş</td><td rowspan="2">Panel – 7:

Uzun Etkili Enjekte Edilebilir Antipsikotik Kullanımı

Oturum Başkanları: Ali Çayköylü
Ersin Hatice Karslıoğlu

Şizofrenide Uzun Etkili Enjekte Edilebilir Antipsikotik Kullanımı
Ersin Hatice Karslıoğlu

Bipolar Bozuklukta Uzun Etkili Enjekte Edilebilir Antipsikotik Kullanımı
Neşe Burcu Bal

Uzun Etkili Enjekte Edilebilir Antipsikotik Kullanımı Sırasında Dikkat Edilmesi Gereken Yan Etkiler
Esra Kabadayı Şahin</td></tr>
<tr><td>09:45-10:30</td><td>Konferans – 6:

Breaking Bad: Metamfetamin Düşü ve Gerçeği

Oturum Başkanı: Kürşat Altınbaş

Nesrin Dilbaz</td></tr>
<tr><td>10:30-10:45</td><td colspan="2">KAHVE ARASI</td></tr>
<tr><td>10:45-11:45</td><td colspan="2">UYDU SEMPOZYUMU - 1

Ulusal ve Uluslararası Bakış Açısıyla Tedaviye Dirençli Depresyonda SPRAVATO® Burun Spreyi

Oturum Başkanı: Oğuz Karamustafalıoğlu
Konuşmacı: Siegfried Kasper

Janssen PHARMACEUTICAL COMPANIES OF Johnson&Johnson</td></tr>
<tr><td>11:45-13:00</td><td colspan="2">ÖĞLE ARASI & YEMEĞİ</td></tr>
</table>

Bilimsel Program

	19 MAYIS 2023 CUMA		
SAAT	**C SALONU**	**D SALONU**	**E SALONU**
09.00-09:45	**Panel – 8:** **Erişkinlerde DEHB 'de Güncel Yaklaşımlar-I** Oturum Başkanı: Umut Mert Aksoy **Erişkin DEHB'de Eş Tanılı Anksiyete Bozuklukları ve Depresyon'a Yaklaşım** Ece Büyüksandalyeci Tunç **Erişkin DEHB'de Eş Tanılı AMKB ve Bipolar Bozuklukların Yönetimi ve Tedavisi** Serhat Tunç **Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu'nda Tedavi Uyumu ve Sürekliliği** Mustafa Tunçtürk **Erişkin DEHB'de Psikoterapi ve Psikososyal Yaklaşım için Temel Bilgiler** Şennur Günay Aksoy	**Panel – 9:** **Yeme ve Beslenme Bozukluklarında Güncel Konular** Oturum Başkanı: Çiçek Hocaoğlu **Yeme Bozukluklarının Etiyolojisinde 'Kültürlerarası Farklılıklar'** İlknur Kiraz **Yeme Bozuklukları ve Sosyal Medya Kullanımı İlişkisi** Ali Erdoğan **Sezgisel Yeme ve Yeme Farkındalığı Nedir?** Hatice Ayça Kaloğlu **Farklı Beslenme Tutumları 'Opsomania' ve 'Gıda Neofobisi' Nedir?** Çiçek Hocaoğlu	**Kurs – 3:** **Sosyal Fobiden Hayata Yolculuk** Kadir Özdel
09:45-10:30			
10:30-10:45	**KAHVE ARASI**		
10:45-11:45			
11:45-13:00	**ÖĞLE ARASI & YEMEĞİ**		

Bilimsel Program

19 MAYIS 2023 CUMA		
SAAT	**A SALONU**	**B SALONU**
13:00-13:45	**Konferans – 7:** **Anksiyete Bozukluklarında Bilişsel ve Üstbilişsel Süreçler;** **Bilişsel Süreçler ve Yönetimi** Oturum Başkanı: Kadir Özdel Hakan Türkçapar	**Panel – 10:** **Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Eştanılarına Yaklaşım** Oturum Başkanı: Eyüp Sabri Ercan **Yavaş Bilişsel Tempo'da Güncel Gelişmeler ve Yaklaşımlar** Eyüp Sabri Ercan **İnternet Oyunu Oynama Bozuklugu ile Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Eştanısına Yaklaşım** Gül Karaçetin **Gelişimsel Koordinasyon Bozukluğu ile Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Eştanısına Yaklaşım** Mustafa Tunçtürk **Özgül Öğrenme Güçlüğü ile Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Eştanısına Yaklaşım** Doğa Sevinçok
13:45-14:30	**Konferans – 8:** **Anksiyete Bozukluklarında Bilişsel ve Üstbilişsel Süreçler; Üstbilişsel Süreçler ve Yönetimi** Oturum Başkanı: Hakan Türkçapar Kadir Özdel	
14:30-14:45	**KAHVE ARASI**	
14:45-15:45	**UYDU SEMPOZYUMU - 2** **A' dan Z' ye Ketiapin** Moderatör: Oğuz Karamustafalıoğlu Konuşmacı: David Taylor	
15:45-16:00	**KAHVE ARASI**	
16:00-17:00	**UYDU SEMPOZYUMU - 3** **Psikiyatrik Bozukluklarda Yaşam Boyu Komorbit Durumlar ve Tedavisi** Konuşmacılar: Nesrin Dilbaz Oğuz Karamustafalıoğlu Eyüp Sabri Ercan	
17:00-17:15	**KAHVE ARASI**	

Bilimsel Program

	19 MAYIS 2023 CUMA		
SAAT	**C SALONU**	**D SALONU**	**E SALONU**
13:00-13:45	**Panel – 11:** **Psikiyatrik Hastalıklarda Derin Transkranyal Manyetik Beyin Uyarımı (dTMU)** Oturum Başkanı: Hüsnü Erkmen **Obsesif Kompulsif Bozuklukta Derin Transkranyal Beyin Uyarımı** Elvan Çiftçi **Bağımlılıkta Derin Transkranyal Beyin Uyarımı** Nihal Taştekin **Depresyonda Derin Transkranyal Beyin Uyarımı** Onur Yılmaz	**Panel – 12:** **Genel Tıp ve Psikiyatride Stigmatizasyon** Oturum Başkanı: Ender Kaya **Şizofreni ve Stigmatizasyon** Mustafa Yasin Önder **Bipolar Bozukluk ve Stigmatizasyon** Ceren Meriç Özgündüz **Cinsel Kimlik ve Stigmatizasyon** Pınar Kızılay Çankaya **Genel Tıbbı Bozukluklarda Stigmatizasyon** Ender Kaya	**SÖZLÜ SUNUM OTURUMU – 4** Oturum Başkanları : Aslı Enez Darçın C. Onur Noyan *Oturum detayları için* *26. Sayfaya bakınız.*
13:45-14:30			
14:30-14:45	**KAHVE ARASI**		
14:45-15:45			
15:45-16:00	**KAHVE ARASI**		
16:00-17:00			
17:00-17:15	**KAHVE ARASI**		

Bilimsel Program

19 MAYIS 2023 CUMA		
SAAT	**A SALONU**	**B SALONU**
17:15-18:00	**Konferans – 9:** **Is Treatment Resistant Depression Really Resistant To Treatment?** Oturum Başkanı: Oğuz Karamustafalıoğlu Siegfried Kasper	**Panel – 13:** **Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunda (DEHB) Güncel Yaklaşımlar** Oturum Başkanı: Behcet Coşar **Erişkin DEHB ve Psikiyatrik Eş Tanılar** Efsun Tamdemir **Erişkin DEHB'da Yürütücü İşlevler** Erman Şentürk **Erişkin DEHB, Procrastination: Benzerlikler-Farklılıklar** Yasin Duman **Erişkin DEHB'da Farmakolojik ve Nonfarmakolojik Tedavi Yöntemleri** Yağmur Zorbozan
18:00-18:45	**Konferans – 10:** **Psikiyatrinin Geleceği: Psikopatoloji, Psikofarmakoloji ve Diğerleri** Oturum Başkanı: Mehmet Ak Oğuz Karamustafalıoğlu	
18:45-20.00	**AKŞAM YEMEĞİ**	
20.00-21.30	**Söyleşi** **"Değişen Zamanlarda, Dönüşen Kendimiz"** Moderatör: Aslı Aktümen Konuşmacı: Yazar&Yönetmen&Hekim: Ercan Kesal	

Bilimsel Program

	19 MAYIS 2023 CUMA		
SAAT	**C SALONU**	**D SALONU**	**E SALONU**
17:15-18:00	**Panel - 14:** **Dünden Bugüne Endofenotipler** Oturum Başkanı: İkbal İnanlı **Endofenotiplere Tarihsel Bir Bakış** İkbal İnanlı **Duygudurum Bozuklukları ve Endofenotipler** Ebru Çiftci **Şizofreni ve Endofenotipler**- Yasemin Gökçenoğlu **Endofenotipler ve Dahası** Osman Ak	**Panel - 15:** **Kronobiyolojiye Bütüncül Yaklaşım ve Psikiyatride Uygulamaları** Oturum Başkanı: Pınar Güzel Özdemir **Kronobiyoloji ve Biyolojik Ritmin Bireysel Farklılıkları** Aybüke Aydın **Kronobiyolojinin Ruh Sağlığındaki Önemi** Onur Yılmaz **Bağımlılıklar ve Sirkadiyen Ritim** Sakine Aktaş	**Panel - 16:** **Psikiyatrik Hastalıklarda Kognitif Belirtiler ve Sağaltımı** Oturum Başkanı: Filiz İzci **Psikotik Bozukluklarda Kognitif Belirtiler ve Sağaltımı** Hatice Kaya **Afektif Bozukluklarda Kognitif Belirtiler ve Sağaltımı** Batuhan Ayık **Alkol ve Madde Kullanım Bozukluklarında Kognitif Belirtiler ve Sağaltımı** Sercan Karabulut
18:00-18:45			
18:45-20.00	**AKŞAM YEMEĞİ**		
20.00-21.30			

Bilimsel Program

20 MAYIS 2023 CUMARTESİ		
SAAT	**A SALONU**	**B SALONU**
09:00-09:45	**Konferans – 11:** **Çocukluk Çağı Travmalarının Psikoz Gelişimine Etkisi** Oturum Başkanı: Oğuz Karamustafalıoğlu Alp Üçok	**Panel – 17:** **Erişkin DEHB Tanı ve Tedavisinde Güncellemeler II** Oturum Başkanı: Umut Mert Aksoy
09:45-10:30	**Konferans – 12:** **Afet Psikiyatrisi; Tanı, Tedavi ve Süreç Yönetimi** Oturum Başkanı: Alp Üçok Oğuz Karamustafalıoğlu	**Erişkin DEHB'de Psikoeğitim** Ali Kandeğer **Erişkin DEHB'de Yeni bir Tedavi Yöntemi Nörostimulasyon** Serhat Tunç **Yüksek İşlevli Bireylerde DEHB - Yüksek IQ ve DEHB** Umut Mert Aksoy
10:30-10:45	**KAHVE ARASI**	
10:45-11:45	**UYDU SEMPOZYUMU - 4** **Abilify Maintena Çift Doz Kullanım Deneyimleri** Moderatör: Nesrin Dilbaz Konuşmacılar: Engin Emrem Beştepe Filiz İzci	
11:45-12:00	**ÖDÜL TÖRENİ - 1**	
12:00-12:30	**MİNİ UYDU SEMPOZYUMU** **Tedaviye Dirençli Depresyonda SPRAVATO® Burun Spreyi Nerede, Ne Zaman ve Nasıl Kullanılmalıdır?** Konuşmacı: Çağdaş Eker	
12:30-13:00	**ÖĞLE YEMEĞİ**	

Bilimsel Program

	20 MAYIS 2023 CUMARTESİ		
SAAT	**C SALONU**	**D SALONU**	**E SALONU**
09:00-09:45	**Panel – 18:** **Zaman Döngüsü, Biyolojik Ritim ve Psikiyatri** Oturum Başkanı: Hüseyin Güleç **Vücudumuzun Ritmi: Biyolojik Saatler ve Sirkadiyen Ritim** Özge Bebek İrem **Kronobiyoloji ve Psikiyatrik Hastalıklar** Mihriban Dalkıran Durmuş **Psikiyatrik Hastalıkların Tedavisinde Kronobiyolojinin Rolü** Melike Dönmez	**Panel – 19:** **Poliklinikte Cinsel Yan Etkilere Yaklaşım** Oturum Başkanı: Aslıhan Polat **Antidepresanlara Bağlı Cinsel Yan Etkilerin Yönetimi** Cem Cerit **Antipsikotiklere Bağlı Cinsel Yan Etkilerin Yönetimi** Ezgi Şişman **Ruhsal Rehabilitasyonun Parçası Olarak Cinsel Eğitim** Duygu Nur Tutam	**KURS 4** **Ruhsal Travmalara Yaklaşım Kursu - 1. Bölüm** **Travma Sonrası Stres Bozukluğu'nun Bilişsel Davranışçı Terapisi** Neslihan Akkişi Kumsar **Travmaya Yaklaşımda Prolonged Exposure (Uzamış Maruziyet)** Mehmet Ak **İkincil Travmayı Oluşturma, Önleme ve Yönetmede Medyanın Rolü- Neyi, Nasıl Paylaşmalıyız?** Arzu Erkan
09:45-10:30			
10:30-10:45	**KAHVE ARASI**		
10:45-11:45			
11:45-12:00			
12:00-12:30			
12:30-13:00	**ÖĞLE YEMEĞİ**		

Bilimsel Program

<table>
<tr><th colspan="3">20 MAYIS 2023 CUMARTESİ</th></tr>
<tr><th>SAAT</th><th>A SALONU</th><th>B SALONU</th></tr>
<tr><td>13:00-13:45</td><td>Konferans – 13:

COVID-19 ve Psikiyatri

Oturum Başkanı: Nesrin Dilbaz

Behçet Coşar</td><td rowspan="2">Panel – 20:

Anksiyetenin Farklı Yüzleri: Farklı Anksiyete Bozukluklarında Özgül Bilişsel ve Üstbilişsel Müdahaleler

Oturum Başkanı: Kadir Özdel

Sosyal Anksiyete Bozukluğunda Özgül Bilişsel ve Üst Bilişsel Müdahaleler
Türkan Ağakişiyeva

Panik Bozukluğunda Özgül Bilişsel ve Üstbilişsel Müdahaleler
Fatih Yığman

Sınav Kaygısında Özgül Bilişsel ve Üstbilişsel Müdahaleler
Selim Fidan</td></tr>
<tr><td>13:45-14:30</td><td>Konferans – 14:

Alzheimer Demansta Ajitasyon Tedavisi

Oturum Başkanı: Hüsnü Erkmen

Nesrin Dilbaz</td></tr>
<tr><td>14:30-14:45</td><td colspan="2">KAHVE ARASI</td></tr>
<tr><td>14:45-15:45</td><td colspan="2">UYDU SEMPOZYUMU - 5

10 Yıldır Onunla: Paliperidon Palmitat ile Deneyim ve Güven

Oturum Başkanı: Nesrin Dilbaz
Konuşmacılar: Bora Baskak
Hatice Ersin Karslıoğlu

Janssen Pharmaceutical Companies of Johnson & Johnson</td></tr>
<tr><td>15:45-16:00</td><td colspan="2">KAHVE ARASI</td></tr>
</table>

Bilimsel Program

	20 MAYIS 2023 CUMARTESİ		
SAAT	**C SALONU**	**D SALONU**	**E SALONU**
13:00-13:45	**Panel – 21:** **TRSM'nin Ötekisi Bipolar Bozukluğa Bakış** Oturum Başkanı: Halil İbrahim Taş	**Panel – 22:** **Psikiyatriden Sinemaya; Bir İntihar Örneği: Aftersun Filmi ve İntihar Üzerine Tartışmalar** Oturum Başkanı: C. Onur Noyan	**KURS 4** **Ruhsal Travmalara Yaklaşım Kursu - 2. Bölüm** **Travma Sonrası Stres Bozukluğu'nun Bilişsel Davranışçı Terapisi** Neslihan Akkişi Kumsar **Travmaya Yaklaşımda Prolonged Exposure (Uzamış Maruziyet)** Mehmet Ak **İkincil Travmayı Oluşturma, Önleme ve Yönetmede Medyanın Rolü- Neyi, Nasıl paylaşmalıyız?** Arzu Erkan
13:45-14:30	**TRSM'lerde Bipolar Bozukluğun Yeri** İlkay Keleş Altun **TRSM'lerde Bipolar Bozukluk Vaka Yönetimi** Elif Özcan Tozoğlu **TRSM'lerde Bipolar Bozukluk Tedavi Seçenekleri** Merve Bilgin Koçak **TRSM'lerde Duygudurum Düzenleyicileri** Muhammet Sevindik	**Bir İntiharın Anatomisi: Aftersun Film İncelemesi** E. Yağmur Zorbozan **Yazılı ve Görsel Medyada İntihar** C. Onur Noyan **Umutsuzluk, Sosyoekonomik Kaygılar ve Depresyon: İntihara Sürükleniş** Erman Şentürk **Ebeveyn İntiharı Sonucu Kayıp Yaşayan Bireyleri Anlamak** Gamze Uçar	
14:30-14:45	**KAHVE ARASI**		
14:45-15:45			
15:45-16:00	**KAHVE ARASI**		

Bilimsel Program

20 MAYIS 2023 CUMARTESİ		
SAAT	**A SALONU**	**B SALONU**
16.00-17:00	**UYDU SEMPOZYUMU - 6** **Güncel Anksiyete Kılavuzunda Paroksetin ve Essitalopram** Konuşmacılar: Borwin Bandelow Nesrin Dilbaz	aris ali raif ilaç sanayi
17:00-17:15	**KAHVE ARASI**	
17:15-18:00	**Konferans – 15:** **New Treatments for Depression** Oturum Başkanı: Nesrin Dilbaz Alessandro Serretti	**Panel – 23:** **Psikiyatrik Bozukluklarda Transkranial Manyetik Stimülasyon Uygulamaları** Oturum Başkanı: Behçet Coşar **TMS: Nörobiyoloji ve Etki Mekanizması** Melike Küçükkarapınar **TMS: Uygulama ve Uyarım Protokolleri, Depresyondaki Klinik Kullanımı** Buket Koparal **Bağımlılıkta TMS Uygulamaları** Muhammed Hakan Aksu **Şizofrenide TMS Uygulamaları** Burak Erman Menkü
18:00-18:45	**Konferans – 16:** **Brain and Insulinopathies** Oturum Başkanı: Oğuz Karamustafalıoğlu Alessandro Serretti	
18:45-19:00	**ÖDÜL TÖRENİ - 2**	
19:00-20:00	**AKŞAM YEMEĞİ**	

Bilimsel Program

	20 MAYIS 2023 CUMARTESİ		
SAAT	**C SALONU**	**D SALONU**	**E SALONU**
16.00-17:00			
17:00-17:15	**KAHVE ARASI**		
17:15-18:00	**Panel - 24:** **Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisinin Bugünü** Oturum Başkanı: Merih Altıntaş **Obezite Merkezi ve Psikiyatri Konsültasyonları** Feride Uysal **Transplantasyon Merkezi ve Psikiyatri Konsültasyonları** Ferda Apa **GİS Cerrahisi/Stoma Hastaları ve Psikiyatri Konsültasyonları** Elif Küçük	**Panel - 25:** **Dirençli Anksiyete Bozuklukları ve Dirençli Depresyonda Şema Terapi** Oturum Başkanı: Deniz Deniz Özturan **Dirençli Anksiyete ve Depresyonda Şemalar** Canan Bayram Efe **Dirençli Yaygın Anksiyete Bozukluğunda Şema Terapi** Ayşe Döndü **Dirençli Panik Bozuklukta Şema Terapi** Gözde Yontar **Dirençli Depresyonda Şema Terapi** Ayşe Gökçen Gündoğmuş	**SÖZLÜ SUNUM OTURUMU - 5** Oturum Başkanları: Ali Kandeğer Filiz İzci *Oturum detayları için* *26. Sayfaya bakınız.*
18:00-18:45			
18:45-19:00			
19:00-20:00	**AKŞAM YEMEĞİ**		

Bilimsel Program

20 MAYIS 2023 CUMARTESİ		
SAAT	**A SALONU**	**B SALONU**
20:00-21:30	**Panel – 26:** **Psikiyatride Yeni ve İlginç Başlıklar** Oturum Başkanı: Sermin Kesebir **Alkol ve Madde Bağımlılığında Mikrobiyata** Merih Altıntaş **Duygudurumu Tanımak: Eski ve Yeni Biyobelirteçler, Neredeyiz?** Sermin Kesebir **OKB'de Nörokognitif Süreç** Ayşe Döndü **Perinatal Dönemde OKB Tedavisine Yaklaşım** Hasan Bakay	**Panel – 27:** **Anksiyete ve Depresyon: Nöropeptidler Konusunda Ne Biliyoruz?** Oturum Başkanı: Bülent Bahçeci **Oksitosin ve Vazopresin** Meltem Puşuroğlu **Melanokortinler, Kortikotropin Salgılatıcı Hormon** Fatma Gül Helvacı Çelik **Nöropeptit Y, Nöropeptit S, Galanin Ailesi** Seda Kiraz **Spexin, Nesfatin-1** Bülent Bahçeci

Bilimsel Program

	20 MAYIS 2023 CUMARTESİ		
SAAT	**C SALONU**	**D SALONU**	**E SALONU**
20:00-21:30	**Panel – 28:** **Yaşam Boyu Nörogelişimsel Bozukluklar Klinik ve Nörobiyolojik Özellikler** Oturum Başkanı: Umut Mert Aksoy **Yaşamboyu DEHB'de Yeme Örüntüsü ve Yeme Davranışı ile İlgili Nörobiyolojik Belirteçler** Nilifer Gürbüzer **Çocukluktan Ergenliğe Nörogelişimsel Bozukluklar** Doğa Sevinçok **Erişkin Yaşamda Otizm: Klinik Özellikler ve Klinisyenlere Öneriler** Yasemin Hoşgören Alıcı	**Panel – 29:** **Psikiyatride Az Bilinen ve Az "Görülen" Bir Hastalık: Otoimmun Ensefalit** Oturum Başkanı: Mehtap Arslan **Otoimmun Ensefalit ile Tanışma: Neden Bu Sunumu Yapmaya İhtiyaç Duyduk? Tanımı, Tarihçesi** Mehtap Arslan **Otoimmun Ensefalit Kliniği, Alt Tipleri, Tanı ve Tedavisi** Begüm Yıldırım Cinek **Otoimmun Ensefalit Psikiyatri Pratiğinde Perde Arkasındaki Oyuncu Mu? Tanısal Prosedürde Yeni Bir Yaklaşıma İhtiyaç Var Mı? Reseptör Antikorları ve Psikiyatri** Ali Görkem Gençer **Otoimmun Ensefalit Tanılı Bir Olgu** İrem Çetinbay Şişman	**SÖZLÜ SUNUM OTURUMU - 6** Oturum Başkanları : Ali Erdoğan Hasan Bakay *Oturum detayları için 27. Sayfaya bakınız.*

Bilimsel Program

21 MAYIS 2023 PAZAR		
SAAT	**A SALONU**	**B SALONU**
09:00-10:30	**Panel – 30:** **Epigenetik Mekanizmalardan DNA Metilasyonunun Ruhsal Bozukluklardaki Yeri ve Önemi** Oturum Başkanı: Leman İnanç **Depresif Bozuklukta DNA Metilasyonunun Yeri** Leman İnanç **DNA Metilasyonu ve Psikotropların İlişkisi** Gamze Üstün **Psikotik bozukluklarda DNA metilasyonu** Emine Cengiz Çavuşoğlu	**Panel – 31:** **Çocukluktan Erişkinliğe Ayrılık Anksiyetesi** Oturum Başkanları: Nazan Dolapoğlu E. Erdal Erşan **Ayrılık Anksiyetesine Kuramsal Bakış** Ali Taşdemir **Çocukluk Çağı Ayrılık Anksiyetesi, Ek Tanı, Ayrıcı Tanı ve Tedavi Müdahaleleri** Mehtap Eroğlu **Yetişkinlik Çağı Ayrılık Anksiyetesi Ek Tanı, Ayrıcı Tanı ve Tedavi Müdahaleleri** Mustafa Kurt
10:30-11:00	**KAPANIŞ VE DEĞERLENDİRME - Oğuz Karamustafalıoğlu&Nesrin Dilbaz**	

Bilimsel Program

	21 MAYIS 2023 PAZAR		
SAAT	**C SALONU**	**D SALONU**	**E SALONU**
09:00-10:30	**Panel – 32:** **Erişkin DEHB'de Gözden Kaçanlar** Oturum Başkanı: Ayşe Nur İnci Kenar **Erişkin DEHB'de Yeme Alışkanlığı ve Obezite** Alper Zıblak **Erişkin DEHB'de Prematür Ejekülasyon ve Diğer Cinsel İşlev Bozuklukları** Ayşe Döndü **Erişkin DEHB ile İlişkili Kanserler** Ayşe Nur İnci Kenar	**Panel – 33:** **Bireysel, Ailesel ve Toplumsal Açıdan Ruhsal Bozukluk** Oturum Başkanı: Yavuz Yılmaz **Şizofreni Yakını Olmak** Yalçın Kahya **Ağır Ruhsal Bozukluğu Olanların Ailelerinde Damgalanma** Yavuz Yılmaz **Psikiyatri Servisinde Yatıyor Olmak** Beliz Özen **Gebelerde Cinsel Mitler** Nazan Dolapoğlu	**Panel – 34:** **Psikiyatride İlgi Çeken Konular** Oturum Başkanı: Aydın Kurt **Siberkondri** Fatma Kartal **Mizofoni** Bedriye İlkay Aygül **Kinezyofobi** Aydın Kurt **Sosyotelizm** Betül Gürsoy Çiçek
10:30-11:00			

Sözel Bildiri Oturumları

SÖZLÜ SUNU OTURUMU - 1

18 Mayıs 2023, Perşembe - Salon E - 16:45 - 18:15

Oturum Başkanı: Leman İnanç, Ayhan Güler

Ref No	Sunum No	Başlık	Sunacak Yazar	Sunum Saati
11	SS-01	ŞİZOFRENİ HASTALARININ KLİNİK PARAMETRELERİNE GÖRE EKG DEĞİŞİKLİKLERİNİN İNCELENMESİ	*Yağmur Sever Fidan*	16:45-16:54
12	SS-02	THE RELATIONSHIP BETWEEN SOCIAL MEDIA ADDICTION AND MARITAL SATISFACTION IN MARRIED COUPLES	*Meltem Puşuroğlu*	16:54-17:03
16	SS-03	SENTETİK KANNABİNOİD VE OPİOİD KULLANIM BOZUKLUĞU OLAN HASTALARDA FRONTAL İŞLEVLERİN KARŞILAŞTIRILMASI	*Emine Yağmur Zorbozan*	17:03-17:11
30	SS-04	GERİATRİK DEPRESYON HASTALARINDA BEDENSEL DUYUMLAR VE YAŞAM KALİTESİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ	*Aslı Beşirli*	17:11-17:20
39	SS-07	DEPRESYONDA İNTİHAR DÜŞÜNCESİ OLAN VE OLMAYAN GRUPLARIN ERKEN DÖNEM UYUMSUZ ŞEMALAR AÇISINDAN KARŞILAŞTIRILMASI	*Ayşe Gökçen Gündoğmuş*	17:20-17:29
40	SS-08	OTİZM SPEKTRUM BOZUKLUĞU TANILI ÇOCUKLARDA DOĞUM SIRASI VE HASTALIĞIN ŞİDDETİ ARASINDAKİ İLİŞKİ: VAKA KONTROL ÇALIŞMASI	*Tayfun Kara*	17:29-17:38
45	SS-09	PANİK BOZUKLUĞUNDA DAMGALANMA VE SOSYAL DESTEK, TEDAVİ UYUMU VE YAŞAM KALİTESİNİ BELİRLER Mİ?	*Berkay Arda Cebeci*	17:38-17:47
50	SS-10	PANDEMİ DÖNEMİNDE ACİL SERVİSTEN İSTENEN İNTİHAR GİRİŞİMİ KONSÜLTASYONLARININ SOSYODEMOGRAFİK VE KLİNİK PROFİLİ	*Ferda Apa*	17:47-17:56
160	SS-43	NÖBET TUTAN HEKİMLER İLE NÖBET TUTMAYAN HEKİMLERİN TÜKENMİŞLİK VE DEPRESYON DERECELERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI	*Tijen Acar*	17:56-18:05

SÖZLÜ SUNU OTURUMU - 2

18 Mayıs 2023, Perşembe - Salon C - 20:30 - 22:00

Oturum Başkanı: Şakir Gıca, Merih Altıntaş, Selime Çelik Erden, Mehmet Ak

Ref No	Sunum No	Başlık	Sunacak Yazar	Sunum Saati
32	SS-05	RELATIONSHIP OF METHYLATION AND POLYMORPHISM OF NR3C1 WITH ATTEMPTED SUICIDE OR NONSUICIDAL SELF-INJURY IN SCHIZOPHRENIA	*Hasan Mervan Aytac*	20:30-20:39
33	SS-06	EVALUATION OF LEPTIN AND LEPTIN RECEPTOR GENE POLYMORPHISMS IN SCHIZOPHRENIA: FURTHER EVIDENCE FOR AN ATTEMPTED SUICIDE	*Hasan Mervan Aytac*	20:39-20:48
120	SS-29	DEFİSİT VE NON-DEFİSİT ŞİZOFRENİ HASTALARINDA PERİFERİK İNFLAMASYON BELİRTEÇLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI	*Furkan Özdemir*	20:48-20:57
141	SS-37	ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE AKŞAMCIL KRONOTİPİNİN İNTERNET BAĞIMLILIĞI ÜZERİNE ETKİSİ: DEHB SEMPTOMLARININ ARACI ROLÜ	*Büşra Bakırcı*	20:57-21:06
144	SS-38	UNİPOLAR VE BİPOLAR DEPRESYON HASTALARINDA MONOAMİN OKSİDAZ-A ENZİM AKTİVİTESİ KARŞILAŞTIRILMASI	*Ahmet Şahin*	21:06-21:15
147	SS-40	MAJÖR DEPRESİF BOZUKLUK HASTALARINDA PSİKOZ BENZERİ YAŞANTILARIN İLK 1 AYDAKİ TEDAVİ YANITI ÜZERİDEKİ ETKİSİ	*Oğuzhan Herdi*	21:15-21:24
173	SS-44	HIV İLE YAŞAYAN İNSANLARDA DAMGALANMAYI VE YAŞAM KALİTESİNİ İYİLEŞTİRMEK İÇİN ÇEVRİMİÇİ ACT GRUP TERAPİSİ:BİR ÖN ÇALIŞMA	*Nehir Mutlusoy Eraslan*	21:24-21:33
189	SS-46	THE EVALUATION OF CARDIOVASCULAR RISK THROUGH ATEROGENIC INDEX DURING MANIC, DEPRESSIVE AND MIXED EPISODES OF BIPOLAR D.	*Suat Yalçın*	21:33-21:42
207	SS-53	ANNELİK VE GEBELİĞİN BİLİŞSEL İŞLEVLER ÜZERİNE ETKİSİ	*Zeynep Karaman*	21:42-21:51
213	SS-55	KAHRAMANMARAŞ MERKEZLİ DEPREMLERDEN ETKİLENEN BİREYLERDE TRAVMA SONRASI STRES VE DEPRESYON BELİRTİLERİNİN ARAŞTIRILMASI	*Erkan Göçüm*	21:51-22:00

SÖZLÜ SUNU OTURUMU - 3

18 Mayıs 2023, Perşembe - Salon D - 20:30 - 22:00

Oturum Başkanı: Neslihan Akkişi Kumsar, İkbal İnanlı

Ref No	Sunum No	Başlık	Sunacak Yazar	Sunum Saati
55	SS-12	REMİSYONDAKİ OPİYAT KULLANIM BOZUKLUĞU HASTALARINDA DÜRTÜSELLİK, AŞERME, UYKU BOZUKLUĞU VE GECE YEME SENDROMU İLİŞKİSİ	*Ali Erdoğan*	20:30-20:39
58	SS-13	OBEZ BİREYLERDE DEPRESYON VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER	*Furkan Bahadır Alptekin*	20:39-20:48
61	SS-14	SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA SOSYAL MEDYA KULLANIMI VE YALNIZLIK	*Nilifer Gürbüzer*	20:48-20:57
85	SS-17	ALKOL KULLANIM BOZUKLUĞU OLAN BİREYLERDE SERUM ÜRİK ASİT DÜZEYLERİ İLE BAĞIMLILIK ŞİDDETİ ARASINDAKİ İLİŞKİ.	*Çetin Turan*	20:57-21:06
87	SS-18	AKILLI TELEFON KULLANIM YOĞUNLUĞU VE BİLİNÇLİ FARKINDALIK	*Burcu Bakar Karaman*	21:06-21:15
89	SS-19	MAJOR DEPRESYON TANISI ALAN HASTALARIN, D VİTAMİNİ DÜZEYİ İLE DEPRESYON SEMPTOMLARI VE ÖZ KIYIM RİSKİ ARASINDAKİ İLİŞKİ	*Elif Küçük*	21:15-21:24
92	SS-20	DİL BOZUKLUĞU TANILI ÇOCUKLARDA EMOSYON REGÜLASYONU VE DAVRANIŞ ÖZELLİKLERİ	*Hurşit Ferahkaya*	21:24-21:33
198	SS-50	ANTİSOSYAL KİŞİLİK BOZUKLUĞU OLAN BİREYLERDE BAŞA ÇIKMA TUTUMLARI	*Gülay Taşcı*	21:33-21:42

Sözel Bildiri Oturumları

SÖZLÜ SUNU OTURUMU - 4

19 Mayıs 2023, Cuma - Salon E - 13:00 - 14:30

Oturum Başkanı: Aslı Enez Darçın, C. Onur Noyan

Ref No	Sunum No	Başlık	Sunacak Yazar	Sunum Saati
104	SS-22	DETECTING ADHD BY MOXO-CPT IN YOUNG ADULTS: A PSYCHIATRIC OUTPATIENT SAMPLE	*Hatice Ayça Kaloğlu*	13:00-13:09
106	SS-23	ULTRASONOGRAFİDE SOFT MARKER SAPTANAN GEBELERDE BELİRSİZLİĞE TAHAMMÜLSÜZLÜK VE PSİKİYATRİK BELİRTİLER ARASINDAKİ İLİŞKİ	*Esra Demiryürek*	13:09-13:18
109	SS-25	OPİOİD KULLANIM BOZUKLUĞU OLAN HASTALARDA İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALANMA DÜZEYLERİ İLE ANKSİYETE,DEPRESYON DÜZEYLERİ	*Muhsin Koray Kılıç*	13:18-13:27
116	SS-26	SUPRAVENTRİKÜLER TAŞİKARDİSİ OLAN ÇOCUKLARIN ANNELERİNDE YAŞAM KALİTESİNİN VE ANKSİYETE SEMPTOMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ	*Gözde Yontar*	13:27-13:36
117	SS-27	DEPRESYON HASTALARINDA BEDENSEL BELİRTİLERİN PROBLEM ÇÖZME BECERİLERİ ÜZERİNE ETKİSİ	*Doğancan Sönmez*	13:36-13:45
119	SS-28	COVID-19 PANDEMİSİNİN TÜRKİYE'DEKİ PSİKİYATRİ EĞİTİMİNE ETKİSİ	*Irmak Polat*	13:45-13:54
122	SS-31	GEBELİKTE DEPRESYON,ANKSİYETE BOZUKLUKLARI VE KOMORBİDİTENİN GEBELİK SÜRESİ,DOĞUM AĞIRLIĞI,ERKEN DOĞUM ÜZERİNE ETKİSİ	*Eda Ferahkaya*	13:54-14:03
71	SS-15	VARDİYALI ÇALIŞAN SAĞLIK PERSONELİNDE ÜST BİLİŞ VE RETİNAL OPTİK KOHERENS TOMOGRAFİ BULGULARININ DEĞERLENDİRİLMESİ	*Pınar Güzel Özdemir*	14:03-14:12

SÖZLÜ SUNU OTURUMU - 5

20 Mayıs 2023, Cumartesi - Salon E - 17:15 - 18:45

Oturum Başkanı: Ali Kandeğer, Filiz İzci

Ref No	Sunum No	Başlık	Sunacak Yazar	Sunum Saati
123	SS-32	AĞIR RUHSAL HASTALIK TANILI GERİATRİK POPULASYONDA DEMANS EK TANISI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER; MUĞLA TRSM DENEYİMİ	*Tuna Eker*	17:15-17:24
124	SS-33	6 ŞUBAT DEPREMLERİ SONRASI MALATYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ PSİKİYATRİ KONSULTASYONLARININ RETROSPEKTİF İNCELENMESİ	*Mustafa Akan*	17:24-17:33
127	SS-34	PROBLEMLİ İNTERNET KULLANIMI İLE BELİRSİZLİĞE TAHAMMÜLSÜZLÜK ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ	*Yavuz Yılmaz*	17:33-17:42
130	SS-35	DAYANIKLILIĞIN AFEKTİF NÖROBİLİM KİŞİLİK ÖLÇEĞİ İLE İLİŞKİSİ	*Yasemin Hoşgören Alıcı*	17:42-17:51
134	SS-36	CİNSEL İSTİSMAR MAĞDURU ÇOCUK VE ERGENLERDE İNTİHAR DÜŞÜNCESİ VE DAVRANIŞI İLE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER	*Hurşit Ferahkaya*	17:51-18:00
146	SS-39	EVALUATION OF THE RELATIONSHIP BETWEEN DISABILITY, COGNITIVE FUNCTIONS, AND INSIGHT IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA	*Şerif Bora Nazlı*	18:00-18:09
153	SS-42	AMATEM KLİNİĞİNDE YATARAK TEDAVİSİNİ TAMAMLAMIŞ HASTALARIN TABURCULUK SONRASI TAKİPLERİNİN GERİYE DÖNÜK İNCELENMESİ	*Fikret Ferzan Gıynaş*	18:09-18:18

SÖZLÜ SUNU OTURUMU - 6

20 Mayıs 2023, Cumartesi - Salon E - 20:00 - 21:30

Oturum Başkanı: Ali Erdoğan, Hasan Bakay

Ref No	Sunum No	Başlık	Sunacak Yazar	Sunum Saati
174	SS-45	BİR PSİKİYATRİ POLİKLİNİĞİNDE TAKİPLİ BİPOLAR BOZUKLUK TANILI HASTALARDA TEDAVİYLE İLİŞKİLİ ÖZELLİKLERİN İNCELENMESİ	*Ayşe Erdoğan Kaya*	20:00-20:09
194	SS-48	TIP FAKÜLTESİNDE ÇALIŞAN SAĞLIK PERSONELLERİNDE İNTİHAR DÜŞÜNCESİ YAYGINLIĞININ BELİRLENMESİ	*Ayça Arslan*	20:09-20:18
195	SS-49	OTİZM SPEKTRUM BOZUKLUĞU OLAN ÇOCUKLARIN EBEVEYNLERİNDE SELF-STİGMA VE DEPRESYON: BİR PİLOT ÇALIŞMA	*Ali Erdoğan*	20:18-20:27
200	SS-51	ŞİZOFRENİ HASTALARINDA AKUT PSİKOTİK DÖNEMİN KANDA ÖLÇÜLEN FİZYOLOJİK DEĞERLER ÜZERİNE ETKİSİ	*Suat Yalçın*	20:27-20:36
202	SS-52	BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİNDE YATAN HASTALAR İÇİN İSTENEN PSİKİYATRİ KONSÜLTASYONLARININ İNCELENMESİ	*Tülay Satı Kırkan*	20:36-20:45
209	SS-54	ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI İLE KİŞİLİK İNANÇLARI VE DUYGUSAL ZEKA DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ	*Özgür Maden*	20:45-20:54
121	SS-30	ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE AFEKTİF NÖROBİLİM KİŞİLİK ÖLÇEĞİ PROFİLİNİN YAŞ İLE DEĞİŞİMİ	*Yasemin Hoşgören Alıcı*	20:54-21:03

Poter Bildiri Oturumları

POSTER SUNUMLAR			
19 - 20 Mayıs 2023, Cuma - Cumartesi - Poster Alanı - 09:00 - 16:30			
Ref No	Sunum No	Başlık	Sunacak Yazar
51	PS-01	TEDAVİYE DİRENÇLİ DEPRESYON'DA ESKETAMİN BURUN SPREYİ VE KETİAPİN XR KARŞILAŞTIRMA ÇALIŞMASI ESCAPE-TRD: İLK SONUÇLAR	Aykut Uçar
91	PS-02	ESKETAMINE NASAL SPRAY IMPROVES FUNCTIONING IN PATIENTS WITH TREATMENT RESISTANT DEPRESSION: RESULTS FROM ESCAPE-TRD	S Mulhern-Haughey
6	PS-03	OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK SEMPTOMLARI İLE BAŞLAYAN FRONTOTEMPORAL DEMANS OLGUSU	Ahmet Selim Başaran
7	PS-04	NADİR GÖRÜLEN BİR SANRISAL BOZULUK: ORAL SENESTOPATİ OLGUSU	Ahmet Selim Başaran
10	PS-05	PAROKSETİNE BAĞLI PERİFERİK ÖDEM OLGUSU	Yasin Duman
13	PS-06	"DUYGU DIŞAVURUMU" KAVRAMI KONUSUNDA YAPILAN ARAŞTIRMALAR VE ÖZELLİKLERİ	Ayşe Erdoğan Kaya
21	PS-07	ANKSİYETE VE DEPRESYON İLE PRESENTE OLAN ATİPİK BİR FAHR SENDROMU OLGUSU	Başak Küçük
26	PS-08	TARDIVE DYSKINESIA DUE TO DISCONTINUATION OF HALOPERIDOL, A CASE REPORT.	Şenay Yıldız Bozdoğan
27	PS-09	FLUOKSETİN KULLANIMI SONRASI GELİŞEN KEKEMELİK: BİR OLGU SUNUMU	Aslı Enzel Koç
28	PS-10	ŞİZOİD KİŞİLİK BOZUKLUĞU ZEMİNİNDE ERKEK ANOREKSİYA NERVOSA OLGUSU	Fatma Seher Kocaayan
29	PS-11	İKİ UCU KESKİN BIÇAK; ÇOKLU UZUN ETKİLİ ANTİPSİKOTİK KULLANIMI: OLGU SERİSİ	Ayşe Nur İnci Kenar
48	PS-12	EBEVEYN KAYBI SONRASI HİPOMANİ VE KATATONİK DEPRESYON GELİŞEN BİR OLGU	Burcu Bakar Kahraman
54	PS-13	SERTRALINE INDUCED ENURESIS IN A 10-YEAR-OLD BOY RESOLVES AFTER SWITCHING TO ESCITALOPRAM	Hurşit Ferahkaya
67	PS-14	DEPERSONALİZASYON- DEREALİZASYON BOZUKLUĞU OLAN HASTADA LAMOTRİJİN KULLANIMI	Sümeyye Tuğçe Firidin
74	PS-16	EPİLEPSİ TANILI HASTADA PSÖDÖSİYEZİS: BİR OLGU SUNUMU	Çiçek Hocaoğlu
75	PS-17	AZ BİLİNEN BİR KONU KLEPTOMANİ	Çiçek Hocaoğlu
77	PS-18	ŞİZOFRENİ TANILI HASTADA GIDA İSTİFLEME: BİR OLGU SUNUMU	Çiçek Hocaoğlu
83	PS-19	ERKEN BAŞLANGIÇLI FRONTOTEMPORAL DEMANS OLGU SUNUMU	Celalettin Kılıç
86	PS-20	ÇÖZÜLMEMİŞ YAS VE GECİKEN VEDA: BİR OLGU SUNUMU	Çiçek Hocaoğlu
90	PS-21	FLUOKSETİN TEDAVİSİ İLE SİGARAYI BIRAKMAK: BİR OLGU SUNUMU	Doğa Yöntem
93	PS-22	BİPOLAR DEPRESYONLA TAKİP EDİLEN, PSİKİYATRİ SERVİSİNDE TANI ALAN EPİLEPSİ: İNTERİKTAL DİSFORİK BOZUKLUK: OLGU SUNUMU	İbrahim Şensoy
98	PS-23	OTİZM SPEKTRUM BOZUKLUĞU OLAN VE PLURİLİNGUAL AİLEDE BÜYÜYEN İKİ KARDEŞ OLGUSU	Tayfun Kara
100	PS-24	DUYGUDURUM BOZUKLUĞU İLE EPİLEPSİ KOMORBİDİTE MİDİR AYIRICI TANI MIDIR?	Azra Gökovalı Beğenen
103	PS-25	TRİKOTİLLOMANİ VE TRİKODİNİ BİRLİKTELİĞİ: NADİR GÖRÜLEN BİR PSİKODERMATOLOJİ OLGUSU	Damla Erbil
107	PS-26	PAROKSETİN KULLANIMINA BAĞLI GELİŞEN NORMAL SERUM PROLAKTİN DÜZEYLİ GALAKTORE: OLGU SUNUMU	Meltem Oktay
113	PS-27	TEDAVİYE DİRENÇLİ POSTPARTUM DEPRESYON TANILI HASTADA İNTRANAZAL EKSETAMİN DENEYİMİ: OLGU SUNUMU	İhsan Yelli
114	PS-28	PSİKİYATRİ POLİKLİNİĞİNDE ENDER GÖRÜLEN ENSEFALOMİYOPATİ OLGUSU:MİTOKONDRİYAL NÖROGASTROİNTESTİNAL MİYOPATİ SENDROMU	Osman Akay
118	PS-29	METAMFETAMİN KULLANIMI İLE İLİŞKİLİ İDRAR RETANSİYONU VE GLOB VEZİKALE : OLGU SUNUMU	Sertaç Zengil
125	PS-30	PREEKLAMPSİ, SVO VE MTHFR HETEROZİGOT MUTASYONU OLAN AKUT PSİKOTİK ATAK OLGUSUNA MULTİDİSİPLİNER YAKLAŞIM	Doğa Yöntem
129	PS-31	SERTRALİN KESİLMESİYLE İLİŞKİLİ HİPOMANİ	Pınar Kızılay Çankaya
131	PS-32	COFFİN LOWRY SENDROMUNDA PSİKOZ TEDAVİSİ: OLGU SUNUMU	Fatma Yaprak
132	PS-33	MAYER ROKİTANSKY KÜSTER HAUSER SENDROMLU HASTADA DEPRESYON: BİR OLGU SUNUMU	Ebru Çiftçi
135	PS-34	SERTRALİN'İN NEDEN OLDUĞU MANDİBULAR DİSTONİ VE BRUKSİZM	Nafiye Yağlı
136	PS-35	SERTRALİN İLE İNDÜKLENEN TAVŞAN SENDROMU(RABBİT SYNDROME)	Aslıhan Bilge Bektaş
143	PS-36	OTİZM SPEKTRUM BOZUKLUĞU VE KONVERSİF BOZUKLUK BİRLİKTELİĞİ: OLGU SUNUMU	Tayfun Kara
156	PS-39	LİTYUM KULLANIMINA BAĞLI PALMOPLANTAR PSÖRİAZİS OLGUSU	Niyazi Umut Yıldırımoğlu
157	PS-40	LİTYUM KULLANIMINA BAĞLI PALMOPLANTAR PSÖRİAZİS OLGUSU	Niyazi Umut Yıldırımoğlu
161	PS-41	PSİKİYATRİK HASTALIK TANISI OLAN KİŞİLERDE SİYAH KILLI DİL HASTALIĞI GELİŞİMİ	İlay Dalkıran
162	PS-42	DULOKSETİN İLE KÖTÜLEŞEN ÜLSERATİF KOLİT EK TANILI DEPRESİF HASTA	Muhammet Berkay Özyürek
163	PS-43	BİPOLAR BOZUKLUK TANILI HASTADA CENAZE MANİSİ: BİR OLGU SUNUMU	Çiçek Hocaoğlu
166	PS-44	BİR OLGU ÜZERİNDEN DERMATOFAJİ	Melih Avcı
168	PS-45	GEBELİK VE POSTPARTUM DÖNEMDEKİ HASTADA EKT OLGUSU	Ayça Arslan
170	PS-46	PALİPERİDON VE ARİPİPRAZOL DEPO ENJEKSİYONUN UYGULAMA ŞEKLİNİN DEĞİŞMESİNDEN FAYDA GÖREN MORBİD OBEZ ŞİZOFRENİ OLGUSU	Ayça Arslan
172	PS-47	ÇOCUKLUK DÖNEMİNDE BAŞLAYAN İHMAL EDİLEN BİR TANI 'SOSYAL ANKSİYETE BOZUKLUĞU': BİR OLGU SUNUMU	Çiçek Hocaoğlu
178	PS-48	DEMANS TANILI HASTALARDA İNTİHAR DAVRANIŞI: BİR OLGU SUNUMU	Çiçek Hocaoğlu
180	PS-49	KOMORBİD TINU SENDROMLU, ANKSİYETE VE DEHB BOZUKLUĞU OLAN BİR OLGUYA YAKLAŞIM	Ece Büyüksandalyeci Tunç
196	PS-50	CERRAHİ MENOPOZ SONRASI BAŞLAYAN GEÇ BAŞLANGIÇLI PSİKOTİK BOZUKLUK: BİR OLGU SUNUMU	Çiçek Hocaoğlu

Konuşma Metinleri

İsme göre alfabetik olarak sıralanmıştır.

DOKTOR İNTİHARLARINDA MESLEKTAŞ OLARAK EKSİKLERİMİZ, GÖREMEDİKLERİMİZ

Dr. Ahsen BÜYÜKAVŞAR

Son yıllarda hekim intiharlarının artması ile birlikte, hekimlerde suisid girişimleri için araştırma ve önleme çabaları gündeme gelmiştir. Özellikle tıbbi mesleklerde suisid riskinin yüksek olduğu bilinmekle beraber doktor intiharları ilk sırada yer almaktadır. Hekimler aynı anda pekçok stres yaratan durumla karşılaşmakta ve ÇARESİZLİK duygusuna kapılmaktadırlar ve çaresizlik duygusu suisidal düşünce ile yakın ilişkili olup hekimlerde daha kolay oluşur. Bazı uzmanlık dalları, çalışma ortamı koşulları, ağır iş yükü, uzun saatler vardiya yapma(uyku yoksunluğu) hekimlerde suisid riskini arttırmaktadır. Ancak intiharın bir süreç olduğu ve intihar düşüncesinin öngörücü olduğu da bilinmektedir. Hekimlerde intiharı önleyici müdaheleler eğitim sürecinde öğrencilerin özgüvenlerini artıracak, duygusal ihtiyaçlarını ifade edecek ve statüsü ne olursa olsun herkesin intihara meyilli olabileceğini öğretecek derslerle başlamalı, birinci basamakta tarama, değerlendirme, sevk ve yardım aramaya bağlı damgalanmanın önlemesi ile sürdürülmesi gerekmektedir. Önleyici stratejiler, psikiyatrik bozuklukların daha iyi yönetilmesini, depresyon ve madde kötüye kullanımının tanınmasını ve tedavisini, aynı zamanda mesleki stresi azaltmak için önlemleri ve doktorlar depresyondayken intihar yollarına erişimin kısıtlanmasını içerebilir.

YEME BOZUKLUKLARI VE SOSYAL MEDYA KULLANIMI İLİŞKİSİ

Dr. Ali ERDOĞAN

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Antalya

Sosyal medya kullanımı son on yılda hayatımıza giren ve hızla artan bir durumdur. 2022'de sosyal ağ sitelerinin 3,96 milyar kullanıcıya ulaştığı tahmin edilmektedir. Facebook, YouTube, WhatsApp, Instagram ve TikTok en popüler sosyal medya uygulamaları olarak karşımıza çıkmaktadır.[1] Yeme bozuklukları, diyet kısıtlaması, yiyecek ve vücut hakkında takıntılı düşünceler, telafi edici egzersiz ve psikolojik sıkıntı ile karakterizedir.[2] Son dönemde sosyal medya kullanımı ile yeme bozuklukları arasında ilişkiler olduğu bildirilmektedir. Çalışmalar, sosyal medya kullanımını daha zayıf vücut imajı ve buna bağlı düzensiz yeme ile ilişkilendirmektedir. Sosyal medyada popüler olan ideal görünüme! sahip kişilerin görüntülerine maruz kalma, kendi fotoğraflarını yayınlama ve bununla ilgili olumsuz deneyimler yaşama, başkalarının fotoğraflarını görüntüleme ve görünüş karşılaştırması gibi sebepler yeme bozuklukları ile ilişkilendirilmektedir.[3] Sosyal medya bağımlılığı ile yeme bozukluğu ve obezite arasında da ilişkiler olduğu bilinmektedir. Sosyal medya bağımlılığı yüksek olanların bağımlı olmayan ve bağımlılık düzeyi düşük olanlara göre vücut ağırlığı ve vücut kitle indeksi değerlerinin anlamlı derecede yüksek olduğu bildirilmektedir. Sosyal medya bağımlılığı ile duygusal ve dışsal yeme davranışları arasında pozitif ilişkiler bildirilmiştir.[4] Sonuç olarak sosyal medya kullanımı, beden imajı ve yeme bozukluklarının birbirine bağlı olduğu, sosyal medya kullanımının beden imajı kaygılarına ve psikolojik sıkıntıya katkıda bulunduğu söylenebilir. Kilo yönetimini teşvik eden çevrimiçi içeriğin olumsuz sonuçları olabilir.[5] Bu açıdan sosyal medya kullanımının arttığı günümüzde özellikle gençleri yeme bozuklukları yönünden bilgilendirmek ve korumak son derece önemlidir.

Kaynaklar

https://www.statista.com/statistics/272014/global-social-networks-ranked-by-number-of-users/

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Arlington, VA: Author.

de Valle, M. K., & Wade, T. D. (2022). Targeting the link between social media and eating disorder risk: A randomized controlled pilot study. International Journal of Eating Disorders, 55(8), 1066-1078.

Ayyıldız, F., & Şahin, G. (2022). Effect of social media addiction on eating behavior, body weight and life satisfaction during pandemic period. British Food Journal.

Marks, R. J., De Foe, A., & Collett, J. (2020). The pursuit of wellness: Social media, body image and eating disorders. Children and youth services review, 119, 105659.

OTOİMMUN ENSEFALİT PSİKİYATRİ PRATİĞİNDE PERDE ARKASINDAKİ OYUNCU MU? TANISAL PROSEDÜRDE YENİ BİR YAKLAŞIMA İHTİYAÇ VAR MI? RESEPTÖR ANTİKORLARI VE PSİKİYATRİ

Dr. Ali Görkem GENÇER

Erişkinler arasında 100 binde 0,7 ile 12,6 arasında görülmekte olan ensefalit vakalarının yaklaşık %63'ünde etiyolojik neden(ler) saptanabilmiştir (1). Klinik farkındalık ve teknolojik imkanlar geliştikçe, erişkin ensefalit nedenleri arasında otoimmun ensefalite (OE) giderek daha sık rastlanmaktadır. Günümüz itibarı ile 100 binde 0,8 olan insidansı, neredeyse insidansı 100 binde 1 olan enfektif ensefalit insidansına yakındır (2). Başlangıçta antinöronal veya paraneoplastik antikorların saptandığı (ki bunlar antitümör immün cevabın epifenomenleri olarak değerlendirilebilir) vakalar ön plandayken, voltaj kapılı potasyum kanallarına (VKKK) karşı oluşan antikorların saptandığı ve antiVKKK antikor ensefaliti adı verilen türün keşfedilmesi ile vakaların sadece paraneoplastik zeminde gelişmediği ortaya konuldu. Antikor tarama testlerinin gelişmesi ile non-paraneoplastik tipte olan vakaların sayısı artmaya başladı. Günümüzde ise paraneoplastik vakalar toplam vakaların ufak bir kısmını oluşturmaktadır (3). Daha sonra N-metil-D-Aspartat (NMDA) reseptörünün NR1 alt ünitesine bağlanan antikorlar saptanmış ve bu alt tip, günümüz OE vakalarının en sık görülen tipi haline gelmiştir (4). Gelişmeler, konuya olan ilgiyi arttırmış olup birçok yeni nöron hücre yüzey protein antikoru keşfedilmiştir. Anti-LGI1, Anti-GABA-A, Anti-GABA-B, AMPA, mGluR5, Glisin, DR2, DPPX, Neurexin-3alfa, CASPR2 bunlardan birkaçıdır (1). OE için patognomonik denilebilecek bir klinik bulgu yoktur. Ateşin olmaması, kliniğin belirginleşmesinin günler-haftalar sürmesi, epileptik nöbetlerin kliniğin başlangıcından itibaren sık olması, beyin omurilik sıvısında (BOS) beyaz küre sayısının <100 ve proteinin hafif yüksek olması, beyin MR görüntüleme bulgularının sıklıkla normal olup fokal inflamatuar lezyonların görülmesi sıklıkla rastlanılan OE kliniğidir. OE'nin tanısı konusunda çeşitli zorluklar yaşanmaktadır (1). OE antikorlarının taranabileceği laboratuvar sayısının azlığı, keşfedilen yeni antikorları saptayabilecek teknolojik yatırımın sürekli yapılma zorunluluğu, test sonuçlarının bazen birkaç haftada elde edilebilmesi konuyla ilgili aşılması gereken zorluklardır.

Kaynaklar

1. Goodfellow JA ve Mackay GA. Autoimmune encephalitis. JR Coll Physicians Edinb 2019; 49:287-94.
2. Dubey D, Pittock SJ, Kelly CR et al. Autoimmune encephalitis and a comparison to infectious encephalitis. Ann Neurol 2018;83: 166–77.
3. Vincent A, Buckley C, Schott JM et al. Potassium channel antibody-associated encephalopathy: a potentially immunotherapy-responsive form of limbic encephalitis. Brain 2004; 127: 701–12.
4. Salovin A, Glanzman J, Roslin K et al. Anti-NMDA receptor encephalitis and nonencephalitic HSV-1 infection. Neurol Neuroimmunol Neuroinfl amm 2018; 5: e458.

SOSYAL JET LAG NEDİR ?

Dr. Ali Görkem GENÇER

Işık, fizyolojik ve davranışsal işlevleri dışarıdan gelen sinyallere göre ayarlayan biyolojik sistemimiz için ana belirleyici olma özelliğini taşır. Bu konuda hesaba katılması gereken diğer komponent ise sosyal işaretlerdir. Üretkenlik, rekabet, kültür, etnisite ve din sosyal rutinlerin belirlenmesinde önemli etmenlerdir.(1) Modern yaşam tarzının gerektirdikleri – dayatması sonucunda günlük rutinlerimizin endojen sirkadyan ritmimizle uyuşmazlık gösterme oranı artmaktadır. Araştırmalar, normal sirkadyen ritmin bozulduğu durumların metabolik sendrom, obezite, meme kanseri ve duygudurum bozukluklarına zemin hazırlayabileceğini göstermektedir.(2) Uyku kalitesi ve gündüz uykuluğu kavramlarının yanında son zamanlarda sirkadyen ritm bozukluğunu en sık yol açan faktörlerden birisi olarak üzerinde en çok çalışılan konulardan birisi de sosyal jet lag (SJL) kavramıdır. SJL, sık değişen çalışma ve tatil günlerinden kaynaklanan, uyku ve uyanıklık dönemlerinde sapmaya sebep olarak kişinin sosyal ve biyolojik saatleri arasında uyumsuzluğa neden olan bir biyolojik ayarsızlık fenomeni olarak tanımlanmaktadır.(3) SJL – obezite ve SJL - metabolik risk ilişkisini araştıran çalışmalar birbirine zıt sonuçlar ortaya koyarken, SJL ile depresyon ilişkisi daha belirgindir. Ergenlik, hormonlar, cinsel veya duygusal kötüye kullanım dışlandığında özellikle güneş ışığı miktarının mevsimler arasında daha fazla değişkenlik gösterdiği enlem bölgelerinde yaşayanlarda ilişkinin daha anlamlı olduğu bildirilmektedir.(2) Gün içinde güneş ışığı miktarının değişiminin daha belirgin olduğu yüksek enlemli bölgelerde, kış mevsiminde görülen afektif bozuklukların daha sık saptandığı, orta enlem bölgelerinde yapılan çalışmalarda ise SJL ile anksiyete arasında bir ilişkinin bulunamadığı bildirilmektedir.(4) Benzer sonuçlar SJL ile mani – hipomani, SJL – hallüsinasyon ve SJL – psikoz ilişkisini araştıran çalışmalarda da elde edilmiştir.(5) Yapılan çalışmalarda elde edilen birbirinden farklı ve uyumsuz sonuçlar; çalışmaların farklı enlem ve bölgelerdeki farklı popülasyonlarda yapılmasına, metodoloji ve istatistiksel yöntem farklılıklarına bağlanabilir.(2) Modern yaşamın insandan her geçen gün daha fazla - farklı şey talep ettiği ve günlük rutinleri değiştirdiği çağımızda SJL'nin daha sık gündeme geleceği ve neden olabileceği metabolik, davranışsal, psikiyatrik durumların ilgi odağı olacağı düşünülmektedir.

kaynaklar

1. Soreca I, Frank E, Kupfer DJ. The phenomenology of bipolar disorder: what drives the high rate of medical burden and determines long-term prognosis? Depress Anxiety. 2009;26(1):73–82.
2. Beauvalet JC et al. Social jetlag in health and behavioral research: a systematic review. ChronoPhysiology and Therapy, 2017;7:19–31.
3. Baron KG, Reid KJ. Circadian misalignment and health. Int Rev Psychiatry. 2014;26(2):139–154.
4. Borisenkov MF, Petrova NB, Timonin VD, et al. Sleep characteristics, chronotype and winter depression in 10-20-year-olds in northern European Russia. J Sleep Res. 2015;24(3):288–295.
5. Sheaves B, Porcheret K, Tsanas A, et al. Insomnia, nightmares, and chronotype as markers of risk for severe mental illness: results from a student population. Sleep. 2016;39(1):173–181.

ERİŞKİN DEHB'DE PSİKOEĞİTİM

Dr. Ali KANDEĞER

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), tanısı konan erişkinler, günlük yaşam aktivitelerinde birçok zorlukla karşılaşabilirler. Bu zorlukların üstesinden gelmek için psikoeğitim, bir tedavi yaklaşımı olarak önerilebilir. Psikoeğitim, DEHB semptomlarını anlamak ve yönetmek için bireylere verilen bir eğitim programıdır. Bu program, bireylerin kendilerini daha iyi tanımalarına ve günlük yaşamlarında daha iyi kararlar almalarına yardımcı olabilir. Bu eğitim, hem bireysel olarak hem de grup halinde gerçekleştirilebilir. Yetişkinlerde DEHB'de psikoeğitim, dikkat dağınıklığı, organizasyon becerileri, zaman yönetimi ve stres yönetimi gibi konularda bireyleri eğitir. Bireyler, semptomlarının nedenlerini ve nasıl yönetilebileceğini öğrenirler. Ayrıca, sosyal becerilerini geliştirmelerine ve iş hayatlarında başarılı olmalarına yardımcı olan stratejiler de öğrenirler. Psikoeğitim programları, bireylerin kendi semptomlarını tanımlamalarına ve yönetmelerine yardımcı olmak için terapistler tarafından yönlendirilir. Bu programlar ayrıca, bireylerin semptomlarını azaltmalarına ve psikolojik olarak daha iyi hissetmelerine yardımcı olan farmakolojik tedavilerle birlikte kullanılabilir. Sonuç olarak, yetişkinlerde DEHB'de psikoeğitim, bireylerin semptomlarını yönetmelerine ve günlük yaşamlarında daha iyi kararlar almalarına yardımcı olan etkili bir tedavi yaklaşımıdır. Bireylerin kendilerini daha iyi anlamalarına ve sosyal becerilerini geliştirmelerine yardımcı olan psikoeğitim, farmakolojik tedavilerle birlikte kullanıldığında bireylerin yaşam kalitesini artırabilir.

AYRILIK ANKSİYETESİNE KURAMSAL BAKIŞ

Dr. Ali TAŞDEMİR

Otta Rank döl yatağına geçen rahat bir dönemin ardından, çaba ve girişim gerektiren doğum sonrası koşullara geçişin yeni doğanda yarattığı dehşeti tariflemiştir. Bu tarif 7 yaşında okula başlayan ve ilkokul gününde güven duyduğu aile ortamından uzaklaşması sonrası yaşadığı yoğun anksiyeteye benzetilebilir. Otto Rank döl yatağından ayrılma sonrası oluşan dehşet verici duyguyu birincil anksiyete, ayrılık anksiyetesi olarak tanımlamış tüm kaygıların kökeni olarak görmüştür. Freud doğumda yaşanan anksiyeteye katılsa da hayatın devamında oluşan anksiyetenin cinsel dürtülerden kaynaklanabileceğini ileri sürmüştür. Çocukluğun ilk evrelerinde bakım verenin yitimi sonrası ihtiyaçların karşılanmaması sonrası oluşan anksiyeteyi birincil anksiyete olarak tanımlamıştır. Birincil anksiyete, ankisyetenin en ilkel formu olarak bilinmektedir.

Ayrılık anksiyetesini günümüzde en iyi açıklayan kuram 'bağlanma kuramı'dır. John Bowlby bu kuramın temel yapıtaşlarını tanımlamıştır. Mahler ve Klein'ın nesne ilişkileri kuramından geliştirilmiş olup aynı zamanda evrim kuramı, etiyoloji, kontrol kuramı ve bilişsel psikolojinin kavramlarından da yaralanmıştır. Bağlanma, çocuk ve bakım veren arasındaki ilişkiden temel alan, yakınlık arayışı ile oluşan, tehlikelere karşı korunmayı amaçlayan, özellikle stres durumlarında belirginleşen, tutarlılığı ve devamlılığı olan bir bağ olarak ifade edilebilir. Bowlby'nin bağlanma kuramına göre insan doğuştan bağlanmayı kolaylaştıracak bir davranış örüntüsüne sahiptir. Oluşan bağlanma ile yakınlığın sürdürülmesi, karşısındakinin de yakınlaşma gereksinimini karşıladığından doğal bir süreçtir. Bu sürede kişi yaşanan deneyimler sonucu kendine ve dış dünyaya anlam verir.

Bowlby'nin ''içsel çalışan modeller'' kavramını temel alarak, Bartholomev ve Horowitz dört çeşit bağlanma stili tanımlamışlardır. Bunlar; güvenli bağlanma (olumlu benlik-olumlu başkaları modeli), kayıtsız bağlanma (olumlu benlik-olumsuz başkaları modeli), saplantılı bağlanma (olumsuz benlik-olumlu başkaları modeli), korkulu bağlanma (olumsuz benlik-olumsuz başkaları modeli) stilleridir.

Bağlanma kuramının ilk ortaya çıkmasından itibaren güvensiz bağlanma biçimi psikopatolojilerin belirleyicisi olarak düşünülmüşken, güvenli bağlanma sağlıklı ilişkilerin yordayıcısı olarak görülmüştür. Güvensiz bağlanma stillerinden kaygılı/kararsız bağlanma depresif bozukluklar ve anksiyete bozuklukları ile ilişkili olduğu düşünülürken, güvensiz bağlanma stillerinden bir diğeri olan kaçıngan bağlanma davranış patolojileri ve diğer dışa vurum bozukluklarıyla ilişkilendirilmiştir

Anahtar sözcükler: ayrılık anksiyetesi, bağlanma kuramı, John Bowlby

TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞUNDA ALTERNATİF VE ADAY TEDAVİLER

Dr. Aslı ENEZ DARÇIN

Travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), doğal afet, fiziksel ve cinsel saldırı, kazalar gibi önemli ve hayatı tehdit eden olaylar sonrasında ortaya çıkan ciddi bir ruhsal hastalıktır. Hastalığın önemli ve işlevselliği bozan belirtileri arasında tekrarlayıcı ve canlı anılar, kabuslar ve olaya ilişkin tekrarlayıcı düşünceler, aşırı tetikte olma ve uyarılmışlık hali, uyku bozuklukları, olayın bir kısmını anımsamada güçlük, dikkat sorunları gibi bilişsel belirtiler ile duygusal uyuşma hali, depresif duygudurum sayılabilir. Tedavi edilmediğinde önemli işlevsellik bozulmalarına neden olan TSSB'nin tedavisinde kanıta dayalı kullanılan yöntemler; bilişsel davranışçı terapi, göz hareketleri ile duyarsızlaştırma ve yeniden modelleme ile anksiyolitik ve serotonerjik etkili psikofarmakolojik yaklaşımlardır.

Mevcut kanıta dayalı tedavilerin dışında TSSB tedavisi için alternatif nitelikte bazı aday psikofarmakolojik tedavi ve psikoterapi yöntemlerine ilişkin çalışmalar sürmektedir. TSSB için halen araştırma safhasında olan bazı yeni ve aday tedaviler; ketamin, 3,4-metilendiyoksimetamfetamin (MDMA), psilosibin gibi psikedeliklerdir. Bu ilaç gruplarından büyük kısmı FDA onaylı olmamasına karşın deneysel çalışmalarda terapi desteği birlikte uygulanmaktadır. Ayrıca sanal gerçeklik ve Trans Magnetik Uyarım tedavisi uygulamaları, kanıta dayalı etkinlik gösteren psikoterapilere eklenerek travma sonrası stres bozukluğu tedavisinde olumlu sonuçlar verebilmektedir.

Bu sunumda TSSB'nin kanıta dayalı psikofarmakolojik ve psikokofarmakoloji dışı tedavilere eklenen ve tek başına kullanılan yeni ve aday tedaviler, ilişkili çalışmaların sonuçları paylaşılacaktır.

Kaynaklar

1. Mithoefer, M. C., Feduccia, A. A., Jerome, L., Mithoefer, A., Wagner, M., Walsh, Z., ... & Doblin, R. (2021). MDMA-assisted psychotherapy for posttraumatic stress disorder: A fixed dose, randomized, double-blind, phase 3 study. The Lancet Psychiatry, 8(7), 591-601.
2. Carhart-Harris, R. L., Bolstridge, M., Day, C. M., Rucker, J. J., Watts, R., Erritzoe, D. E., ... & Nutt, D. J. (2018). Psilocybin with psychological support for treatment-resistant depression: an open-label feasibility study. The Lancet Psychiatry, 5(5), 356-363.
3. Isserles, M., Shalev, A. Y., Roth, Y., Peri, T., Kutz, I., & Zlotnick, E. (2013). Effectiveness of deep transcranial magnetic stimulation combined with a brief exposure procedure in post-traumatic stress disorder-a pilot study. Brain stimulation, 6(3), 377-383.

TOPLUM RUH SAĞLIĞI MERKEZİ'NDE TAKİP SİSTEMİ VE VAKA YÖNETİCİLİĞİ: BURSA ÖRNEĞİ

Dr. Aybike TELKÖK ŞEN

Bursa Çekirge Toplum Ruh Sağlığı Merkezi

Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri, 2011 yılında ağır ruhsal bozukluğu olan hastalara, toplum temelli ruh sağlığı modeli çerçevesinde bireysel işlevselliği arttırmaya yönelik etkin tedaviler sunulması, psikososyal destek hizmetlerinin sunulması, takip ve tedavilerinin yaşadıkları ortamda, birinci basamak sağlık hizmetlerine entegre biçimde sunulabilmesi için Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumuna bağlı yataklı sağlık tesisleri bünyesinde faaliyet göstermek üzere sağlık bakanlığı tarafından yayınlanan kararnamede ilgili hükme dayanarak kurulmuştur. Temel hedef ağır ruhsal bozukluğu bulunan hastalara ait kayıt ve istatistiklerin tutulması, kayıtlı hastaların güçlendirilmesini ve toplumla bütünleşmesini hedef alan rehabilitasyon, psikososyal beceri kazandırma ve desteklemeye ilişkin plan, program ve çalışmaların yapılması, hastalık durumlarının değerlendirilmesi, tedavi edilmesi ve izlenmesi, topluma, hasta yakınlarına, sağlık personeline ve diğer ilgili personele ağır ruhsal bozukluklar alanında eğitim verilmesidir. Hizmet vaka yöneticiliği esasına dayanır ve vaka yönetimi ve hasta takibi kurumda görevlendirilmiş ve "Toplum Ruh Sağlığı Merkezi Çalışma Prensipleri Genel Uyum ve Teori Eğitimi"ni almış olması beklenen sağlık personeli tarafından yapılır. Vaka yöneticiliği kapsamında hastanın kuruma kabulü, tedavisini düzenli alıp almadığının takibi, tedavi alan hastalarda etkinliğin ve yan etkilerin izlenmesi, hastanın bakım planı çerçevesinde biyolojik, psikolojik ve sosyal açılardan ihtiyaçlarının tespit edilerek destek planları oluşturulması yer alır. Ailenin bilgilendirilmesi, bakımveren yükü açısından değerlendirilip gerekliyse desteklenmesi, kuruma gelemeyen hastalar için ev ziyaretleri planlanması ve topluma yönelik damgalanma karşıtı bilgilendirme çalışmaları da takip sisteminin amaçlarındandır. Bu sunumda Bursa'da yer alan ve ilk kurulan merkezlerden olan ve 2011 yılından itibaren hizmet veren bir Toplum Ruh Sağlığı Merkezi örneği üzerinden takip sistemi ve vaka yöneticiliğinin işleyişi ele alınacaktır.

KRONOBİYOLOJİ VE BİYOLOJİK RİTMİN BİREYSEL FARKLILIKLARI

Dr. Aybüke AYDIN

Memelilerden prokaryotlara kadar neredeyse tüm canlıların, dünyanın 24 saatlik döngüsüne uyarlanmış bir iç saati mevcuttur. Sirkadiyen ritimler, çeşitli fizyolojik süreçlerde yaklaşık 1 günlük bir süre ile kendi kendine devam eden dalgalanmaları ifade eder. (Latince circa = yaklaşık; dies = gün) Bu iç sirkadiyen saat, vücudun dış ortama uyum sağlamasına olanak sağlamaktadır.

İnsanlarda en belirgin sirkadiyen ritim uyku-uyanıklık döngüsüdür. Hipotalamusta bulunan suprakiazmatik çekirdek (SCN), sirkadiyen ritim merkezidir. SCN, hipotalamo-hipofiz-adrenal (HPA) aksı ve epifiz bezinden melatonin salgılanması dahil uykuyu modüle eden çoklu nörotransmitter sistemleri doğrudan düzenler. Son araştırmalar, sirkadiyen ritimlerdeki bozulmanın, uyku bozuklukları, kanser, enfeksiyonlara duyarlılık, metabolik sendrom, Alzheimer hastalığı ve yaşlanma ile ilişkili olduğunu göstermiştir.

İnsanlarda sirkadiyen ritimler, altta yatan genetik faktörler ile karmaşık fenotipler gösterir. Kişilerin tercih ettikleri uyku ve aktivite zamanlamalarındaki farklı fenotipler, kronotip olarak tanımlanır. Günün erken saatlerinde aktif olan kişiler ile günün ilerleyen saatlerinde aktif olan kişiler arasında farklılıklar gözlenebilir. Bu özellik, sırasıyla sabahçıl ve akşamcıl olarak adlandırılır. Yetişkin popülasyonun yaklaşık %60'ı ara tip olarak sınıflandırılır, %40'ı ise sabahçıl ya da akşamcıl tipidir. Kronotip epidemiyolojisinde; yaş, cinsiyet gibi bireysel faktörlere ek olarak, perinatal fotoperiyot ve ışığa maruz kalma gibi çevresel faktörler de önemlidir. Kronotipteki farklılıkların, kişilik özellikleri, alışkanlıklar ve yaşam tarzı üzerinde de etkisi olduğu saptanmıştır. Sabahçıl ve akşamcıl tipleri arasında melatonin profili açısından farklılıklar mevcuttur.

Sabahçıl ve akşamcıl tipler, uyku-uyanıklık zamanlaması ve 24 saatlik zihinsel-fiziksel aktivasyon açısından farklılık göstermektedir. Sabahçıllar; erken yatıp erken kalkmaktadır ve günün erken saatlerinde en yüksek zihinsel ve fiziksel performanslarına ulaşmaktadır. Akşamcıllar ise daha geç kalkmaktadır ve günün ikinci yarısında en iyi performanslarına ulaşmaktadır.

Kronotip, ayrıca tutumları, yaşam tarzını, bilişsel işlevleri, atletik performansı ve kişilik özelliklerini de etkileyebilmektedir.

Sonuç olarak; sirkadiyen ritim, insan fizyolojisinin düzenlenmesinde kapsayıcı bir rol oyna- maktadır. Bu alandaki literatür arttıkça, birçok hastalığın ortaya çıkışında sirkadiyen ritmin önemi görülmektedir.

Kaynaklar

1. Czeisler CA, Duffy JF, Shanahan TL, et al. Stability, precision, and near-24-hour period of the human circadian pacemaker. Science. 1999;284(5423):2177–81.
2. Collop NA, Salas RE, Delayo M, et al. Normal sleep and circadian processes. Crit Care Clin. 2008;24(3):449–60.
3. Patke A, Murphy PJ, Onat OE, et al. Mutation of the Human Circadian Clock Gene CRY1 in Familial Delayed Sleep Phase Disorder. Cell. 2017;169(2):203-215.e13.
4. Hirano A, Shi G, Jones CR, et al. A Cryptochrome 2 mutation yields advanced sleep phase in humans. Elife. 2016;5.
5. Adan A, Archer SN, Hidalgo MP, et al. Circadian typology: a comprehensive review. Chronobiol Int. 2012;29(9):1153–75.

KİNEZYOFOBİ

Dr. Aydın KURT

Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı

Kinezyofobi (hareket etme korkusu), ağrılı bir yaralanmaya veya yeniden yaralanmaya karşı savunmasızlık duygusu nedeniyle, fiziksel bir hareketi gerçekleştirmek için aşırı, irrasyonel ve zayıflatıcı bir korku olarak tanımlanır. Kinezyofobinin etyopatogenezinde bilişsel korku kaçınma modeli, düşük öz-yeterlilik ve zayıf sağlık algısı modelleri en çok üzerinde durulan teorilerdir.

Kronik ağrıda kinezyofobi prevalansı %50 ile %70 arasında değişmektedir. Kinezyofobi en çok yaşlı bireylerde, kronik kas-iskelet ağrısında ve kalça kırığı ve osteoartrit gibi kas-iskelet cerrahisi sonrası postoperatif dönemde görülür. Son yıllarda koroner kalp hastalığı, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (%68.2), post-COVID ağrı (%32.2), kronik yorgunluk sendromu, meme kanseri (%30-42) ve migren (%53) gibi hastalıklarda kinezyofobinin hastalığın seyri ve tedavi yanıtı üzerinde olumsuz etkileri olduğunu bildiren birçok çalışma yayınlanmıştır. Kinezyofobi, genellikle Kinezyofobi Tampa Ölçeği (TSK) ile değerlendirilse de, hareket korkusunu değerlendirmek için özel bir ölçek yoktur.

Yapılan çalışmalarda ileri yaşın, kadın cinsiyetin, yüksek BMI seviyesinin, obezitenin, fiziksel travma öyküsü varlığının, yüksek anksiyete ve depresyon seviyesinin kinezyofobi gelişmesi için risk faktörü olduğu bildirilmiştir.

Yaşlı hastalarda (>65) yapılan bir araştırma, yüksek düzeyde kinezyofobi varlığının yaşlı erişkinlerde yürüme hızını, dinamik dengeyi, ikili görev denge performansını ve ikili görev maliyetini etkilediğini göstermiştir.[1] Kronik kas-iskelet ağrısı olan 10.000'den fazla hastayı içeren 63 çalışmanın gözden geçirilmesinde, yüksek kinezyofobi puanlarının daha yüksek ağrı yoğunluğu, sakatlık, daha yüksek ağrı şiddeti ve düşük yaşam kalitesiyle ilişkili olduğu bildirilmiştir.[2]

Kinezyofobi ile birlikte fiziksel aktivite ciddi şekilde azalmaktadır. Bu da sedanter yaşama, kilo almaya, kalp damar hastalıklarının gelişimine, DM gibi metabolik hastalıkların gelişime ve yatak yarası açılmasına zemin hazırlamaktadır. Bu durumların hepsi de morbidite ve mortalite oranlarını en çok arttıran faktörlerdir. Bundan dolayı kinezyofobinin tanınması ve etkin bir şekilde tedavi edilmesi hayati derecede önemlidir.

Kaynaklar

1. Kocaman AA and Aydogan-Arslan S. Comparison of gait speed, dynamic balance, and dual-task balance performance according to kinesiophobia level in older adults. Somatosensory and Motor Research. 2023; https://doi.org/10.1080/08990220.2023.2165056
2. Luque-Suarez A, Martinez-Calderon J, Falla D. Role of kinesiophobia on pain, disability and quality of life in people suffering from chronic musculoskeletal pain: a systematic review. Br J Sports Med 2019;53:554–559.

ALZHEİMER HASTALIĞINDA BİYOMARKER VE TERAPÖTİK HEDEFLER

Dr. Ayşe DÖNDÜ

Aydın Devlet Hastanesi Psikiyatri

Alzheimer hastalığı genetik faktörlerin rol oynadığı nörodejenaratif hastalıklardan biridir. Bu nedenle genetik hedeflere dayanan tedavi stratejileri ve çalışmaları geliştirilmeye çalışılmaktadır.

Epigenetik değişiklikler DNA methylation/demethylation, histone modifications, microRNA regulation) bir çok fizyolojik ve patolojik durumlarda yaygın olarak ortaya çıkmaktadır. Bir çok dokunun yaşlanma sürecinde ve Alzheimer tipi demans gibi nörodejenaratif süreçlerde etkili rol oynamaktadır ve bu epigenetik değişikler yaşam boyu sürer. Yaşlanma ile birlikte birçok dokuda çoklu epigenetik değişiklikler olmaktadır. Epigenetik müdahale hipokampüsü değiştirebilir ve yaşa bağlı bilişsel işlev bozukluğunu düzeltebilir.

BDNF'nin nöropsikiyatrik ve nörodejeneratif bozuklukları ile ilişkili olduğu ve Alzheimer hastalığının ilerlemesinde önemli bir rol oynadığı bulunmuştur. Alzheimer hastalarının beyin korteklerinde azalmış BDNF messenger RNA (mRNA) seviyesi ve BDNF protein seviyesi gözlenmiştir ve benzer sonuçlar hayvan modellerinde de bulunmuştur. Çalışmalar, BDNF'nin TrkB ve ERK1 / 2 sinyal yolağını etkinleştirerek Aβ peptidinin nörotoksisitesine karşı koruyucu etki gösterdiği ve Aβ peptidi tarafından uyarılan hasarı tamir ettiğini göstermiştir.BDNF gen terapisinin, nöronal dejenerasyonu önlediği ve Alzheimer hastalarında nöronal fonksiyonu uyardığı gösterilmiştir.

BDNF, olgun BDNF'yi oluşturmak için proteolitik olarak parçalanan bir öncü protein (proBDNF) üretir. ProBDNF tercihen apoptoz, aksonal retraksiyon ve dendritik spinlerin budamasını tetikleyebilen p75NTR reseptörüne bağlanırken olgun BDNF hücre döngüsüne, nörit büyümesine ve sinaptik plastisitesine aracılık etmek için TrkB reseptör tirozin kinazına bağlanır. Gen ayrıca, *BDNF'nin* downstream yönünde konumlanan kodlama yapmayan bir BDNF antisens RNA geni (*BDNF-AS*) ile düzenlenir. *BDNF-AS* transkripsiyonu *BDNF*'yi bastırabilir; *BDNF – AS'nin bu inhibisyonu,* protein seviyelerini arttıran ve nöronal gelişimin ve farklılaşmayı sitümüle eden *BDNF mRNA'sını upregüle eder.* Bu nedenle, hem *BDNF* ve *BDNF-AS* algı ve öğrenmeyi etkileyebilir ve insanlarda hafıza performansı üzerinde etkili olabilecek gen polimorfizmlerin için aday gen lokusları olabilir. Alzheimer tipi demans gelişim riski yüksek bir hastayı tanımlamak için yeni bir markır olarak kullanılabilileceği, hastalığın önlenmesi ve tedavisinde etkili olabileceği düşünülmektedir.

Kaynaklar

Wang, J., Yu, J.T., Tan, M.S., Jiang, T., Tan, L. 2013. ''Epigenetic mechanisms in Alzheimer's disease: implications for pathogenesis and therapy'' Ageing Research Review, 12,1024–1041.

Li, G.D., Bi, R., Zhang, D.F., Xu, M., Luo, R., Wang, D., ADNI, Fang,Y., Li, T., Zhang, C., Yao, Y.G. 2017. ''Alzheimer's Disease Neuroimaging Initiative (ADNI). Female-specific effect of the BDNF gene on Alzheimer's disease'' Neurobiology Aging. 53,192

Cunha, C., Brambilla, R., Thomas, K.L. 2010. '' A simple role for BDNF in learning and memory? ''Frontiers in Molecular Neuroscience. 3, 1.

DİRENÇLİ YAYGIN ANKSİYETE BOZUKLUĞUNDA ŞEMA TERAPİ

Dr. Ayşe DÖNDÜ

Aydın Devlet Hastanesi Psikiyatri

Değiştirilmesi zor, çocukluk ve ergenlik döneminde belirgin kökenleri bulunan psikolojik rahatsızlıklar için tasarlanmış Bilişsel, davranışçı, kişiler-arası, yaşantısal teknikleri birleştiren bütünleştirici bir teori ve tedavi şeklidir.

Terapi ilişkisine, duygulanıma, çocukluk yaşantılarını ve gelişimsel süreçlerine, başa çıkma yöntemlerine, temel yaşam olaylarına daha fazla önem vermektedir.

Yaygın anksiyete bozukluğu, DSM-5'te belirtildiği üzere, kişinin en az altı aylık bir sürenin çoğu gününde birtakım etkinliklerde aşırı kaygı yaşaması ve bu kuruntularını denetim altına almakta zorlanmasıyla kendini gösterir (Amerikan Psikiyatri Birliği [APB], 2014). DSM-5'e göre, bu kaygı ve kuruntuya huzursuzluk, gergin ya da sürekli diken üstünde olma hali, kolay yorulma, odaklanmada güçlük çekme, kolay kızma, kas gerginliği, uyku bozukluğu belirtilerinden en az üçünün eşlik etmesi beklenir. Ayrıca bu belirtilerin kişinin yaşam alanlarındaki işlevselliğinde düşmeye neden olduğu ve bu bozukluğun bir maddenin ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojik etkilerine bağlanamayacağı, başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamayacağı belirtilmektedir.

Young (1990) tarafından yaşam boyu tekrarlayan yıkıcı duygusal ve bilişsel örüntüler olarak tanımlanan erken dönem uyumsuz şemalar ve şemalarla başa çıkma şekillerinin araştırılması gerektiğini ifade etmektedir (Hoffart, 2012). Başka bir deyişle, hastalığı sürdüren şemalar değiştirilmediği takdirde kişide var olan bozuklukların tam olarak ortadan kalkması gerçekleşmeyebilir.

Kaygı bozukluklarında en önemli şemalar;dayanık sızlık,karamsarlık, kuşkuculuk, terk edilme, fedakarlık ve cezalandırıcılıktır. Örneğin dayanıksızlık şemasında; Dayanıklı bir bünyem yok, Dünya tehlikelerle dolu bir yerdir düşünceleri hakimdir.

Tüm Bozulmuş Hareket Özgürlüğü Şemaları gibi, Dayanıksızlık şemasında da, aşırı koruyucu bir ana baba tutumu vardır. Bu kollamaya anne babanın endişeli tutumları da eşlik eder. Çocuk, çocuk yaşlardan itibaren terlerse, soğuk su içerse veya çıplak ayakla gezerse hasta olacağına, futbol oynarsa ayağı kırılacağına, sokakta gezerse kaçırılacağına veya saldırıya uğrayacağına inandırılır.

Şema terapide bilişsel olarak adli, tabii, maddi, tıbbi, akli ve saldırıya uğrama alanlardaki tehlike algılarını değiştirmek için teknikler uygulanır.

Şema terapinin yaşantısal teknikleri kullanılarak fobik ve aşırı koruyucu ebeveynlerle görselleyerek diyalog yapmaya çalışılır. Olumlu sonuçları görsellemek ve "huzura dayanmayı" sağlamak amaçlanır.

Davranışçı yöntemlerle korkulan durumlar hiyerarşik olarak sıralanır ve kaçınmanın üstesinden gelmek için bu durumlara kademeli olarak yüzleştirme yapılır.

Terapi İlişkisinde kaçınmayı göğüsleyerek sakin ve mantıklı güven verme hedeflenir.

Kaynaklar

Young, J. E., Klosko, J.S. ve Weishaar, M.E. (2003). Schema therapy: A practitioner's guide. New York. The Guilford Press.
Eyvah Kötü Bir şey olacak, Dr.H.Alp Karaosmanoğlu

OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK VE NÖROKOGNİTİF SÜREÇ

Dr. Ayşe DÖNDÜ

Aydın Devlet Hastanesi Psikiyatri

OKB istenmeden gelen ve uygunsuz olarak yaşanan, belirgin anksiyete ya da sıkıntıya neden olan, yineleyici ve sürekli düşünceler ile obsesyona bir tepki olarak ya da katı bir biçimde uygulanması gereken kurallara göre yapmaktan kendini alıkoyamadığı yineleyici davranışlardan oluşan, dünyada depresyon, fobiler ve madde kötüye kullanımından sonra en sık görülen psikiyatrik bozukluktur.

Fronto-subkortikal devrelerde kortikostriatal bilginin işlenmesi, farklı nörotransmitter sistemleriyle olmaktadır. (serotomin, glutamat, dopamin)

OKB nin de yüksek genetik geçiş göstermesi ve dirençli seyredebilmesi erken yaşlarda başlayabilmesi ve tik gibi bazı bozukluklarla beraber gitmesi son zamanlarda nörodejeneratif hastalıklardan biri olarak düşünülmesine sebep olmaktadır.

Çoğunlukla sinsi başlangıçlıdır ve kronik, ilerleyici bir seyir gösterir. Belirtilerin bozukluk tablosuna girmesi zaman alabilir. Ancak bazı hastalar ani başlangıç tanımlayabilirler ve genellikle bu hastalarda hastalıkla ilişkili bir nörolojik temel olduğu öne sürülmektedir Direkt devredeki fonksiyon bozukluğu, anormal talamik inhibisyona yol açarken indirekt devrenin fonksiyon bozukluğu, disinhibisyona ve aşırı talamik aktiviteye yol açar. Bu model direkt striato-pallidal ve indirekt striato-pallidal yolaklar arasındaki antagonizma üzerine kuruludur. Çoğu araştırma ekibi, OFK'de fonksiyonel aktivitede artış bulmuştur. Aktivite artışı bilateral, sola (veya sağa sınırlı bulunmuştur. Bu bulgu, sıklıkla bilateral ASK'de fonksiyonel aktivitenin artışıyla birliktedir (88). Ek olarak, bilateral kaudat nukleus başında veya sağ nukleus kaudatus başında ve bilateral talamusta (87) veya sağ talamusta aktivite artışı saptanmıştır f-MRI çalışmalarında ise OKB'li hastalarda provakatif testlerle bilateral olarak orbitofrontal, anterior singulat ile kaudat çekirdek ve amigdalada aktivasyon saptanmıştır

Greisberg ve McKay OKB hastalarında bilişsel defisitlerin en tutarlı olarak, kısa ve uzun dönemli bellekle birlikte organizasyonel stratejilerin kullanımını gerektiren testlerde saptandığını ilk ileri süren araştırmacılar arasında yer almaktadır Nöropsikolojik çalışmalar, OKB hastalarında frontal lob işlevleri, görsel mekansal işlevler ve hafıza işlevlerindeki performansların birbirleriyle uyumsuz olarak kötüleşme gösterdiğini ortaya koymuştur . Bununla birlikte, OKB hastalarındaki başlıca ve en çok tekrarlanan anormallik yürütücü işlevler ve görsel bellekteki fonksiyon bozukluğudur. HDAC gen polimorfizmleri ile OKB arasında ilişki olduğu gösterilmiştir. Hayvan çalışmalarından elde edilen sonuçlara göre histon asetilasyonunun hipokampusteki bellek süreçlerini etkileyen mekanizmalar üzerinde de etkili olduğu ortaya çıkmıştır. OKB de özellikle kontrol obsesyonları olan hastalarda bellek ile ilgili sorunlar olduğu düşünülmekte ve bu konuda literatürde bir çok çalışma mevcuttur.

Kaynaklar

Greisberg S, McKay D. Neuropsychology of obsessive-compulsive disorder: a review and treatment implications. Clin. Psychol. Rev 2003; 95–117.

Rampacher F, Lennertz L, Vogeley A, Rauschenbach S, Kathmann N , Falkai P , Wagne M. Evidence for specific cognitive deficits in visual information processing in patients with OCD compared to patients with unipolar depression .Progress in Neuro-Psychopharmacology & BiologicalPsychiatry 2010; 34: 984–991.

Dondu A, Orenay Boyacıoğlu S, Çalışkan M. Link between obsessive-compulsive disorder and polymorphisms in HDAC genes. Braz J Psychiatry. 2022;44(2):156-163.

ERİŞKİN DHEB'DE PREMATÜR EJAKÜLASYON VE DİĞER CİNSEL İŞLEV BOZUKLUKLARI

Dr. Ayşe DÖNDÜ

Aydın Devlet Hastanesi Psikiyatri

Prematür ejakülasyon (PE), vajinal penetrasyondan sonra kişinin isteği dışında bir dakika içinde olan kalıcı veya tekrarlayan boşalmanın olduğu bir durumdur. Erkeklerde en sık görülen cinsel işlev bozukluğudur. PE, ilk cinsel deneyimden itibaren başlıyorsa birincil olarak kabul edilir, birleşme sırasında hemen hemen her seferinde olur, 60 saniyeden az sürer (Yaşam boyu PE); PE nispeten normal olan bir cinsel ilişki döneminden sonra ortaya çıkarsa ikincil olarak kabul edilir. (edinilmiş PE).Türkiye de PE prevalansı ve yaşam boyu PE prevalansı diğer ülkelere benzer olup sırasıyla %9,2 ve %2,3.3-6 olarak saptanmıştır. Yaşam boyu PE'nin psikopatolojisi tamamen anlaşılamamış olup hiçbir teori yeterli bir açıklama sağlayamamaktadır. Psikolojik faktörlerin yanı sıra nörobiyolojik ve genetik faktörler de yaşam boyu PE etiyolojisinde rol oynar. PE'li çok az erkek tedavi olabilmekte ve sürece bağlı olarak tedavi edilmediği sürece stres, kaygı, depresyon, hayal kırıklığı, benlik saygısında azalma, ilişki sorunları ve diğer cinsel işlev bozukluklarına neden olmaktadır.

DEHB olan kişilerde kontrollere kıyasla cinsel işlev bozukluğu özellikle PE insidansı daha sıktır. Bijlenga ve arkadaşları DHEB olan erkeklerde PE ve cinsel birleşme sonrasında negatif duygular gibi sorunların daha sık olduğunu ve DHEB tedavisi görenlerde cinsel işlev bozukluklarının da iyileşebileceğini bulmuşlardır. İkincil PE yi anlayabilmek için bir çok çalışma yapılmıştır. yaşam boyu PE olan hastaların değerlendirilmesi sırasında DEHB'yi ele almak önemlidir

Edinilmiş PE'nin anksiyete, depresif bozukluklar, ilişki sorunları, prostatit veya tiroid gibi fiziksel bozukluklarla ortaya çıkabileceği bilinirken yaşam boyu PE'nin etiyolojisi belirsizdir.

PE nörobiyolojik bir fenomendir ve serotonerjik sisteme ek olarak dopamin, oksitosin gibi nörotransmitterler veya genetik faktörler rol oynar. Bu nedenle, yaşam boyu PE'ye birden fazla faktörün neden olduğu düşünülmekte ve etiyolojisi konusunda kesin bir görüş birliği yoktur.

Bilgilerimiz halen sınırlı olmakla birlikte, DEHB kompleks bir yapıya sahip olup dopamin, noradrenalin ve serotonin sistemindeki anormallikler PE etiyolojisinde rol oynayabilir.

Kaynaklar

Bijlenga D, Vroege JA, Stammen AJM, et al. Prevalence of sexual dysfunctions and other sexual disorders in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder compared to the general population. Atten Defic Hyperact Disord. 2018;10(1):87-96.

Amani Jabalkandi S, Raisi F, Shahrivar Z, et al. A study on sexual functioning in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. Perspect Psychiatr Care. 2020;56(3):642-648.

DİRENÇLİ DEPRESYONDA ŞEMA TERAPİ

Dr. Ayşe Gökçen GÜNDOĞMUŞ

Major depresif bozukluk (MDB), yaygınlığı, neden olduğu yetiyitimi, yaşam kalitesi ve işlevsellik üzerindeki etkileri, tekrarlayabilen doğası ve mortalite riskindeki artışla ilişkisi göz önüne alındığında etyolojisinde biyolojik, psikolojik ve sosyolojik faktörlerin rol oyması nedeniyle sıklıkla psikofarmakolojik yaklaşımlar yanısıra psikoterapötik müdahaleler de gerektirmektedir. Özellikle ağır depresyon ve tedaviye dirençli depresyonda eşlik eden intihar düşünce ve girişimleri dikkati çeker ve intihar olgularının yarıdan fazlasında duygudurum bozukluğu tanısı olduğu saptanmıştır.

Major depresif bozuklukta etkili birçok psikoterapi yöntemi olup son yıllarda bu alanda şema terapiye dair çalışmaların sayısı artmaktadır. Alandaki çalışmaların önemli bir kısmı depresif bireylerde daha sık görülen erken dönem uyumsuz şemaların tespitine yöneliktir. Çalışmalarda depresif belirtileri olan bireylerde olmayanlara göre kimi erken dönem uyumsuz şemalarının şiddeti daha fazla bulunmuş olup yakın zamanlı bir gözden geçirmede erken dönem uyumsuz şemaların hepsinin depresyon ile pozitif yönde ilişkisi olduğu gösterilmiştir. Ayrıca bazı şemaların depresyon için bilişsel bir yatkınlık oluşturduğu, kişilerarası stres oluşumunu öngördüğü ve stres oluşumunda katkısı olduğu saptanmıştır. Stresörlerin ve depresif belirtilerin şema şiddetini artırdığının da saptanmış olması aslında aralarında çift yönlü ilişki varlığını desteklemektedir. Erken dönem uyumsuz şemaların depresyon belirtileri varyansını ciddi oranda açıkladığı bulunmuştur.

Kronik depresyonu olan bireylerde depresyonu kronik olmayanlara göre şema şiddeti daha yüksektir. Bireyler psikoterapi görmüş olsalar ve depresif belirtiler analizlerde kontrol edilse dahi depresyon tanılı bireylerde uzun vadede erken uyumsuz dönem şemaların stabil olduğuna dair veriler elde edilmiştir. Ayrıca antidepresan tedavi sonrası bazı şemaların şiddetinde azalma olurken bazılarında değişme olmaması tedaviye dirençle ilişkili olabileceklerini düşündürmektedir. MDB tanılı intihar girişimi olan bireylerin intihar girişimi olmayanlara göre kimi şemalarının daha şiddetli olduğu da saptanmıştır.

Şema modeli depresif bozuklukların oluşumunu üç boyutta açıklamakta olup MDB tedavisinde şema terapinin etkinliğine dair veriler gün geçtikçe artmakta ve bu alanda şemalarla işlevsiz başetme mekanizmalarının önemi vurgulanmaktadır. Şema terapinin depresyondaki etkinliğinin bilişsel davranışçı terapiye benzer olduğuna dair çalışma sonuçları oldukça dikkat çekicidir.

AFEKTİF BOZUKLUKLARDA BİLİŞSEL BELİRTİLER VE SAĞALTIMI

Dr. Batuhan AYIK

Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Bipolar bozukluk (BB) olan hastalarının yaklaşık %40'ı, remisyon dönemlerinde hafıza, dikkat ve yürütücü işlevlerde bozulmalar göstermektedir. Bu bozukluklar, hastaların işlevsellik ve yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. BB'da en çok etkilenen bilişsel alanların yürütücü işlevler ve sözel bellek alanları olduğu bildirilmiştir. Bilişsel bozulmaların işlevsellik üzerinde hastalıkla ilişkili semptomlardan veya sosyodemografik faktörlerden daha fazla olumsuz etkiye sahip olduğu gösterilmiştir. Unipolar bozuklukta da semptomatik ve remisyon evrelerinde dikkat, sözel bellek ve yürütücü işlevlerde bozulmalar sıkça gözlenmektedir. Bu bozulmalar BB seyrindeki gibi remisyon döneminde de devam etmekte ve işlevsellik üzerinde olumsuz etkilere neden olmaktadır.

Bilişsel işlevlerin hastalık seyri sırasında daha da bozulup bozulmadığı henüz net bir şekilde belirlenmemiştir. Kesitsel araştırmaların çoğu, bilişsel bozulmanın şiddetinin, manik dönem ve/veya hastane yatışlarının sayısı ile ilişkili olduğunu ileri sürmektedir. Buna karşılık, bazı uzunlamasına çalışmalar, bilişsel performansın zaman içinde sabit kaldığına dair kanıtlar sağlamaktadır. Bu yönde sonuçlar bildiren yazarlar, ilerleyici bilişsel bozukluğun sık manik atak geçiren bir hasta alt grubuyla sınırlı olabileceğini düşünmektedir. Bu hastaların erken teşhisi, bu hastalarda etkili hedefe yönelik müdahaleye ve semptomların azaltılmasına izin verebilir.

Bazı meta-analizlere göre bilişsel beceriler, hastaların işlevselliğini, rezidüel depresif belirtilerden bile daha fazla doğrudan etkiler. Bu nedenle bilişsel bozukluk, BB'da önemli bir tedavi hedefidir. BB'de bilişsel bozukluk için tekrarlanan ve kalıcı faydalar sağlayan tedaviler bulunmamakla birlikte, ortaya çıkan kanıtlar, cognitive remediation (CR) dahil olmak üzere çeşitli tedavilerin potansiyel pro-bilişsel etkilerine işaret etmektedir.

Kaynaklar

1. Petersen, Jeff Zarp, Richard J. Porter, and Kamilla Woznica Miskowiak. "Clinical characteristics associated with the discrepancy between subjective and objective cognitive impairment in depression." Journal of Affective Disorders 246 (2019): 763-774.
2. Ott, C., et al. "Relation between functional and cognitive impairments in remitted patients with bipolar disorder and suggestions for trials targeting cognition: an exploratory study." Journal of Affective Disorders 257 (2019): 382-389.
3. Ott, Caroline V., et al. "Effect of Action-Based Cognitive Remediation on cognitive impairment in patients with remitted bipolar disorder: A randomized controlled trial." Bipolar disorders 23.5 (2021): 487-499.

MİZOFONİ

Dr. Bedriye İlkay AYGÜL
Artvin Devlet Hastanesi

Mizofoni, normal ses seviyesindeki sıradan günlük seslerin, mağdurun mesleki, sosyal ve ev yaşamı üzerinde zayıflatıcı etkileri olacak kadar sıkıntıya neden olan bir duygu işleme bozukluğudur. Tipik olarak, bu sesler ("tetikleyici" sesler olarak adlandırılır), hasta dışındaki kişiler tarafından yapılan yeme, çiğneme, içme ve nefes alma seslerini içerir. Bir mizofoni hastasının seslere tepkileri arasında öfke, tahrik olma, tiksinme, endişe ve bazı durumlarda, durumdan kaçmak için güçlü bir dürtünün eşlik ettiği şiddetli öfke yer alır (1). Tetik sesleri yaygın olduğundan ve başkalarının eşliğinde neredeyse kaçınılmaz olduğundan, misophonia sosyal izolasyona yol açabilir (2).

Mizofoniye ilişkin kapsamlı epidemiyolojik veriler e ksik olsada, lisans öğrencisi örnekleminde yapılan çalışmada, öğrencilerin %6-20'sinin orta ila şiddetli mizofoni semptomlarına sahip olduğu bulunmuştur (3). Misophonia'nın tanımı hakkında devam eden tartışmanın bir sonucu olarak, sağlam epidemiyolojik çalışmalar eksiktir. İlginç bir şekilde, mizofonideki tetikleyicilerin çoğu, orofasiyal eylemleri içeren, insan kaynaklı yeme ve çiğneme sesleridir. Misophonia'daki tetikleyici sesler, uyandırılan duygu ve tepkilerin orantısız doğasına dair korunmuş içgörüye rağmen, herhangi bir özdenetim olmaksızın duygusal tepkiyi "otomatik olarak" ortaya çıkarır (4). Ek hastalık nispeten düşüktür: Mizofoni teşhisi konan deneklerin %40'ı ila %72'si başka bir Eksen I psikiyatrik bozukluğu bildirmez. Bu nedenle mizofoni, aile ve sosyal ilişkiler üzerindeki büyük etkisi göz önüne alındığında, etkili tedaviye acilen ihtiyaç duyulan, zayıflatıcı ve yaygın bir hastalıktır (5).

Kaynaklar

1. Kumar, S., Dheerendra, P., Erfanian, M., Benzaquén, E., Sedley, W., Gander, P. E., ... & Griffiths, T. D. (2021). The motor basis for misophonia. Journal of Neuroscience, 41(26), 5762-5770.
2. Nauman Z (2017) HEARING RED: Woman took her own life after 'suffering from rare condition called sound rage' which triggers anger attacks over noise of eating and breathing. London: The Sun.
3. Naylor J, Caimino C, Scutt P, Hoare DJ, Baguley DM (2021) The prevalence and severity of misophonia in a UK undergraduate medical student population and validation of the Amsterdam Misophonia Scale. Psychiatr Q 92:609–619. 10.1007/s11126-020-09825-3
4. Dozier T (2015) Understanding and overcoming misophonia: a conditioned aversive reflex disorder. Livermore, CA: Misophonia Treatment Institute.
5. Jager, I., de Koning, P., Bost, T., Denys, D., & Vulink, N. (2020a). Misophonia: Phenomenology, comorbidity and demographics in a large sample. PloS One, 15(4), e0231390. doi: 10.1371/journal.pone.0231390

OTOİMMUN ENSEFALİT KLİNİĞİ, ALT TİPLERİ, TANI VE TEDAVİSİ

Dr. Begüm YILDIRIM CİNEK

Otoimmün ensefalit, sinaptik yüzey yapıları gibi nöral epitopları veya hücre içi antijenleri hedef alan otoantikorların neden olduğu bir hastalıktır. Enfeksiyöz olmayan ensefalitlerin en yaygın nedenlerindendir (1,2).

Subakut başlangıçlı yakın bellek bozuklukları, mental durum değişiklikleri veya psikiyatrik bulguların varlığı, yeni başlangıçlı fokal MSS bulguları, daha önceden bilinen epilepsi tanısı olmadan görülen nöbetler, BOS'ta hücre artışı (lökosit>5/mm^3), ensefalit düşündüren MRG bulguları ve olası diğer nedenlerin dışlanması otoimmün ensefalit tanısında önemlidir (1).

Anti-NMDA reseptörü (NMDAR) ensefaliti, kompleks bir nöropsikiyatrik sendrom ve NMDAR'ın GluN1 alt birimine karşı BOS antikorlarının varlığı ile karakterize bir otoimmün ensefalittir (3,4).

Anti-NMDA reseptör ensefaliti tanısı; klinik bulgularla birlikte, BOS incelemesi, beyin MRG ve EEG incelemeleri ile konulmaktadır (1).

Anti-NMDAR ensefalite yönelik tedavi yaklaşımı, birinci basamak tedavilerle (steroidler, intravenöz immünoglobulinler veya plazma değişimi) başlayarak ve gerekirse ikinci basamak tedavilere (rituksimab veya siklofosfamid) geçerek immünoterapinin artırılmasını içerir (4).

Kaynaklar

1. Graus, F., Titulaer, M. J., Balu, R., Benseler, S., Bien, C. G., Cellucci, T., ... & Dalmau, J. (2016). A clinical approach to diagnosis of autoimmune encephalitis. The Lancet Neurology, 15(4), 391-404.
2. Patel, A., Meng, Y., Najjar, A., Lado, F., & Najjar, S. (2022). Autoimmune Encephalitis: A Physician's Guide to the Clinical Spectrum Diagnosis and Management. Brain Sciences, 12(9), 1130.
3. Dalmau, J., Gleichman, A. J., Hughes, E. G., Rossi, J. E., Peng, X., Lai, M., ... & Lynch, D. R. (2008). Anti-NMDA-receptor encephalitis: case series and analysis of the effects of antibodies. The Lancet Neurology, 7(12), 1091-1098.
4. Dalmau, J., Armangué, T., Planagumà, J., Radosevic, M., Mannara, F., Leypoldt, F., ... & Graus, F. (2019). An update on anti-NMDA receptor encephalitis for neurologists and psychiatrists: mechanisms and models. The Lancet Neurology, 18(11), 1045-1057.

PSİKİYATRİ SERVİSİNDE YATIYOR OLMAK

Dr. Beliz ÖZEN

Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Aydınlanma çağının ruh sağlığı alanında önemli figürlerinden Pinel'in öncülüğü ile daha önce sokaklarda ya da hapishanelerde kalan zincire vurulmuş akıl hastaları özgürleştirilmiş ve tedavi ile iyileşme sağlanabilecek hasta bireyler olarak kabul edilmiştir. 19.yüzyılda akıl hastaları "ahlaki ortam" tedavi anlayışı ile tımarhane olarak kabul edilen büyük kurumlara yerleştirilmiştir (1). Daha sonra bunu elektrokonvulzif terapi, lobotomi gibi somatik tedavilerin ön planda uygulandığı akıl hastaneleri takip etmiştir. 20. yy'ın 2. yarısında klorpromazin ve imipramin gibi ilaçların keşfi ile tedavide önemli bir çığır açılmış ve "toplumda tedavi" anlayışı hakim olmuştur (2). Ancak bu değişikliğin hızlı ve plansız olması akıl hastanelerinin öneminin ve sayısının oldukça azalmasına, ayaktan ilaç tedavisinin yetersiz olduğu hasta grubunun 100 yıl önceki konumuna geri dönmesine yol açmıştır (3).

Günümüzde psikiyatri servisleri tekrar önemini kazanmış, ayaktan tedavi birimleri, toplum ruh sağlığı merkezleri ile etkileşim halinde, işlevselliğini yitirmiş, dekompanse olmuş hastaya, birçok ruh sağlığı profesyonllerinin ve hastanın aile üyelerinin de katılımıyla çözüm odaklı bir hizmet sunmaktadır. Bu hizmette gönüllü veya gönülsüz hasta kabulü ile, krize müdahale etmeyi ve hastanın ayaktan tedavisine uyum sağlayacak kapasiteye ulaşmasını amaçlayan akut birimler öne çıkmaktadır (4). Psikiyatri servislerinde yatarak tedavi gören hastaların deneyimleri, tedaviden beklentileri üzerine yapılmış birçok çalışma, hastaların işbirlikçi ve kapsamlı bir bakım, personel ile pozitif ilişkiler, güvenli ve terapötik hastane ortamı beklediklerini ortaya koymuştur (5). Zaman içinde akıl hastaları her ne kadar zincirlerden veya kötü muamelelerden kurtulmuş olsalar da kendilerine veya çevrelerine zarar verme potansiyelleri gereği psikiyatri servislerinde halen tespit ve tecrit uygulamalarına ihtiyaç duyulmaktadır. Ancak bir İngiliz uygulaması olan güvenli servis modeli uygulamaları, kimyasal ve fiziksel tespit sayılarında önemli ölçüde azalma sağlanabildiğini vurgulamaktadır (6).

Kaynaklar

1. Tomes N. The Art of Asylum-Keeping: Thomas Story Kirkbride and the Origins of American Psychiatry. Philadelphia, PA: University of Pennsylvania Press; 1994.
2. Casher&Bess. Manuel of Inpatient Psychiatry. Cambridge University, UK, 2020.
3. Grob GN. The paradox of deinstitutionalization. Society, 32 (1995), 51–9.
4. Sederer L, İnpatient psychiatry: why do we need it? Epidemiologia e Psichiatria Sociale.19,4,2010.
5. Wood L & Alsawy S. Patient experiences of psychiatric inpatient care: a systematic review of qualitative evidence. Journal of Psychiatric İntensive Care. 12 (1):35-43.
6. Stensgaard L et al. İmplemantation of the safewards model to reduce the use of coercive measures in adult psychiatric inpatient units: An interrupted time-series analysis. Journal of Psychiatric Research. 105 (2018) 147-152.

SOSYOTELİZM

Dr. Betül GÜRSOY ÇİÇEK

Günümüzde hızla gelişen teknoloji, hayatın birçok alanında değişiklikleri de beraberinde getirmektedir. Akıllı telefonların hayatımıza girmesiyle birlikte kolaylıkla internete bağlanabilen bireyler, gelişmeleri takip etme, gelen e-postaları kontrol etme, alışveriş yapma, müzik dinleme, sosyal ağları takip etme gibi işlemleri tek bir cihaz üzerinden yapabilir hale gelmiştir. Teknoloji bir yandan hızlı haberleşme imkanı sağlarken, diğer yandan kişiler arası iletişimde bazı sorunlara neden olabilmektedir. İlk olarak 2012 yılında Macquarie sözlüğünde yer verilen sosyotelizm (phubbing) kavramı, bireyin başka bireylerle iletişimi sırasında dikkatini akıllı telefona vermesi, akıllı telefonla ilgilenmesi ve kişilerarası iletişimden uzak kalması olarak tanımlanmaktadır.

Sosyotelizme, günümüz modern toplumunda oldukça sık rastlanmaktadır. Başta romantik ilişkiler, patron-çalışan ilişkisi, ebeveyn-çocuk ilişkisi olmak üzere günlük aktiviteler sırasında; yemek, toplantı, konferans veya arkadaş ve aile ile geçirilen sosyal toplantılarda görülebilmektedir.

Sosyotelizm davranışı gösteren birey sosyotelist (phubber) olarak tanımlanmaktadır. Sosyotelizmin nedenleri araştırıldığında ortamdan sıkılma, can sıkıntısı ve yalnızlık hissi, merak giderme, haberleşme ve iletişim ihtiyacı, çağrı ya da bildirimlere bakma isteği olarak belirtilmektedir. Sosyotelist birey, ilgisinin akıllı telefona kaymasına bağlı karşısındaki kişiyle iletişimi kesmekte, göz teması kurmamakta, karşısındaki kişiyi etkin bir biçimde dinleyememektedir. Sosyotelizme maruz kalan kişi ise kendisinin reddedildiği, görmezden gelindiği, ihmal edildiği, dışlandığı düşüncelerine kapılabilir. Bu düşüncelerle karşısındaki kişi ile sosyal bağlantı kuramayan bireyin dikkatini sosyal ortamdan telefonuna yönlendirme böylece sosyotelistle benzer rolü paylaşma ihtimali yüksektir. Sosyotelizmin kişiler arası ilişkilere zarar verdiği, ilişki tatminini azalttığı, fiziksel, toplumsal ve psikolojik sorunlara neden olabildiği çalışmalarca ortaya konulmuştur.

Sosyotelizm ve etkilerine odaklanmak, bu davranışın bireylerin yaşamlarındaki olumsuz etkilerini azaltmak için farkındalık oluşturmak gerekmektedir. Akıllı telefon kullanımının özellikle genç bireylerde fazla olduğu, erken yaşta verilen eğitimlerin uzun süreli fayda sağladığı göz önüne alındığında, okullarda, ailede ve sosyal çevrede bu konuda bilgilendirici etkinliklerin yapılması önem arz etmektedir. Okullarda bilinçli telefon kullanımı konusunda eğitimlerin verilmesi, ebeveynlerin sözel uyarıda bulunmak yerine kazandırmak istediği beceriyle ilgili rol model olmaya dikkat etmeleri gerekir. Ruh sağlığı alanında çalışan bireylerin danışanları bilgilendirmeleri, sosyotelist bireylerin sosyal ortamda ilgilerinin telefona kaymasını neyin tetiklediğini fark etmelerine yardımcı olmaları, sorunu çözmek için uygulanabilecek stratejilerle ilgili yol göstermeleri önemlidir.

Bu sunumda sosyotelizmin nedenleri, farklı değişkenlerle ilişkisi, alt tipleri hakkındaki güncel bilgiler paylaşılacak, önleyici ve müdahale edici yaklaşımlar tartışılacaktır.

TMS: UYGULAMA VE UYARIM PROTOKOLLERİ, DEPRESYONDAKİ KLİNİK KULLANIMI

Dr. Buket KOPARAL

Transkranial Manyetik Uyarım (TMU), bir manyetik alan oluşturularak nöronların ateşlenmesinin sağlandığı bir nöromodülasyon tekniğidir. [1] Saçlı deri üzerine yerleştirilen bir bobin yardımı ile hedef beyin bölgeleri uyarılarak nöronal devreler modüle edilir. [2] TMU cihazlarının psikiyatrik hastalıklarda kullanımının onaylanmasının üzerinden on yıldan fazla zaman geçmiş, kullanım endikasyonları, ulaşılan derinlik ve vuruş parametreleri de çeşitlenmiştir.[3] TMU cihazının temel bileşenleri bir ana ünite, bir uyarı bobini, elektirik yükü biriktiren bir grup kapasitör ve kablolardan oluşmaktadır. [1] Manyetik dalgalar kafa derisi ve beyin dokusunu dokulara zarar vermeden, ağrı duyusu ve elektirik direncine yol açmadan geçer.[3] En sık kullanılan bobinler dairesel, 8 şekilli, H şeklinde ve kelebek bobinlerdir. TMU uygulaması sırasında bir operatör doğrudan hastayı gözlemlemelidir. Tedavi sırasında hasta uyanık olmalı, mümkün olduğunca hareketsiz kalmalıdır. Gürültü azaltma sağlayan kulak koruyucuları kullanılmalıdır. TMU uygulaması sonrası en sık bildirilen yan etki baş ağrısıdır.[4] Düşük sıklıkta da olsa ciddi yan etkilerinden en önemlilerinden biri epileptik nöbettir.[4] Bu nedenle uygulama acil tıbbi müdahaleye uygun bir ortamda yapılmalıdır. TMU uygulama protokolleri uygulayıcı amacına göre değişkenlik göterir. Tek vuruş, çift uyarım, belirli frekansta sürekli tekrarlayan (tTMU), teta patlayıcı uyarım (TBS) dörtlü uyarım TMU gibi uyarım protokolleri mevcuttur.[5] Temel uyarım yeri ise değişkenlik göstermektedir. Major depresif bozuklukta dorsolateral prefrontal korteks(DLPFK) temel uyarım yeridir.[6] Sol DLPFK nin yüksek frekans uyarımı ile %58, sağ DLPF2nin düşük frekans uyarımı ile %35 remisyon oranları bildirilmiştir. [7,8] Sürekli ve aralıklı teta patlayıcı uyarımın da depresyonda etkinlikleri kanıtlanmıştır. Aralıklı TBS'nin maliyet açısından daha avantajlı olduğu gösterilmiştir. [9] TMS tedavisiyle ilgili önemli konulardan biri terapötik etkinin süresidir. Çoğu çalışma akut yanıta odaklanmıştır. Uzun dönem yanıt ve tedavi yanıtını öngören faktörlere ilişkin daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

Kaynaklar

1. Ünsalver, B. Ö. (2017). Majör Depresyon Tedavisinde Transkraniyal Manyetik Uyarım Tedavisi Kullanımı. *Turkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics*, *10*(2), 79-87.
2. Zhong, G., Yang, Z., & Jiang, T. (2021). Precise modulation strategies for transcranial magnetic stimulation: Advances and future directions. *Neuroscience Bulletin*, 1-17.
3. Zorzo, C., Banqueri, M., Higarza, S. G., Pernía, A. M., & Arias, J. L. (2019). Current State of Transcranial Magnetic Stimulation and its use in Psychiatry. *Actas Espanolas de Psiquiatria*, *47*(3), 110-120.
4. Wang, W. L., Wang, S. Y., Hung, H. Y., Chen, M. H., Juan, C. H., & Li, C. T. (2022). Safety of transcranial magnetic stimulation in unipolar depression: A systematic review and meta-analysis of randomized-controlled trials. *Journal of Affective Disorders*.
5. Ekhtiari, H., Tavakoli, H., Addolorato, G., Baeken, C., Bonci, A., Campanella, S., ... & Hanlon, C. A. (2019). Transcranial electrical and magnetic stimulation (tES and TMS) for addiction medicine: a consensus paper on the present state of the science and the road ahead. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, *104*, 118-140.
6. Rossi, S., Antal, A., Bestmann, S., Bikson, M., Brewer, C., Brockmöller, J., ... & Hallett, M. (2021). Safety and recommendations for TMS use in healthy subjects and patient populations, with updates on training, ethical and regulatory issues: Expert Guidelines. *Clinical Neurophysiology*, *132*(1), 269-306.
7. Berlim, M. T., Van den Eynde, F., & Daskalakis, Z. J. (2013). High-frequency repetitive transcranial magnetic stimulation accelerates and enhances the clinical response to antidepressants in major depression: a meta-analysis of randomized, double-blind, and sham-controlled trials. *The Journal of clinical psychiatry*, *74*(2), 8213.
8. Carpenter, L. L., Janicak, P. G., Aaronson, S. T., Boyadjis, T., Brock, D. G., Cook, I. A., ... & Demitrack, M. A. (2012). Transcranial magnetic stimulation (TMS) for major depression: a multisite, naturalistic, observational study of acute treatment outcomes in clinical practice. *Depression and anxiety*, *29*(7), 587-596.
9. Mendlowitz, A. B., Shanbour, A., Downar, J., Vila-Rodriguez, F., Daskalakis, Z. J., Isaranuwatchai, W., & Blumberger, D. M. (2019). Implementation of intermittent theta burst stimulation compared to conventional repetitive transcranial magnetic stimulation in patients with treatment resistant depression: a cost analysis. *PLoS One*, *14*(9), e0222546.

ŞİZOFRENİDE TMS UYGULAMALARI

Dr. Burak Erman MENKÜ

Şizofreni hastalarının tedavisi için ilaç tedavileri haricinde önerilen bir alternatif, transkraniyal manyetik stimülasyondur (TMS). Tekrarlayan TMS uyarımları (rTMS), şizofrenideki mevcut yapısal (prefrontal korteks, temporal loblar gibi) defektler üzerinde onarıcı bir rol üstlenerek, uygulama bölgelerindeki düşük metabolizma seviyesini, nöronal aktiviteyi (artmış veya azalmış dopamin seviyelerini) ve azalan kan akışını normale getirmekte, bu sayede şizofreninin negatif ve pozitif belirtilerini azaltmakta ya da düzeltebilmektedir.

Yapılan çalışmalarda sol prefrontal rTMS uygulamalarının negatif belirtiler üzerinde hafif-orta etki düzeyinde etkili olduğu gözlenmiştir. Konuşma içeriği artmış ve işitsel halusinasyonları olan hastalar üzerinde yapılan çalışmalarda sol temporoparietel bölgelerine rTMS uygulandığında, halüsinasyonlarda ciddi düzeyde azalma veya tamamen iyileşme olduğu gözlenmiştir. Bununla birlikte rTMS'nin pozitif semptomlar üzerindeki etkisine dair kanıtlar karışıktır. Çalışmaların çoğu işitsel sözel halüsinasyonları olan hastalarda yapıldığından, düşünce bozukluğu ve sanrılar dahil olmak üzere diğer pozitif semptomlar için rTMS'nin daha fazla araştırılması gerekmektedir. Şizofreni hastalarının bilişsel işlevlerini iyileştirmek için sol dorsolateral prefrontal kortekse yüksek frekanslı rTMS uygulaması yapılan çalışmalarda uzun bir süre boyunca şizofreni hastalarında çalışma belleğinin önemli ölçüde iyileştirebileceği bulunmuştur.

Bugüne kadar, dünya çapında şizofreni semptomları olan kişilerde rTMS'nin etkinliğini değerlendirmek için birçok araştırma yapılmıştır. Bununla birlikte, rutin klinik uygulamada TMS'nin benimsenmesinin ve rutin kullanımının tavsiye edilip edilmeyeceği konusunda fikir birliği yoktur. Aynı şekilde ne Avrupa İlaç Ajansı (EMA) ne de Gıda ve İlaç Dairesi (FDA) şizofreninin negatif semptomlarının tedavisi için rTMS'yi onaylamamıştır. Gelecekte TMS'nin şizofrenide etkinliği konusunda kanıt düzeyi daha yüksek geniş çaplı çalışmalara ihtiyaç vardır.

DİRENÇLİ ANKSİYETE VE DEPRESYONDA ŞEMALAR

Dr. Canan BAYRAM EFE

Şema Terapi 1980'lerde Jeffrey Young tarafından, kişilik bozuklukları ve kronik seyirli rahatsızlıkları olan bireylerin tedavisindeki ihtiyaçları karşılayabilmek için geliştirilmiş bir terapi yöntemidir. Bilişsel davranışçı psikoterapiler de dahil farklı terapi ekollerinin tekniklerinin bir araya getirilerek uygulandığı sistematik bir yaklaşımdır. Şema terapide en önemli kavram olan erken dönem uyumsuz şemalar; çocukluk ve ergenlik döneminde kişinin karşılanmamış temel duygusal ihtiyaçları sonucu ortaya çıkan ve kişinin yaşamı boyunca tekrarlayan zihinsel örüntüler olarak tanımlanmaktadır. Erken dönem uyumsuz şemaların kişilik bozukluklarının yanı sıra depresyon ve kaygı bozukluklarında da etkisi olduğu bilinmektedir. Şema terapinin; kronik depresyon ve anksiyete, yeme bozuklukları, kişilik bozuklukları, madde kullanım bozuklukları, ilişkiler arası sorunlar gibi uzun süreli sıkıntıların tedavisinde etkili olduğunu gösteren pek çok çalışma bulunmaktadır.

Yapılan çalışmalarda bazı şemaların (başarısızlık, duygusal yoksunluk, dayanıksızlık gibi) depresyon ve anksiyete bozukluğu ile ilişkisi gösterilmiştir. Depresyon ve anksiyete bozukluğunda tedaviye direnç gösteren ya da kronik seyirli olma özelliği bulunan tüm ruhsal hastalıklarda, psikopatolojiye neden olduğu bilinen temel özelliklere müdahale edilmediğinde tekrarlama özelliği olduğu bilinmektedir. Bu nedenle depresyon ve kaygı bozuklukları gibi toplumda çok yaygın görülen; tekrarlama ve kronikleşme oranları yüksek olan bu grup psikopatolojilerde hastalığın temelinde yatan şemalara müdahale etmenin önemli olduğu bilinmektedir. Bu alanda veriler artmakla birlikte daha çok çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

Kaynaklar

1. Young, J. E., Klosko, J. S. ve Weishaar, E. M. (2003). Schema Therapy: A Practitioner's Guide. New York: The Guilford Press.
2. Rashidi Z, Rasooli A (2015) Effectiveness of therapeutic schema on reducing the anxiety and depression in patients with major depressive disorder. Journal of Applied Environmental and Biological Sciences, 5:279-285.
3. Taylor, C. D., Bee, P., & Haddock, G. (2017). Does schema therapy change schemas and symptoms? A systematic review across mental health disorders. Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 90(3), 456-479.

CLİCKBAİT: SANAL MEYDAN OKUMA OYUNLARINDAN GERÇEK ÖLÜMLERE

Dr. Cemre YAŞÖZ

Günümüzde teknolojinin hayatımıza daha fazla dahil olmasıyla birlikte çevrimiçi oyunlar, başta ergenlik dönemindeki bireyler olmak üzere çok sayıda kişiyi etkisi altına almıştır. 2020 yılında 2,9 milyar olan dünyadaki oyuncu sayısının, 2022 yılında 3,09 milyar olduğu ve bu sayının 2025 yılında 3,5 milyara ulaşmasının beklendiği bildirilmiştir. Son yirmi yılda nitelikleri önemli ölçüde değişen ve içerikleri giderek daha karmaşık, çeşitli, gerçekçi ve sosyal hale gelen çevrimiçi oyunların gençlerin gelişimini özellikle bilişsel, motivasyonel, duygusal ve sosyal alanlarda desteklediğini gösteren çalışmalar mevcut olsa da bu oyunların aşırı ve kontrolsüz kullanımları çocuk ve ergenlere ciddi zararlar verebilmektedir.

Ergenlik dönemindeki intihar davranışı, intihar girişimi ve kendine zarar verme davranışı gibi sorunların sıklığı son yıllarda hızla artmaktadır. Bu sorunların nedenleri karmaşık olmakla birlikte güncel çalışmalar artık çevrimiçi zararlı içeriklere maruz kalma da dahil olmak üzere yeni risk faktörlerine odaklanmaktadır. Makro düzeydeki çalışmalarda internet kullanımının yaygınlığı intihar oranlarıyla ilişkilendirilmiş, bireysel düzeydeki çalışmalarda ise elektronik cihaz ve sosyal medya kullanımı ile depresif belirtiler ve intiharla ilişkili davranışlar arasında ilişki saptanmıştır.

İntiharla ilişkili davranışlar ergen grupları arasında yayılabilmekte ve morbidite veya mortalite meydana gelmeden önce klinisyenler tarafından tespit edilmesi zor olabilmektedir. Bu durumlardan biri, bir anda ortaya çıkıp gelişebilen, gruplar arasında hızla yayılabilen, erken tespit edilmesi zor olan intihar/meydan okuma oyunlarıdır ve bunlar toplumun ruh sağlığını tehdit etmektedir.

Ergenlik döneminde hormonal sistemin aktive olmasıyla birlikte bireyin fiziksel değişimlerine paralel olarak, emosyonel ve bilişsel işlevlerinde, davranışlarında da değişimler meydana gelir. Ergenlikte kimlik oluşturma, bir gruba ait olma meseleleri daha çok yer tutmaya başlar ve birey otorite figürleriyle daha çok çatışabilir, sınırlarını test etmek isteyebilir, dürtülerini kontrol etmekte zorlanabilir, riskli aktivitelere ilgisi artabilir ve zaman zaman yaş dönemlerinden beklenmeyen daha regresif davranışlar sergileyebilir. Ergenler arkadaş gruplarıyla ebeveynlerinden daha fazla vakit geçirmeye başlar bu nedenle de birbirlerine verdikleri geribildirimler, grup içinde kendini ispat etme, kabul ettirme meseleleri önem kazanır. Bu nedenle ergenler genelde "clickbait" (tık tuzağı) yoluyla karşılarına çıkan çevrimiçi meydan okuma/intihar oyunlarının tuzağına düşmeye daha meyillidir. Bu tip oyunlarda kişisel bilgileri "phishing" (oltalama) yoluyla edinilen ergenler, kendileri ve yakın çevrelerindeki kişilerle ilgili tehditlere ve siber zorbalığa maruz kalmakta, oyun boyunca kendilerine verilen ürkütücü görevler nedeniyle ruhsal ve fiziksel olarak zarar görmekte, hatta intihara teşvik edilmektedir.

BİPOLAR BOZUKLUK VE STİGMATİZASYON

Dr. Ceren Meriç ÖZGÜNDÜZ

Psikiyatrik açıdan "stigma" ruhsal hastalığı olan kişilere karşı ortaya konan sistemik ve içselleştirilmiş olumsuz, basmakalıp tutumlar olarak adlandırılmaktadır (1). Toplumsal ve içselleştirilmiş stigma olarak 2 tür stigma tanımlanmıştır. Toplumsal stigma genel olarak toplumun ruhsal hastalıklara yönelik tutumunu ifade ederken, içselleştirilmiş stigma ruhsal hastalığı olan kişilerin olumsuz kendilik algısını tariflemektedir. Basmakalıp inanış, önyargı ve ayrımcılık stigmatizasyonun 3 temel bileşenini oluşturmaktadır (2). Bipolar Bozukluk dalgalı seyreden mani ve depresyon dönemleriyle karakterize olup, şiddetli hastalık dönemlerinde sanrı ve varsanılar eşlik edebilmekedir (3). Bipolar Bozukluk tanılı kişilere ve aile üyelerine yönelik psikiyatrik stigma; sosyal destek kaybı, işlevselliğin ve yaşam kalitesinin azalması ve daha şiddetli belirtiler yaşanması gibi sonuçları olan ciddi bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu sebeple stigmanın azaltılması hastalığın gidişatı, işlevselliğin ve sosyal desteğin iyileştirilmesi anlamında oldukça önemlidir. Bunun için Bipolar Bozukluk açısından etkili, çok yönlü stigma azaltıcı girişimlere gereksinim duyulmaktadır. Bu girişimlerin Bipolar Bozuklukla ilgili yaşanan stigmatizasyon ve etkilerini dikkate alması ve bu sayede etkilenen bireylere, ailelerine, sağlık çalışanlarına ve genel topluma somut çözümler sunması gerekmektedir (4).

Anahtar Kelimeler: Bipolar Bozukluk, stigmatizasyon, toplumsal stigma, içselleştirilmiş stigma

Kaynaklar

1. Corrigan, P.W., Roe, D., Tsang, H.W.H., 2011. Challenging the Stigma of Mental Illness. John Wiley and Sons, Hoboken, NJ, US.
2. Corrigan, P.W., Watson, A.C., 2002a. Understanding the impact of stigma on people with mental illness. World Psychiatry 1, 16–20.
3. Goodwin, F.K., Jamison, K.R., 2007. Manic-Depressive Illness: Bipolar Disorders and Recurrent Depression. Oxford University Press, New York.
4. Hawke, L. D., Parikh, S. V., & Michalak, E. E. (2013). Stigma and bipolar disorder: A review of the literature. Journal of Affective Disorders, 150(2), 181–191.

FARKLI BESLENME TUTUMLARI 'OPSOMANİA' VE 'GIDA NEOFOBİSİ' NEDİR?

Dr. Çiçek HOCAOĞLU

Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Ana Bilim Dalı, Rize.

Küreselleşmenin etkisiyle günümüzde bir ülkenin geleneksel mutfağının dışında farklı ülkelerin etnik gıdaları da o ülkenin pazarlarında yer alabilmektedir. Yeni gıdalar hemen her ülkenin insanlarının günlük menülerinde gittikçe aranan lezzetler haline gelmektedir. Önceki yıllarda bu durum sadece Batı ülkeleri için geçerli iken, şimdilerde birçok Doğu ülkesi de farklı ülke mutfakları ile tanışmaktadır. Bu durum genellikle toplum tarafından ilgiyle karşılanırken, bazı bireyler tarafından ise temkinle yaklaşılmaktadır. Yeni ve farklı gıdaları reddetme ya da bu gıdalardan uzak durmanın nedeni "Yenilik korkusu" anlamına gelen neofobi kavramıdır. Gıda neofobisi yeni ve farklı gıdaları denemeyi, yemeyi reddetmektedir. Çalışmalarda bireylerin gıda maddelerine olan tutumlarını üç nedene dayandırılmıştır. Birincisi duyusal tutumlar (yemeklerin görüntüsünü, kokusunu vb. özelliklerini beğenmeme), ikincisi gıdanın alınmasının uzun vadede yararlı mı, yoksa zararlı mı olacağına dair beklentiler, üçüncüsü ise gıdanın doğası ya da menşei hakkında olumlu bir şekilde değer biçilmesine ya da iğrenç addedilmesine neden olabilecek bilgilerdir. Özellikle 20. yüzyılın ikinci yarısından itibaren ortaya çıkmaya başlayan yeni beslenme akımları kapsamında üretilen gıdalara mesafeli yaklaşılmaktadır. Moleküler mutfak uygulamaları ve moleküler gastronomide ürün hazırlama yöntemleri 1990'lı yıllardan sonra hızla gelişmiştir. Ancak bu uygulamalar bireylerin gıda neofobisini de arttırmıştır. Gıda neofobisi, beslenme alışkanlıklarını doğrudan etkilediği için son 20 yılda birçok araştırmaya konu olmuştur. Gıda neofobisinin, tüm kişilik özellikleri gibi yaşa, cinsiyete, aile yapısına, toplumla etkileşime ve deneyimlere göre değiştiğini göstermektedir. Bir diğer farklı yeme tutumu olan opsomania, tek çeşit yemek yeme ya da belirli bir gıdayı aşırı ve kontrolsüz tüketme isteğidir. Eski Yunan'da balık tüketimi çılgınlığı, Amerika'da genç kadınlarda şeker çılgınlığı opsomania örnekleridir. Gıda neofobosi ve opsomania DSM-5'te yer almasa da tanımlanmamış beslenme ve yeme bozukluğu olarak kabul edilebilir. Tüm toplumlarda sanıldığından daha yaygın görülen bu az bilinen yeme tutumları nedeniyle bireyler psikiyatrik başvuruda bulunmamaktadır. Bu diyetlerin neden olduğu diğer tıbbi durumlar nedeniyle özellikle birinci basamak hekimlerin farkındalığı önemlidir. Bu sunumda az bilinen yeme tutumları ele alınacaktır.

Anahtar sözcükler: Opsomani, gıda neofobisi, yeme ve beslenme bozuklukları

Kaynaklar

1. Mesinger D, Ocieczek A, Kozirok W, Owczarek T. Attitudes of Young Tri-City Residents toward Game Meat in the Context of Food Neophobia and a Tendency to Look for Diversity in Food. Int J Environ Res Public Health. 2023;20(5):3815. Published 2023 Feb 21. doi:10.3390/ijerph20053815
2. Çınar Ç, Karinen AK, Tybur JM. The multidimensional nature of food neophobia. Appetite. 2021;162:105177. doi:10.1016/j.appet.2021.105177
3. Costa A, Silva C, Oliveira A. Food neophobia and its association with food preferences and dietary intake of adults. Nutr Diet. 2020;77(5):542-549. doi:10.1111/1747-0080.12587
4. Riverso R, Amato M, Verneau F, La Barbera F. The Interaction between message sensation value and food neophobia in communication about Insect-Based Foods: An experiment with Italian Consumers. Nutrients. 2022;15(1):191. Published 2022 Dec 30. doi:10.3390/nu15010191
5. Buyuksandalyaci Tunc E, Tunc S, Basbug HS. Opsomania: A case of unspecified feeding and eating disorder. Psychiatr Danub. 2022;34(2):310-312. doi:10.24869/psyd.2022.310

HİPOTİROİDİ (LİTYUM) YÖNETİMİ

Dr. Deniz DENİZ ÖZTURAN

Lityum mesanenin ürik asit taşlarının tedavisinde ve gut hastalığında kullanılmaya başlandı.1817 yılında akut mani tedavisinde, bipolar bozukluğun koruyucu tedavisinde, unipolar tekrarlayan depresyonun koruyucu tedavisinde, intiharı önleyici ve tedaviye dirençli major depresif ataklarda etkili bir ajan olarak keşfedildi. Bipolar bozuklukta Lityum tedavisinin yeri oldukça önemlidir. Bipolar bozukluğun uzun dönemde nüksler ile seyreden bir hastalık olduğu düşünüldüğünde lityum ile koruma tedavisinin çok uzun yıllar hatta ömür boyu sürdürülmesi önerilmektedir. Uzun süreli sağaltım söz konusu olduğunda, lityuma bağlı ortaya çıkabilecek metabolik, endokrin yan etkiler de önem kazanmaktadır. Bipolar bozuklukta tiroid fonksiyon bozukluğunun olası sebeplerinden biri Lityum kullanımıdır. Lityum tedavisi sırasında hipotiroidizm yaygınlığı %6 ila %50 arasında değişir ve belirgin şekilde daha yüksek kadın baskınlığı görülür. Çalışmalar Lityumun indüklediği hipotiroidizm için risk faktörleri olarak kadın cinsiyet, tiroid peroksidaz antikorları, ileri yaş ve ailede hipotiroidizm görülmesini risk faktörleri olarak göstermektedir. Lityum tiroid hormonunun sentezini, salınımını, metabolizmasını (T3 ve T4) ve Tiroid uyarıcı hormonun (TSH) VE tirozin iyodinizasyonunu çeşitli yollarla etkilemektedir. Bu durum da tiroid salınımını azaltarak hipotiroidizme neden olmaktadır. İlk kez 1971 yılında lityuma bağlı hipotiroidizm bildirilmiştir. Lityumun uzun süreli kullanımında hipotiroidizm riskinin arttığı belirtilmektedir. Lityuma bağlı hipotirodizm karşımıza en sık kan değerlerinde yüksek tiroid uyarıcı hormon (TSH) ve normal sınırlarda serbest T4 hormonu şeklinde çıkmaktadır. Hipotiroidi belirtileri çok özgün değildir ve bu nedenle gözden kaçabilir. Bu nedenle Lityum tedavisi başlamadan önce hipotiroidi gelişme riski açısından herhangi bir risk faktör olup olmadığı not edilmelidir. Ayrıca tedavi sırasında biyokimyasal parametrelerin takibi önemlidir. Lityum kullanımına başladıktan sonra, tiroid fonksiyonlarının her 6 ayda bir izlenmesi önerilir. Başarılı bir lityum tedavisi sırasında yüksek TSH, hipotiroidizm ve/veya guatr varlığı, ilacın kesilmesi için herhangi bir kanıt teşkil etmez. Tüm bu durumlar tiroksin tedavisi için endikasyon oluşturur; dozajı bir endokrinologa danışılabilir. Bu sunumda toplum ruh sağlığı merkezinde takip edilen ve Lityum kullanan hastalarda hipotiroidi yönetimi konusu tartışılacaktır.

Kaynaklar

Joseph B, Nunez NA, Pazdernik V, Kumar R, Pahwa M, Ercis M, Ozerdem A, Cuellar-Barboza AB, Romo-Nava F, McElroy SL, Coombes BJ, Biernacka JM, Stan MN, Frye MA, Singh B. Long-Term Lithium Therapy and Thyroid Disorders in Bipolar Disorder: A Historical Cohort Study. Brain Sciences. 2023; 13(1):133. https://doi.org/10.3390/brainsci13010133.

Gupta, R. K., Raut, M., Bhattarai, A., Tuladhar, E. T., Sharma, V. K., Ojha, S. P., ... & Shrestha, R. (2021). Effects of Short-term and Long-termUse of Lithium on Thyroid Hormones in Nepalese Patients with Bipolar Disorder.

Ferensztajn-Rochowiak, E., & Rybakowski, J. K. (2023). Long-Term Lithium Therapy: Side Effects and Interactions. Pharmaceuticals, 16(1), 74.

ÇOCUKLUKTAN ERGENLİĞE NÖROGELİŞİMSEL BOZUKLUKLAR

Dr. Doğa SEVİNÇOK

Nörogelişimsel bozukluklar yaşamın erken döneminde başlayan; sosyal, akademik ve bireysel alanlarda bozulmalarla kendini gösteren ve bazı özgül tanısal özellikleri olan yetersizliklerdir. Bu bozukluklar sıklıkla bir arada görülmektedir ve yaşamın erken döneminde uygun yaklaşımlarla müdahale edilmediğinde ergenlik ve yetişkinlik döneminde işlevsellikte belirgin kayıplar ile seyredebilmektedir. Çocukluk döneminde Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) tanısı alan bireylerin çoğunluğunun bu tanıyı ergenlik ve yetişkinlik döneminde de sürdürdüğü ve başta depresyon ve anksiyete bozuklukları olmak üzere çeşitli sorunlar açısından risk altında oldukları bilinmektedir. Yaşla birlikte özellikle hiperaktivite belirtilerinde azalma olduğu düşünülse de daha geç yaşlarda tanı alan bireylerin davranım bozukluğu, madde kullanım bozuklukları, öğrenme güçlükleri gibi komorbid durumlara daha yatkın olduğu görülmektedir. Ergenlik döneminde önceki gelişim dönemlerinden farklı olarak komorbid durumlar sebebiyle başvuru daha yaygındır. Bu hastalarda DEHB belirtilerin değerlendirilmesi bu sebeple önem taşımaktadır. Çocukluk döneminde DEHB tanısı alan bireylerde psikososyal sorunların yaygınlığı, tedaviye yanıtın düşük olması, davranım bozukluğu komorbiditesi ve birleşik görünüm varlığı erişkin dönemde DEHB'nin kalıcılığı ile ilişkilendirilmiştir. Erken çocukluk döneminde OSB tanısı alan bireyler ise ergenlik döneminde DEHB'ye göre daha şiddetli düzeyde işlevsellik kayıpları yaşayabilmektedir. Zeka geriliğinin eşlik etmediği ve belirtilerin hafif düzeyde olduğu Otizm Spektrum Bozukluğu'nda (OSB) ise ilk tanı ergenlik, hatta yetişkinlik döneminde konulabilmektedir. OSB tanısı alan bireylerin önemli bir çoğunluğu ergenlik döneminde de belirtileri göstermeye devam etse de bu olgularda sözel iletişim, sosyal etkileşim ve tekrarlayıcı davranışlarda olumlu gelişim gözlenmektedir. Zeka düzeyinin yüksek olması, erken yaşta başlanan özel eğitim, dil becerilerinin erken dönemde kazanılması ve uygun sosyal destek OSB'deki en önemli olumlu prognostik etkenlerdir. Ancak, bu çocukların oldukça az bir kısmında ergenlik döneminde uygun sosyal beceriler gelişebilmektedir. Zihinsel yetersizlik tanısı olan çocuklarda da ergenlik döneminde toplumsal yaşama uyum sağlayamama, kişisel-özbakım becerilerinde yetersizlik gibi sorunlar devam etmektedir. Öğrenme güçlüğü, iletişim ve tik bozuklukları ergenlik döneminde işlevselliği etkileyen diğer nörogelişimsel bozukluklardır.

Anahtar Kelimeler: dikkat eksikliği, ergenlik, hiperaktivite, nörogelişimsel bozukluklar, otizm

ÖZGÜL ÖĞRENME GÜÇLÜĞÜ İLE DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU EŞTANISINA YAKLAŞIM

Dr. Doğa SEVİNÇOK

Özgül Öğrenme Bozukluğu (ÖÖB); okuma, yazma veya aritmetik alanında gerekli girişimlerde bulunulmasına rağmen kalıcı bozulmalar ile kendini gösteren bir nörogelişimsel bozukluktur. Sözcüklerin yanlış okunması, okuduğunu anlama güçlüğü, yazarken harf ekleme veya çıkarmalar, noktalama hataları, harflerin ters yazılması veya aritmetik işlemlerde belirgin olarak zorlanma bu bozuklukta sık görülen sorunlar arasındadır. ÖÖB tanısı olan çocuklarda akademik güçlükler okuma veya yazma alanında olabileceği gibi yalnızca aritmetik alanında da olabilir. Bu nedenle ÖÖB tanısı konulurken her bir alanın dikkatli bir şekilde değerlendirilmesi gerekmektedir. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) tanısı olan çocuklarda da akademik performansta belirgin düşüklük, okuduğunu anlama veya dinlediğini kavrayamama sıklıkla görülmektedir. DEHB belirtilerinin doğası düşünüldüğünde akademik başarısızlığın sık olarak görülmesi beklenen bir durumdur. Ancak, çocuklarda görülen akademik sorunların DEHB tanısından mı yoksa ÖÖB birlikteliğinden mi kaynaklandığının anlaşılması sorunların başarılı bir şekilde tedavi edilmesi açısından oldukça önemlidir. Araştırmalarda ÖÖB tanısı olan çocukların %18-60 oranında DEHB tanısı da aldığı saptanmıştır. Ek olarak, DEHB tanısı alan çocuklarda da ÖÖB komorbiditesi daha sık görülmektedir. Bu durumun ortak genetik, nörobiyolojik ve psikososyal etkenlere bağlı olduğu düşünülmektedir. DEHB tanısı olan çocuklarda akademik becerilerin rutin olarak değerlendirilmesi ve gerekli durumlarda ÖÖB için ileri incelemelerin yapılması tedavinin gidişi açısından oldukça önemlidir. ÖÖB tanısı olan çocuklarda DEHB tanısı varlığında belirtilerin uygun şekilde ele alınması da bu çocukların akademik gelişimlerini olumlu olarak etkileyecektir. Her iki bozukluk için çocuklar değerlendirilirken çocuğun genel sağlık durumu, bilişsel düzeyi, sosyal/iletişimsel gelişimi, psikososyal faktörler ve psikiyatrik belirtiler üzerinde durularak çocuğun güçlü ve zayıf yönlerinin belirlenmesi ayırıcı tanılar ve müdahale süreci için önemlidir. DEHB tedavisinde kullanılan ilaçların ve davranışsal müdahalelerin dikkatsizlik ve hiperaktivite üzerinde oldukça faydalı etkileri olduğu bilinse de ÖÖB tanısı varlığında bu tedaviler akademik beceri eksikliği üzerinde yeterli fayda sağlamayabilir. Komorbidite durumunda DEHB'ye yönelik uygun müdahalelerin yanında çocuğun uygun özel eğitim imkanlarından faydalanması için yönlendirilmesi bozuklukların gidişi üzerinde olumlu etki yaratacaktır.

Anahtar Kelimeler: dikkat eksikliği, disleksi, hiperaktivite, komorbidite, özgül öğrenme bozukluğu

TOPLUM RUH SAĞLIĞI MERKEZLERİNDE İYİ UYGULAMALAR TERAPİ BAHÇESİ PROJESİ: NİĞDE ÖRNEĞİ

Dr. E. Erdal ERŞAN

Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Ağır ruhsal bozukluğu olan (psikotik bozukluklar, iki uçlu duygu durum bozuklukları) hastalara psikososyal destek hizmetlerinin verilmesi, takip edilmesi ve tedavilerinin gereğinde evde sağlık hizmetleri uygulamasına entegre bir şekilde yaşadıkları ortamda sunulabilmesi ve sosyal rehabilitasyonlarının sağlanması amacıyla kurulmuşlardır. TRSM'ler de en önemli uygulamalardan biri Psikososyal terapilerdir. Terapi bahçeleri uygulamalarıda bunun bir parçası olarak değerlendirilmelidir. Niğde Toplum Ruh Sağlığı Merkezi olarak Niğde ÖHÜ Mimarlık Fakültesi peyzaj mimarlığı ile beraber Terapi Bahçesi projesi hazırladık.

İnsan ve doğa arasındaki etkileşim birbirinden oldukça farklı ve karmaşık yapıdadır. Bununla birlikte doğa, insanların ruhsal boyutu ile ilişkilendirilmektedir

İnsanların doğa ile iç içe etkileşimi "aktif kontak" halinde, yanında parktaki çiçekleri seyrederken veya bir pencereden ağaçlara bakarken sadece doğayı görme yoluyla da "pasif kontak" halindedir. İnsanların doğadan farklı şekillerde faydalanmaları ve istediklerinde doğayı kullanılabileceklerinin farkında olmaları "psikolojik faydalar" olarak tanımlanmaktadır.

Doğanın insan üzerindeki etkileri

Ruhsal sakinliğe etkisi

İnsan üzerindeki terapi etkisi

Evrim teorisi: Bu teoriye göre, insanlar milyonlarca yıl boyunca içgüdüsel olarak insan ile ilişkisi olan diğer nesnelere ilgi duymaktadır.

Tabiat'ın manzarası: çalışmasında tabiat manzaralarına bakan hastaların daha az anksiyete (endişe) belirtileri gösterdiğini belirtmiştir.

Sembolizme etkisi: Tabiatta insanların kendilerini daha rahat hissetmelerinin sebebi sadece doğa değil aynı zamanda da, çevrelerinde bulunan sembollerden etkilenmeleridir.

Şifa bahçesi kavramı

"Şifa bahçesi" hastalar, ziyaretçiler ve hastane personeli veya hasta bakıcılar için bulundukları stresli ortamdan uzak olmayı teşvik etmek amacıyla tasarlanmış bahçedir.

Şifa bahçeleri açık alan terapi üniteleri olarak da adlandırılarak insanların kendilerini psikolojik ve fizyolojik açıdan iyi hissettikleri ortamlardır. Bu ortamlarda insanlar fiziksel olarak rahatlayarak iyi olma hissini arttırma, hafızalarını yenileme, fiziksel hareketlerini ve motivasyonlarını arttırma gibi aktiviteler (dinlenme, gezinme, dolaşma, gözlemleme, oturma, hissetme) gerçekleştirirler.

BİR İNTİHARIN ANATOMİSİ: AFTERSUN FİLM İNCELEMESİ

Dr. E. Yağmur ZORBOZAN

Üsküdar Üniversitesi Tıp Fakültesi, NP Feneryolu Klinik

Sinema insana dair her konunun işlenebildiği, anlatım dili çok güçlü ve oldukça etkili bir sanattır. Sinemanın besin kaynağı insandır ve aynı zamanda bireyin ve toplumsalın bilinçdışı alanla olan ilişkisinde önemli bir temsil pratiğidir.Aşk, yalnızlık, aile, toplum, mutluluk, hüzün, çaresizlik ve intihar kavramları sinemaya sık sık ilham vermiştir. Bu panelde Charlotte Wells imzalı 2022 yapımı Aftersun filmi üzerinden sinemada intiharın işleniş şekli, kişiyi intihara sürükleyen olguların ve kişide yarattığı bunalım hissinin seyirciye aktarılmasının yanı sıra; psikiyatri pratiğinde belki de epey zorlandığımız ve kendimizi yetersiz hissettiğimiz, insan olmaya dair en güç konulardan biri olan "intihar "hakkında düşünecek ve tartışacağız. İlk konuşmada Aftersun filminin hermenötik (yorum bilimsel) yöntemle analizini yapacağız. Nitel verilerin bir yorumlanma biçimi olan hermenötik yöntem, sanatçı ve eseri yorumlayan arasındaki ilişkiye dayanmaktadır. Sanatçı burada anlamı üretip eser olarak yorumcuya sunarken, yorumcudan beklenen ise eserle karşılaştığı andan itibaren onda maskeli ya da açık olarak kodlanmış mesajları anlamlandırmaktır. Filmde Sophie adlı bir kızın; yıllar önce intihar ederek ölen babası Calum ile çıktığı son yaz tatilinden hatırında kalanları izleriz. Aftersun bir "memory cinema" örneği olup; tüm filmi Sophie adlı karakterin hatırladığı ve zihninde anlamlandırdığı kadarıyla izleriz. Film bu noktada ebeveyn suisidi ile yakınını kaybeden bir ergenin, bu zorlu deneyimi anlamlandırmakta zorlanmasını anlatımdaki kopukluk ve zaman atlamaları ile seyirciye büyük bir profesyonellikle aktarır. Karakteri filmde intihara sürükleyen süreç, Calum'un işsizlik ve boşanma gibi sıkıntıları nedeniyle toplumsal düzen tarafından baskılanması ve sınırlandırılmasıyla başlamaktadır. Oldukça karmaşık bir eylem olan intihar, film özelinde karakterin kendini yoran, ona ıstırap veren gerçeklikten uzaklaşma, kopma ve kendi inandığı gerçekliği yeniden inşa etme çabası olarak değerlendirilebilir. Yıllar sonra benzer bir tahribattan nasibini alan Sophie'nin babasının intihar eylemini anlamlandırmak için sarf ettiği çaba; biz psikiyatristlere, intiharın bireye ve ailesine verdiği tahribatı görmek açısından bir pencere açmaktadır.

Kaynaklar

1. Adler, A. (1997). Psikolojika (3. Edition)
2. Kotan, S. (2023). Ana Rahmine Dönme Arzusu Olarak Ölüm İtkisi: Sinemada "İntihar" Olgusuna İlişkin Bir Okuma. Ekev Akademi Dergisi, (93), 405-420.
3. Gadamer, H. G. (1976). Philosophical hermeneutics (Trans&edited. David E. Linge.). University of Califonia.

ERİŞKİN DEHB'DA FARMAKOLOJİK VE NONFARMAKOLOJİK TEDAVİ YÖNTEMLERİ

Dr. E.Yağmur ZORBOZAN

Üsküdar Üniversitesi Tıp Fakültesi, NP Feneryolu Klinik

Dikkat eksikiği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) psikiyatri patiğinde sık karşılaşılan bir bozukluk olup; yönetimi açısından hekimi ilaç seçimi, titrasyon stratejisi, güçlendirme tedavileri ve alternatif onaylanmamış tedavilerin kullanımı gibi birçok değişken beklemektedir.

dex-amphetamin, atomoxetin, bupropion, klonidin, modafinil, metilfenidat, guanfacine gibi moleküller DEHB tedavisinde aktif olarak kullanılmaktadır. Farmakolojik bir müdahaleye başlama kararı alındıktan sonra bu geniş seçenekler dizgesinden hangi molekülün tercih edileceği, doktor ve hasta ile ortaklaşa şekilde; kişinin klinik durumu, yaşam tarzı, ek hastalıkları, ilaçların uzun dönem yan etkileri, bulunduğu ülkeye göre belirli ilaçların mevcudiyeti ve ruhsatlandırılmasına bağlı olarak pek çok faktör bir arada değerlendirilerek kararlaştırılır.

DEHB'nin tedavi süreçlerinde sadece farmakolojik yaklaşımını tek başına yer alması artık tercih edilen bir yöntem değildir. Kişinin toplumsal uyumunu arttırmak ve yaşam kalitesini yükseltmek için birçok bilişsel davranışsal önerinin yanı sıra; ilaç tedavisine ek olarak semptom baskılanması amacı ile kullanılan çeşitli somatik tedavi yöntemleri de kullanılmaktadır. Birden çok yaklaşımı bir arada içeren bir tedavi formatı uygulamak artık daha yaygındır. Davranışçı terapi, CT (computer based cognitive training), bilişsel davranışçı terapi, biyofeedback, tdcs, tms, psikoeğitim, özel diyet yöntemleri, meditasyon ve egzersiz bu yöntemlere örnek olarak gösterilebilir. Konuşma içeriğinde her bir yöntem özel olarak ele alınacaktır.

Kaynaklar

1. Cortese, S. (2023). Evidence-based prescribing of medications for ADHD: where are we in 2023?. Expert Opinion on Pharmacotherapy, (just-accepted).
2. Ogundele, M. O., & Ayyash, H. F. (2023). ADHD in children and adolescents: Review of current practice of non-pharmacological and behavioural management. AIMS Public Health, 10(1), 35-51

DUYGUDURUM BOZUKLUKLARI VE ENDOFENOTİPLER

Dr. Ebru ÇİFTÇİ

Duygudurum bozuklukları oldukça yaygındır ve dünya çapında engelliliğin önemli bir nedenidir (1). Majör duygudurum bozukluğu alt tiplerinden herhangi biri için genetik faktörleri veya biyolojik belirteçleri belirlemede sınırlı başarı elde edilmiştir (2). İkiz ve aile çalışmalarına ait bulgular sonucu, genlerin duygudurum bozukluklarına yatkınlıkta önemli ölçüde yer aldığı gösterilmesine rağmen genom çapında öneme ulaşan bir lokus belirlenememiştir (3). Endofenotipler üzerinde çalışma; fenotipler üzerindeki biyolojik özellikleri tanımlayarak heterojeniteyi azaltabilir. Ayrıca endofenotiplerin araştırılması, duygudurum bozukluğu geliştirme riski taşıyan bireyleri belirlemek için kullanılabilir (4).

Major depresyonda endofenotipler; klinik olarak anlamlı ve nicel olarak değerlendirilebilen psikopatolojik endofenotipler ve biyolojik endofenotipler olarak ayrılabilir.

Psikopatolojik endofenotipler; depresif duygudurum, anhedoni, bozulmuş öğrenme ve hafıza, nörovejatatif işlevlerde değişim, günlük değişim, bozulmuş yürütücü bilişsel işlevler, psikomotor değişim (retardasyon, ajitasyon) ve artan stres hassasiyetidir (5).

REM uykusu, beyin yapısı ve işlevindeki anormallikler, serotonin, dopamin ve norepinefrin fonksiyonlarında azalma, HPA Ekseni ve CRH sisteminde bozulma ve hücre içi sinyal moleküllerinde değişiklikler ise biyolojik endofenotiplere örneklerdir (5).

Bipolar bozukluk araştırmalarında; motivasyon ve ödül sistemi değişiklikleri, sirkadiyen ritim düzensizliği, yürütücü işlev bozuklukları, öğrenme ve bellek bozuklukları, triptofan tükenmesinden sonraki bilişsel değişiklikler, psikostimulanlara duyarlılık, kolinerjik duyarlılık, işlevsel ve yapısal beyin anormallikleri, semptom provokasyon yanıtları gibi çok sayıda belirti kümesi endofenotip olarak değerlendirilmektedir (6).

Duygudurum bozukluklarında endofenotiplerin keşfi ve hastalığa özgü çevresel risk faktörlerinin belirlenmesi ile birlikte yeni sınıflandırma sistemlerinin temelleri oluşacaktır. Böylece işlevselliği ve yaşam kalitesini azaltan bu hastalıklar için önleyici stratejiler ve tedavilerin geliştirilmesinin kolaylaşacağı düşünülmektedir (5).

Kaynaklar

1. Organization WH. The global burden of disease: 2004 update: World Health Organization; 2008.
2. Large-scale genome-wide association analysis of bipolar disorder identifies a new susceptibility locus near ODZ4. Nature genetics. 2011;43(10):977-83.
3. Miller GA, Rockstroh B. Endophenotypes in psychopathology research: where do we stand? Annual Review of Clinical Psychology. 2013;9:177-213.
4. Guglielmo R, Miskowiak KW, Hasler G. Evaluating endophenotypes for bipolar disorder. International Journal of Bipolar Disorders. 2021;9(1):1-20.
5. Hasler G, Drevets WC, Manji HK, Charney DS. Discovering endophenotypes for major depression. Neuropsychopharmacology. 2004;29(10):1765-81.
6. Hasler G, Drevets WC, Gould TD, Gottesman II, Manji HK. Toward constructing an endophenotype strategy for bipolar disorders. Biological psychiatry. 2006;60(2):93-105.

ERİŞKİN DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞUNDA EŞ TANILI ANKSİYETE BOZUKLUKLARI VE DEPRESYONA YAKLAŞIM

Dr. Ece BÜYÜKSANDALYACI TUNÇ

Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Psikiyatri Anabilim Dalı

Çocukluk ve ergenlik döneminin en yaygın nörogelişimsel bozukluklarından olan dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) genellikle erişkinlikte de devam etmektedir (1). Araştırmalar, çocukluk çağında DEHB tanısı alan kişilerin çoğunun erişkinlikte de DEHB kriterlerini karşılamaya devam ettiğini ortaya koymuştur. Erişkin DEHB genellikle diğer psikiyatrik bozukluklarla birlikte görülür. DEHB'li kişiler yaş aldıkça, anksiyete, depresyon gibi diğer psikiyatrik bozuklukların görülme olasılığı artmakta ve belirtileri daha belirgin hale gelmekteyken, altta yatan DEHB daha az belirgin hale gelmektedir (2). DEHB, depresyon veya anksiyete ile bir arada bulunduğunda genellikle gözden kaçırılmaktadır. Komorbid bozukluk, DEHB'den bağımsız (birincil) veya doğrudan DEHB semptomlarının bir sonucu olabilir (ikincil). DEHB'li erişkinlerde komorbid bozukluklar ile DEHB arasındaki ortak belirtiler nedeniyle DEHB genellikle tanınamamakta ve tedavi edilememektedir, bunun tam tersi de geçerlidir. Erişkin DEHB'nin ayırıcı tanısı, duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları gibi DEHB ile yaygın olarak komorbid olan bozuklukları içermelidir (3).

Ayırıcı tanıda dikkat edilmesi gerekenler:

Depresyon - DEHB, depresif bozukluklarla düşünme veya konsantre olma yeteneğinde azalma, birçok aktiviteyi başlatmak için zayıf motivasyon ve kararsızlık gibi ortak belirtileri paylaşır. Depresyon, erişkinlerde tipik olarak daha geç başlaması, epizodik seyri ve neredeyse her konudaki motivasyon eksikliği ile DEHB'den ayırt edilebilir. Komorbid durumlarda DEHB semptomları daha şiddetlidir (4,5).

Anksiyete bozuklukları - DEHB'ye genellikle anksiyete eşlik eder. Huzursuzluk, dikkat dağınıklığı, duygu düzenlemedeki zorluklar ve instabilite gibi bazı belirtiler her iki bozuklukta da ortaktır.Kişinin kontro edemediği sürekli kaygı hali, enerji düşüklüğü ve somatik yakınmalar anksiyete bozukluğu lehine yorumlanmalıdır. Komorbid durumda anksiyete bozuklukları daha erken yaşlarda başlar ve DEHB semptomları daha şiddetli olabilir (5).

DEHB olan bireylerin yaklaşık %40-60'ında anksiyete bozuklukları, %20-50'sinde ise depresyon semptomları görüldüğünü göstermiştir. Erken tanı ve tedavi sonuçları ve yaşam kalitesini iyileştirebileceğinden, DEHB'si olan bireylerin depresyon ve anksiyete açısından taranması önemlidir (2,4,5). Psikoeğitim, psikoterapiler ve ilaç tedavisi hem DEHB hem de depresyon ve anksiyete semptomlarını azaltmada etkili olabilir. Bu sunumda, Erişkin DEHB olan bireylerde komorbid anksiyete bozuklukları ve depresyonun klinik görünümü, ayırıcı tanıyla birlikte tedavi yaklaşımları üzerinde durulacaktır.

Kaynaklar

1. Fayyad J, De Graaf R, Kessler R, Alonso J, Angermeyer M, Demyttenaere K, De Girolamo G, Haro JM, Karam EG, Lara C, Lépine JP, Ormel J, Posada-Villa J, Zaslavsky AM, Jin R. Cross-national prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder. Br J Psychiatry. 2007 May;190:402-9. doi: 10.1192/bjp.bp.106.034389.
2. Panevska LS, Zafirova-Ivanovska B, Vasilevska K, Isjanovska R, Kadri H. Relationship between ADHD and depression among university students in macedonia. Mater Sociomed. 2015 Feb;27(1):18-21. doi: 10.5455/msm.2014.27.18-21. Epub 2015 Feb 21. PMID: 25870526; PMCID: PMC4384839.
3. Michielsen, M., Comijs, H. C., Semeijn, E. J., Beekman, A. T., Deeg, D. J., & Kooij, J. S. The comorbidity of anxiety and depressive symptoms in older adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: a longitudinal study. Journal of affective disorders, 2013, 148.2-3: 220-227.
4. McIntosh D, Kutcher S, Binder C, Levitt A, Fallu A, Rosenbluth M. Adult ADHD and comorbid depression: A consensus-derived diagnostic algorithm for ADHD. Neuropsychiatr Dis Treat. 2009;5:137-50. doi: 10.2147/ndt.s4720. Epub 2009 Apr 8.
5. Gnanavel S, Sharma P, Kaushal P, Hussain S. Attention deficit hyperactivity disorder and comorbidity: A review of literature. World J Clin Cases. 2019 Sep 6;7(17):2420-2426. doi: 10.12998/wjcc.v7.i17.2420.

PROLAKTİN YÜKSEKLİĞİ YÖNETİMİ

Dr. S. Efsun TAMDEMİR

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı

Prolaktin (PRL), adenohipofizde sentezlenen polipeptid yapıda bir nörohormondur. PRL salgılanması sirkadiyen bir ritme sahiptir ve sentezi ile salınımı çeşitli faktörler tarafından düzenlenir. Dopamin, gama aminobütirik asit ve somatostatin PRL salınımını inhibe edici faktörler arasındadır. Dopamin, D2 reseptörü aracılığıyla PRL salgılanmasının ana düzenleyicisidir ve dopamin salınımının inhibisyonu veya reseptör blokajı durumunda PRL seviyesi artar.

Hiperprolaktinemi, hipotalamohipofizer biriminin en yaygın endokrin bozukluğudur, her yaşta ortaya çıkabilir ve prevalansı yetişkin popülasyonda yaklaşık % 1-5 arasında değişmektedir. İlaca bağlı hiperprolaktinemi, fizyolojik olmayan hiperprolaktineminin en sık nedenidir. İskoçya'da yapılan bir epidemiyolojik çalışmada 1301 hiperprolaktinemi vakasının %45,9'unun ilaca bağlı olduğu gösterilmiştir. Antipsikotik kullanımı ilaca bağlı hiperprolaktinemi nedenlerindendir ve antipsikotikler, D2 reseptörü ayrışma hızı, kan-beyin bariyerini geçme yeteneği, D2 reseptörü polimorfizmlerinin varlığı ve serotonerjik inhibisyon derecesi gibi farklılıklarla değişen düzeylerde prolaktin seviyesi üzerine etki gösterirler.

Hiperprolaktineminin neden olduğu belirtiler jinekomasti, galaktore, cinsel işlev bozukluğu, infertilite, oligomenore ve amenoreden ile osteoporozdan oluşmaktadır.

Serum PRL artışına neden olabilecek herhangi bir ilaç alan hastalarda, özellikle hiperprolaktinemi belirtileri olanlarda serum PRL düzeyleri ölçülmelidir ayrıca bir antipsikotik reçetelemeden önce temel PRL seviyelerine bakılması tavsiye edilir. Özellikle asemptomatik hastalarda makroprolaktinemi varlığının da dikkate alınması önemlidir. Gebelik (tüm premenopozal kadınlarda), primer hipotiroidizm, polikistik over sendromu ve karaciğer-böbrek yetmezliği hiperprolaktineminin dışlanması gereken nedenleridir. Aynı zamanda sellar bölgede tümöral oluşumlar açısından MR görüntüleme yapılmalıdır.

Bu durumun yönetimi, psikiyatrist ve endokrinolog ile ortak bir terapötik yaklaşımı gerektirir. Antipsikotiklerin neden olduğu hiperprolaktinemi, yol açabileceği potansiyel olarak ciddi komplikasyonlara rağmen hafife alınan, tanınmayan veya göz ardı edilen bir yan etkidir. Antipsikotik ilacın dozunun azaltılması, ilacın PRL düzeyi üzerine daha az etkili bir antipsikotikle değiştirilmesi önerilebilir. Aripiprazol ile adjuvan tedavinin hiperprolaktinemiyi azaltmadaki etkinliği kanıtlanmıştır. Bunların yanı sıra seçili hastalarda hormon replasman tedavisi ve belirtilen alternatiflerin faydalı olmadığı durumlarda dopamin agonist tedavisi önerilmektedir fakat dopamin agonist tedavisi için psikotik alevlenme riski bulunmaktadır.

ERİŞKİN DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU (DEHB) VE PSİKİYATRİK EŞ TANILAR

Dr. S. Efsun TAMDEMİR

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), bireyin içinde bulunduğu yaş ve gelişim dönemine göre uygun olmayan dikkatsizlik, aşırı hareketlilik ve dürtüsellik belirti kümelerinden oluşan ve psikososyal işlevsellikte ciddi bozulma ile seyreden bir bozukluktur. DEHB, eşlik eden belirtilerin sıklıkla çocukluk çağında başlaması ve tedavi sürecinin büyük çoğunlukla okul dönemini kapsaması gibi sebeplerle uzun yıllar boyunca çocukluk çağına özgü bir bozukluk olarak kabul görmüştür. Yapılan izlem çalışmaları ile çocukluk döneminde DEHB tanısı alan olguların en az yarısının erişkin dönemde de belirtilerinin devam ettiği, erişkin dönemde DEHB prevalansının % 4.4 olduğu saptanmıştır.

DEHB, çocukluk çağında ve erişkinlik döneminde birçok psikiyatrik bozuklukla birlikte görülmektedir. DEHB tanılı erişkinlerin %77'sinin en az iki eşlik eden bozukluğunun bulunduğu belirtilmektedir. Diğer yandan, psikiyatrik bozukluğa sahip bireylerin önemli bir kısmında tanı almamış veya tedavi edilmemiş komorbid DEHB olduğu, bu durumun hem tanı hem ayırıcı tanı aşamasında güçlüğe yol açabildiği bildirilmiştir.

DEHB ve diğer psikiyatrik bozuklukların birlikteliğinin oldukça yaygın olduğu bilinmekle birlikte, eş tanı dağılımları yaş gruplarına göre farklılıklar gösterebilmektedir. Erişkin dönemde en sık rastlanan eş tanılı durumlar; duygudurum bozuklukları, alkol-madde kullanım bozuklukları, özellikle antisosyal özellikler başta olmak üzere kişilik bozuklukları, dürtü-kontrol bozuklukları, anksiyete bozuklukları ve yeme bozuklukları şeklindedir.

DEHB eş tanısının, tedavi uyumu, tedavi yanıtı, hastanın içgörüsü üzerinde, tanı ve uygun tedavinin planlanmasında olumsuz etkilerinin olması ve eşlik eden hastalık varlığının, bireyin sosyal, duygusal ve psikolojik alanlardaki işlevselliğinde daha fazla bozulma ile ilişkilendirilmesi gibi sebeplerle tanınması önemlidir. Bu nedenle eşlik eden tanıların saptanması veya başka psikiyatrik bozuklukla başvuran hastada eşlik eden DEHB belirtilerinin taranması önerilmektedir. Bu durum, özellikle erişkin DEHB olgularında tedaviye başvuru oranlarının düşüklüğü de göz önüne alındığında, hem DEHB'nin, hem de eşlik eden diğer psikiyatrik durumların tanınması önem taşımaktadır.

GİS CERRAHİSİ/STOMA HASTALARI VE PSİKİYATRİ KONSÜLTASYONLARI

Dr. Elif KÜÇÜK

Ostomi, vücut üzerinde cerrahi olarak stoma (Yunanca 'açıklık' veya 'ağız' anlamındadır) oluşturulması işlemidir. Cerrahide en sık uygulanan ostomi çeşitleri kolostomi, ileostomi ve ürostomi olup geçici ve kalıcı olmak üzere ikiye ayrılır. Barsak ostomi endikasyonlarının önemli bir bölümünü gastrointestinal kanserler ve inflamatuar barsak hastalıkları oluşturur .Her ne kadar stoma uygulaması, hastaların yaşamlarını sürdürebilmeleri için gerekli olsa da, stoma uygulanmasıyla birlikte hastalar fiziksel, psikolojik ve sosyal yönden tüm yaşamlarını etkileyecek sorunlarla karşı karşıya kalmaktadırlar.Psikolojik sorunlar arasında; beden algısının değişmesi, benlik saygısının azalması, cinsel işlevlerde bozulma, sosyal geri çekilme, iş yaşamından uzaklaşma, ve başta depresyon olmak üzere çeşitli psikiyatrik bozuklukların yer aldığını gösterilmiştir. Bu bağlamda değerlendirildiğinde stoma hastalarının, olumsuz olarak algılanan bir dizi değişikliğe uyum sağlamak zorunda kaldıkları söylenebilir. Bazı durumlarda stoma oluşumu sosyal izolasyon, kaygı ve depresyon sonucu intihar girişimlerine yol açabilmektedir. Araştırmalar , ostomiyle ilgili psikolojik problemlerin, hastanın öz bakım gereksinimlerini gerçekleştirememekle ilişkili olduğnu ve öz bakım yeterliliğinin yeniden kazanılmasını psikolojik fonksiyonu düzenleyeceğini, böylece yaşam kalitesini olumlu olarak etkileyeceğini göstermektedir. Bununla birlikte gerekli psikolojik, fizyolojik, sosyolojik destek ve bilgilendirme sağlandığında, bu hastaların yaşam kalitelerinin önemli derecede artırdığı ortaya koyulmuştur. Bu sunumda, ostomi ile yaşayan bireylerin yaşadıkları psikolojik problemlerin değerlendirilmesi ve psikiyatrik açıdan riskli grupların belirlenerek gerekli destek sistemleri, bilgilendirme, erken müdahale ve tedavinin öneminin gözden geçirilmesi amaçlanmıştır.

Anahtar kelimeler: Stoma, ostomi,psikiyatri, depresyon, anksiyete, yaşam kalitesi.

Kaynaklar

Dabirian A, Yaghmaei F, Rassouli M, Tafreshi MZ. Quality of life ostomy patients: a qualitative study. patient preference and Adherence. 2010;5(5):1-5.

Üstündağ H, Demir N, Zengin N, Gül A. Stomalı hastalarda beden imajı ve benlik saygısı. [Body image and self-esteem in patients with stoma]. Turkiye Klinikleri J Med Sci. 2007;27(4):522-7.

Kiliç E, Taycan O, Belli AK, Ozmen M. Kalıcı ostomi ameliyatının beden algısı, benlik saygısı, eş uyumu ve cinsel işlevler üzerine etkisi. [The effect of permanent ostomy on body image, self-esteem, marital adjustment, and sexual functioning]. Turk psikiyatri Derg. 2007;18(4):302-10

TRSM'LERDE BİPOLAR BOZUKLUK VAKA YÖNETİMİ

Dr. Elif ÖZCAN TOZOĞLU

Vaka yönetimi; bireylerin çeşitli ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla tüm hizmetlerin eşgüdümlü olarak verildiği bir süreçtir. Vaka yöneticisi ihtiyaç doğrultusunda, bir bakım planı geliştirir, bu planı hastayla birlikte uygular ve hastanın gelişimini izler. Bilişsel, yönetsel ve sosyal beceri alanlarındaki yıkıcı etkisi nedeniyle kişilerde yeti yitimine sebep olan ağır ruhsal bozukluklarda vaka yöneticiliğinin yeri önemlidir. Ağır ruhsal bozukluklardan biri olan bipolar bozuklukta birincil müdahalede farmakoterapiye yönelik yayınlar ağırlıklı olmakla birlikte, psikoterapi temelli yaklaşımlar, aile müdahaleleri, rehabilitasyon hizmetleri ve psikososyal müdahaleler tedavinin vazgeçilmez bileşenleridir. Bipolar bozukluk hastalarının işte güçlük yaşadıkları, aile ve arkadaşlarla sosyal etkileşimlerinin azaldığı, boş zaman aktivitelerine karşı ilgisiz oldukları, görevlerini sürdürmede düşük otonomiye sahip oldukları, kötü bilişsel işlevsellik deneyimledikleri gösterilmiş. Vaka yöneticiliği yapılan hastalarda tedavi uyumlarının ve iç görülerinin arttığı, hastane yatış sayılarını düştüğü, işlevselliklerinin, algılanan elde edilebilr destek ve mutluluk düzeylerinin daha yüksek olduğu, ailelerinin duygu dışavurum düzeylerinin daha düşük olduğu gösterilmiştir. Tedaviler bakımından halen istediğimiz noktada değil iken bipolar bozukluklu hastalara bireyselleştirilmiş çok yönlü yaklaşım sunan vaka yöneticiliğinin etkisinin önemli olduğu düşünmekteyiz.

Kaynaklar

Vazquez GH, Kapczinski F, Magalhaes PV, Cordoba R, Lopez Caramillo C, Rosa AR at al. Stigma And Functioning İn Patients With Bipoar Disorder. Journal of affective Disorders 2011; 130: 323-327.

Fernández-Miranda, Juan J Díaz-Fernández, Silvia López-Muñoz, Francisco. Effectiveness of More Personalized, Case-Managed, and Multicomponent Treatment for Patients with Severe Schizophrenia Compared to the Standard Treatment: A Ten-Year Follow-Up. Journal of Personalized Medicine. 2022;12(7):1101.

Tozoglu EO (2023). Are the Patients with Schizophrenia Who Have Case Managers in Community Mental Health Centers Happier? Current Approaches in Psychiatry. 2023;15(Ek 1): 14-23.

Anahtar Kelimeler: Bipolar Bozukluk, Vaka Yönetimi, TRSM

OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUKTA DERİN TRANSKRANYAL BEYİN UYARIMI

Dr. Elvan ÇİFTÇİ

Obsessive-compulsive disorder (OCD) is a severe psychiatric disorder characterised by obsessive thoughts and/or compulsive acts to a variable degree. Many (40%–60%) patients do not show clinically meaningful response to an selective SRIs (SRI), with only a third showing response after switching to another SRI. In 2018, the US Food and Drug Administration cleared the treatment of resistant OCD with high frequency deep repetitive transcranial magnetic stimulation (dTMS) over the dorsomedial prefrontal and anterior cingulate cortices (DMPFC-ACC) with the H7 coil, based on the efficacious results of a multicenter study (Carmi et al., 2019).

Transcranial magnetic stimulation (TMS) is a non-invasive method of brain stimulation first described by Barker et al. in 1985 (Barker et al., 1985). H-coils allow deeper and broader penetration of electromagnetic stimulation into the brain. dTMS utilizes brief magnetic pulses to induce targeted neuronal depolarization in the brain using Faraday's law of electromagnetic induction (George and Belmaker, 2007) . However, conversely to conventional TMS coils (e.g. figure-of-8 or round), which directly stimulate targets up to ~1 cm beneath the surface of the skull, dTMS can simulate up to ~4 cm beneath the surface of the skull, depending on the specific H-coil being used (Roth & Zangen, 2014). This volume difference represents hundreds of millions of neurons and many more pathways, eliminates the need for imaging and neuronavigation and making the treatment less costly. The cortical-striatal-thalamic-cortical (CSTC) loop circuit, which extends from the cortex to the striatum, then to the thalamus (via the globus pallidus), and back to the cortex (Posner et al., 2014) has been linked to OCD. This provocation-DTMS procedure may interfere with the dysfunctional information flow in the frontal-basal ganglia circuit, which is mediated by the ACC and has been proposed as a core pathology of OCD.

DNA METİLASYONU VE PSİKOTİK BOZUKLUKLAR

Dr. Emine CENGİZ ÇAVUŞOĞLU

Psikotik bozukluklar, genetik faktörlerin rol aldığı kompleks kalıtsal nöropsikiyatrik hastalık grubudur. Epigenetik, DNA dizisinin kendisini değiştirmeden, gen ekspresyonunu etkileyebilen kalıtsal değişimler olarak adlandırılır. Epigenetik düzenlenmenin, içinde psikotik bozuklukların da bulunduğu ruhsal hastalıklarda, nöronal plastisite, nörogenezis, bellek ve öğrenmede rol oynadığına dair çok sayıda veri bulunmaktadır (1).

Psikoz gelişimi ile ilişkilendirilen bazı çevresel etkilerin, nörobiyolojik süreçlerle, epigenetik değişiklikler aracılığı ile etkili oldukları ileri sürülmektedir. Organizmanın gelişim döneminde çevresel etkilere bağlı olarak gen ifadesinde değişiklik olmasını sağlayan önemli epigenetik mekanizmalar arasında DNA metilasyonu, histon uyarlamaları, baskılama, protein konfigürasyonundaki değişimler ve RNA-ile indüklenen sessizleşme sayılmaktadır (2). Bunlardan en iyi bilineni DNA-metilasyonudur. DNA metilasyonu, DNA metiltransferazlar (DNMT) tarafından CpG dinükleotidlerindeki sitozinin metilasyonudur (3).

DNA metilasyonunun psikotik hastalıklar ile ilişkili olduğu birçok çalışmada gösterilmiştir. Şizofreni, bipolar bozukluk ve psikozlu hastaların beyin dokularındaki hipermetilasyonun, reelin proteininin ekspresyonunu baskıladığı gösterilmiştir. Şizofrenili hastalarda RELN geni promotorundaki CpG adacıklarının metilasyon seviyelerine bakılmış, özellikle korteksin birinci piramidal tabakasında DNA promotor bölgesinde reelin hipermetilasyonu saptanmıştır (4,5). Yine şizofrenide prefrontal GABAerjik inhibitör internöronlarda H3K4 metilasyonunda ilerleyici bir upregülasyon belirlenmiştir (6). GABAerjik nöronlarda eksprese edilen aday gen promotörlerinin atipik hipermetilasyonu, glutamik asit dekarboksilaz 67 (GAD67) dahil olmak üzere karşılık gelen mRNA'ların transkripsiyonel aşağı regülasyonu ile ilişkilidir ve GAD67'yi kodlayan genin de şizofreni ve bipolar bozukluk patogenezinde rol oynadığı düşünülmektedir (7).

Sonuç olarak DNA metilasyonu gibi epigenetik düzenlenmelerin psikotik bozuklukların gelişmesinde rol oynadığına dair çok sayıda veri bulunmaktadır. Gelecekteki araştırmalar, epigenetik düzenlemelerin neden olduğu hastalıkların önlenmesi ve tedavisi için yeni yaklaşımlar sağlayacaktır.

Kaynaklar

1. Tsankova N, Renthal W, Kumar A, Nestler EJ. Epigenetic regulation in psychiatric disorders. Nat Rev Neurosci 2007; 8: 355-67.
2. Rutten BP, Mill J. Epigenetic Mediation of Environmental Influences in Major Psychotic Disorders. Schizophr Bull 2009;35:1045-1056.
3. Kürtüncü M, Mefkure Eraksoy M. Multipl Skleroz: Epigenetik Bir Hastal›k Olabilir mi? Nöropsikiyatri Arşivi 2008; 45 Özel Sayı: 15-20
4. Erol D, Elyas Z, Ünal S. Psikiyatrik Hastalıkların Gelişiminde Epigenetik Mekanizmalar, Klinik Psikofarmakoloji Bülteni, 2010, Cilt 20, Sayı 1.
5. Grayson DR, Jia X, Chen Y, Sharma RP, Mitchell CP, Guidotti A, Costa E. Reelin promoter hypermethylation in schizophrenia. Proc Natl Acad Sci U S A 2005;28;102:9341-9346.
6. Huang HS, Matevossian A, Whittle C, Kim SY, Schumacher A, Baker SP, Akbarian S. Prefrontal dysfunction in schizophrenia involves mixedlineage leukemia 1-regulated histone methylation at GABAergic gene promoters. J Neurosci 2007; 27:11254–11262.
7. Peedicayil J. The role of epigenetics in mental disorders. Indian J Med Res 2007; 126: 105-111.

GENEL TIBBİ BOZUKLUKLARDA STİGMATİZASYON

Dr. Ender KAYA

Genel olarak "damga" kelime anlamı olarak yara izi, delik, leke gibi aşağılayıcı bir şekilde işaretlemeyi tanımlamaktadır. Damgalanma ise belli bir kişinin veya grubun belli bir özelliğinden dolayı ötekileştirilmesi, dışlanması ve ayrımcılığa uğratılmasını tanımlayan bir kavramdır. Damgalama, bir etiket ile başlayan ve ayrımcılık, dışlama ile sona eren bir süreçtir. Damgalanma orta çağdan günümüze kadar hem ruhsal hastalıklarda hem de tıbbi hastalıklarda kendini göstermiştir. Veba, cüzzam, frengi gibi salgın hastalıklarla başlayan damgalanma süreci beraberinde başta şizofreni olmak üzere tüm ruhsal hastalıklarda kendini göstermiştir. Özellikle Lepra, Sifiliz, HPV, HIV, Tüberküloz, Kanser, Epilepsi, Psoriasis , Obezite, Covid-19, Demans gibi tıbbi hastalıklarda damgalanma sık görülmektedir. HIV ile yaşayan bireyler hem toplum ve ailesi hem de kendisi tarafından damgalanabilir. Epilepsili bireylerin hem kendisine hem de ailelerine yönelik, ayrımcılık, önyargı ve suçlama görülebilir. Epilepside damgalanma kişilerarası ilişkilerde bozulmaya, sosyal izolasyona, evlenme ve istihdam oranlarında azalmaya neden olabilir. Kanser hastalarında damgalanma tedavi uyumunun azalmasına, semptom sıklığının artmasına, tedavi sonuçlarını olumsuz etkileyerek yaşam kalitesini bozup beklenen yaşam süresini kısalmasına neden olabilir. En fazla damgalanmaya maruz kalan kanser türleri ise Akciğer kanseri, Meme kanseri, Baş Boyun kanseridir (Cerrahi öyküsü olan). Psoriasis de damgalanma iyi bilinen bir özelliktir. Beraberinde özellikle içselleştirilmiş damgalanma yaşam kalitesini belirgin şekilde bozabilir. Tıbbi hastalıklarda damgalanma ile baş etmek için bireylerin inanç, tutum ve damgalama durumlarını saptamak, toplumda var olan önyargı, yanlış bilgi ve inançları değiştirmeye çalışmak uygun yaklaşım olacaktır. Bununla beraber toplumdaki lider meslek gruplarının (sağlık çalışanları, polis ve okul çocukları, din adamları, muhtarlar, medya çalışanları) doğru bilgilendirilmesi damgalama yükünün hafifletilmesinde etkili yöntem olarak görülmektedir.

UMUTSUZLUK, SOSYOEKONOMİK KAYGILAR VE DEPRESYON: İNTİHARA SÜRÜKLENİŞ

Dr. Erman ŞENTÜRK

Üsküdar Üniversitesi Tıp Fakültesi, NP Feneryolu Tıp Merkezi

İntihar, biyolojik, psikiyatrik ve sosyolojik yönleri olan çok boyutlu ve karmaşık bir davranıştır. İntihar, herhangi bir psikiyatrik hastalığın eşlik etmediği kaotik süreçlerden çeşitli psikiyatrik hastalıklara kadar birçok durumda karşımıza çıkabilir ve geniş bir bakış açısı gerektirir (1).

Yakın dönemde yaşanan kayıplar (ayrılık, boşanma, ölüm), bedensel yeti kayıpları (kaza, hastalık), kendilik değerinde ya da toplumsal statüde kayıplar (işten çıkarılma, iflas), güvenlik duygusunun kaybı (göç, taşınma), yapılan bir eylemden ya da işitilen bir durumdan ötürü yoğun utanç duygusu kişiyi savunmasız ve çaresiz hale getirebilirken intihar davranışı açısından risk oluşturmaktadır. İntihar davranışı öncesi kişiler alışılagelmiş baş etme yöntemleriyle bu kriz sürecini çözümleyemediklerinde genellikle yetersizlik ve değersizlik hissi, ümitsizlik, umutsuzluk, kendisine ilişkin olumsuz yargılar, kişilerarası ilişkilerde içe çekilme, arkadaş ve aile çevresinden uzaklaşma, günlük faaliyetlere ilgi kaybı, kişisel bakım ve görünümü ihmal etme, yeme ve uyku alışkanlıklarında değişme, belirgin kişilik ve davranış değişiklikleri, dikkati toplayamama, karar vermede zorlanma, okul ve iş performansında düşme, yorgunluk ve kronik ağrı gibi fiziksel ve ruhsal yakınmalar yaşamaktadırlar (2).

İntiharı önlemede risk gruplarının belirlenerek bu gruplara yönelik önleyici yaklaşımların geliştirilmesi son derece önemlidir. Bu noktada nihai hedef intihar davranışını engellemek veya intihara eğilimi olan kişiyi rehabilite etmektir. İntihar davranışı ile ilgili en önemli risk grubunun içinde depresyon, bipolar duygudurum bozukluğu, alkol-madde kullanım bozukluğu, şizofreni, borderline kişilik bozukluğu ve antisosyal kişilik bozukluğu olan bireyler yer almaktadır. Tamamlanmış intiharların % 90'ında psikiyatrik bir tanı bulunmaktadır ve bu nedenle bütün psikiyatri hastalarında intihar düşüncesi, ilk değerlendirme ve kontrollerde mutlka sorgulanmalıdır (3). Toplumdaki bireylerin intihar eğilimini artıran faktörleri önlemeye yönelik mücadelede işsizlik, eğitimsizlik, adaletsizlik gibi sorunların çözülmesi, sosyoekonomik sorunların asgari düzeye indirilmesi, intihar araçlarına ulaşımın zorlaştırılması, medyanın ve özellikle de sosyal medyanın intihar davranışı üzerindeki olumsuz etkilerinin engellenmesi, toplumsal damgalanma nedeniyle tedavisi geciken ya da aksayan psikiyatrik hastalıklar ve intihar davranışı konusunda eğitimler yer almaktadır (4). Konuşma içeriğinde intihar davranışına sürüklenişte sıklıkla karşılaştığımız depresyonu ve sosyoekonomik problemleri ele alacağız.

Kaynaklar

1. Díaz-Oliván I, Porras-Segovia A, Barrigón M, Jiménez-Muñoz L, Baca-Garcia E. Theoretical models of suicidal behaviour: A systematic review and narrative synthesis. The European Journal of Psychiatry. 2021;35(3):181-92.
2. Ribeiro JD, Joiner TE. The interpersonal-psychological theory of suicidal behavior: Current status and future directions. Journal of clinical psychology. 2009;65(12):1291-9.
3. Tidemalm D, Långström N, Lichtenstein P, Runeson B. Risk of suicide after suicide attempt according to coexisting psychiatric disorder: Swedish cohort study with long term follow-up. Bmj. 2008;337.
4. Lewis G, Hawton K, Jones P. Strategies for preventing suicide. The British Journal of Psychiatry. 1997;171(4):351-4.

ERİŞKİN DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞUNDA YÜRÜTÜCÜ İŞLEVLER

Dr. Erman ŞENTÜRK

Üsküdar Üniversitesi Tıp Fakültesi, NP Feneryolu Tıp Merkezi

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB), dikkat eksikliği, hiperaktivite ve dürtüsellik ile kendini gösteren, çocukluk döneminde başlayan, belirtileri zamanla değişim göstererek yaşam boyu sürebilen, heterojen bir nöropsikiyatrik bozukluktur (American Psychiatric Association, 2013). Genel olarak çocukluk ve ergenlik dönemlerinde ön planda olan hiperaktivite ve dürtüsellik bileşenleri ergenlik döneminin sonuna doğru azalmakta ve dikkat eksikliği bileşeni baskın hale gelmektedir. Öte yandan erişkin dönemde DEHB belirtilerinin sıklığı ve şiddeti yaşla birlikte azalmaktadır (Tannock, 1998).

Prefrontal korteks (PFC), yürütücü işlevler için beyindeki en önemli bölge olup organizasyon, planlama ve dikkatin dağılmasına neden olabilecek olası çeldiricilere verilen tepkilerin engellenmesi adına önemli görevler üstlenmektedir. Dorsal ve lateral PFC dikkati ve motor tepkileri düzenlerken ventral ve medial kısım duyguların düzenlenmesinde görev almaktadır. PFC, beynin olgunlaşan son kısmıdır ve olgunlaşma geç ergenlik döneminde tamamlanır. PFC'de yer alan iki anahtar reseptör, dopamin D1 reseptörü ve alfa-2A adrenoreseptörleridir ve DEHB, bazı durumlarda katekolamin sinyalini zayıflatan ve PFC olgunlaşmasını yavaşlatan genetik değişikliklerle ilişkilidir (Arnsten, 2009).

DEHB, yalnızca dikkatin düzenlenmesiyle ilgili sorunlarla değil, aynı zamanda çalışma belleği, bilgi işleme hızı ve yürütücü işlevlerle de karakterizedir. DEHB'de harekete geçme, odaklanma, çaba, duygu, bellek ve eylemden oluşan altı yürütücü işlev alanında eksiklikler olduğu öne sürülmektedir (Brown, 2005). DEHB'li bireyler görev ve görevle ilişkili araçların organizasyonunda, zaman yönetiminde, görevleri önem sırasına koymakta, görev için çalışmaya başlamakta ciddi anlamda güçlükler yaşamakta ve aşırı erteleme davranışında bulunmaktadırlar. Odaklanmayı sürdürmek, dış uyaranlar ya da kendi düşünceleri tarafından dikkatin kolaylıkla dağılması, bilgilerin geri çağrılmasında zorlanma ve ihtiyaç halinde bilgiyi ortaya koyamama DEHB'de karşımıza sıklıkla çıkan önemli belirtilerdir. Duyguların yönetiminde ve duyguları bağlamında değerlendirip kontrol edebilmekte zorluk yaşayan DEHB'li bireyler genel olarak mantıksal düşünme becerilerini duygusal süreçlerden ayırmakta bir hayli güçlük yaşamaktadırlar. DEHB'li bireylerin çoğu davranışlarını düzenlemede problem yaşar ve dürtüsel davranışlarda bulunurlar. Düşüncelerini sonuçları düşünmeden çok hızlı bir şekilde harekete geçirirken çevreye göre davranışlarını düzenlemede problem yaşarlar (Brown, 2008). Konuşma içeriğinde dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun yürütücü işlevlerle ilişkisini ele alacağız.

Kaynaklar

American Psychiatric Association (2013) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th edition (DSM-5). Washington, American Psychiatric Association.

Arnsten AF (2009) The Emerging Neurobiology of Attention Deficit Hyperactivity Disorder: The Key Role of the Prefrontal Association Cortex. J Pediatr, 1;154(5): I-S43.

Brown TE (2005) Attention Deficit Disorder: The Unfocused Mind in Children and Adults. New Haven, Yale University Press.

Brown TE (2008) ADD/ADHD and impaired executive function in clinical practice. Curr Psychiatry Rep, 10:407-411.

Tannock R (1998) Attention deficit hyperactivity disorder: advances in cognitive neurobiological and genetic research. J Child Psychol Psychiatry, 34:65-99.

ŞİZOFRENİ TEDAVİSİNDE UZUN ETKİLİ ANTİPSİKOTİKLER

Dr. Ersin Hatice KARSLIOĞLU

SBÜ. Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği

Antipsikotik ilaçlar, günümüz şizofreni tedavisinde halen en önemli mücadele aracımız olmaya devam etmektedir. Tedavinin sürdürülmesi, relapsı ve hastane yatışını önlemenin yanı sıra, bilişsel yıkımı azaltması, işlevselliğin korunması, özellikle beyaz cevher bozulmasının engellenmesi açısından önemlidir. Tedavisiz kalan hastalarda relaps riski yanında sonraki tedavilere direnç olasılığı da artar. Uzun etkili ejekte edilebilir antipsikotikler (UEA) tedavinin sürdürülmesinde önemli bir seçenektir. UEA sadece günlük ilaç alımını azaltmaz; güvenilir şekilde ilacın sürdürülmesini, verilen doz ile ulaşılan plazma ilaç düzeyinin daha tutarlı olmasını ve plazma ilaç düzeyinin daha az dalgalanmasını sağlar. UEA'lerin relapsa kadar geçen süreyi uzattıkları, semptom remisyonu ve işlevsel düzelme sağladıkları gösterilmiştir. Bu iyileşmelerin yanında, hastanın fiziksel aktivitesinin arttığı, iletişiminin düzeldiği; primer bakımveren yükünün azaldığı bildirilmiştir. Pek çok çalışmada maliyet etkinliği gösterilmiş, en azından toplam ekonomik yükü arttırmadığı, nötr etkili olduğu bildirilmiştir. Şizofreni tanısının özellikle erken dönemlerinde UEA kullanımına geçilmesinin, bu yararları arttırdığı gözlenmiştir.

Şizofrenide genel topluma göre yaşam süresi yaklaşık 15-20 yıl daha düşüktür. Erken mortalite riskinin azaltılması önem arz etmektedir. UEA kullanımının hem İsviçre hem Tayvan çalışmalarında tüm nedenlere bağlı mortalite riskini azalttığı, suisid ile ölüm oranını da düşürdüğü saptanmıştır. Oldukça büyük örneklemli, daha yeni bir meta analizde, şizofrenide genel popülasyona göre mortalite oranının 2.9 kat daha yüksek olduğu, fiziksel hastalığı olan genel popülasyonla kıyaslandığında da mortalite riskinin 1.6 kat arttığı tespit edilmiştir. Bu meta analizde de İkinci Kuşak UEAlerin ve klozapinin mortalite açısından koruyucu etkisi olduğu; birinci kuşak antipsikotiklerle bu etkinin görülmediği bildirilmiştir.

Buna rağmen, mevcut tedavi kılavuzlarında UEA kullanımı önerileri değişkendir. Özellikle erken dönemde, oral antipsikotikle stabilize olmuş hastalarda, uyum bozulmadan ve şizofreni belirti artışı gözlenmeden UEA tedaviye geçişin en uygun strateji olduğu bildirilmiştir.

Şizofreni tedavisinde psikososyal rehabilitasyon göz ardı edilmemelidir. UEA uygulaması için gerekli olan, düzenli aralıklarla sağlık hizmet sağlayıcılarıyla temas, psikososyal müdahale olasılığını artırmakta ve başarılı rehabilitasyon ve sosyal entegrasyon için fırsat oluşturmaktadır.

Tüm hastalıklarda olduğu gibi şizofreni için de her hasta biriciktir ve tedavi hastaya göre biçimlendirilmelidir. Bununla birlikte; şizofrenide erken dönemde sağlanabilecek iyileşme için geç kalınmamalı ve doktorlar bu noktadaki sorumluluklarını, güncel bilgiler ışığında yerine getirmelidir.

Kaynaklar

1. Correll, C. U., Benson, C., Emond, B., Patel, C., Lafeuille, M. H., Lin, D., Morrison, L., Ghelerter, I., Lefebvre, P., & Mavros, P. (2023). Comparison of clinical outcomes in patients with schizophrenia following different long-acting injectable event-driven initiation strategies. *Schizophrenia (Heidelberg, Germany)*, *9*(1), 9. https://doi.org/10.1038/s41537-023-00334-3
2. Correll, C. U., Solmi, M., Croatto, G., Schneider, L. K., Rohani-Montez, S. C., Fairley, L., Smith, N., Bitter, I., Gorwood, P., Taipale, H., & Tiihonen, J. (2022). Mortality in people with schizophrenia: a systematic review and meta-analysis of relative risk and aggravating or attenuating factors. *World Psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, *21*(2), 248–271. https://doi.org/10.1002/wps.20994
3. Vita, A., Fagiolini, A., Maina, G., Mencacci, C., Spina, E., & Galderisi, S. (2023). Achieving long-term goals through early personalized management of schizophrenia: expert opinion on the role of a new fast-onset long-acting injectable antipsychotic. *Annals of General Psychiatry*, *22*(1), 1. https://doi.org/10.1186/s12991-022-00430-1
4. Kane, J. M., McEvoy, J. P., Correll, C. U., & Llorca, P. M. (2021). Controversies Surrounding the Use of Long-Acting Injectable Antipsychotic Medications for the Treatment of Patients with Schizophrenia. *CNS Drugs*, *35*(11), 1189–1205. https://doi.org/10.1007/s40263-021-00861-6

UZUN ETKİLİ ENJEKTE EDİLEBİLİR ANTİPSİKOTİK KULLANIMI SIRASINDA DİKKAT EDİLMESİ GEREKEN YAN ETKİLER

Dr. Esra KABADAYI ŞAHİN

Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı

Antipsikotik ilaçlar, bipolar bozukluk ve psikotik bozuklukların idame tedavisinde yaygın olarak kullanılan psikofarmakolojik ajanlar olup, bu bozuklukların nüks oranlarını etkili bir şekilde azaltır. Bipolar bozukluk veya şizofeni tanısı olan hastaların yaklaşık %50'sinin, uzun süreli farmakolojik tedavi sırasında psikotrop ilaçları bıraktığı bildirilmiştir. İlaç uyumsuzluğu, her iki bozukluğun da sağlık alanındaki ekonomik yükünü artırmasının yanı sıra; yeniden hastaneye yatışlar, iş kaybı, aile ve sosyal ilişkilerin bozulması gibi hastaların işlevsellikleri ve klinik gidişi üzerinde olumsuz etkilere sahiptir. Uzun etkili enjekte edilebilir antipsikotikler, antipsikotik ilaçlara uyumsuzluk nedeniyle nüks yaşayan kronik psikiyatrik bozukluğu olan hastaları tedavi etmek için geliştirilen ve 2 ile 12 haftalık uygulama aralığı ile ilaç uyumunu iyileştirmeyi hedefleyen farmakolojik ajanlardır. Birinci kuşak ve ikinci kuşak antipsikotik ajanların uzun etkili enjeksiyon formları tedavide etkinliği kanıtlanmış olup, klinikte bu amaçla yaygın olarak kullanılmaktadır. Uzun etkili enjekte edilebilir antipsikotiklerin birçok hasta için etkili bir tedavi seçeneği olduğu kanıtlanmış olmakla birlikte; bu ilaçların enjeksiyon bölgesindeki lokal reaksiyonlar, ekstrapiramidal semptomlar, kilo alımı, metabolik bozukluklar ve kardiyovasküler etkiler gibi yan etkileri olabilir. Yan etkilerin sıklığı ve şiddeti kullanılan ilaca, hastanın bireysel yanıtına, ilaç dozu ve kullanım süresi gibi faktörlere bağlı olarak değişmektedir. Yapılan araştırmalarda uzun etkili enjekte edilebilir antipsikotik tedavi alan hastaların da %40'a yakınının tedaviye başladıktan sonraki 1 yıl içinde tedaviyi bıraktıkları bildirilmiştir. Bu hastaların da yaklaşık %33'ünün yan etkiler nedeniyle tedaviye devam etmedikleri gösterilmiştir. Bu nedenle, uzun etkili enjekte edilebilir antipsikotik kullanan hastaların olası yan etkilerinin bilinmesi, düzenli olarak risk değerlendirmesi, yan etki takibi ve bu yan etkileri yönetmek için uygun bakım ve tıbbi desteğin sağlanması tedavi uyumunu artırmayı sağlayacak önemli klinik stratejilerdir.

Kaynaklar

1. Bertolini F, Ostuzzi G, Pievani M, Aguglia A, Bartoli F, Bortolaso P, Callegari C, Caroleo M, Carrà G, Corbo M, D'Agostino A. Comparing long-acting antipsychotic discontinuation rates under ordinary clinical circumstances: a survival analysis from an observational, pragmatic study. CNS Drugs. 2021 Jun;35:655-65.
2. Schneider-Thoma J, Chalkou K, Dörries C, Bighelli I, Ceraso A, Huhn M, Siafis S, Davis JM, Cipriani A, Furukawa TA, Salanti G. Comparative efficacy and tolerability of 32 oral and long-acting injectable antipsychotics for the maintenance treatment of adults with schizophrenia: a systematic review and network meta-analysis. The Lancet. 2022 Feb 26;399(10327):824-36.
3. Wei Y, Yan VK, Kang W, Wong IC, Castle DJ, Gao L, Chui CS, Man KK, Hayes JF, Chang WC, Chan EW. Association of Long-Acting Injectable Antipsychotics and Oral Antipsychotics With Disease Relapse, Health Care Use, and Adverse Events Among People With Schizophrenia. JAMA Network Open. 2022 Jul 1;5(7):e2224163.

PANİK BOZUKLUĞUNA ÖZGÜL BİLİŞSEL VE ÜST BİLİŞSEL MÜDAHALELER

Dr. Fatih YIĞMAN

Panik atak, göğüste ağrı veya sıkışma, çarpıntı, boğulma hissi, gastrointestinal problemler (bulantı, kramp gibi), baş dönmesi, baygınlık, titreme, terleme, derealizasyon ve depersonalizasyon gibi semptomlara neden olan bir klinik durumdur. Panik bozukluk ise beklenmedik şekilde ortaya çıkan panik ataklarının yanı sıra, yeni ataklar olacağı korkusuyla karakterize olan bir hastalıktır (APA 2013). Bu hastalık işlevselliği olumsuz yönde etkiler ve başka bir tıbbi nedenle daha iyi açıklanamaz.

Panik bozuklukta, temel katastrofik düşünceler arasında "kalp krizi geçirme, boğulma, bayılma veya kontrolü kaybetme" yer alır ve genellikle bu düşüncelerin ölümle sonuçlanacağına inanılır. Bu bilişsel çarpıtmalar, güvenlik sağlayıcı davranışlara ve kaçınma davranışlarına yol açar. Ayrıca, kişiler beden duyumlarına karşı daha hassas hale gelebilir ve bunları olumsuz olarak yorumlayabilirler, bu da döngünün kendisini güçlendirmesiyle sonuçlanır. Panik bozukluğun bilişsel-davranışçı terapi (BDT) tedavi formülasyonu, psikoeğitim, bedensel duyumların yeniden yorumlanması, kaçınma ve güvenlik sağlayıcı davranışların ele alınması ve katastrofik düşüncelerin yeniden yapılandırılması gibi teknikleri içerir. Dikkat Eğitim Tekniği (Attention Training Technique - DET), Wells (1990) tarafından geliştirilen özel bir tedavi tekniği olup, metakognitif terapide kullanılmak üzere tasarlanmıştır (Wells 2011). DET, psikolojik rahatsızlıkların altında yatan metakognitif teoriye dayanır. Bu teori, Bilişsel Dikkat Sendromu (BDS) adı verilen bir düşünce tarzının psikolojik rahatsızlıkların nedeni olduğunu belirtir. BDS, içsel üst bilişlerle bağlantılı olan düşünme ve dikkat kontrolünü etkileyen olumsuz düşünce ve dikkat kalıplarını ifade eder. DET, BDS'yi ortadan kaldırmaya ve altta yatan üstbilişleri değiştirmeye yardımcı olmak için tasarlanmıştır. DET müdahalelerinin, panik bozukluk hastalarında panik semptomları, kaygı düzeyleri ve depresyon skorlarını önemli ölçüde azalttığını gösteren çalışmalar mevcuttur (McEvoy 2019).

Kaynaklar

APA (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®), American Psychiatric Pub.

McEvoy, P. M. (2019). "Metacognitive therapy for anxiety disorders: a review of recent advances and future research directions." Current psychiatry reports **21**: 1-9.

Wells, A. (2011). Metacognitive therapy for anxiety and depression, Guilford press.

MELANOKORTİNLER, KORTİKOTROPİN SALGILATICI HORMON

Dr. Fatma Gül HELVACI ÇELİK

Birçok nöropeptid olmakla birlikte, nöropeptitlerden melanokortinler ve CRH sistemi anksiyete ve depresyon ile güçlü bir ilişkiye sahiptir. Melanokortinler, pro-opio-melanokortinden (POMC) türetilen peptit hormon grubudur. Bu grupta adrenokortikotropik hormon (ACTH), alfa-beta-gama-melanosit uyarıcı hormonlar (MSH), beta-endorfin ve adrenokortikotropik hormon fragmanı olan kortikotropin benzeri ara peptidi (CLIP) bulunmaktadır. Stres tepkilerinin kontrolünde yer alan beyin bölgelerinde yüksek oranda ifade edilen melanokortin-4 reseptörü (MC4R) alt tipi, stres yanıtında en önemli olanıdır. MC4R hipotalamo-hipofiz-adrenal (HPA) eksen aktivitesini de oldukça etkiler.

CRH, vücudun strese verdiği tepkinin ana düzenleyicisi olan hipotalamik-hipofiz-adrenal (HPA) ekseninin merkezi düzenleyicisidir. CRH reseptörleri hipofiz, amigdala, hipokampus, beyin sapı ve singulat kortekste eksprese edilir. CRH sisteminin uzun süredir duygusal dengesizlik, davranış değişiklikleri, anksiyete ve depresyon ile ilişkili olduğu bilinmektedir. CRH' ın da içinde olduğu HPA ekseni disfonksiyonu (artmış kortizol, artmış ACTH, azalmış geri bildirim) depresyon ve anksiyete dahil birçok psikopatolojide ywe almaktadır. CRH ve MCR4' ün fonksiyonel ve anatomik etkileşimleri de mevcuttur. MC4R agonistleri, kaygı ve depresif davranışları şiddetlendiriyor gibi görünürken, MC4R antagonistlerinin bu tür bozuklukları hafiflettiği de gösterilmiştir.

Bu sunumda mekanokortinler ve CRH' ın anksiyete ve depresyonla ilişkisinin, literatür bilgileri eşliğinde değerlendirmesi amaçlanmaktadır.

Kaynaklar

Kupcova, I., Danisovic, L., Grgac, I., & Harsanyi, S. (2022). Anxiety and depression: what do we know of neuropeptides?. *Behavioral Sciences*, *12*(8), 262.

Okdeh, N., Mahfouz, G., Harb, J., Sabatier, J. M., Roufayel, R., Gazo Hanna, E., ... & Fajloun, Z. (2023). Protective Role and Functional Engineering of Neuropeptides in Depression and Anxiety: An Overview. *Bioengineering*, *10*(2), 258.

Di Bonaventura, E. M., Botticelli, L., Del Bello, F., Giorgioni, G., Piergentili, A., Quaglia, W., ... & Cifani, C. (2022). Investigating the role of the central melanocortin system in stress and stress-related disorders. *Pharmacological Research*, 106521.

Serova, L. I., Laukova, M., Alaluf, L. G., & Sabban, E. L. (2013). Intranasal infusion of melanocortin receptor four (MC4R) antagonist to rats ameliorates development of depression and anxiety related symptoms induced by single prolonged stress. *Behavioural brain research*, *250*, 139-147.

Caruso, A., Gaetano, A., & Scaccianoce, S. (2022). Corticotropin-Releasing Hormone: Biology and Therapeutic Opportunities. Biology, 11(12), 1785.

SİBERKONDRİ

Dr. Fatma KARTAL

Özel Boylam Psikiyatri Hastanesi

Gelişen teknolojinin günlük yaşantımızı kolaylaştırmasının yanında zorlaştıran ve kişilere zararı olan etkileri de bulunmaktadır. Son zamanlarda, internette sağlık bilgisi aramanın oluşturduğu olumsuz sonuçları açıklamak için "siber"(cyber) ve "hipokondriyazis" (hypochondriasis) kelimelerinden türetilmiş olan "siberkondriyazis" (cyberchondriasis) terimi kullanılmaktadır Siberkondri kavramı temel olarak, sağlıkla ilgili kaygı ve stresi azaltmak için internet ortamında aşırı ve tekrarlayan şekilde araştırma yapma davranışı olarak tanımlanmaktadır. Siberkondri davranışı sergileyen kişiler sağlıkları ile ilgili tekrarlayan ilgi ve merak içindedirler. Bu durum, kaygı ve stres düzeylerinde artışa, bedensel belirtileri yanlış yorumlamalarına neden olmaktadır. Bu endişe ve yanlış yorumlamalar beraberinde işlevsel olmayan düşünce yapılarını getirmektedir. Kişiler, bilişsel noktada yaşanan bu çarpıtmaların sonucunda güvenlik arayışı olarak internet ortamında sağlık bilgisi aramaya yönelecektir (Morley ve ark., 2019).. Siberkondri ile ilişkilendirilen komorbid psikiyatrik bozukluklar arasında somatizasyon, obsesif kompulsif bozukluk ve problemli internet kullanımının yer aldığı bildirlmiştir. Siberkondri, sağlık hizmetlerinin fazla kullanılmasına ve ekonomik maliyetlerin artmasına yol açabilmektedir İnternet kullanıcılarında siberkondrinin tanınması, siberkondri ile ilişkili etmenlerin belirlenmesi, altında yatan dinamiklerin incelenmesi siberkondri için gerekli tedavi müdahalelerinin yapılması önem arz etmektedir.

Kaynaklar

Bahadır, E. (2021). Çevrimiçi sağlık arama davranışı (siberkondri) üzerine bir gözden geçirme. *Klinik Psikoloji Dergisi*, *5*(1), 79-85.

Uzun, S. U. (2016). Pamukkale Üniversitesi çalışanlarında siberkondri düzeyi ve etkileyen etmenler.

Morley, J., Taddeo, M. ve Floridi, L. (2019). Google health and the NHS: Overcoming the trust deficit. The Lancet Digital Health, 1(8), 389- 401.

Durak Batıgün, A., Gör, N., Kömürcü, B. ve Şenkal Ertürk, İ. (2018). Cyberchondria scale (CS): Development, validity and reliability study. Düşünen Adam/ The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences 31, 148- 162.

TRANSPLANTASYON MERKEZİ VE PSİKİYATRİ KONSÜLTASYONLARI

Dr. Ferda APA

Organ yetmezliği yaşamı tehdit eden, kişiyi yaşam ve ölüm kavramlarıyla yüzleştiren bir durumdur. Günümüzde organ transplantasyonu bu durumun sağaltımında kullanılan yöntemlerden biridir. Hasta kişiye nakledilen organ/organlar beyin ölümü gerçekleşmiş bireyler veya yaşayan sağlıklı bireyler olmak üzere iki ana kaynaktan karşılanmaktadır (1).

Transplantasyon işlemi öncesinde alıcı bu işleme uygunluğunun değerlendirilmesiyle karşı karşıya kalır. Alıcı için bu önemli bir ruhsal stres nedenidir. Değerlendirmenin olumlu sonuçlanıp sonuçlanmayacağı ve transplantasyon için onaylanıp onaylanmayacakları konusunda kaygı yaşamalarına neden olur. Ayrıca bu değerlendirme işlemi hastalığını yok sayma düzeneklerini ortadan kaldırarak hastalık gerçeği ile yüzleşmesine neden olur (2).

Transplantasyon öncesinde psikiyatrik değerlendirme hastanın operasyon öncesi hazırlığının bir parçasıdır. Uygun ruhsal değerlendirme ile ağır ruhsal sorunları olan hastalarda bile transplantasyon işlemi başarılı sonuçlanabilmektedir (3). Bu değerlendirmede psikiyatrdan beklenen, hastanın nakil öncesi psikiyatrik muayenesini yapması, güncel ve geçmişteki psikiyatrik hastalıklarının sorgulaması ve olabilecek ilaç etkileşimlerini dikkate almasıdır (4). Psikiyatrik değerlendirme hastanın tedavi uyumu, nakile hazır olup olmadığı, sosyal destek durumu, madde kullanımının ve intihar eğiliminin olup olmadığı ve başetme mekanizmalarının belirlenmesini içerir (5).

İlk bilgilendirme ve temel tıbbi tetkikler sonrasında verici adayının da ilk ruhsal değerlendirilmesi yapılmaktadır. Verici adayının ruhsal açıdan işlemin yapılmasına uygunluğu belirlenir ve koşulları karşılamayan olgular ayıklanır. Bu sayede yüksek maliyetli ileri tetkikleri sürdürmemiş olurlar. Vericilerin psikiyatrik değerlendirilmesinde, bireyin baskı altında kalmaksızın özgürce karar vererek organ bağışlamaya gönüllü olması ve bu kararı vermesine yetecek düzeyde akıl ve ruh sağlığına sahip olma yetkinliği araştırılır (1).

Organ nakli, konsültasyon-liyezon psikiyatrisinin çalışma alanlarından biridir. Organ nakli merkezlerinin dünyada ve ülkemizde yaygınlaşması, psikiyatri açısından yeni bir çalışma alanı oluşturmuştur. Bunun sonucunda, transplantasyonla ilgili psikiyatrik araştırmalar giderek artış göstermiştir.

Kaynaklar

1. Noyan MA, Önen Sertöz Ö, Elbi H, Çetin Ö. Canlıdan organ naklinde ruhsal değerlendirme. Anadolu Psikiyatri Derg 2011; 12:84-89
2. Goodheart, C.D., Lansing, M.H. Treating people with chronic disease: A psychological guide. Washington, DC: American Psychological Association, 1996.
3. DiMartini A, Dew MA, Chaiffetz D, et al. Early trajectories of depressive symptoms after liver transplantation for alcoholic liver disease predicts long-term survival. Am J Transplant 2011; 11: 1287.
4. Fricchione GL (1989) Psychiatric aspects of renal transplantation. Aust NZJ Psychiatry, 23:407-417.
5. Rundell JR, Hall RC. Psychiatric characteristics of consecutively evaluated outpatient renal transplant candidates and comparisons with consultation-liaison inpatients. Psychosomatics 1997; 38: 269–276.

OBEZİTE MERKEZİ VE PSİKİYATRİ KONSÜLTASYONLARI

Dr. Feride KESKİNLER

Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre obezite, vücutta sağlığı bozacak ölçüde anormal veya aşırı yağ birikmesi olarak tanımlanmaktadır. Diğer bir tanımlama ile vücuda alınan enerjinin, harcanan enerji miktarından fazla olması nedeniyle vücutta aşırı miktarda yağ depolanması ile obezite oluşmaktadır. Obezite, günümüzde özellikle gelişmiş ülkelerde en önemli sağlık sorunu olarak görülmekte olup, ICD-10'da hastalık olarak tanımlamıştır. Obez hastalarda psikiyatrik rahatsızlıkların daha yaygın görüldüğü bilinmektedir. Bazı araştırıcılar tarafından psikosomatik bir hastalık olarak da görülmektedir.

Psikiyatrik sorunlar obezite cerrahisine aday hastalarda sık görülmekte olup, bazı psikiyatrik bozukluklar cerrahi sonrası sürmekte, bazen de cerrahi sonrası yeni psikiyatrik bozukluklar ortaya çıkabilmektedir. Obezite cerrahisine karar verilen hastaların ruhsal-toplumsal açıdan değerlendirilmeleri gereklidir.

Yapılan muayenede hastanın geçmişte veya şimdi kendine zarar verici davranışı olup olmadığı, intihar düşüncesi veya girişimi, psikiyatrik yatış öyküsü, geçirilmiş veya şimdiki psikiyatrik tedavi öyküsü, alkol ve madde kullanım öyküsü sorgulanmalıdır. Çalışmalarda ruhsal bozukluk ne kadar şiddetli ise, ameliyat sonrası yeniden kilo alma veya kilo verememek gibi kilo ile ilgili sorunların o kadar fazla olduğu gösterilmiştir. Obezite cerrahisi öncesindeki ruhsal değerlendirmede en sık konulan tanılar sırasıyla, anksiyete bozuklukları, duygudurum bozuklukları, TYB ve kişilik bozukluklarıdır. Kişilik bozukluklarından en sık saptananı çekingen kişilik bozukluğudur.

Psikopatoloji Açısından Obezite Cerrahisi Kontraendikasyonları: Bunama, gelişimsel kusurlar, psikotik bozukluklar, psikoaktif madde kullanımı/bağımlılığı, tedaviye dirençli obsesif kompulsif bozukluk,ciddi düzeyde somatoform bozukluğu, şiddetli borderline kişilik bozukluğu.

Kaynaklar

1. World Health Organization (1998) Obesity Preventing and Managing the Global Epidemic: Report of a WHO Consultation on Obesity, WHO/NUT/NCD/1998, The World Health Organization, Geneva
2. Pories WJ. J Clin Endocrinol Metab 2008; 93: 89-96.
3. Lanyon R, Maxwell B. Predictors of outcome after gastric bypass surgery. Obes Surg 2007; 17:321-328.
4. Fabricatore AN, Crerand CE, Wadden TA, Sarwer DB, Krasucki JL. How do mental health professionals evaluate candidates for bariatric surgery? Survey results. Obes Surg 2006; 16:567-573.

EBEVEYN İNTİHARI SONUCU KAYIP YAŞAYAN BİREYLERİ ANLAMAK

Dr. Gamze UÇAR

Pendik Devlet Hastanesi, Toplum Ruh Sağlığı Merkezi

İntihar felsefi, dini, ahlaki, kültürel, tarihi, tıbbi ve sosyolojik anlamları olan bir ölüm türüdür. Dünya Sağlık Örgütü 2019 yılı verilerine göre her yıl 700.000'den fazla insan intihar yolu ile ölmektedir. İntihar ve intihar girişimlerinin bireyin ailesini, arkadaşlarını, meslektaşlarını, toplulukları ve toplumları etkileyen bir dalga etkisi vardır. İntihar sonucu ölüm, tüm toplum ve kültürlerde farklı yansımalara sahip olsa da, ortak olan nokta doğal nedenlerle olan ölümlerden çok daha derin anlamlar içermesidir. İntihar sonucu yaşanan kayıplar, ardında açığa kavuşturulmayı bekleyen bir çok soru işaretini de barındırmaktadır. Bireysel ve öznel bir deneyim olan intiharın, ardında bıraktığı sorular artık net olarak cevabının ortaya konması imkansız olan sorular haline gelmiştir İntihar yolu ile ebeveyn kaybı yaşayan bireyler, hayatının bir parçası olup artık orada olmayan bir rol figürünün yokluğu deneyimi, bundan sonrasının belirsizliği, zorluğu yanı sıra, yaş dönemi ve algılama düzeylerine göre bu soruların cevaplarını da aramaktadırlar. Ebeveynin intiharı bireye yeterince iyi olmadığı, yaşatmak için yeterince öneme sahip olmadığı gibi varlığının temellerini sorgulatıcı düşünceler ile birlikte, kendisinin sebep olduğu ya da önlemek için bir şey yapamadığı gibi suçluluk duyguları, terk edilmeye ilişkin öfke duyguları ile ilerleyen karmaşık süreçleri beraberinde getirebilir. Özellikle çocuklar için ebeveynin intiharı son derece travmatik ve duygusal olarak yüklü bir eylemdir. Böyle karmaşık ve zorlayıcı bir eylem karşısında, biz psikiyatristler için en önemli nokta intiharı ve yaşattığı etkiyi çok boyutlu olarak görebilmek ve anlamlandırabilmektir.

Kaynaklar

1. Ergün, E., & ÇÖTOK, T. (2019). Etik Bir Tartışma Konusu: Hume ve Kant Örneğinde İntihar. Beytulhikme: An International Journal of Philosophy, 9(1).
2. Suicide worldwide in 2019: global health estimates. Geneva: World Health Organization; 2021. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
3. Granot, T. (2005). Without You: Children and Young People Growing up with Loss and its Effect. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.

DNA METİLASYONU VE PSİKOTROPLARIN İLİŞKİSİ

Dr. Gamze ÜSTÜN

Depresyon, şizofreni, anksiyete bozukluğu gibi birçok psikiyatrik rahatsızlıkta psikotrop ilaçlara verilen yanıt ve ilaçların yan etki profilinin kişiden kişiye değiştiği bilinen bir gerçektir. Bu nedenle özellikle son 20 yılda psikiyatri alanında farmakogenetiğe ilgi artmış olup yapılan çalışmalarda DNA metilasyonunun etkisi ortaya konulmaya başlanmıştır.

Erken yaşam stresi, çocuklukta kötü muamele gibi faktörler Brain Derived Neurotrophic Factor (BDNF) promotör metilasyonunu değiştirir. Tedaviden önceki serum BDNF seviyeleri, depresyonda SSRI yanıtı ile ilişkilendirilmiştir. Antidepresanların BDNF metilasyonunu değiştirip değiştirmediği kesin olmasa da, BDNF dahili promotörlerinin CpG metilasyonundaki farklılıklar tedavi yanıtı için biyobelirteç olarak sunulmuştur. CpG-87'deki hipermetilasyonun, antidepresan tedaviye yanıtsızlığı başarılı şekilde tahmin edebildiği gösterilmiştir. Başka bir çalışmada da DNA metiltransferaz inhibitörlerinin hayvan modellerinde antidepresan olarak kullanılabileceği gösterilmiştir (1).

Duygudurum bozukluklarında görülen SCL6A4 hipermetilasyonunu azaltabilmesi sayesinde bir antipsikotik olan Ketiapin antidepresan ve antimanik etkiler gösterebilmektedir. Duygudurum düzenleyicisi olarak kullanılan Valproik Asitin histon deasetilaz inhibitörü etkisi ile DNA demetilasyonu aktive edilmektedir (1).

Şizofreni hastalarının GABAerjik nöronlarında GAD67 ve Reelin ekspresyonunun down regülâsyonunun, DNA Metiltransferaz 1 ve DNA Metiltransferaz 3a'nın aşırı ekspresyonu ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Tedavide kullanılan tipik ve atipik antipsikotiklerin DNA demetilasyonu üzerine etkisi birbirinden farklı olup, en güçlü demetilasyonu Klozapinin sağladığı gösterilmiştir. Buna karşın bazı antipsikotiklerin etkisi yetersiz kalmıştır (risperidon, haloperidon) (2).

Psikotropların metabolik yan etkilerinden erken dönemde önemli kilo artışı olan hastalarda bazı CREB-regulated transcription coactivator 1 (CRTC1) CpG bölgesinde metilasyon değişiklikleri gözlenmiş olup, kilo artışı olmayan gruba göre farklı bulunmuştur (3).

İncelenen çalışmalar ışığında psikotropların etki mekanızmalarından birinin DNA demetilasyonu olduğu söylenebilmekte olup, psikotroplar, psikiyatrik hastalıklar ve DNA metilasyonunun karşılıklı etkileşiminin aydınlatılabilmesi amacıyla daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

Kaynaklar

1. Reynolds GP, Fachim HA. Does DNA methylation influence the effects of psychiatric drugs? Epigenomics. 2016 Mar;8(3):309-12.
2. Guidotti A, Grayson DR. DNA methylation and demethylation as targets for antipsychotic therapy. Dialogues Clin Neurosci. 2014 Sep; 16(3): 419–429.
3. Delacrétaz A, Glatard A. Psychotropic drug-induced genetic-epigenetic modulation of CRTC1 gene is associated with early weight gain in a prospective study of psychiatric patients. Clin Epigenetics. 2019; 11:198.

TRSM'DE BAĞIMLILIK YÖNETİMİ

Dr. Gözde YONTAR

Ruh sağlığı hastalıkları; görülme oranlarının sıklığı, hastaların özellikleri, tedavide karşılaşılan güçlükler ve süregenleşme eğilimi nedeniyle halk sağlığı sorunlarının başımda gelmektedir (1, 2). Dünyada ruh hastalıklarının görülme oranlarının artması hastane temelli model, toplum temelli model ve toplum hastane denge modeli olmak üzere üç farklı çalışma modelinin gelişmesini sağlamıştır. 1970 yılından itibaren özellikle İtalya'da büyük akıl hastaneleri kapatılmış ve gidererek hastane bazlı hizmet modelinden, toplum temelli hizmet modeline geçilmeye başlanmıştır. Ülkemizde de 2008 yılından itibaren bu amaçla Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri kurulmaya başlanmıştır. Bu kapsamda hastaların tedavilerinin düzenlenmesi, psikososyal destek verilmesi, düzenli geliş oranlarının arttırılması ile ruhsal hastalıkların alevlenmesinin ve yatış oranlarının azaltılması sağlanabilmektedir.

Epidemiyolojik çalışmalar göstermiştir ki şizofreni spektrum bozukluklarında madde kullanım bozukluğu yaşam boyu sıklığı %47 ilâ %70 arasında değişmektedir. Bu hiç de nadir olmayan eş tanıların varlığı hem psikopatolojiyi hem de tedavi sürecini olumsuz etkilemektedir.

Birbirini olumsuz etkileyen bu tanıların birlikte olduğu hastalar entegre edilmiş psikososyal ve ilaç tedavisinden fayda görürler. Bu konuşmanın amacı TRSM'lerde takip edilen hastalardaki alkol ve madde kullanım bozukluğu olanları diğerlerinden ayırt etmek, hasta grupları arasındaki farkları ve tedavi yaklaşımını ortaya koymaktır.

Kaynaklar

1. Doğan, O., et al. "Ruhsal bozuklukların epidemiyolojisi, 1. baskı, Sivas." Dilek Matbaası (1995): 50-52.
2. World Health Organization. WHO. The World health report: 2001. Mental health: new understanding, newhope, 2001. https://apps.who.int/iris/handle/10665/42390.

PERİNATAL DÖNEMDE OKB TEDAVİSİNE YAKLAŞIM

Dr. Hasan BAKAY

NEÜ Meram Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

Obsesif kompulsif bozukluk (OKB), toplumun yaklaşık %1-2'sini etkileyen yaygın bir hastalıktır. Klinik olarak bu hastalığa istenmeyen zorla akla gelen düşünce ve imgelerden oluşan obsesyonlar ile genellikle bu obsesyonların oluşturduğu sıkıntıyı azaltmak veya ortadan kaldırmak için ortaya çıkan zihinsel ya da fiziksel ritüeller (kompulsiyonlar) eşlik eder. Perinatal dönem hem OKB açısından hem de eşik altı obsesif kompulsif belirtiler olarak değerlendirilebilecek bazı intrusiv düşünce ya da imgelerin ortaya çıkması bakımından hassasiyetin arttığı dönemlerden biridir. Perinatal dönemde OKB'nin hem anne hem de bebek üzerine olumsuz etkileri olduğu bildirilmiştir. Bir takım obstetrik ve neonatal problemler ile birlikte annenin yaşam kalitesinde düşüklük bu olumsuz etkilerin başında yer almaktadır. Semptomlar aşırı olmadığında bile, anne-çocuk arasındaki bağlanmayı bozarak hem anne hem de çocuk üzerinde olumsuz etkiler oluşturabilir. Perinatal OKB'nin etiyolojisi ile ilgili olarak her ne kadar bugüne kadar yapılan araştırmalar etiyolojiyi tam olarak aydınlatamamış olsa da bu bozukluğun patofizyolojisinde hem psikososyal hem de biyolojik faktörlerin rolü olduğu söylenebilir. Klinik özellikler açısından bakıldığında, perinatal OKB, genel popülasyonda görülen OKB'ye göre birtakım farklılıklar gösterebilmektedir. Perinatal döneme özgü olarak, obsesyonlar genellikle bebeğe zarar verme ya da bebeğin zarar görmesine yönelik saldırgan intrusiv düşünceler şeklinde ortaya çıkmaktadır. Bu dönemde en sık görülen kompulsiyon kontrol etme iken, yine bu dönemde obsesyonlara ikincil gelişebilen kaçınma davranışları dikkat çekmektedir. Perinatal döneme özgü OKB tedavisi ile ilgili literatürde kısıtlı sayıda araştırma bulunmaktadır. Tedavi yaklaşımlarının başında psikoeğitim, bilişsel-davranışçı terapi ve farmakolojik tedaviler yer almaktadır. Panelin bu bölümünde perinatal dönemde OKB'nin epidemiyolojisi, etiyolojisi, risk faktörleri, klinik özellikleri ve tedavi seçenekleri güncel literatür dahilinde tartışılacaktır.

SEZGİSEL YEME VE YEME FARKINDALIĞI

Dr. Hatice Ayça KALOĞLU
Etlik Şehir Hastanesi

Yeme farkındalığı, fiziksel açlık ve tokluk sinyallerinin farkında olmak, o anda tüketilecek besine odaklanarak yeme olarak tanımlanmıştır. Kişinin yemek yerken içinde bulunduğu anın farkında olması, yemeğin duyular üzerindeki etkisine dikkat etmesi ve yemeye tepki olarak fiziksel ve duygusal duyumları fark etmesi olarak kavramsallaştırılabilir (1,2). Yeme farkındalığı kazanmak, kişinin açlık türlerini tanımasını sağlamaktadır. Kişilerin duygusal açlıktan ziyade hücresel açlığa göre beslenmeyi öğrenmesi amaçlanır. Duygusal açlık, fizyolojik olarak açlık durumu yokken, olumlu ve olumsuz duygular ile yemek yemektir. Yeme farkındalığının duygusal yemeyi azalttığına dair kanıtlar vardır (3).

Sezgisel beslenme ise, yemek yemeyi başlatmak için açlık ve tokluk sinyallerinin takip edilmesidir; kişiler aç hissettikleri zaman yemeye başlayabilir, tok hissettikleri zaman ise yemeyi durdurabilir. Sezgisel beslenme esnek ve uyarlanabilir yeme davranışı olarak tanımlanmıştır (4). Yeme farkındalığı, sezgisel beslenme modelinin eksik olduğu bireylere, içsel dürtülerin farkında olmalarını öğretmeye odaklanmaktadır. Bu sayede, beslenmeyle ilgili alışkanlık haline gelmiş davranışların kalıcı olarak değiştirilmesi amaçlanmaktadır. Aynı zamanda yeme eyleminin; stres, sıkıntı, depresyon gibi olumsuz duygulardan kaçışla olan ilgisi de azaltılmış olur.

Yeme farkındalığı temelli müdahalelerin değerlendirildiği güncel bir meta-analizde, yeme farkındalığı temelli yaklaşımların en çok tıkınırcasına yeme bozukluğu ve duygusal yeme davranışının düzelmesinde etkili olduğu saptanmıştır (5). Yeme farkındalığı sağlamaya yönelik müdahaleler, kilodan bağımsız olarak aşırı yemeyi azaltmada başarılı gibi görünmektedir. Yeme farkındalığı kazanmanın, tüketilen besin miktarı ve beslenme alışkanlıklarına olumlu etkilerini gösteren araştırmalara da vardır. Hem tek seferlik hem de tekrarlayan müdahalalerin olumlu etkilerine dair kanıtlar mevcuttur. Alandaki mevcut çalışmaların, yüksek örneklem heterojenitesi ve metadolojik zayıflıkları olduğunu ileri süren araştırmacılar da vardır (6). Yeme bozuklukları, duygusal yeme ve obezite tedavisinde önemli bir müdahale yöntemi olarak kullanılabileceği düşünülen yeme farkındalığı alanında daha fazla çalışma yapılmasına ihtiyaç vardır.

Kaynaklar

1. Dalen J, Smith BW, Shelley BM, Sloan AL, Leahigh L, Begay D. Pilot study: Mindful Eating and Living (MEAL): weight, eating behavior, and psychological outcomes associated with a mindfulness-based intervention for people with obesity. Complement Ther Med. 2010 18(6):260-4.
2. Kristeller J, Wolever RQ, Sheets V. Mindfulness-Based Eating Awareness Training (MB-EAT) for Binge Eating: A Randomized Clinical Trial. Mindfulness. 2014,5:282–97.
3. Katterman SN, Kleinman BM, Hood MM, Nackers LM, Corsica JA. Mindfulness meditation as an intervention for binge eating, emotional eating, and weight loss: a systematic review. Eat Behav. 2014 Apr;15(2):197-204.
4. Tylka TL, Wilcox JA. Are Intuitive Eating and Eating Disorder Symptomatology Opposite Poles of the Same Construct? J Counsel Psycho. 2006,53:474–85.
5. Warren JM, Smith N, Ashwell M. A structured literature review on the role of mindfulness, mindful eating and intuitive eating in changing eating behaviours: effectiveness and associated potential mechanisms. Nutr Res Rev. 2017,30(2):272-83.
6. Olson KL, Emery CF. Mindfulness and weight loss: a systematic review. Psychosom Med. 2015;77(1):59-67.

PSİKOTİK BOZUKLUKLARDA KOGNİTİF BELİRTİLER VE SAĞALTIMI

Dr. Hatice KAYA

Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Psikotik Bozukluklarda kognitif belirtilerin aşikâr hastalığın başlangıcından önce de gözüktüğü, dahası hastaların tanı almayan akrabalarında da bulunduğu ortaya konmuştur. Psikotik bozuklukların farklı evrelerinde farklı şiddette ve alanlarda kognitif yıkımdan bahsetmek mümkündür. Yapılan çalışmalarda premorbid dönemde IQ, dikkat, bellek, yürütücü işlevler ve işlem hızında bozulma saptanmıştır. Prodromal dönemde de özellikle yürütücü işlevler ve çalışma belleği gibi temel bilişsel alanlar ve işlem hızında bozulma olduğu saptanmış, ayrıca psikoz için yüksek riskli bireylerde kognitif belirtilerin varlığının psikoza dönüşümü de yordadığı ortaya konmuştur. Prodromdan ilk epizota doğru giderek artan bir bilişsel bozukluk şiddetinden bahsetmek mümkündür. İlk epizot şizofreni hastalarında özellikle sözel bellek, işleme hızı ve çalışma belleğinde ilaç etkisinden bağımsız bir kognitif yıkım olduğu gösterilmiştir. Kronik fazda oluşan kognitif yıkıma dair ise olası karıştırıcı etkenler (ilaç yan etkileri, metabolik sorunlar, sigara, alkol ve madde bağımlılığı komorbiditeleri) nedeniyle net bir şey söylemek daha güçtür. Bilişsel defisitlerin ilk epizottan sonra nispeten stabil kaldığına dair yayınlar olduğu gibi ilerleyici bir bozulmadan ve nörodejeneratif bir süreçten bahseden kaynaklar da mevcuttur.

Beyaz maddede kayıp hastalık süresince nispeten stabil kalsa da özellikle gri madde kaybı daha ilerleyici gözükmektedir. Total volüm kaybının özellikle 45 yaş öncesine kadar yani hastalığın ilk 10-20 yılında şiddetli olduğu, bunun da lateral ventriküllerde genişleme ile ilgili olduğu düşünülmektedir. Tedavide antipsikotik tedavinin kognitif işlevleri sağaltma konusunda yüz güldürücü sonuçları olmadığı bilinmektedir. Ayrıca antipsikotiklerin antikolinerjik ve antihistaminerjik yan etkilerinin bilişsel işlevler üzerindeki olumsuz etkileri de göz önünde bulundurulmalıdır. Diğer bir araştırma alanı antipsikotiklerin kognitif işlevleri artıran Modafinil ve d-Sikloserin gibi pro-kognitif ajanlar ile desteklenmesidir. Ancak, şizofreni tedavisinde farmakolojik kognitif arttırıcıların etkililiğini değerlendiren kapsamlı bir meta-analiz sınırlı olumlu etkiler ve uzun vadeli kanıt eksikliği göstermiştir. Bilişsel eğitim ve bilişsel onarım terapilerini içeren çalışmalar halen devam etmekte ve olumlu sonuçlar gözlemlenmektedir. Bilişsel onarıma pro-kognitif ajanların eklenmesinin de özellikle motivasyon ve dikkati artırarak olumlu katkıda bulunabileceği bildirilmiştir.

Kaynaklar

1. Harvey PD, Bosia M, Cavallaro R, Howes OD, Kahn RS, Leucht S, Müller DR, Penadés R, Vita A. Cognitive dysfunction in schizophrenia: An expert group paper on the current state of the art. Schizophr Res Cogn. 2022 Mar 22;29:100249. doi: 10.1016/j.scog.2022.100249. PMID: 35345598; PMCID: PMC8956816.
2. Sinkeviciute I., Begemann M., Prikken M., Oranje B., Johnsen E., Lei W.U., Hugdahl K., Kroken R.A., Rau C., Jacobs J.D., Mattaroccia S., Sommer I.E. Efficacy of different types of cognitive enhancers for patients with schizophrenia: a meta-analysis. npj Schizophr. 2018;4 doi: 10.1038/s41537-018-0064-6.
3. Vita A., Barlati S., Ceraso A., Nibbio G., Ariu C., Deste G., Wykes T. Effectiveness, Core elements, and moderators of response of cognitive remediation for schizophrenia: a systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. JAMA Psychiatry. 2021;78:848–858. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2021.0620.

TRSM'LERDE UZUN ETKİLİ ANTİPSİKOTİK İLAÇ KULLANIMI İLE İLİŞKİLİ HASTA VE HİZMET VEREN MEMNUNİYETİ: ELAZIĞ ÖRNEĞİ

Dr. Hilal KAYA

Ülkemizde 2011 yılında hizmet vermeye başlayan ve günümüzde sayısı 185'e ulaşan TRSM'lerde şizofreni ve bipolar bozukluk (BB) gibi ciddi ruhsal rahatsızlığı (CRH) olan bireyler hizmet almaktadır. Bu merkezlerin kuruluş amaçlarından birisi de CRH olan hastaların tedavi uyumunun arttırılmasıdır. Tedavi uyumunun artmasıyla, etkin olan en düşük dozda ve daha az sayıda ilaç kullanarak düşük yan etkiyle tedavi sürdürülebilir.

Psikotik bozuklukların ve duygudurum bozukluklarının tedavisinde tedavi uyumsuzluğu sık sık relapslarla sonuçlanır. Mullins ve ark.'nın çalışması bir yıllık tedavi sürecinde şizofreni hastalarının %90,4'ünün oral antipsikotik tedaviyi bıraktığına işaret etmektedir. Şizofrenide nükslerin önlenmesi ve tedaviye uyumun artırılması açısından uzun etkili enjektabl antipsikotiklerin (UEEA) kullanılması gündeme gelmiş; bu ilaçlarla daha sabit plazma seviyelerine ulaşmak da hedeflenmiştir. Wu ve ark. UEEA kullanımının; relaps sıklığında azalma sağlayarak hastaların sosyal olarak daha iyi olmasına, bir işi daha az devamsızlıkla sürdürmesine olanak tanıyarak, şizofreninin dolaylı maliyetlerinde önemli ölçüde azalma sağlayabileceğine dikkat çekmişlerdir. Nitekim BB, duygudurumda dalgalanmalarla karakterize, yineleyici, kronik bir hastalıktır. BB, gençlerde engelliliğin önde gelen nedenlerinden birisidir. Yineleyen duygudurum nöbetleri daha zayıf bilişsel işlevler ve daha yüksek hastaneye yatış hızlarıyla ilişkilidir. BB'da intihar ve kardiyovasküler hastalıklar nedeniyle ölüm hızları artmıştır, ayrıca tedavi uyumsuzluğu %40'lara ulaşabilmektedir ve nükslerin en önemli nedenidir.

Şizofreni hastalarında oral tedaviden ikinci kuşak (İK)-UEEA'lara geçiş, bakım veren yükünü de azaltıyor gibi görünmektedir. Han ve ark. oral tedaviden UEE-risperidona geçişle beraber hastanın tedavi uyumunun ve bakım veren memnuniyetinin arttığını bildirmişlerdir. Gopal ve ark. oral paliperidondan, PP1A ve PP3A'ya geçişle birlikte, bakım verenin bakıma harcadığı sürede azalma ve boş zamanında artış olduğunu göstermişlerdir. İK-UEEA'lar bakım verenin yükünü azaltmanın yanı sıra, daha yüksek hasta memnuniyeti ve yaşam kalitesinde artışla da ilişkilendirilmiştir. Hasta açısından bakıldığında; özerkliklerinin kısıtlanması ve enjeksiyonun ağrılı olabileceğinden korkmaları gibi dezavantajlarının olması ile birlikte, hastanın hastalığının günlük bir hatırlatıcısının olmaması ve dozların unutulması nedeniyle nüks etme olasılığının azalması, ayrıca artan enjeksiyon aralıklarının ağrı, şişlik, apseler gibi uzun etkili enjeksiyon bölgesi reaksiyonların azaltmaya yardımı olabileceğini gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Ayrıca hizmet verenin depo enjeksiyon uygulamak için harcadıkları süre azaltılacak, bu da diğer ihtiyaçlara daha fazla odaklanmayı kolaylaştıracaktır.

Yukarıda belirtilen çalışmalar; depo tedavisinin önemli yönlerini aydınlatsada, hastaların kendi deneyimlerine odaklanan ve hizmet verenin tutumlarıyla alakalı çok az çalışma vardır. Bu panelde bu çalışmalar doğrultusunda Elazığ TRSM deki hasta ve hizmet veren memnuniyeti ile ilgili veriler paylaşılacaktır.

Anahtar Kelimeler: Toplum Ruh Sağlığı Merkezi, Uzun Etkili Enjektabl Antipsikotikler, Hasta ve Hizmet Verenin Tutumu

ENDOFENOTİPLERE TARİHSEL BİR BAKIŞ

Dr. İkbal İNANLI

Psikiyatrik birçok bozukluk için fenotipik heterojenite, mevcut durumun genetik ve nörobiyolojik olarak aydınlatılmasını zorlaştırmaktadır. Psikiyatrik bozuklukların genetik ve hastalık süreçleri arasındaki boşluğu tamamlamak amacıyla endofenotip kavramı tanımlanmış ve çalışılmıştır. Endofenotip kavramının günümüzdeki halini almasını sağlayan Gottesman ve Gould, genetik yatkınlığı hastalığın klinik belirtilerinden daha iyi gösteren, çıplak gözle görülmese de ölçülebilen özellikler olarak endofenotipleri tanımlamışlardır. Endofenotipler, gen etkilerinin daha doğrudan ifadeleri olan öncelikle biyolojik özellikleri tanımlayarak heterojenliği azaltmada yardımcı olabilir. Ayrıca hastalıkla ilgili genlerin tespitinde tek başına hastalıktan etkilenme durumundan daha güçlü oldukları düşünülmektedir. Endofenotipler; biyokimyasal, endokrinolojik, nörofizyolojik, nöroanatomik, nörobilişsel veya nöropsikolojik herhangi bir ölçü veya gösterge olabilirler. Bir özelliğin endofenotip olabilmesi için; toplumda hastalıkla ilişkili olması, genetik kalıtımla aktarılabiliyor olması, durumsal değil sürekli olması, aile içinde hastalık ile birlikte aktarılması ve genel topluma göre hastanın sağlıklı akrabalarında daha fazla bulunmadır. Endofenotiplerin belirlenmesi ile genlerle klinik belirtiler arasında bağlantı kurulabilmesinin yanında, hastalığın nörobiyolojisini aydınlatabilme, hastalığı geliştirme riski olan bireyleri belirleme, alttipleri tanımlayabilme ve yeni tedavi protokolleri geliştirmede değerli olabileceği ileri sürülmektedir.

TRSM'DE BİPOLAR BOZUKLUĞUN YERİ

Dr. İlkay KELEŞ ALTUN

Bursa Yüksek İhtisas EAH- Nilüfer Toplum Ruh Sağlığı Merkezi

Kronik ruhsal hastalıklar, yaşam kalitesi, tedavi uyumu, sosyal ve bilişsel işlevlerde bozulmalar ile birlikte, öz bakım, kişilerarası ilişkiler, çalışma hayatı ve günlük yaşam becerileri gibi birçok alanda işlev kaybına yol açmaktadır. 2011'de Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı oluşturulması sonrası ülkemizde toplum temelli ruh sağlığı hizmet modeli benimsenmiştir. Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin; takip, tedavi ve rehabilitasyonlarının sağlanmasının yanı sıra bireylerin işlevselliklerini ve yaşam kalitelerini artırarak onları toplum içinde tedavi etmeyi amaçlayan toplum temelli ruh sağlığı hizmet modelinin temelinde Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri (TRSM) bulunmaktadır. TRSM'ler de şizofreni bipolar bozukluk gibi ağır ruhsal bozukluklarıda koruyucu sağlık hizmetlerinin yanı sıra, akut alevlenmeleri engelleyerek hastaneye yatış sıklığını azaltmaya, hastaları topluma kazandırmaya ve tedavi uyumunu artırmaya yönelik hizmetler sunmaktadır. Bipolar bozukluk (BB), önemli ölçüde morbidite ve mortalite ile ilişkili önemli bir ruh sağlığı sorunudur. Tekrarlayan mani, hipomani, depresyon ve karma dönem ile karakterizedir. BB tekrarlayıcı bir doğaya sahip olması nedeniyle hastaların uzun süreli takip ve tedavi ve rehabilitasyonlarının sağlanması nükslerin engellenmesi açısından önemlidir. Bu panelde TRSM'lerde bipolar bozuklukta takip tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri açısından neler yapıldığına değinilecektir.

Kaynaklar

Alataş G, Karaoğlan A, Arslan M, Yanık M. Toplum temelli ruh sağlığı modeli ve Türkiye'de toplum ruh sağlığı merkezleri projesi. Nöropsikiyatri Arşivi, 2009; 46(1): 25-29.

Bekiroğlu S, Demiröz F. Toplum ruh sağlığı merkezlerinden hizmet alan ağır ruhsal hastalığa sahip bireylerin sosyal işlevselliğinin incelenmesi. Toplum ve Sosyal Hizmet 2020;31(3):1053-1078.

Hirschfeld RM, Vornik LA. Bipolar disorder--costs and comorbidity. Am J Manag Care. 2005;11(3 Suppl):S85-S90.

YEME BOZUKLUKLARININ ETİYOLOJİSİNDE KÜLTÜRLERARASI FARKLILIKLAR

Dr. İlknur Kiraz AVCI

Rize Devlet Hastanesi

Yeme bozuklukları, yeme davranışında çeşitli değişikliklerle kendini gösteren, fiziksel sağlığı ve psikososyal işlevselliği önemli ölçüde etkileyen, erken başlangıçlı ve yineleyici olabilen ciddi psikiyatrik bozukluklardır (Akik ve Ertürk 2019).

Yeme bozukluklarının etiyolojisi karmaşık olup genetik, biyolojik, psikolojik, gelişimsel ve sosyokültürel olmak üzere birçok faktörün bir arada görüldüğü varsayılmaktadır. Yeme bozukluklarının sebepleri, belirtileri ve sonuçlarının iç içe geçmiş hali bu bozuklukların etiyolojisini anlamayı güçleştirmektedir (Rikani ve ark. 2013).

Küreselleşme ve kentleşme ile doğru orantılı olarak yeme bozukluklarının tüm dünyada giderek arttığı bildirilmektedir (Pike ve ark. 2014). Bununla beraber, yeme bozukluklarının görülme sıklığı farklı kültürlerden gelen verilere göre değişiklik göstermektedir. Zayıf bir bedene sahip olmanın kişiyi çekici kıldığına dair inançların baskın olduğu kültürlerde anoreksiya nervoza ve bulimiya nervozanın daha yaygın bulunduğu görülmüştür (Balçık 2022).

Yeme bozuklukları oranının farklı etnik gruplarda ve uluslarda farklılık gösterdiği ve zaman içinde kültürel özelliklerin değişimiyle yeme davranışlarının değiştiği gözlenmektedir. Bu değişim toplumsal olabileceği gibi bir göçmenin yeni bir kültüre girmesi gibi bireysel düzeyde de meydana gelebilir (Miller ve Pumariega 2001).

Yeme bozukluğunun ortaya çıkması ve sürmesinde kültürel inanç ve tutumların etkili olduğunu belirten araştırmaların aksine, bu bozuklukların kültürden bağımsız bir sendrom olduğu da ileri sürülmektedir (Balçık 2022). Etiyolojiye yönelik kapsamlı çalışmalar, yeme bozukluklarının gelişimini önleme açısından kültürel faktörlerin ve kültüre özgü tedavi yaklaşımlarının önemine vurgu yapabilir (Acle ve ark. 2021).

Key words: Eating disorders, culture, cross-cultural studies

Kaynaklar

Acle, A., Cook, B. J., Siegfried, N., & Beasley, T. (2021). Cultural considerations in the treatment of eating disorders among racial/ethnic minorities: A systematic review. Journal of Cross-Cultural Psychology, 52(5), 468-488.

Akik, B. K., & Ertürk, İ. Ş. (2019). Yeme bozukluklarının etiyolojisinde ailesel faktörler: Güncel bir gözden geçirme. Klinik Psikoloji Dergisi, 3(1), 34-44.

Balçık, S. M. (2022) Farklı Yeme Bozukluklarının Gelişmesinde Etiyolojik Bir Faktör Olarak Kültürlerarası Farklılıklar. Muhakeme Dergisi, 5(2), 66-79.

Miller, M. N., & Pumariega, A. J. (2001). Culture and eating disorders: A historical and cross-cultural review. Psychiatry: Interpersonal and biological processes, 64(2), 93-110.

Pike, K. M., Hoek, H. W., & Dunne, P. E. (2014). Cultural trends and eating disorders. Current opinion in psychiatry, 27(6), 436-442.

Rikani, A. A., Choudhry, Z., Choudhry, A. M., Ikram, H., Asghar, M. W., Kajal, D., ... & Mobassarah, N. J. (2013). A critique of the literature on etiology of eating disorders. Annals of neurosciences, 20(4), 157.

MORTAL SEYİRLİ ANTİ-NMDA RESEPTÖR ENSEFALİTİ

Dr. İrem ÇETİNBAY

Olgu: Yirmi yaşında, kadın, ajitasyon, uyku miktar ve ihtiyacında azalma, hareketlilikte artış, konuşma hız ve miktarında artış, perseküsyon hezeyanları ile değerlendirildi. Şikayetlerinin 10 gün önce başladığı öğrenildi. Özgeçmişinde ve soygeçmişinde özellik saptanmadı. İlk atak psikoz, psikoik belirtili mani epizod ön tanıları ile interne edildi. Vital bulguları, hemogram, biyokimya ve seroloji tetkikleri normal saptandı. Toksikolojik idrar analizi negatif tespit edildi. Organik nedenleri dışlamak amacıyla kranial MR ve EEG planlandı. Tedavisi haloperidol 20 mg/G, biperiden 10 mg/G, ketiapin 200 mg/G olarak düzenlendi. Servis takibinin dördüncü gününde jeneralize tonik klonik epileptik nöbet nedeniyle hasta nöroloji tarafından değerlendirildi. Yapılan ilk beyin görüntülemesinde anormallik saptanmadı. Takipte genel durumda kötüleşme, uykuya eğilim, oral katı ve sıvı alımında azalma, üriner inkontinans gelişmesi nedeniyle nöroloji ve enfeksiyon hastalıkları tarafından değerlendirildi. Yapılan ilk lomber ponksiyonda hücre tipi %60 mononükleer olmak üzere 40 hücre (lenfosittik pleositoz), BOS glukozu:58 ve eş zamanlı kan şeker:110, BOS proteini:31 olarak saptandı. Hastada merkezi sinir sistemi enfeksiyonu lehine bulgu saptanmaması üzerine ön planda otoimmün patolojiler düşünüldü ve otoimmün panel gönderildi. NMDA antikoru yüksek titrede pozitif olarak saptandı. İntravenöz immünglobulin (IVIG) 0,4 gr/kg/G olarak 5 gün boyunca verildi. Tedaviden fayda görmemesi üzerine plazmaferez hazırlığına başlandı. Doppler ultrasound raporu teratom lehine raporlanan hastanın tümörü rezeke edildi. Hasta takibinin 18. gününde septik şok tablosu nedeniyle exitus oldu.

Sonuç: Otoimmün ensefalitler subakut başlangıçlı bellek bozukluğu, konfüzyon ve sık nöbetlerle karakterize paraneoplastik ya da immünolojik etyolojiye sahip bir grup sendromdur. Tüm otoimmün ensefalitlerde ilk belirtiler psikiyatrik olabilir, hatta NMDA reseptörü ilişkili ensefalitlerde çoğunlukla ilk belirtiler psikiyatriktir. Atipik başlangıç yaşı, atipik semptomlar, hızlı progresyon, nörolojik belirtiler, bilinç ve bellek bozukluğu, genel durumda kötüleşme ve tedavi yanıtsızlığı durumunda organik nedenler öncelikli olarak düşünülmelidir.

DEPRESİF BOZUKLUK VE DNA METİLASYONU

Dr. Leman İNANÇ

Majör depresif bozukluğa (MDB) yatkınlıkta DNA metilasyonu gibi epigenetik değişikliklerin rol oynayabileceği düşünülmektedir (1)

MDB yatkınlığını açıklayan iki hipotez vardır. Birincisi, stresli yaşam olayları gibi çevresel faktörlerin MDB'yi tetiklemede önemli bir rol oynadığı, diğeri ise epigenetik faktörlerin bu yatkınlığı artırdığı. Çevre, epigenetik değişikliklere neden olabileceğinden bunların birbiri ile ilişkili olduğu düşünülmektedir (1).

Epigenetik modifikasyonlar arasında DNA metilasyonu ve demetilasyonu, histon asetilasyonu ve deasetilasyonu, kodlanmayan RNA ve kromatin yeniden modelizasyonu yer alır. Epigenetik değişiklikler genlerin promotor bölgelerinde düzenlemelere neden olmakta ve ilişkili genin transkripsiyonu baskılanabilir veya artırılabilir. DNA metilasyonu bir sonraki kuşaklara aktarılabilecek bir modifikasyondur ve DNA metiltransferazlar (DNMT'ler) bu modifikasyonda rol alır (2).

Epigenetik düzenlemelerden en iyi bilineni DNA-metilasyonudur. Bu, yaklaşık 1 kb uzunluğundaki CpG adaları adı verilen, %50'den fazla nükleotidin sitozin ve guaninden oluştuğu promotor bölgelerindeki sitozinin (C) metilasyonudur. DNA-metiltransferazlarca (DNMT) yapılan bu düzenleme ile genin transkripsiyonu susturulmaktadır. Bu enzim mitozla ortaya çıkan yeni DNA'nın metillenmesi ve epigenetik bilginin korunmasını sağlamaktadır (3).

DNA metilasyonu ile depresyon arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalarda beyin kaynaklı nörotropik faktör (BDNF) ve nükleer reseptör alt ailesi, grup 3C üyesi 1 (NR3C1) gen metilasyon düzeylerinin depresyonla ilişkili olabileceği bulundu. Periferik kan hücrelerinde BDNF promotör bölgesinin hipermetilasyonu, depresyonun şiddeti ile ilişkili bulunmuştur.

Serotonin taşıyıcı gen metilasyonu (SLC6A4) ile depresyon arasında ilişki konusunda tutarsız sonuçlar vardır. SLC6A4 promotörünün DNA metilasyon seviyelerinin, depresif belirti şiddeti ile pozitif ilişki gösterdiğini bulan çalışma mevcuttur.

GR (glukokortikoid reseptör) geni NR3C1 promotörünün hipermetilasyonu, depresyon hastalarında çocukluk çağı travmatik yaşantıları ile ilişkili bulunmuştur. Psikotik belirtilerin olmadığı depresif bozuklukta NR3C1 metilasyon değişikliklerinin azaldığı saptanmıştır (4).

Epigenetik kanıtlar, depresyon hastalarında DNA metiltransferazların ekspresyon seviyelerinin prefrontal korteks, hipokampus, amigdala ve nükleus akumbens dahil olmak üzere çeşitli beyin bölgelerinde farklılık gösterdiğini, ancak DNA metilatransferazların ekspresyon seviyeleri ile metilasyonlar arasındaki potansiyel bağlantının olduğunu göstermektedir (2).

Yapılan çalışmalarda epigenetiğin insanlarda depresyon ve intiharda önemli bir rol oynayabileceği ileri sürülmektedir. Gelecekte standartlaştırılmış laboratuvar metodolojilerini kullanan daha boylamsal çalışmalara ihtiyaç vardır.

Kaynaklar

1. Sabunciyan S, Aryee MJ, Irizarry RA, Rongione M, Webster MJ, et al. (2012) Genome-Wide DNA Methylation Scan in Major Depressive Disorder. PLoSONE 7(4): e34451.
2. Duan Z and Lu J (2020) DNA Methyltransferases in Depression: An Update. Front. Psychiatry 11:538683.
3. Kürtüncü M, Mefkure Eraksoy M. Multipl Skleroz: Epigenetik Bir Hastal›k Olabilir mi? Nöropsikiyatri Arflivi 2008; 45 Özel Say›: 15-20
4. Li M, D'Arcy C, Li X, Zhang T, Joober R, Meng X. What do DNA methylation studies tell us about depression? A systematic review Translational Psychiatry (2019) 9:68

FONKSİYONEL ANALİTİK TERAPİ

Dr. M. Emrah KARADERE[1], Dr. Furkan Bahadır ALPTEKİN[2]

[1]İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı.
[2]Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi Psikkiyatri kliniği

Terapi, danışanın hayatında olumlu değişiklikler oluşturmayı hedefleyen dinamik bir süreçtir. Fonksiyonel Analitik Psikoterapide (FAP), terapi odasında yaşananlar ve terapist-danışan ilişkisi bu değişim için önemli bir kaynaktır. FAP'ın felsefesi işlevsel bağlamsalcı davranışçılığa dayanmaktadır. Üçüncü dalga bilişsel davranışçı terapilerden olan FAP'ta, öğrenme kuramları ve farkındalık-sevgi-cesaret modeli ilişkide değişimin aracı olarak kullanılır. İşlevsel davranış analizi, davranışı öncüller ve sonuçların da dahil olduğu bağlamı içinde ele alan ve işlevine göre sınıflandıran bir ABC analizidir. Sonuçlar, davranışı şekillendirir. Terapist tam bir kendindelikle seans içinde bulunarak, danışanın gündelik sorunlarının seans içindeki tezahürlerini fark eder. Klinikle ilgili bu davranışları açığa çıkarır. Danışandaki olumlu değişimleri pekiştirir. Etkisinin sonuçlarını gözlemler ve bu olumlu sonuçların gündelik hayatta genelleştirilmesine yardımcı olur. Sorunların ele alındığı, değişime öncülük eden bir terapist-danışan ilişkisi, farkındalık, sevgi ve cesaret üzerinde yükselir (FCL). Farkındalık, özellikle cesur veya sevgi dolu davranışlarda bulunma fırsatlarını fark etmek için kendinize- şimdiki an deneyiminize ve zaman içindeki değerlerinize ve hedeflerinize - ve başkalarına dikkat etmeyi gerektirir. Cesaret, potansiyel kırılganlığa veya isteksizliğe rağmen başka bir kişiye doğru hareket etmeyi içerir. Sevgi, başkalarının kırılganlık veya cesaret eylemlerine duyarlı, kabul edici ve empatik yollarla karşılık verebilmektir.

Bu kursta katılımcılara Fonksiyonel Analitik Psikoterapi, işlevsel davranış analizi ve FCS modeli bağlamında tanıtılacaktır. Kurs sonunda katılımcıların ister FAP uygulayıcısı olsunlar ister farklı ekolden bir terapi yapsınlar terapotik ilişkiyi ve seansta yaşananların sunduğu sorumluluk ve fırsatları fark etmeleri ve klinik tecrübelerine katmaları beklenmektedir.

Kurs sürecinde ağırlıklı olarak uygulamalar, egzersizler, rol-playingler olacaktır. Eğiticiler FAP ile ilgili Türkçeye çevrilen ilk eğitim kitabının (FAP'I kolay öğrenmek) çeviri editörleridir.

ANKSİYETE BOZUKLUKLARINDA BİLİŞSEL İÇERİK VE SÜREÇLER

Dr. M. Hakan TÜRKÇAPAR
ASBÜ Psikoloji Bölümü

Bilişsel terapi bilgi işleme modeline dayanır. Bir psikopatoloji ve psikoterapi kuramı olarak bilişsel terapi, psikolojik sorunlarda bilişsel işlevlerin önemini ve önceliğini vurgular. Burada bilişsel işlevle kastedilen kişinin kendisi, çevresi, yaşantıları ve geleceğiyle ilgili algıları, anlamlandırmaları, yorumları, değerlendirmeleri, verdiği anlamlar, sahip olduğu inançlar, düşünceler ve bunların ortaya çıkış biçimidir.

Bilişsel kurama göre kişi çevrenin kendisinden çok, çevreyi algılamasıyla ortaya çıkan kendi zihnindeki çevrenin bilişsel tasarımına göre tepki verir. Eğer bu bilişsel tasarım bireyin içinde olduğu duruma ve yaşadığı olaya uygun, gerçekçi ve yararlıysa kişi psikolojik açıdan sağlıklıdır. Tam tersine bilişsel tasarımlarımız gerçeklikten uzak, çıkarımlarımız duruma uygun değil ve öngörülerimiz gerçekleşme olasılığı çok düşükse psikolojik sorun yaşamaya daha eğilimli oluruz. Bilişsel davranışçı terapist, psikolojik sorun yaşayan ve yardım arayan bireyle, uyumu bozan bilişsel süreçleri değerlendiren bir tanı koyucu, danışanla bu işlevselliği bozuk bilişler ve onlara eşlik eden duygu ve davranış örüntülerini değiştirmek için çeşitli yeni öğrenme deneyleri düzenleyen bir eğitici ve danışman olarak çalışır.

Bilişlerin üç düzeyi vardır. a) bilinçöncesi (preconscious), istemsiz (unintentional), otomatik düzey b) bilinçli düzey ve c) metabilişsel düzey. Metabilişsel düzey en üst düzenleyici bilişsel yapılar olan şemaları içerir ve diğer düzeyler üzerine biçimleyici bir etkisi vardır. Şemalar kişinin kendisi, diğerleri ve dünyayı değerlendirmesini belirleyen, özgün olarak kişinin çevreye uyumunu kolaylaştırmak ve var kalmasını sağlamak için gelişmiş yapılardır. Bilişsel kurama göre bilişsel tasarım ve algılarımız, psikolojik işlevselliği ya da uyumu sağlayan temel düzenek, anlam verme ile ilgili temel yapı olan şemalara dayalıdır. Bağlama göre uyumsal ya da uyum bozucu olabilirler. "Anlam"la kastedilen, kişinin içinde bulunduğu ortamı değerlendirmesi ve bu bağlamın kendisiyle olan ilişkisini yorumlamasıdır. Anlam atfetme işlevi (farkında ya da otomatik olarak) davranış, duygu, dikkat, bellek gibi çeşitli psikolojik sistemlerin kontrolü altındadır. Anlamlandırma, kişinin uyarana, koşullara uyumu için bir yol/yöntem ortaya çıkarır. Bilişsel sistemle diğer sistemler arasındaki ilişkiler karşılıklıdır. Her bir anlam kategorisi ona özel bir duygu, dikkat, anı ve davranışa dönüşür. Bu duruma bilişsel içerik özgünlüğü (cognitive content specifity) adı verilir. Anlam, gerçekliğin önceden varolan bir bileşeni olmayıp birey tarafından anlam verme süreciyle oluşturulmasına rağmen belli bir bağlam ya da amaç özelinde düşünüldüğünde verilen anlam doğru ya da yanlış olabilir. Anlamın iki katmanı vardır. a) olayın nesnel ya da genelde kabul gören toplumsal anlamı b) özel ya da kişisel anlam. Kişisel anlam, genel anlamdan farklı olmak üzere yorumlamalar, durumun kişiye göre önemlilik düzeyi, veya olayın oluşumundan çıkarılan genellemeleri içerir.

Bilişsel çarpıtma veya yanlılık olduğunda, verilen anlamlar işlevsiz veya uyum bozucu olabilirler. Bilişsel çarpıtmalar bilişsel içerikteki (anlam vermedeki) hatalar ve/veya bilişsel süreçteki (anlamı yorumlamadaki) hatalar biçiminde olabilir. İnsanlar özgün hatalı bilişsel yapılanmalara (bilişsel çarpıtmalar) eğilimlidir. Bu özgün çarpıtmalara eğilime bilişsel duyarlılık adı verilir. Özgün bilişsel duyarlılıklar kişiyi, bu bilişsel özgünlük ve duyarlılıklarının ilişkili olduğu belli sendromlara yatkın hale getirir. Psikopatoloji, bilişsel üçgen de (triad) denilen kişinin benliği (self), çevresel koşulları (yaşantı) ve geleceğiyle ilgili oluşturduğu uyum bozucu (maladaptif) anlamların sonucudur. Her bir klinik sendroma bu üç sistemle ilgili kendine özgü uyumu bozan anlamlar eşlik eder. Örneğin depresyonda üç bileşen de geriye dönüşsüz kayıplarla dolu ve olumsuz yorumlanır. Anksiyetede benlik yetersiz, ortam tehlike dolu, gelecek belirsizdir. Öfke ya da paranoid durumlarda benlik başkaları tarafından istismar edilmiş, kötü muameleye uğramış, dünya adaletsiz görülür.

Bilişsel sistemde değişiklikler dönük formülasyonlar ve müdahaleler bu sistem içerisinde her düzeyi hedefleyebilir. Bu düzeylerden hangilerine dönük müdahalelerin daha etkili olabileceği literatürde henüz netleşmemiş bir konudur. Bu alanlardan içeriğe yani bilişsel ve şematik düzeydeki içeriğe dönük müdahalelerin istenilen değişiklikleri sağlayabileceğine ilişkin kanıtlar bu konuşmanın ana içeriğini oluşturacaktır.

HAFİF TRAVMATİK BEYİN HASARININ EPİDEMİYOLOJİSİ VE PATOFİZYOLOJİSİ

Dr. Mehmet KOÇER

Gülhane Eğitim Araştırma Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Travmatik beyin hasarı (TBI), dünya çapında önemli bir morbidite ve mortalite kaynağı olmakla birlikte yıllık vaka sayısının 29 ila 69 milyon arasında değiştiği tahmin edilmektedir. Beyin hasarı, bilinç kaybı veya bilinç değişikliklerine, progresif ve retrograd amneziye, hafif ila şiddetli arasında değişen ani fiziksel ve nörolojik etkilere neden olur. Hafif travmatik beyin hasarı (mild traumatic brain injury; mTBI), spor müsabakalarında artan beyin sarsıntısı bildirimleri, askerlerin savaş alanındaki patlamalar ve künt travmalara maruz kalması ile yıllık travmatik beyin hasarı vakalarının büyük bir bölümünü oluşturmaktadır. Yaklaşık 1 milyondan fazla hasta hafif travmatik beyin hasarı tanısı ile acil servislerde tedavi görüp taburcu edilmektedir. Bu hastaların %10 unda uzun süren semptomlar ortaya çıkmaktadır. Özellikle patlama ile oluşan travmalar çeşitli mekanizmalar ile hafif travmatik beyin hasarına yol açabilir. Kafatası intakt olduğu hale tek başına birincil bir patlama dalgasına maruz kalmanın beyin hasarı oluşturmak için yeterli olup olmadığı konusunda tartışmalar devam ederken patlamaya maruz kalmanın ve kafatasına alınan künt travmaların gelecekteki çatışmalar sırasında da potansiyel bir yaralanma kaynağı olmaya devam etmesi beklenmektedir. Hafif travmatik beyin hasarının uzun süreli semptom örüntüsü ve işlevselliği de değerlendirildiğinde patlamaya maruz kalmanın etkilerinin daha iyi anlaşılması özellikle askeri sağlık hizmeti sağlayıcılarının mTBI vakalarını yönetmelerini ve optimal koruyucu önlemler geliştirmelerini daha iyi sağlayacaktır.

Bu sunumumuzda güncel literatür eşliğinde hafif travmatik beyin hasarının tanımlaması, tanı kriterleri ve patofizyolojisi hakkında bilgiler sunulacaktır.

Kaynaklar

1. Dewan MC, Rattani A, Gupta S, Baticulon RE, Hung Y-C, Punchak M, et al. Estimating the global incidence of traumatic brain injury. J Neurosurg. (2018) 1:1–18. doi: 10.3171/2017.10.JNS17352
2. Lefevre-Dognin C, Cogné M, Perdrieau V, Granger A, Heslot C, Azouvi P. Definition and epidemiology of mild traumatic brain injury. Neurochirurgie. 2021 May;67(3):218-221. doi: 10.1016/j.neuchi.2020.02.002. Epub 2020 May 6. PMID: 32387427.
3. Kong, LZ., Zhang, RL., Hu, SH. et al. Military traumatic brain injury: a challenge straddling neurology and psychiatry. Military Med Res 9, 2 (2022). https://doi.org/10.1186/s40779-021-00363-y

CHILDHOOD SEPARATION ANXIETY DISORDER: COMORBIDITY, DIFFERENTIAL DIAGNOSIS AND TREATMENT INTERVENTIONS

Dr. Mehtap EROĞLU

Department of Child and Adolescent Psychiatry, Hatay Research and Trainig Hospital, Hatay, Turkey

Separation anxiety disorder (SAD) is one of the most common anxiety disorders in childhood. SAD is when a child experiences significant distress when separated from home or from a close attachment figures, typically a parent, that is unusual for a person's age and developmental stage. Developmentally appropriate separation anxiety manifests itself at 6 to 12 months of age. This normal and physiological anxiety remains until about 3 years of age, after which it is expected to decrease under normal conditions. According to psychoanalytic and attachment theories, seperation anxiety represents a repertoire of neurophysiological, intrapsychic, and behavioral responses specifically designed to protect children from danger by maintaining closeness to an adult caregiver. In children, separation anxiety symptoms that are longer or more intense than expected constitute SAD. SAD has a population prevalence rate estimated at 7.6 % in pediatric clinical samples, with a higher prevalence rate in girls. This disorder severely affects quality of life and functioning in a variety of areas, including school, social interactions, and close relationships. The primary stressor in SAD is the patient's seperated from the attachment figure. The associated anxiety may manifest similarly to in social anxiety disorder, general anxiety disorder, panic disorder, and school phobia. In addition, many anxiety disorders may co-exist in patients. Accurate identification of the stressor that causes anxiety is necessary to make a correct diagnosis. Obtaining a detailed developmental and social history can clarify the diagnosis by identifying the patient's risk factors for SAD. When treatment is required, the recommended first-line treatment is cognitive behavioral therapy. Selective serotonin reuptake inhibitors are often prescribed and are known to be successful in the treatment of anxiety disorders; however, there are no medications with an FDA-labeled indication for SAD.

Keywords: separation anxiety disorder, treatment, cognitive behavioral therapy

PSİKİYATRİK HASTALIKLARIN TEDAVİSİNDE KRONOBİYOLOJİNİN ROLÜ

Dr. Melike DÖNMEZ

SBÜ Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi

Psikiyatrik bozuklukların altında yatan kronobiyolojik değişikliklerin tanımlanması bunların tanı aracı olarak kullanılmasını sağlayabilmektedir. Bununla birlikte, yeni gelişmeler kronbiyolojik tedavi uygulamalarında da giderek artmaktadır. Çeşitli hastalıkların tedavisi için kullanılan ilaçların sirkadiyen ritimlere göre verilmesi, bireylerin haftalık, aylık, mevsimsel veya yıllık biyolojik ritimlerine göre ayarlanmış tedavilerden yararlanması ve bu sayede olası yan etkilerin önlenmesi son zamanda yapılan çalışmalara konu olmaktadır. Psikiyatrik alanda özellikle duygudurum bozukluklarının tedavisi için sirkadiyen ritimler üzerinden başarılı tedaviler sağlanabilmektedir. Bu tedavi çeşitleri ritimleri sıfırlama, değiştirme veya dengeleme biçiminde olabilir. Kronobiyolojik araştırmalar ışığın sirkadiyen ritimler üzerindeki etkilerini göstermiş ve parlak ışık terapisini terapötik bir araç olarak kabul etmiştir.

OKSİTOSİN VE VAZOPRESİN

Dr. Meltem PUŞUROĞLU

Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları

Oksitosin Hipotalamusun paraventriküler nükleusunda sentezlenip posterior hipofizden salınan bir peptid yapıda hormondur. Oksitosin, doğum sırasında servikal ve uteral gerilmenin sağlanması ve böylece rahim kaslarının düzenli kasılmalarına yardımcı olmasıyla önemli bir role sahiptir. Doğumun ardından ise oksitosin, meme bezlerinin uyarılması yoluyla süt salınımını tetikleyerek emzirmeye yardımcı olmaktadır. Oksitosin son yıllarda birçok ruhsal bozuklukta araştırılmış ve sadece doğum süreci değil anne çocuk bağlanması, agresyon, madde bağımlılığı, yeme bozukluğu, kişilik bozuklukları, obsesif kompulsif bozukluk (OKB), travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), yaygın anksiyete bozukluğu (YAB), duygu durum bozuklukları, hiperaktivite ve otizm gibi hastalıklarda rolü olduğuna dair bulgular saptanmıştır (1, 2).

Vazopresin ise yine hipotalamusta sentezlenen 9 aminoasitlik küçük bir peptid hormondur. Birincil görevi vücut sıvı dengesinin korunmasıdır. plazma osmolalitesini dar sınırlar içinde tutarak böbreklerin su atılımını susuzluğa bağlı olarak düzenlemektir. Böylece vücudun ihtiyaçlarına göre suyu tutmak veya atmak mümkün olmaktadır. Vasopressin ayrıca kan basıncını arttırıcı etki göstererek, damarların kasılmasına neden olmaktadır. Bu sayede vücutta sıvı kaybı olduğunda kan basıncının düşmesi engellenmekte ve dolaşım sistemi sağlıklı bir şekilde çalışmaya devam etmektedir. Vazopressin ruhsal hastalıklarda oksitosine göre daha az araştırılmıştır. Agresyon, dürtüsellik, anksiyete bozuklukları, intihar davranışı, travma sonrası stres bozukluğu, depresif bozukluk gibi çeşitli ruhsal bozukluklarda etkinliğine dair araştırmalar mevcuttur (3, 4).

Oksitosin ve vazopresin gibi nöropeptidlerin ruhsal hastalıklar üzerindeki etkileri konusunda henüz tam bir fikir birliği olmamakla birlikte, yapılan araştırmalar bu peptidlerin ruhsal bozuklukların üzerinde etkinliği olabileceği yönündedir (5). Oksitosin ve vazopresin gibi nöropeptidlerin rolü, insan davranışları, zihinsel sağlık ve sosyal bağlılık üzerine giderek artan bir şekilde araştırılmaktadır. Bu peptidler, beyindeki belirli bölgeleri etkileyerek, diğer hormonlarla birlikte, bilişsel işlevleri, duygusal tepkileri ve sosyal davranışları düzenlemede önemli bir role sahip olabilirler (6). Bu nedenle, oksitosin ve vazopresin konusundaki araştırmalar, ruh sağlığındaki bozuklukların tedavisinde yeni yaklaşımların geliştirilmesine yardımcı olabilir. Ancak, bu alanda daha fazla çalışma yapılması gerekmektedir.

Kaynaklar

1. Marazziti D, Carter CS, Carmassi C, Della Vecchia A, Mucci F, Pagni G, et al. Sex matters: The impact of oxytocin on healthy conditions and psychiatric disorders. Comprehensive psychoneuroendocrinology. 2023;13:100165.
2. Marazziti D, Catena Dell'osso M. The role of oxytocin in neuropsychiatric disorders. Current medicinal chemistry. 2008;15(7):698-704.
3. Ferris CF. Vasopressin/oxytocin and aggression. Novartis Foundation symposium. 2005;268:190-8; discussion 8-200, 42-53.
4. Kanes SJ, Dennie L, Perera P. Targeting the Arginine Vasopressin V(1b) Receptor System and Stress Response in Depression and Other Neuropsychiatric Disorders. Neuropsychiatric disease and treatment. 2023;19:811-28.
5. de Wied D, Diamant M, Fodor M. Central nervous system effects of the neurohypophyseal hormones and related peptides. Frontiers in neuroendocrinology. 1993;14(4):251-302.
6. Iovino M, Messana T, De Pergola G, Iovino E, Dicuonzo F, Guastamacchia E, et al. The Role of Neurohypophyseal Hormones Vasopressin and Oxytocin in Neuropsychiatric Disorders. Endocrine, metabolic & immune disorders drug targets. 2018;18(4):341-7.

TOPLUM RUH SAĞLIĞI MERKEZLERİNDE BİPOLAR BOZUKLUK TEDAVİ SEÇENEKLERİ

Dr. Merve BİLGİN KOÇAK

Ruhsal hastalıklara bağlı mortalite, morbidite ve işlevsellik kaybı oranı genel nüfusa oranla daha yüksektir. Ruhsal hastalığı olan bireylerde medikal tedavinin yeterli klinik cevabı sağlayamaması sonucu, ruhsal hastalığı olan bireylerin ruhsal iyileştirimi için ek tedavi seçenekleri gündeme gelmektedir. Bu amaçla Dünya Sağlık Örgütü (WHO), toplum temelli ruh sağlığı modelini önermektedir. Toplum temelli ruh sağlığı modelinin temelinde ise Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri (TRSM) bulunmaktadır.

TRSM'ler ilgili coğrafi bölgedeki şizofreni ve bipolar bozukluk gibi kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin ve ailelerin bilgilendirildiği, ayaktan tedavilerin yapıldığı ve takip edildiği, iyileştirim, ruhsal eğitim, uğraş tedavisi, grup veya bireysel tedavi gibi tedavilerin uygulandığı, böylece bu bireylerin toplum içinde yaşama becerilerinin artırılmasını hedefleyen, psikiyatri klinikleri ile ilişki içinde çalışan ve gerektiğinde hareketli ekiple hastanın yaşadığı yerde takibini yapan birimler olarak tanımlanmıştır.

Yaşam boyu sıklığı %1 olarak varsayılan ancak bir spektrum olarak düşünüldüğünde %5 oranlarında görüldüğü tahmin edilen bipolar bozukluk oldukça önemli bir sağlık sorunu olup, ciddi sosyal ve ekonomik sonuçlar doğurmaktadır. Bipolar bozukluğun iki yıl içinde tekrarlama oranı %60 civarındadır. Hastalık yineleyici özelliktedir, bu nedenle öngörülebilir ve engellenebilir bir durumdur. Geçirilen her atak yeni bir atak geçirme riskini artırır. Hastalığın neden olduğu yeti yitimi ve kayıplar her atakla birlikte ağırlaşır. Bu nedenle hastalık dönemlerini önlemede sürdürüm ve koruyucu sağaltımın uygulanması bu hastalarda hayati önem arz etmektedir. Depreşme ve yinelemelerin önlenmesini ve eşik altı belirtilerin ortadan kaldırılmasını hedefleyen koruyucu sağaltım, mortalite ve morbiditeyi düşürür ve hastaların yaşam kalitesini arttırır. Her hastada hastalığın başlangıç şeklinin, gidişinin, tedaviye yanıtının çok karmaşık ve tam olarak anlaşılamayan çok boyutlu süreçlerle bağlantılı olması ve bu durumun yol açtığı belirsizlik, hastaya yapılacak tedavi planının TRSM'lerde olduğu gibi multidisipliner ve bireye özgü olması gerektiğini düşündürtmektedir. TRSM'lerde medikal tedavi yanı sıra bipolar bozukluğa yönelik; hasta ve ailesine psikoeğitim verme, geriye ve ileriye dönük hastalık çizelgesi çıkarma, işlevsellikteki bozulmayı değerlendirme ve düzeltme gibi temel ilkeler uygulanmaktadır.

BAĞIMLILIKTA TMS UYGULAMALARI

Dr. Muhammed Hakan AKSU

Son 50 yıllık klinik ve klinik öncesi araştırmalar, bağımlılığın bir beyin hastalığı olduğunu göstermiş olsa da, madde bağımlılığı için hala nöral devre tabanlı tedavilere sahip değiliz (1). Son zamanlarda, madde kullanım bozukluğu olan hastalar için nöral devreye özgü tedavi seçeneklerinin tasarlanmasında artan bir vurgu olmuştur (1). Madde kullanımı araştırmalarındaki bu nöral devre temelli vurgu, 1990'larda ve 2000'lerde nörogörüntüleme teknolojisindeki ve klinik öncesi araştırmalardaki gelişmelerle hızlanmıştır (1). Klinik öncesi çalışmalar, frontal-striatal devrelerdeki aktivite ile madde kullanım davranışı arasında nedensel bir ilişki olduğunu ortaya koyarken, klinik çalışmalar, bu frontal-striatal devrelerdeki aktivitenin aynı zamanda çoklu madde kullanım bozukluklarında nüksetmeye yatkınlığı tahmin etmek için biyobelirteçler olduğunu göstermiştir (1). Bazı araştırmalar, transkranial manyetik stimülasyonu (TMS) gibi beyin uyarım tekniklerinin, bağımlılık tedavisinde potansiyel bir araç olarak kullanılabileceğini öne sürmektedir. Örneğin, prefrontal korteks TMS'nin yeme isteği üzerinde geçici bir etkisi olduğu ve sık sık yeme isteği yaşayan yetişkinlerde yiyecek direncini artırdığı gösterilmiştir (2). Ancak, son zamanlarda yapılan bir araştırma, alkol bağımlılığı olan hastalarda bir kez uygulanan sağ prefrontal yüksek frekanslı manyetik stimülasyon (HF-rTMS) seansının alkol isteğinde bir etkisinin olmadığını göstermiştir (3). Yakın zamanda yayınlanan bir metaanaliz kokain veya metamfetamin aşermesini yatıştırmak için noninvaziv beyin stimülasyonun kullanmanın uygulanabilirliği doğrulamıştır (4). Bağımlılıkların tedavisinde rTMS'nin potansiyel terapötik etkisinin mekanizmaları tam olarak anlaşılamamıştır, ancak kortikomezolimbik beyin devrelerinde artan dopamin ve glutamat fonksiyonunu ve yanıt inhibisyonu, seçici dikkat gibi bağımlılıkla ilgili bilişsel süreçlere aracılık eden beyin devrelerinde nöral aktivitenin modülasyonunu içerebilir (5). Yeni bulgular, rTMS'nin, bağımlılık bozukluklarının yaygın olarak yeterince tanınmayan ve tedavi edilmeyen temel klinik ve psikopatolojik yönlerini ortaya çıkararak, bağımlılığın patofizyolojisinin altında yatan belirli ödül sistemi işlev bozukluğunu düzeltebileceğini düşündürmektedir (6). Son olarak, bağımlılığın rTMS tedavisi şu anda deneysel olarak kabul edilmelidir, ancak umut verici bir geleceğe sahip gibi görünmektedir (5).

Kaynaklar

1. Hanlon CA, Dowdle LT, Henderson JS. Modulating neural circuits with transcranial magnetic stimulation: implications for addiction treatment development. Pharmacological reviews. 2018;70(3):661-83.
2. Goldman RL, Borckardt JJ, Frohman HA, O'Neil PM, Madan A, Campbell LK, et al. Prefrontal cortex transcranial direct current stimulation (tDCS) temporarily reduces food cravings and increases the self-reported ability to resist food in adults with frequent food craving. Appetite. 2011;56(3):741-6.
3. Herremans S, Baeken C, Vanderbruggen N, Vanderhasselt M-A, Zeeuws D, Santermans L, et al. No influence of one right-sided prefrontal HF-rTMS session on alcohol craving in recently detoxified alcohol-dependent patients: results of a naturalistic study. Drug and alcohol dependence. 2012;120(1-3):209-13.
4. Ma T, Sun Y, Ku Y. Effects of non-invasive brain stimulation on stimulant craving in users of cocaine, amphetamine, or methamphetamine: a systematic review and meta-analysis. Frontiers in neuroscience. 2019;13:1095.
5. Gorelick DA, Zangen A, George MS. Transcranial magnetic stimulation in the treatment of substance addiction. Annals of the New York Academy of Sciences. 2014;1327(1):79-93.
6. Pettorruso M, di Giannantonio M, De Risio L, Martinotti G, Koob GF. A light in the darkness: repetitive transcranial magnetic stimulation (rTMS) to treat the hedonic dysregulation of addiction. Journal of addiction medicine. 2020;14(4):272.

TRSM'LERDE DUYGUDURUM DÜZENLEYİCİLERİ

Dr. Muhammet SEVİNDİK

Ruh sağlığı hizmetlerini, hastane temelli ve toplum temelli model olarak ikiye ayırmak mümkündür. Türkiye'de 2006 yılında hazırlanan ulusal ruh sağlığı politikası yönergesine göre toplum temelli modele geçiş tavsiye edilmiş ve Nisan 2009'da Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri (TRSM) açma kararı alınarak projelendirme sürecine başlanmıştır. TRSM'ler şizofreni spektrum bozukluğu (ŞSB) ve bipolar bozukluk(BB) gibi kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin; takip, tedavi ve rehabilitasyonlarının sağlanmasının yanı sıra bireylerin işlevselliklerini ve yaşam kalitelerini artırarak onları topluma kazandırmayı amaçlamaktadır. Duygudurum düzenleyiciler (DDD), bazı araştırmacılarca bipolar bozukluğun iki ucundan birinin akut sağaltımında etkili olan ve diğer uca geçişe yol açmayan ilaçlar olarak tanımlanırken bazı araştırmacılara göre bozukluğun iki ucunda da etkili ilaçlar olarak tanımlanmaktadır. İlk görüşe göre birçok antiepileptik ve ikinci kuşak antipsikotik duygudurum düzenleyici olarak tanımlanabilmekteyken diğer görüş kapsamına sadece lityum ve ketiapin girmektedir. Klasik anlamda duygudurum düzenleyiciler sınıfındaki en bilinen ilaçlar lityum, valproik asit (valproat, VPA), karbamazepin ve lamotrijindir. Duygudurum düzenleyiciler şizofreni hastalarında da nispeten sıklıkla kullanılmaktadır ve kullanım yaygınlığı önceki çalışmalarda %14,1 ile %40,7 arasında bildirilmiştir. Şizofreni hastalarında rezidüel veya eşlik eden afektif belirtiler, saldırganlık durumlarında faydalı olabilmektedirler. Türkiyede 2018 yılında yapılan bir çalışmada bir TRSM'de kayıtlı, 238'i BB, 402'si şizofreni tanısı olan 640 hastadan,BB olanların %72'sinin, şizofreni hastalarının ise %5'inin DDD kullandığı, en çok kullanılanların valproik asit ve lityum olduğu görülmüştür. Yine Türkiyede 2021 yılında yapılan bir başka çalışmada TRSM'ye kayıtlı 107 BB hastasının %89'unun DDD kullandığı ve en sık kullanılanların valproik asit ve lityum olduğu bulunmuştur. Aynı çalışmada Şizofreni spektrum bozukluğu olan 121 hastanın %9'unun DDD kullandığı görülmüştür. TRSM örneklemlerinde şizofreni spektrum bozukluğunun daha yaygın olduğu görülmektedir. Bu durum bu bozukluklara sahip kişilerin yeti yitiminin bipolar bozukluğa sahip kişilere göre daha şiddetli olması nedeniyle daha fazla TRSM'ye başvuruyor olması ile açıklanabilir. Her iki bozukluk grubunda DDD ilaçlar olarak valproik asit ve lityum ön plana çıkmaktadır.

YETİŞKİNLİK ÇAĞI AYRILIK ANKSİYETESİ EK TANI, AYRICI TANI VE TEDAVİ MÜDAHALELERİ

Dr. Mustafa KURT

Ayrılma anksiyetesi ilk kez DSM-III ile tanımlandı. DSM-5'te; anksiyete bozuklukları başlığı altında ve bütün yaş dönemlerini kapsayan bir tanı halinde yer almaktadır. Ayrılma anksiyetesi; temel bağlanma figüründen, ölüm, boşanma, hastalık veya diğer nedenlere bağlı olarak ayrılma sonucunda ortaya çıkan aşırı kaygı hali olarak tanımlanmaktadır. Kaygı ayrılma beklentisi durumunda da oluşabilmektedir. Temel olarak bağlanma teorisine dayanmaktadır. Evden ayrılma, çocuk sahibi olma, duygusal bir ilişki yaşama, travmatik olaylar ve kayıpların ayrılma anksiyetesini başlatabileceği ileri sürülmektedir.

YAAB'nin yaşam boyu yaygınlığı %6,6, bir yıllık prevelansı %1,9'dur. Üniversite öğrencileri YAAB %21, 60 yaş üstü grupta %6, gebe kadınlarda %24,5 olarak saptanmıştır. Belirtiler çoğunlukla erişkin dönemde başladığı, sadece üçte birinin çocukluk çağında başlayıp erişkin döneme uzandığı görülmektedir. YAAB 20'li yaşlarda başlamaktadır. YAAB kadınlarda 1,4 kat fazla görülmektedir. YAAB daha düşük eğitim düzeyi, bekar-boşanmış ve işsizlik oranlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Etiyolojisinde bağlanma kuramı, olumsuz ebeyevnlik biçimleri, ebeveynde ayrılma anksiyetesinin oluşu, erken yaşam olayları ile genetik nörobiyolojik etmenler rol almaktadır.

YAAB DSM-5'te şöyle tanımlanmaktadır: 8 klinik özelliğin üç veya fazlası olması ile belirli, kişinin bağlandığı insanlardan ayrılmasıyla ilgili, gelişimsel olarak uygunsuz ve aşırı düzeyde kaygı ya da korku duyması ile karakterize, en az 6 ay devam eden ve işlevsellikte belirgin azalmaya neden olan bir bozukluktur. Birçok özbildirim formu ile YAAB değerlendirilebilmektedir. Anksiyete bozuklukları, duygudurum bozuklukları ve travma sonrası stres bozuklukları YAAB en sık eşlik eden ruhsal rahatsızlıklardır. YAAB tanısı olanların %67'sinde ruhsal hastalık ek tanısı olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur. YAAB'de kişilik bozukluklarının komorbiditesiyle ilgili karışık sonuçlar bulunmaktadır. Ayrıcı tanıda panik bozukluk, agarofobi, yaygın anksiyete bozukluğu, kişilik bozuklukları akılda tutulmalıdır. YAAB eş tanısı olan hastalarda relapsların artdığı, tedaviye rağmen kalıcı semptomların devam ettiği, işlevselliğin olumsuz etkilendiği, tedaviye daha fazla dirençli olduğu gösterilmiştir. Tedavisinde farmokoterapik ajanlarla(fluoksetin) birlikte bilişsel davranışçı müdahalelerin etkili olduğu çalışmalarda gösterilmiştir.

DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU'NDA TEDAVİ UYUMU VE SÜREKLİLİĞİ

Dr. Mustafa TUNÇTÜRK

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), çocukluk çağında en sık görülen nörogelişimsel bozukluklardan biridir. DEHB, çocukların akademik başarısını, iyi olma halini ve sosyal etkileşimlerini önemli ölçüde etkileyebilmektedir. Tedavi edilmeyen DEHB, akademik yaşamda, aile ve akran ilişkilerinde birçok soruna neden olabilmektedir. Tedavi uyumu ve sürekliliği, DEHB'nin uzun süreli tedavisi için temel kavramlardır. Tedavi uyumu, hastaların reçetelerine nasıl uyduklarını göstermektedir, tedavi sürekliliği ise, hastaların tedaviye bağlı kalma sürelerini ifade etmektedir. Tedavi uyumsuzluğu ise, hasta ve bakım verenin özellikleri, sağlık sistemi ve ilaca bağlı faktörler gibi çeşitli faktörlerle ilişkili olabilmektedir. Daha yüksek eğitim seviyesi ve ailede DEHB öyküsü, yetişkinlerde daha iyi tedavi uyumu ile ilişkili olarak saptanmıştır. Hem çocuklar hem de ebeveynler tedavi ile iyileşme hissettiklerinde tedaviye bağlılık da daha yüksek olabilmektedir. Metilfenidat tedavisinin ilk ayında en yüksek faydayı sağladığı düşünüldüğünde, uzun dönemde tedaviyi yarım bırakma riski ön plana çıkmaktadır. Yan etki korkusu, yetersiz aile desteği ve sosyal çevre baskısından kaynaklanan suçluluk duygusu, ebeveynlerin DEHB tedavisine ilişkin kararlarını etkileyebilmektedir. Şiddetli hiperaktivite/dürtüsellik, uzun etkili ilaçlar, çoklu ilaç kullanımı, yan etkilerin yokluğu ve algılanan ilaç etkinliği de tedavi sürekliliğinin belirleyicileridir. Ek olarak, DEHB'si olan ergenler genellikle ilaçlarını almaktadır, bununla birlikte ilaç almayı unutma veya bırakma olasılıkları daha yüksektir; bu nedenle, tedaviye başlama yaşı, bir günde alınan ilaç sayısı ve formülasyon tipi de tedavi uyumunu ve sürekliliğini etkileyebilmektedir. Ayrıca, antropometrik ölçümlerin ve zekanın (IQ) tedavi sürekliliği üzerindeki etkileri hakkında çok az şey bilinmektedir. Çalışmalar, çocuk ve ergenlerde stimülan ilaçlara uyum ve sürekliliği sadece %40-50 civarında olduğunu göstermektedir. Uzun dönem tedavi sürekliliği ve tedavi uyumu ile ilişkili faktörlerin etkileri araştıran prospektif olarak tasarlanmış çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, tedavi uyumu, tedavi sürekliliği, metilfenidat, atomoksetin

GELİŞİMSEL KOORDİNASYON BOZUKLUĞU İLE DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU EŞTANISINA YAKLAŞIM

Dr. Mustafa TUNÇTÜRK

Gelişimsel Koordinasyon Bozukluğu (GKB), günlük yaşam aktivitelerini ve akademik başarıyı etkileyen motor koordinasyon sorunlarını içeren nörogelişimsel bir bozukluktur. Yaygın görülmesine rağmen, sağlık profesyonelleri tarafından daha az tanımlanmaktadır. Sıklığı %1,8-%10,9 aralığındadır. Risk faktörleri olarak doğum öncesi ve doğum sırası faktörler ön plana çıkmaktadır. Nörogörüntüleme çalışmaları, özellikle serebellum ve ilişkili bağlantı yollarındaki soruna işaret etmektedir. Genellikle erken yaşlarda belirti göstermeye başlar ve devamlılık gösterme eğilimindedir. GKB'de eştanı oranı yüksektir ve en sık eşlik eden tanı Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB)'dur. GKB eştanıları incelendiğinde, DEHB'li çocukların %47'sinde, eşik altı DEHB şikayetleri olan çocukların da %47'sinde olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır. GKB, Öğrenme Bozuklukları ve DEHB arasında büyük bir çakışma/üst üste binme (overlap) olduğu bilinmektedir. Değerlendirme araçları içinde iyi düzeyde kanıt bulunan tek ölçek "revize edilmiş Gelişim Koordinasyon Bozukluğu Bataryası (DCDQ-R)" olup, GKB olan çocukların tanısında yardımcı olarak kullanılması önerilmektedir. Tedavide Nöro-Motor Görev Yaklaşımı, görev odaklı motor egzersizler ve "motor imgeleme artı görev uygulama egzersizler"; GKB olan çocuklarda motor becerilerin geliştirilmesine yönelik en etkili müdahalelerdir. GKB'yle birliktelik gösteren bozukluklarda, müdahale için öncelikli olarak her hastalığın türüne ve şiddetine göre değerlendirme yapılması önerilmektedir. Eştanı durumuna göre ilaç tedavisi kullanılabilmektedir. Metilfenidat'ın dikkatle ilgili semptomlardaki etkisinin yanında, DEHB'deki davranışsal sorunlar, yaşam kalitesi ve motor belirtiler (el yazısı) üzerinde de olumlu bir etkisi olduğuna dair yayınlar mevcuttur. Buna rağmen, GKB ve DEHB eş tanısı olan ve tedavide Metilfenidat alan, psikososyal-eğitimsel yardım alan çocukların %50'si hâlâ ek olarak motor beceri tedavileri alma gereksinimi duyduğu bildirilmektedir. DEHB ve GKB eş tanısı olan çocuklarda Metilfenidat kullanımının, ince motor becerilerinde ve el yazısında sorunları olan için yararlı olabileceği bildirilmektedir. Ayrıca Metilfenidat'ın, DEHB ve GKB eş tanısı olan çocuklarda hem dikkat hem de motor koordinasyon üzerinde hemen etkili olduğu saptanmıştır. Atomoksetin tedavisinin de hem DEHB'nin temel semptomlarına, aynı zamanda motor koordinasyonu da geliştirdiğine dair kanıtlar bulunmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Gelişimsel Koordinasyon Bozukluğu, Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, Metilfenidat, Atomoksetin

GEBELİKTE CİNSEL MİTLER

Dr. Nazan DOLAPOĞLU

Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Balıkesir

Gebelik, doğum ve doğum sonrası dönem, anne ve babaların fizyolojik, psikolojik ve sosyal alanda birçok değişiklik yaşadığı önemli bir süreçtir (1).

Cinselliğin en çok etkilendiği dönemlerden biri gebeliktir. Bu dönemde cinsel işlev bozuklukları sık görülür (2). Cinsel işlev bozukluklarının yaygın nedenleri arasında cinsel deneyimsizlik veya bilgi eksikliği, muhafazakar bir toplumda büyümek, cinsel eğitimdeki eksiklikler, cinsellikle ilgili yanlış inanışlar ve mitler yer almaktadır (3). Bu faktörler, gebelik gibi hassas bir dönemde çiftlerin cinsel tutum ve davranışlarını etkileyerek çiftlerin cinsel yaşamlarında olumsuzluklara neden olmaktadır (4).

Cinsel mitler, cinsellik açısından bilimsel olarak açıklığa kavuşturulmamış ve bireylere dair hiçbir kanıtı olmayan efsanevi inançlardır. Cinsel mitler, cinsel süreci ve cinsel yaşam kalitesini etkilediği gibi genel halk sağlığını da etkileyebilecek faktörler arasındadır. Ayrıca ortak inanç ve tutumlar hem kültürler arasında hem de bölgesel olarak farklılık gösterebilir. Bu farklılıklar bireylere, yaşa, cinsiyete, eğitime ve aile tipine göre değişmektedir (5).

Gebelik döneminde cinsellikle ilgili yanlış inançlarının cinsel işlevi olumsuz etkilediği belirtilmiş ve bu süreçte yanlış inançlara sahip gebelerde daha az cinsel ilişki, daha az istek ve daha az uyarılma meydana geldiği belirlenmiştir (6). Cinsel mitlerin neredeyse tamamı gebelikte cinsel ilişkinin zararlı olacağına dair olumsuz tutumlardan oluşmakta ve bu tutumlar cinsel yaşam kalitesini de olumsuz etkilemektedir. Gebelikte fetüse zarar verme korkusu ve cinsel ilişkinin düşük ve kanamaya yol açacağı düşüncesiyle gebeler cinsel ilişkiden kaçınmakta ve bu durum cinsel yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir (7). Cinsel ilişkinin tüm trimesterlerde güvenli olduğu kanıtlanmış olsa da fetüse/gebeliğe zarar verme korkusunun yaygınlaşması, cinsel mitlerin yaygınlığı ve cinsel bilgi eksikliği ile açıklanmaktadır (8).

Gebelikte sağlıklı bir cinsel yaşam ve sağlıklı aile yapısına katkıda bulunmak için gebelerin ve eşlerinin gebelikte cinsel yaşamla ilgili yanlış bilgi, tutum ve inançlarını ortaya çıkarmak, ilişki doyumu ve cinsel işlevler arasındaki ilişkiye dair mitlerin tespit edilmesi, eğitim ve danışmanlık verilmesi önemli olacaktır.

Kaynaklar

1. Özcan H, Beji NK. Kadın Cinsel Fonksiyon Bozuklukları: Güncelleme. Androl Bul 2018; 20: 133-37.
2. Çiçek Z, Güngörmüş Z. Sexual Dysfunction Of Pregnant: An Example From Turkey. International Journal Of Caring Sciences 2018; 11(3): 1573-79.
3. Özgan Çelikel Ö, Bulut S. Evaluation Of The Relationship Between Sexual Functions And Depressive Symptoms Among Pregnant Patients During The Second Trimester. Archives Of Gynecology And Obstetrics 2019; 300: 1813-19.
4. Ogur P, Utkualp N, Aydınoğlu N. Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Cinsellikle İlgili İnanışları. STED 2016; 25: 13-21.
5. Neto F. The Satisfaction With Sex Life Scale. Measurement And Evaluation İn Counseling And Development 2012; 45: 18-31.
6. Bouzouitaa I, Ellouze BF, El Kefia H, Chaari I, Ben Cheikha C, Krir MW, et al. Sexuality Of The Tunisian Pregnant Women: Facts Between Myth And Reality. Sexologies 2017; 27: 103-9.
7. Ninivaggio C, Rebecca RG, Leeman L, Migliaccio L, Teaf D, Clifford Qualls C. Sexual Function Changes During Pregnancy. The International Urogynecological Journal 2016; 12: 445-54.
8. Khalesi ZB, Bokaie M, Attari SM. Effect of pregnancy on sexual function of couples. African Health Sciences 2018; 18(2): 227-34.

BİPOLAR BOZUKLUKTA UZUN ETKİLİ ENJEKTE EDİLEBİLİR ANTİPSİKOTİK KULLANIMI

Dr. Neşe Burcu BAL

Küresel yeti yitiminin önde gelen nedenlerinden biri olan Bipolar Bozukluk (BB), kronik ve yineleyici bir hastalıktır. BB'ta, duygudurum dengesinin sürdürülmesi ve optimal işlevselliğin sağlanması, BB olan hastaların yönetiminin ana hedefleridir (Boyce et al., 2018). BB olan hastaların %10-60'ında bulunan tedaviye uyumsuzluk; sık tekrarlama, hastaneye yatış ve intihar gibi olumsuz sonuçlar doğurmaktadır. Uzun etkili enjekte edilebilir antipsikotik ilaçların (UEA), BB'ta tedaviye uyumu artırmada ve nüksleri önlemede etkili oldukları bilinmektedir (Yıldızhan, Uzun, & Tomruk, 2022). Epizodların sıklığı, oral ilaçlara uyumsuzluk, şiddeti yüksek olan epizodlar, rezidüel belirtiler ve hastanın tercihi gibi pek çok nedenle UEA ilaçlar BB hastalarının tedavisinde giderek daha sık tercih edilmeye başlanmıştır (Chou et al., 2015; Yıldızhan et al., 2022). Ayrıca; UEA ilaçlar, ilk geçiş metabolizmasını engelleyerek serum ilaç seviyelerinin daha stabil tutulmasına olanak sağlamaktadır (Keramatian, Chakrabarty, & Yatham, 2019). UEA ilaçlar, uygulanmasından haftalar sonra dahi terapötik dozları korur, enjeksiyon uygulamaları nedeniyle düzenli aralıklarla tıbbi servislere teması artırır ve intihar amaçlı aşırı dozda kullanım riski de bulunmamaktadır (2). Birinci kuşak UEA ilaçlar ilk olarak 1970'lerde tekrarlayan mani ataklarının tedavisinde kullanılmakla birlikte, depresif belirtilerde kötüleşme ve uzun vadede ekstrapiramidal sistem yan etkileri nedeniyle yerini ikinci kuşak UEA ilaçlara bırakmıştır (Boyce et al., 2018; Keramatian et al., 2019). Ancak BB tedavisinde giderek daha çok yer bulmaya başlayan ikinci kuşak UEA ilaçlar hem etkinlik hem de özellikle metabolik sistem üzerine olan etkileri açısından daha çok araştırılmaya değer gibi görünmektedir.

Kaynaklar

Boyce, P., Irwin, L., Morris, G., Hamilton, A., Mulder, R., Malhi, G. S., & Porter, R. J. (2018). Long-acting injectable antipsychotics as maintenance treatments for bipolar disorder—A critical review of the evidence. Bipolar Disorders, 20, 25–36.

Chou, Y. H., Chu, P.-C., Wu, S.-W., Lee, J.-C., Lee, Y.-H., Sun, I.-W., … Tsai, C.-F. (2015). A systemic review and experts' consensus for long-acting injectable antipsychotics in bipolar disorder. Clinical Psychopharmacology and Neuroscience, 13(2), 121.

Keramatian, K., Chakrabarty, T., & Yatham, L. N. (2019). Long-acting injectable second-generation/atypical antipsychotics for the management of bipolar disorder: a systematic review. CNS Drugs, 33, 431–456.

Yıldızhan, E., Uzun, E., & Tomruk, N. B. (2022). Effect of long acting injectable antipsychotics on course and hospitalizations in bipolar disorder–a naturalistic mirror image study. Nordic Journal of Psychiatry, 76(1), 37–43.

YAŞAM BOYU DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU'NDA YEME ÖRÜNTÜSÜ VE YEME DAVRANIŞI İLE İLGİLİ NÖROBİYOLOJİK BELİRTEÇLER

Dr. Nilifer GÜRBÜZER

Erzurum Bölge Eğitim Araştırma Hastanesi, Psikiyatri

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu'nun (DEHB) hem çocuklarda hem erişkinlerde artmış tıbbi komorbidite riski ilişkili olduğu bilinmektedir. DEHB'nin yeme bozuklukları ve obezite riskini artırdığı, yeme bozukluğu ve obezitesi olanlarda DEHB belirtilerinin yaygın olduğu gösterilmiştir. DEHB'de dürtüsel davranışın, düzensiz yeme davranışına yol açtığı, kötü beslenme alışkanlıkları ve bunun sonucunda ortaya çıkan beslenme eksikliklerinin DEHB semptomlarına katkıda bulunduğu, DEHB'ye eşlik eden psikiyatrik eştanıların yeme davranışından sorumlu olduğu, hem DEHB hem yeme bozukluklarında ortak genetik ve nörobiyolojik risk faktörlerinin komorbiditeye katkı yaptığı şeklinde birçok varsayım ilişkiyi açıklamak için önerilmiştir. DEHB; eşlik eden bir yeme bozukluğu tanısı olmasa bile duygusal yeme, düzensiz yeme ve bağımlılık benzeri yeme davranışıyla ilişkilendirilmiştir. DEHB'de kilo, vücut kitle indeksi (VKİ), bel çevresi ve HbA1c'nin daha yüksek olduğu, lipit profilinin bozuk olduğu literatürde yer almaktadır. Artan kanıtlar DEHB ile düzensiz yeme davranışları, obezite veya fazla kilo arasında biyolojik bir ilişki olduğunu göstermektedir. Bu anlamlı ilişki, iştah hormonlarının (leptin, adiponektin, oreksin, grelin, AgRP) DEHB patofizyolojisindeki potansiyel rolüne işaret etmektedir. DEHB ve iştah hormonları ilişkisini araştıran çalışma sonuçları çelişkili veriler ortaya koysada bu çalışmaların çoğunluğunda dikkat çeken taraf DEHB'de düzensiz yeme davranışları, artmış kilo, bel çevresi ve VKİ, bozulmuş lipit profili, obezite riskinde artış olmasına rağmen iştah uyarıcıların bu kişilerde düşük saptanmasıdır. Bilindiği üzere besin alımı, kişinin enerjii htiyacının yanında besinin pekiştirici ve ödüllendirici yönlerini bütünleştiren homeostatik ve hedonik sistemler tarafından düzenlenir. Hipotalamus, enerji alımının homeostatik düzenlenmesinde yeralan birincil beyin bölgesidir. Besinler, homeostatik mekanizmalar üzerindeki etkilerinin yanı sıra beyinde zevk ve ödülle ilişkili beyin bölgelerini de etkiler. Hedonik beslenme özellikle yağlı ve şekerli yiyecekler tarafından uyarılan limbik sistemdeki dopamin salınımıyla yakından ilişkili olan, gıdaların güçlü pekiştirici ve motive edici özelliklerinin bir sonucudur. Düşük hedonik ton DEHB ile ilişkilendirilmiş, DEHB'de dopaminerjik sistemin bozulmasının doğal ödül olarak görülen lezzetli, şekerli yiyecekleri tüketme riskini artırabileceği bildirilmiştir. Bu sunumda; DEHB'de düzensiz yeme davranışları ve ilişkili nörobiyolojik belirteçler literatür bulguları ışığında ele alınacaktır.

Anahtar Kelimeler: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, yeme davranışları, iştah hormonları, obezite

Kaynaklar

1. El Archi S, Cortese S, Ballon N, Réveillère C, De Luca A, Barrault S, et al. Negative Affectivity and Emotion Dysregulation as Mediators between ADHD and Disordered Eating: A Systematic Review. Nutrients. 2020;12(11).
2. Cortese S, Tessari L. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) and Obesity: Update 2016. Curr Psychiatry Rep. 2017;19(1):4.
3. Ptacek R., Stefano G. B., Weissenberger S., Akotia D., Raboch J., Papezova H., Domkarova L., Stepankova T., Goetz M. (2016). Attention deficit hyperactivity disorder and disordered eating behaviors: Links, risks, and challenges faced. Neuropsychiatric Disease and Treatment, 12, 571–579.
4. Gürbüzer, N., Ceyhun, H. A., Öztürk, N., & Kasali, K. (2023). The Relationship Between Eating-Attitudes and Clinical Characteristics, Agouti-Related Peptide, and Other Biochemical Markers in Adult-Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Journal of Attention Disorders, 27(4), 394–409.
5. Denis RG, Joly-Amado A, Webber E, Langlet F, Schaeffer M, Padilla SL, et al. Palatability Can Drive Feeding Independent of AgRP Neurons. Cell Metab. 2015;22(4):646-57.
6. Sternat T, Katzman MA. Neurobiology of hedonic tone: the relationship between treatment-resistant depression, attention-deficit hyperactivity disorder, and substance abuse. Neuropsychiatr Dis Treat. 2016;12:2149-64.

AFET PSİKİYATRİSİ; TANI, TEDAVİ VE SÜREÇ YÖNETİMİ

Dr. K. Oğuz KARAMUSTAFALIOĞLU

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Adli Tıp ve Adli, Bilimler Enstitüsü

Afet Psikiyatrisi kitle travmalarında büyük bir önem kazanmaktadır. Psikolojik ilk yardımda eğitim, destek, tedavi yoluyle afetin emosyonel ve psikolojik etkileri giderilmeye çalışılır.Bireyler afet öncesi işlevsellik düzeyine döndürülmeye çalışılır. Geniş kitleler için yeterli ruh sağlığı çalışanı olamayacağından risk gruplarını tespit edip onlara yönelmek çok önemlidir.

1999 depreminin ardından yapılan takiplerle risk gruplarının belirlenmesi için önemli bir yol alınmış travma sonrası stres bozukluğunun kalıcılığında başlangıç donuklaşma ve kaçınma kümesinin en önemli öngörücü olduğu saptanmıştır. Geç başlangıçlı travma sonrası stres bozukluğu sadece kadınlarda görülmüş olup yeniden yaşantılama kümesi öngörücü olarak bulunmuştur.

Kaynaklar

1. Garakani A. et al / Psychiatr Clin N Am .2004: 27 :391-406
2. Karamustafalıoğlu KO et al.Natural Course of PTSD:A20 Months Prospective Study of Turkish Earthquake Survivors.J Clin Psychiatry 2006;67:882-889
3. Karamustafalıoğlu KO et al. Ten year follow-up of internet survivors : Long-Term Study on the Course of Following a Natural Disaster .J Clin Psychiatry 2023 ;84:1-7

PSİKİYATRİNİN GELECEĞİ: PSİKOPATOLOJİ, PSİKOFARMAKOLOJİ VE DİĞERLERİ

Dr. K. Oğuz KARAMUSTAFALIOĞLU

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Adli Tıp ve Adli Bilimler Enstitüsü

Psikiyatrinin 19. Yüzyılın ardından çağdaş temellerinin atılmasının ardından psikopatolojinin tanımı ve tanı sistemleri açısından hem DSM ve hem ICD'nin yeni baskıları tanının geçerliliği konusunda çok yetersiz kalmıştır. Amerika Birleşik Devletlerinde bulunan National Institute of Mental Health Reseach Domain Criteria (RdOC) isimli yeni bir tanı sistemini geliştirmek uğraşmakta ve daha geçerli bir sınıflandırma sistemini ortaya koymaya çalışmaktadır (1).

Psikofarmakoloji alanında çok sayıda faz 2 ve faz 3 te yeni moleküller mevcuttur. Buna rağmen geçmiş 20 yılda olduğu gibi yeni ilaçlar eski oranda ruhsatlanmadığını görsek bile umutsuz olmamalıyız. Yeni ruhsatlanacak ilaçların bir kısmı sendromun bazı semptomlarını gidermekte etkinliğini göstermeye çalışmaktadır. İlaçların ruhsatlarını veren onay kurumlarının etkinlik yerine etkililik verilerini ortaya koymasının istenmesi maalesef bazı önemli ilaç firmalarının merkezi sinir sisteminde çekilmesine yol açmıştır.(

Dijitalin psikiyatride kullanılması gelecekte çok ümit vaat etmektedir. Yapay zeka uygulamaları ile hem bozukluk başlamadan kolay saptamayı sağlama hem de dirençli bazı durumların giderilmesinde yeni yöntemler geliştirilmesi söz konusudur. Psikoterapilerin dijital yöntemler ve yapay zeka yardımıyle insansız sürdürülmesi söz konusu olacaktır. İngiltere, Kanada ve Avustralya bu konuda öncü ülkeler gibi görülmektedir

Beyin uyarılması yöntemleri, fitoterapi vb biyolojik uygulamalar önem kazanmaktadır. Ayrıca toplum temelli psikiyatri uygulamalarının nicelik ve nitelik olarak geliştirilmesinin önemi halen devam etmektedir.

Kaynaklar

1. Sanislow CA. RDoC at 10: changing the discourse for psychopathology. DOI:10.1002/wps.20800
2. Serretti A. Psychopharmacology: past, present and future. International Clinical Psychopharmacology 2022, 37:82–83
3. Torous J et al. The growing field of digital psychiatry: current evidence and the future of apps, social media, chatbots, and virtual reality.World Journal of Psychiatry 2021;20:318-335

BAĞIMLILIKTA DERİN TRANSKRANYAL MANYETİK UYARIM TEDAVİSİ

Dr. Nihal TAŞTEKİN

Üsküdar Üniversitesi NP İstanbul Beyin Hastanesi, AMATEM kliniği

Bağımlılığın nörobiyolojisi incelendiğinde; Prefrontal korteks, İnsula, Hipokampüs ve Amigdala gibi bölgelerin aşerme ya da maddeyi arama davranışı ile ilişkili olduğu; Anterior Singulat Korteks, Dorsolateral prefrontal ve inferior frontal korteks gibi alanların daha çok inhibitör kontrolün bozulmasıyla bağlantılı olduğu bilinmektedir. Aşerme ve inhibitör kontrol, tedavi sürecinde relapslarla ilişkili en önemli iki faktördür. Tekrarlayan relaps ve remisyon dönemleri ile seyreden bir beyin hastalığı olan bağımlılıkla mücadelede, klasik tedavilerin yanısıra yeni modalitelere ihtiyaç duyulmaktadır. Bu nedenle mevcut tedavilere ek olarak beyin uyarım yöntemlerinden de günümüzde yararlanılmaktadır. Transkranyal manyetik uyarım tedavisi ile birlikte, derin transkranyal manyetik uyarım tedavisinin kullanımı da giderek yaygınlaşmakta, bu alanda çeşitli araştırmalar yürütülmektedir.

Derin transkranyal manyetik uyarım (dTMU) tedavisi; invaziv olmayan bir beyin stimülasyon yöntemidir ve daha derin beyin bölgelerine ulaşılabilmektedir. Yapılan araştırmalarda; dTMU tedavisi ile alkol, kokain ve sigara bağımlılığı gibi pek çok bağımlılıkta kullanımın azalması ve özellikle aşermenin azalması konusunda fayda elde edildiği gösterilmiştir. İşlem öncesi, kontrendikasyon olup olmadığı değerlendirilmeli ve işlem sırasında da koruyucu önlemler alınmalıdır. İşlem sonrası en sık yan etki, analjezik ilaçlardan fayda gören, geçici bir baş ağrısıdır.

Klinik pratikte bağımlılık tedavisinde önemli güçlendirici tedavilerden olan dTMU uygulamalarının rutin tedavi protokollerine daha çok dahil edilmesi, remisyon oranlarında artış sağlayacaktır.

BAŞLASAK MI? BAŞLAMASAK MI? ANKSİYETE BOZUKLUKLARI TEDAVİSİNDE SINIRLARI ZORLAMAK

Dr. C. Onur NOYAN

Üsküdar Üniversitesi

Korku, gerçek veya algılanan tehditlere karşı ortaya çıkan duygusal bir tepkidir. Bu tepki genellikle anlık bir reaksiyon olarak ortaya çıkar ve kişinin hayatta kalma veya zarar görme endişesiyle ilişkilidir. Anksiyete ise gelecekteki olası tehditlerin beklentisi ve endişesiyle karakterize edilen bir durumdur. Anksiyete, genellikle belirsizlik, kaygı veya güvencesizlikle ilişkilidir ve kişinin günlük yaşamını olumsuz etkileyebilir. Amerikan Psikiyatri Birliği'nin yayınladığı "Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı" olan DSM-5'te yer alan kriterlere göre, belirli semptomların en az altı ay boyunca yaşanması ve bu semptomların günlük yaşamını önemli ölçüde etkilemesi gerekmektedir. Sosyal anksiyete bozukluğu, yaygın anksiyete bozukluğu, panik bozukluk, fobi, ayrılık anksiyetesi bozukluğu, selektif mutizm bulunmaktadır. Her bir bozukluğun kendine özgü semptomları ve tedavi yöntemleri vardır. Tedavide öncelikli olarak Bilişsel-davranışçı psikoerapi ve ilaç tedavisi bulunmaktadır.

Anksiyete bozukluklarının ilaçla tedavisi için bazı prensipler önemlidir. Tedaviye başlamadan önce, anksiyetenin altında yatan psikolojik ve fiziksel mekanizmalar hasta tarafından mutlaka açıklanmalıdır. Ayrıca, psikoeğitim broşürleri aracılığıyla hastaya etiyoloji, tanı, tedavi seçenekleri ve psikoterapi teknikleri hakkında bilgi verilmelidir. Hastaya yaşam tarzıyla ilgili tavsiyeler de sunulmalıdır, bunlar arasında sağlıklı beslenme, iyi uyku düzeni, düzenli egzersiz yapma ve kafein, tütün ve alkol kullanımını azaltma yer almaktadır. İlaç uyumu ve ilaçların etkileri/yan etkileri de hastaya açıklanmalıdır. Tedavi seçimi, hastalığın şiddeti, eş tanılar, tıbbi durum, madde kullanımı, intihar riski, geçmiş tedavi yanıtları ve maliyet gibi faktörlere bağlı olarak belirlenebilir. Son olarak, anksiyete bozukluğunun seyrini izlemek için ölçekler (HAM-A, Liebowitz, Panik agorafobi ölçeği / CGI) kullanılabilir. Bu prensipler, ilaçla tedavi sürecinde hasta ve sağlık profesyonelleri arasında etkili bir iletişim ve işbirliği sağlayarak anksiyete bozukluklarının yönetiminde önemli bir rol oynamaktadır.

WFSBP (World Federation of Societies of Biological Psychiatry)'nin tedavi kılavuzuna göre, bir dizi farmakoterapi seçeneği ve prensip bulunmaktadır.Tedavi seçimi, anksiyete bozukluğunun türüne, semptomların şiddetine ve bireysel hastaya göre yapılmalıdır. Genel olarak, antidepresanlar ve/veya benzodiazepinler ilk tercih edilen ilaçlar arasındadır. Seçilecek ilacın yan etki profili, hasta tercihleri, eşlik eden sağlık sorunları ve olası ilaç etkileşimleri dikkate alınmalıdır. Seçilen antidepresanlar arasında selektif serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI'lar) ve serotonin-norepinefrin geri alım inhibitörleri (SNRI'lar) öne çıkmaktadır. SSRI'lar, yaygın anksiyete bozukluğu, panik bozukluk, sosyal anksiyete bozukluğu ve obsesif-kompulsif bozukluk gibi anksiyete bozukluklarının tedavisinde etkili olabilir. SNRI'lar da benzer endikasyonlarda etkilidir ve özellikle komorbid depresyonu olan hastalarda tercih edilebilir. Benzodiazepinler, anksiyete semptomlarının hızla hafifletilmesinde etkilidir, ancak potansiyel bağımlılık ve tolere gelişimi nedeniyle kısa süreli kullanımı önerilir. Benzodiazepinler, özellikle akut anksiyete krizleri ve panik atakların yönetiminde faydalı olabilir. Diğer ilaç seçenekleri arasında pregabalin ve gabapentin gibi antikonvülsanlar, bazı antipsikotikler ve trisiklik antidepresanlar da bulunmaktadır. Bunlar, belirli anksiyete bozukluklarının tedavisinde veya tedaviye dirençli vakalarda düşünülebilir.

WFSBP tedavi kılavuzuna göre, ilaç tedavisinin etkinliğini değerlendirmek ve tedaviyi optimize etmek için düzenli izlem önemlidir. Hasta yanıtı ve yan etkiler dikkatle takip edilmeli ve gerekirse doz ayarlamaları yapılmalıdır. Psikoterapi gibi non-farmakolojik tedaviler, ilaç tedavisiyle birlikte veya tek başına kullanılarak anksiyete bozukluklarının yönetiminde destekleyici bir rol oynayabilir.

Sonuç olarak, WFSBP tedavi kılavuzuna göre anksiyete bozukluklarının ilaçla tedavisi, semptomların türü ve şiddetine, hastanın özelliklerine ve tercihlerine dayalı olarak bireyselleştirilmelidir. Bu kılavuz, klinik uygulamalarda sağlam kanıtlara dayalı bir rehberlik sunarak, anksiyete bozukluklarının etkili ve güvenli bir şekilde yönetilmesine yardımcı olmaktadır.

Kaynaklar

1. Bandelow B, Allgulander C, Baldwin DS, Costa DL, Denys D, Dilbaz N, Domschke K, Eriksson E, Fineberg NA, Hättenschwiler J, Hollander E. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for treatment of anxiety, obsessive-compulsive and posttraumatic stress disorders–Version 3. Part I: Anxiety disorders. The World Journal of Biological Psychiatry. 2023 Feb 7;24(2):79-117.

2. *Bandelow B, Michaelis S, Wedekind D. Treatment of anxiety disorders. Dialogues in clinical neuroscience. 2022 Apr 1.*

YAZILI VE GÖRSEL MEDYANIN İNTİHAR DAVRANIŞI ÜZERİNE ETKİSİ

Dr. C. Onur NOYAN
Üsküdar Üniversitesi

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre, her yıl dünya genelinde yaklaşık 800.000 kişi intihar nedeniyle yaşamını yitiriyor. İntihar oranları farklı ülkeler ve bölgeler arasında büyük farklılıklar göstermektedir. ABD'deki intihar oranlarının arttığına dair veriler bulunmaktadır. 1999-2017 yılları arasında intihar oranlarında %33'ten fazla bir artış olduğu ve 2017 yılında 47.000'den fazla ölümle sonuçlandığı ifade edilmektedir. Bu durum, intiharın önemli bir halk sağlığı sorunu olduğunu göstermektedir.

İntihar oranlarındaki artışın birçok faktöre bağlı olduğu düşünülmektedir. Bunlar arasında zihinsel sağlık sorunları, depresyon, anksiyete, sosyal izolasyon, ekonomik stres, erişilebilirlik ve kullanılan yöntemler gibi çeşitli etkenler yer almaktadır.

İntiharı tasvirleyen veya gösteren görsel medyanın taklit ve bulaşma etkileri gerçekten endişe vericidir. Bu tür medya içeriğinin yaygın olarak erişilebilir olması, bazı insanlar için intihar davranışının bir seçenek gibi görünmesine ve bu davranışı taklit etme olasılığını artırabilir. Risk altında olan kişiler arasında şunlar bulunabilir: Şiddetli depresyon, geçirilmiş depresyon, İntihar eğilimi, dissosiyasyon, düşünce bastırma, kahramanla özdeşleşme. Medyada intiharı tasvir eden karakterlere duygusal olarak bağlanan ve onları taklit etme eğilimi gösteren bireyler, intihar davranışı için artan risk altında olabilirler. Ancak, bazı izleyiciler için umut, yardım arama ve intihar krizinin üstesinden gelme/başa çıkma tasvirleri olumlu sonuçlara yol açabilir. Bu nedenle, intihar konusunda medyanın etkisi karmaşık bir konudur ve içeriklerin dikkatli bir şekilde sunulması önemlidir.

Özellikle intihar düşüncesi veya eğilimi olan kişiler için, intihar önleme kaynaklarına başvurmak, profesyonel yardım almak ve destek sistemlerinden destek almak önemlidir. Medyanın intihar konusunda olumlu etkileri de olabilir ve bu etkiler genellikle Werther etkisinin tam tersi olarak adlandırılır. Örneğin, Papageno etkisi olarak da bilinen bu durumda medya, intihar yerine yaşamı teşvik eden mesajlar ile pozitif bir etki yaratabilir. Medyanın koruyucu etkisi şu şekillerde olabilir: Farkındalık yaratma, stigmatizasyonun azaltılması, yardım ve destek seçenekleri hakkında eğitim, olumlu hikayelerin paylaşılması Medya, intihar krizinden kurtulmuş veya yaşamı tekrar dengeye getirmiş insanların hikayelerini paylaşarak umut ve ilham kaynağı olabilir. Bu hikayeler, intihar düşüncesi olan bireylere umut ve motivasyon sağlayabilir.

Bu etkiler, medyanın intihar konusunda sorumluluk sahibi bir şekilde içerik üretmesi ve yaymasıyla elde edilebilir. Medya kuruluşları, intihar konusunda duyarlı olmalı ve içeriklerini dikkatli bir şekilde yönlendirmelidir. Bu şekilde, medya intiharın önlenmesine katkıda bulunabilir ve toplumda olumlu etkiler yaratabilir.

Kaynaklar

Domaradzki J. The Werther effect, the Papageno effect or no effect? A literature review. International journal of environmental research and public health. 2021 Mar 1;18(5):2396.

Niederkrotenthaler T, Till B. Suicide and the media: From Werther to Papageno effects–A selective literature review. Suicidologi. 2019 Nov 15;24(2).

DEPRESYONDA DERİN TRANSKRANYAL BEYİN UYARIMI

Dr. Onur YILMAZ

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre depresyon, dünya çapında milyonlarca insanı etkileyen ve genel işlevsellikte ciddi ve uzun süreli bozulmaya yol açabilen yaygın bir ruhsal bozukluktur. Antidepresan ilaçlar ve psikoterapi yaklaşımlarının yetersiz kalması, klinisyenleri depresyon tedavisinde alternatif yöntemler aramaya yöneltmektedir. Depresyon tedavisindeki alternatif yöntemler arasında, merkezi sinir sistemi elektrik etkinliğini değiştirmeyi amaçlayan çeşitli cihazların kullanıldığı terapötik nöromodülasyon yer alır. Transkraniyal Manyetik Uyarım (TMU) tedavisi de bu nöromodülasyon tekniklerinden biridir. TMU, çok sayıda randomize kontrollü çalışmada depresyon tedavisinde etkisi gösterilmiş ve girişimsel olmayan bir prosedürdür.

Derin transkraniyal manyetik uyarım (dTMU), nispeten derin beyin bölgelerinin cerrahi olmayan stimülasyonuna izin veren yeni bir teknolojidir. dTMU; beynin derin yapılarına etki edebilen TMU uygulamasıdır. Kullanılan başlığın özellikleri sayesinde daha derin beyin bölgelerini etkileyen hastalıklarda bu beyin bölgelerine uyarım verilebilmektedir. Beyni klasik TMU ya göre daha güçlü uyarmakta ve uyarı beynin daha derin alanlarına nüfuz etmektedir. H1 başlığı beynin dikkat ve motivasyonla ilişkili prefrontal korteksini uyararak depresyon belirtilerinin kaybolmasını sağlamaktadır. Bu başlık ile dTMU tedavisi, mevcut epizodda daha önceki antidepresan ilaç tedavisinden tatmin edici bir iyileşme elde edemeyen yetişkin hastalarda depresyon tedavisi için güvenli ve etkili, FDA onaylı bir klinik araç sağlar. H-coil ile prefrontal korteks üzerinden yapılan derin TMS tedavisinin, depresif şiddet belirtilerini azaltmada ve antidepresan ilaçların etkisini arttırmada etkili olduğu birçok çalışmada kanıtlanmıştır.

Bu konu başlığında dTMU tedavisinin depresyon tedavisinde kullanımının güncel çalışmalarla desteklenerek anlatılması hedeflenmiştir.

KRONOBİYOLOJİNİN RUH SAĞLIĞINDAKİ ÖNEMİ

Dr. Onur YILMAZ

Biyolojik ritimler, uyku-uyanıklık tercihinden vücut ısısına; hormon salınımından bilişsel ve fiziksel performansa kadar neredeyse tüm fizyolojik işlevlerin merkezinde yer alır ve bu ritimlerdeki olası bozulmaların beden ve ruh sağlığı üzerinde önemli olumsuz sonuçları vardır. Kapsamlı araştırmalar, bozulmuş sirkadiyen mekanizmaların psikiyatrik hastalıklara yol açabileceğini, aynı zamanda ruhsal hastalıkların bir sonucu da olabileceğini göstermiştir.

Psikiyatrik bozuklukların sirkadiyen ritim ile ilişkili olduğuna dair güçlü kanıtlar mevcuttur. Ruhsal hastalıklardan özellikle majör depresif bozukluk (MDB), bipolar bozukluk ve şizofreni gibi hastalıkların başlıca özelliklerinden bazıları anormal uyku-uyanıklık, iştah ve sosyal ritimlerle ilgili anormalliklerdir. Dünya çapında psikiyatrik bozukluklar nedeniyle yatan hasta grubu hastane yataklarının %25' inden fazlasını oluşturmaktadır ve hastalardaki düzensiz uyku-uyanıklık döngüleri, yatarak bakım seçiminde en çok belirtilen nedendir.

Bir yandan saat genlerinin keşfi, diğer yandan sirkadiyen ve mevsimsel ritimlerin fizyolojik ve davranışsal temellerinin anlaşılması son yıllarda ruh sağlığı alanında kronobiyoloji çalışmalarını hızlandırmıştır. Uyku yoksunluğu, parlak ışık tedavisi gibi kronoterapi yöntemleri ve kronofarmakolojik ajanlar, doğrudan sirkadiyen sistem üzerinden etki göstererek duygudurum bozuklukları ve uyku bozuklukları başta olmak üzere birçok ruhsal bozuklukta yaygın olarak kullanılmaktadır. İnsanlarda ışığın güçlü bir zeitgeber olduğunun keşfi, ışığın ilk kez mevsimsel özellikli depresyonda uygulanmasına yol açmış ve birkaç yıl içinde ışık, bu hastalarda ilk tercih edilen tedavi haline gelmiştir. Şimdilerde ise ışığın, mevsimsel olmayan depresyon, uyku-uyanıklık döngüsü bozuklukları ve birçok nöropsikiyatrik bozuklukta iyileştirici etkisinin olduğu gösterilmiştir.

Psikiyatrik bozuklukların etiyolojisini anlamak ve uygun tedavi stratejileri geliştirmek için sirkadiyen ritmin fizyolojisine ve patolojisine dikkat edilmelidir. Bu konu başlığında ruhsal bozukluklarda önemli bir çalışma alanı olan kronobiyolojinin anlatılması hedeflenmiştir.

ENDOFENOTİPLER VE DAHASI

Dr. Osman AK

Endofenotip kavramı psikiyatriye 30 yılı aşkın bir süre önce Gottesman & Shields tarafından tanıtıldı. Endoenotiplerin, psikiyatrik hastalığa neden olan biyolojik süreçlerle tanısal kategorilerden bir ilişki içinde olduğu düşüncesi ile fenotip kavramı üzerine çalışmalar yoğunlaşmıştır. Bu inanç kısmen, endofenotiplere katkıda bulunan genetik lokusların etki boyutlarının hastalığa yatkınlığa katkıda bulunanlardan daha büyük olduğu, dolayısıyla genetik bağlantı ve ilişkilendirme testlerinin bunları tespit etme şansını artırdığı varsayımına bağlıdır.

Anksiyete spektrum bozukluklarının genetik ve çevresel yapısı üzerine yapılan çalışmalarda yaygın anksiyete bozukluğu ,panik bozukluğu ,agorafobi ve sosyal anksiyete bozukluğu ile ilişkili ve biri belirli fobiler için yaklaşık yüzde 23 oranında hesaplanan genetik faktörler çalışmalarda bulunmuştur. Şaşırtıcı olmayan bir şekilde yaygın anksiyete bozukluğu çeşitli boyutlu özellikler arasında yüksek genetik korelasyonlar bildirmiştir.[1]

Obsesif kompulsif bozukluk (OKB) ile diğer nöropsikiyatrik bozukluklar arasındaki sınırlar henüz çözülmemiştir .Endofenotipler, karmaşık poligenik zihinsel bozukluklar için genetik riski, açık semptomlar ve davranışlardan daha yakından temsil ettiği varsayılan kalıtsal, nicel özelliklerdir. OKB'yi prototip bozukluk olarak ve bilişsel, görüntüleme ve moleküler veriler gibi endofenotip belirteçleri olduğu çalışmalarda bulunmuştur.[2]–[4]

Dikkat eksikliği/hiperaktivite bozukluğu (DEHB), çok faktörlü bir kalıtım modeline sahip, oldukça kalıtsal bir bozukluktur. Bunun gibi karmaşık durumlar için, genlerden davranışa giden yolda bulunan biyolojik temelli fenotipler, moleküler genetik araştırmalar DEHB'de kullanımları nispeten yeni olmasına rağmen, bu tür "endofenotipler" tıp ve psikiyatride diğer bazı durumların etiyolojisi ve patofizyolojisinin aydınlatılmasına yardımcı olmuştur.[5], [6]

Bağımlılığın genomik ve epigenomik alanındaki genler, çevre ve davranış arasındaki boşluğu doldurarak bu karmaşık zihinsel bozukluğun etiyolojisini[7] anlamamıza katkıda bulunmaktadır. Bağımlılık geliştirmek için esnekliğe ve savunmasızlığa poligenetik katkıyı açıklayan gen ve çevre etkileşimlerini bildiren davranışsal genetik çalışmaları gözden geçirerek[8] epigenetik faktörleri bağımlılık geliştirmeye yatkınlık sağlayan polimorfik aday genlerin kanıtlarını ve ayrıca bağımlılık benzeri davranışa karşı savunmasızlığa ve esnekliğe katkıda bulunan belirli işaretleri anlamaya çalışacağız.

Kaynaklar

1. M. G. Gottschalk and K. Domschke, "Genetics of generalized anxiety disorder and related traits," *Dialogues Clin Neurosci*, vol. 19, no. 2, p. 159, 2017, doi: 10.31887/DCNS.2017.19.2/KDOMSCHKE.
2. O. J. Bienvenu *et al.*, "Is obsessive-compulsive disorder an anxiety disorder, and what, if any, are spectrum conditions? A family study perspective," *Psychol Med*, vol. 42, no. 1, pp. 1–13, Jan. 2012, doi: 10.1017/S0033291711000742.
3. T. Nakamae, "[Diversity of obsessive-compulsive disorder and pharmacotherapy associated with obsessive-compulsive spectrum disorders].," *Seishin Shinkeigaku Zasshi*, vol. 113, no. 10, pp. 1016–1025, 2011.
4. N. A. Fineberg, S. Saxena, J. Zohar, and K. J. Craig, "Obsessive-compulsive disorder: boundary issues," *CNS Spectr*, vol. 12, no. 5, 2007, doi: 10.1017/S1092852900021167.
5. A. E. Doyle *et al.*, "Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Endophenotypes," *Biol Psychiatry*, vol. 57, no. 11, pp. 1324–1335, Jun. 2005, doi: 10.1016/J.BIOPSYCH.2005.03.015.
6. R. F. Asarnow *et al.*, "Neurocognitive impairments in nonpsychotic parents of children with schizophrenia and attention-deficit/hyperactivity disorder," *Arch Gen Psychiatry*, vol. 59, pp. 1053–1060, 2002.
7. R. Maldonado, P. Calvé, A. García-Blanco, L. Domingo-Rodriguez, E. Senabre, and E. Martín-García, "Genomics and epigenomics of addiction," *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet*, vol. 186, no. 3, pp. 128–139, Apr. 2021, doi: 10.1002/AJMG.B.32843.
8. B. Cormand, J. Cabana-Domínguez, D. A. Forero, and N. Fernàndez-Castillo, "Genomics and epigenomics of substance use disorders: An introduction," *American Journal of Medical Genetics, Part B: Neuropsychiatric Genetics*, vol. 186, no. 3, pp. 125–127, Apr. 2021, doi: 10.1002/ajmg.b.32844.

İŞ, UĞRAŞ TERAPİLERİ VE POZİTİF BELİRTİLERE YÖNELİK STRATEJİLER: HATAY ÖRNEĞİ

Dr. Özge ERİŞ DAVUT

Şizofreni ve Bipolar Bozukluk gibi psikotik yaşantıların sıklıkla eşlik ettiği hastalıklarda günlük yaşamın önemli bir kısmı halüsinasyon ve hezeyanların hakimiyetinde geçebilir. Güçlü antipsikotik ilaçlara rağmen sıklıkla bu pozitif belirtiler devam etmektedir. Bu hastaların tedavi edildiği merkezlerden olan Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde (TRSM) asıl amaç bireyleri toplumsal yaşama dahil olacak şekilde yaşamlarını tek başlarına idame edebilir hale getirmektir. Bu süreçte her bireyin ihtiyacına yönelik yapılan uygulamalardan olan ve hastaların işlevselliğini artırmak, yaşam kalitesini yükseltmek için kullanılan ergoterapi uygulamaları rutin hale gelmiştir. Müzik, resim, el sanatları gibi güzel sanatlar branşlarından da faydalanılmakla beraber, ergoterapi ile finansal yönetim, günlük yaşam becerilerinin kazanılması da hedeflenmektedir. Bunlar dışında sinema terapi, drama gibi çeşitli uygulamalara ek olarak ne tür müdahaleler kişilerin pozitif belirtileri ile baş etmelerine yardımcı olabilir? Ayrıca Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) gibi formal terapi yöntemlerinin de olumlu etkileri görülmektedir. Sunumda, yukarıda adı geçen uygulamalardan ve bu uygulamaların hastalar üzerindeki etkilerinden, Antakya TRSM üyeleriyle olan deneyimlerimizden örneklerle bahsedilecektir. Ayrıca literatürde yer alan yeni uygulamalardan olan yapay zeka uygulamaları yoluyla bireyin halüsinatuar yaşantılarına online aplikasyonlarla nasıl müdahale edilebileceği konusuna da değinilmesi planlanmıştır.

Kaynaklar

Ben-Zeev, D., Brian, R., Wang, R., Wang, W., Campbell, A. T., Aung, M. S., ... & Scherer, E. A. (2017). CrossCheck: Integrating self-report, behavioral sensing, and smartphone use to identify digital indicators of psychotic relapse. Psychiatric rehabilitation journal, 40(3), 266.

Jongeneel, A., Libedinsky, I., Reinbergen, A., Tromp, N., Delespaul, P., Riper, H., van der Gaag, M., & van den Berg, D. (2022). Momentary effects of Temstem, an app for voice-hearing individuals: Results from naturalistic data from 1048 users. Internet interventions, 30, 100580. https://doi.org/10.1016/j.invent.2022.100580

Neil Thomas, Mark Hayward, Emmanuelle Peters, Mark van der Gaag, Richard P. Bentall, Jack Jenner, Clara Strauss, Iris E. Sommer, Louise C. Johns, Filippo Varese, José Manuel García-Montes, Flavie Waters, Guy Dodgson, Simon McCarthy-Jones, Psychological Therapies for Auditory Hallucinations (Voices): Current Status and Key Directions for Future Research, Schizophrenia Bulletin, Volume 40, Issue Suppl_4, July 2014, Pages S202–S212, https://doi.org/10.1093/schbul/sbu037

VÜCUDUMUZUN RİTMİ: BİYOLOJİK SAATLER VE SİRKADİYAN RİTİM

Dr. Özge İrem BEBEK

Kronobiyoloji, biyolojik ritmin ve biyolojik saatin çalışmasını inceleyen ve bunların organizmalar üzerindeki etkilerini araştıran bilim dalıdır. İnsanlarda sağlıklı ve hastalıklı dönemlere ait biyolojik ritimlerin gözlenmesi; hem hastalıkların teşhisi hem de tedavi açısından tıbbı gelişmelere olanak sağlamıştır.

Beyin de dahil olmak üzere neredeyse tüm organların kendilerine ait biyolojik ritmi vardır. Döngü sürelerine göre: Sirkadiyen ritim (24 saatlik), Ultradiyen ritim (bir günde birden fazla döngüsü olan), İnfradiyen ritim (haftalar ya da aylar süren) ve Sirkannual ritim (yılda bir) olmak üzere 4 temel biyolojik ritim tanımlanmıştır.

Sirkadiyen ritim, yaklaşık bir günlük periyotta değişen biyolojik ve fizyolojik süreçlerdir. Hipotalamusun tabanında, doğrudan optik kiazmanın üzerinde bulunan Suprakiazmatik çekirdek tarafından düzenlenir. Dış dünya ile senkronize olmayı sağlayan Suprakiazmatik çekirdek tarafından üretilen bu ritmin en güçlü uyarıcısı ışıktır. Diğer uyarıcılar; sıcaklık, yemek yeme/açlık, dinlenme/aktivite gibi sosyal uyarıcılardır; fakat bu uyarıcıların etkileri ışık ile karşılaştırıldığında çok daha zayıftır. Işık; retinada yer alan ganliyonlardan retinohipotalamik yolla suprakiazmatik nükleusa ulaşır ve kortizol, vücut sıcaklığı, tiroid hormonları gibi sirkadiyen ritim değişkenlerinin düzenlenmesini sağlar.

Sirkadiyen ritmin kronik bozulmaları kanser, kalp ve damar hastalıkları, üreme, endometriozis, gastrointestinal ve sindirim sistemi sorunları, diyabet, obezite, depresyon, uyku yoksunluğu, bipolar spektrum bozuklukları ve bilişsel bozukluk gibi hastalıkların gelişiminde önemli rol oynamaktadır.

KRONOBİYOLOJİYE BÜTÜNCÜL YAKLAŞIM VE PSİKİYATRİDE UYGULAMALARI

Dr. Pınar GÜZEL ÖZDEMİR

Kronobiyoloji, biyolojik zamanın çalışmasına göre hastalıkların moleküler ve nöroanatomik düzeyde araştırılmasıyla ilgili bilimidir. Kronobiyoloji üzerine farklı disiplinlerde çok sayıda araştırmalar yapılmış olup bunlara sürekli yenileri eklenmekte böylece kronobiyoloji alanında bütüncül bir uzlaşının oluşumuna uygun bir zemin oluşmaktadır (1). En iyi anlaşılmış ve yaygın kullanılan biyolojik ritim yaklaşık 1 günlük süreyi ifade eden circadian ritimlerdir. Organizmaların fizyolojik ve davranışsal işlevleri sirkadiyen kontrol altındadır (2). Sirkadiyen ritimlerde meydana gelen herhangi bir bozulma biyolojik ve zihinsel süreçleri etkileyebilir ve bedensel veya ruhsal bozuklukların gelişmesine yol açabilir.

Kapsamlı araştırmalar, bozulmuş sirkadiyen mekanizmaların psikiyatrik hastalıklara yol açabileceğini, aynı zamanda ruhsal hastalıkların bir sonucu da olabileceğini göstermiştir (3). Majör depresif bozukluk, bipolar bozukluk ve şizofreni gibi bozuklukların başlıca özelliklerinden bazıları uyku-uyanıklık, iştah ve sosyal ritimlerle ilgili anormalliklerdir. Bozulmuş HPA eksen fonksiyonu ve melatonin homeostazı ruhsal bozuklukların sirkadiyen ritim ile ilişkisinde ön planda olan parametrelerdir. Sirkadiyen sistem bozukluğu duygu düzenleme, biliş, davranış ve nöral plastisite üzerinde belirgin bir role sahiptir ve bunların hepsi psikiyatrik fenotiplerde sıklıkla bozulur (3).

Yapılan çalışmalar sirkadiyen ritimlerdeki bozulmaları ve moleküler saati kontrol eden genleri, bağımlılık bozukluklarının gelişimi ve ilerlemesi ile ilişkilendirir. Klinik araştırmalar, bağımlılık bozukluğu olan bireylerin sirkadiyen ritimlerinin yüksek oranda bozulduğunu ve normal uyku/uyanıklık döngüsündeki genetik ve/veya çevresel bozulmaların, bağımlılığa karşı savunmasızlığı artırmasının muhtemel olduğunu bulmuştur. Akşam kronotipe sahip olmanın bağımlılık için bir risk faktörü olduğu gösterilmiştir (4).

İntihar girişimi veya düşünceleri ile uyku ve sirkadiyen ritim bozuklukları arasındaki ilişkide giderek artan çalışmalar olduğu görülmüştür. İntiharların genellikle saat 20:00-24:00 saatleri arasında daha sık gözlemlendiği, toplumda en sık intihar girişimi zamanının 20:00-02:00 saatleri arasında olduğu, sabaha karşı ve gündüz saatlerinde ise intihar oranların düşük olduğu belirtilmiştir. Bu da uyku ve sirkadiyen ritim bozukluklarının intihar davranışlarının yordayıcıları olabileceğini göstermektedir.

Bu panelimizde kronobiyoloji ve biyolojik ritimde bireysel farklılıkların psikiyatrik bozukluklarda, bağımlılıklarda ve intihar vakalarındaki önemi üzerinde durulmaya çalışılacaktır.

Kaynaklar

1. Jha N, Bapat S. Chronobiology and chronotherapeutics. Kathmandu University Medical Journal 2004;4: 384-388.
2. Kaplan & Sadock Psikiyatri. Comprehensive Textbook Of Psychiatry. Türkçe 1. Baskı. Güneş Tıp Kitabevleri. Ankara.
3. Selvi Y, Beşiroğlu L, Aydın A. Kronobiyoloji ve duygudurum bozuklukları. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar 201;13: 368-386.
4. Kivelä L, Papadopoulos MR, and Antypa N. Chronotype and Psychiatric Disorders. Curr. sleep Med. reports. 2018; 4(2): 94–103

CİNSEL KİMLİK VE STİGMATİZASYON

Dr. Pınar KIZILAY ÇANKAYA
Koru Ankara Hastanesi

Cinsiyet kimliği kişinin kendisini belli bir cinsiyet kategorisi içinde algılayışıdır. Yakın zamana kadar Türkçe metinlerde "gender identity" kavramının karşılığı olarak "cinsel kimlik" yaygın olarak kullanılmışsa da son yıllarda daha doğru bir çeviri olarak "cinsiyet kimliği" tercih edilmeye başlanmıştır. Cinsiyet kimliği sıklıkla bedensel cinsiyetle uyum içinde olur. Olmadığı durumda, yani kişi kendini bedensel cinsiyetine göre karşı cinsiyette algıladığında bu kişiye trans denir. Cinsiyet kimliği ve bedensel cinsiyeti örtüşmeyen kişilerin bedensel cinsiyet özelliklerinden ve bu cinsiyet rolüyle ilgili beklentilerden duyduğu rahatsızlık, cinsiyetinden hoşnutsuzluk (gender dysphoria) olarak adlandırılır.

Damgalama (stigma), bir sosyal kontrol biçimi olarak insan farklılığını etiketleme, basmakalıp değerlendirme ve reddetme sürecidir. Damgalanma, kişisel ve sosyal etkileşim algıları da dahil olmak üzere cinsel azınlıkların günlük yaşamlarına nüfus eden çok yönlü bir yapı olarak düşünülebilir. Cinsel azınlıkların yüksek düzeyde algılanan ayrımcılık, içselleştirilmiş damgalanma ve sosyal damgalanma yaşadıklarını ortaya koyan birçok araştırma vardır. Cinsel azınlıklar damgalanmış kimlikleri nedeniyle belirli zorluklar ve engellerle karşı karşıya kalmaktadır. Ayrıca, kişi damgalanmış bir kimliği benimsediğinde, o damgalanmaya ilişkin kültürel önyargıları sıklıkla içselleştirir. Bu damgalama, ayrımcılık da dahil olmak üzere zorbalık, dışlanma ve şiddet gibi çeşitli biçimler alır.

Toplum tarafından kabul edilen ikili cinsiyet rejimi sonucunda farklı cinsel kimlikler ve yönelimler *''normal olmayan ve sapkın"* olarak algılanıp konumlandırılmaktadır. Heteronormatif kültürün hâkim olduğu toplumlarda homofobi, transfobi gibi nefret söylemleri içeren kavramlar, bu gruplar üzerinde sosyal, ekonomik ve kültürel bazı dışlayıcı pratiklere dönüşmektedir. Günümüzde dezavantajlı ve marjinal gruplar olarak görülen LGBTİ+ bireyler, toplumsal hayatta etiketlenip eğitim, istihdam, barınma, sağlık ve hayatlarının diğer alanlarında ayrımcılığa maruz kalabilmektedir. Bu durum utanç, suçluluk ve değersizlik duygularına, depresyon, kaygı bozukluğu ve madde bağımlılığı dahil olmak üzere birçok ruhsal soruna yol açabilmektedir. Bu alandaki bilgi eksikliği ve ötekileştirme toplumun her kesimi gibi sağlık profesyonelleri arasında da belirgin olabilmektedir. Cinsiyet kimliğiyle ilgili damgalanma ancak bu konudaki bilgi düzeyi ve farkındalık arttıkça azaltılabilir.

BAĞIMLILIKLAR VE SİRKADİYEN RİTİM

Dr. Sakine AKTAŞ

Yaşayan tüm organizmalarda biyolojik aktiviteler belirli bir ritim dahilinde meydana gelir. İnsanlar için, yaklaşık 24 saatlik bir süreyle, uyku-uyanıklık döngüsü, vücut ısısı, hormonal işlevler, beslenme ve bilişsel işlevler gibi fizyolojik işlevlerin düzenlenmesinde rol alan bir sirkadiyen ritimden bahsedilmektedir.

İnsanlar sirkadiyen ritimlerine göre bir ucu aşırı sabahçıl (tarlakuşu) ve bir ucu aşırı akşamcıl (baykuş) olan kronotiplere ayrılırlar. Temelde insanların büyük bir kısmı bu iki uç arasında, ortaya daha yakın bir yerlerde konumlanmakla beraber çalışmalarda "morningness (sabahçıl)" ve "eveningness (akşamcıl)" şeklinde temel bir ayrıma gidildiği görülmektedir.

Kronotipin başta duygudurum bozuklukları olmak üzere birçok psikiyatrik hastalıkla ilişkili olduğu belirlenmiştir. Alkol-madde kullanım bozuklukları ve davranışsal bağımlılıklar da bu çalışmalar arasında yerini bulmuştur. Bu alandaki ilk araştırma Adan tarafından 1994 yılında İspanya'da gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmada psikoaktif maddelerin kullanım oranlarının kronotipler arasında farklılık gösterdiği bulunmuştur. Sonrasında yapılan çalışmalar bu bulguyu farklı ülkelerde de doğrulamıştır. Hem ergenlerde hem de erişkinlerde, akşamcıl bireylerin alkol, kafein ve nikotin tüketim oranının sabahçıl bireylerden daha fazla olduğu bulunmuştur.

Sirkadiyen genlerin, dopaminerjik ödül devresinin düzenlenmesinde doğrudan rol oynadığı bilinmekte olup, bu sistemde meydana gelen bozulmaların ödül devreleri üzerinde doğrudan etkiler oluşturduğu ve bağımlılık yapan maddelerin ödül değerini değiştirdiği belirlenmiştir. Sirkadiyen sistem tarafından olan bu düzenlemede hem suprakiazmatik çekirdekten ventral tegmental alana olan dolaylı projeksiyonların hem de dopaminerjik nöronlar içindeki yerel sirkadiyen gen ekspresyonunun rol aldığı düşünülmektedir.

Bireyler uyuşturucu veya alkolü kötüye kullanmaya başladığında, bu durum sirkadiyen ritimlerde ve uykuda hem geçici hem de kalıcı değişiklikler oluşturabilir. Ritimlerdeki ve uykudaki bu değişiklikler, kötüye kullanılan maddenin kullanımı sonlandırıldıktan sonra bile devam eder. Bu durum genellikle nükslere katkıda bulunur. Bu durumda sirkadiyen ritim ve uykunun düzenlenmesinin hem bağımlılıklara karşı koruyucu olduğunu hem de depreşmeleri azalttığını söylemek mümkündür.

FONKSİYONEL KONFÜZYON NEDİR?

Dr. Salim Çağatay KAĞIZMAN

Konfüzyon; zaman, yer ya da kişiye yönelim bozukluğunun bilinç bozukluğuna eşlik ettiği klinik durumdur. (1) Konfüze hasta ile kooperasyon kurulamayabilir ve öykü almada klinisyeni zorlayabilir. Konfüzyonun en sık nedeni deliryumdur. (2) Deliryumun ise en sık nedenleri santral sinir sistemi hastalıkları, sistemik hastalıklar, intoksikasyon, farmakolojik veya toksik ajanların bırakılması şeklinde ifade edilebilir. (3) Konfüzyonun organik nedenler dışında psikiyatrik bozukluklarda karşımıza çıkması azımsanmayacak düzeydedir. Anamnez sırasında öyküsünü anlatırken zorlanan, şikayetlerini bütüncül bir şekilde aktaramayan ve ifadelere dönüştüremeyen, şikayete odaklanılamayan kafa karışıklığı tablosu 'fonksiyonel konfüzyon' olarak belirtilebilir. Psikiyatride fonksiyonel terimi DSM-5'te (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) 'fonksiyonel nörolojik belirti bozukluğu' şeklinde geçmektedir ve buradaki anlamı anormal merkezi sinir sistemi işlevselliği şeklindedir. (4) Fonksiyonel konfüzyon ise bu anormal işlevsellik sonucu meydana çıkıyor şeklinde düşünülebilir. Psikiyatride fonksiyonel konfüzyon ise çok çeşitli spektrum ile incelenebilir. Akut ve geçici psikotik bozukluklar, psikotik depresyon, postpartum psikoz, mani, şiddetli anksiyete, disosiyatif bozukluklar gibi pek çok ruhsal hastalıkta olduğu gibi en sık borderline kişilik bozukluğu ve bedensel belirti ve ilişkili bozukluklarda karşımıza çıkmaktadır. (5) Ayrıca katatonik bozuklukta ve Ganser sendromunda da konfüzyon klinik tabloya eşlik edebilmektedir. (6) Bu sunumda fonksiyonel konfüzyonun tanımı yapılarak görülebileceği ruhsal hastalıklar tanımlanacak ve muhtemel klinik etkileri belirtilecektir.

Kaynaklar

1. Karamustafalıoğlu O. Temel ve klinik psikiyatri (1. baskı). Güneş Tıp Kitabevleri, Ankara 2018.
2. Thom RP, Levy-Carrick NC, Bui M, Silbersweig D. Delirium. Am J Psychiatry. 2019 Oct 1;176(10):785-793.
3. Sadock B, Sadock V, Ruiz P. Kaplan&Sadock psikiyatri davranış bilimleri/klinik psikiyatri (11. baskı). Bozkurt A. (çeviri ed.). Güneş Tıp Kitabevleri, Ankara 2016.
4. American Psikiyatri Birliği. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru elkitabı'ndan (çeviri ed. E Köroğlu) Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 2013.
5. Ozdemir O, & Ozdemir, P. G. (2022). Psikiyatride Fonksiyonel Konfüzyon. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 14(1), 113-118.
6. Wilson, J. E., Andrews, P., Ainsworth, A., Roy, K., Ely, E. W., & Oldham, M. A. (2021). Pseudodelirium: psychiatric conditions to consider on the differential for delirium. The Journal of neuropsychiatry and clinical neurosciences, 33(4), 356-364.

NÖROPEPTİT Y, NÖROPEPTİT S, GALANİN AİLESİ

Dr. Seda KİRAZ

Günümüzde halen moleküler ve nörobiyolojik mekanizmaların henüz tam olarak anlaşılamadığı depresyon ve anksiyete bozuklukları gibi stresle ilişkili hastalıkların sağlık yükü hızla artarken, bu bozuklukları tedavi etmek için mevcut farmakoterapilerin kapsamı sınırlı ve yetersizdir. Son bulgular, nöropeptitlerin strese verilen cevaba aracılık etmede önemli bir rol oynadığını desteklemektedir ve böylece nöropeptit sistemlerini, depresyon ve anksiyete bozukluklarının tedavisi için potansiyel yeni terapötik hedefler olarak tanımlamaktadır (1).

Nöropeptitler, sinyal molekülleri olarak nöronlardan salınarak büyük ölçüde nöromodülatör ve nörohormon olarak görev yapar. Bu sinyal molekülleri, uyarılabilir hücreler üzerindeki nörotransmiterleri veya modülatörleri etkiler. Aynı zamanda hücre sinyalleşmesinde ve daha fazla afiniteye sahip reseptörlerle etkileşime girerek diğer hücreler üzerinde etkilerin ortaya çıkarılmasında rol oynar. Nöropeptitler hem merkezi hem de periferik sinir sisteminde bulunur (2).

Nöropeptit Y (NPY), melanokortin sistemi ile bağlantılı olarak merkezi sinir sisteminde geniş bir dağılıma sahiptir. Preklinik çalışmalar depresyonda beyin NPY ekspresyonunun azaldığını göstermiştir. İntihara meyilli deneklerle sağlıklı deneklerin karşılaştırılmasında prefrontal korteks ve hipokampüste NPY'de belirgin bir azalma NPY reseptörlerinde upregülasyon gözlenmiştir (3). Burdan yola çıkılarak intranazal NPY'nin depresyonda etkinliği çalışılmaya başlanmıştır (4).

Nöropeptit S (NPS), uyku ve uyarılma, beslenme davranışı, kaygı ve stres uyumu ile ilgili 20 amino asitli bir nöropeptittir. Preklinik çalışmalarda NPS'nin intraserebral uygulaması, depresyon ve anksiyete ile ilişkili davranışlarda azalma olduğu, frontal kortekste serotonin ve norepinefrin salınımını azalttığı bulunmuştur. Bu da onun anksiyolitik ve antidepresan rolünü gündeme getirmiştir (5).

Galanin (GAL), merkezi ve periferik sinir sistemi boyunca birçok fizyolojik fonksiyona hizmet eden 29 amino asitli bir nöropeptittir. Gıda alımının kontrolünden, nöronal rejenerasyon, enerji harcaması, üreme, su dengesi, ruh hali, nosisepsiyon ve çeşitli nöroendokrin fonksiyonlara kadar birçok fizyolojik ve patolojik işleve aracılık eder. Çalışmalar, GAL'nin seçici serotonin geri alım inhibitörlerinin (SSRI'lar) etkisini arttırdığını ve transkripsiyon proteinlerinin mevcudiyetini arttırdığını göstermiştir (6).

Sonuç olarak nöropeptitlerin geniş dünyasını anlamak, anksiyete ve depresyon gibi ruhsal bozuklukların anlaşılmasında, etiyolojilerinin ve patogenezlerinin ortaya çıkarılmasında ve tedavilerinin geliştirilmesinde önemli bir rol oynayacaktır.

Kaynaklar

1. Holmes, A., Heilig, M., Rupniak, N. M., Steckler, T., & Griebel, G. (2003). Neuropeptide systems as novel therapeutic targets for depression and anxiety disorders. *Trends in pharmacological sciences*, *24*(11), 580-588.
2. Rana, T., Behl, T., Sehgal, A., Singh, S., Sharma, N., Abdeen, A., ... & Bungau, S. (2022). Exploring the role of neuropeptides in depression and anxiety. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, *114*, 110478.
3. Sharma, A.; Ren, X.; Zhang, H.; Pandey, G.N. Effect of Depression and Suicidal Behavior on Neuropeptide Y (NPY) and Its Receptors in the Adult Human Brain: A Postmortem Study.(2022). Prog. Neuro-Psychopharmacol. Biol. Psychiatry, 112, 110428
4. Mathé, A. A., Michaneck, M., Berg, E., Charney, D. S., & Murrough, J. W. (2020). A randomized controlled trial of intranasal neuropeptide y in patients with major depressive disorder. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, *23*(12), 783-790.
5 Kupcova, I., Danisovic, L., Grgac, I., & Harsanyi, S. (2022). Anxiety and depression: what do we know of neuropeptides?. *Behavioral Sciences*, *12*(8), 262.
6. Demsie, D. G., Altaye, B. M., Weldekidan, E., Gebremedhin, H., Alema, N. M., Tefera, M. M., & Bantie, A. T. (2020). Galanin receptors as drug target for novel antidepressants. Biologics: Targets & Therapy, 14, 37.

SINAV KAYGISINA ÖZGÜL BİLİŞSEL VE ÜST BİLİŞSEL MÜDAHALELER

Dr. Selim FİDAN

- Sınav kaygısı DSM-IV ve DSM-5'te ayrı bir tanı kategorisinde yer almamıştır. Sınav kaygısının DSM-5 anksiyete bozukluklarının, özellikle spesifik fobinin, panik bozukluğun, sosyal anksiyete bozukluğunun ve yaygın anksiyete bozukluğunun bir alt tipi veya sunumu olarak kabul edildiği ancak çoğu olgunun bu anksiyete bozukluklarının kriterlerini tam olarak karşılamadığı vurgulanmaktadır. DSM-IV'de ise sosyal fobi tanısı altında değerlendirilmiştir.
- Bilişsel terapiye göre psikopatolojinin temelinde gerçeğe uygun olmayan, çarpıtılmış bilişler (algılar, anlamlandırmalar, yorumlar vb.) yer alır. Terapide hedef, danışanların düşüncelerini gerçekçi bir biçimde ele almalarına yardımcı olmak ve bu sayede duygusal ve davranışsal olarak değişimi sağlamaktır .
- Üstbilişsel teori, duygu ve düşünce süreçlerinde süregiden dengesizliklerin, bilişsel terapilerde vurgulanan düşünce ve inançlardan farklı olarak üstbilişlerden kaynaklandığını ileri sürmektedir. Bilişsel terapi, düşüncelerin içeriği ve bu içeriğin geçerliliği konusundaki inançları değiştirmekle ilgilenirken, bunun aksine üstbilişsel terapi, insanların düşünce içeriğini değil düşünme biçimini değiştirmek ile ilgilenir.
- Sınav kaygısı geleneksel BDT; '' Sınavı kazanamayacağım'' ya da ''başarısızım'' gibi olumsuz inançlara sahip olan bir kişi , başarısız olduğunuza dair ne gibi kanıtlarınız var veya başarısız olmadığınızı gösterecek ne gibi örnekler verebilirsiniz sorusunu sorarken, MKT ise bu şekilde düşünmeye ayırdığınız vakti azaltabilir misiniz ya da zihninize bu düşünceler geldiğinde onları kendi haline bırakmayı deneyebilir misiniz sorusunu sorar. Bu panelde her iki modelle ilgili özgül müdahaleler tartışılmıştır .

COGNITIVE SYMPTOMS AND TREATMENT IN ALCOHOL AND SUBSTANCE USE DISORDERS

Dr. Sercan KARABULUT

Clinic of Alcohol, Substance Addiction Treatment Centre / Antalya Atatürk State Hospital, Türkiye

People with substance-use disorders (SUDs) including those related to alcohol, stimulants, and opioids, have cognitive deficits of moderate magnitude and longevity. Previous researches suggest that several cognitive processes are significantly impaired across users of different drugs, including selective attention and related attentional biases (automatic responses to drug-related stimuli), episodic memory, executive functions (working memory, inhibition, and shifting), and reward-based decision-making. Studies comparing different SUDs suggested that stimulant SUDs are particularly associated with inhibition and shifting deficits, whereas opioid SUDs are associated with reasoning deficits. Alcohol-use disorder is associated with wide-ranging deficits in attention and executive functions. Different SUDs have common deficits in reward-based decision-making. Individual studies have shown that several factors moderate the severity of cognitive deficits, including principal drug of choice (greatest deficits in alcohol and stimulant SUDs), polysubstance use, drug-specific pharmacokinetics and pharmacodynamics, and psychiatric comorbidities. Cognitive enhancing pharmacotherapies are based on the premise that cognitive processes may be important targets for the treatment of SUD. From this point of view pharmacotherapies that aim at improving cognition can be considered as potential transdiagnostic intervention, ie, enhancing cognitive processes underlying different types of addictions and associated psychiatric disorders. Broadly two categories of approaches can be identified: memory-enhancing drugs (acetylcholinesterase inhibitors) and stimulants. Transcranial magnetic stimulation (TMS) and transcranial direct current stimulation (tDCS) are two types of modulation with potential therapeutic utility in the treatment of a broad variety of cognitive deficits.

ERİŞKİN DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞUN'DA (DEHB'DE) EŞ TANILI ALKOL MADDE KULLANIM BOZUKLUKLARI (AMKB) VE BİPOLAR BOZUKLUKLARIN YÖNETİMİ VE TEDAVİSİ

Dr. Serhat TUNÇ

Yeditepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu'na (DEHB) eşlik eden bozuklukların tedavisi eş zamanlı olarak ele alınır. Ancak, aktif madde kullanım bozukluğu (MKB) gibi bazı bozukluklarda, genellikle DEHB tedavisinden önce eşlik eden bozukluk ele alınır. DEHB olan yetişkinlerde çoklu madde kullanımı yaygındır (1). DEHB'yi tedavi etmeden önce aktif MKB'si olan kişiler için, MKB komorbiditesi tedavi edilmelidir (1). Bununla birlikte, eş zamanlı MKB (nikotin, kokain ve opioid bağımlılığı) komorbiditesi olan DEHB hastalarında uyarıcı tedavisinin klinik çalışmaları değişik sonuçlar bildirmiştir (2-6). Örnek olarak, hem DEHB hem de kokain kullanım bozukluğu olan 126 yetişkinde yapılan bir klinik çalışmada hastalar rastgele olarak uzatılmış salımlı dekstroamfetamin-amfetamin (60 veya 80 mg/gün) veya plasebo almıştır (2). DEHB semptom şiddetinde plaseboya kıyasla 60 ve 80 mg/gün ilaç alan gruplarda daha fazla hastada en az yüzde 30 azalma elde edilmiştir (yüzde 75,0 ve 58,1'e karşı yüzde 39,5). Kokain-negatif hafta olasılığı 80 ve 60 mg/gün gruplarında plaseboya kıyasla daha yüksek bulunmuştur (olasılık oranları sırasıyla 5,46 ve 2,92). DEHB ve MKB komorbiditesi olan yetişkinlerde reçeteli uyarıcıların kötüye kullanımı veya bağımlılığı risklerinden kaçınmak için, presinaptik norepinefrin geri alımını inhibe eden uyarıcı olmayan bir ilaç olan atomoksetin ile ilk basamak tedaviyi önerilmektedir. Atomoksetin, plasebo ile karşılaştırıldığında yetişkin DEHB için etkilidir (7). DEHB ve MKB komorbiditesinde güvenle kullanılmıştır (8). Atomoksetinin kötüye kullanım potansiyeli çok azdır (9). Benzer özelliklere sahip uyarıcı olmayan bir ilaç olan viloksazin kabul edilebilir bir alternatiftir (10).

DEHB ve bipolar bozukluk komorbiditesi olan kişilerde, DEHB tedavisi öncesinde mani veya hipomani gibi duygudurum belirtileri dengelenmeli ve duygudurum dengeleyici ilaçların terapötik seviyeleri belirlenmelidir (11). İsveç'in ulusal sağlık kayıtlarından elde edilen verilerin retrospektif bir analizinde, bipolar bozukluğu olan yetişkinlerde duygudurum dengeleyici bir ilaç kullanmazken uyarıcı tedaviye başlandığında tedaviden kaynaklanan mani riski artarken (tehlike oranı 6,7, %95 CI 2,0-22,4), zaten duygudurum dengeleyici alan yetişkinlerde bu risk artmamıştır (tehlike oranı 0,6, %95 CI 0,4-0,9) (12).

Kaynaklar

1. Barrett SP, Pihl RO. Oral methylphenidate-alcohol co-abuse. J Clin Psychopharmacol 2002; 22:633.
2. Levin FR, Mariani JJ, Specker S, et al. Extended-Release Mixed Amphetamine Salts vs Placebo for Comorbid Adult Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Cocaine Use Disorder: A Randomized Clinical Trial. JAMA Psychiatry 2015; 72:593.
3. Winhusen TM, Somoza EC, Brigham GS, et al. Impact of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) treatment on smoking cessation intervention in ADHD smokers: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. J Clin Psychiatry 2010; 71:1680.
4. Levin FR, Evans SM, Brooks DJ, Garawi F. Treatment of cocaine dependent treatment seekers with adult ADHD: double-blind comparison of methylphenidate and placebo. Drug Alcohol Depend 2007; 87:20.
5. Levin FR, Evans SM, Brooks DJ, et al. Treatment of methadone-maintained patients with adult ADHD: double-blind comparison of methylphenidate, bupropion and placebo. Drug Alcohol Depend 2006; 81:137.
6. Konstenius M, Jayaram-Lindström N, Beck O, Franck J. Sustained release methylphenidate for the treatment of ADHD in amphetamine abusers: a pilot study. Drug Alcohol Depend 2010; 108:130.
7. Cunill R, Castells X, Tobias A, Capellà D. Atomoxetine for attention deficit hyperactivity disorder in the adulthood: a meta-analysis and meta-regression. Pharmacoepidemiol Drug Saf 2013; 22:961.
8. Adler LA, Guida F, Irons S, Shaw DM. Open label pilot study of atomoxetine in adults with ADHD and substance use disorder. J Dual Diagn 2010; 6:196.
9. Upadhyaya HP, Desaiah D, Schuh KJ, et al. A review of the abuse potential assessment of atomoxetine: a nonstimulant medication for attention-deficit/hyperactivity disorder. Psychopharmacology (Berl) 2013; 226:189.
10. QELBREE (viloxazine extended-release capsules), for oral use. US Food and Drug Administration. Available at: https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2022/211964s003lbl.pdf (Accessed on October 28, 2022).
11. Jhanda S, Malhotra S, Grover S. Relationship between bipolar disorder and attention deficit hyperkinetic disorder: An exploratory study. Asian J Psychiatr 2018; 35:101.
12. Viktorin A, Rydén E, Thase ME, et al. The Risk of Treatment-Emergent Mania With Methylphenidate in Bipolar Disorder. Am J Psychiatry 2017; 174:341.

ERİŞKİN DEHB'DE YENİ BİR TEDAVİ YÖNTEMİ NÖROSTİMULASYON

Dr. Serhat TUNÇ

Yeditepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı

Nörostimulasyon erişkin dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) tedavisinde sınırlı destekleyici veriye sahip tedaviler içinde yer almaktadır. DEHB için nöroterapötiklere ilişkin kanıtlara odaklanan bir derleme çalışmasında, EEG-nörofeedback yaklaşık 45 yıldır test edilmektedir ve randomize kontrollü çalışmaların (RKÇ) en son meta-analizleri sadece aktif olmayan kontrollere kıyasla küçük/orta düzeyde etkiler göstermektedir. Üç küçük çalışma, DEHB'de fonksiyonel manyetik rezonans görüntüleme veya yakın kızılötesi spektroskopi kullanarak frontal aktivasyonların neurofeedback'ini denemiş ve kontrol koşullarına göre üstün bir etki bulamamıştır. Trigeminal sinir stimülasyonunun bir RKÇ'de DEHB belirtilerini orta düzeyde etkiyle iyileştirdiği gösterilmiştir (1).

Beyin stimülasyonu, DEHB'ye çoğunlukla tekrarlayan transkraniyal manyetik ve doğru akım stimülasyonu (rTMS/tDCS) kullanılarak uygulanmıştır. rTMS, biliş veya semptomları iyileştirme konusunda çoğunlukla olumsuz bulgular göstermiştir. Nörostimülasyon tedavisi olarak noninvaziv bir beyin stimülasyon tekniği olarak çoğunlukla dorsolateral prefrontal korteksi hedef alan transkraniyal doğru akım stimülasyonu (tDCS) çalışmalarının meta-analizleri, bilişsel iyileşmeler üzerinde küçük etkiler göstermekte ve üç çalışmadan sadece ikisi klinik iyileşmeler göstermiştir (1). 2022 yılı çalışmasında ise transkraniyal doğru akım stimülasyonunun (tDCS), uyarıcı veya uyarıcı olmayan ilaçlar almayan DEHB'li erişkinlerde dikkatsizlik semptomlarını iyileştirebileceği gösterilmiştir (2). Randomize bir çalışmada, DEHB'li 64 kişi, sağ dorsolateral prefrontal kortekse günlük ev tabanlı tDCS'ye karşı plasebo tDCS ile 28 seans (dört hafta boyunca) tedavi edilmiştir (2). Tedavinin sonunda, tDCS alan kişiler plasebo tDCS alanlara göre dikkatsizlik ölçümlerinde (erişkin DEHB öz değerlendirme ölçeği [36 puan, dokuz soru] daha düşük puan almıştır (sırasıyla 18,9'a karşı 23,6). Bununla birlikte, hiperaktivite-dürtüsellik, depresyon veya anksiyete belirtileri üzerindeki etkiler gruplar arasında benzerdi (2). Yoğunluk, süre ve seans sayısı dahil olmak üzere, DEHB'li erişkinler için tDCS'nin etkilerini değerlendiren daha ileri çalışmalara ihtiyaç vardır. Modern nöroterapötikler, göreceli güvenlikleri ve potansiyel nöroplastik etkileri nedeniyle oldukça ilgi çekicidir. Ancak, klinik ve bilişsel etkinlik ve kişiye özgü tedavi potansiyelleri açısından farklı ortamlarda ve temel belirtilerin ötesinde kapsamlı bir şekilde denenmeleri gerekmektedir.

Kaynaklar

1. Rubia K, Westwood S, Aggensteiner PM, Brandeis D. Neurotherapeutics for Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD): A Review. Cells, 2021; 10(8), 2156. https://doi.org/10.3390/cells10082156
2. Leffa DT, Grevet EH, Bau CHD, et al. Transcranial Direct Current Stimulation vs Sham for the Treatment of Inattention in Adults With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: The TUNED Randomized Clinical Trial. JAMA Psychiatry 2022; 79:847.

HAFİF TRAVMATİK BEYİN HASARI TEDAVİ VE REHEBİLİTASYONU

Dr. Serkan ZİNCİR

Hafif travmatik beyin hasarı (HTBH) genellikle hafif bir kafa travması ya da akselerasyon ve deserelasyon kuvvetleri sonucu meydana gelen, morbidite ve mortalitesi yüksek olan klinik bir durumdur. HTBH'nin sıklığı ve yaygınlığı konusunda yapılmış birçok çalışma bulunsa da çalışmalardaki metodolojik farklılıklar nedeni ile psikiyatrik bulguların yaygınlığı konusunda farklı sonuçlara ulaşılmaktadır.

HTBH'nin tedavi ve rehabilitasyonu, hasarın derecesine ve semptomların şiddetine bağlıdır. İlk öncelik, herhangi bir acil durum müdahalesi gerekip gerekmediğini belirlemektir. Bunun dışında kişinin hayatını etkileyen semptomlar arasında baş ağrısı, hafıza kaybı, yorgunluk, uyku sorunları, sinirlilik, depresyon ve anksiyete gibi durumlar yer alabilir. HTBH tedavisi ve rehabilitasyonu, hasarın şiddetine, semptomlara ve kişinin bireysel ihtiyaçlarına göre değişir. Tedavi, semptomların kontrol altına alınmasını, beyin fonksiyonlarının iyileştirilmesini ve yaşam kalitesinin artırılmasını amaçlar. Rehabilitasyon planı, farmakoterapinin yanı sıra kognitif terapi, fiziksel terapi, dil terapisi veya psikolojik danışmanlık gibi bir dizi terapötik yaklaşım içerebilir. Hedefler arasında bellek, dikkat, dil becerileri, duygudurum ve işlevsellik gibi alanlarda iyileşmeyi sağlamak yer alır.

HTBH sonrası oluşan psikiyatrik bozukluklar için farmakoterapide psikofarmakolojinin temel prensiplerinin göz önünde bulundurulmalıdır. HTBH geçiren hastalar travmadan dolayı ilaç yan etkilerine karşı duyarlıdır. Bundan dolayı ilaç dozları daha düşük dozda başlanmalı ve yavaşça yükseltilmelidir. Nöbet eşiğini düşüren ilaçlar ilk tercih olmamalıdır. İlaç etkileşimlerinden ve çoklu ilaç kullanımından kaçınılmalıdır. Komorbid psikiyatrik bozukluklar tanınmalı ve tedavi de bu komorbiditeye göre planlanmalıdır.

HTBH tedavisi ve rehabilitasyonu, erken tanı ve tedavi ile daha başarılı olur. Bu nedenle, klinisyenlerin ayırıcı tanıda bu durumun varlığını sorgulaması ve tedavi programını buna göre belirlemesi büyük önem arz eder.

SOSYAL MEDYA İNTİHARLARI/KOPYALANMIŞ İNTİHAR

Dr. Sümeyye Yasemin ÇALLI

Goethe'nin ana karakteri Werther'in intihar ederek öldüğü romanı "Genç Werther'in Acıları"nın 1774'te yayımlanmasından sonra, gençlerin onun intiharını gerçek hayatta taklit eder gibi göründüğü gözlemlendi. Sık sık onunla aynı kıyafetleri giyiyor, aynı yöntemi kullanıyor ve Goethe'nin kitabı yanlarında bulunuyordu. Bu, medyanın intihar tasviri ile gerçek intihar arasındaki ilişki hakkında bir tartışmayı tetikledi. 1974'te Phillips, ampirik bir çalışmada bu ilişkiyi gösteren ilk kişiydi (Phillips, 1974).

Ünlülerin intiharlarına ilişkin raporlar toplumsal bir endişe durumu oluşturmaktadır çünkü bu tür raporların toplum genelinde intihar oranlarında artışa yol açtığı gösterilmiştir.

Sosyal etkiye sahip bir ünlünün intihar ettiğini duyan bireylerin bu ünlüyle özdeşleşip intihar girişiminde bulunduğu duruma 'Werther etkisi' denir.

Özellikle intihara meyilli bireylerin, ünlülerin intihar ettiğine dair bir medya haberine maruz kaldıktan sonra intihar girişiminde bulunma olasılığı yüksektir ve ünlülerin intiharından en çok genç kadınlar etkilenmektedir.

İntiharları bildiren medyanın sonraki intiharlar üzerinde gerçekten bir etkisinin olup olmadığı konusunda araştırmacılar arasında bazı tartışmalar olmuştur. Amerika Birleşik Devletleri, Kanada, Avustralya, Tayvan Japonya ve Güney Kore dahil olmak üzere birçok ülkede ünlülerin intihar raporlarının intihar oranlarındaki artışı etkilediği gösterilmiştir.

Bu endişeyle ilgili 20 yeni çalışmanın meta-analizinin sonuçları, ünlülerin intiharlarına ilişkin medya haberlerinin ardından genel intihar riskinin ortalama %13 arttığını; ayrıca ünlülerin kullandığı intihar yöntemleri raporlarda ortaya çıkınca aynı yöntemle intihar eden ölümlerin sayısı %30 arttığı gösterilmiştir.

Gelişen teknoloji ile birlikte, günümüzde intihar davranışlarında sosyal medyanın kullanıldığı belirlenmiştir.

Sosyal medya platformları üzerinden kişilerin intiharları öncesi veya intiharları sırasında canlı yayın yaparak yaşadıklarını diğer insanlarla paylaşmaları ve yaşananların milyonlarca insan tarafından izlenmesi çeşitli tartışmaları beraberinde getirmiştir.

İYİ GECELER TATLI RÜYALAR: GECE YEME DAVRANIŞINA UYKU BOZUKLUKLARI PENCERESİNDEN GÜNCEL YAKLAŞIMLAR

Dr. Şakir GICA

İnsanın hayatta kalması hem yeme hem de uyuma davranışlarına bağlıdır. Bu davranışların düzensizliği sıkıntıya, olumsuz sağlık ve psikolojik sonuçlara yol açar. Uyku ve yemek yeme arasındaki ilişki üzerine yapılan araştırmalar, tarihsel olarak, aç kalmanın ve yeniden beslenmenin uyku üzerindeki etkisine, uyku bozukluğu, yeme bozuklukları ve duygudurum bozukluklarının belirteçleri arasındaki bağlantıya odaklanmıştır.

Uyku ve yemek yeme arasında iki yönlü fizyolojik bir etkileşim var gibi görünmektedir. Yetersiz uyku, aşırı yeme ve aşırı vücut ağırlığı artışı için bir risk faktörüdür ve oreksin ve insülin gibi moleküller, uyku ve enerji alımının kontrolünde rol oynadığı uzun zamandır bilenen bir durumdur. Bununla birlikte tercih edilen bazı besin türleri, beslenme zamanı gibi yemek yeme ile ilgili faktörlerin de uykuya dalmayı ve uykuyu etkilediğine dair yayınlar bulunmaktadır.

Son dönemde yayınlanan makalelere bakıldığında ise gece yemek yeme davranışını inceleyen araştırmaların sayısının dikkat çekici bir şekilde arttığı görülmektedir. Uyku ve yemek yemenin kesiştiği alanda değerlendirilen bozukluklar genel itibariyle "Gece Yeme Sendromu", "Nokturnal Yeme/İçme Sendromu" ve "Uyku ile İlişkili Yeme Bozuklukları" gibi durumları kapsamaktadır.

Bu bağlamda mevcut konferansta uyku ve yeme davranışının karşılıklı etkileşimi açıklanmaya çalışılacaktır. Ayrıca "Gece Yeme Sendromu", "Nokturnal Yeme/İçme Sendromu" ve "Uyku ile İlişkili Yeme Bozuklukları" ile ilgili güncel veriler ışığında yaygınlıkları, tanısal geçerlilikleri, tanı kriterleri, ayırıcı tanı zorlukları gözden geçirilecektir.

ERİŞKİN DEHB'DE PSİKOTERAPİ VE PSİKOSOSYAL YAKLAŞIM İÇİN TEMEL BİLGİLER

Dr. Şennur Günay AKSOY

İstanbul Galata Üniversitesi, Psikoloji Bölümü

DEHB (Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu) tedavisinde psikoterapi ve psikososyal girişimler DEHB semptomlarının yönetilmesine ve bireylerin yaşamlarının farklı alanlarında daha iyi işlev göstermelerine yardımcı olur.

DEHB tedavisinde aile ve bieyin psikoeğitimi önemli bir yer tutmaktadır. Tedavide destekleyici psikotrerapi, davranış terapisi, bilişsel davranışçı terapi, aile terapisi ve ilişki terapisi gibi farklı terapi yöntemleri kullanılmaktadır. Bu terapi yöntemleri ile bireylerin DEHB semptomlarını kontrol etmeleri, zaman yönetimi ve planlama becerileri geliştirmeleri ve stres yönetimi gibi konularda destek olabilir.

Psikososyal girişimler ise, sosyal ve çevresel faktörleri değiştirerek DEHB semptomlarının yönetimine yardımcı olan tedavilerdir. Bunlar arasında ebeveyn eğitimi, öğretmen eğitimi, akademik destek programları, destek grupları ve sosyal beceri eğitimi gibi farklı yaklaşımlar yer almaktadır. Bu tedaviler, bireylerin DEHB semptomlarını kontrol etmeleri ve gündelik hayatta daha iyi işlev göstermeleri için uygun bir ortam sağlar.

DEHB tedavisinde psikoterapi ve psikososyal girişimler, farmakoterapi ile birlikte kullanılabileceği gibi, tek başına da kullanılabilirler. Tedavi seçimi, bireysel semptomlara ve ihtiyaçlara bağlı olmalıdır. Özellikle farmakoterapi uygulanmayan durumlarda, psikoterapi ve psikososyal girişimlerin, DEHB tedavisinde etkili bir rol oynayabileceği düşünülmektedir.

DEHB'de etkin bir davranış terapisi şu noktalara odaklanır:

1. Zaman yönetimi: Bireylerin zamanı doğru bir şekilde yönetmeleri, özellikle çalışma, öğrenme veya diğer aktiviteler konusunda zorluk yaşayanlar için önemlidir.
2. Planlama becerileri: DEHB semptomlarından etkilenen bireyler, sıklıkla planlama ve organizasyon becerilerinde zorluk yaşarlar. Bu nedenle, davranış terapisi, bireylere planlama ve organizasyon becerilerini geliştirmeleri için yardımcı olur.
3. Dikkat: DEHB, dikkat eksikliği semptomları ile ilişkilidir. Davranış terapisi, bireylerin dikkatlerini yoğunlaştırmaları ve odaklanmaları için teknikler öğretir.
4. İletişim becerileri: DEHB semptomlarından etkilenen bireyler, sıklıkla sosyal etkileşim ve iletişim becerilerinde zorluk yaşarlar. Davranış terapisi, bireylere sosyal etkileşim ve iletişim becerilerini geliştirmeleri için yardımcı olur.
5. Öfke yönetimi: DEHB semptomlarından etkilenen bireyler, öfke kontrolü konusunda da zorluk yaşayabilirler. Davranış terapisi, bireylere öfke yönetimi teknikleri öğretir.
6. Stres yönetimi: DEHB semptomlarından etkilenen bireyler, stresle başa çıkmakta zorlanabilirler. Davranış terapisi, bireylere stres yönetimi teknikleri öğretir.

Kaynaklar

1. Moriyama, T. S., Polanczyk, G. V., Terzi, F. S., Faria, K. M., & Rohde, L. A. (2013). Psychopharmacology and psychotherapy for the treatment of adults with ADHD—a systematic review of available meta-analyses. *CNS spectrums*, *18*(6), 296-306.
2. Nimmo-Smith, V., Merwood, A., Hank, D., Brandling, J., Greenwood, R., Skinner, L., ... & Rai, D. (2020). Non-pharmacological interventions for adult ADHD: a systematic review. *Psychological medicine*, *50*(4), 529-541.
3. Canu, W. H., & Wymbs, B. T. (2015). Novel approaches to Cognitive-Behavioral Therapy for adult ADHD. *Cognitive and behavioral practice*, *22*(2), 111-115.

TRAVMANIN GÖRÜNMEZ YARALARI: HAFİF TRAVMATİK BEYİN HASARI"

Dr. Turan AYİDAĞA

Gülhane Eğitim Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Anabilim Dalı

Hafif travmatik beyin hasarı (TBH) sık izlenen nöropsikiyatrik bir bozukluk olmasına rağmen kesin tanısı ve tedavisi halen net olarak ortaya konamamıştır. Travmatik beyin hasarı tablonun şiddetine göre hafif, orta ve ciddi şeklinde sınıflandırılmaktadır. Bu hasta grubunun tanısının konması klinik bulgulara dayanmakta olup hafif olgularda bazı zorluklar yaşanmaktadır. Bunun nedeni hem nörogörüntüleme hem de nöropsikiyatrik testlerden elde edilen bulguların klinik tabloyu açıklayacak düzeyde bilgi sağlamaması olarak özetlenebilir. Bu zamana kadar hafif TBH ilişkin patofizyolojik mekanizmayı ortaya koyacak net bir biyo-belirteç tanımlanamamıştır. Bu durum hem klinisyen açısından sorun oluşturmakta hem de tedavinin uygulanmasında gecikmelere neden olmaktadır. Yaralanmanın şiddetini belirleyecek net bir görüntüleme yöntemi ortaya konamamış olsa da bazı ileri düzey yöntemlerin hasarın şiddetini ortaya koyma açısından önemli bilgiler sağladığı bilinmektedir. Bu nörogörüntüleme yöntemleri arasında difüzyon tensör, manyetki rezonans görüntüleme ve bazı protenin bazlı biyobelirteçler vardır (Topolovec ve ark.2011).

Hafif TBI tanısı konmasında bilinçte izlenen bozulma ve anterograde amnezinin süresi ve derinliği klinik kriterleri belirlemektedir. Beyinin direkt bir çarpma ya da aniden hızlanma ya da yavaşlama sırasında geçici olarak izlenen bilinç değişikliği, ve/veya anterograde amnezi izlenmesi ile karakterize akut klinik bir tablodur. Tanısal kriterin tam olarak karşılanabilmesi için bilinç değişikliğinin en azından ciddi ya da subjektif olarak oryantasyonun bozulması ya da sersemlik şeklinde olması gerekmektedir. Hafif TBI tanı kriterlerinin tam olarak karşılanmasında eksiklik vardır (Sussman ve ark, 2018). Benzer klinik tablolar ile karşımıza çıkan adrenilin seviyesinin pik yapması ya da intoksikasyon gibi durumların karıştırıcı faktörler olduğu akılda tutulmalıdır. Klinikte takip ve tedavisi yapılan bazı örneklerin yönetimi nasıl yapılmaktadır. Aşağıda bir olgu örneği ile tanı, tedavi ve takibinden kısaca bahsedilecektir.

Olgu Örnekleri İle Hafifi Travmatik Beyin Hasarı

Ekim 2022 yılında el yapımı bomba patlaması sonucu, fırlayarak kafasını kayaya çarpmış, başındaki kompozit çarpmanın etkisi ile kırılmış, olay yerinde bilinci kapalıymış, helikopter ile 15 dk uzaklıktaki Sahra hastanesine bilinci kapalı ve entübe halde giriş yaptığı kaydedilmiş. Olaydan sonra başlayan huzursuzluk, uykusuzluk, iştahsızlık ve kaygı belirtileri olması üzerine psikiyatrik takiplere başlanmıştır. Klinik takibinde apatik ve cevap süresinin uzun olması, öyküde kafa travmasına bağlı bilinç dalgalanması, antrograde amnezi ve nörokognitif bulguların eşlik etmesi üzerine ileri nöropsikiyatrik inceleme yapılmıştır

Nöropsikiyatrik inceleme, mini mental test, saat çizme testi, sözel akıcılık testi, stroop, iz sürme testi, benton görsel bellek testi, sayı dizisi öğrenme testi, raven standart progresif matrisler testi uygulanmıştır.

Kısa süreli bellek ve çalışma belleği alanlarında, analitik irdeleme, görsel mekansal algı, organize düşünme, soyutlama, muhakeme becerilerinde sorun yaşayabileceği anlaşılmıştır.

İleri Görüntüleme Yöntemleri

Beyin SPECT: Posterior parietal kortekste ve sağda daha belirgin olmak üzere bilateral temporal lobda rölatif hipometabolizma ile uyumlu bulgular.

FDG PET/BT: Sol frontal lobda, her iki paryetal lob posterior kesiminde ve serebellumda izlenen hipometabolizma ile uyumlu FDG PET/BT bulguları.

EEG raporu: Bilateral temporal lobda yavaş dalga paterni.

Beyin MRG: Sağ süperior temporal gyrusta kortikosubkortikal yerleşimli, kenarları çizgisel hipointens olup içeriği BOS ile izonitens 12 mm çaplı kontüzyon sekeline ait olabilecek ensefalomalazi izlenmektedir

Kaynaklar

1. Topolovec-Vranic J, Pollmann-Mudryj MA, Ouchterlony D, Klein D, Spence J, Romaschin A, Rhind S, Tien HC, Baker AJ. The value of serum biomarkers in prediction models of outcome after mild traumatic brain injury. J Trauma. 2011 Nov;71(5 Suppl 1):S478-86. doi: 10.1097/TA.0b013e318232fa70. PMID: 22072007.
2. Sussman ES, Pendharkar AV, Ho AL, Ghajar J. Mild traumatic brain injury and concussion: terminology and classification. Handb Clin Neurol. 2018;158:21-24. doi: 10.1016/B978-0-444-63954-7.00003-3. PMID: 30482349.

TRSM'DE TAKİP EDİLEN GEBELERDE ANTİPSİKOTİK KULLANIMI

Dr. Tülay Satı KIRKAN

Gebelik kadınlar için yaşam döngüsünün doğal bir parçasıdır ve kadınlar bu süreç boyunca yoğun olarak bedensel, ruhsal ve sosyal değişimler yaşamaktadır. Gebelik daha önceden var olan ruhsal bozuklukların alevlenmesini ya da yeni bir ruhsal bozukluk ortaya çıkmasını kolaylaştırabilmektedir.

Doğurganlık çağındaki kadınlarda şizofreni ve bipolar bozukluğun ve aslında ruh sağlığının farmakolojik yönetimi son derece karmaşıktır ve hem annenin hem de çocuğun fiziksel ve zihinsel refahını en üst düzeye çıkarmak için bütüncül bir yaklaşım gerektirir.

Psikotrop ilaçların güvenliği ve gebelikte psikiyatrik bozuklukların tedavisinde kullanılmaları ile ilgili çelişkili bulgular vardır. Günümüzde gebelikte şizofreni ve bipolar bozukluk tedavisinde kullanılan altın standart farmakolojik ajanlar antipsikotiklerdir. Atipik veya ikinci nesil antipsikotikler, daha iyi tolere edilebilirlik ve güvenlik profili nedeniyle tipik birinci nesil antipsikotiklerin yerini almış veya bunlara alternatif olarak kullanılmaktadır. Bununla birlikte, etik kısıtlamalar nedeniyle yapılması gereken yüksek kaliteli araştırmalar sınırlandırıldığı için bu ilaçların etkinliği ve güvenliği gebelikte ve/veya çocuk doğurma potansiyeli olan kadınlarda ciddi şekilde sınırlıdır. Bu alt grupta şizofreni ve/veya bipolar bozukluğun klinik tedavisine rehberlik edecek çok az kılavuz vardır. Retrospektif çalışmalar ve olgu örneklerinde görüldüğü kadarıyla gebelikte ikinci kuşak veya atipik antipsikotiklerin kullanımı; ekstrapiramidal yan etkileri en aza indirirken etkinliği artırmıştır. Ancak obezite ve Tip II diyabet gibi metabolik olumsuzluklar rapor edilmiştir. Bu nedenlerden dolayı atipik antipsikotik kullanan gebelerde kilo artışı, kan şekeri düzeyi ve kan basıncı dikkatle takip edilmelidir.

Mevcut çalışmalar, her biri farklı etkinlik ve yan etkilere sahip olan bu antipsikotik ilaçların gebe veya doğurganlık çağındaki kişiye başlanmasının; hasta tercihi ve diğer hasta faktörleri dikkate alınarak fayda ve risklerin dengelenmesine dayandırılmasını önermektedir. Hastalar için mümkün olan en iyi sonucu belirlemek için polifarmasiden kaçınılmalı ve mümkün olan en düşük doz tercih edilmelidir. Hamilelik planlayan, hamile veya emzirmeyi düşünen kadınlara, depoya iyi yanıt vermediği ve daha önce oral ilaçlara uyumsuzluk öyküsü olmadığı sürece depo antipsikotik verilmemelidir.

Kaynaklar

1. Carter D, Kostaras X. Psychiatricdisorders in pregnancy. British Columbia MedicalJournal. 2005;47(2):96.
2. Oğuzhanoğlu NK,Varma GS,Gebelik Sırasında Ruhsal Hastalıkların Gidişi, Psikiyatride Güncel cilt 3,sayı 4,Kış 2013,276-287
3. Akdeniz F, Gebelik ve mzirme Döneminde Psikotrop İlaç Kullanımı. İçinde Temel Psikofarmakoloji. Yüksel N, Tural,Ü,Soygür H, Demet M M. (Editörler)Ankara, TPD BÇB Dizisi- No:11, 2010:1292-312.
4. Newcomer JW and Haupt DW: The Metabolic Effects of Antipsychotic Medications. Can J Psychiatry 2006; 51:480-491.
5. National Institute for Health and Care Excellence: Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance (CG192). London: National Institute for Health and Care Excellence, 2014.

SOSYAL ANKSİYETE BOZUKLUĞUNDA ÖZGÜL BİLİŞSEL VE ÜST BİLİŞSEL MÜDAHALELER

Dr. Türkan AĞAKİŞİYEVA

Sosyal Anksiyete Bozukluğu başkaları tarafından incelenecekleri sosyal ortam veya performans durumlarıyla ilgili belirgin veya yoğun korku ile karakterizedir.

SAB Bilişsel Davranışçı Modeli: Beck'i n 'incelenme anksiyetesi modeli' ne göre sosyal anksiyete bozukluğunda diğer insanlardan gelen sosyal kabul ve onayla ilgili tepkilere karşı aşırı duyarlılık, konuşma, sunum vs ile ilgili başarısızlık korkusu ve buna bağlı bedensel otonomik belirtilerde aşırı uyarılma hali vardır.

BDT tedavide, düşüncelerin içeriği ve bu içeriğin geçerliliği konusundaki inançları değiştirmekle ilgilenirken, bunun aksine MCT, insanların düşünce içeriğini değil düşünme biçimini değiştirmekler ilgilenir.

Psikopatolojinin oluşması: Duygular özdüzenlemede bir aksaklık olduğu ve iyilik haline dair bir tehlike bulunduğunu gösteren içsel sinyaller olarak kabul edilir. Bu duyguların normalde ömrü sınırlıdır, fakat kişi, tehlikeyi azaltmak ve düşüncelerini kontrol etmek için bazı başa çıkma stratejilerini kullanır. Psikolojik bozukluk, bu duygusal yanıtların sürmesinden doğar.

Bilişsel Dikkat Sendromu (BDS), düşünme ve hissetme durumlarını kontrol eden ve yorumlayan hatalı metakognitif inançların sonucudur.

BDS

1. Endişe veya ruminasyon
2. Dikkati tehtide odaklama
3. İşlevsiz başa çıkma davranışlarını içeren perseveratif düşünme biçimlerinden oluşur.

SAB'da kullanılan MCT teknikleri ruminasyon/endişe erteleme, durumsal dikkatin yeniden odaklanması ve mesafeli kendindelik tekniğidir.

Sosyal Anksiyete Bozukluğunun 3 fazı vardır: beklenti fazı, olay anı fazı ve olay sonrası faz

Beklenti fazı: analiz etme, prova yapma ve Kaçınma ve güvenlik planlarının olduğu fazdır. Bu fazda uygulanan MCT teknikler: ruminasyon/endişe erteleme ve mesafeli kendindelik tekniğidir.

Olay anı fazı: Bu fazda dikkati kendine yönlendirmede artış ve tehtid monitörizasyonun yoğun yaşandığı fazdır. Bu fazda durumsal dikkatin yeniden odaklanması tekniği uygulanabilir.

Olay sonrası fazı: Deneyimin kodlandığı faz olduğu için önemlidir. Olumsuz şemaların aktif olduğu bir dönemdir. Olay bitiminde bir rahatlama ve sonrasında olayı hatırlama ve sıkıntının olduğu fazdır. Bu fazda ruminasyon/endişe erteleme ve mesafeli kendindelik tekniği uygulanabilir.

YÜKSEK İŞLEVLİ BİREYLERDE DEHB - YÜKSEK IQ VE DEHB BİRLİKTELİĞİ

Dr. Umut Mert AKSOY

İstanbul Aydın Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı

Yüksek zekalı yürütücü işlevler olarak da tanımlanabilen ve temel olarak prefrontal kortikal işlev çıktısı olarak tanımlanabilecek akıl yürütme, problem çözme, yaratıcılık ve öğrenme gibi zihinsel süreçleri daha yüksek bir seviyede tanımlar. Zorlu problemleri çözme ve yenilikçi çözümler geliştirme konusunda üstün ve yaratıcılık, analitik düşünme, hafıza, dikkat ve öğrenme gibi kognitif işlevlerde daha yüksek bir performans gösterirler.

Üstün zekanın bir çok psikiyatrik bozukluk için koruyucu olabileceği ve psikiyatrik belirtilerin yüksek zeka uzanımında farklılaşabileceği düşünülmektedir . Yüksek Zekalı bireylerde DEHB çift ayrıcalık bir durum oluşturur bazen yüksek IQ a sahip bireylerde dikkat sorunları odaklanma güçlükleri, aşırı odaklanma gibi dikkat değişiklikleri bulunabilir. Bu nedenle, yüksek IQ'lu bireylerde DEHB semptomlarının erken teşhisi ve uygun tedavi ve destek sağlanması önemlidir. Farmakoterapi , bilişsel davranış terapisi, öğrenme stratejileri ve sosyal becerileri geliştirme gibi yaklaşımlar, kognitif işlevlerdeki zorlukları azaltabilir ve bireyin potansiyelini tam olarak ortaya çıkarmasına yardımcı olabilir.

Üstün yetenekli DEHB bireylerinin, hem DEHB semptomları ile baş edebilmeleri için uygun bir eğitim almaları gerekmektedir. Bu bireylerin, ilgi alanlarına yönelmeleri, yaratıcı etkinlikler ile gelişimlerine destek sağlayacak bir eğitim planı potansiyellerini tam olarak ortaya çıkarabilmeleri için önemlidir.

Kaynaklar

1. Mullet, D. R., & Rinn, A. N. (2015). Giftedness and ADHD: Identification, misdiagnosis, and dual diagnosis. Roeper Review, 37(4), 195-207.
2. Cornoldi, C., Giofrè, D., & Toffalini, E. (2023). Cognitive characteristics of intellectually gifted children with a diagnosis of ADHD. Intelligence, 97, 101736.
3. Gilman, B. J., Lovecky, D. V., Kearney, K., Peters, D. B., Wasserman, J. D., Silverman, L. K., ... & Rimm, S. B. (2013). Critical issues in the identification of gifted students with co-existing disabilities: The twice-exceptional. Sage Open, 3(3), 2158244013505855.

DOKTOR İNTİHARLARI/ PSİKİYATRİST İNTİHARLARI

Dr. Yağmur SEVER FİDAN

Doktorlarda intihar davranışını yüksek olduğu mesleklerin başında gelmektedir. ABD'de 25 yaş üzeri erkek doktorlarda yıllık intihar oranı yaklaşık olarak 100000'de 36'dır. Kadın doktorlarda ise 100000'de 41'dir. İskandinav ülkelerinde bu oranın aynı yaş grubu için 2-3 kat daha fazla olduğu tahmin edilmektedir. Hekim intiharlarını açıklamak üzere birçok hipotez kurulmuştur. Bunlar arasında alkol ve madde kötüye kullanımı, psikiyatrik hastalıklar, hekimlerin yetersiz psikiyatrik tedavisi, tıbbi uygulamaların stres oluşturması, gerçekçi olmayan beklentiler, rol karmaşası, profesyonel destek azlığı, psikiyatrik tedaviye direnç, kişilik özellikleri ve psikososyal faktörler sayılabilir

Doktorlar, özellikle kadın doktorlar yüksek intihar riski taşıyan grup olarak görülmektedirler. Genel popülasyonda erkekler kadınlara göre önemli ölçüde daha yüksek intihar riskine sahip olmalarına rağmen kadın doktorların intihar oranları erkek doktorlardan daha yüksektir.

Doktorlarda intihar oranı tüm ülkelerde değişkendir.

Hekimlerin çalışma koşulları ülkeler arasında ve çağdaş zamanlarda büyük farklılıklar gösterse de, bu faktörlerin hekimlerde intiharla ilişkisi pek araştırılmadı.

Örneğin, Avrupa'da olduğu gibi, son yıllarda doktorların çalışma sürelerini düzenlemeye yönelik denemeler vardı. Bazı uzmanlıkların, farklı tıbbi veya cerrahi uzmanlıklarda bazı mesleki faktörlere bağlı olarak özellikle intihar riski altında olduğu öne sürülmüştür: bunlar ağır iş yükü uzun vardiyalar ve öngörülemeyen çalışma saatleri (uyku yoksunluğu ile ilişkili). , ve durumların stresi (ölüm ve ölümle ilgili acil durumlar) ve intihar etme yollarına kolay erişim. Koordineli ve sinerjistik önleyici stratejiler uygulamak için, ruh sağlığı sıkıntısı çeken doktorları belirlememiz gerekiyor, bu nedenle intihar girişimleri ve intihar düşüncesi üzerine istatistiksel analizler gerekliydi. Bununla birlikte, sağlık çalışanları hakkında istatistikler, intiharlar, intihar girişimleri ve intihar düşünceleri gibi araştırmalar eksiktir.

Anestezistler psikiyatristler ve genel cerrahlar en riskli uzmanlık dallarından bazıları olduğu metanalizlerde gösterilmiştir. Anestezistlerdeki yüksek intihar riski, potansiyel olarak ölümcül ilaçlara kolay erişim, yüksek tükenmişlik hastalara zarar verme korkusu ile artmış iş yükü ve ve meslektaşları ile çatışmalar ile açıklanabilir. Psikiyatristler için yüksek intihar riski, paradoksal olarak hastanın intiharlarıyla uğraşmak gibi stresli ve travmatik deneyimlerle ilişkilendirilmiştir.

ŞİZOFRENİ VE ENDOFENOTİPLER

Dr. Yasemin GÖKÇENOĞLU

Şizofreni sanrılar, varsanılar, dezorganize davranışlar, negatif belirtiler ve sosyal, mesleki işlevsellikte bozulma ile karakterize bir hastalıktır. Hastalar, hasta yakınları ve toplum için ciddi yük oluşturan şizofreninin etiyolojik temeli ile ilgili olarak çeşitli genetik, nörogelişimsel ve çevresel etkenlerin olduğu öne sürülmesine karşın hastalığın etiyolojik temeli tam olarak aydınlatılamamıştır. Şizofreni genetiği ile ilgili yapılan çalışmalarda şizofreninin kalıtımsal bir bileşeni olduğu gösterilmiştir. Genel nüfusta yaşam boyu yaygınlığı %1 iken, şizofreni hastalarının akrabalarında şizofreni riski daha yüksektir ve aile üyelerinin şizofreni geliştirme riski hastayla olan akrabalık derecesi artıkça artış gösterir [1].

Yüksek derecede kalıtılabilirlik gösterilse de, uzun yıllar süren çalışmalarda sorumlu tek bir gen bulunamamıştır. Endofenotip yaklaşımının gerekçesi moleküler biyolojiden köken almaktadır. Bu yaklaşıma göre eğer şizofreni ile ilişkili farklı genetik anormallikler bulunuyorsa, her bir genetik anormallik özgül bir protein değişikliğine neden olacaktır ve bu durumda farklı işlevsel bozukluklara neden olacaktır. Şizofrenide endofenotip adayı saptamak için yapılan çalışmalar sonucunda nörokognitif, nörofizyolojik, nörolojik ve metabolik alanlarda uygun endofenotip adayları belirlenmiştir. Bu adayların elektrofizyolojik alanda ön çıkanlardan ilki ön uyaran inhibisyonudur (prepulse inhibiton). Ön uyaran inhibisyonunun şizofreni, şizotipal kişilik bozukluğunda ve şizofreni hastalarının klinik olarak etkilenmemiş yakınlarında bozulduğu gösterilmiştir [2]. İkincisi P50 baskılanmasıdır. Şizofreni hastalarında ve yakınlarında P50 baskılanmasında bozukluk görülmektedir [3]. Bir diğeri Uyumsuzluk Negatifliğidir (Mismatch Negativity) (MMN). Diğer öne çıkan adaylar ise P300 ve göz hareketleri bozukluklarıdır. Nörokognitif endofenotif adayları ise dikkat sözel bellek ve işlem belleğindeki bozulmalardır [4]–[6]. Nörolojik alandaki endofenotip adayları ise yürümede gecikme, silik nörolojik belirtiler, anormal hareketler olarak sayılabilir [7].

Kaynaklar

1. H. Ulaş, S. Taþlýca, and K. Alptekin, "Þizofrenide Nörofizyolojik ve Nörokognitif Genetik Belirleyicilerin (Endofenotip) Yeri," 2006.
2. A. P. Anokhin, A. C. Heath, E. Myers, A. Ralano, and S. Wood, "Genetic influences on prepulse inhibition of startle reflex in humans," vol. 353, pp. 45–48, 2003, doi: 10.1016/j.neulet.2003.09.014.
3. B. I. Turetsky, M. E. Calkins, A. Gregory, A. Olincy, A. D. Radant, and R. Neal, "Neurophysiological Endophenotypes of Schizophrenia : The Viability of Selected Candidate Measures," vol. 33, no. 1, pp. 69–94, 2007, doi: 10.1093/schbul/sbl060.
4. L. J. Seidman et al., "Neuropsychological Functioning in Adolescents and Young Adults at Genetic Risk for Schizophrenia and Affective Psychoses: Results from the Harvard and Hillside Adolescent High Risk Studies," vol. 32, no. 3, pp. 507–524, 2006, doi: 10.1093/schbul/sbj078.
5. R. E. Gur et al., "The Consortium on the Genetics of Schizophrenia : Neurocognitive Endophenotypes," vol. 33, no. 1, pp. 49–68, 2007, doi: 10.1093/schbul/sbl055.
6. T. Paunio et al., "Search for cognitive trait components of schizophrenia reveals a locus for verbal learning and memory on 4q and for visual working memory on 2q," vol. 13, no. 16, pp. 1693–1702, 2004, doi: 10.1093/hmg/ddh184.
7. B. K. Burton, C. Hjorthøj, J. R. Jepsen, A. Thorup, M. Nordentoft, and K. J. Plessen, "Research Review: Do motor deficits during development represent an endophenotype for schizophrenia? A meta-analysis," vol. 4, pp. 446–456, 2016, doi: 10.1111/jcpp.12479.

ERİPKİN YAPAMDA OTİZM: KLİNİK ÖZELLİKLER VE KLİNİSYENLERE ÖNERİLER

Dr. Yasemin HOŞGÖREN ALICI

Yetişkinlerde otizm spektrum bozukluğuna (OSB) ilişkin farkındalık son yıllarda çarpıcı bir şekilde artmıştır; hem otizmin tanınırlığındaki artış, hem de tanı kriterlerindeki düzenlemelerle erişkin dönemde de tanı alınabilir olması erişkin psikiyatrisinde de otizmin önemini giderek arttırmıştır. Otizim bir spektrum bozukluğudur yani şiddette kendini gösterebilir, bir çok farklı klinik oluşturabilir ama en temel özelliklerini düşüneceksek bir sosyal etkileşim ve iletişimde güçlük ve belirli sınırların dışına çıkamayan ve ya tekrarlayan davranış, düşünce ve ilgi alanı kalıpları ile seyreder. Bilişsel işlevselliği ve ya adaptif işlevselliği belirtilerin şiddetine göre değişebilmektedir. Zeka ile ilgile ilgili bir güçlük olduğunda sosyal alanlardaki güçlük daha fazla etkilenmekte böylece daha gürültülü bir tablo ortaya çıkmaktadır. Tanı alması nispeten daha kolay olmaktadır; bu grup daha erken de tanı almaktadır. Semptomlar çok aşikar değilse, zihinsel kapasitesi iyi ise tanı alması gecikmektedir. Özellikle dil gelişiminde gecikme olmayan hastalarda tanı atlanabilmekte aile üyelerinin şüphelenmesi de gecikebilmektedir. Bu grupta sosyal iletişim kurma güçlükleri, sosyal iletişim kurma tarzı örneğin oldukça kısıtlı ilgi alanıyla ilgili iletişimi tercih etme, tekrarlayıcı davranışlar, ışığa sese kokuya ve ya tada hassasiyet bizim için detaylı değerlendirme gerektiğine dair bir işaret olabilir. Aynı zamanda bu grup bir çok farklı psikiyatrik tanı için de aday bir gruptur. Depresyon ve anksiyete bozukluğu başta olmak üzere bir çok farklı psikiyatrik hastalık tanısını alabilir. Otizm tanısı cinsiyete göre de farklılık göstermektedir. Literatürde erkeklerin otizm tanısını daha sık aldıkları belirtilse de kadınlarda kliniğin farklı olabileceğine görüşler bulunmaktadır.

ERİŞKİN DEHB, PROCRASTİNATİON: BENZERLİKLER-FARKLILIKLAR

Dr. Yasin DUMAN

DEHB dikkat eksikliği, dürtüsellik ve hiperaktivite ile giden çocukluk çağında başlayan yetişkinlikte de devam eden bir sendromdur. Son dönemlerde yapılan çalışmalarda yetişkinlerde sıklığının sanıldığından fazla olduğu gösterilmiştir. Procrastination (Erteleme) ise son tarihinden önce herhangi bir görevi veya kararı ertelemeye yönelik irrasyonel eğilim olarak adlandırılmaktadır. Erteleme davranışının duygusal davranışsal ve bilişsel bileşenleri olduğu düşünülmektedir. Akademik erteleme,rutin işleri erteleme,karar vermeyi erteleme ve kompulsif erteleme olarak dört türü saptanmıştır. Yetişkin DEHB tanısı olan hastalarda erteleme davranışının kontrol grubuna göre daha yüksek olduğunu bildiren çalışmalar mevcuttur. Özellikle dürtüsellik düzeyi arttıkça erteleme davranışının artığı gösterilmiştir. Diğer taraftan DEHB tanılı hastalarda organizasyon becerisinde sorun olması nedeniyle erteleme davranışının daha az görüldüğünü bildiren çalışmalar da mevcuttur. Erteleme davranışının adaptif ve maladaptif yönleri olduğu ve maladaptif olan ertelemenin DEHB ile ilişkli olduğu bildirilmiştir. DEHB ve erteleme ilişkisine yönelik yapılan çalışmalarda net sonuç alınamaması nedeniyle halen DEHB kardinal belirtisi olarak kabul edilmemektedir. Yapılan çalışmalar kişilerin kendini ifade etmesi istenen ölçekler yardımıyla yapılması nedeniyle DEHB ve procrastination ilişkisi yeterince anlaşılamadığı görüşü bildirilmektedir. Erteleme davranışı ile ilgili yapılan FMRI çalışmasında labaratuar ortamında bireysel farklılıkların dorsolateral prefrontal korteks aracılı yapılan işe karşılık gelen ödül ile ilgili hatalı bir ön yargı nedeniyle ortaya çıktığı bildirilmiştir. Gelecekte beyin görüntüleme çalışmalarının artması DEHB ve procrastination arasındaki benzerlik ve farklılıkları anlamamıza yardımcı olabilecektir.

AĞIR RUHSAL BOZUKLUĞU OLANLARIN AİLELERİNDE DAMGALANMA

Dr. Yavuz YILMAZ

Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı

Ağır ruhsal hastalıklar; bilişsel, yönetsel ve sosyal beceri alanlarındaki yıkıcı etkisi nedeniyle kişilerde yetiyitimine sebep olan şizofreni ve benzeri psikotik bozukluklar ve duygu durum bozuklukları (bipolar bozukluk) gibi yaşam boyu süren kronik hastalıklardır. Ağır ruhsal hastalığa sahip bireylerin yakınlarının hastalıkla ilgili inanç ve tutumları, hasta açısından oldukça önemlidir.

Hasta yakınlarının da hastayı damgalayıcı bir tutum içerisinde olması olasıdır. Hastalığın kabulü ya da hastanın damgalanması hastalık sürecini etkilemektedir. Hasta ile olan yakınlık derecesi, birlikte yaşama süresi ve ailede psikiyatrik hastalığı olan bir başkasının daha olması hasta yakınlarının tutumları konusunda belirleyici olmaktadır. Yine hasta yakınlarının hastalığı öğrendiğinde vermiş oldukları tepkiler de bu konuda belirleyicidir.

Damgalama, yalnızca etiketlenen kişiyi etkilemekle kalmaz. Etiketlenen kişinin başta ailesi olmak üzere çevresi de damgalamaya maruz kalabilmekte ve içselleştirilmiş damgalanma yaşayabilmektedir. Psikiyatrik hastalıklar açısından bakıldığında, hasta yakınlarının da en az hasta kadar damgalamaya maruz kaldığı ve psikiyatrik hastalığın türü ve şiddetine göre içselleştirilmiş damgalanma bildirdiği görülmektedir. Bu durum, hasta yakınlarını daha izole bir yaşama iterek sosyalleşmekten kaçınmalarına neden olabilmektedir. Bazı hasta yakınları ise damgalanmamak için hasta yakını olduklarını gizleme eğilimi göstermektedir

Çalışmalar hasta yakınlarının damgalanmaya maruz kalmaları ve damgalanmanın şiddeti ile ilişkili bir takım değişkenlerden söz etmektedir. Ailelerin damgalanmaya maruz kalmaları psikiyatrik hastalığın şiddeti ile ilişkilidir. Ayrıca hastanın kadın olması, hastanın yakınları ile birlikte yaşamaması ve hastalık belirtilerinin hafif olması durumunda ailenin damgalanmaya maruz kalmamak için hastalığı gizleme eğilimde olduğu bulunmuştur. Yine aile üyelerinin hastaya yakınlığına göre damgalanma düzeylerinin değiştiği bilinmektedir.

Aile bireyleri sadece damgalanma ile ilgili sorunlar yaşamamaktadır. Damgalanmaya maruz kalma neticesinde hastanın sosyal izolasyonunu artmakta, hastanın yalnızlaşması, yaşam kalitesinin azalması ve bakım yükünün artması sonucunu beraberinde getirmektedir. Hem hastanın hem aile bireylerinin damgalanması aile bireylerinin stres düzeylerinin artmasına neden olmaktadır. Bu durum da anksiyete bozuklukları ve depresyon başta olmak üzere birçok psikiyatrik bozukluğu beraberinde getirmektedir. Psikiyatrik bozuklukların yanı sıra aile bireylerinde fiziksel sağlık sorunları görülme olasılığını da artırmaktadır.

Ağır ruhsal hastalıklar, hastayı olduğu kadar bakım veren yakınlarını, aile bireylerini de zorlayan durumlardır. Bakım veren kişinin hissettiği yük; yaş, cinsiyet, ekonomik düzey, bakım süresi, inanç, sosyal destek, damgalanma gibi çeşitli değişkenler ile ilişkilendirilmektedir. Bu anlamda hastalığın seyrini olumsuz etkileyebilen, hasta ve hasta yakınlarının fiziksel ve ruhsal sağlık durumları ile yakından ilişkili bir kavram olan damgalanmanın ağır ruhsal hastalıkların seyrinde önemli bir kavram olduğu görülmektedir.

Kaynaklar

Ak, M., Yavuz, F., Lapseki, N., & Türkçapar, H. (2012). Kronik psikiyatrik bozukluğu bulunan hastaların ve bakım verenlerinin bakım yükü açısından değerlendirilmesi. Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi, 25, 330-337.

Bilgin, B. (2007). Ruh bozukluk olan bireylere sahip ailelerin ruhsal hasta ve hastalara ilişkin görüşleri. [Yüksek lisans tezi, Haliç Üniversitesi Sağlık 134 Bilimleri Enstitüsü]

Çuhadar, D. (2011). Bipolar bozukluk tanısı alan hastalarda içselleştirilmiş damgalanmayı azaltmada psikoeğitimin etkinliği. [Doktora tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü]. Yükseköğretim Kurulu Başkanlığı Tez Merkezi.

Grant, J. B., Bruce, C. P., & Batterham, P. J. (2016). Predictors of personal, perceived and self-stigma towards anxiety and depression. Epidemiology and psychiatric sciences, 25(3), 247-254.

Park, S. G., Bennett, M. E., Couture, S. M., & Blanchard, J. J. (2013). Internalized stigma in schizophrenia: Relations with dysfunctional attitudes, symptoms, and quality of life. Psychiatry Res, 205, 43-47.

Phelan, J. C., Bromet, E. J., & Link, B. G. (1998). Psychiatric illness and family stigma. Schizophrenia bulletin, 24(1), 115-126.

YAVAŞ BİLİŞSEL TEMPO NEDİR?

Dr. Yavuz YILMAZ

Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı

Yavaş bilişsel tempo (Sluggish Cognitive Tempo-SCT), aşırı hayal kurma, dalıp gitme, uykulu görünüm, kafa karışıklığı, boş boş bakma, zihinsel karmaşa, zihinsel bulanıklık, uyuşukluk ile düşünce ve davranışta yavaşlama olarak tanımlanabilir. Çalışma grubunun yapmış olduğu yakın tarihli bir çalışmada SCT terimi yerine Bilişsel ayrılma sendromu (Cognitive Disengagement Syndrome-CDS) teriminin kullanılması önerilmiştir.

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunu (DEHB) değerlendiren çalışmalardan ortaya çıkmış, başlangıçta DEHB'nun bazı belirtilerini tanımlamak için kullanılmıştır. Yapılan çalışmalar CDS'nin hem yetişkinlerde hem çocuklarda DEHB-hiperaktif/impulsif semptomlarından çok DEHB-dikkat eksikliği semptomları ile ilişkili olduğunu göstermektedir. CDS'nin DEHB-dikkat eksikliği semptomlarından farklı olmakla birlikte bunlarla güçlü bir şekilde ilişkili olduğu düşünülmektedir. Ayrıca CDS ile DEHB-dikkat eksikliği belirtileri arasında farklılığı destekleyen güçlü kanıtlar olmakla birlikte, CDS'nin ayrı biz bozukluk olmayıp özellik benzeri bir fenotip olarak düşünülebileceği vurgulanmıştır.

Mevcut CDS çalışmalarının büyük çoğunluğu çocukluk dönemine aittir ancak CDS'nin yetişkinlik döneminde de devam ettiğini gösteren çalışmalar vardır. Ayrıca çalışmalar CDS'yi DEHB-dikkat eksikliği dışında, depresyon, anksiyete bozukluluğu, uyku problemleri, düşük yaşam kalitesi, akademik performansta düşüklük, sosyal problemler ve işlevsellikte bozulma ile ilişkilendirmiştir. CDS'nin tanısal ayrı bir olgu olarak mı yoksa transdiagnostik bir yapı olarak mı tanımlanması gerektiği şu anda belirsiz olsa da CDS semptomları sıklıkla klinik popülasyonlarda görülmekte ve özellikle DEHB olan örneklerde sıklıkla karşımıza çıkmaktadır. DEHB olan ve olmayan katılımcılardan oluşan bir çalışmada, CDS prevalansının %5.8 olduğu ve bunların yarısına DEHB eşlik ettiği bulunmuştur. DEHB'ye CDS'nin eşlik etmesinin önemli işlevsellik alanlarında (ailevi, işle ilgili, sosyal ve eğitimle ilgili) bozulmaya neden olduğu gösterilmiştir. Bu sonuçlar DEHB olan yetişkinlerde CDS'nin eşlik edebileceğini ve önemli oranda bozulmayla ilgili olduğunu ancak CDS'nin varlığının sadece DEHB olan bireylerle sınırlı olmadığını göstermektedir. CDS'nin düşük yaşam kalitesi ile ilişkili olduğu, CDS semptomları ile yaşam kalitesi arasında negatif korelasyon bulunduğu ve bu durumun CDS'nin yürütücü işlevler üzerine olumsuz etkisinin aracılık etkisi ile ortaya çıktığı tespit edilmiştir.

Yetişkinlerde değerlendirme aracı olarak "Barkley'in Yetişkin Yavaş Bilişsel Tempo Derecelendirme Ölçeği" kullanılmaktadır. Ölçeğin Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması yapılmıştır.

Kaynaklar

Barkley, R. A. (2013). Distinguishing sluggish cognitive tempo from ADHD in children and adolescents: Executive functioning, impairment, and comorbidity. Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 42(2), 161–173.

Becker, S. P., & Langberg, J. M. (2013). Sluggish cognitive tempo among young adolescents with ADHD: Relations to mental health, academic, and social functioning. Journal of Attention Disorders, 17(8), 681–689.

Becker, S. P., Burns, G. L., Smith, Z. R., & Langberg, J. M. (2020). Sluggish Cognitive Tempo in Adolescents with and without ADHD: Differentiation from Adolescent-Reported ADHD Inattention and Unique Associations with Internalizing Domains. Journal of abnormal child psychology, 48(3), 391–406.

Becker, S. P., Willcutt, E. G., Leopold, D. R., Fredrick, J. W., Smith, Z. R., Jacobson, L. A., Burns, G. L., Mayes, S. D., Waschbusch, D. A., Froehlich, T. E., McBurnett, K., Servera, M., & Barkley, R. A. (2022). Report of a work group on sluggish cognitive tempo: Key research directions and a consensus change in terminology to cognitive disengagement syndrome. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry.

Combs, M. A., Canu, W. H., Fulks, J. J. B., & Nieman, D. C. (2014). Impact of sluggish cognitive tempo and attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms on adults' quality of life. Applied Research in Quality of Life, 9(4), 981–995.

Gul A, Gul H. Psychometric validation of Barkley's Adult Sluggish Cognitive Tempo (SCT) Ratings Scale -Turkish version and distinguishing SCT from attention deficit-hyperactivity disorder (ADHD) among Turkish adults. Res Dev Disabil. 2022 Feb;121:104155.

Jarrett, M. A., Rapport, H. F., Rondon, A. T., & Becker, S. P. (2017). ADHD dimensions and sluggish cognitive tempo symptoms in relation to self-report and laboratory measures of neuropsychological functioning in college students. Journal of Attention Disorders, 21(8), 673–683.

Milich, R., Balentine, A. C., & Lynam, D. R. (2001). ADHD combined type and ADHD predominantly inattentive type are distinct and unrelated disorders. Clinical Psychology: Science and Practice, 8(4), 463–488.

Sözel Bildiriler

SS-01 Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar

ŞİZOFRENİ HASTALARININ KLİNİK PARAMETRELERİNE GÖRE EKG DEĞİŞİKLİKLERİNİN İNCELENMESİ

Servet İzci[2], Yağmur Sever Fidan[1]

[1]Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, Türkiye
[2]Koşuyolu Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, Türkiye

Giriş: Kardiyovasküler hastalıklar (koroner arter hastalığı dahil olmak üzere) şizofreni hastalarında en yaygın ölüm nedenidir. Artmış kardiyovasküler hastalık riski nedenleri arasında, psikofarmakolojik tedaviler, dislipidemi ve hipertansiyon sayılabilir (1, 2, 3). Antipsikotik ilaçların günümüzde şizofreni olmak üzere birçok psikiyatrik hastalıkta kullanımının yaygınlaştığı görülmektedir. Son yıllarda artan bilgi birikimi bu grup ilaçların kardiyak yan etkilerinin yaşamsal önemi olduğunu göstermiştir (4). Erişkin yaşa gelmiş olan kişilerde kardiyovasküler hastalık gelişme riskinin tahmin edilmesi, gerek koruyucu yaklaşımlar gerekse tedavi açısından çok önemlidir. Risk tahmini için geliştirilen risk hesaplama sistemlerinden en sık kullanılanı, 10 yıl içinde miyokart enfarktüsü veya koroner ölüm riskini değerlendirmeye yarayan *Framingham Risk Skorlamasıdır (FRS) (5). FRS, yaş, LDL kolesterol, HDL kolesterol, kan basıncı, diyabet varlığı ve sigara kullanımını değerlendiren bir skorlamadır.* Son zamanlarda T dalgasının zirvesinden sonuna kadar olan aralık olarak tanımlanan Tp-e aralığının (Tpe- Tpeak-to-Tend interval) ani kardiyak ölüm ile ilişkili olduğu saptanmıştır (6). Uzamış Tpe'nin transmural repolarizasyon dağılımının bir EKG işareti olduğu varsayılmaktadır (7). Birçok çalışmada uzamış Tpe ve Tpe/düzeltilmiş QT (QTc) oranının malign ventriküler aritmiler ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (8, 9). Bu çalışmada, şizofreni hastalarında antipsikotik kullanımının ve FRS'nin kardiyak ve metabolik belirteçler üzerindeki etkisini belirlemeyi amaçladık.

Yöntem: Çalışmamızın örneklemini 01.12.2021-01.12.2022 tarihleri arasında psikiyatri servisinde yatmakta olan DSM 5'e göre şizofreni tanılı hastalar oluşturmaktadır. Çalışma kesitsel nitelikte gerçekleştirilmiş olup, klinik olarak stabil olan hastalar çalışmaya dahil edilmiştir. Araştırma için seçilen süre zarfında 206 hasta örnekleme dahil edilmiştir. Verilerin analizinde SPSS 26 istatistik paket programı kullanılmıştır. Hastalara sosyodemografik veri formu uygulanmıştır. Ayrıca hastaların yatışlarında değerlendirilen rutin biyokimyasal veriler ile EKG parametreleri kullanılmış, her hasta için Framingam Risk Skoru belirlenmiştir. Tüm testlerde anlamlılık seviyesi $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: Hastaların 114'ü erkek, 92'si kadındı. Büyük çoğunluğu çalışmıyordu (n:160 %77,7). Hastaların %52,4'ü bekar (n:108), %30,1'i evli ve %17,4'ü (n:36) boşanmış/duldu. Eğitim durumları ilköğretim düzeyinde 121 kişi, lise düzeyinde 65 kişi ve lisans düzeyinde 20 kişi bulunmaktaydı. Hastaların yaş ortalaması 43,37±9,33, hastalık süreleri ortalaması 14,64±9,30 yıldı. Ortalama hastane yatış sayıları 3,93±3,11'di. Hastaların %43,2'si sigara (n:89) %2,4'ü alkol (n:5) ve %8,3'ü (n:17) uyuşturucu madde kullanmaktaydı. 13 hastanın (%6,3) intihar öyküsü, 65'inin (%31,6) ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü bulunmaktaydı. 41 hastanın (%19,9) ek tıbbi hastalığı bulunmakta ve 31 hasta ilaç kullanmaktaydı. Hastaların %59,2'si (n:122) son 6 aydır düzenli psikotrop ilaç kullanımı bulunmaktaydı.

Hastaların yatışında ölçülen sistolik kan basıncı ortalamaları 116,52±10,15, diastolik kan basınçları 72,77±8,47, nabız ortalamaları 89,17±12,6, HDL ortalamaları 45,51±12,17, total kolesterol ortalamaları 174,48±38,26, QT süre ortalamaları 375,16±36,09 ms, QTc ortalamaları 420,12±17,85, Tpe aralık ortalamaları 85.13±9.10, Tpe/QT oran ortalamaları 0.22787±0.229, Tpe/QTc oran ortalamaları 0.20285±0.219 olarak değerlendirildi.

Ek tıbbi hastalığı olan ve olmayan, son 6 aydır düzenli psikotrop kullanımı olan ve olmayan, birinci veya ikinci kuşak antipsikotik kullanan gruplar arasında; sistolik kan basıncı, diastolik kan basıncı, nabız, HDL, total kolesterol, FRS, QT, QTc, Tpe/QT ve Tpe/QTc değerleri için ayrı ayrı t testi uygulanmıştır.

Ek tıbbi hastalığı olanlarda ($\bar{x}$ =9.27±11.54) olmayanlara ($\bar{x}$ =5,47±5.78) göre FRS anlamlı olarak yüksek bulunmuştur [$t(204)=2.764$, $p<.05$].

Son 6 ay içerisinde düzenli psikotrop kullanan grupta, kullanmayanlara göre sistolik kan basıncı anlamlı olarak yüksekken [$t(204)=2.351$, $p<.05$]; HDL düzeyleri anlamlı olarak düşüktür [$t(204)=2.762$, $p<.05$].

Tpe, Tpe/QT ve Tpe/QTc düzeyleri ikinci kuşak antipsikotik kullanan hastalarda birinci kuşak antipsikotik kullanan hastalara göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p<.05$). Birinci kuşak ve ikinci kuşak antipsikotik kullanan hastalar arasında FRS'de istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>.05$).

FRS %10'dan büyük olan grupta düşük olan gruba göre; QTc ve Tpe/QTc düzeyleri arasında anlamlı fark saptanırken; nabız, HDL, QT, Tpe ve Tpe/QT düzeyleri arasında anlamlı fark gözlenmemiştir.

Sonuç: Çalışmamızın sonuçlarına göre, düzenli antipsikotik kullanımının kan basıncını ve kan lipid parametrelerini etkilediği bulunmuştur. Kardiyovasküler hastalık riski belirleyicisi olan EKG değişiklikleri, ikinci kuşak antipsikotiklerde daha sık gözlenmiştir. Ayrıca koroner hastalık riski yüksek olan şizofreni hastalarında ventriküler aritmi riskinin arttığı saptanmıştır.

Kaynaklar

1. Stubbs B, Williams J, Gaughran F, Craig T. How sedentary are people with psychosis? A systematic review and meta-analysis. Schizophr Res 2016;171 (1–3.)
2. De Leon J, Diaz FJ. A meta-analysis of worldwide studies demonstrates an association between schizophrenia and tobacco smoking behaviors. Schizophr Res 2005;76(2–3):135–57.
3. Meng L, Chen D, Yang Y, Zheng Y, Hui R. Depression increases the risk of hypertension incidence: a meta-analysis of prospective cohort studies. J Hypertens 2012;30(5):842–51.
4. Pérez-Piñar, M., Mathur, R., Foguet, Q., Ayis, S., Robson, J., & Ayerbe, L. (2016). Cardiovascular risk factors among patients with schizophrenia, bipolar, depressive, anxiety, and personality disorders. European Psychiatry, 35, 8-15.
5. D'Agostino RB, Vasan RS, Pencina MJ, Wolf PA, Cobain M, Massaro JM, et al. General cardiovascular risk profile for use in primary care: the Framingham Heart Study. Circulation 2008;117:743-53.
6. Panikkath R, Reinier K, Uy-Evanado A, Teodorescu C, Hattenhauer J, Mariani R, et al. Prolonged Tpeakto-tend interval on the resting ECG is associated with increased risk of sudden cardiac death. Circ Arrhythm Electrophysiol. 2011;4(4):441–7.
7. Antzelevitch C, Shimizu W, Yan GX, Sicouri S, Weissenburger J, Nesterenko VV, et al. The M cell: its contribution to the ECG and to normal and abnormal electrical function of the heart. J Cardiovasc Electrophysiol. 1999;10(8):1124–52.
8. Hevia JC, Antzelevitch C, Barzaga FT, Sanchez MD, Balea FD, Molina RZ, et al. Tpeak-Tend and Tpeak-Tend dispersion as risk factors for ventricular tachycardia/ ventricular fibrillation in patients with the Brugada syndrome. J Am Coll Cardiol. 2006;47(9):1828–34.
9. Erikssen G, Liestol K, Gullestad L, Haugaa KH, Bendz B, Amlie JP. The terminal part of the QT interval (T peak to T end): a predictor of mortality after acute myocardial infarction. Ann Noninvasive Electrocardiol. 2012;17(2):85–94.)

SS-02 Diğer

THE RELATIONSHIP BETWEEN SOCIAL MEDIA ADDICTION AND MARITAL SATISFACTION IN MARRIED COUPLES

Meltem Puşuroğlu[1]

[1]*Recep Tayyip Erdogan University, Faculty of Medicine, Department of Mental Health and Disease*

Introductıon: Internet usage is increasing rapidly nowadays. However, it provides us with many conveniences in our daily lives. However, along with this convenience, increasing internet usage also brings some negatives. Social media is a platform on the internet that provides individuals with an area to share their thoughts and living spaces. There are many common usage areas such as entertainment, shopping, acquiring information, and communication. A significant portion of time spent on the internet is constituted by social media. As a new communication network, it has gained an important place in social life (1, 2). However, with the increasing frequency of usage, it has started to have a negative impact on individuals' daily lives. In family relationships, individuals' preference for social media instead of communicating with each other has particularly led to increased relationship problems among couples. Family is one of the most important institutions in society. The establishment of a satisfying marital relationship is also important for the formation of healthier future generations. There are many factors that negatively affect a couple's relationship. One of them is communication problems. (3, 4). Social media addiction, on the other hand, can further increase couples' communication problems. Clinical effects and treatment data related to social media addiction, which is a relatively new definition, are increasing in the literature. However, data on the effects of social media addiction on families, which constitute the most important unit of society, are limited. Research in this field is increasingly gaining attention. Our study aims to investigate the relationship between marital satisfaction of married couples and social media addiction. Research on families and family-oriented studies are important for protecting future generations from a mental health perspective.

Method: Our research was conducted with 30 married couples who presented with marital problems without any diagnosis of mental illness at the Recep Tayyip Erdogan University Education and Research Hospital Psychiatry Outpatient Clinic between 01.07.2022-01.01.2023. The sample selection excluded couples who did not want to participate in the study using non-probability sampling method. Participants with any psychiatric diagnosis and medication use in the last 2 years, chronic internal illness, diseases that affect cognitive functions negatively such as dementia and mental retardation, substance use disorder, and those who did not have sufficient academic capacity to administer the scales were excluded from the study. After providing information about the purpose and method of the study, a simple demographic data collection form prepared by us including basic demographic information and sociodemographic variables such as marriage duration and number of children was administered to participants who met the criteria for the study and agreed to participate by filling out the informed consent form. In addition, the Marriage Life Scale and the Social Media Addiction Scale-Adult Form were applied. The ethical committee approval of the study was obtained from the Recep Tayyip Erdogan University Non-Interventional Ethics Committee (Ethics Committee Approval No: 2022/139).

Data Collection Tools:

Married Life Satisfaction Scale: It was developed by Tezer in 1996 to determine marital satisfaction levels. It consists of a total of 10 questions. The answers are scored on a scale of 1 to 5. It is believed that as the scores obtained from the scale increase, marital satisfaction also increases. Lower scores are associated with less marital satisfaction. In validity and reliability studies of the scale, Cronbach's alpha value was calculated as 0.91(5).

Social Media Addiction Scale-Adult Form: It is a 20-item scale developed by Şahin and Yağcı in 2017. It has two sub-dimensions: virtual tolerance and virtual communication. Both sub-dimensions and total social media addiction scores are calculated. In our study, both sub-dimensions and total scores were used. The Cronbach's alpha values for both sub-dimensions were calculated as 0.92 and 0.91, respectively, in the validity and reliability analyses of the scale. The Cronbach's alpha value measured for total scores was 0.94. High scores obtained from the scale are associated with high levels of social media addiction (6).

Statistic: The data of the study were analyzed using the 25th version of SPSS software in a computer environment. Descriptive statistics were presented as mean±standard deviation, frequency distribution, and percentage. The normality of the variables was examined using visual (histograms and probability plots) and analytical methods (Kolmogorov-Smirnov Test/Shapiro-Wilk Test). For variables that were found to follow a normal distribution, independent sample t-tests were applied for statistical significance between two independent groups, and one-way

ANOVA was applied for more than one group. Pearson correlation test was applied for continuous data correlation. Statistical significance was considered as $p<0.05$.

Results: 60 individuals, consisting of 30 women and 30 men, were included in the study. The participants ranged in age from 24 to 58 years old (mean=40.85±8.435). 15 (25%) participants were primary school graduates, 20 (33.3%) were high school graduates, and 25 (41.7%) were university graduates. 17 (28.3%) participants were officer, 22 (36.7%) were workers, and 21 (35%) were unemployed. 18 (30%) participants stated that they got married without knowing their spouse beforehand, while 42 (70%) got married after getting to know their spouse (Table.1). When the participants were grouped according to their sociodemographic characteristics, no significant difference was found between the groups in terms of the scores obtained from the marital quality of life scale. Similarly, when the correlation between the age, duration of marriage, and number of children of the participants and the scores they obtained from the marital quality of life scale was examined, no significant relationship was found (Table.2). No significant relationship was found between the participants' sociodemographic data and their total scores and sub-dimensions of social media addiction scale (Table.3). When the correlation analysis between the social media addiction scale and the marital quality of life scale of the participants was examined, a significant negative correlation was found between the total scores of the social media addiction scale and the scores of the marital quality of life scale ($p<0,05$; $r=-0,518$). Similarly, a significant negative correlation was found between the scores of the sub-dimensions of the social media addiction scale, virtual tolerance ($p<0.05$, $r=-0.533$) and virtual communication ($p=0.002$ and $r=-0.4$), and the scores of the marital quality of life scale (Table.4).

Discussion: Our study examined the relationship between social media addiction and marital satisfaction. The research data showed a negative correlation between social media addiction and marital satisfaction. Social media addiction leads to increasing negative effects in terms of both mental health and personal relationships (4). In married couples, decreased communication and spending more time on social media lead to a decrease in their marital satisfaction and relationship quality. Our research also shows that as social media addiction increases, marital satisfaction decreases. Similarly, individuals with lower levels of marital satisfaction may also be more inclined to use social media more frequently (7). As couples experience problems, they tend to become more isolated and turn towards individual spaces. Social media can also be seen as a way of escaping couple problems. Social media addiction can not only increase couple problems and decrease marital satisfaction but can also result in a decrease in relationship quality (8, 9). When the literature is examined, research studies indicate a negative relationship between social media addiction and marital satisfaction (10-12). In the literature, there are studies that are consistent with our research as well as studies that do not find a relationship between marital satisfaction and social media addiction (13). Another finding of our research is that the sub-dimensions of the social media addiction scale, virtual tolerance and virtual communication, were negatively related to marital satisfaction. Virtual tolerance can be defined as the feeling of distress that a person experiences when they are away from social media and their tendency to return to it. Individuals reinforce their time spent on social media in this way and tend to use it more frequently for increasing periods of time. An increase

Table 1. Participants' sociodemographic data

	Min	*Max*	*Mean*	*std. Dev.*
Age	24	58	40,85	8,435
Marriage duration	1	32	14,55	9,073
	n		**%**	
Gender				
Woman	30		50	
Man	30		50	
Education				
Primary school	15		25	
High school	20		33,3	
University	25		41,7	
Occupation				
Officer	17		28,3	
Worker	22		36,7	
Unemployee	21		35	
Total	60		100	

Table 2. Examination of the relationship between participants' sociodemographic data and marital life scale scores

	Mean	*std. Dev.*	*p*
Gender			0,378
Woman	29,9	1,462	
Man	31,79	1,547	
Education			0,083
Primary school	28,6	1,897	
High school	29	1,351	
University	33,6	1,915	
Occupation			0,54
Officer	32,53	2,295	
Worker	30,73	1,633	
Unemployee	29,52	1,714	
Marriage style			0,512
With meeting	29,83	1,635	
Without meeting	31,24	1,35	
	p		**r**
Age	0,05		-0,254
Marriage duration	0,471		-0,095
Number of children	0,613		0,067
İndependent sample test, ANOVA			
Pearson correlation, p<0,05			

Table 3. Examination of the relationship between participants' sociodemographic data and social media addiction scale scores.

	VT		*VC*		*SMAS*	
	Mean (SD)	***p***	***Mean (SD)***	***p***	***Mean (SD)***	***p***
Gender		0,935		0,996		0,849
Woman	26,61(1,778)		21,29(1,696)		48,1(3,085)	
Man	26,41(1,66)		21,28(1,98)		47,28(2,978)	
Education		0,453		0,133		0,282
Primary sschool	26,27(2,425)		23,6(2,732)		47,87(3,965)	
High school	27,15(2,208)		19(2,221)		47,35(3,904	
University	26,16(1,8629		21,72(1,927)		47,88(3,408)	
Occupation		0,935		0,392		0,993
Officer	27,82(2,603)		22,82(2,611)		50,65(4,66)	
Worker	24,5(1,484)		17,91(1,905)		43,23(3,008)	
Unemloyee	27,57(2,277)		23,57(2,142)		50(3,546)	

independent sample t test, ANOVA, p<0,05
VT: virtual tolerance, VC: virtual communation, SMAS: social media addiction scale

Table 4. Correlation analysis of social media addiction scale and marital life scale

		MLSS	***SMAS***	***VC***	***VT***
MLSS	r	1	-0,518	-0,400	-0,533
	p		0,000**	0,002**	0,000**
SMAS	r	-0,518	1	0,82	,918**
	p	0,000**		0,000**	0,000**
VC	r	-0,400	0,82	1	0,619
	p	0,002**	0,000**		0,000**
VT	r	-0,533	0,918	0,619	1
	p	0,000**	0,000**	0,000**	
	n	60	60	60	60

VT: virtual tolerance, VC: virtual communation, SMAS: social media addiction scale
MLSS:Marrital life satisfaction scale
**p<0,01, Pearson Correlation

in virtual tolerance levels is also related to an increase in the level of social media addiction**.** In our research, a negative correlation was found between virtual tolerance levels and marital satisfaction. An increase in virtual tolerance in couples can lead to more reliance on social media and an increase in relationship problems. Virtual communication can be considered as a means of communication in a virtual environment. At this point, our research shows a negative relationship between virtual communication levels and marital satisfaction. Increased preference for virtual communication can have a negative impact on the couple's relationship. Furthermore, an increase in virtual communication levels can also lead to an increase in virtual tolerance and social media addiction (14). Another area examined in our research is the relationship between participants' sociodemographic data and their level of social media addiction. According to our research findings, no relationship was found between participants' demographic data such as age, gender, occupation, and duration of marriage and their level of social media addiction and its sub-dimensions. While there are data in the literature indicating that there is more social media addiction among males and single individuals, research results are inconsistent (15, 16). Social media addiction is not yet classified as a diagnosis in diagnostic classifications. However, with the increasing use of the internet and social media, it is becoming more prominent along with the problems it brings. As social media addiction is a relatively new concept, research studies in the literature are recent. Studies on the effect of social media addiction and internet use on daily life, its association with mental illnesses, and related topics are gaining importance (17, 18). Our research examined the relationship between social media addiction and marital satisfaction of married couples. Studies aimed at protecting the family, which is

the smallest and most important unit of society, are significant. Social media use is one of the factors that can negatively affect couples' marriage life. Further large-scale and cross-cultural studies are needed on this issue, as well as studies providing data on how children and parenting attitudes are affected.

Limitations of the study: Our research was conducted with couples experiencing relationship problems. Causes that may lead to other relationship problems, such as economic and cultural reasons, were not evaluated in our study. In addition, participants were selected from a single center. This is another limitation, and the results cannot be generalized.

References

1. Işık U, Topbaş H. Facebook ve bağımlılık: Medya bağımlılığı araştırması. International Journal of Social Science. 2015;38:319-36.
2. Papacharissi Z, Rubin AM. Predictors of Internet use. Journal of broadcasting & electronic media. 2000;44(2):175-96.
3. Çalışır G. Kişilerarası İletişimde Kullanılan Bir Araç Olarak Sosyal Medya: Gümüşhane Üniversitesi İletişim Fakültesi Öğrencilerine Yönelik Bir Araştırma. Humanities Sciences. 2015;10(3):115-44.
4. Güleç V. Aile ilişkilerinin sosyal medyayla birlikte çöküşü. Yeni Medya Elektronik Dergisi. 2018;2(2):105-20.
5. Tezer E. Evlilik ilişkisinden sağlanan doyum: Evlilik yaşam ölçeği. Turkish Psychological Counseling and Guidance Journal. 1996;2(7):1-7.
6. Şahin C, YaĞCi M. Sosyal Medya Bağimliliği Ölçeği-Yetişkin Formu: Geçerlilik Ve Güvenirlik Çalişmasi. Ahi Evran Üniversitesi Kırşehir Eğitim Fakültesi Dergisi. 2017;18(1):523-38.
7. Dossey L. FOMO, digital dementia, and our dangerous experiment. Explore: The Journal of Science and Healing. 2014;10(2):69-73.
8. Murali V, George S. Lost online: an overview of internet addiction. Advances in Psychiatric Treatment. 2007;13(1):24-30.
9. Tiryaki S, Karakuş M. Evli Bireylerin Sosyal Medya Kullanimlari Üzerine Bir Saha Araştirmasi. Kurgu. 2018;26(3):422-43.
10. Aycanoğlu C. Bağlanma tarzları ve internet bağımlılığının evlilik uyumuna etkisi. 2017.
11. Yağmur I. Evli Bireylerin Evlilik Uyumu, İletişim Becerileri ve Sosyal Medya Kullanım Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Akademik Platform Eğitim ve Değişim Dergisi.5(2):215-30.
12. Kalaman S, Çelik F. Türkiye'deki evli bireylerin sosyal medya kullanımlarının evlilikleri üzerine etkisi: nitel bir araştırma. OPUS International Journal of Society Researches. 2019;13(19):424-53.
13. Peerzade UA, Shaikh H. Examining The Relationship Between Social Media Addiction and Marital Satisfaction. International Journal of Indian Psychology. 2022;10(4).
14. Sağar ME. Yetişkin bireylerde sosyal medya bağımlılığının irdelenmesi. Sağlık Bilimlerinde Eğitim Dergisi. 2019;2(1):29-42.
15. Kirik A, Arslan A, Çetinkaya A, Mehmet G. A quantitative research on the level of social media addiction among young people in Turkey. International Journal of Sport Culture and Science. 2015;3(3):108-22.
16. Aydin S, Koçak O, Shaw TA, Buber B, Akpinar EZ, Younis MZ, editors. Investigation of the effect of social media addiction on adults with depression2021: MDPI.
17. Young K. Internet addiction: Diagnosis and treatment considerations. Journal of Contemporary Psychotherapy. 2009;39(4):241-6.
18. Arikan G, Acar IH, Ustundag-Budak AM. A two-generation study: The transmission of attachment and young adults' depression, anxiety, and social media addiction. Addictive Behaviors. 2022;124:107109.

SS-03 Alkol/Madde Kullanım Bozuklukları

SENTETİK KANNABİNOİD VE OPİOİD KULLANIM BOZUKLUĞU OLAN HASTALARDA FRONTAL İŞLEVLERİN KARŞILAŞTIRILMASI

Emine Yağmur Zorbozan[1], Merih Altıntaş[2], Yusuf Özay Özdemir[3]

[1]Üsküdar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri A.B.D.
[2]Kartal Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi
[3]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi

Giriş

- Madde kullanım bozukluğu (MKB) olan bireyler ,
- Nörokognitif fonksiyonlarda bozulma;
- İşlevsellikte bozulma
- Düşük motivasyon
- Tedavi direnci
- Relaps (14, 15)
- Bu etkilerin belirlenmesi
- Kişiye özel tedavi modiletesi
- Zorunlu yatış endikasyonları?

Amaç

Bu çalışmanın amacı sentetik kannabinoid ve opioid kullanım bozukluğu olan hastaların,öğrenme ve dürtüsellik davranışı açısından birbirleriyle ve sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırılmasıdır.

Araştırma Hipotezi

- Hipotez 1- Sentetik kannabinoid kullanım bozukluğu ve opioid kullanım bozukluğu olan hastalarda, kontrol grubuna göre öğrenme alanında daha fazla bozulma beklenir.
- Hipotez 2- Sentetik kannabinoid kullanım bozukluğu ve opioid kullanım bozukluğu olan hastalarda, kontrol grubuna göre bilişsel ve motor dürtüsellik davranışında bozulma daha fazla beklenir.
- Hipotez 3- Sentetik kannabinoid kullanım bozukluğu olan hastalarda, opioid kullanım bozukluğu olan hastalara göre öğrenme alanında daha fazla bozulma beklenir.
- Hipotez 4- Sentetik kannabinoid kullanım bozukluğu olan hastalarda, opioid kullanım bozukluğu olan hastalara göre dürtüsellik davranışında bozulma daha fazladır.
- Hipotez 5- Sentetik kannabinoid kullanım bozukluğu ve opioid kullanım bozukluğu olan hastalarda, madde kullanım süresi arttıkça, öğrenme ve dürtüsellik davranışlarındaki bozulma artar.

Genel Bilgiler

- Psikoaktif etkili tetrahidrokannabinol (THC), cannabis bitkisinin temel bileşenidir.
- Laboratuvar ortamında sentezlenen ve THC'ye benzer psikoaktif özellikler gösteren bileşiklere "Sentetik Kannabinoidler" (SK) denilmektedir (19).

Genel Bilgiler

- EMCDDA (Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi)
  - Avrupa Uyuşturucu Raporu 2017 verileri
  - %39'unu sentetik kannabinoid (38)
- Türkiye verileri
  - yatarak tedavi
  - 1. Eroin,
  - 2. SK (45).

Genel Bilgiler

- Nörokognitif işlevler (CB-1 resp.) (12, 49)
  - Prefrontal korteks
  - Yürütücü işlevler
  - Anterior singulat korteks ve talamus
  - Seçici dikkat
  - Serebellum
  - Motor inhibisyon
  - Orbitofrontal korteks
  - Dürtü kontrolü
  - Hipokampüs
  - Bellek işlevleri

Genel Bilgiler

- Dürtüsellik (orbitofrontal korteks)
  - Ortama uygun olmayan, plansız ve çoğunlukla istenmeyen sonuçlara sebebiyet verecek davranışlar
  - Bilişsel dürtüsellik
  - Gecikme kaçınganlığı
  - Motor dürtüsellik:
  - Tepki inhibisyonu
  - Refleks dürtüsellik
  - Gelecek planlama

Genel Bilgiler

- SK (CB-1 resep.)
  - Etkileri cannabise göre daha şiddetli ve belirsiz (55)
  - SK'ler
  - TRPV1 (Transient Reseptör Potansiyel Vanilloid 1),
  - D2 dopamin,
  - μ opioid
  - Orexin-1 reseptörleri (56-58).
  - THC parsiyel agonist / SK tam agonist etki
  - Kannabidiol
  - SK da (-) / THC' de (+) (60).

Genel Bilgiler

- Madde bağımlılığı ve nörokognitif etkileri üzerine yapılan yayınlar
  - Opiyat çalışmaları yetersiz.
- Opiyat kullanıcıları ile ilgili yapılan çalışmalarda
  - Nörotoksik etki
  - Artmış dürtüsellik
  - Uzun düşünme süresi
  - Beyaz cevher etkilenmesi
  - Dezavantajlı karar (2-7)

Gereç ve Yöntem

- Araştırmamıza
  - Kasım 2017- Aralık2018
  - SBU Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları EAH -AMATEM Kliniğinde yatarak tedavi gören
  - Sentetik kannabinoid kullanım bozukluğu olan 40 hasta
  - Opiyat kullanım bozukluğu olan 40 hasta
  - 40 sağlıklı kontrol grubu katılmıştır

Gereç ve Yöntem

Dahil Edilme Kriterleri

- 18-60 yaş arasında erkek olmak
- DSM- 5 e göre; opioid kullanım bozukluğu tanısı almış olmak, opioid harici başka bir madde kullanmıyor olmak (nikotin dışında) ve yatarak tedavi görmek
- DSM- 5 e göre; kannabinoid kullanım bozukluğu tanısı almış olmak ve son 1 yıldır sentetik kannabinioid harici başka bir madde kullanmıyor olmak ve yatarak tedavi görmek (nikotin dışında)
- En az 14 gün önce madde kullanmış olmak
- En az 5 yıllık ilköğretim hayatını tamamlamış olmak
- Mini mental test puanı 25 ve üzerinde olmak
- Ölçek uygulamaları konusunda yeterliliğe sahip çalışmacı tarafından verilecek bilgilendirilmiş onam formunu imzalamış ve çalışmaya katılmayı kabul etmiş olmak

Gereç ve Yöntem

Dışlanma Kriterleri

- Çoklu madde kullanımı
- Madde kullanımına bağlı yoksunluk ya da intoksikasyon belirtilerinin bulunması
- Opioid yerine koyma tedavisi alıyor olmak (buprenorfin+naloksan, naltrekson implant)
- Psikotik bozukluk, bipolar bozukluk öyküsü
- Geçirilmiş kafa travması, kognisyonu ve motor fonksiyonları bozabilecek genel duruma bağlı tıbbi hastalıklar
- (MS, romatolojik rahatsızlıklar, Aids vb.)
- Nörobilişsel bozukluk ve zihinsel gelişim geriliği

Veri Toplama Araçları

Onam ve Bilgilendirme

– Kişilere çalışma hakkında detaylı bilgilendirme yapılmış ve ardından tüm katılımcıların imzalı onayları alınmıştır.

Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu

– Bu form araştırmacılar tarafından bu çalışma için hazırlanmıştır ve 51 sorudan oluşmaktadır.

Veri Toplama Araçları

Bağımlılık Profil İndeksi (BAPİ)

- Bağımlılığın farklı boyutlarını değerlendirmek ve bağımlılık şiddetini ölçmek amacıyla geliştirilmiş bir ölçek
- 37 sorudan ve 5 alt ölçekten oluşan bir öz bildirim ölçeği
- Alt ölçekler
  - Madde kullanım özelliklerini
  - Bağımlılık tanı ölçütlerini
  - Madde kullanımının kişinin yaşamına etkisini
  - Madde kullanımı için şiddetli isteği (craving)
  - Madde kullanımını bırakma motivasyonunu ölçmekte
- Geçerlilik ve güvenilirliği Ögel ve arkadaşlarına ait

Veri Toplama Araçları

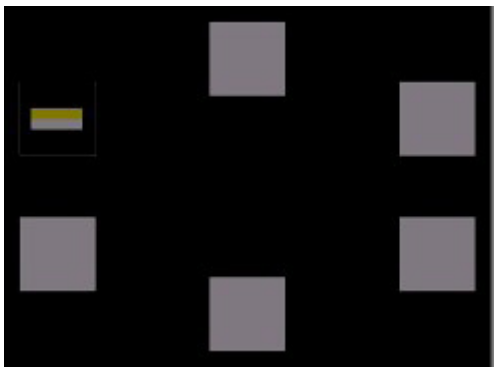
CANTAB (The Cambridge Neuropsychological Test Automated Battery)

– Dilden bağımsız testler
– Dokunmatik ekran teknolojisi
– Hızlı ve invaziv olmayan kognitif değerlendirme
– Kolay uygulama
– Bilişsel bozuklukların saptanmasında hassas

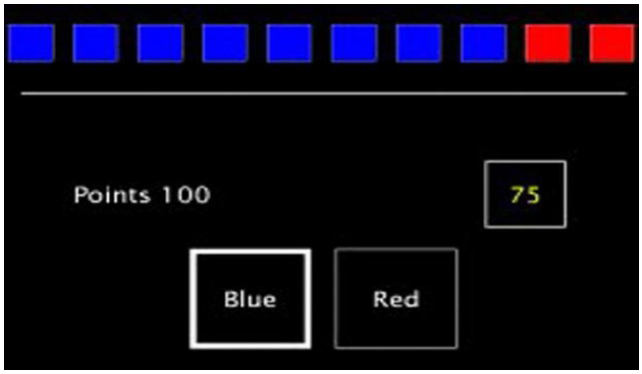
Veri Toplama Araçları

Uygulanan testler;

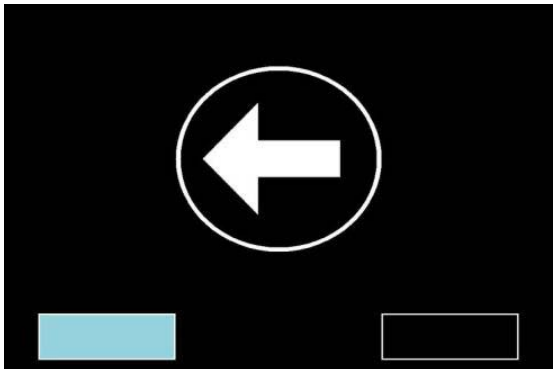
- **CANTAB Cambdrige Kumar Testi (CGT):** Öğrenme durumu dışlanarak karar verme -yapma davranışını ölçen bir testtir.
- **CANTAB Sinyal Durdurma Testi (SST):** Yanıt inhibisyon yeteneğini ölçen klasik stop sinyal reaksiyon zamanı testidir.
- **CANTAB Eşleştirilmiş Çağrışımsal Öğrenme (PAL):** Hipokampal fonksiyona duyarlı görsel öğrenme ve bellek testidir



PAL



CGT



SST

Bulgular ve Tartışma

Sosyodemografik Bulguların Tartışılması

Tablo 1. Çalışmaya katılan kişilerin çalışma gruplarına göre sosyodemografik özelliklerinin incelenmesi

		Grup						P
		Opiyat		SK		Kontrol		
		n	%	n	(%)	n	(%)	
Yaş*		28,0	24,0-32,5	29,0	26,0-34,0	29,0	26,0-34,0	0,696a
Eğitim Durumu	İlk-orta	28	70,0	30	(75)	23	(58,9	
	Lise	11	27,5	7	(17,5)	13	(33,3)	0,118a
	Üniversite ve üstü	1	2,5	3	(7,5)	3	(7,7)	
Medeni Durum	Bekar	25	62,5	21	(52,5)	27	(69,2)	
	Evli	13	32,5	17	(42,5)	9	(23,1)	0,462a
	Dul-boşanmış-ayrı yaşıyor	2	5,0	2	(5,0)	3	(7,7)	
Kiminle Yaşıyor	Yalnız	1	2,5	1	(2,5)	1	(2,6)	
	Ailesi ile	34	85	38	(95)	38	(95)	0,295a
	Akraba-arkadaş ile	5	12,5	1	(2,5)	1	(2,6)	
Çalışma Durumu	Evet	20	50,0	24	(60,0)	23	(59,0)	0,612b
	Hayır	20	50,0	16	(40,0)	16	(41,0)	
Ailede psikiyatrik hastalık	Yok	33	86,8	34	(89,5)	36	92,3	0,737
	Var	5	13,2	4	(10,5)	3	7,7	
Yasal sorun	Yok	21	61,8	15	(40,5)	38	95	0,074
	Var	13	(38.2)	22	(59.5)	2	5	

[a]Fisher testi, [b]Kikare testi

Tablo 2. Çalışmaya katılan madde kullanıcılarının madde kullanım özelliklerinin karşılaştırılması

		Grup				P*
		Opiyat		SK		
		n	(%)	n	(%)	
İlk kullanım maddesi	Esrar	29	(72,5)	34	(85,0)	0,172[a]
	Esrar dışı madde	11	(27,5)	6	(15,0)	
Madde kullanım sıklığı	Her gün	40	(100,0)	36	(90,0)	0,116[b]

[a]Fisher testi, [b]Kikare testi

Sosyodemografik Bulguların Tartışılması

- Grupların; sosyodemografik özellikleri, psikiyatrik komorbiditeleri açısından birbirine benzer olması grupların nörokognitif işlevleri ile ilgili yaptığımız karşılaştırmaların güvenilirliğini artırmakta.

Sosyodemografik Bulguların Tartışılması

- Araştırmamızda madde kullanan olguların eğitim düzeyi ve çalışma durumları birbirleriyle benzer özellikler göstermekte
  - Opiyat grubunun %57'si, SK grubunun %40'ı; 5. Sınıftan sonra eğitime devamsız
  - Üniversite eğitimine devam eden olguların oranı yalnızca %3,6
  - Okuldan kaçma, davranım bozukluğu gibi okula devam problemleri oluşturan durumlar, madde kullanım riskini artırabildiği gibi bazen de madde kullanımına başlama, okul devamlılığını sekteye uğratmakta ve eğitim hayatının sonlanmasına neden olabilmekte
    - Castellanos ve ark.
  - Kannabinoid kullanımının bilişsel bozulmalar ile ilişkisi bulunması nedeniyle, olguların değerlendirilmesinde ders başarısı ve lise mezuniyeti ölçütleri önemli (61)
  - Bu sonuçlar eğitim düzeyinin düşük olmasının bağımlılık için zemin oluşturduğu düşüncesini desteklemekte (110)

Sosyodemografik Bulguların Tartışılması

- Yapılan birçok çalışmada madde bağımlıları arasında işsizlik oranının %12-38 arasında olduğu bildirilmiş
- Bizim çalışmamızda da tüm olgular içerisinde işsizlik oranı %43,7 olarak saptanmıştır (110)

Sosyodemografik Bulguların Tartışılması

- Çalışmamızda aile gelir düzeyleri açısından çalışma gruplarının benzer özellikler taşıdığı saptanmıştır.
- Sentetik Kannabinoid kullanıcılarının %57,5'inin,
- opiyat kullanıcılarının %70'inin düşük gelir düzeyine sahip olduğu görülmüştür.
- Sonuçlarımız, Türkiye'de düşük gelir düzeyine sahip kişilerde daha yüksek oranda madde kullanımının görüldüğünü belirten çalışmalarla uyumludur (106).

Sosyodemografik Bulguların Tartışılması

- Amerika ve Avrupa'da yapılan birçok araştırma, madde bağımlılığı ile suç işleme arasındaki bu ilişkiyi incelemiştir (96, 111, 112, 113)
- Ne var ki ülkemizde söz konusu ilişkiyi inceleyen çalışma sayısı oldukça azdır (114)
- Bütün bu araştırmalarda madde kullanımı ile suç arasında bir ilişkinin olduğu ortaya konulmuştur
- Çalışmamızda opiyat kullanıcılarında yasal sorun yaşama oranı 38,2 iken, sentetik kannabinoid grubunda bu oran 59,6
- SK kullanıcılarında bu oranın daha yüksek olduğu dikkat çekmekte ancak iki grup karşılaştırıldığında anlamlı bir fark saptanmamıştır

Sosyodemografik Bulguların Tartışılması

- İlk kullanım maddesi esrar olanların oranı %78,8
- Madde kullanım sıklığı her gün olanların oranı %95,0
  - Opiyat grubunda her gün madde kullanım sıklığı %100 iken
  - SK grubunda %90
  - Gruplar arası anlamlı fark saptanmamıştır

Sosyodemografik Bulguların Tartışılması

- Dünya genelinde, tüm yaş gruplarında
- Esrar genellikle ilk denenen madde
- Araştırmamızda ilk kullanılan maddenin %78,8 oranla esrar olduğu tespit edilmiştir
- Genellikle eroin, kokain gibi maddelerin yüksek bağımlılık potansiyeli taşıyor olması nedeniyle kişiler, öncelikle daha az bağımlılık potansiyeli olduğu düşünülen maddeler ile madde kullanımına başlamakta
- Sentetik kannabinoidlerin; eroine benzer şekilde; kullanıcıların ilk kullandığı madde olmaması; aynı zamanda her iki grupta da her gün madde kullanım oranlarının çok yüksek olması, sentetik kannabinoidlerin de tıpkı eroin gibi yüksek bağımlılık potansiyeli taşıdığını düşündürebilir.
- Bu nedenle sentetik kannabinoidlerin yoksunluk bulguları ve bağımlılık potansiyelleri ile ilgili yapılacak daha fazla araştırmaya ihtiyaç bulunmaktadır

Tablo 3. Çalışmaya katılan madde kullanıcılarının Bağımlılık Profil İndeksinin (BAPİ) karşılaştırılması

	Grup				p*
	Opiyat		SK		
	Ortanca	IQR	Ortanca	IQR	
Madde kullanım özellikleri	2,73	(2,27 -3,73)	2,45	(2,27 -3,64)	0,359
Tanı	16,00	(12,50 -20,00)	15,50	(10,75 -19,75)	0,654
Yaşam üstüne etkileri	29,00	(23,50 -35,50)	29,00	(21,50 -36,00)	0,680
Şiddetli istek	12,00	(8,00 -14,00)	11,50	(8,00 -13,50)	0,304
Motivasyon	11,00	(9,00 -12,00)	10,00	(9,00 -11,00)	0,028
BAPİ toplam puanı	14,01	(11,28 -16,03)	13,58	(9,80 -15,57)	0,308
Mann Whitney u testi, IQR Interquartilerange					

Tablo 4. Çalışmaya alınan gruplarınınnörokognitif işlevlerinin karşılaştırılması

	Grup				P*
	Opiyat		SK		
	Ortanca	IQR	Ortanca	IQR	
PAL toplam hata sayısı	15,5	(10,50-27,50)	31,00	(21,00-41,00)	**<0,001**
PAL ortalama başarı skoru	1,78	(1,50-2,50)	2,25	(1,94-2,44)	**<0,001**
PAL ilk hamle başarı skoru	15,0	(11,50-18,00)	13,50	(9,50-17,00)	**<0,001**
SST SSRT (son 202,2					

Sosyodemografik Bulguların Tartışılması

- Çalışmaya katılan madde kullanıcılarının bağımlılık profil indeksi (BAPİ) karşılaştırılmıştır
- Opiyat kullananlarda motivasyon ortanca değerinin, Sentetik Kannabinoid kullananlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (p: 0,028).
- Diğer değişkenlerle madde kullanıcıları arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. (p>0,05) (Tablo 3)

Sosyodemografik Bulguların Tartışılması

- Madde kullanan grupların bağımlılık profil indeksi karşılaştırıldığında, opiyat kullananlarda motivasyon ortanca değerinin, sentetik kannabinoid kullananlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.
- Bu sonucun elde edilmesinde, beklenen durumlardan biri veri topladığımız hasta grubunun özellikleri olabilir. Hasta grubunun çoğu yatan hasta grubudur. Hastanede yatan madde bağımlılığı olan hastaların ise özellikle arınma dönemlerini atlattıktan sonra yatış dönemleri esnasında madde kullanma isteklerinin daha az olduğu bilinmektedir.
- Hem madde isteklerinin azalmış olması hem de uygulanan tedavi ile bağlantılı olarak motivasyonlarında geçici de olsa artışlar olabilir (92). Diğer değişkenlerle madde kullanıcıları arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0,05)

Frontal İşlevler ile İlgili Verilerin Tartışılması

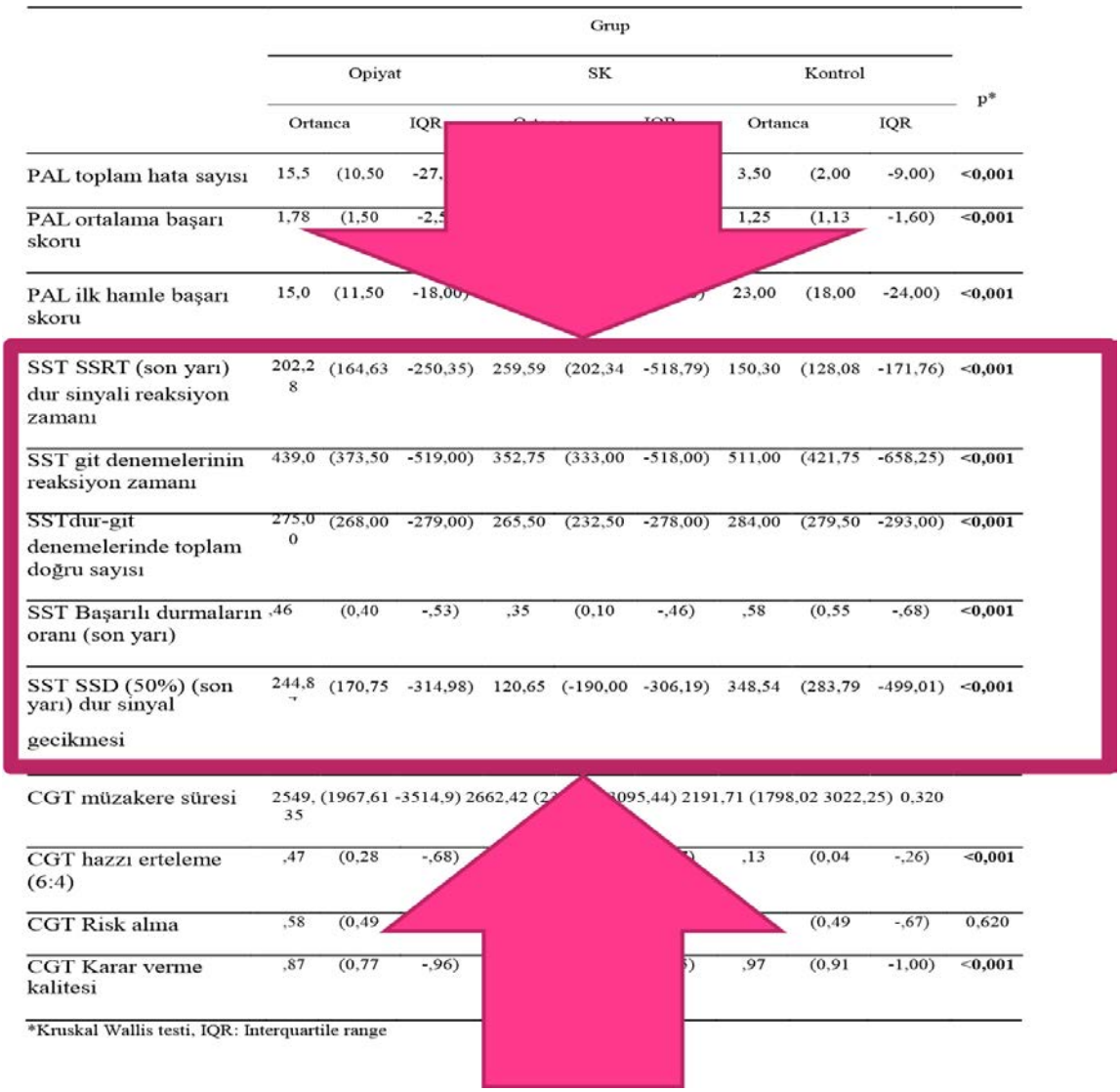
Öğrenme ile İlgili Verilerin Tartışılması

- Katılımcıların nörokognitif işlevleri post hoc analizlere göre karşılaştırıldı
- Opiyat ve SK gruplarında PAL toplam hata sayısı ortanca değerinin, kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu saptandı
- SK ile opiyat grupları arasında anlamlı farklılık saptanmadı
- Opiyat ve SK gruplarında PAL ilk hamle başarı skoru ortanca değeri, kontrol grubuna göre daha düşük olduğu saptandı
- SK ile opiyat grupları arasında anlamlı farklılık saptanmadı

Frontal İşlevler ile İlgili Verilerin Tartışılması

Öğrenme ile İlgili Verilerin Tartışılması

- Kronik kannabis kullanımının bilgi kodlama, depolama ve öğrenmeyi bozduğuna dair kanıtlar mevcut
  - Medina ve arkadaşları 2007' de yaptıkları bir çalışmada (67) kannabinoid kullanıcılarında bilgi depolamada bozulma saptamışlar
  - Jacobsen ve arkadaşları 2007 de yaptıkları bir çalışmada (115) çalışma belleği ve sözel öğrenmede kannabis kullanıcılarında bozulma saptamışlar
  - Hanson ve ark. (2010) kannabis kullanıcılarının çalışma belleğindeki bozulmanın sağlıklı kontrollerden daha çok olduğu saptanmış
- Literatürde kannabis kullanıcılarının vizo-sipasyal bellek işlevleri hakkında yapılmış az çalışma var ve bunlar çelişkili sonuçlar içermekte (66)



	Grup									
	Opiyat			SK			Kontrol			p*
	Ortanca		IQR			IQR	Ortanca		IQR	
PAL toplam hata sayısı	15,5	(10,50	-27,				3,50	(2,00	-9,00)	<0,001
PAL ortalama başarı skoru	1,78	(1,50	-2,5				1,25	(1,13	-1,60)	<0,001
PAL ilk hamle başarı skoru	15,0	(11,50	-18,00				23,00	(18,00	-24,00)	<0,001
SST SSRT (son yarı) dur sinyali reaksiyon zamanı	202,28	(164,63	-250,35)	259,59	(202,34	-518,79)	150,30	(128,08	-171,76)	<0,001
SST git denemelerinin reaksiyon zamanı	439,0	(373,50	-519,00)	352,75	(333,00	-518,00)	511,00	(421,75	-658,25)	<0,001
SSTdur-git denemelerinde toplam doğru sayısı	275,00	(268,00	-279,00)	265,50	(232,50	-278,00)	284,00	(279,50	-293,00)	<0,001
SST Başarılı durmaların oranı (son yarı)	,46	(0,40	-,53)	,35	(0,10	-,46)	,58	(0,55	-,68)	<0,001
SST SSD (50%) (son yarı) dur sinyal gecikmesi	244,8	(170,75	-314,98)	120,65	(-190,00	-306,19)	348,54	(283,79	-499,01)	<0,001
CGT müzakere süresi	2549,35	(1967,61	-3514,9)	2662,42	(2	095,44)	2191,71	(1798,02	3022,25)	0,320
CGT hazzı erteleme (6:4)	,47	(0,28	-,68)				,13	(0,04	-,26)	<0,001
CGT Risk alma	,58	(0,49						(0,49	-,67)	0,620
CGT Karar verme kalitesi	,87	(0,77	-,96)				,97	(0,91	-1,00)	<0,001

*Kruskal Wallis testi, IQR: Interquartile range

Frontal İşlevler ile İlgili Verilerin Tartışılması

Öğrenme ile İlgili Verilerin Tartışılması

- Opiyat bağımlıları ile yapılan çalışmalarda da, opiyat kullanıcılarının çalışma belleği, bilgi kodlama ve öğrenmede olan bozulmalarının sağlıklı kontrollerden daha çok olduğu bildirilmektedir; (2, 68) ancak eroinin "last–stage drug" olması nedeni ile sadece eroine spesifik kognitif yan etkilerin saptanması zordur, bu nedenle genellikle başka madde kullanıcıları ile kıyaslama çalışmaları yapılmaktadır. Opiyat kullanıcılarıliteratürde amfetamin kullanıcıları, alkol bağımlıları, patolojik kumarbazlar ve metadon kullanıcıları ile sık karşılaştırılmış (2, 4, 69)
  - Ornstein ve arkadaşları 2000'de yaptıkları tercih maddesi amfetamin ve eroin olan hasta gruplarını karşılaştırdıkları bir çalışmada, kronik amfetamin ve eroin kullanıcılarının sözel akıcılık ve temporal lob fonksiyonlarına duyarlı bellek testlerinde kontrol grubuna oranla daha kötü bir performans gösterdikleri saptanmış (74).
  - Fishbein ve arkadaşları 2007 de; alkol bağımlıları, opiyat bağımlıları ve sağlıklı kontrol gruplarının öğrenme ve vizo- sapsyal bellek işlevlerinin karşılaştırılmasında CANTAB PAL testi uygulanmış, CANTAB PAL toplam hata sayısı, opiyat grubunda, kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek görülmüş (69).

Frontal İşlevler ile İlgili Verilerin Tartışılması

Öğrenme ile İlgili Verilerin Tartışılması

- Araştırmamızda her iki madde kullanan grupta PAL toplam hata sayısı ortanca değerinin, kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu gösterilmiş ve madde kullanan grupta PAL ilk hamle başarı skoru ortanca değerinin, kontrol grubuna göre daha düşük olduğu saptandı.. Bulgularımız literatür ile uyumlu görünmektedir.
- Bu fonksiyonların yönetildikleri nöroanatomik alanlar göz önünde bulundurulduğunda; bu işlevlerdeki bozulma DLPFK, ve hippokampal alanda bir takım defisitler olabileceğine işaret eder (70, 71, 72, 73).

- Araştırmamızda PAL toplam hata sayısı ve PAL ilk hamle başarı skoru parametrelerine bakıldığında sentetik kannabinoid ile opiyat gruplarının sonuçlar istatiksel olarak benzerdir.

Frontal İşlevler ile İlgili Verilerin Tartışılması

Dürtüsellik ile İlgili Verilerin Tartışılması

Motor Dürtüsellik ile İlgili Verilerin Tartışılması

- Araştırmamızda yanıt inhibisyonu ve motor dürtüselliğin değerlendirildiği CANTAB-SST ölçümünde de hasta grupları, sağlıklı kontrollere göre anlamlı derecede başarısız saptandı.
  - Her iki madde kullanan grup arasında anlamlı fark saptanmadı.

Frontal İşlevler ile İlgili Verilerin Tartışılması

Dürtüsellik ile İlgili Verilerin Tartışılması

Motor Dürtüsellik ile İlgili Verilerin Tartışılması

- Literatürde kannabis kullanımının motor dürtüselliği arttırdığına dair kanıtlar mevcuttur. Bu durumun reaksiyon süresi ile mi yoksa karar verme kalitesi ile mi ilgili olduğu netleştirilememiştir (66).
- Pillay ve arkadaşlarının 2008' de, kannabis kullanımının üzerinden 28 gün süre geçmesine rağmen motor reaksiyonlardan sorumlu kortikal aktivitede azalmanın devam ettiğini saptamışlar (116).
- Medina ve arkadaşlarının 2007'de kannabis kullanıcılarının psikomotor fonksiyonlarının kontrol grubuna göre daha bozuk olduğu saptanmış (67).

Frontal İşlevler ile İlgili Verilerin Tartışılması

Dürtüsellik ile İlgili Verilerin Tartışılması

Motor Dürtüsellik ile İlgili Verilerin Tartışılması

- Baldacchino ve arkadaşları karışık opiyat kullanıcılarında (eroin, metadon ve diğer opiyat); Motor dürtüsellik ölçümlerinde, eroin grubu sağlıklı kontrollere göre daha çok görev hatası yapmıştır (80).
- Fishbein ve arkadaşlarının 2006'da opiyat kullanıcılarının motor dürtüsellik skorlarında, sağlıklı kontrol grubuna göre anlamlı bozulma olduğunu saptanmış (2).
- Araştırmamızda bu çalışmalarla uyumlu olarak yanıt inhibisyonu ve motor dürtüselliğin değerlendirildiği CANTAB-SST ölçümünde de hasta grupları, sağlıklı kontrollere göre anlamlı derecede başarısız saptanmıştır.

Her iki grup arasında anlamlı fark saptanmamıştır.

Frontal İşlevler ile İlgili Verilerin Tartışılması

Dürtüsellik ile İlgili Verilerin Tartışılması

Bilişsel Dürtüsellik ile İlgili Verilerin Tartışılması

Opiyat ve SK gruplarında CGT gecikme kaçınganlığı ortanca değeri, kontrol grubuna göre daha yüksek saptandı.

- SK ile opiyat grupları arasında anlamlı farklılık saptanmadı
- Opiyat ve SK gruplarında CGT karar verme kalitesi ortanca değeri, kontrol grubuna göre daha düşük saptandı.
- Opiyat grubunda SK grubuna göre daha yüksek olduğu saptandı.

Frontal İşlevler ile İlgili Verilerin Tartışılması

Dürtüsellik ile İlgili Verilerin Tartışılması

Bilişsel Dürtüsellik ile İlgili Verilerin Tartışılması

- Araştırmamızda her iki madde kullanıcısı grupta; CGT gecikme kaçınganlığı ortanca değerinin, kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.
- Gecikme kaçınganlığı yüksek olan (bekleyemeyen ve beklemek istemeyen kişiler); azalan sıralamada, artan sıralamaya göre daha yüksek puanlarda oynayacaklardır.
- Hızlı kararlar dürtüselliğin göstergesidir.

Frontal İşlevler ile İlgili Verilerin Tartışılması

Dürtüsellik ile İlgili Verilerin Tartışılması

Bilişsel Dürtüsellik ile İlgili Verilerin Tartışılması

- Rogers ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmalarında, opiyat bağımlılarının sağlıklı kontrollere göre daha dezavantajlı kararlar aldıklarını ve karar alma sürelerinin de daha uzun olduğunu tespit etmiş (69).
- Karar almanın süresi uzadığında alınan riskin düşük olması beklenirken; opiyat grubunun daha uzun sürelerde daha dezavantajlı kararlar almış olması karar verme kalitesinin düşüklüğünün bir göstergesi olabilir.

CGT müzakere süresi	2549,35	(1967,61	-3514,9)	2662,42	(2319,63	3095,44)	2191,71	(1798,02	3022,25)	0,320
CGT hazzı erteleme (6:4)	,47	(0,28	-,68)	,36	(0,26	-,67)	,13	(0,04	-,26)	**<0,001**
CGT Risk alma	,58	(0,49	-,69)	,59	(0,48	-,74)	,58	(0,49	-,67)	0,620
CGT Karar verme kalitesi	,87	(0,77	-,96)	,67	(0,44	-,85)	,97	(0,91	-1,00)	**<0,001**

*Kruskal Wallis testi, IQR: Interquartile range

Frontal İşlevler ile İlgili Verilerin Tartışılması

Dürtüsellik ile İlgili Verilerin Tartışılması

Bilişsel Dürtüsellik ile İlgili Verilerin Tartışılması

– **B**izim araştırmamızda SK ve opiyat grupları arasında karar alma süresi açısından istatiksel bir fark saptanmamış olsa bile
– CGT karar verme kalitesi ortanca değerinin, kontrol opiyat grubunda sentetik kannabinoid grubuna göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.
– SK kullanıcılarının
– Bu alanda daha düşük performans sergilemesi
– Diğer bilişsel dürtüsellik açısından opiyat kullanıcıları ile benzer performans
– Sentetik kannabinoidin de en az opiyatlar kadar karar verme kalitesini bozduğunu söylemek mümkün.

Frontal İşlevler İle İlgili Verilerin Tartışılması

Dürtüsellik ile İlgili Verilerin Tartışılması

- Araştırmamızda her iki maddenin bağımlılığının dürtü kontrolü üzerinde olumsuz etkisi olduğu saptanmıştır.
- Ayrıca sonuçlarımız SK ya da opiyat bağımlısı bir kişinin daha iyi planlanmış ve uygun sosyal davranışlar için dürtüyü engelleme yeteneğinin olumsuz etkilendiğini göstermiştir.

Frontal İşlevler İle İlgili Verilerin Tartışılması

Dürtüsellik ile İlgili Verilerin Tartışılması

- Literatürde iki farklı maddenin frontal işlevler üzerindeki etkilerini değerlendiren çok az sayıda çalışma bulunmaktadır.
  – Yapılan beyin görüntüleme çalışmalarında, farklı maddelerin farklı bölgelerde işlevsiz aktivasyona neden olabileceği gösterilmiş
  – Nöropsikolojik testler kullanılarak yapılan çalışmalarda farklı maddelerin klinik görünümde benzer işlev bozukluklarına neden olduğu belirtilmiş.
  – Bu durumun nedeninin beyin görüntüleme çalışmalarının, nöropsikolojik testlerle gösterilen minimal defisitleri saptamaya yetecek kadar duyarlı olmaması ile ilişkili olabileceği söylenmektedir (51).
  – Araştırmamızda sentetik kannabinoid ve eroin kullanıcılarının çoğu frontal işlev açısından benzer performans sergilemiş olması bu nedenle gerçekleşmiş olabilir.

Frontal İşlevler ile İlgili Verilerin Tartışılması

Dürtüsellik ile İlgili Verilerin Tartışılması

- Tüm bu bilgilerin ışığında hasta gruplarının sağlıklı kontrollere göre bilişsel ve motor dürtüsellik alanlarında daha başarısız olmaları, bu kişilerin tedavi planlamalarında dikkat edilmesi gereken bir konudur.
- Bu kişilerin davranış kontrollerinin kötü olması nedeniyle yaşantılarıyla ilgili karar verirken olası riskleri doğru değerlendiremeyecekleri göz önünde bulundurulmalıdır.
- Rehabilitasyon süreçlerinde daha somut ve yapılandırılmış yaklaşımların seçilmesi ve uzun vadeli planlama yapılırken destekleyici yaklaşılması bu kişilerin tedavide daha uzun kalmalarına yardımcı olabilir.

Frontal İşlevlerin Madde Kullanım Süresi İle İlişkisi

- Madde kullanım süresi ile PAL toplam hata sayısı arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı korelasyon vardır (rho: 0,413 p<0,001).
- Madde kullanım süresi ile PAL ortalama başarı skoru arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı korelasyon vardır (rho: 0,275 p:0,013).
- Madde kullanım süresi ile PAL ilk hamle başarı skoru arasında negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı korelasyon vardır (rho:-0,234 p: 0,037).
- Madde kullanım süresi ile SST SSRT (son yarı) dur sinyali reaksiyon zamanı arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı korelasyon vardır (rho: 0,417 p<0,001).
- Madde kullanım süresi ile SST git denemelerinin reaksiyon zamanı arasında negatif yönde orta düzeyde anlamlı korelasyon vardır (rho:-0,417 p<0,001).
- Madde kullanım süresi ile SST dur-git denemelerinde toplam doğru sayısı arasında negatif yönde orta düzeyde anlamlı korelasyon vardır (rho:-0,491 p<0,001).
- Madde kullanım süresi ile SST Başarılı durmaların oranı (son yarı) arasında negatif yönde orta düzeyde anlamlı korelasyon vardır (rho:-0,442 p<0,001).
- Madde kullanım süresi ile SST SSD (50%) (son yarı) dur sinyal gecikmesi arasında negatif yönde orta düzeyde anlamlı korelasyon vardır (rho:-0,434 p<0,001).
- Madde kullanım süresi ile CGT Karar verme kalitesi arasında negatif yönde çok güçlü düzeyde anlamlı korelasyon vardır (rho:-0,852 p<0,001).

Tablo 5. Çalışmaya katılan kişilerin madde kullanım süresi ile bilişsel işlevler arasındaki korelasyonun incelenmesi

	Madde kullanım süresi (yıl)	
	rho	p*
PAL toplam hata sayısı	0,413	**<0,001**
PAL ortalama başarı skoru	0,275	**0,013**
PAL ilk hamle başarı skoru	-0,234	**0,037**
SST SSRT (son yarı) dur sinyali reaksiyon zamanı	0,417	**<0,001**
SST git denemelerinin reaksiyon zamanı	-0,417	**<0,001**
SST dur-git denemelerinde toplam doğru sayısı	-0,491	**<0,001**
SST Başarılı durmaların oranı (son yarı)	-0,442	**<0,001**
SST SSD (50%) (son yarı) dur sinyal gecikmesi	-0,434	**<0,001**
CGT müzakere süresi	0,178	0,114
CGT hazzı erteleme (6:4)	0,115	0,309
CGT Risk alma	-0,053	0,644
CGT Karar verme kalitesi	-0,852	**<0,001**

*Spearman korelasyon analizi

Frontal İşlevlerin Madde Kullanım Süresi İle İlişkisi

- Her iki madde kullanıcısı grupta da madde kullanım süresi uzadıkça; öğrenme, bilişsel dürtüsellik ve motor dürtüsellikte bozulmanın arttığı görülmektedir.
- Bozulmaların geri dönüşlü olup olmadığına dair net bilgiler yok
  - Remisyon süresi ile bilişsel fonksiyonların arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmalarda
  - Resmiyon süresi uzasa dahi bilişsel işlevlerin düzelmediğini belirten çalışmalar da vardır (85)

Bağımlılık Tedavisinde Nörokognitif İşlevler Göz Önünde Bulundurulmalı!

- Madde bağımlılığı tedavisi için yürütülen girişimsel programların başarısı kişinin kognitif işlevleriyle doğrudan ilintilidir.
- Kognitif defisitler;
  - Kötü klinik progresyon seviyeleri
  - Tedaviye daha düşük bir katılım düzeyi
  - Yüksek tedavi bırakma oranları
- Kognitif defisiti olan hastaya
  - Destekleyici Yaklaşım
  - Motivasyonel Yaklaşım
  - Anında Bir Ödül İçermeyen Hedefler
  - Dürtüsel Tepkileri Engelleme

Frontal İşlevler ile İlgili Verilerin Tartışılması

- SK ve opiyatların beyin işlevleri üzerindeki etkileri ve özellikle yürütücü işlevler üzerindeki etkileriyle ilgili bilgilerimiz sınırlıdır.
- Kognitif bozulma geri dönüşlü mü?
- Bu alanla ilgili nöropsikolojik testler kullanılarak yapılan çalışmaların sayısı yeterli değildir
- Eş zamanlı olarak beyin görüntüleme çalışmalarıyla da desteklenmesi gerekmektedir.

Kısıtlılıklar

- Araştırmamız
  - Kesitsel
  - Kısıtlı sayıda
  - Yalnızca erkek
- Hangi çeşit SK?
- Opiyat last-stage drug
- Bu faktörler göz önünde bulundurularak gelecekte dizayn edilecek yeni çalışmalar, elde edilecek verilerin geçerlilik ve çeşitliliğini artıracaktır.

Sonuçlar

- Opiyat kullanım bozukluğu tanılı ve Sentetik Kannabinoid kullanım bozukluğu tanılı hastalar sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığında öğrenme ve dürtüsellik davranışında anlamlı derecede bozulma saptanmıştır.
- Opiyat kullanım bozukluğu tanılı ve Sentetik Kannabinoid kullanım bozukluğu tanılı hastalar arasında öğrenme ve dürtüsellik davranışı açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır.
- Madde kullanıcısı olan her iki grupta da madde kullanım süresi uzadığında; öğrenme ve dürtüsellik davranışındaki bozulmanın arttığı saptanmıştır.
- Opiyat kullanım bozukluğu tanılı hastalarda SK kullanım bozukluğu olan hastalara oranla karar verme kalitesi daha yüksek saptanmıştır.

SS-04 Yaşlanma

GERİATRİK DEPRESYON HASTALARINDA BEDENSEL DUYUMLAR VE YAŞAM KALİTESİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Aslı Beşirli[1]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, İstanbul.

Amaç: Somatizasyon psişik fenomenin bedensel belirtilere dönüştüğü ego süreci olarak tanımlanmaktadır (1). Geriatrik depresyon hastalarında baskın somatik belirtiler görülebilmektedir (2). Ayrıca bu grup hastalarda depresyonla ilişkili olarak yaşam kalitesi de bozulabilmektedir (3). Bu çalışmanın amacı psikiyatri polikliniğine başvuran geriatrik depresyon hastalarında bedensel duyumlar ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin değerlendirilmesidir.

Yöntem: Kadın veya erkek fark etmeksizin 60 yaş ve üzeri DSM-5 tanı kriterlerine göre major depresyon tanısı konan ve Geriatrik Depresyon Ölçeği (GDÖ) skoru 14 ve üzeri olan, 40 hasta çalışmaya alınmıştır. Hastalara GDÖ, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ) psikosomatik belirtiler alt ölçeği, Bedensel Duyumları Abartma Ölçeği (BDAÖ), Yaşlılar İçin Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Modülü (WHOQOL-OLD) Kısa Versiyonu ve Kısa Akıl Muayenesi (KAM) uygulanmıştır. KAM skoru 24 ve üzeri olanlar çalışmaya dahil edilmiştir. Çalışma halen devam etmektedir.

Bulgular: WHOQOL-OLD "ölüm ve ölmek" alt ölçeği, BDAÖ ile istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı ilişkili saptandı (p=0.001) (Tablo 1). RBSÖ "Psikosomatik belirti" alt ölçek skoru gruplarında WHOQOL-OLD "ölüm ve ölmek" skoru ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (p=0.017) (Tablo 2). Psikosomatik belirti skoru yüksek olan grubun WHOQOL-OLD "ölüm ve ölmek" skoru ortalaması psikosomatik belirti skoru orta olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksekti (p=0.014).

Tartışma ve Sonuç: Bu çalışmada yaşam kalitesi ölçeğinin ölüm ile ilgili skorlarının bedensel duymların şiddeti ile pozitif yönde ilişkili olduğu saptandı. Geriatrik yaş grubunda, depresyon yaşamın birçok alanını olumsuz yönde etkileyebilmekte, uzun süre devam ettiğinde ölüm kaygısını artırabilmekte ve yaşamın geri kalanında tatminsizliğe neden olabilmektedir. Ölüm kaygısı aynı zamanda fiziksel işlevlerin azalması ve uzayan hastalıklar gibi nedenlerle yaşam kalitesini azaltabilmektedir (4). Bu çalışmada da bedensel duyumların şiddetindeki artış ölümle ilgili skorlarda artışa neden olarak yaşam kalitesini azaltmış olabilir.

Sonuç olarak, geriatrik depresyon hastalarında yaşam kalitesi bedensel duyumlar ile ilişkili gibi görünmektedir. Bedensel belirtilerin iyileştirilmesi yaşam kalitesinin dolayısıyla da depresyonun düzelmesine katkıda bulunabilir.

Anahtar kelimeler: Geriatrik depresyon, bedensel duyumlar, yaşam kalitesi

Kaynaklar

1. Eker, Engin, Ayşın Noyan. "Yaşlıda depresyon ve tedavisi." Klinik Psikiyatri 2. 2004: 75-83.
2. Grover S, Sahoo S, Chakrabarti S, Avasthi A. Anxiety and somatic symptoms among elderly patients with depression. Asian J Psychiatr. 2019;41:66-72.
3. Sivertsen H, Bjørkløf GH, Engedal K, Selbæk G, Helvik AS. Depression and Quality of Life in Older Persons: A Review. Dement Geriatr Cogn Disord. 2015;40(5-6):311-39.
4. Cho S, Cho OH. Depression and quality of life in older adults with pneumoconiosis: The mediating role of death anxiety. Geriatr Nurs. 2022 ;44:215-220.

SS-05 Psikiyatrik Genetik

THE RELATIONSHIP OF THE METHYLATION STATUS AND POLYMORPHISM OF GLUCOCORTICOID RECEPTOR GENE (NR3C1) WITH ATTEMPTED SUICIDE OR NON-SUICIDAL SELF-INJURY PATIENTS IN SCHIZOPHRENIA

Sacide Pehlivan[1,2], Yusuf Ezel Yildirim[3], Hasan Mervan Aytac[1,4], Yasemin Oyaci[2], Pinar Cetinay Aydin[5]

[1]*Department of Developmental Behavioral Disorders and Integrative Approach, Istanbul Faculty of Medicine, Istanbul University, Istanbul, Turkey*
[2]*Department of Medical Biology, Istanbul Faculty of Medicine, Istanbul University, Turkey*
[3]*Psychiatry Unit, Of State Hospital, Trabzon, Turkey*
[4]*Department of Psychiatry, Basaksehir Cam and Sakura City Hospital, Istanbul, Turkey*
[5]*University of Health Sciences Department of Psychiatry, Bakirkoy Research and Training Hospital for Psychiatry, Neurology and Neurosurgery, 12. Psychiatry Clinic, Istanbul, Turkey*

Abstract

Objective: We aim to investigate the methylation of *NR3C1* gene promotor and *NR3C1 BclI* polymorphism in schizophrenia (SCZ) patients with attempted suicide or non-suicidal self-injury.

Methods: A sample of 112 patients with SCZ and 89 age- and sex-matched healthy volunteers were included in the study. SCID-I was used to confirm the diagnosis according to DSM-IV-TR criteria. The patients were evaluated by data forms that had sociodemographic, suicidal behavior, and non-suicidal self-injury information. Methylation-specific PCR was used to identify the methylation of the *NR3C1* gene. The analysis of the BclI polymorphism of the *NR3C1* gene was evaluated by using the PCR-RFLP.

Results: Our results demonstrated that the *NR3C1* gene methylation and *NR3C1* genotype distribution in SCZ patients were not statistically significantly different from those of the control group. While the *NR3C1* gene methylation was not statistically significantly different, the *NR3C1* genotype distribution was significantly different between the SCZ groups due to attempted suicide. SCZ patients carrying the CC genotype had a lower risk of attempted suicide, having the GG genotype in SCZ patients was at higher risk in terms of attempted suicide. Additionally, the *NR3C1* gene methylation and *NR3C1* genotype distribution were not significantly different between the groups due to the non-suicidal self-injury in SCZ patients.

Conclusion: We propose that the *NR3C1* BclI polymorphism may be associated with attempted suicide in Turkish patients diagnosed with SCZ.

Keywords: Schizophrenia, NR3C1-specific DNA methylation, single nucleotide polymorphism, attempted suicide, non-suicidal self-injury

Introduction

It has found some biological factors related to suicidal behavior, such as the low function of the serotonergic systems that were present in people who attempted suicide, as well as the dopaminergic, noradrenergic, hypothalamic–pituitary–adrenal (HPA) axis, cholesterol, glutaminergic, and GABAergic systems, which are related to suicide attempt risks (1, 2). Abnormalities of the HPA axis have been consistently reported in major depression and completed suicide. Several examinations showed hypercortisolemia in patients with suicidal behavior, while others reported lower levels of cortisol in reaction to stress tests (3). Studies reported that environmental factors causing alterations of epigenetic mechanisms could be related to the HPA axis and suicide. For example, people with suicide attempt had lower cortisol concentrations and lower *NR3C1* (α isoform) mRNA, which would be associated with *NR3C1* methylation (4). In addition the polymorphisms might also affect the processing of the primary glucocorticoid receptors (GR) transcripts and induce increased GR sensitivity, which influences the potency of inhibitory feedback within the HPA axis. *NR3C1* BclI high-function G allele carriers have been observed to show decreased cortisol responses following psychosocial stressors and greater cortisol suppression after dexamethasone administration (5). We hypothesized that the methylation of *NR3C1* gene promotor and *NR3C1* BclI polymorphism might be related to attempted suicide or nonsuicidal self-injury in schizophrenia (SCZ) patients. We aim to investigate the methylation of *NR3C1* gene promotor and *NR3C1* BclI polymorphism in SCZ patients with attempted suicide or nonsuicidal self-injury.

Methods

Patient Selection

A sample of 112 patients with SCZ and 89 age- and sex-matched healthy volunteers were included in the study. SCID-I was used to confirm the diagnosis according to DSM-IV-TR criteria. In addition, the patients were evaluated by data forms that had sociodemographic, suicidal behavior, and nonsuicidal self-injury information.

Subjects of 18 to 65 years of age, of either sex, literate, agreed on the participation in the study, diagnosed with SCZ according to the SCID-I interview, and had no other systemic/neurological disorder that may affect cognitive functions included in the study. We excluded subjects with mental retardation, neurodevelopmental disorders, or a diagnosis of axis-1 disorder other than SCZ.

DNA isolation and genotyping analyses:

We used the polymerase chain reaction-restriction fragment length polymorphism (PCR-RFLP) method to define genotypes of *NR3C1* BclI polymorphism. PCR was performed using forward and reverse (F-5'-TGCTGCCTTATTTGTAAATTCGT-3' and R-5'-AAGCTTAACAATTTTGGCCATC-3') primers.

Methylation-specific polymerase chain reaction:

For methylation-specific PCR analysis of the *NR3C1* gene, two pairs of primers, one methylated and one unmethylated, were used for each region (methylated primer pair: F-5'TCGGTTTCGTTCGTTCGTTTAGGTC-3' and F-5'CGTCCCGATCCCAACTACTTCGAC-3', unmethylated primer pair F-5'TTGGTTTTGTTTGTTTGTTTAGGTT-3' and F-5'CCATCCCAATCCCAACTACTTCAAC-3').

Statistical Analyses

Descriptive statistics included mean, standard deviation, frequency, and percentage. Pearson chi-square or Fisher's exact test was used to compare discrete variables (IBM SPSS version 21.0). We conducted power analysis with "G*power" software (version 3.0.5, http://www.psycho.uni-duesseldorf.de/abteilungen/aap/gpower3/), post hoc goodness of fit $\chi 2$ test, with "-error" probability of 0.05.

Results

Our results demonstrated that the *NR3C1* gene methylation in SCZ patients was not statistically significantly different from those of the control group. Again *NR3C1* genotype distribution in SCZ patients was not statistically significantly different from those of the control group. While the *NR3C1* gene methylation was not statistically significantly different, the *NR3C1* genotype distribution significantly differed between the SCZ groups due to attempted suicide. SCZ patients carrying the CC genotype had a lower risk of attempted suicide; having the GG genotype in SCZ patients was at higher risk in terms of attempted suicide. *NR3C1* gene methylation did not significantly differ between the groups due to the non-suicidal self-injury in SCZ patients. Again *NR3C1* genotype distribution in SCZ patients was not significantly different between the groups due to the non-suicidal self-injury.

Discussion

This is the first study investigating the methylation of *NR3C1* gene promotor and *NR3C1* BclI polymorphism in SCZ patients with attempted suicide or nonsuicidal self-injury. We found significant differences in the *NR3C1* genotype distribution between the SCZ groups due to attempted suicide. In the present study, relative to SCZ patients with the CC genotype, those with the GG genotype of BclI polymorphism had a 3.78-fold higher risk of attempted suicide, although there were no significant differences in genotype or allele frequencies distribution between the group with nonsuicidal self-injury and the group without nonsuicidal self-injury. Park et al. reported that the *NR3C1* BclI GG genotype, which reduces the cortical response to psychosocial stressors, is associated with early suicide within the first year after cancer diagnosis among cancer patients in the Korean population. Cancer patients with the GG genotype of BclI polymorphism had a 3.8-fold higher risk of early suicides, similar to our study (6). In addition, Van Rossum et al. also published that BclI polymorphism of the *NR3C1* gene in intron 2, of which the G allele was related to hypersensitivity to glucocorticoids (5). These results suggest that traumatic events might have more noticeable effects in individuals with genetic susceptibility codes for lesser modulatory feedback within the HPA axis.

Table 1. Sociodemographic characteristics of SCZ patients

		Schizophrenia (N:112)	
		Mean ± SD	
Age		38.0±10.0	
Duration of disorder		12.0±9.2	
Number of hospitalization		6.6±8.2	
		N	**%**
Sex	Female	36	32.1
	Male	76	67.9
Suicid Attempt	No	78	69.6
	Yes	34	30.4

(Abbreviations: SD, standart deviation)

Table 2. Comparison of frequencies of the *NR3C1* methylation and *NR3C1* genotype distribution of SCZ patients with healthy controls.

	Genotype	SCZ	Healthy Control	OR	95% CI	p*
		n=[a] (%)	n=89 (%)			
NR3C1	CC	56 (50.0)	52 (58.4)	0.712*	0.406-1.247*	.234*
	GC	44 (39.3)	32 (36.0)	1.153*	0.648-2.049*	.629*
	GG	12 (10.7)	5 (5.6)	2.016*	0.683-5.953*	.197*
***NR3C1* Methyl.**				OR		
	Partial	108 (96.4)	81 (91.0)			
	Unmethyl.	4 (3.6)	8 (9.0)	2.667*	0.776-9.163*	.107*

[a]n=112, *; Pearson chi-square, &; Fisher's Exact Test.

Table 3. Comparison of frequencies of the *NR3C1* methylation and *NR3C1* genotype distribution of attempted suicide patients diagnosed with SCZ to non-attempted SCZ patients.

	Genotype	Attempted Suicide Yes	No	OR	95% CI	p*
		n=[a] (%)	n=78 (%)			
NR3C1	CC	12 (35.3)	44 (56.4)	0.421*	0.183-0.970*	.040*
	GC	15 (44.1)	29 (37.2)	1.334*	0.589-3.023*	.489*
	GG	7 (20.6)	5 (6.4)	3.785[&]	1.107-12.945[&]	.042[&]
***NR3C1* Methyl.**				OR		
	Partial	32 (94.1)	76 (97.4)			
	Unmethyl.	2 (5.9)	2 (2.6)	2.375[&]	0.320-17.602[&]	.584[&]

[a]n=34, *; Pearson chi-square, [&]; Fisher's Exact Test.

Table 4. Comparison of frequencies of the *NR3C1* methylation and *NR3C1* genotype distribution of SCZ patients between the group with non-suicidal self-injury and the group without non-suicidal self-injury

	Genotype	non-suicidal self-injury Yes	No	OR	95% CI	p*
		n=[a] (%)	n=81 (%)			
NR3C1	CC	13 (50.0)	40 (49.4)	1.025*	0.424-2.480*	1.000[#]
	GC	11 (42.3)	31 (38.3)	1.183*	0.482-2.903*	.714*
	GG	2 (7.7)	10 (12.3)	0.592[&]	1.121-2.893[&]	.513[&]
***NR3C1* Methyl.**				OR		
	Partial	0 (0.0)	4 (4.9)			
	Unmethyl.	26 (100.0)	77 (95.1)	1.338[&]	1.196-1.497[&]	.570[&]

[a]n=26, *; Pearson chi-square, [&]; Fisher's Exact Test, [#];continuity correction.

Pandey et al. reported that the mRNA and protein expression of GRs is decreased in the prefrontal cortex and amygdala of teenage suicide victims compared with control subjects (7). In a postmortem brain study by McGowan et al., increased methylation in the exon 1F *NR3C1* promoter that would cause reduced hippocampal *NR3C1* expression was observed in suicide completers with a history of childhood abuse (4). These results are inconsistent with our research that *NR3C1* gene methylation did not significantly differ between the groups due to attempted suicide or nonsuicidal self-injury in SCZ patients. Different results may have been obtained because the studies were conducted in patient groups belonging to different ethnic populations.

Our study's strength is the first study showing the significant differences in the *NR3C1* genotype distribution between the SCZ groups due to attempted suicide. Secondly, our findings were more beneficial since participants were gathered from the same area. The first limitation was the small sample size. Secondly, other epigenetic mechanisms (histone deacetylation and hyperacetylation or miRNA) were not studied.

To sum up, *NR3C1* polymorphism was found to be associated with attempted suicide in SCZ patients. Therefore, we can speculate that having the GG genotype of BclI polymorphism of *NR3C1* had a significantly higher risk for attempted suicide in SCZ patients. This association may provide some clues for new therapeutic medications and personal strategies in the future.

References

1. Aytac HM, Alptekin FB, Burhan HS. Tüm Yönleriyle İntihar: Akademisyen Kitabevi; 2022.
2. Aytac HM, Oyaci Y, Yazar MS, Erol A, Pehlivan S. Association of MIF and MBL2 gene polymorphisms with attempted suicide in patients diagnosed with schizophrenia or bipolar disorder. Journal of clinical neuroscience. 2020;78:264-8.
3. Dionisio-García DM, Genis-Mendoza AD, González-Castro TB, Tovilla-Zárate CA, Juarez-Rojop IE, López-Narváez ML, et al. DNA Methylation of Genes Involved in the HPA Axis in Presence of Suicide Behavior: A Systematic Review. Brain Sciences. 2023;13(4):584.
4. McGowan PO, Sasaki A, D'alessio AC, Dymov S, Labonté B, Szyf M, et al. Epigenetic regulation of the glucocorticoid receptor in human brain associates with childhood abuse. Nature neuroscience. 2009;12(3):342-8.
5. van Rossum EF, Koper JW, van den Beld AW, Uitterlinden AG, Arp P, Ester W, et al. Identification of the BclI polymorphism in the glucocorticoid receptor gene: association with sensitivity to glucocorticoids in vivo and body mass index. Clin Endocrinol (Oxf). 2003;59(5):585-92.
6. Park S, Hong JP, Lee J-K, Park Y-M, Park Y, Jeon J, et al. Associations between the neuron-specific glucocorticoid receptor (NR3C1) Bcl-1 polymorphisms and suicide in cancer patients within the first year of diagnosis. Behavioral and brain functions. 2016;12(1):1-5.
7. Pandey GN, Rizavi HS, Tripathi M, Ren X. Region-specific dysregulation of glycogen synthase kinase-3β and β-catenin in the postmortem brains of subjects with bipolar disorder and schizophrenia. Bipolar disorders. 2015;17(2):160-71.

SS-06 Psikiyatrik Genetik

INVESTIGATION OF LEPTIN AND LEPTIN RECEPTOR GENE POLYMORPHISMS IN SCHIZOPHRENIA: FURTHER SUPPORT FOR AN ASSOCIATION WITH ATTEMPTED SUICIDE

Hasan Mervan Aytac[1,2], Yasemin Oyaci[3], Eren Aytac[4], Mustafa Pehlivan[5], Sacide Pehlivan[1,3]

[1]*Department of Developmental Behavioral Disorders and Integrative Approach, Istanbul Faculty of Medicine, Istanbul University, Istanbul, Turkey*
[2]*Department of Psychiatry, Basaksehir Cam and Sakura City Hospital, Istanbul, Turkey*
[3]*Department of Medical Biology, Istanbul Faculty of Medicine, Istanbul University, Istanbul, Turkey*
[4]*Department of Psychiatry, Konya Beyhekim Training and Research Hospital, Konya, Turkey*
[5]*Department of Hematology, Basaksehir Cam and Sakura City Hospital, Istanbul, Turkey*

Abstract

Objective: This study aims to evaluate the genetic polymorphisms in leptin (*LEP*) (G-2548A) and leptin receptor (*LEPR*) (668A>G) gene in schizophrenia (SCZ) patients with attempted suicide by comparing with non-attempted SCZ and healthy controls.

Methods: A sample of 120 patients with SCZ and 130 healthy volunteers were included in the study. SCID-I was used to confirm the diagnosis according to DSM-IV-TR criteria. The patients were evaluated by data forms that had sociodemographic, suicidal behavior, and symptom severity information. PCR-RFLP was used to determine gene polymorphisms from DNA material.

Results: While the distributions of the *LEP* genotype of SCZ patients were statistically significantly different from the healthy control group, the distributions of the *LEPR* genotype of SCZ patients were not statistically significantly different from the healthy control group. The heterozygous *LEP* GA genotype frequency was significantly higher in the control group than in the SCZ group. Furthermore, while the distributions of the *LEPR* genotype of attempted suicide patients in SCZ were statistically significantly different from the non-attempted SCZ patients, the distributions of the *LEP* genotype of attempted suicide patients in SCZ were not statistically significantly different from the non-attempted SCZ patients. The percentage of the heterozygous *LEPR* AG genotype was found to be statistically higher in the non-attempted SCZ patients compared to the attempted suicide SCZ patients.

Conclusion: Our study provided evidence that the *LEP* gene polymorphism may contribute to the development of SCZ in a Turkish cohort. In addition, *LEPR* gene polymorphism may also be associated with attempted suicide in SCZ.

Keywords: Schizophrenia, leptin, leptin receptor, single nucleotide polymorphism, attempted suicide

Introduction

The lifetime suicide rate in patients with schizophrenia (SCZ) is approximately 10% (1). Suicide is the most significant promoter to the decreased life expectancy in patients with SCZ. Examinations of potential biological risk factors for suicide have included investigations of the function of inflammatory markers and lipid dysregulation in recent years (2, 3). Leptin is produced by white adipose tissue and has a role in energy metabolism (4). Although the known effect of leptin is inhibiting appetite by leptin receptors located in hypothalamus, studies have reported changed levels of fatty acids, cholesterol, or leptin in individuals with suicidal behavior (5, 6). Therefore, we hypothesized that leptin (*LEP*) (G-2548A) and leptin receptor (*LEPR*) (668A>G) gene polymorphisms in SCZ patients might be related to attempted suicide. This study aims to evaluate the genetic polymorphisms in leptin (*LEP*) (G-2548A) and leptin receptor (*LEPR*) (668A>G) gene in SCZ patients with attempted suicide by comparing with non-attempted SCZ and healthy controls.

Methods

Patient Selection

The patients diagnosed with SCZ (n=120) were consecutively admitted to the outpatient psychiatry clinic of the Malazgirt State Hospital for three months; additionally, 130 gender-, age-, BMI- and ethnicity-matched healthy participants were included in case-control research. The patients were evaluated by data forms that had sociodemographic, suicidal behavior, and symptom severity information.

Based on the SCID-I interview, we involved patients diagnosed with SCZ, of either gender, literate, 18 to 65 years of age, and had no mental retardation, neurodevelopmental disorders, and other systemic/neurological diseases that may affect cognitive functions. Besides, we excluded subjects who refused participation, diagnosed with axis-1 disorder other than SCZ due to SCID-I interview, and SCZ secondary to substance use disorders or general medical conditions.

DNA analyses

We used the polymerase chain reaction-restriction fragment length polymorphism (PCR-RFLP) method to define genotypes of LEP -2548G/A (rs7799039) ve LEPR 668 A/G (rs1137101) SNPs. PCR was performed using forward and reverse (F:5'-TTTCCTGTAATTTTCCCGTGAG-3' and R:5'-AAAGCAAAAGACAGGCATA AAAA-3' for LEP -2548G/A; F:5'-GCCTAATCCAGTATTTTATATCTG-3' and R:5'-GCCACTCTTAATACCCCCCAGTAC-3' for LEPR 668A/G) primers.

Statistical Analyses

Statistical analysis was performed using IBM SPSS version 21.0. Descriptive statistics included mean, standard deviation, frequency, and percentage. Pearson chi-square or Fisher's exact test was used to comparing discrete variables, and an online software platform (https://gene-calc.pl/hardy-weinberg-page) was used to carry out Hardy–Weinberg equilibrium (HWE) tests, and all polymorphisms conformed to HWE (χ 2 test, $p > 0.05$) in SCZ and control groups. We conducted power analysis with "G*power" software (version 3.0.5, http://www.psycho.uni-duesseldorf.de/abteilungen/aap/gpower3/), post hoc goodness of fit $\chi 2$ test, with "-error" probability of 0.05. The possible presence of population stratification bias has been gauged, according to Lee and Wang. At the time that we collected samples and designed this study, the required smallest sample size was calculated as 200 cases (100 in each group) would have at least 80% power (for $\alpha = 0.05$).

Results

While the distributions of the *LEP* genotype of SCZ patients were statistically significantly different from the healthy control group, the distributions of the *LEPR* genotype of SCZ patients were not statistically significantly different from the healthy control group. The heterozygous *LEP* GA genotype frequency was significantly higher in the control group than in the SCZ group. Furthermore, while the distributions of the *LEPR* genotype of attempted suicide patients in SCZ were statistically significantly different from the non-attempted SCZ patients, the distributions of the *LEP* genotype of attempted suicide patients in SCZ were not statistically significantly different from the non-attempted SCZ patients. The percentage of the heterozygous *LEPR* AG genotype was found to be statistically higher in the non-attempted SCZ patients compared to the attempted suicide SCZ patients.

Discussion

Suicide is a complex phenomenon in which biological, psychological, and environmental factors interact with heterogeneous etiology. The risk of suicidal behavior is considered to be determined by a complex. This complex, which is defined as the "biological susceptibility model to stress" (stress-diathesis model), argues that stressors trigger suicidal behavior as a maladaptive stress response based on neurobiological and psychological predisposition. Sociocultural factors, traumatic life experiences, psychiatric history, personality traits, and genetic predisposition form the framework of this model (5). Adoption, twin, and family studies have proven that suicidal behavior has a genetic background independent of the heritability of major psychiatric disorders. A review of twin studies published between 1812 and 2006 showed the influence of genetic components (with a heritability of 30-55%) in suicidal behavior, largely independent of the inheritance of other psychiatric disorders (7).

As far as we know, this is the first study to evaluate the genetic polymorphisms in leptin (*LEP*) (G-2548A) and leptin receptor (*LEPR*) (668A>G) gene in SCZ patients with attempted suicide by comparing with non-attempted SCZ patients and healthy controls. Previous examinations focused on the relationship between serum leptin levels and weight gain due to antipsychotic treatment in SCZ patients. Several studies showed that increased leptin levels heavily depended on weight gain in patients with SCZ (8). Besides, several types of research suggest the possible relationship between serum leptin levels and suicide. Although, in the literature, few studies on this subject have examined the role of leptin in suicide, a study by Atmaca et al. has reported that plasma leptin level has been significantly lower in suicide attempters than in the control group (9). Eikelis et al. published that leptin mRNA expression levels are reduced in suicide victims compared to controls (10). Low serum leptin levels and reduced leptin mRNA in the central nervous system might contribute to suicidal behaviors, although some opposite outcomes are present (11). Likewise, some evidence suggests that leptin hypofunction is crucial to depression and suicide pathophysiology. It can be speculated that leptin inhibits hypothalamic–pituitary–adrenal (HPA) axis activity, and leptin hypofunction might result in hyperactivation of this axis (12). Again, growing evidence shows that leptin positively affects synaptic plasticity in the rodent hippocampus (13).

In our study, while having the heterozygosity for leptin (*LEP*) (G-2548A) can be advantageous for the prevention of disease occurrence, having the heterozygosity for leptin receptor (*LEPR*) (668A>G) can be advantageous for the prevention of attempted suicide in SCZ patients. Heterotic balance (heterozygous advantage) polymorphisms develop when the fitness of heterozygotes is higher than the fitness of both homozygotes in a given population (14). Accordingly, we can speculate the heterozygous advantage for the leptin (*LEP*) (G-2548A) and leptin receptor (*LEPR*) (668A>G) gene in the Turkish population. Our study's strength is that it is the first study to evaluate the genetic polymorphisms in leptin and leptin receptor gene in SCZ patients with attempted suicide by comparing it with non-attempted SCZ patients. Secondly, our study's findings seem more critical because SCZ patients and healthy participants were selected from the same location. The first limitation was the small sample size. A second limitation of our research is that the effects of smoking, psychotropic drugs can not be ruled out. Finally, the major limitation is the cross-sectional design, which does not allow us to conclude the directionality of the relationship between leptin and suicidality. In summary, our study provided evidence that the *LEP* gene polymorphism may contribute to the development of SCZ in a Turkish cohort. In addition, *LEPR* gene polymorphism may also be associated with attempted suicide in SCZ.

Table 1. Sociodemographic characteristics and suicidal behaviour of patients

		Schizophrenia (N:120)	
		Mean ± SD	
Age		40.88±10.60	
		N	%
Sex	Female	33	27.5
	Male	87	72.5
Suicid Attempt	No	85	70.8
	Yes	35	29.2
Method of Suicide	Poisoning	22	62.8
	Jumping from a height	9	25.7
	Cutting or piercing	3	8.6
	Hanging	1	2.9
Type of Suicide	Violent	13	37.2
	Non-violent	22	62.8
Family History	No	115	95.8
of Suicide	Yes	5	4.2

(Abbreviations: SD, standart deviation)

Table 2. The scale scores of patients

Schizophrenia		***Mean ± SD***	
PANSS pos.		11.72±3.92	
PANSS neg.		16.00±5.41	
PANSS psycho.		29.98±7.37	
PANSS total		57.71±13.26	
CGI-S		5.34±0.83	
CGI-I		2.23±0.77	
SATCI		12.85±4.45	

(Abbreviations: SD, standart deviation; PANSS, positive and negative syndrome scale; pos., positive; neg., negative; psycho., psychopathology; SATCI, schedule for assessing the three components of insight; CGI, clinical global impression scale; S, severity; I, improvement)

Table 3. Comparison of frequencies of the LEP (G-2548A) polymorphism between SCZ patients and healthy controls.

	Genotype	***SCZ***	***Healthy Control***	***OR***	***95% CI***	***p****
		n= a (%)	***n=130 (%)***			
G-2548A	AA	17 (14.2)	12 (9.2)	0.616*	0.281-1.351*	.223*
	GA	58 (48.3)	81 (62.3)	1.767*	1.068-2.925*	.026*
	GG	45 (37.5)	37 (28.5)	0.663*	0.390-1.127*	.128*
Allele				OR		
	A	92 (38.3)	105 (40.4)			
	G	148 (61.7)	155 (59.6)	1.090*	0.761-1.561*	.639*

[a]n=120, *; Pearson chi-square, [&]; Fisher's Exact Test.

Table 4. Comparison of frequencies of the LEPR (668A>G) gene polymorphism between SCZ patients and healthy controls.

	Genotype	***SCZ***	***Healthy Control***	***OR***	***95% CI***	***p****
		n= a (%)	***n=130 (%)***			
668A>G	AA	89 (74.2)	91 (70)	0.813*	0.467-1.415*	.464*
	AG	28 (23.3)	32 (24.6)	1.073*	0.600-1.919*	.813*
	GG	3 (2.5)	7 (5.4)	2.220[&]	0.561-8.787[&]	.338[&]
Allele				OR		
	A	206 (85.8)	214 (82.3)			
	G	34 (14.2)	46 (17.7)	0.768*	0.474-1.244*	.283*

[a]n=120, *; Pearson chi-square, [&]; Fisher's Exact Test.

Table 5. Comparison of LEP (G-2548A) genotype distribution of attempted suicide patients diagnosed with schizophrenia to non-attempted schizophrenia patients.

	Genotype	***Attempted Suicide Yes***	***No***	***OR***	***95% CI***	***p****
		n= a (%)	***n=85 (%)***			
G-2548A	AA	3 (8.6)	14 (16.5)	2.103[&]	0.565-7.834[&]	.389[&]
	GA	17 (48.6)	41 (48.2)	0.987*	0.449-2.169*	.973*
	GG	15 (42.9)	30 (35.3)	0.727*	0.326-1.625*	.437*
Allele				OR		
	A	23 (32.9)	69 (40.6)			
	G	47 (67.1)	101 (59.4)	1.396*	0.778-2.506*	.263*

[a]n=35, *; Pearson chi-square, [&]; Fisher's Exact Test.

Table 6. Comparison of LEPR (668A>G) genotype distribution of attempted suicide patients diagnosed with schizophrenia to non-attempted schizophrenia patients.

	Genotype	***Attempted Suicide Yes***	***No***	***OR***	***95% CI***	***p****
		n=[a] (%)	***n=85 (%)***			
668A>G	AA	29 (82.9)	60 (70.6)	0.497*	0.184-1.343*	.163*
	AG	4 (11.4)	24 (28.2)	0.328*	0.105-1.029*	.048*
	GG	2 (5.7)	1 (1.2)	5.091[&]	0.446-58.058[&]	.203[&]
Allele				OR		
	A	62 (88.6)	144 (84.7)			
	G	8 (11.4)	26 (15.3)	.715*	0.307-1.666*	.435*

[a]n=35, *; Pearson chi-square, [&]; Fisher's Exact Test.

References

1. Sher L, Kahn RS. Suicide in schizophrenia: an educational overview. Medicina. 2019;55(7):361.
2. Aytac HM, Oyaci Y, Yazar MS, Erol A, Pehlivan S. Association of MIF and MBL2 gene polymorphisms with attempted suicide in patients diagnosed with schizophrenia or bipolar disorder. Journal of clinical neuroscience. 2020;78:264-8.
3. Aytac HM, Ozdilli K, Tuncel FC, Pehlivan M, Pehlivan S. Tumor necrosis factor-alpha (TNF-α)− 238 G/A polymorphism is associated with the treatment resistance and attempted suicide in schizophrenia. Immunological Investigations. 2022;51(2):368-80.
4. Stieg MR, Sievers C, Farr O, Stalla GK, Mantzoros CS. Leptin: a hormone linking activation of neuroendocrine axes with neuropathology. Psychoneuroendocrinology. 2015;51:47-57.
5. Aytac HM, Alptekin FB, Burhan HS. Tüm Yönleriyle İntihar: Akademisyen Kitabevi; 2022.
6. González-Castro TB, Almeida de la O PdlA, Tovilla-Zárate CA, López-Narváez ML, Genis Mendoza AD, Juárez-Rojop IE, et al. Evaluation of leptin levels in serum as a biomarker for suicide behavior: systematic review and meta-analysis. International journal of neuroscience. 2021;131(1):49-55.
7. Voracek M, Loibl LM. Genetics of suicide: a systematic review of twin studies. Wiener Klinische Wochenschrift. 2007;119.
8. Song J, Chen Y, Zhao Q, Li H, Li W, Chen K, et al. Leptin Methylation and mRNA Expression Associated With Psychopathology in Schizophrenia Inpatients. Frontiers in Psychiatry. 2022;13:793910.
9. Atmaca M, Kuloglu M, Tezcan E, Ustundag B, Gecici O, Firidin B. Serum leptin and cholesterol values in suicide attempters. Neuropsychobiology. 2002;45(3):124-7.
10. Eikelis N, Esler M, Barton D, Dawood T, Wiesner G, Lambert G. Reduced brain leptin in patients with major depressive disorder and in suicide victims. Molecular psychiatry. 2006;11(9):800-1.
11. Acikel SB, Eroglu C, Ugras Dikmen A, Kurar E. The association between leptin receptor polymorphism and suicidal behaviour in depressed adolescents. International journal of psychiatry in clinical practice. 2020;24(2):120-6.
12. Heiman ML, Ahima RS, Craft LS, Schoner B, Stephens TW, Flier JS. Leptin inhibition of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis in response to stress. Endocrinology. 1997;138(9):3859-63.
13. Harvey J, Solovyova N, Irving A. Leptin and its role in hippocampal synaptic plasticity. Progress in lipid research. 2006;45(5):369-78.
14. Aytac HM, Yazar MS, Erol A, Pehlivan S. Investigation of inflammation related gene polymorphism of the mannose-binding lectin 2 in schizophrenia and bipolar disorder. Neurosciences Journal. 2021;26(4):346-56.

SS-07 Duygudurum Bozuklukları

DEPRESYONDA İNTİHAR DÜŞÜNCESİ OLAN VE OLMAYAN GRUPLARIN ERKEN DÖNEM UYUMSUZ ŞEMALAR AÇISINDAN KARŞILAŞTIRILMASI

Funda Erdi Akdağ[1], Ayşe Gökçen Gündoğmuş[2]

[1]*Bergama Necla-Mithat Öztüre Devlet Hastanesi*
[2]*Etlik Şehir Hastanesi*

Giriş

Majör Depresif Bozukluk (MDB), etiyolojisinde psikolojik, biyolojik ve sosyolojik faktörlerin rol oynadığı, süreğenleşme ihtimali yüksek olan, işlevsellikte belirgin azalma ile giden ve yeti yitimine yol açan bir ruhsal hastalıktır. Deprese duygudurum, psikomotor alanda değişiklikler, nörovejetatif ve bilişsel alan ile ilgili semptomların yanı sıra depresyonun klinik belirtilerinden birisi de özkıyım düşünceleridir

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre, özkıyım en sık 20 ölüm nedeninden biridir. Her yıl ortalama 800.000 kişinin özkıyım nedeni ile hayatını kaybettiği, intihar girişimlerinin ise çok daha fazla olduğu tahmin edilmektedir (1). Özkıyım nedeni ile ölen kişilerin yaklaşık %90'ında, duygudurum bozuklukları başta olmak üzere pek çok ruhsal hastalığın olduğu gösterilmiştir (2-4). Psikiyatrik hastalığı olan kişiler ile yapılan çalışmalarda, intihar olgularının %60'ında MDB tanısı olduğu, MDB tanılı bireylerin ise %15'inin intihar riski olduğu belirlenmiştir (5, 6).

MDB ile ilgili bilişsel risk faktörlerini değerlendirmek; depresyonu ve depresyonla ilişkili intihar davranışını önlemek ve tedavi yöntemleri geliştirmek açısından önemlidir. Depresyonun bilişsel teorileri, şemaların MDB için yatkınlık faktörü olduğunu ileri sürmektedir (7). Bilişsel psikolojinin şema kavramına yaklaşımını, Young ve arkadaşları genişleterek sistematik bir şekilde ele almışlardır. Onlara göre şema kavramı, karışık uyaranlar ve deneyimler kümesi içerisinde bir düzen yaratmaya çalışan, erken çocukluk döneminde oluşmaya başlayan, hayat boyu gelişen, hatıralar, duygular, düşünceler ve bedensel duyumlardan oluşan kalıplardır. Şemalar, tahmin edilebilir ve istikrarlı bir dünya algısı için zarar görme ihtimali dahi olsa kişiyi tanıdık olay ve durumlara sürükler, sonuç olarak kişinin işlevselliği azaltırlar ve özyıkıcıdırlar, yoğun negatif duygulara ve ruhsal hastalıklara sebep olurlar. Bu nedenle Young ve arkadaşları bu yaygın kalıpları, erken dönem uyumsuz şemalar olarak adlandırmış ve şema terapi modelinde 5 şema alanı altında 18 adet erken dönem uyumsuz şema tanımlamışlardır (8).

Şema modeli hem kişinin geçmişine hem de bugüne odaklanması nedeni ile MDB etiyolojisini aydınlatmak için alternatif bir modeldir. Erken dönem uyumsuz şemaların, MDB dahil pek çok psikopatoloji için yatkınlık oluşturduğu çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir. (9-15). Literatürde MDB'nin belirtilerinden biri olan intihar düşünce ve davranışı ile erken dönem uyumsuz şemaların arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışma sayısının kısıtlı olduğu görülmektedir. Var olan çalışmaların sonuçlarına bakıldığında, terk edilme/istikrarsızlık, güvensizlik/kötüye kullanılma, duygusal yoksunluk, kusurluluk/utanç, sosyal izolasyon/yabancılaşma, bağımlılık/yetersizlik, hastalıklar ve zarar karşısında dayanıksızlık, başarısızlık, duyguları bastırma, yüksek standartlar ve cezalandırıcılık şemalarının intihar düşünce, davranış ve girişimleri ile ilişkilendirildiği görülmektedir (16-19).

Bu bilgiler ışığında, biz çalışmamızda, major depresif bozukluğun tedavisine katkıda bulunabilmek, intiharı önleme çalışmalarına yönelik yeni veriler sağlayabilmek amacı ile; major depresif bozuklukta intihar düşünce ve davranışı ile şema alanlarının ve erken dönem uyumsuz şemaların ilişkisini araştırmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem

Çalışma, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Polikliniği'nde 01.09.2020-01.09.2021 tarihleri arasında yapılmıştır. Polikliniğe başvuran ve MDB tanısı alan; aktif intihar düşüncesi ve geçmişte intihar girişimi olmayan 45 kişi (birinci grup) ile aktif intihar düşüncesi olan (ikinci grup) 42 kişi çalışmaya dahil edilmiştir. Çalışmaya dahil olma kriterleri 18-65 yaş arası olma, okuma yazma bilme ve çalışmaya katılım konusunda gönüllü olmaktır. Bipolar affektif bozukluk, psikotik bozukluk, yaygın gelişimsel bozukluk, anlıksal yetiyitimi, aktif alkol/madde kullanım bozukluğu, demans, organik ruhsal bozukluk ve psikotik özellikli depresif bozukluk tanısı olması, çalışma sırasında bireyin aktif intihar planı olması, aktif intihar düşüncesi olmayan grup için geçmişte intihar girişimi öyküsü olması dışlama kriterleri olarak belirlenmiştir.

Katılımcılara, çalışma ile ilgili ayrıntılı bilgi verilmiş ve gönüllülük esası doğrultusunda çalışmaya dahil olduklarına dair yazılı olarak aydınlatılmış onamları alınmıştır. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurul Komitesinden etik kurul onayı alınmıştır.

Katılımcılara Sosyodemografik Veri Formu, Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ), Young Şema Ölçeği-Kısa Form-3 (YSÖ-KF3), İntihar Fikri için Beck Ölçeği, İntihar Olasılığı Ölçeği (İOÖ) uygulanmıştır.

Bulgular

Cinsiyet / Yaş / Eğitim

Araştırma kapsamındaki her iki grupta da kadınların erkeklerden daha fazla olduğu ve her iki grubun kadın ve erkek dağılımlarının istatistiksel olarak benzer olduğu görülmüştür. Bireylerin yaş ortalamalarının gruplara göre farklılığına bakıldığında, birinci grubun (38,89 ± 10,88) ikinci gruptan (30,40 ± 10,99) daha yüksek bir yaş ortalamasına sahip olduğu ve bu farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p < 0,05$). Katılımcıların aldıkları eğitim sürelerinin istatistiksel olarak birbirine benzediği bulunmuştur.

Grupların Araştırma Ölçekleri Açısından Karşılaştırılması

Beck Depresyon Ölçeği ve Beck Anksiyete Ölçeğiv açısından gruplar karşılaştırıldığında ikinci grubun depresyon ve anksiyete düzeylerine ilişkin ortalamanın birinci gruba göre daha yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p < 0,05$).

İntihar düşüncesi ölçeği ve intihar olasılığı ölçeğinin gruplara göre istatistiksel farklılığı incelendiğinde, anlamlı bir farklılığın meydana geldiği tespit edilmiştir ($p < 0,05$). İkinci grubun birinci gruba göre daha yüksek intihar düşüncesine ve olasılığına sahip olduğu tespit edilmiştir.

Yapılan karşılaştırmalar sonucunda, başkalarına yönelimlilik şema alanı dışında tüm şema alanlarında ikinci grubun birinci gruba göre daha yüksek puana sahip olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p < 0,05$). Katılımcıların sahip oldukları şemalardan, onay arayıcılık, kendini feda ve yüksek standartlar şeması dışında diğerlerinin, istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde ikinci grupta daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p < 0,05$). Depresyon şiddeti kontrol edilerek analizler tekrarlandığında dahi, aktif intihar düşüncesi olan grubun, kopukluk ve reddedilme şema alanı ve duygusal yoksunluk, sosyal izolasyon, duyguları bastırma ile kusurluluk şemalarında daha yüksek puanlar aldığı, bu farklılığın ise istatiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir.

Tartışma

Cinsiyet/ Yaş / Eğitim

Araştırmamızın gruplarında kadın cinsiyetin daha fazla olduğu görülmüş, gruplarımız arasında cinsiyet açısından anlamlı fark bulunmamıştır. Literatürde MDB sıklığının kadın cinsiyette daha fazla olduğu, erkek cinsiyete kıyasla ortalama 2 kat daha fazla görüldüğü belirtilmektedir. Araştırmamızın sonuçları literatür ile uyumludur (20-23). MDB ile ilgili epidemiyoloji çalışmaları, MDB başlangıcı için 30'lu yaşların başlarına ve ortalarına dikkat çekmektedir (24). Alanyazında MDB'nin 20-40 yaş arasında daha sık gözlendiği bildirilmektedir. Çalışmamızda grupların yaş ortalamaları literatür ile uyumlu bulunmuştur (24-26). Araştırmamızın grupları yaş dağılımı açısından karşılaştırıldığında, aktif intihar düşüncesi ve geçmişte intihar girişimi olmayan grubun, aktif intihar düşüncesi olan gruba kıyasla anlamlı olarak daha yüksek yaş ortalamasına sahip olduğu görülmektedir. Bu nedenle yaş analizlerde kontrol edilmiştir. Düşük eğitim seviyesinin intihar için risk faktörü olduğu bilinmekle birlikte, gruplarımız arasında eğitim süresi açısından anlamlı farklılık bulunmamıştır (25, 27, 28).

Ölçekler açısından gruplar arası farklar

Çalışmamızın grupları, uygulanan ölçekler açısından karşılaştırıldığında anlamlı farklılıklar olduğu görülmektedir. Depresyon şiddeti açısından iki grup karşılaştırıldığında aktif intihar düşüncesi olan grubun, aktif intihar düşüncesi ve geçmişte intihar girişimi olmayan gruba göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek puanlar aldığı görülmektedir. Literatürde, depresyon şiddetinin artmış intihar düşüncesi ve davranışı ile ilişkili olduğunu bildiren çalışmalara paralel olarak, çalışmamızda da benzer sonuçlar bulunmuştur (29, 30).

Gruplar intihar düşüncesi varlığı açısından incelendiğinde; aktif intihar düşüncesinin sadece tek grupta olması nedeni ile diğer gruba kıyasla anlamlı fark ortaya çıkmıştır. İntihar düşüncesini değerlendirmekte kullanılan İDÖ, kesme değeri olmayan, yüksek puanların daha yüksek intihar düşüncesi ve riski ile ilişkili olduğu bir ölçektir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmasında, ölçekten alınan puanlar 12.04±5.74 olarak saptanmıştır (31). Çalışmamızda aktif intihar düşüncesi olan grup ölçekten 5,38±2,96 puan almışlardır. Daha düşük puan saptamamızın nedeni, örneklemimizin düşük intihar riski olan bireylerden seçilmesi nedeni ile olabilir.

Gruplar intihar olasılığı açısından karşılaştırıldığında, aktif intihar düşüncesi olan grup, aktif intihar düşüncesi ve geçmişte intihar girişimi olmayan gruptan anlamlı olarak daha yüksek puanlar almıştır. İntihar düşüncesinin varlığının, geçmişte intihar girişimi öyküsünün olmasının ve yüksek depresyon şiddetinin intihar olasılığı açısından risk faktörü olduğu bilgisine dayanarak; aktif intihar düşüncesi olan grubun ölçekten daha yüksek puanlar alması beklendik bir bulgudur.

Araştırmamızda gruplar şema alanları ve erken dönem uyumsuz şemalara göre karşılaştırıldıklarında, aktif intihar düşüncesi olan grubun, aktif intihar düşüncesi ve geçmişte intihar girişimi olmayan gruba göre neredeyse tüm şema alanlarında ve erken dönem uyumsuz şemalarda daha yüksek puanlar aldıkları gözlenmektedir. Başkalarına yönelimlilik şema alanı ile kendini feda, onay arayıcılık ve yüksek standartlar şemaları hariç bütün şema alanları ve erken dönem uyumsuz şemalarda anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır. Literatürdeki çalışmalara bakıldığında depresyon şiddeti ile hemen hemen bütün şema alanları ve bazı erken dönem uyumsuz şemaların korele olduğu bulunmuştur. (12, 64-70). Ayrıca yine literatürde, depresyon ile erken dönem uyumsuz şemalar arasında transaksiyonel ve resiprokal ilişkinin olabileceğini vurgulayan çalışmalar mevcuttur. (19, 72). Bu nedenle, depresyon şiddeti kontrol edilerek analizler tekrarlanmış ve aktif intihar düşüncesi olan grubun, kopukluk ve reddedilme şema alanı ve duygusal yoksunluk, sosyal izolasyon, duyguları bastırma ile kusurluluk şemalarında halen daha yüksek puanlar aldığı, bu farklılığın ise istatiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir. Kopukluk ve reddedilme şema alanı ile bu şema alanına ait araştırmamızda anlamlı farklılık saptadığımız duygusal yoksunluk ve sosyal izolasyon şemalarının intihar düşünce ve davranışı ile ilişkisi, algılanan sosyal destek ve

aidiyet duygusunu merkeze alan intihar kuramları açısından bakıldığında da anlamlıdır (32-34). Duyguları bastırma şemasına sahip bireyler, adaptif duygu düzenleme stratejilerini görece daha az kullanıyor olabilirler (35). Bu nedenle, sıkıntı, acı verici deneyimler ve olumsuz duygular ile baş etmek için intihar düşüncelerine sahip olabilirler, intihar davranışında bulunabilirler. Son olarak, kusurluluk şeması; değersiz, istenmeyen, kötü biri olduğuna dair inançları kapsar. Bu kişiler aşağılanma, küçümsenme, utanç duygularını sık sık yaşarlar. Kötü biri olduğuna dair inanç, yaşamayı hak etmediği düşüncelerini beraberinde getirebilir (36).

Literatürde ise intihar düşünce ve davranışı ile erken dönem uyumsuz şemaların incelendiği çalışmaların sonuçlarına bakıldığında, birçok erken dönem uyumsuz şema intihar düşünce, davranış ve girişimleri ile ilişkilendirilmektedir (16-19,175, 176, 180, 224). Ancak veriler çok çeşitlidir ve aralarında fikir birliği olmadığı görülmektedir. Yatarak tedavi gören MDB tanılı hastalar içerisinde özkıyım girişimi olan ve olmayan grupların, sağlıklı kontroller ile birlikte EMS açısından karşılaştırıldığı bir çalışmada; MDB tanılı olup özkıyım girişimi olan grubun, diğer iki gruba kıyasla; başarısızlık, güvensizlik/kötüye kullanılma, duygusal yoksunluk, sosyal izolasyon ve terk edilme/istikrarsızlık şemalarında daha yüksek puanlar aldığı gözlenmiştir (16). Sonuçlarımız literatür ile kısmen uyumludur.

Kısıtlılıklar

Araştırmamızın kısıtlılıkları mevcuttur. Örneklem boyutumuzun kısmen kısıtlı kalması kısıtlılıklarımızın ilkidir. Çalışmamız her ne kadar öncesinde yapılan güç analizine göre yeterli sayıdaki katılımcı ile yapılmış ve önceki çalışmalarda da benzer katılımcı sayılarının olduğu görülmüş olsa da sonraki çalışmalarda daha büyük örneklem grubu ile tekrarlanması önerilir. Özellikle YŞÖ-KF-3 ölçeğinin fazla sayıda madde içermesi nedeni ile bazı katılımcılar ölçekleri tamamlamakta güçlük çekmişler ve çalışmadan dışlanmışlardır. Bir diğer kısıtlılığımız, araştırmamızın kesitsel dizaynda olmasıdır. Takip çalışmaları ile nedensellik açısından daha net veriler elde edilebilir. Çalışmamızda ek psikiyatrik komorbiditelerin dışlanmamış olması da bir kısıtlılıktır. Her ne kadar, katılımcılar MDB belirtileri nedeni ile tedavi arayışı içerisinde olsalar da özellikle kişilik bozukluğu başta olmak üzere diğer psikiyatrik hastalıkların dışlanmaması çalışmamızın heterojenitesini arttırmıştır. Psikiyatrik komorbiditesi olan katılımcıların dışlanacağı çalışmalar daha net sonuçlar verebilir. Çalışmamıza intihar riski yüksek bireylerin dahil edilmemesi bir başka kısıtlılıktır. Son olarak, hem depresyon gelişimi hem de özkıyım düşünceleri için yaş, cinsiyet ve eğitim gibi önemli faktörler analize dahil edilse de, çocukluk çağı travmaları, aile öyküsü, tıbbi hastalıklar, sosyal destek gibi değişkenler ve tahmin edilemeyen diğer faktörler dahil edilememiştir. Bu nedenle bu faktörler, bulgularımızdaki ilişkiyi etkilemiş olabilir. Daha sağlıklı sonuçlar için ileriki çalışmalarda daha fazla karıştırıcı faktörün analizlere dahil edilmesi önerilir.

Sonuç

Bulgularımız ışığında, belirli şema alanlarının ve erken dönem uyumsuz şemaların intihar düşüncesi ile ilişkili olduğu tespit edilmiş olup, bunların intihar düşüncesi için risk faktörü olabileceği öne sürülebilir. Nedensellik ilişkisinin kurulabilmesi için uzunlamasına çalışmalara ihtiyaç vardır. Literatürde depresif bozuklukta şema terapinin etkinliğine dair çalışma sonuçları bulunmaktadır. Verilerimiz depresyon tanılı ve intihar düşüncesi olan bireylere yönelik psikoterapi müdahalelerinde farklı şemalara odaklanan şema terapinin etkinliğine dair çalışmalar yapılmasının temelini atmaktadır.

Kaynaklar

1. Suicide in the world-Global Health Estimates. In: Organization WH, editor. 2019.
2. Mann JJ. A current perspective of suicide and attempted suicide. Ann Intern Med. 2002;136(4):302-11.
3. Arsenault-Lapierre G, Kim C, Turecki G. Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis. BMC Psychiatry. 2004;4:37.
4. Holma KM, Haukka J, Suominen K, Valtonen HM, Mantere O, Melartin TK, et al. Differences in incidence of suicide attempts between bipolar I and II disorders and major depressive disorder. Bipolar Disorders. 2014;16(6):652-61.
5. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Acil Psikiyatrik Tıp. Kaplan&Sadock Psikiyatri Davranış Bilimleri/Klinik Psikiyatri. 11 ed: Güneş Tıp Kitapevleri; 2016.
6. Bertolote JM, Fleischmann A. Suicidal behavior prevention: WHO perspectives on research. Am J Med Genet C Semin Med Genet. 2005;133C(1):8-12.
7. Dozois DJA, Beck AT. Chapter 6 - Cognitive Schemas, Beliefs and Assumptions. In: Dobson KS, Dozois DJA, editors. Risk Factors in Depression. San Diego: Elsevier; 2008. p. 119-43.
8. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. Schema therapy: A practitioner's guide. New York, NY, US: Guilford Press; 2003. xii, 436-xii, p.
9. Konukçu HB, Akkoyunlu S, Türkçapar MH. Early Maladaptive Schemas in Depressed Women and Its Relationship with Depression. Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi 2 (2013) 2013;2:98-105.
10. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. Schema therapy: A practitioner's guide. New York: The Guilford Press; 2003.
11. Riso LP, du Toit PL, Blandino JA, Penna S, Dacey S, Duin JS, et al. Cognitive aspects of chronic depression. J Abnorm Psychol. 2003;112(1):72-80.
12. Calvete E, Orue I, Hankin BL. Transactional relationships among cognitive vulnerabilities, stressors, and depressive symptoms in adolescence. J Abnorm Child Psychol. 2013;41(3):399-410.
13. Eberhart NK, Auerbach RP, Bigda-Peyton J, Abela JR. Maladaptive schemas and depression: Tests of stress generation and diathesis-stress models. Journal of Social and Clinical Psychology. 2011;30(1):75-104.
14. Thimm JC. Personality and early maladaptive schemas: a five-factor model perspective. J Behav Ther Exp Psychiatry. 2010;41(4):373-80.
15. Riso LP, Froman SE, Raouf M, Gable P, Maddux RE, Turini-Santorelli N, et al. The long-term stability of early maladaptive schemas. Cognitive Therapy and Research. 2006;30(4):515-29.

16. Ahmadpanah M, Astinsadaf S, Akhondi A, Haghighi M, Sadeghi Bahmani D, Nazaribadie M, et al. Early maladaptive schemas of emotional deprivation, social isolation, shame and abandonment are related to a history of suicide attempts among patients with major depressive disorders. Compr Psychiatry. 2017;77:71-9.
17. Flink N, Lehto S, Koivumaa-Honkanen H, Viinamäki H, Ruusunen A, Valkonen-Korhonen M, et al. Early maladaptive schemas and suicidal ideation in depressed patients. The European Journal of Psychiatry. 2017;31(3):87-92.
18. Leppänen V, Vuorenmaa E, Lindeman S, Tuulari J, Hakko H. Association of parasuicidal behaviour to early maladaptive schemas and schema modes in patients with BPD: The Oulu BPD study. Personality and Mental Health. 2015;10:n/a-n/a.
19. Dutra L, Callahan K, Forman E, Mendelsohn M, Herman J. Core schemas and suicidality in a chronically traumatized population. The Journal of nervous and mental disease. 2008;196(1):71-4.
20. Eaton WW, Shao H, Nestadt G, Lee HB, Bienvenu OJ, Zandi P. Population-based study of first onset and chronicity in major depressive disorder. Arch Gen Psychiatry. 2008;65(5):513-20.
21. Van de Velde S, Bracke P, Levecque K. Gender differences in depression in 23 European countries. Cross-national variation in the gender gap in depression. Soc Sci Med. 2010;71(2):305-13.
22. Öztürk MO, Uluşahin NA. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları 16 ed. Ankara: Nobel Tıp Kitapevi; 2020.
23. Akiskal HG. Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 8 ed. Ankara: Güneş Kitabevi; 2007.
24. Andrade L, Caraveo-Anduaga JJ, Berglund P, Bijl RV, De Graaf R, Vollebergh W, et al. The epidemiology of major depressive episodes: results from the International Consortium of Psychiatric Epidemiology (ICPE) Surveys. Int J Methods Psychiatr Res. 2003;12(1):3-21.
25. Kessler RC, Bromet EJ. The epidemiology of depression across cultures. Annu Rev Public Health. 2013;34:119-38.
26. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Duygudurum Bozuklukları. Kaplan&Sadock Psikiyatri Davranış Bilimleri/Klinik Psikiyatri. 11 ed: Güneş Tıp Kitapevleri; 2016. p. 347-86.
27. Heikkinen ME, Isometsa ET, Marttunen MJ, Aro HM, Lonnqvist JK. Social factors in suicide. Br J Psychiatry. 1995;167(6):747-53.
28. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Alonso J, Angermeyer M, Beautrais A, et al. Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. Br J Psychiatry. 2008;192(2):98-105.
29. Witte TK, Joiner TE, Jr., Brown GK, Beck AT, Beckman A, Duberstein P, et al. Factors of suicide ideation and their relation to clinical and other indicators in older adults. J Affect Disord. 2006;94(1-3):165-72.
30. Keilp JG, Grunebaum MF, Gorlyn M, LeBlanc S, Burke AK, Galfalvy H, et al. Suicidal ideation and the subjective aspects of depression. J Affect Disord. 2012;140(1):75-81.
31. Ozcelik HS, Ozdel K, Bulut SD, Orsel S. The reliability and validity of the Turkish version of the Beck Scale for Suicide Ideation (Turkish BSSI). Klinik Psikofarmakoloji Bülteni-Bulletin of Clinical Psychopharmacology. 2015;25(2):141-50.
32. Bryan CJ, Rudd MD. Nonlinear Change Processes During Psychotherapy Characterize Patients Who Have Made Multiple Suicide Attempts. Suicide Life Threat Behav. 2018;48(4):386-400.
33. Orden K, Merrill K, Jr T. Interpersonal-Psychological Precursors to Suicidal Behavior: A Theory of Attempted and Completed Suicide. Current Psychiatry Reviews. 2005;1:187-96.
34. Branley-Bell D, O'Connor DB, Green JA, Ferguson E, O'Carroll RE, O'Connor RC. Distinguishing suicide ideation from suicide attempts: Further test of the Integrated Motivational-Volitional Model of Suicidal Behaviour. J Psychiatr Res. 2019;117:100-7.
35. Lewis SP, Lumley MN, Grunberg PH. Early maladaptive schemas and non-suicidal self-injury among young adults: A preliminary investigation. Counselling Psychology Quarterly. 2015;28(4):386-402.
36. Della Mea C, Zancanella S, Ferreira V, Wagner M. Early maladaptive schemas in hospitalized patients for suicide attempt. Revista Brasileira de Terapias Cognitivas. 2015;11.

SS- 08 Klinik Psikiyatri

OTİZM SPEKTRUM BOZUKLUĞU TANILI ÇOCUKLARDA DOĞUM SIRASI VE HASTALIĞIN ŞİDDETİ ARASINDAKİ İLİŞKİ : VAKA KONTROL ÇALIŞMASI

Tayfun Kara[1], Orhan Kocaman[1], Pınar Aydoğan Avşar[2]

[1]Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Antalya, Türkiye

[2]ALKÜ Alanya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, Antalya, Türkiye

Özet

Amaç: Otizm spektrum bozukluğu (OSB), çocukluk çağında başlayan etiyolojisinde genetik, epigenetik ve çevresel risk faktörlerin bulunduğu nörogelişimsel bir bozukluktur. Bizde çalışmamızda OSB ile doğuma dair parametreler ve hastalığın belirti şiddeti arasındaki ilişkiyi incelmeyi amaçladık.

Yöntem: Çalışmaya OSB tanısına sahip 213 çocuk ile 152 sağlıklı çocuk olmak üzere toplam 365 katılımcı alındı. Tüm katılımcılar DSM-5 temelli psikiyatrik muayene ile değerlendirildi ve sosyodemografik veri formları elde edildi. Vaka grubuna ilave olarak OSB belirti şiddetini değerlendirmek için Çocukluk Çağı Otizm Değerlendirme Ölçeği (ÇODÖ) uygulandı. Elde edilen bulgular istatistiksel yöntemler ile değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmamızda OSB tanılı çocuklarda kontrol gurubuna kıyasla daha yüksek baba yaşı (p:0,047), 3,74 kat yüksek erkek cinsiyet oranı (p<0,001), daha düşük gelir düzeyi (p:0,054), daha düşük anne ve baba eğitim düzeyleri (sırasıyla p:0,004 / p:0,009) olduğu görülmüştür. Etkilenen çocuğun doğum sırası ve sağlıklı çocukların doğum sıraları arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır (p: 0,363). Etkilenen çocuğun doğum sırası ve toplam çocuk sayısı ile ÇODÖ skorları arasında anlamlı ilişki görülmemiştir (sırası ile r: 0,085 p: 0,279 / r: 0,101 p: 0,203).

Sonuç: Çalışmamızda doğum sırası otizm şiddeti arasında ilişki saptanmamıştır. Ancak OSB'li ailelerde ileri baba yaşı, düşük sosyoekonomik düzey ve eğitim düzeyi olduğu görülmüştür. Bu bulguların OSB'nin nedenlerine ilişkin gelecekteki araştırmalarda dikkate alınması gerektiğini düşünmekteyiz. Çalışmamızın, OSB'deki klinik heterojenliğe katkıda bulunan bu mekanizmanın anlaşılmasını ilerletmek için önemli etkileri vardır.

Anahtar kelimeler: Otizm spektrum bozukluğu, çevresel risk faktörleri, Doğum sırası, Aile

Giriş

Otizm spektrum bozukluğu (OSB), sosyal iletişimdeki temel eksiklikler ve kısıtlı ve tekrarlayıcı davranışların varlığı ile tanımlanan nörogelişimsel bir bozukluktur (1). OSB'nin yaşamın çok erken dönemlerinden itibaren başladığı düşünülmektedir. Atipik beyin olgunlaşması, organizasyonu ve ağ oluşumunun muhtemelen doğumdan önce başladığına dair artan kanıtlar vardır (2). OSB moleküler temeli tam olarak anlaşılamayan bir takım genetik bozuklukların da etiyolojide önemli roller oynadığı karmaşık bir bozukluktur. Bugüne kadar OSB ile ilişkilendirilen tanımlanmış genetik bileşenler, tüm vakaların yalnızca <%10'unu oluşturmaktadır (3). Birçok çalışma, OSB'de önemli genetik katkıları ve hastalığın kalıtsal doğasını doğrulamıştır (4). Ayrıca epigenetik modifikasyonların da OSB'ye dair patofizyolojide önemli katkıları olduğu bulunmuştur (5). İlave olarak yapılan araştırmalar OSB etiyolojisinde çevresel faktörlerin ve doğumla ilgili değişkenlerinde önemli rol oynadığını göstermiştir (6). OSB'nin çok faktörlü bir hastalık olduğu ve hastalık patolojisinde genetik, epigenetik ve çevresel faktörlerin etkileşimi olduğu açıktır. Doğum sırası ve OSB arasındaki ilişki daha önceki çalışmalarda incelenmiştir. Geç doğan kardeşlere kıyasla ilk doğan çocuklarda ve dördüncü veya daha sonra doğanlarda daha yüksek OSB gelişmesi riski olduğunu bildirilmiştir (7). 2009'da yapılan bir meta-analiz çalışmasında, doğum sırası ile otizm riski arasında anlamlı bir ilişki olduğunu göstermiştir; Üçüncü veya daha sonra doğan çocuklara kıyasla, ilk doğan çocuklar arasında OSB riskinde %61 artış olduğu saptanmıştır (8). Otizm spektrumuna katkıda bulunan belirli genetik nedenlerin tanımlanması, otizm bulmacası için önemli yararlar sağlamıştır. Ancak, çevresel faktörlerin otizm riskine önemli katkısını destekleyen kanıt miktarının azlığı göz önüne alındığında, artık çevresel faktörlerin araştırılmasının güçlendirilmesi gerektiği açıktır. Bizde çalışmamızda OSB ile doğuma dair parametreler ve hastalığın belirti şiddeti arasındaki ilişkiyi incelmeyi amaçladık.

Yöntem

Çalışmaya OSB tanısına sahip 213 çocuk ile 152 sağlıklı çocuk olmak üzere toplam 365 katılımcı alındı. Tüm katılımcılar DSM-5 temelli psikiyatrik muayene ile değerlendirildi. Poliklinik takibi olan OSB tanılı çocuk dışında başka bir aile üyesinde kronik bir medikal hastalık, psikiyatrik bozukluk olan aileler çalışmaya alınmadı. Biyolojik olmayan

anne ve babalar, bilişsel olarak formları okuyup ölçekleri tamamlayacak beceride olmayanlar da çalışmaya alınmadı. Olgulara ait sosyodemografik ve klinik özelliklerin belirlenmesi için psikiyatri uzmanları tarafından yapılandırılmış çoktan seçmeli ve yazılı olarak cevaplandırılacak sorulardan oluşan bilgi formu hazırlandı. Çocuklardaki OSB belirti şiddetini değerlendirmek için Çocukluk Çağı Otizm Değerlendirme Ölçeği (ÇODÖ) uygulandı. Elde edilen bulgular istatistiksel yöntemler ile değerlendirildi. Tüm katılımcı çocukların ailelerinden yazılı ve sözlü onamları alındı. Çalışma için etik kurul onayı Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu 2-14 karar numarası ile alınmıştır.

Çocukluk Otizmi Derecelendirme Ölçeği (ÇODÖ); Davranışların gözlemlenmesine dayanan, 15 maddeden oluşan ve her bir maddenin 1-4 puan arası değerlendirildiği likert tipi bir ölçektir. 38-60 arası puan alanlar şiddetli belirtiler gösteren otistik grubu, 30-38 arası puan alanlar hafif-orta belirtiler gösteren otistik grubu, 15 ile 29 arası puan alanlar ise otistik belirtisi olmayan grubu oluşturmaktadır. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (9).

Kategorik değişkenler için frekans, yüzde değerleri hesaplandı. Sürekli değişkenler için ortalama, standart sapma ve medyan değerleri saptandı. Sürekli değişkenlerin normal dağılım sınaması Kolmogorov Smirnov testi ile yapıldı. Kategorik değişkenler arası ilişkiler için Ki-kare analizi ile yapıldı. Normal dağılım varsayımını gerçekleştirmeyen değişkenlerde, bağımsız iki gurup karşılaştırmasında Mann Whitney U testi kullanıldı. Uygun olan durumlarda kategorik değişkenler Fisher exact test İle değerlendirildi. Değişkenler arası ilişkilerin değerlendirilmesinde ise Spearman korelasyon analizi kullanıldı. P<0,05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edilecektir. Analizler NCSS 11(Number Cruncher Statistical System, 2017 Statistical Software) Programı ve MedCalc Statistical Software version 18 (MedCalc Software bvba, Ostend, Belgium; http://www.medcalc.org; 2018) ile yapıldı.

Bulgular

Çalışma OSB tanısına sahip 213 çocuk ile 152 sağlıklı çocuk olmak üzere toplam 365 katılımcı ile tamamlandı. Vaka grubunda katılımcıların 176'sı erkek, 37'si kız idi. Kontrol grubunda katılımcıların 85'i erkek, 67'si kız idi. Vaka grubunda erkek cinsiyet oranı kontrol grubuna kıyasla anlamlı derecede yüksekti (p=0,001). Erkek cinsiyet oranı 3,74 kat daha fazla idi. Ayrıca vaka grubunda kontrol gurubuna kıyasla daha yüksek baba yaşı (p:0,047), daha düşük gelir düzeyi (p:0,054), daha düşük anne ve baba eğitim düzeyleri (sırasıyla p:0,004 / p:0,009) olduğu görülmüştür (Tablo 1).

Etkilenen çocuğun doğum sırası ve sağlıklı çocukların doğum sıraları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p: 0,363). Etkilenen çocuğun doğum sırası ve toplam çocuk sayısı ile ÇODÖ skorları arasında anlamlı ilişki görülmemiştir (sırası ile r: 0,085 p: 0,279 / r: 0,101 p: 0,203). Ayrıca ikili karşılaştırmalarda çocuk sırasının ÇODÖ skorları ile ilişkili olmadığı görülmüştür (p> 0,05) (Tablo 2).

Tablo 1. Vaka ve kontrol grupları sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması

		VAKA (n:213)	KONTROL (n152)	*p*
Yaş		49,51 + 11,42 46 (36-72)	50,8+10,93 49 (36-72)	0,139*
Cinsiyet	Erkek	176 (82,6)	85 (55,9)	0,001
	Kız	37 (17,4)	67 (44,1)	
Kardeş Sayısı		2,16 +1,01 2(1-7)	2,03 + 0,87 2 (1-6)	0,289*
Anne yaşı		33,18+5,42 33 (20-48)	32,26+5,01 32(21-44)	0854*
Baba yaşı		36,97+5,53 37 (26-63)	35,86+4,89 35(24-53)	0,047*
Anne eğitim	Okuryazar	5 (2,3)	4 (2,6)	0,004
	İköğretim	123 (57,7)	63 (41,6)	
	Lise	53 (24,9)	41(26,9)	
	Üniversite	32 (15,1)	44 (28,9)	
Baba eğitim	Okuryazar	2 (0,9)	1 (0,7)	0,009
	İlköğretim	105 (49,3)	61 (40,1)	
	Lise	73 (34,2)	44 (28,9)	
	Üniversite	33 (15,6)	46 (30,3)	
Anne Çalışma Durumu	Ev hanımı	197 (92,4)	106 (69,8)	<0,001
	Serbest	8 (3,8)	14 (9,2)	
	Kurumsal	8 (3,8)	32 (21)	
Baba Çalışma Durumu	Çalışmıyor	7 (3,3)	9 (5,9)	0,385
	Serbest	92 (43,2)	69 (45,4)	
	Kurumsal	114 (53,5)	74 (48,7)	
Gelir Düzeyi	AÜ Altında	14 (6,6)	14 (9,3)	0,0054
	1- 2 AÜ	148 (69,4)	81 (53.2)	
	2-4 AÜ	32 (15)	27 (17,8)	
	4 AÜ üstü	19 (9)	30 (19,7)	

Fisher Exact Test, *Mann Whitney U Testi, AÜ: Asgari ücret,

Tablo 2. Çocuk sırası ve değişkenler arasındaki ilişkinin incelenmesi

	VAKA (n:213)	*KONTROL (n152)*	*p*
Kaçıncı çocuk	88 (41,5) 66 (31,1) 45 (21,2) 10 (4,7) 3 (1,5)	73 (48,3) 52 (34,4) 21 (14) 4 (2,6) 1 (0,7)	0,363
			p
Çocuk sırası - ÇODÖ	r:0,085		0,279
Çocuk sayısı-ÇODÖ	r:0,101		0,203
1 **2** **3** **4 ve üzeri çocuk**	42,15 +6,68 42,47+6,71 42,08 +5,72 46,83+7,62		0,240
1-2 **1-3** **1-4** **2-3** **2-4** **3-4**			0,998 0,999 0,079 0,997 0,115 0,733

Chi-Square, One-Way ANOVA Calculator, *Spearman's rho,* Including Tukey HSD, Çocukluk Otizmi Derecelendirme Ölçeği (ÇODÖ)

Tartışma

Çalışmamız OSB ile doğuma dair parametreler ve hastalığın belirti şiddeti arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmeler sonrasında vaka ve kontrol grupları arasında doğum sırası arasında farklılık olmadığı görülmüştür. Ayrıca doğum sırası ve OSB belirti şiddeti arasında da anlamlı ilişki saptanmamıştır. Ancak OSB tanılı çocuğa sahip ailelerde ileri baba yaşı, düşük sosyoekonomik düzey ve eğitim düzeyi olduğu görülmüştür. Birçok çalışmada, OSB etiyolojisinde genetik ve epigenetik etkenlerin katkıları olduğu bulunmuştur (4, 10). Ayrıca yapılan araştırmalar OSB etiyolojisinde çevresel faktörlerin ve doğumla ilgili değişkenlerin de önemli rol oynadığını göstermiştir (11). Daha önce yapılan çalışmalarda doğum sırası ile OSB arasında ilişki saptanmış olsa da (12, 13), çalışmamızda doğum sırası otizm şiddeti arasında ilişki saptanmamıştır. Çocuğun doğumu sırasında ilerlemiş olan baba yaşının doğacak çocukta otizm riskini artırdığı daha önce bildirilmiştir (14). Bizim çalışmamızda da benzer şekilde baba yaşlarının kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Anne yaşına dair artışında doğacak çocuk için OSB riskinde artışa neden olacağı daha önce yapılan çalışmalarda bildirmiştir (15, 16). Bizim çalışmamızda da daha önce yapılmış olan çalışmalar ile tutarlı olarak anne yaşının OSB tanılı çocuklarda kontrol grubuna kıyasla daha yüksek olduğu görüldü. Otizm ile gelir düzeyine dair ilişkiyi inceleyen çalışmaların tutarlı olmadığı görülmüştür. Bazı çalışmalarda sosyoekonomik durum ile otizm arasında tutarlı ilişkiler tespit ederken, daha güncel çalışmalar gelir düzeyi ile OSB arasında çok az veya hiç ilişki bulmama eğilimindedir (17). Bizim çalışmamızda OSB tanılı vaka grubunda kontrol grubuna kıyasla daha düşük gelir düzeyi olduğu görülmüştür. Çalışmamızın en önemli kısıtlılığı kesitsel bir çalışma olmasıdır. Bu araştırmalarda sadece bir zaman kesitinde neden ve sonuç ilişkisi birlikte incelendiği için saptanan nedensel ilişkiler ihtiyatla yorumlanmalıdır. Ancak çalışmamızın vaka sayısının büyüklüğü ve değerlendirme araçlarının etkinliğinin olumlu anlamda elimizi güçlendirdiği kanaatindeyiz. Çalışmamızda OSB ile doğuma dair parametreler ve hastalığın belirti şiddeti arasındaki ilişki saptamadık. Ancak OSB'li ailelerde ileri baba yaşı, düşük sosyoekonomik düzey ve eğitim düzeyi olduğunu gördük. Bu bulguların OSB'nin nedenlerine ilişkin gelecekteki araştırmalarda dikkate alınması gerektiğini düşünmekteyiz. Çalışmamızın, OSB'deki klinik heterojenliğe katkıda bulunan bu mekanizmanın anlaşılmasını ilerletmek için önemli etkileri vardır.

Kaynaklar

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.
2. Stoner R, Chow ML, Boyle MP, Sunkin SM, Mouton PR, RS, Wynshaw-Boris A, et al. Patches of disorganization in the neocortex of children with autism. New Engl J Medicine. 2014;370(13):1209–1219.
3. Geschwind DH. Autism: many genes, common pathways? Cell. 2008;135:391–395.
4. Chaste P, Leboyer M. Autism risk factors: Genes, environment, and gene-environment interactions. Dialogues Clin. Neurosci. 2012;3:281–292.
5. Yoon SH, Choi J, Lee WJ, Do JT. Genetic and epigenetic etiology underlying autism spectrum disorder. J. Clin. Med. 2020;9:966–993.
6. Lyall K, Song L, Botteron K, et al. The Association Between Parental Age and Autism-Related Outcomes in Children at High Familial Risk for Autism. Autism Res. 2020;13(6):998-1010.
7. Tsai L.Y., Stewart M.A. Etiological implication of maternal age and birth order in infantile autism. J. Autism Dev. Disord. 1983;13(1):57–65.
8. Gardener H., Spiegelman D., Buka S.L. Prenatal risk factors for autism: comprehensive meta-analysis. Br. J. Psychiatry. 2009.
9. İncekaş-Gassaloğlu S, Baykara B, Avcil S, Demiral Y. Çocukluk Otizmi Derecelendirme Ölçeği Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi. 2016: 27;266-274.
10. Ramaswami G, Geschwind DH. Genetics of autism spectrum disorder. Handb. Clin. Neurol. 2018;147:321–329.
11. Gao Y, Yu Y, Xiao J, et al. Association of Grandparental and Parental Age at Childbirth With Autism Spectrum Disorder in Children. JAMA Netw Open. 2020;3(4):e202868.
12. Banerjee N, Adak P. Birth related parameters are important contributors in autism spectrum disorders. Sci Rep. 2022;12(1):14277.
13. Alvares GA, Licari MK, Stevenson PG, et al. Investigating associations between birth order and autism diagnostic phenotypes. J Child Psychol Psychiatry. 2021;62(8):961-970.
14. Durkin M., Maenner M., Newschaffer J., Lee L., Cunniff C., Daniels J. Advanced parental age and the risk of autism spectrum disorder. Am. J. Epidemiol. 2008;168(11):1268–1276.
15. Larsson H.J., Eaton W.W., Madsen K.M., Vestergaard M., Olesen A.V., Agerbo E. Risk factors for autism: perinatal factors, parental psychiatric history, and socioeconomic status. Am. J. Epidemiol. 2005;161(10):916–925.
16. Reichenberg A., Gross R., Weiser M., Bresnahan M., Silverman J., Harlap S. Advancing paternal age and autism. Arch. Gen. Psychiatr. 2006;63(9):1026–1032.
17. King MD, Bearman PS. Socioeconomic Status and the Increased Prevalence of Autism in California. Am Sociol Rev. 2011;76(2):320-346.

SS-09 Anksiyete Bozuklukları

PANİK BOZUKLUĞUNDA DAMGALANMA VE SOSYAL DESTEK TEDAVİ UYUMU VE YAŞAM KALİTESİNİ ETKİLER Mİ?

Berkay Arda Cebeci, Cansu Çakır Şen, Nesrin Buket Tomruk

Bakırköy Prof Dr Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Amaç: Panik Bozukluğu tanılı hastalarda fiziksel, bilişsel ve sosyal işlevsellik kaybı sıklıkla izlenir. Yaşam kalitesinin azalmasıyla beraber giden bu durum, içsel ve dışsal birtakım faktörlerle doğrudan bağlantılıdır. Çalışmamızda Panik Bozukluğu tanılı hastalarda içselleştirilmiş damgalanma ve algılanan sosyal desteği tedavi uyumu ve yaşam kalitesi üzerine etkisi incelenmiştir.

Yöntem: Araştırmamızda hastanemiz psikiyatri polikliniklerine başvurmuş olan ve Panik Bozukluğu tanısıyla takip edilen 150 hastadan sosyodemografik veri formu ve bazı özbildirim ölçekleri doldurmalarını istedik. Bu ölçekler 'Ruhsal hastalıklarda içselleştirilmiş damgalanma ölçeği', 'Algılanan sosyal destek ölçeği', 'Morisky tedavi uyumu ölçeği' ve 'DSÖ yaşam kalitesi ölçeği-kısa form' olarak belirlendi.

Bulgular: Çalışmamızda elde ettiğimiz sonuçlara göre; lise üstü düzeyde eğitim, damgalanmanın düşük düzeyde içselleştirilmesiyle ilişkilidir ve yüksek tedavi uyumunu yordar. Özkıyım öyküsü, yüksek damgalanma ve düşük yaşam kalitesiyle ilişkilidir. İçselleştirilmiş damgalanmanın artışı tedaviye uyumsuzlukla ilişkilidir ve düşük yaşam kalitesini yordar. Damgalanmaya direnç, yüksek yaşam kalitesini yordar. Aile ve arkadaştan alınan sosyal destek, yüksek tedavi uyumunu; özellikle arkadaştan alınan sosyal destek yüksek yaşam kalitesini yordar. Tedaviye uyumsuzluk düşük yaşam kalitesiyle ilişkilidir.

Tartışma: Çalışmamızdaki bulgulara göre tedavi uyumu ve yaşam kalitesi içselleştirilmiş damgalanmadan olumsuz yönde etkilenir. Özellikle düşük eğitim seviyesinde olan bireyler risk altındadır. Hastalarda içselleştirilmiş damgalanmayı engellemek için hastalıkla ilgili psikoeğitim verilmesi büyük önem taşır. Ayrıca aile terapileri ve yardım grupları da grup psikoterapileri yöntemlerini kullanarak hasta ve çevresinin bilgilendirilmesine yardımcı olurlar. Ek olarak toplumda sağlık eğitimlerinin kalitesinin yükseltilmesi, psikiyatrik rahatsızlığı olan kişilerin karşılaşacağı damgalanmayı azaltabilir. Damgalanmanın azaltılması tedavi uyumunun ve yaşam kalitesinin artmasıyla sonuçlanabilir. Tedaviye uyumda ise özellikle aile ve arkadaş desteğinin büyük önem taşıdığı görülmüştür. Hastanın arkadaş ve aile desteği için gereken çabanın gösterilmesiyle beraber sosyal koşulların iyileştirilmesi; hastaya verilen sosyal desteği arttıracağından damgalanmayı azaltıcı etki gösterebilir. Damgalanmaya daha az maruz kalan, maruz kaldığı damgalanmayı sosyal destek sayesinde daha az içselleştiren hasta psikiyatrik tedaviye daha fazla uyum sağlayabilir. Bütün bu iyileştirmelerin hem hasta bireyin hem tüm toplumun yaşam kalitesini artıracağı düşünülebilir.

Anahtar kelimeler: Panik Bozukluğu, Damgalanma, Sosyal Destek, Tedavi Uyumu, Yaşam Kalitesi

Kaynaklar

1. Batinic B, Lemonis E. Effects of Internalized Stigma of Mental Disorder on Quality of Life and Self Esteem in Panic Disorder Patients. Journal of Clinical Research & Bioethics. 2014;05(05).
2. Çulha Ateşci F, Karadağ F, Amuk T, Özdel O, Oğuzhanoğlu K N. Panik Bozukluğunda Özkıyım Düşünceleri. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2003;4:81-86.
3. Cinculova A, Prasko J, Kamaradova D. Adherence, self-stigma and discontinuation of pharmacotherapy in patients with anxiety disorders - cross-sectional study. Neuro endocrinology letters. 2017;38(6):426-429.
4. Ociskova M, Prasko J, Sedlackova Z. Stigma and self-stigma in patients with anxiety disorders. Activitas Nervosa Superior Rediviva. 2013;55:12-18.
5. Kamaradova D, Latalova K, Prasko J. Connection between self-stigma, adherence to treatment and discontinuation of medication. Patient Preference and Adherence. 2016;10:1289-1298.

SS-10 Klinik Psikiyatri

PANDEMİ DÖNEMİNDE ACİL SERVİSTEN İSTENEN İNTİHAR GİRİŞİMİ KONSÜLTASYONLARININ SOSYODEMOGRAFİK VE KLİNİK PROFİLİ

Ferda Apa, Merih Altıntaş

SBÜ Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, Psikiyatri Kliniği

Giriş ve Amaç

Tamamlanmış intihar bireyin bilinçli olarak ve kendi isteği ile kendi yaşamına son vermesi olarak tanımlanır. İntihar girişimi ise, bireyin istemli olarak gerçekleştirdiği ölümcül sonuçları olmayan fakat kişinin kendisini yok etme ya da bir biçimde zarar vermeyi amaçladığı tüm girişimlerdir (1). İntihar girişimleri tamamlanan intiharlardan 20 kat daha fazladır (2). Kişideki intihar düşünceleri ve geçmişte intihar girişim öyküsünün olması intihar eyleminin yineleme olasılığını düşündürür ve bu bireylerin dikkatli izlenmesini gerektirir (3). Çalışmalarda genç yaş, kadın olma, bekâr ya da boşanmış olma, işsiz kalma, önemli bir yaşam değişikliğinin olması, önceden psikiyatrik bir hastalığının olması ve bir intihar girişimi öyküsünün olması durumlarının intihar girişimi için risk faktörü olduğu bildirilmiştir (4). Bu çalışmada, Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi psikiyatri kliniğinin kurulduğu 2020 yılından itibaren, iki yıl süresince intihar girişimi nedeniyle acil servise başvuran ve acil servis servisten psikiyatri kliniğine konsülte edilen erişkin olguların sosyodemografik özellikleri, intihar girişim yöntemleri ve intihar nedenlerinin incelenmesi amaçlandı.

Yöntem

Örneklem

Kasım 2020-Kasım 2022 tarihleri arasında Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi acil servisine intihar girişimi nedeniyle başvuran ve acil servisten psikiyatri kliniğine konsülte edilen, intihar girişiminde bulunmuş erişkin olguların dosyaları geriye dönük olarak incelendi. Hastaların acil servis başvuruları sırasında doldurulan hasta dosyalarından kişilerin yaşı, medeni durumu, eğitim durumu, iş durumu, intihar girişiminin gerçekleştiği mevsim, intihar girişim nedenleri ve şekli, daha öncesinde intihar girişimlerinin olup olmadığı, daha önce psikiyatrik hastalık öyküsünün olup olmadığına ait bilgiler kaydedildi.

İstatistiksel değerlendirme

Verilerin istatistiksel değerlendirilmesi yapılırken değişkenler sayı ve yüzde olarak özetlendi. Kategorik değişkenleri arasındaki ilişkinin test edilmesinde örneklem boyutu varsayımı (beklenen değer>5) karşılandığı durumlarda Pearson Ki-Kare testi, örneklem boyutu varsayımı karşılamadığı durumlarda ise Fischer's Exact testi uygulanmıştır. Tüm analizler "SPSS 22.0 for Windows" istatistik paket programında %95 güvenle yapıldı ve $p<0.05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular

Acil servisten 628 hasta psikiyatri kliniğine konsülte edilmişti. Çalışma grubunun %38,8'i (n=244) intihar girişiminde bulunmuştu, tarafımızca değerlendirilmeden hastaneden ayrılan ve gerekli olan parametrelerde eksiklik olan hastalar dışlandı. Kalan 224 olgu bizim çalışma grubumuzu oluşturdu. Hastaların %69'u (n=154) kadın ve %31'i (n=70) erkekti. Yaş gruplarına göre incelendiğinde %32,1'i (n=72) 25-34 arası yaş grubunda, %30,8'i (n=69) 15-24 arası yaş grubundaydı. %48,2'si(n=108) bekar, %10,3'ü (n=23) boşanmıştı ve her iki cinsiyette de bekar grupta intihar girişimi daha fazlaydı. Tüm grubun %93'ü lise ve altı eğitim düzeyindeydi. Çalışma durumu ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p<0,05$). Bir işte çalışan grup her iki cinsiyette de fazlaydı (kadınlarda %42,2, erkeklerde %61,4). Çalışmayan grubun çoğunluğunu (%78) kadınların oluşturduğu saptandı. İntihar girişimleri en fazla yaz mevsiminde (%36,2, n=81), en az ilkbahar (%17, n=38) ve kış (%17,9, n=40) mevsimindeydi. Girişim yönteminin önemli kısmını ilaç alımı oluşturuyordu (%83). Her iki cinsiyette de ilaç alımı ilk sıradaydı. Olguların %29,5'i (n=66) daha önce en az bir kere intihar girişiminde bulunmuştu. İntihar girişim nedenlerine bakıldığında, kadınlarda en sık %31,8 ve erkeklerde %24,3 oranında ailevi sorunlar nedeniyle olduğu görüldü. Kadınlarda 2. sırada duygusal ilişki sorunları ve 3. sırada evlilik sorunu yer aldı. Erkeklerde 2. sırada ruhsal hastalıklar ve 3. sırada evlilik sorunları olduğu saptandı. Erkeklerde ekonomik sorunlar nedeniyle intihar girişimi kadınlardan belirgin olarak fazlaydı. Tüm olguların ruhsal hastalık öyküleri incelendiğinde, %50 'sinin (n=112) ruhsal hastalık tanısının olmadığı, intihar girişimi öncesinde yaşamlarının herhangi bir döneminde tedavi başvurularının olmadığı saptandı. Kişilerin intihara girişim nedenleri ve ruhsal hastalık öyküsü arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). Ruhsal hastalık öyküsü olanların sırasıyla ailesel sorunlar, ruhsal hastalık, evlilik sorunları nedenleriyle, ruhsal hastalık öyküsü olmayanların evlilik sorunları, duygusal ilişki sorunları, ailesel sorunlar nedenleriyle girişimde bulundukları tespit edildi. Kişilerin intihar girişim öyküsü ile ruhsal hastalık öyküsü arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). Geçmişte ruhsal hastalık tanısı olanların, ruhsal hastalık tanısı olmayanlardan daha fazla intihar girişiminde bulundukları saptandı.

Tartışma

Çalışmalarda, intiharların sosyoekonomik durumu düşük olanlarda daha yaygın olabileceği belirtilmiştir (5). Bu örneklemde çalışan grup her iki cinsiyette de yüksek orandaydı. Pandemi döneminde işinin mevcudiyetinden ziyade, ekonomik durgunluk nedeniyle işini ayakta tutma çabasının ve bir işte çalışmanın hasta kişilerle temas riski ve bununla ilişkili sorumlulukları beraberinde getirmesi nedeniyle risk etmeni olabileceği düşünülebilir. Çalışmalarda bireylerin tamamlanmış intihar girişimlerinin bahar ve yaz aylarında yoğunluk kazandığı görülmektedir. Sonbahar ve kış aylarının duygudurum bozukluklarıyla ilişkili olduğu bilinmesine karşın, güneş ışığının duygudurum üzerinde etkili olan melatonin, serotonin, kortizol gibi hormonların seviyesini etkileyerek intihar riskinde artışa neden olabileceği ileri sürülmüştür (6). Bizim çalışmamızda, benzer şekilde intihar girişimleri yaz mevsiminde daha fazla olarak görüldü. Yapılan çalışmalarda intihar girişimlerinin %25'inin tekrarlandığı ve bu tekrarların %30'unun ölümle sonuçlandığı gösterilmiştir (7). Kişinin ilk intihar girişiminden sonraki üç ay tekrar girişimde bulunması için en riskli dönemdir (8). Olgularımızın geçmiş intihar girişimleri incelendiğinde %29,5'inin daha önce en az bir kere intihar girişiminde bulunduğunu saptadık. İntihar girişiminde bulunan kişilerin %90-95'inin ruhsal bozukluk tanısı almış olduğu, depresif bozuklukların bu oranın %80'ini oluşturduğu belirtilmektedir (9). İntihar davranışıyla ilişkili en yaygın bozukluklar depresyon ve alkol kullanım bozukluklarıdır (2). Örneklemimizdeki tüm olguların %50'sinde ruhsal hastalık öyküsü olduğu tespit edildi (kadınlarda %44,8, erkeklerde %61,4 oranlarında). %50 gibi büyük oranda kişinin daha önce psikiyatrik yardım için başvuruda bulunmamış olması dikkat çekicidir.

Sonuç olarak; çalışma grubunda 35 yaş altı kişiler intihar girişimi için riskli grubu oluşturdu. Diğer çalışmalara benzer şekilde ailevi sorunlar ve ruhsal sorunlar intihar girişimlerinin önde gelen nedenleriydi. Katılımcıların yarısının intihar girişimi öncesinde herhangi bir yardım arayışının olmaması da dikkat çekicidir. İntiharlar daha çok psikososyal stres etkenlerine bağlı ortaya çıkmaktadır. Bazen intihar eden kişinin bu eylemi çevresindekilerden bir yardım çağrısı anlamına gelmektedir. Bu da krize müdahalenin önemini artırmaktadır. İntihar girişiminde bulunan bireylerin tedavisi kadar, bu davranış biçimine yönelmede risk faktörü olan sosyal ve ekonomik koşulların düzeltilmesi de aynı düzeyde önemlidir. Pandemi sürecinde tüm bu sorunlar daha fazla hissedilir hale gelmiştir ve kişilerin başa çıkma kaynaklarını aşan durumlar ortaya çıkmıştır. Kişilerin yardım arama davranışını cesaretlendiren, zor dönemlerde kişilerin başvuru yapması konusunda bilgilendiren eğitimlerin yapılması faydalı olacaktır. Ruh sağlığı çalışanı olarak davranışı tanımlayıp riskli grupları belirleyebilirsek, riskli gruplara uygun koruma programlarının uygulanabilmesini sağlayabiliriz. Risk faktörlerinin bilinmesi, bu kişilerin erken belirlenmesini, daha iyi tedavisini ve olumsuz sonuçları önlemeyi sağlayabilir.

Kaynaklar

1. Harmancı, P., Dünya'daki ve Türkiye'deki intihar vakalarının sosyodemografik özellikler açısından incelenmesi. Hacettepe University Faculty of Health Sciences Journal, 2015.
2. Organization, W.H., Preventing Preventing suicide suicide A global imperative A global imperative. 2014, Prieiga per internet: www. who. int/about/licensing/copyrigh.
3. Dieserud, G., Røysamb, E., Ekeberg, Ø., and Kraft, P., Toward an integrative model of suicide attempt: A cognitive psychological approach. Suicide and Life-Threatening Behavior, 2001. 31(2): 153-168.
4. Welch, S.S., A review of the literature on the epidemiology of parasuicide in the general population. Psychiatric services, 2001. 52(3): 368-375.
5. Eskin, M. and İntihar-Açıklama, D., Tedavi ve Önleme: Risk Etmenleri. 2003, Ankara.
6. Petridou, E., Papadopoulos, F.C., Frangakis, C.E., Skalkidou, A., and Trichopoulos, D., A role of sunshine in the triggering of suicide. Epidemiology, 2002. 13(1): 106-109.
7. Bauer, M., Bosch, G., and Freyberger, H., Psikiyatri, psikosomatik-psikoterapi,(Çev., Prof. Dr. Günsel Koptagel-İlal). Kırklareli: Sermet Matbaası, 1985.
8. Köroğlu, E., Psikiyatrik Acil Durumlar. 2. Basım. Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1999: 425-443.
9. Koç, M., Depresif (çökkünlük) bozukluklar. Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği (Ed N Gürhan), 2016: 475-538.

SS-14

SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA SOSYAL MEDYA KULLANIMI VE YALNIZLIK

Nilifer Gürbüzer[1], Derya Gürcan Yıldırım[2]

[1]Erzurum Bölge Eğitim Araştırma Hastanesi, Psikiyatri
[2]Atatürk Üniversitesi Edebiyat Fakültesi, Psikoloji

Giriş

Sosyal medya; kullanıcılar arasında düşünce, bilgi ve duygu paylaşımı yapılarak etkileşim ve iletişim imkanları sunan web ortamları olarak nitelendirilmektedir. Sosyal medya hayatımızın farklı alanlarına yayılarak çeşitli kolaylıklar sunmakta, ancak sosyal medyanın fazla kullanılması bağımlılığı gündeme getirmektedir (1). Sosyal medya bağımlılığı; "sosyal medyanın fazla kullanılması, kullanma isteğini engelleyememe, aşırı vakit geçirmekten dolayı günlük aktivitelerin yerine getirilememesi, sosyal medyada fazla kalmanın sosyal ilişkilere zarar vermesi, sosyal medyayı olumsuz duygular ve yaşam stresinden kaçış aracı olarak kullanma, uzak kalındığında gergin ve sinirli olma, kullanımı kısıtlama ve engellemede sorunlar yaşama, sosyal medyada zaman geçirme süresine ilişkin yalan söyleme durumu" olarak tanımlanmaktadır (2).

Son yüzyılda insanların yaşadığı en yoğun duygulardan birisi de yalnızlık. Yalnızlık öznel olarak acı verici bir şekilde yaşanan, sosyal temas ve aidiyet duygusunun yokluğu veya izolasyon hissi olarak tanımlanmaktadır (3). Yalnızlık; depresyon, anksiyete, intihar düşünceleri ve uyku kalitesinde azalma ile ilişkilendirilmiştir (3). Sosyal medya bağımlılığının; depresyon, kaygı, dürtüsellik, benlik saygısı ve narsizm ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (4). Aynı zamanda sosyal medya kullanımı ve yalnızlık birbiri ile de ilişkilendirilmiştir (5, 6).

Bu araştırmanın amacı, sağlık çalışanlarında sosyal medya kullanımı ve yalnızlık düzeyleri arasındaki ilişkiyi incelemek ve yaş, cinsiyet, medeni durum, meslek, eğitim düzeyi, gelir düzeyi, en sık kullanılan sosyal medya araçları ve sosyal medya kullanım amaçları değişkenleri ile bağımlı değişkenleri karşılaştırmaktır.

Yöntem

Araştırma Erzurum Bölge Eğitim Araştırma Hastanesi'nde çalışan, doktor, hemşire, sekreter ve yardımcı sağlık personelinin sosyal medya kullanımı ve yalnızlık düzeyi arasındaki ilişkinin araştırılması ve yaş, cinsiyet, medeni durum, meslek, eğitim düzeyi, gelir düzeyi, en sık kullanılan sosyal medya araçları ve sosyal medya kullanım amaçları değişkenleri ile bağımlı değişkenlerin karşılaştırılmasını amaçlayan kesitsel bir çalışmadır. Bu araştırma, Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu tarafından 29.12.2022 tarih ve 10/53 sayılı kararı ile onaylanmıştır.

Araştırma Erzurum Bölge Eğitim Araştırma Hastanesi'nde görev yapan 177 sağlık çalışanının gönüllü katılımı ile gerçekleştirilmiştir. Katılımcılar tarafından sosyodemografik veri formu, Yetişkinler İçin Sosyal ve Duygusal Yalnızlık Ölçeği (SELSA-S), Sosyal Medya Bağımlılığı Ölçeği-Yetişkin Formu (SMBÖ-YF) doldurulmuştur. Analizler IBM SPSS22 istatistik analiz programıyla yapıldı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<,05$ olarak alındı.

Bulgular

Çalışmamızda SELSA-S ve SMBÖ-YF için Cronbach's Alpha=.89 olarak hesaplandı. Yaş ortalaması 34.78±7.84 idi. Katılımcıların sosyodemografik değişkenleri Tablo I'de gösterilmiştir. Sosyodemografik değişkenlerin SMBÖ-YF ve SELSA-S değişkenlerinde farklılaşıp farklılaşmadığı MANOVA ile analiz edildi. Sosyal medya kullanımının sosyodemografik değişkenlere göre farklılaşmadığı, yalnızlık düzeylerinin farklılaştığı bulundu *(p<,05)*. Yalnızlık düzeyleri gelir düzeyi ve cinsiyete göre değişmezken; meslek, öğrenim düzeyi, medeni duruma göre farklılaşmıştır *(p<,05)*. Yardımcı sağlık personellerinin sosyal yalnızlık düzeyleri hemşirelerden ve doktorlardan yüksekti ((M=15,33; M=11,13; M=10,92). Öğrenim düzeyi ilköğretim/lise olanların sosyal ve duygusal yalnızlık düzeyleri üniversite mezunları ve Tıp/Tıpta uzmanlık eğitimi almış katılımcılardan fazlaydı (M=18,00; M=32,23) (M= 11,40; M= 23,95) (M=10,92; M=22,84). Bekar/boşanmış/yalnız yaşayanların duygusal yalnızlığı evli/birlikte yaşayan katılımcılardan yüksekti (M=31,80; M=22,44). Sosyal yalnızlık ve duygusal yalnızlıkta sosyodemografik değişkenlere göre farklılıklar Tablo II'de gösterilmiştir. Katılımcıların yaş ile yalnızlık düzeyleri arasında anlamlı ve olumlu ilişki saptandı *(p<,05)*. Yalnızlık düzeyleriyle sosyal medya kullanımı arasında anlamlı ilişki bulunmadı *(p>,05)*.

Tartışma

Araştırmada, sağlık çalışanlarında yalnızlık düzeyleri ve sosyal medya kullanımı arasındaki ilişki ve yaş, cinsiyet, medeni durum, meslek, eğitim düzeyi, gelir düzeyi, en sık kullanılan sosyal medya aracı ve sosyal medya kullanım amacı değişkenlerine ile bağımlı değişkenler karşılaştırılmıştır.

Sosyal medya hayatımızın çeşitli alanlarına yayılarak kolaylıklar sunmakta, ancak abartılı kullanılması bağımlılığı gündeme getirmektedir (1). Literatürde sosyodemografik değişkenler, yalnızlık, sosyal medya kullanımı

Tablo I. Katılımcıların sosyodemografik değişkenlerine ilişkin frekans ve yüzde dağılımları

Tanımlayıcı değişkenler		***f***	***Yüzde***
Meslek	Doktor	38	% 21,5
	Hemşire	52	% 29,4
	Sekreter	41	% 23,2
	Yardımcı sağlık personeli	46	% 26
Cinsiyet	Kadın	97	% 54,8
	Erkek	80	% 45,2
Öğrenim düzeyi	İlköğretim/Lise	35	% 19,8
	Üniversite(lisans/önlisans)	104	% 58,8
	Tıp fakültesi/Tıpta uzmanlık	38	% 21,4
Gelir düzeyi	0-10000 YTL	89	% 50,3
	10000-20000 YTL	50	% 28,2
	20000 YTL ve üzeri	38	% 21,5
Medeni durum	Evli/birlikte yaşıyor	122	% 68,9
	Bekar/boşanmış/yalnız yaşıyor	55	% 31,1
Sigara kullanımı	Evet	64	% 36,2
	Hayır	113	% 63,8
Alkol kullanımı	Evet	14	% 7,9
	Hayır	163	% 92,1
Ruhsal bozukluk	Var	16	% 9
	Yok	161	% 91
Ailede ruhsal bozukluk	Var	19	% 10,7
	Yok	158	% 89,3
Kronik hastalık	Var	31	% 17,5
	Yok	146	% 82,5
Spor yapma	Evet	57	% 32,2
	Hayır	120	% 67,8
En sık kullanılan sosyal medya araçları	Youtube kullanımı	72	% 40,7
	Whatsapp kullanımı	135	% 76,3
	Instagram kullanımı	85	% 48
	Facebook kullanımı	23	% 13
	Twitter kullanımı	26	% 14,7
Sosyal medya kullanım amaçları	Arkadaşlarla iletişim	135	% 76,3
	Fotoğraf paylaşımı	53	% 29,9
	Arkadaş bulma	7	% 4
	Eğitim	66	% 37,3
	Müzik/Video	97	% 54,8
	Alışveriş yapma	63	% 35,6
	Düşünce paylaşımı	29	% 16,4

Tablo 2. Sosyal yalnızlık ve duygusal yalnızlıkta sosyodemografik değişkenlere göre farklılıklar

Değişkenler	***Wilk's Lambda***	***Multivariate df***	***Multi. F***	***Multi. η^2***	***Univariate df***	***Uni. F***	***Uni. η^2***
Meslek grupları	,92	6, 344	2,46*	,04			
Sosyal yalnızlık					3, 173	4,03*	,07
Duygusal yalnızlık					3, 173	,52	,01
Öğrenim	,85	4, 346	7,22**	,08			
Sosyal yalnızlık					2, 174	15,00**	,15
Duygusal yalnızlık					2, 174	5,26*	,06
Medeni durum	,83	2, 174	17,27**	,17			
Sosyal yalnızlık					1, 175	0,63	,00
Duygusal yalnızlık					1, 175	17,36**	,09

*p<,05;**p<,01

arasındaki ilişkide çelişkili veriler olduğu görülmüştür (1, 5, 6, 7) Çalışmamızda literatürle uyumlu olarak sosyal medyanın en sık iletişim amaçlı (%76.2) kullanıldığı ve en sık Whatsappın (%76.2) tercih edildiği saptandı (1). Sosyal medya kullanımıyla sosyodemografik değişkenler arasında ilişki gözlemlemedik, ancak yalnızlık düzeyleriyle sosyodemografik değişkenler arasında farklılık saptandı. Literatürle uyumlu olarak evli/birlikte yaşayan, eğitim düzeyi yüksek ve gençlerde yalnızlık düzeyleri daha düşüktü (5, 7). Yalnızlık düzeyleriyle sosyal medya kullanımı arasında anlamlı ilişki saptamadık. Yaşamda iletişim kuramayan, kendisini izole eden kişilerin sosyal medyada daha kolay sosyalleştiği, genç yetişkinlerde sosyal platformların kullanım sayısı artıkça yalnızlığın azaldığı literatürde yer alsada sosyal medya kullanımının yalnızlıkla pozitif yönde ilişkili olduğu veya sosyal medyanın yalnızlık düzeylerini etkilemediğine dair yayınlarda literatürde mevcutttur (5, 6, 7, 8).

Sonuç ve Öneriler

Araştırmamızda katılımcıların sosyal medyayı en sık iletişim amaçlı kullandığı, en sık kullanılan sosyal medya aracının ise Whatsapp olduğu görülmüştür. Sosyal medya bağımlılığının sosyodemografik değişkenlere göre farklılaşmadığı ancak yalnızlığın sosyodemografik değişkenlere göre farklılaştığı bulunmuştur. İleri yaş gençlere göre, bekar/boşanmış olanlar evli/birlikte yaşayanlara göre, yardımcı sağlık personeli hemşire ve doktorlara göre, lise ve altı eğitim düzeyi olanların üniversite mezunlarına göre yalnızlık düzeyleri daha yüksek saptanmıştır. Araştırmada sosyal medya kullanımının yalnızlık üzerine etkisinin olmadığı bulunmuştur.

Günümüzde artan yalnızlık ve yaygınlaşan sosyal medya bağımlılığının bu ilişkide etkisi olabilecek farklı değişkenler eklenerek katılımcı sayısının daha fazla olduğu ve farklı bölgelerde yaşayan sağlık çalışanlarının yer aldığı araştırmalar ile daha fazla incelenmesinin faydalı olabileceği düşünülmektedir. Farklı örneklemlere ulaşarak bu konuda genellenebilen sonuçlara ulaşılma ihtimalinin sağlanabileceği öngörülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık çalışanları, Sosyal medya kullanımı, Yalnızlık

Kaynaklar

1. Sağar ME. Yetişkin bireylerde sosyal medya bağımlılığının irdelenmesi. Sağlık Bilimlerinde Eğitim Dergisi. 2019; 2(1), 29-42.
2. Savcı M, Aysan F. Teknolojik Bağımlılıklar ve Sosyal Bağlılık: İnternet Bağımlılığı, Sosyal Medya Bağımlılığı, Dijital Oyun Bağımlılığı ve Akıllı Telefon Bağımlılığının Sosyal Bağlılığı Yordayıcı Etkisi. Dusunen Adam. 2017; 30(3), 202-216.
3. Beutel ME, Klein EM, Brähler E, Reiner I, Jünger C, Michal M, Wiltink J, Wild PS, Münzel T, Lackner KJ, Tibubos AN. Loneliness in the general population: prevalence, determinants and relations to mental health. BMC Psychiatry. 2017 Mar 20;17(1):97.
4. Zhao J, Jia T, Wang X, Xiao Y, Wu X. Risk Factors Associated With Social Media Addiction: An Exploratory Study. Front Psychol. 2022 Apr 14;13:837766.
5. Yukay Yüksel M , Çini A, Yasak B. Genç Yetişkinlerde Sosyal Medya Bağımlılığı, Yalnızlık ve Yaşam Doyumu Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Atatürk Üniversitesi Kazım Karabekir Eğitim Fakültesi Dergisi. 2020; (40), 66-85.
6. Arıbaş AN, Özşahin F. İş Yaşamında Yalnızlığın Sosyal Medya Bağımlılığına Etkisinin İncelenmesi. Aksaray Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi. 2022; 14; 1; 37-46.
7. Şafak B, Kahraman S. Sosyal Medya Kullanımının Yalnızlık ve Narsistik Kişilik Özelliği Belirtileri ile İlgili İlişkinin İncelenmesi. Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi. 2019; 6(2), 54-69.
8. Pittman M, Reich B. Social media and loneliness: Why an Instagram picture may be worth more than a thousand Twitter words. Computers in Human Behavior. 2016; 62, 155-167.

SS-15 Kognitif Nörobilim

VARDİYALI ÇALIŞAN SAĞLIK PERSONELİNDE ÜST BİLİŞ VE RETİNAL OPTİK KOHERENS TOMOGRAFİ BULGULARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Pınar Güzel Özdemir[1], Muhammed Batur[2], Rumeysa Bilmez Tan[2], Zeynep Şahin Taş[1]

[1]*Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilimdalı, Van*
[2]*Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Göz Hastalıkları Anabilimdalı, Van*

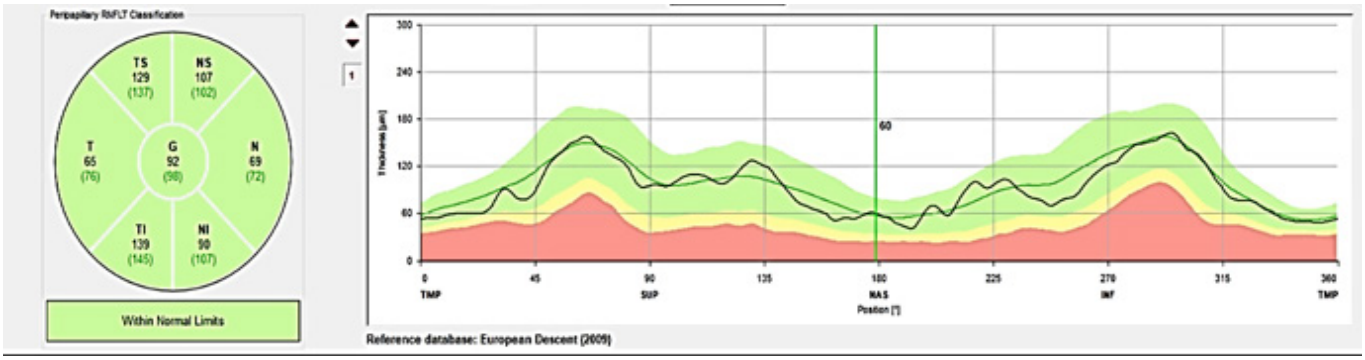
Giriş ve Amaç: Vardiyalı sistem başlangıç ve bitiş saatleri işyerinin fiziki koşullarına ve üretim türüne göre değişebilse de kabaca günlük çalışma süresinin gündüz, akşam ve gece vardiyası olarak düzenlenmesidir. Hemşireler ve sağlık çalışanları vardiya sisteminden kaynaklanan sorunları yaşayan önemli meslek gruplarından biridir. Vardiyalı çalışmanın bağışıklık sistemi bozuklukları, gastrointestinal semptomlar, kardiyovasküler hastalık, oksidatif stres ve bilişsel işlevlerde bozulma gibi olumsuz fizyolojik ve psikolojik sonuçlara yol açtığı gösterilmiştir (1,2). Vardiyalı çalışan hemşirelerde üstbiliş ve optik koherens tomografi ile nasıl bir değişiklik olduğu ise bilinmemektedir. Bu çalışmada, gece ve gündüz vardiyasında çalışan hemşirelerin gözünün retina tabakasında meydana gelen değişiklikleri araştırmak ve gece vardiyasının üst biliş üzerine etkisini ve bu değişkenler arasındaki ilişkiyi incelemek amaçlanmıştır.

Yöntem: Bu çalışma Kasım 2022-Ocak 2023 tarihleri arasında bir üniversite hastanesi tıp merkezinde çalışan hemşireler ile yapılmıştır. Çalışmaya 40'ı gece vardiyasında çalışan toplam 79 hemşire katılmıştır. Araştırmaya dahil edilme kriterlerleri sırasıyla; gönüllü olmak, 18-55 yaş arasında olmak, hamile olmamak, madde kullanım ve bağımlılık öyküsü olmamak, herhangi bir psikiyatrik rahatsızlık için ilaç kullanmamaktı. Dışlama kriterleri ise şu şekildeydi; 18 yaşından küçük veya 55 yaşından büyük olmak, herhangi bir psikiyatrik rahatsızlık için ilaç kullanmak, kurumda bir yıldan az süredir çalışıyor olmak. Katılımcılara araştırmacı tarafından sosyodemografik veri formu ve üstbiliş ölçeği-30 (ÜBÖ-30) formu verildi. Değerlendirme sonrası göz polikliniğinde rutin göz muayenesi ve optik koherens tomografisi çekildi. Optik koherens tomografi (OKT) ile retina sinir lifi tabakası kalınlığı (RSLT), ganglion hücre tabakası, iç nükleer ve iç pleksiform tabakası ile santral maküla kalınlığı ve sub foveal koroid kalınlığı ölçümleri alındı. Tüm bu işlemler sabah saat 8.00-10.00 arasında yapıldı. Çalışma Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından onaylanmıştır (Karar Tarih / No: 18.11.2022/ E.2022/11-09).

Analiz: Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) sürüm 25.0 (IBM Corp., Armonk, NY, USA) programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodların (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma vb.) yanı sıra, nicel verilerde iki grup arasındaki karşılaştırmalar Independent Sample t-Testi kullanıldı. İki sürekli değişken arasındaki ilişki düzeyine Pearson correlation testi ile bakıldı. Araştırmada bağımsız değişkenlerin, bağımlı değişkenler üzerindeki etkisinin ölçülmesinde Multivariate linear regression modellemesinden yararlanıldı. Sonuçlar; %95 güven aralığında anlamlılık ise $p<0.05$ altında değerlendirildi.

Bulgular: Gece ve gündüz vardiyasında çalışanların sosyodemografik özellikleri karşılaştırıldığında medeni durum dışında aralarında anlamlı bir farklılık çıkmamıştır. Gece vardiyasında çalışanların yaş ortalaması 30.28±6.53 olup 17'si erkek (%42.5) ve 23'ü kadın (%57.5) idi. Gündüz vardiyasında çalışanların yaş ortalaması ise 32.51±6.92 olup 15'i (% 38.5) erkek ve 24'ü (%61.5) kadın idi. Gece ve gündüz vardiyasında çalışanlar ÜBÖ-30 puanları açısından karşılaştırıldığında; bilişsel farkındalık, kontrol edilemezlik ve tehlike, olumlu inanışlar alt ölçeğinden alınan puanlar ile ÜBO-30 toplam puanları açısından aralarında anlamlı farklılık saptanmamıştır. Bilişsel farkındalık ve bilişsel güven alt ölçeklerinden alınan puanlar ise gece ve gündüz vardiyasında çalışanlarda anlamlı derecede farklılık göstermiştir ($p<0.05$). Gece vardiyasında çalışanların bilişsel güven ilişkili üst biliş faaliyet düzeyinin daha yüksek($p=0.044$), bilişsel farkındalık ilişkili üst biliş faaliyet düzeyinin ise istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük($p=0.015$) olduğu saptanmıştır. OKT ile alınan ölçümlerde, retina sinir lifi kalınlığı katmanları, santral makula kalınlığı, subfoveal koroidal kalınlık, ganglion hücre tabakası (genel ortalama, iç halka ve dış halka) ile iç pleksiform tabaka (genel ortalama, iç halka ve dış halka) alınmıştır. Gece ve gündüz vardiyasında çalışanlar arasında sadece RSLT-nazal süperior ölçümünde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu saptandı. Gündüz vardiyasında çalışan personelin ortalama RSLT-nazal superior(μm) ölçüm düzeyinin daha yüksek olduğu belirlendi($p=0.017$).

Gece vardiyasında çalışan hemşirelerde RSLT-temporal inferior(μm) ölçüm düzeyi ile düşünceleri kontrol ihtiyacı alt ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü($r=0.338$; $p=0.030$) bir ilişki varlığı saptanırken; RSLT-nazal(μm) ölçüm düzeyi ile çalışanların bilişsel güven üst biliş faaliyet düzeyi arasında negatif yönlü($r=-0,343$; $p=0.030$) bir ilişki varlığı saptandı. Gece vardiyasındaki personelin yaşı arttıkça düşünceleri kontrol ihtiyacı ilişkili üstbiliş faaliyetlerinin azaldığı($r=-0,360$; $p=0.023$); GHT-dış halka toplam ölçüm düzeyinin ise arttığı($r=0,341$; $p=0.031$) belirlendi.



Hemşirelerin OCT RSLT average (μm) parametresi ile ilişkili bağımsız değişkenlerin belirlenmesi amacıyla enter yöntemiyle çoklu linear regresyon modeli analizi uygulandı($F(10\text{-}68)=2.061$, $p=0.040$, $R2=0.23$). Modelde çoklu doğrusal bağlantı (multicolliearity) ve otokorelasyon sorunu yoktur (DW=2.33; VIF=<10). Modelin bağımsız değişkenleri ile bağımlı değişken arasındaki ilişki incelendiğinde; OCT RSLT average (μm) parametresi ölçüm düzeyini arttıran bağımsız faktörün kadın cinsiyet durumu [B=4.77 (95%CI=0.40; 9.14); pr2=0.26; p=0.033]; azaltan faktörlerin ise olumlu inançlar[B=0.76 (95%CI=-1.36;-0.16); pr2=0.29; p=0.013] ve bilişsel güven ilişkili üst bilişsel faaliyetler[B=-0.76 (95%CI=-1.38;-0.15); pr2=0.29; p=0.015] olduğu saptandı.

Tartışma: Çalışmamız vardiyalı çalışan hemşirelerde üst biliş ve OKT bulgularını araştıran ilk çalışmadır. Çalışmamızda gece ve gündüz vardiya grubunda yaş, cinsiyet, meslek ve eğitim durumları bakımından anlamlı bir farklılık yoktur. Kişinin kendi bellek ve dikkat süreçlerine güveninin olmaması ile ilgili olan bilişsel güven alt ölçeği gece vardiyasında çalışanlarda gündüz vardiyasında çalışanlara göre daha yüksek çıkmış olup kendi düşünce süreçleriyle sürekli meşgul olmasını ifade eden bilişsel farkındalık alt ölçeği ise gündüz vardiyasında çalışanlarda anlamlı olarak daha yüksek çıkmıştır. Dolayısıyla gündüz vardiyasında çalışan hemşirelerin, gece vardiyalı çalışan hemşirelere göre yüksek kaygıya sahip olabileceğini, gece vardiyasında çalışanların ise üst düzey bilişsel işlevlerinde bozulmalar olduğunu söyleyebiliriz ki bu durum literatürle de uyumludur. Gündüz vardiyasında çalışanların patolojik düzeyde üst bilişsel faaliyetleri arttıkça GHT-average ölçüm sonuçlarının düştüğünün saptanması oldukça önemlidir.

OKT ile değerlendirilen ölçümler arasında yalnızca RSLT nasal superiorda anlamlı farklılık çıkmıştır. Retinadaki RSLT tabakasındaki incelme aksonal dejenerasyona bağlı gelişir. RSLT hasarının saptanması, %50 ganglion hücre hasarı sonrası mümkün olabilmektedir. Bu nedenle vardiyalı çalışanlarda retinal dejenarasyonun gelişip gelişmeyeceğini tespit etmek için uzunlamasına takip çalışmalarına ihtiyaç duyulmaktadır.

Sonuç: Vardiyalı çalışmanın sağlık, sosyal ve aile işlevleri üzerindeki etkisini yönetmeye yardımcı olmak için üstbilişin önemi kaçınılmazdır. Gece çalışmasının uzun vadeli etkileri yıllar sonra daha belirgin hale gelebilir ve geç yaşlarda daha fazla etki ortaya çıkararak mesleki bir tehlike oluşturabilmektedir (2,3). Vardiyalı çalışanların göz üzerine olan etkileri OKT gibi güvenilir ve invaziv olmayan ölçümlerle belirlenebilir ve OKT özellikle uzun süreli vardiyalı çalışanlarda tarama testi olarak kullanılabilir. Önlemler alınması ve gelecekte daha çok gruplar arası, boylamsal tasarımlı çalışmaların yapılması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Vardiyalı çalışma, üstbiliş, optik koherens tomografi

Kaynaklar

1. Güzel Özdemir P, Ökmen AC, Yılmaz O. Shift Work Disorder and Mental and Physical Effects of Shift Work. Curr Approaches in Psychiatry 2018; 10(1): 71-83.
2. Guzel Özdemir P, Selvi Y, Özkol H, Aydın A, Tülüce Y, Boysan M. The influence of shift work on cognitive functions and oxidative stres. Psychiatry Res 2013.
3. Geniş B. Cosar B, Taner ME. Factors affecting mental status and effects of shift work system in healthcare workers. J Psychiatric Nurs 2020;11(4):275-283.

SS-17 Alkol/Madde Kullanım Bozuklukları

ALKOL KULLANIM BOZUKLUĞU OLAN BİREYLERDE SERUM ÜRİK ASİT DÜZEYLERİ İLE BAĞIMLILIK ŞİDDETİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

Çetin Turan

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri.

Özet

Amaç: Bu çalışmada alkol kullanım bozukluğu (AKB) olan erkek hastalarda bağımlılık şiddeti ile serum ürik asit düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi ve farkındalık geliştirilmesi amaçlandı.

Giriş: Ürik asit (ÜA) pürinlerin oksidasyonu sonucu oluşur ve pürinerjik yolun son ürünüdür. Oksidatif strese bağlı oluşan oksidasyon ürünleri plazma güçlü antioksidanı olan ÜA tarafından temizlenir. Alkol tüketimi; pürin yıkımının artmasına, laktik asidoz ve hiperürisemiye yol açar.

Yöntem: Bu çalışmada 2022 yılı boyunca Bursa Yüksek İhtisas Eğitim Araştırma Hastanesi AMATEM Kliniğinde yatan Alkol kullanım bozukluğu (AKB) tanılı hastaların dosya kayıtları geriye dönük olarak incelendi. Sağlıklı gönüllüler (SG) hastane çalışan ve yakınlarından oluşturuldu. Hastaların arındırma tedavisi öncesi ÜA ve kreatinin düzeyleri çalışıldı. Hastalara Bağımlılık profil indexi (BAPİ) uygulandı. SG'nin başvuru esnasında ÜA ve kreatinin düzeyleri çalışıldı. Böbrek fonksiyonlarının karıştırıcı etkisini nötralize etmek için ürik asit/Kreatinin (ÜA/Kre) oranı alınarak düzeltme yapılmıştır.

Bulgular: Belirlenen tarihlerde 58 AKB ve 40 SG katılımcı değerlendirilmiştir. Hasta grubunun yaş ortalaması 40,75±8,80, SG'nin yaş ortalaması 39,55±7,86 (p=0,48) idi. Bağımsız Örneklem t-testi yapıldığında AKB olan grubun serum ÜA ve ÜA/Kre değerleri SG'ye göre anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur (p<0,005).

Yapılan Pearson analizine göre hasta grubunun serum ÜA ve ÜA/Kre oranları ile; toplam BAPİ ve alt ölçek skorları arasında anlamlı ve olumlu bir ilişki bulunmamıştır. BAPİ'nin motivasyon ve şiddetli istek alt ölçeklerinde pozitif yönde korelasyon saptanmıştır (r: 0,369. p:0,005). Sonuçta Bağımlılık şiddeti ile serum ÜA ve ÜA/Kre düzeyleri arasında korelasyon saptanmadı.

Tartışma: Çalışmamızda; alkol kullanım bozukluğu olan hastalarda kan serum ÜA düzeylerinin bağımlılık şiddetini belirlemede bir biyomarker olmadığı düşünülmektedir. Ancak AKB grubunda serum ÜA ve ÜA/Kre düzeylerinin düşük olduğu görüldü. ÜA'nın plazmada önemli bir antioksidan olması nedeniyle oksidasyon ürünlerinin temizlenmesi için kullanılmış olabileceği düşünüldü. Kan ÜA değişimlerini ölçmek basit ve ucuzdur. Serum ÜA değişimleri diyet ve farmakolojik müdahalelerle düzeltilebilir risk faktörüdür. Bulgularımız AKB'de serum ÜA düzeyinin azalmasına bağlı antioksidan savunmanın azalmış olabileceğini düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: Alkol kullanım bozukluğu, bağımlılık şiddeti, ürik asit

Giriş

Ürik asit (ÜA) pürinlerin oksidasyonu sonucu oluşur ve pürinerjik yolun son ürünüdür. Adenozin monofosfat ve guanozin monofosfat olmak üzere iki nükleotidden dönüştürülür (1,2). Adenozin A1 ve A2 alt reseptörleri merkezi sinir sisteminde ve kalpte inhibitör etkilerini nörotransmitter salgılayarak yaparlar.

ÜA yüksekliği adenosinerjik iletiyi yavaşlatarak bu inhibitör etkiyi azaltır (3). Plazmanın en güçlü antioksidan olarak ÜA; serbest radikallerin %60'ından fazlasını süpürür (4,5,6). Ayrıca ürik asidin, sitokinleri üreterek proinflamatuar yanıtları indükleyebileceği gösterilmiştir(7). Kan ÜA düzeylerinin normal sınırlar dışında olması nörolojik hastalıklara sebep olmakatdır (1).

Bu çalışmanın amacı alkol kullanım bozukluğu olan hastalarda arındırma tedavisi öncesinde serum ÜA düzeyinin sağlıklı kontroller ile farklı olup olmadığını değerlendirmektir. İkinci olarak serum ÜA düzeylerinin bağımlılık şiddeti ile ilişkisini belirlemektir

Yöntem

Çalışma Popülasyonu

Bu çalışmada 2022 yılı boyunca Bursa Yüksek İhtisas Eğitim Araştırma Hastanesi Alkol ve Madde bağımlılığı Kliniğinde yatan Alkol Kullanım Bozukluğu (AKB) tanılı hastaların dosya kayıtları geriye dönük olarak incelendi.

Hasta grubu; 18-65 yaş arası, alkol kullanan erkek katılımcılardan oluşturulmuştur. Cinsiyetin karıştırıcı etkisini kontrol etmek için aynı cinsiyette katılımcılar çalışmaya dahil edilmiştir. Çalışmadan; eşlik eden psikiyatrik bir hastalığı olanlar, antidepresan ilaç kullananlar, gut, hipertansiyon, inflematuvar hastalıklar, kronik böbrek yetmezliği, hiper trigliseridemi, hiperglisemi veya hiperürisemi yapacak diğer tıbbi durumlar dosya kayıtlarından taranarak dışlanmıştır. Kontrol grubu demografik özellikleri hasta grubuna benzer hastane personeli ve yakınlarından oluşturuldu. Her iki gruptaki katılımcıların tamamı sigara kullanıyordu.

Bu çalışma, Helsinki Deklarasyonu'nun 2013 Brezilya versiyonuna uygun olarak tasarlanmış ve yerel etik kurul (28.12.2022 tarih ve 2011-KAEK-25 2022/12-17 karar numarası) tarafından onaylanmıştır. Çalışma süresince iyi klinik uygulama ilkeleri takip edilmiştir.

Biyokimyasal Parametreler

Tüm katılımcıların serum ÜA ve kreatinin düzeylerini laboratuvar kayıtlarından tesbit edilmiştir. ÜA Abbout Architect c 800 cihazında çalışılmıştır. ÜA'nın normal aralığı 3,5-7,2 mg/dl olarak belirlenmiştir. Böbrek fonksiyonlarının karıştırıcı etkisini nötralize etmek için ürik asit/kreatinin (ÜA/Kre) oranı alınarak düzeltme yapılmıştır. ÜA'nın periferik olarak ölçülen kan plazma düzeylerinin santral sinir sistemindeki (SSS) beyin omurilik sıvısı seviyeleri ile yüksek oranda ilişkilidir (8). Bu çalışmada SSS'deki oksidatif stresi belirlemek için periferik kandaki serum ÜA düzeyleri çalışılmıştır.

Sosyodemografik Veri Formu: Araştırıcılar tarafından hazırlanan bu form katılımcıların sosyodemografik özellikleri, madde kullanma örüntüleri, geçmiş hastalıkları hakkındaki sorulardan oluşmaktadır.

Bağımlılık Profil İndeksi (BAPİ)

Bağımlılık şiddetini belirlemek üzere Ögel ve ark. tarafından geliştirilen ölçek 37 madde ve 5 alt ölçekten oluşan bir öz bildirim anketidir (9). Alt ölçekler, alkol/madde kullanımının özelliklerini, bağımlılık tanısını, alkol/madde kullanımının kişinin yaşamına etkisini, aşermeyi ve maddeyi bırakma motivasyonunu ölçmektedir. 12 puan altı düşük bağımlılık şiddeti olarak değerlendirilmektedir. Türkçede geçerlik güvenirlik çalışmasını Ögel ve arkadaşları yapmıştır (9). .

İstatistiksel Değerlendirme

Araştırmada değerlendirilen hastaların demografik ve klinik özellikleri sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma gibi betimleyici istatistiksel yöntemlerle değerlendirildi. Her iki grup arasındaki değişkenlerin karşılaştırılması için bağımsız örneklemler t testi ve ki kare testi kullanıldı. Değişkenler arasındaki ilişkiyi değerlendirmek için ise Pearson analizi kullanıldı. Verilerin normal dağılıma uygunluğu basıklık ve çarpıklık kat sayılarına (±1,5) göre değerlendirildi. Analizlerin uygulanmasında IBM SPSS 22.0 programı kullanıldı.

Bulgular

Belirlenen tarihlerde 58 AKB ve 40 SG katılımcı değerlendirilmiştir. 2 hasta verileri eksik olduğu için veri analizi aşamasında çalışma dışı bırakılmıştır. Hasta grubunun yaş ortalaması 40,75±8,80, SG'nin yaş ortalaması 39,55±7,86 idi (p=0,48) (Tablo 1).

Bağımsız Örneklem t-testi yapıldığında AKB olan grubun serum ÜA ve ÜA/Kre değerleri SG'ye göre anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur (p<0,005).

Yapılan Pearson analizine göre hasta grubunun serum ÜA ve ÜA/Kre oranları ile; toplam BAPİ ve alt ölçek skorları arasında anlamlı ve olumlu bir ilişki bulunmamıştır. BAPİ'nin motivasyon ve şiddetli istek alt ölçeklerinde pozitif yönde korelasyon saptanmıştır (r: 0,369. p:0,005) (Tablo 2).

Sonuçta; Bağımlılık şiddeti ile serum ÜA ve ÜA/Kre düzeyleri arasında korelasyon saptanmamıştır.

Tartışma

Bu çalışmada AKB'li hastaların arındırma tedavisi öncesi serum ÜA değerleri, KG'a göre istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur. Bu düşüklük hasta grubunda alkol kullanımına bağlı pürinerjik transformasyonun azalabileceğini düşündürmektedir. Ancak çalışmamızda pürinerjik sistem bileşenleri değerlendirilmemiştir. Gelecekteki çalışmalar madde kullanım bozukluklu bireylerde pürinerjik sistemin değerlendirilmesine odaklanabilir.

Alkol tüketimi; pürin yıkımının artmasına, laktik asidoz ve hiperürisemiye yol açar (10). Ancak çalışmamızda AKB'li bireylerin serum ÜA düzeyleri KG'ye göre istatistiksel anlamlı düşük bulunmuştur. Alkol kullanımı sonucu oluşan oksidasyon ürünleri ÜA tarafından temizlenir (11). Bu sonuç AKB'li bireylerde oksidatif stres ürünlerinin temizlenmesi için kullanılan ÜA tüketimini düşündürmektedir.

Çalışmamızdaki AKB'li bireylerin BAPİ alt ölçekleri değerlendirildiğinde aşerme ve motivasyon puanı yüksek bulunmuştur. Motivasyon yüksekliği tedavi için olumlu bir faktör olsa da bağımlılık şiddetini yükselttiği kabul edilmektedir. Aşerme BAPİ puanlarını yükseltmekte ve bağımlılık şiddetini artırmaktadır. (9).

Klinik pratiğimizde AKB'li hastaların yoksunluk döneminde aşerme ve bilişsel fonksiyonlarında bozulmanın nükse yol açtığını gözlemlemekteyiz. Bulgularımız AKB'de serum ÜA düzeylerinin azalmasına bağlı antioksidan savunmanın azalmış olabileceğini düşündürmektedir. Kanda oksidatif stres ürünleri ve proinflematuvar sitokinlerin artması SSS'de enflamasyona neden olmaktadır (12). AKB'li hastaların tedavisinde serum ÜA düzeylerinin değerlendirilmesi yararlı olabilir. Düşük serum ÜA düzeyleri diyet ve farmakolojik müdahale ile düzeltilebilir risk faktörüdür. Çalışmamızdaki bulguların desteklenmesi için AKB olan hastalarda serum ÜA düzeyini değerlendiren yeni çalışmalar gereklidir.

Tablo 1. Grupların sosyodemografik özellikleri.

	Grup	*N*	*Ortalama*	*Standart sapma*	*Standart hata*
Yaş	AKB	58	40,7586	8,80851	1,15661
	KG	40	39,5500	7,86733	1,24393
ÜA/Kre Oranı	AKB	58	6,9133	1,55530	,20422
	KG	40	7,9240	1,58142	,25004
Ürik asit	AKB	58	5,4224	1,18367	,15542
	KG	40	6,2788	1,11360	,17608
Kreatinin	AKB	58	,7916	,11870	,01559
	KG	40	,8015	,10683	,01689

AKB= Alkol Kullanım Bozukluğu, KG= Kontrol Grubu

Tablo 2. AKB'lu bireylerin arındırma öncesi ürik asit ve UA/Krea Oranı değerlerinin BAPİ alt test puanlarıyla Pearson korelasyon değerleri

		1	2	3	4	5	6	7	8
1. UA/Krea Oranı	Pearson Correlation	1	,768**	,066	,007	-,019	,105	,085	,043
	Sig. (2-tailed)		,000	,624	,961	,889	,438	,524	,757
	N	58	58	58	56	58	57	58	55
2. Ürik asit	Pearson Correlation	,768**	1	,034	,044	,025	-,001	,219	,028
	Sig. (2-tailed)	,000		,803	,750	,855	,995	,099	,841
	N	58	58	58	56	58	57	58	55
3. BAPİ madde	Pearson Correlation	,066	,034	1	,112	,275*	,161	,371**	,450**
	Sig. (2-tailed)	,624	,803		,411	,037	,232	,004	,001
	N	58	58	58	56	58	57	58	55
4. BAPİ tanı	Pearson Correlation	,007	,044	,112	1	,553**	,504**	,205	,761**
	Sig. (2-tailed)	,961	,750	,411		,000	,000	,129	,000
	N	56	56	56	56	56	55	56	55
5. BAPİ yaşam etki	Pearson Correlation	-,019	,025	,275*	,553**	1	,491**	,345**	,815**
	Sig. (2-tailed)	,889	,855	,037	,000		,000	,008	,000
	N	58	58	58	56	58	57	58	55
6. BAPİ aşerme	Pearson Correlation	,105	-,001	,161	,504**	,491**	1	,369**	,766**
	Sig. (2-tailed)	,438	,995	,232	,000	,000		,005	,000
	N	57	57	57	55	57	57	57	55
7. BAPİ motivasyon	Pearson Correlation	,085	,219	,371**	,205	,345**	,369**	1	,632**
	Sig. (2-tailed)	,524	,099	,004	,129	,008	,005		,000
	N	58	58	58	56	58	57	58	55
8. BAPİ toplam	Pearson Correlation	,043	,028	,450**	,761**	,815**	,766**	,632**	1
	Sig. (2-tailed)	,757	,841	,001	,000	,000	,000	,000	
	N	55	55	55	55	55	55	55	55

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).
*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).
ÜA= Ürik asit, Kre=Kreatinin, BAPİ= Bağımlılık Profil İndexi

Bu çalışmada nispeten az sayıda erkek denekle yapılan çalışmıştır ve yoksunluk sonrası uzun dönemde ÜA düzeyleri değerlendirilmemiştir. Çalışmamızda kadın cinsiyet çalışma dışı tutulmuştur. Katılımcılara belli bir diyet önerilememiştir. Bu çalışmada ÜA dışında pürin metabolitlerinin düzeyleri değerlendirilmemiş ve birbiri ile olan ilişkisi anlaşılamamıştır. Son olarak katılımcılarda oksidatif stres ürünleri ve oksidan/antioksidan dengesinin değerlendirilememesi de çalışmamızın kısıtlılıkları arasındadır.

Sonuç

Serum ÜA düzeyleri; AKB olan bireylerde sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklı bulunmuştur. Glomerüler filtrasyon hızını dikkate aldığımızda bu sonuçlar değişmemiştir. Bu çalışmada hasta grubunda ÜA düzeylerinin kontrol grubuna göre düşük olmasının ÜA'nın antioksidan olarak kullanılmasına mı yoksa pürinerjik transformasyonun azalmasına mı bağlı olduğu değerlendirilememiştir. Gelecekteki çalışmalar bu ayrımı yapmaya odaklanabilir.

Kaynaklar

1. Fang, P., Li, X., Luo, J. J., Wang, H., & Yang, X. F. (2013). A Double-edged Sword: Uric Acid and Neurological Disorders. Brain disorders & therapy, 2(2), 109.
2. Ortiz, R., Ulrich, H., Zarate, C. A., Jr, & Machado-Vieira, R. (2015). Purinergic system dysfunction in mood disorders: a key target for developing improved therapeutics. Progress in neuro-psychopharmacology & biological psychiatry, 57, 117–131.
3. Burnstock G. (2008). Purinergic signalling and disorders of the central nervous system. Nature reviews. Drug discovery, 7(7), 575–590.
4. Bartoli, F., Trotta, G., Crocamo, C., Malerba, M. R., Clerici, M., & Carrà, G. (2018). Antioxidant uric acid in treated and untreated subjects with major depressive disorder: a meta-analysis and meta-regression. European archives of psychiatry and clinical neuroscience, 268(2), 119–127.

5. Roumeliotis, S., Roumeliotis, A., Dounousi, E., Eleftheriadis, T., & Liakopoulos, V. (2019). Dietary Antioxidant Supplements and Uric Acid in Chronic Kidney Disease: A Review. Nutrients, 11(8), 1911.
6. Song, Y., Tang, L., Han, J., Gao, Y., Tang, B., Shao, M., Yuan, W., Ge, W., Huang, X., Yao, T., Bian, X., Li, S., Cao, W., & Zhang, H. (2019). Uric Acid Provides Protective Role in Red Blood Cells by Antioxidant Defense: A Hypothetical Analysis. Oxidative medicine and cellular longevity, 2019, 3435174.
7. Xiao, J., Zhang, X. L., Fu, C., Han, R., Chen, W., Lu, Y., & Ye, Z. (2015). Soluble uric acid increases NALP3 inflammasome and interleukin-1β expression in human primary renal proximal tubule epithelial cells through the Toll-like receptor 4-mediated pathway. International journal of molecular medicine, 35(5), 1347–1354.
8. Bowman, G. L., Shannon, J., Frei, B., Kaye, J. A., & Quinn, J. F. (2010). Uric acid as a CNS antioxidant. Journal of Alzheimer's disease : JAD, 19(4), 1331–1336.
9. Ögel, K., Evren, C., Karadağ, F., & Gürol, D. T. (2012). The development, validity, and reliability of the Addiction Profile Index (API). Turk psikiyatri dergisi = Turkish journal of psychiatry, 23(4), 263–275.
10. Kawamoto, R., Kikuchi, A., Akase, T., Ninomiya, D., Tokumoto, Y., & Kumagi, T. (2021). Alcohol consumption and serum uric acid are synergistically associated with renal dysfunction among community-dwelling persons. Journal of clinical laboratory analysis, 35(6), e23812.
11. Bartoli, F., Crocamo, C., Dakanalis, A., Brosio, E., Miotto, A., Capuzzi, E., Clerici, M., & Carrà, G. (2017). Purinergic system dysfunctions in subjects with bipolar disorder: A comparative cross-sectional study. Comprehensive psychiatry, 73, 1–6.
12. Paulus, M. P., & Stewart, J. L. (2020). Neurobiology, Clinical Presentation, and Treatment of Methamphetamine Use Disorder: A Review. JAMA psychiatry, 77(9), 959–966.

SS-18 Diğer

AKILLI TELEFON KULLANIM YOĞUNLUĞU VE BİLİNÇLİ FARKINDALIK

Burcu Bakar Kahraman

SBÜ Sultan 2. Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği

Giriş

Akıllı telefonlar, internet erişim ile birlikte çeşitli yazılım ve uygulamalarla bilgisayar fonksiyonuna sahip cep telefonlarıdır. Akıllı telefon kullanımı her geçen gün artmakta ve henüz tanı kılavuzlarında yer almasa da genel olarak davranışsal bağımlılıklar arasında değerlendirilmektedir. Kavram olarak akıllı telefon sorunlu kullanımı, akıllı telefon aşırı kullanımı ve akıllı telefon bağımlılığı gibi terimler üzerine tartışılmaktadır. Tanım olarak tartışmalar sürerken akıllı telefonla geçirilen zamanın fazlalığı ve uygunsuz kullanımına bağlı olumsuz sonuçlarına yönelik Bilişsel Davranışçı Psikoterapi, Kabul Kararlılık Terapisi, Bilinçli Farkındalık Temelli Bilişsel Terapi, Bilinçli Farkındalık Temelli Stres Azaltma gibi tedavi programlarının faydalı olabileceği önerilmektedir (1,2,3). Aynı zamanda akıllı telefonların internet ve oyun uygulamaları gibi donanımları nedeniyle kişinin ne amaçla akıllı telefonda daha çok zaman geçirdiğinin anlaşılması da önem taşımaktadır. Kişinin internet bağımlılığı, oyun bağımlılığı ya da kumar bağımlılığı nedeniyle olan uzun süre akıllı telefon kullanımı akıllı telefon bağımlılığı olarak değerlendirilmemelidir. Bu çalışmada kesitsel bir örneklemde akıllı telefon kullanım yoğunluğunu değerlendirmek ve ekranda geçirilen süre ile ilişkili olabilecek faktörleri araştırmak amaçlanmıştır.

Yöntem

Çalışma örneklemi 152 gönüllü katılımcıdan oluşmaktadır. Katılımcılar araştırmaya çevrimiçi olarak davet edilmiştir. Tüm katılımcılar sosyodemografik ve klinik veri formu, Akıllı Telefon Bağımlılığı Ölçeği Kısa Formu (ATBÖ-KF), Bilinçli Farkındalık Ölçeği (BİFÖ), İçgörü Ölçeğini doldurmuş ve son olarak telefonlarındaki ekran süresi bilgileri kaydedilmiştir. Telefonlarında ekran süresi bilgisi olmayan katılımcılar çalışmadan dışlanmıştır.

Değerlendirme Araçları

Sosyodemografik ve klinik veri formu: Yaş, cinsiyet, ilk telefon sahip olma yaşı, akıllı telefon kullanım tahmini süresi ve en fazla vakit geçirilen uygulamaların sorgulandığı araştırmacı tarafından hazırlanan veri formudur.

Akıllı Telefon Bağımlılığı Ölçeği Kısa Formu: Kwon ve ark. tarafından geliştirilen 10 maddelik 6'lı likert tipi öz bildirim ölçeğidir (4). Ölçekten alınan yüksek puanlar akıllı telefon bağımlılığı için artmış riske işaret eder. Türkçe geçerlik güvenirlik çalışması Noyan ve ark. tarafından yapılmıştır (5).

Bilinçli Farkındalık Ölçeği: Brown ve Ryan tarafından geliştirilen 15 maddelik 6'lı likert tipi öz bildirim ölçeğidir (6). Günlük hayatta dikkati şimdiki zamana verebilme ve anda olmayı değerlendiren ölçek Özyeşil ve ark. tarafından Türkçeye uyarlanmıştır (7).

İçgörü Ölçeği: Akdoğan ve ark. tarafından geliştirilen toplam 20 maddelik 5'li likert tipi özbildirim ölçeğidir (8). Bütüncül bakma, kendini kabul ve kendini anlama alt boyutlarını içerir. 4, 9, 13, 17. maddeler ters puanlanır ve yüksek puanlar o boyuttaki içgörü düzeyinin yüksekliğine işaret eder.

Ekran süresi: Akıllı telefonların ayarlar bölümünden haftalık rapor/ekran süresi bölümünden günlük ortalama ekran süresine bakılarak ekran sürelerini belirtmeleri istenmiştir.

İstatiksel Analiz

İstatistiksel analizler SPSS versiyon 24 kullanılarak yapıldı. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu görsel ve analitik yöntemlerle incelendi. Değerlendirmede kategorik değişkenler için ki-kare testi, kantitatif değişkenler için veriler normal dağılıma uymadığı için Mann-Whitney U testi uyguladı. Korelasyonlar Spearman testiyle incelendi, ekran süresinde bağımsız değişkenlerin etkisi lojistik regresyon analiziyle araştırıldı. İstatistiksel anlamlılık için $p<0,005$ anlamlı kabul edildi.

Bulgular

Katılımcıların 87'si kadın (%57,2), 65'i erkek (%42,8), yaş ortalaması 31,31±9,058 idi. Tüm katılımcıların %92,1'i ilk telefonuna 10 yaşından sonra sahip olduğunu belirtmiştir. Katılımcıların %61,2'si (n=93) 4 saatten daha fazla ekran süresi bildirmiş, günlük ortalama ekran süresi 8-10 saat olarak belirlenenlerin oranı %7,9 saptanmıştır (Tablo 1). En fazla vakit geçirilen uygulamalar sırasıyla fotoğraf paylaşma uygulamaları (%33,6), mesajlaşma uygulamaları (%32,2), sosyal ağ-tartışma forumları (%18,4), video paylaşma uygulamaları (%13,2) olarak saptanmıştır. Katılımcıların %61,8'i (n=94) akıllı telefon kullanım süresini doğru tahmin etmiş, %18,4'ü (n=28) tahmininden daha fazla kullanımı olduğunu fark etmiştir. Ekran başında geçirdiği vakti doğru tahmin eden grubun yaş ortalaması daha düşük (p=0,009) ve bilinçli farkındalık puanları anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur (p=0,027), içgörü puanları arasında ise anlamlı fark saptanmamıştır (Tablo 2). Ekran süresi ile akıllı telefon bağımlılık ölçeği

Tablo 1. Katılımcıların günlük ortalama akıllı telefon ekran süreleri

Ekran Süresi	*% (n)*
0-2 Saat	%10,5 (n=16)
2-4 Saat	%28,3 (n=43)
4-6 Saat	%38,8 (n=59)
6-8 Saat	%14,5 (n=22)
8-10 Saat	%7,9 (n=12)

Tablo 2. Günlük ortalama akıllı telefon ekran süresini doğru tahmin eden ve edemeyen grubun sosyodemografik özellikleri ve ölçek puanlarının karşılaştırılması

	Doğru Tahmin Edenler n=94	*Yanlış Tahmin Edenler n=58*	*p*
Yaş	29,4±7,2	34,4±10,9	0,009
Cinsiyet	%60,6 Kadın (n=57) %39,4 Erkek (n=37)	%51,7 Kadın (n=30) %48,3 Erkek (n=28)	0,281
Telefon Edinme Yaşı	6-10 Yaş %10,6 (n=10) 11-15 Yaş %51,1 (n=48) >16 Yaş %38,3 (n=36)	6-10 Yaş %3,4 (n=2) 11-15 Yaş %46,6 (n=27) >16 Yaş %50 (n=29)	0,162
ATBÖ-KF	30,3±10,9	29,8±9,4	0,671
BİFÖ	50±9,7	47,8±8,2	0,027
İçgörü Toplam Puan	45,6±7,3	45,6±5,2	0,855
Bütüncül Bakma	14,7±3,7	14,9±2,9	0,703
Kendini Kabul	18±3,9	17,3±3,3	0,365
Kendini Anlama	12,9±2,7	13,3±2,7	0,487

Tablo 3. Günlük ortalama akıllı telefon ekran süresi ve ilişkili olabilecek değişkenler arası korelasyonlar

	1	*2*	*3*	*4*	*5*	*6*	*7*	*8*	*9*
1. Ekran Süresi									
2. Telefon Edinme Yaşı	,229**								
3. ATBÖ-KF	,467**	-,040							
4. BİFÖ	-,346**	-,005	-,685**						
5. Bütüncül Bakma	,059	-,013	,021	-,043					
6. Kendini Kabul	,190*	-,058	,433**	-,547**	,129				
7. Kendini Anlama	,061	-,079	,052	,044	,535**	-,074			
8. İçgörü Toplam	,154	-,139	,249**	-,316**	,774**	,591**	,615**		
9. Uygulama	-,037	-,100	,117	-,072	-,202*	,034	,017	-,029	

Tablo 4. Günlük ortalama akıllı telefon ekran süresini tahmin etmek için lojistik regresyon analiz sonuçları

	Odds Ratio	*%95 GA*	*p*
BİFÖ	0,945	0,902-0,991	0,019
Telefon Edinme Yaşı	3,977	1,952-8,104	<0,001
Mesajlaşma İletişim Uygulamaları	2,146	0,809-5,698	0,125
Fotoğraf Paylaşma Uygulamaları	3,429	0,776-15,148	0,104
Video Paylaşma Uygulamaları	0,628	0,221-1,787	0,383

skorları arasında pozitif yönlü orta derecede korelasyon (rho=0,467, p<0,001), ilk telefon edinme yaşı ile pozitif yönlü düşük derecede korelasyon (rho=0,229, p<0,001) bulunmuştur (Tablo 3). Lojistic regresyon analizinde ilk telefon sahip olma yaşı (OR=3,98, %95 GA[1,95-8,1], p=0,019) ve farkındalık ölçek skorlarının (OR=0,95, %95 GA[0,90-0,99], p<0,001) ekran süresini tahminde istatiksel anlamlı düzeyde katkı sağladığı saptanmıştır (Tablo 4).

Tartışma

Akıllı telefon kullanımını değerlendirmede bazı çalışmalar özbildirim ölçeklerini bazı çalışmalar ise nesnel ölçütlerin kullanımını önermektedir. Nesnel ölçüt olarak, ekran süresi ve ekran kilidi açma sayısının sık tercih edildiği görülmektedir. Çalışmamızda ekran süresi ve ATBÖ-KF birlikte kullanılmış ve sonuçların korele olduğu saptanmıştır. Akıllı telefon kullanım yaşının okul öncesi çocukluk dönemine kadar gerilediği ve akıllı telefon kullanan okul öncesi yaş aralığındaki beş çocuktan birinde sorunlu akıllı telefon kullanımı görüldüğü vurgulanmaktadır (9). Bizim çalışmamızda telefon edinme yaşı ve bilinçli farkındalık düzeyi ekran süresini tahmin etmede anlamlı bulunmuştur. Çalışmamızın sonuçlarına göre ilk telefona daha ileri yaşta sahip olmak ve bilinçli farkındalık düzeyinin düşük olması ekran süresinin artışı ile ilişkili görünmektedir. Literatürde ilk telefona sahip olma yaşı ile akıllı telefon bağımlılığı arasındaki ilişkiye dair farklı sonuçlar bildirilmiştir (9,10,11). Bizim çalışmamızda daha ileri yaşta telefon sahibi olan kişilerin ekran süresinin daha fazla olduğu, ekran süresi ile ilk telefon edinme yaşı arasında düşük derecede pozitif yönlü korelasyon bulunduğu saptanmıştır. En çok zaman geçirilen uygulama ile ekran süresi arasında ise istatiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. BİFÖ skorları ile ekran süresi arasında negatif korelasyon saptanmış olması da bilinçli farkındalığın arttırılmasına yönelik terapi müdahalelerinin ekran süresini azaltmada faydalı olabileceği şeklinde yorumlanmıştır. Çalışmamızın verileri farkındalık temelli bilişsel terapilerin akıllı telefon bağımlılığındaki etkinliğine dair beklentimizi arttırmaktadır ve önceki literatürü desteklemektedir (12). Bu çalışma sonuçlarının çalışmanın kesitsel yapısı ve düşük örneklem sayısı nedeniyle kısıtlılıklar çerçevesinde değerlendirilmesi gerekmektedir.

Kaynaklar

1. Ting CH, Chen YY. Smartphone addiction. In Adolescent addiction. Academic Press, 2020. (pp. 215-240).
2. Yu HG, Son C. Effects of ACT on smartphone addiction level, self-control, and anxiety of college students with smartphone addiction. Journal of Digital Convergence, 2016;14(2):415-426
3. Ding D, Li J. Smartphone Overuse – A Growing Public Health Issue. J Psychol Psychother 2017;7(1):289.
4. Kwon M, Kim DJ, Cho H,Yang S. The smartphone addiction scale: development and validation of a short version for adolescents. PloS One 2013; 8:e83558.
5. Noyan CO, Enez Darçın A, Nurmedov S, Yılmaz O & Dilbaz N. Akıllı Telefon Bağımlılığı Ölçeğinin Kısa Formunun üniversite öğrencilerindeTürkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2015;16(Özel sayı 1):73-81.
6. Brown KW & Ryan RM. The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 2003;84:822-848.
7. Özyeşil Z, Arslan C, Kesici Ş & Deniz ME. Bilinçli Farkındalık Ölçeği'ni Türkçeye uyarlama çalışması. *Eğitim ve Bilim*, 2011;*36*(160):224-235.
8. Akdoğan R & Türküm AS. Insight Scale for Nonclinical University Students: Validity and Reliability Analysis, Measurement and Evaluation in Counseling and Development, 2018;51(4):250-262.
9. Park JH & Park M. Smartphone use patterns and problematic smartphone use among preschool children. *PLoS One*, 2021;*16*(3): e0244276.
10. Dhamija S, Shailaja B, Chaudhari B, Chaudhury S, Saldanha D. Prevalence of smartphone addiction and its relation with sleep disturbance and low self-esteem among medical college students. *Industrial Psychiatry Journal*, 2021;*30*(Suppl 1):189-194.
11. Özdemir A, Çiftçi H, Dağılsan S, Eda Ü. Bursa Uludağ Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi hemşirelik öğrencilerinin akıllı telefon kullanım durumu ve bağımlılık düzeylerinin belirlenmesi. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2019;*45*(3):281-290.
12. Lan Y, Ding JE, Li W, Li J, Zhang Y, Liu M, Fu H. A pilot study of a group mindfulness-based cognitive-behavioral intervention for smartphone addiction among university students. *Journal of Behavioral Addictions*, 2018;7(4):1171-1176.

SS-20 Klinik Psikiyatri

EKSPRESİF DİL BOZUKLUĞU TANILI ÇOCUKLARDA EMOSYON REGÜLASYONU

Hurşit Ferahkaya[1], Fatma Coşkun[2]

[1]Dr. Ali Kemal Belviranlı Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi
[2]Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi

Özet

Giriş: Dil bozukluğu (DB) sözcük dağarcığının azlığı, cümle yapılarının sınırlılığı ve söylem bozuklukları ile karakterize nörogelişimsel bir bozukluktur. Emosyon regülasyonu bireyin hedeflerine ulaşmak için duygularını izlemek, kendi duygusal deneyiminin gücünü ve duyguların ifadesinin gücünü ve zamanlamasını değiştirmek için kullandığı bilişsel ve davranışsal süreçleri ifade eder. Duyguları düzenlemeyi öğrenmek, iletişimin önemli bir rol oynadığı diğer insanlarla sosyal etkileşime büyük ölçüde bağlıdır. DB olan çocuklar önemli bilgileri kaçırırlar, daha fazla işlem süresine ihtiyaç duyarlar. Bu nedenle, duygularını düzenlemekte ve yönetmekte zorlanabilirler. Bu çalışmada okul öncesi dönemdeki DB tanısı alan çocukların emosyon regülasyonu, sorunlu davranışları ve bunların birbirleri ile ilişkisinin araştırılması amaçlanmaktadır.

Yöntem: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı (DSM)-5'e göre DB tanısı alan 2-6 yaş arası 46 katılımcı ile hasta grubu ve herhangi bir psikiyatrik tanısı olmayan 2-6 yaş arası 40 sağlıklı katılımcı ile kontrol grubu oluşturulmuştur. Kliniyen tarafından sosyodemografik veri formu, katılımcı ebeveynleri tarafından duygu düzenleme ölçeği (DDÖ) ve okul öncesi davranış ölçeği (OÖDÖ) doldurulmuştur.

Bulgular: Gruplar arasında cinsiyet ve yaş dağılımı açısından anlamlı farklılık saptanamadı. DB grubunda DDÖ toplam puanı (p=0,002) ve dayanıklızlık/olumsuzluk (p=0,021) alt ölçeği kontrol grubuna kıyasla anlamlı olarak düşüktü. OÖDÖ toplam puanı DB grubunda kontrol grubuna kıyasla anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır (p=0,01). Ölçek toplam ve alt ölçek puanları arasında herhangi bir korelasyon saptanmamıştır.

Tartışma: Çalışmamızdan elde ettiğimiz sonuçlar yaşıtlarına kıyasla DB tanılı çocukların emosyon regülasyonu becerilerinin daha zayıf ve davranış sorunlarının daha fazla olduğunu göstermektedir. DB tanısı olan çocukların duygusal ve davranışsal açıdan erken dönemde takibe alınmasının, duygu düzenleme becerilerinin geliştirilmesinin ve davranış sorunlarının önüne geçilmesinin bu çocukların mental sağlığı açısından önemli olabileceğini düşünüyoruz.

Anahtar Kelimeler: dil bozukluğu, duygu düzenleme, davranış sorunları

Giriş

Okul öncesi ve okul çocuklarının yaklaşık %7 ila%15'i, dünya genelinde yayınlanan çok sayıda araştırmaya göre dil edinimi ve dil becerileri gelişimi açısından akranlarından farklıdır. Bu duruma sebep olan bozukluklardan dil bozukluğu, çocukların yaşları ve gelişim düzeylerinden beklenen kelimeleri ve cümleleri kullanarak düşüncelerini ifade etmekte güçlük yaşadıkları nörogelişimsel bir bozukluktur [1]. Bu çocuklar kısıtlı sözcük dağarcığı ile kendilerini ifade etmeye çabalarlar ve coğunlukla grameri bozuk ve kısa cümleler kurarlar. En sık belirti zayıf bir kelime dağarcığına sahip olmadır. Genellikle durumlarını tanımlamak için yaptıkları konuşmalar bütünlükten yoksun ve karmaşıktır [2]. Bu nedenlerle dil becerileri yönünden yaşıtlarından daha küçük algılanırlar. Sıklığı yaklaşık olarak %2.2 ile %7 arasında bildirilmektedir. Dil bozukluğu, anaokuluna devam eden çocukların %7'sini etkilemektedir ve bu nedenle çocuklarda sık görülen bir nörogelişimsel bozukluk olarak kabul edilmektedir [3]. Konuşma gecikmesi ek nörogelişimsel ya da nörolojik nedenlere bağlı değildir. Konuşma bozukluğu olan çocuklar kendilerini akranlarıyla kıyaslayarak konuşmalarında ters giden bir şeyler olduğuna dair yüksek düzeyde farkındalık geliştirmektedir. 6-12 yaş arası konuşma bozukluğu olan çocukların motor ve dil becerilerinin yanı sıra sosyal ve duygusal becerilerde bozukluk olmayan akranlarından birtakım farklılıklar gösterdiğini belirtmiştir. Bu durum yaşla birlikte artmaktadır [4].

Emosyon regülasyonu bireyin hedeflerine ulaşmak için duygularını izlemek, kendi duygusal deneyiminin gücünü ve duyguların ifadesinin gücünü ve zamanlamasını değiştirmek için kullandığı bilişsel ve davranışsal süreçleri ifade eder [5]. Ekspresif dil bozukluğu, çocuklar için iletişimde, sosyal etkileşimlerde ve eğitim bağlamlarında birçok stres kaynağıdır [6]. Duyguları düzenlemeyi öğrenmek, iletişimin önemli bir rol oynadığı diğer insanlarla sosyal etkileşime büyük ölçüde bağlıdır [7]. Tipik olarak, bakımverenler çocuklarıyla duyguları, neden oldukları, duygular yükseldiğinde kendilerini nasıl kontrol edecekleri ve çocukların hem kişisel hem de sosyal hedeflere ulaşmalarına yardımcı olacak şekillerde duygularını nasıl ifade edebilecekleri hakkında konuşurlar [8]. Ekspresif dil bozukluğu olan çocuklar için iletişim sorunları, erken yaşlardan itibaren başkalarıyla etkileşimi sınırlar [6]. Ekspresif dil bozukluğu olan çocuklar önemli bilgileri kaçırırlar, daha fazla işlem süresine ihtiyaç duyarlar ve genellikle sosyal etkileşimlerde neler olup

bittiğini tam olarak anlayacak kelime dağarcığından yoksundurlar. Bu nedenle, duygularını düzenlemekte ve yönetmekte zorlanabilirler [9]. Günümüze kadar sınırlı sayıda çalışma, ekspresif dil bozukluğu tanılı çocuklarda emosyon regülasyonunu incelemiştir. Bu araştırmalar, ekspresif dil bozukluğu tanılı çocukların, başkaları için sonuçları daha az dikkate alarak veya diğer kişiler tarafından ifade edilen duyguların düzeyiyle daha az uyumlu olarak, daha uygunsuz duygu ifadeleri sergilediğini bildirmektedir ki bunlarda empsyon regülasyon sorunlarına işaret eder [9,10]. Bu çalışmada okul öncesi dönemdeki ekspresif dil bozukluğu tanısı alan çocukların emosyon regülasyonu, sorunlu davranışları ve bunların birbirleri ile ilişkisinin araştırılması amaçlanmaktadır.

Yöntem

DSM-5'e göre DB tanısı alan 2-6 yaş arası 46 katılımcı ile hasta grubu ve herhangi bir psikiyatrik tanısı olmayan 2-6 yaş arası 40 sağlıklı katılımcı ile kontrol grubu oluşturulmuştur. Kliniyen tarafından sosyodemografik veri formu, katılımcı ebeveynleri tarafından duygu düzenleme ölçeği (DDÖ) ve okul öncesi davranış ölçeği (OÖDÖ) doldurulmuştur [11,12]. İstatistiksel analizler Statistical Package for the Social Sciences 25. Versiyonu (SPSS Inc., Chicago, IL) kullanılarak değerlendirilmiştir. Veriler, sayısal değişkenler için ortalama (standart sapma [SD]) olarak sunulmuştur. Değişkenlerin normal dağılıp dağılmadığını belirlemek için Kolmogorov-Smirnov normallik testi kullanılmıştır. Korelasyon analizlerinde Spearman testi kullanılmıştır. Analizlerde anlamlılık değeri $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir.

Bulgular

Tablo 1. Sosyodemografik veriler

		Hasta Grubu	*Kontrol Grubu*	*Toplam*
Cinsiyet	Kız	19	16	35
	Erkek	27	24	41
		Ort+SD	Ort+SD	p
Yaş (ay)		51,20+-11,71	49,73+-11,35	0,557
Anne yaş (yıl)		31,65+-0,79	31,70+-5,37	0,96
Baba yaş (yıl)		34,61+-6,40	33,98+-3,66	0,58

Gruplar arasında cinsiyet ve yaş dağılımı açısından anlamlı farklılık saptanamadı. DB grubunda DDÖ toplam puanı ($p=0,002$) ve dayanıklılık/olumsuzluk ($p=0,021$) alt ölçeği kontrol grubuna kıyasla anlamlı olarak düşüktü. OÖDÖ toplam puanı DB grubunda kontrol grubuna kıyasla anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır ($p=0,01$). Ölçek toplam ve alt ölçek puanları arasında herhangi bir korelasyon saptanmamıştır.

Tablo 2. Hasta ve kontrol grubu ölçek puanları

	Hasta Grubu	*Kontrol Grubu*	*p*
Duygurum Düzenleme Ölçeği-Toplam	71,57 ± 7,96	76,11 ± 5,05	0,002
Duygurum Düzenleme Ölçeği-Dayanıksızlık/ Olumsuzluk	45,87 ± 6,49	48,74 ± 4,46	0,021
Duygurum Düzenleme Ölçeği-Duygu Düzenleme	23,37 ± 3,54	24,67 ± 3,43	0,089
Okul Öncesi Davranış Ölçeği	17,23 ± 6,95	13,83 ± 4,87	0,01

Tartışma

Son yıllarda konuşma bozukları ile duygu düzenleme arasındaki ilişki artan bir ilgi ile araştırılmaktadır. Çalışmamızdan elde ettiğimiz sonuçlar yaşıtlarına kıyasla DB tanılı çocukların emosyon regülasyonu becerilerinin daha zayıf ve davranış sorunlarının daha fazla olduğunu göstermektedir. Çalışmamızın sonuçları literatürde okul öncesi konuşma bozukluğu tanılı çocukların duygu düzenleme becerileriyle ilgili elde edilen bulgularla paralellik göstermektedir. Yapılan bir çalışmada kekemelik tanısı olan ilkokul çocuklarında duygu düzenlenleme becerilerinin akranlarına kıyasla daha düşük olduğu saptanmıştır [13]. Duyguları anlama, eşduyum ve temkinlilik gibi uyum sağlayıcı duyguları ayarlamakta güçlük çekmeleri nedeni ile DB tanılı çocukların duygusal esnekliklerinin yetersiz olabileceğini düşünülmektedir [10]. DB tanısı olan çocukların duygusal ve davranışsal açıdan erken dönemde takibe alınmasının, duygu düzenleme becerilerinin geliştirilmesinin ve davranış sorunlarının önüne geçilmesinin bu çocukların mental sağlığı açısından önemli olabileceğini düşünüyoruz. Olumsuz duygulanımların mevcudiyeti kadar bu duyguların ayarlanması ve uyum sağlayıcı duyguların ayarlanabilmesi de büyük önem taşımaktadır. Bu sayede çocuklar olumsuz duygulanımlarını düzenleyerek hızlı bir biçimde kendilerini sakinleştirebilmektedirler [9]. Dolayısı ile duygularını düzenlemekte zorlanan çocukların davranışlarını kontrol edememesi beklenen bir bulgudur. Elde ettiğimiz sonuçlar önceki araştırmalarda okul çağı çocuklarında gözlemlenen olumlu ve olumsuz duygulanımları düzenlemekte ve kendini sakinleştirebilmekte görülen güçlüklerin okul öncesi çocuklar için de geçerli olduğunu göstermektedir [7]. Araştırmamız neden-sonuç ilişkisi göstermeyi amaçlamadığı için kekemeliğin kendisinin mi duygu düzenlemeyi güçleştirdiğini, yoksa duygu düzenleme becerilerindeki zayıflığın mı kekemelik üzerinde etkisi olduğu aydınlatılmamıştır. Daha geniş örneklemde yapılacak takip çalışmaları alana katkı sağlayacaktır.

Kaynaklar

1. Włodarczyk, E., Szkiełkowska, A., Pilka, A., & Skarżyński H. Assessment of cortical auditory evoked potentials in children with specific language impairment. Polish J Otolaryngol 2018;72:16–22.
2. Bishop DVM. The Underlying Nature of Specific Language Impairment. J Child Psychol Psychiatry 1992;33:3–66. https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1992.tb00858.x.
3. American Psychiatric Association. American Psychiatric Association, 2013. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). 2013. https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596.744053.
4. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition (DSM-5). 5th ed. American Psychiatric Association; 2013.
5. Gross JJ. The emerging field of emotion regulation: An integrative review. Rev Gen Psychol 1998;2:271–99. https://doi.org/10.1037/1089-2680.2.3.271.
6. Andrés-Roqueta C, Adrian JE, Clemente RA, Villanueva L. Social cognition makes an independent contribution to peer relations in children with Specific Language Impairment. Res Dev Disabil 2016;49–50:277–90. https://doi.org/10.1016/j.ridd.2015.12.015.
7. Slaughter, V., & De Rosnay M, editor. Theory of mind development in context. New York: Psychology Press.; 2016.
8. Rieffe, C., Dirks, E., van Vlerken, W., & Veiga G. The empathic mind in children with communication impairments: the case of children who are deaf or hard of hearing (DHH); children with an autism spectrum disorder (ASD); and children with specic language impairments (SLI). Routledge., 2016, p. 128–42.
9. Fujiki M, Spackman MP, Brinton B, Hall A. The Relationship of Language and Emotion Regulation Skills to Reticence in Children With Specific Language Impairment. J Speech, Lang Hear Res 2004;47:637–46. https://doi.org/10.1044/1092-4388(2004/049).
10. Brinton B, Fujiki M, Hurst NQ, Jones ER, Spackman MP. The Ability of Children With Language Impairment to Dissemble Emotions in Hypothetical Scenarios and Natural Situations. Lang Speech Hear Serv Sch 2015;46:325–36. https://doi.org/10.1044/2015_LSHSS-14-0096.
11. Altan Ö. The effects of maternal socialization and temperament on children's emotion regulation (Unpuplished Master's Thesis). , İstanbul. Koç University, 2006.
12. Kapci EG. The Reliability and Validity of the Preschool Behaviour Checklist to Turkish Nursery Children. Early Child Dev Care 1999;150:43–51. https://doi.org/10.1080/0300443991500104.
13. AKTÜRK, Ş. K., & ÜNSAL EM. Okul Çağı Döneminde Kekemeliği Olan ve Olmayan Çocukların Duygu Düzenleme Becerilerinin Karşılaştırılması: Ön Bulgular. Dil Konuşma ve Yutma Araştırmaları Derg 2019;2:104–20.

SS-22 Dikkat Eksikliği Ve Hiperaktivite Bozukluğu

DETECTING ADHD BY MOXO-CPT IN YOUNG ADULTS: A PSYCHIATRIC OUTPATIENT SAMPLE

Hatice Ayça Kaloğlu[1], Elif Akçay[2], Erkil Çetinel[1], Kadir Özdel[1]

[1]*Etlik City Hospital*
[2]*Ankara City Hospital*

Objective

Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) is a prevalent psychiatric disorder in the adult population that is frequently unrecognized, underdiagnosed, and undertreated (1). The MOXO continuous performance test (MOXO-CPT) provides the most objective measurement of attention deficit, timing problems, impulsivity and hyperactivity, which are the four main symptoms of ADHD (2). In this study, we aim to determine the prevalence of ADHD by objectively evaluating attention through the MOXO-CPT in young adults.

Method and Data Analysis

Participants were 118 young adults aged 18–25 (59.3% female and 40.7% male). All participants completed self-report questionnaires including ASRS, Wender Utah Rating Scale, State and Trait Anxiety Inventory (STAI) and Rumination Scale. The same psychiatrist interviewed all participants for ADHD diagnosis. The MOXO-CPT were conducted by other researchers who did not conduct diagnostic interviews, combining visual and auditory stimuli as environmental distractors.

We used the Shapiro-Wilk test to determine normal distribution of the data. Pearson's chi-squared test and/or Fischer's exact test examined differences of categorical variables between the groups. Continuous variables were analyzed using the Mann-Whitney U test in group comparisons. Binary logistic regression analysis was applied to determine the factors affecting the ADHD diagnosis. The discriminative capacities of MOXO-d-CPT indices were assessed by calculating the areas under the receiver operating characteristic (ROC) curves to distinguish between ADHD and non-ADHD young adults. ROC curves give an area under the curve statistic (ROC-AUC) that ranges from 0 to 1. The maximum AUC=1 indicates that the diagnostic test is perfect in differentiating the cases and the controls. A ROC-AUC of 0 means the incorrect classification of all cases, and 0.5 shows that the measure is no better than the chance of discriminating between the cases and the unaffected controls. Confidence intervals (95%) for a ROC-AUC that do not include 0.5 indicate that a diagnostic test can significantly distinguish between the cases and the controls at the above chance level. AUC results were considered excellent for AUC values between 0.9 and 1, good for AUC values between 0.8 and 0.9, acceptable for AUC values between 0.7 and 0.8, poor for AUC values between 0.6 and 0.7, and failed for AUC values between 0.5 and 0.6. Data analysis was performed using SPSS 22.0, and all the statistical tests were two-tailed with a threshold for significance of $\alpha = .05$

Results

One hundred eighteen young adults (70 female, 59.3 %; mean age 20.16 years, age range from 18 to 25 years) were included in the study. All participants had attention complaints at admission to our psychiatry outpatient clinic. Seventy participants (59.3 %) had no previous psychiatric diagnosis, however the rest of the sample had anxiety disorders, depressive disorder and obsessive-compulsive disorder (22.9 %; 15.3 %; 2.5 %, respectively) in the past. In the current clinical interview, 18 participants (15.3 %) received no psychiatric diagnosis. We found psychiatric disorders at our clinical assessment (16.1 % only anxiety disorders, 7.6 % only depressive disorder, 50.8 % ADHD without comorbities, 7.6 % ADHD+comorbid psychiatric diagnosis) in the whole sample. Thirty-five (29.7%) participants had a family history of any psychiatric disorders, only 5.1 % of those had ADHD history in their families in all sample.

ADHD diagnosis was detected in sixty-nine patients (58.5%) according to clinical interview based on DSM-5 criteria. Comparisons were made between two groups, those with ADHD (n=69) and without ADHD diagnosis (n=49). The groups were similar in age and gender ($p>0.05$). There was no significant difference between two groups in family history of ADHD, however ADHD group had more family history of any psychiatric disorders. 13 percent of ADHD group had comorbid psychiatric diagnosis (8.7 % anxiety disorders, 2.9 % MDD, 1.4 % OCD). In non-ADHD group, 18 participants (36.7 %) had no psychiatric diagnosis. 38.8 percent of non-ADHD group had anxiety disorders, 18.4 % MDD, 4.1 % MDD comorbid with OCD, 2% anxiety disorders comorbid with MDD. Self-report questionnaire scores including, WURS-25, STAI-1 and 2, RRS-10 scores were similar in the two groups ($p>.05$). The ASRS-attention scores were significantly higher in ADHD group, however ASRS-hyperactivity and ASRS-total scores were similar in the two groups. Regarding the attention performance tests, we found significant differences in all subdimensions including z scores and impairment status of MOXO-d-CPT,

including, Attention, Timeliness, Hyperactivity, and Impulsivity between the two groups.

Univariate analysis showed that age, gender, education levels, ASRS-hyperactivity and total scores, STAI-1, RRS-10 scores had no impact on ADHD diagnosis ($p>0.10$). ASRS-attention scores, WURS-25 scores, STAI-2 scores, and MOXO-d-CPT impairment levels were possible affecting factors to diagnose ADHD ($p<.10$). In the multivariate logistic regression model, only average and/or higher performances of MOXO-d-CPT attention and hyperactivity were associated with less probability of ADHD diagnosis (odds ratio [OR] =0.014, 95% confidence interval [CI] = [0.003; 0.065]; odds ratio [OR] =0.188, 95% CI = [0.048; 0.733]). Additionally, higher trait anxiety levels were related to less likelihood of ADHD diagnosis (odds ratio [OR] =0.924, 95% CI = [0.854; 1.000].

ROC curve analyses were used to assess the discriminative capacity of each MOXO-d-CPT indices between ADHD and non-ADHD young adults. The discriminative capacities were excellent for the attention index (AUC=0.872) and acceptable for the hyperactivity index (AUC=0.723). Discriminative capacities were poor for impulsivity and timeliness indices (AUC = 0.698; AUC = 0.693, respectively). AUC graphs are shown in Figure 1.

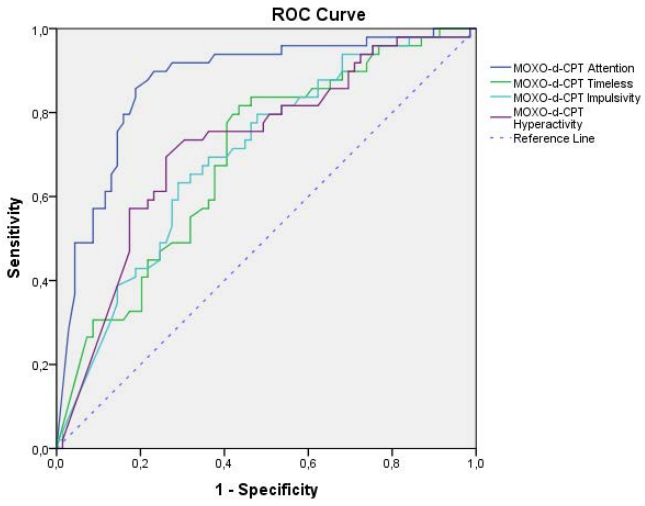


Figure 1. Differentiating ADHD from non-ADHD groups: Receiver operating characteristic curves for MOXO-d-CPT indices

Discussion

Continuous performance tests (CPTs) are commonly used to clarify the cognitive functioning of ADHD. In our sample, compared to their unaffected peers, participants with ADHD received significantly lower scores in all 4 CPT indices: attention, timing, hyperactivity, and impulsivity. This result is consistent with previous literature data which suggest that MOXO-d-CPT improves the ability to detect ADHD and aids clinical decision in young (3). The individuals with ADHD paid less attention to the stimuli and performed fewer reactions on accurate timing. Moreover, they performed more impulsive and hyperactive responses than the non-ADHD group. In this context, it can be assumed that our research is in parallel with the data of the current literature (4). As a result of this study, the diagnostic accuracy of the ASRS and Wender Utah scales of the patients were lower than the MOXO-CPT test accuracy. Although the diagnostic accuracy of both self-report scales has been demonstrated before (5), we can say that continuous performance tests are more sensitive in diagnosing ADHD. Also, in non-ADHD group, a correlation was found between moxo timing subtest and rumination scores. This can be interpreted as, that patients think of sub-threshold attention deficit symptoms, which are not at the level of disorder, as a disease due to their high anxiety and rumination. To the best of our knowledge, this is the first study in our country to evaluate attention deficit in young adults both subjectively based on patient reports and objectively using continuous performance test MOXO-CPT. This research aims to raise awareness of ADHD diagnosis and the use of continuous

References

1. Katzman MA, Bilkey TS, Chokka PR, Fallu A, Klassen LJ. Adult ADHD and comorbid disorders: clinical implications of a dimensional approach. BMC Psychiatry. 2017 Aug 22;17(1):302. doi: 10.1186/s12888-017-1463-3.
2. Hall CL, Valentine AZ, Groom MJ, Walker GM, Sayal K, Daley D, Hollis C. The clinical utility of the continuous performance test and objective measures of activity for diagnosing and monitoring ADHD in children: a systematic review. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2016 Jul;25(7):677-99. doi: 10.1007/s00787-015-0798-x.
3. Berger I, Cassuto H. The effect of environmental distractors incorporation into a CPT on sustained attention and ADHD diagnosis among adolescents. J Neurosci Methods. 2014 Jan 30;222:62-8. Doi:0.1016/j.jneumeth.2013.10.012.
4. Grossman ES, Hoffman YS, Berger I, Zivotofsky AZ. Beating their chests: University students with ADHD demonstrate greater attentional abilities on an inattentional blindness paradigm. Neuropsychology. 2015 Nov;29(6):882-7. doi: 10.1037/neu0000189.
5. Brevik EJ, Lundervold AJ, Haavik J, Posserud MB. Validity and accuracy of the Adult Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) Self-Report Scale (ASRS) and the Wender Utah Rating Scale (WURS) symptom checklists in discriminating between adults with and without ADHD. Brain Behav. 2020 Jun;10(6):e01605. doi: 10.1002/brb3.1605.

SS-23 Diğer

RUTİN ULTRASONOGRAFİK İNCELEMELERDE SOFT MARKER SAPTANAN GEBELERDE BELİRSİZLİĞE TAHAMMÜLSÜZLÜK VE PSİKİYATRİK BELİRTİLER ARASINDAKİ İLİŞKİ

Esra Demiryürek[1], Işıl Ayhan[2]

[1]Psikiyatri Kliniği Sakarya
[2]Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş

Prenatal tanı, doğum öncesi bakımın temel bir parçasıdır, çünkü fetüste hafif ila şiddetli anormalliklerin tanımlanmasını sağlar. Bu, sayede mevcut ve gelecekteki gebeliğin uygun şekilde planlanmasına ve yönetilmesine izin verir. (1,2) Anöploidi, prenatal tanı ile saptanan en yaygın genetik anormalliktir. Soft marker'lar belirsiz önemi olan ultrasonografi bulgularıdır. Genellikle normal fetuslarla (yani normal varyantlarla) ilişkilidir, klinik sekelleri yoktur ve geçicidir (3,4). İlerleyen gebelikle veya doğumdan sonra bu bulgularda gerileme görülür. Bununla birlikte, fetal anöploidi için artmış bir risk taşırlar ve hastanın biyokimyasal risk durumu ile birlikte değerlendirilmelidir. Bu marker'lar; Artmış nukal kalınlık, Nazal kemik yokluğu, Ekojenik bağırsak, Pyelektazi, Uzun olması gereken kemiklerde kısalık (humerus, femur), Ekojenik intrakardiyak odak, Koroid pleksus kistleridir. Tüm gebe kadınların ikinci trimesterde fetal anatomik bir araştırmaya tabi tutulması tavsiye edilir. Fetal anatomi yaklaşık 18 hafta sonra ultrasonografi yoluyla sistematik olarak değerlendirilir (5,6). Soft Marker saptandığında eldeki diğer tarama testleri ve bulgular birlikte değerlendirilerek genetik inceleme gerekliliği konusunda hastaya bilgi verilir. Ancak ultrasonda soft marker saptanması bilgisinin paylaşılıp paylaşılmaması bile halen tartışma konusudur.

Soft markerların kesin olmayan ve tartışmalı bulgular olması belirsizlik ve strese sebep olabilir ve psikiyatrik semptomları arttırabilir. Gebelerde rutin prenatal ultrasonda soft marker saptanması başta anksiyete olmak üzere psikiyatrik belirtilere neden olabilmektedir (7).

Belirsizliğe tahammülsüzlük (intolerance of uncertainty), bireyin gerçekleşme olasılığından bağımsız olarak gelecekteki olumsuz olayların potansiyel oluşumunu kabul edilemez olarak görme eğilimi olarak tanımlanmaktadır. Belirsizliğe tahammülsüzlüğü olan kişiler belirsiz durumlara karşı duygu, düşünce veya davranış şeklinde olumsuz tepkiler vermektedir. Belirsizliğe tahammülü olmayan bireyler, belirsiz durumlara olumsuz tepki verme eğilimine sahip olduklarından günlük hayattaki stres ve endişe düzeylerinin artması da beklenen bir durumdur (8). Belirsizliğe tahammül düzeyi düşük olan bireylerin günlük yaşamdaki stresörler karşısında belirsizliğe tahammül düzeyi yüksek olan bireylerden daha yüksek düzeyde kaygı bildirdikleri gösterilmiştir. Şimdiye kadar aktarılan bilgiler eşliğinde belirsizliğe tahammülsüzlük düzeyinin birçok psikolojik bozukluk ve belirti ile ilişkili olduğu anlaşılmaktadır (9).

Bu çalışmanın amacı, rutin ultrason kontrollerinde soft marker saptanan gebelerin ruhsal belirti sıklığı ile belirsizliğe tahammülsüzlük düzeyleri arasındaki ilişkileri incelemektir.

Metod

Çalışmaya rutin 20 hflık ultrasonografi kontrolünde soft marker saptanan 46 gebe dahil edilmiştir. Araştırma kapsamında veri toplama araçları olarak sırasıyla Sosyodemografik ve Diğer Bilgi Formu, Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği (BTÖ-12) ve Kısa Semptom Envanteri (KSE) kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler ve Pearson korelasyon analizi kullanılmış, anlamlılık düzeyi $p<.05$ olarak kabul edilmiştir.

Bulgular

Tablo 1. Katılımcıların demografik özellikleri

Yaş Aralığı	$\bar{X}$	***Ss.***
19-39 Yaş	29,59	5,31
Çocuk Durumu	***n***	***%***
0	16	34,8
1	19	41,3
2	5	10,9
3	3	6,5
4	2	4,3
5	1	2,2
Eğitim Durumu	***n***	***%***
İlkokul	6	13,0
Ortaokul	11	23,9
Lise	13	28,3
Üniversite	16	34,8
Psikiyatrik tanı	***n***	***%***
Var	3	6,5
Yok	43	93,5
Psikiyatrik İlaç Kullanma	***n***	***%***
Var	1	2,2
Yok	45	97,8
Gebelik Planı	***n***	***%***
Evet	33	71,7
Hayır	13	28,3
Toplam	46	%100

Tablo 2'de Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği puan ortalaması 34,08±11,01, Kısa Semptom Envanteri puan ortalaması ise 47,65±48,80 olarak belirlenmiştir. Belirsizliğe tahammülsüzlük değerleri ortalamanın üzerinde saptanmıştır.

Tablo 2. Ölçme araçlarına ait sonuçlar

Faktörler	*n*	*Çarpıklık*	*Basıklık*	*Croncbach a*	$\bar{X} \pm SS$
Belirsizliğe Tahammülsüzlük	46	,132	-,617	,886	34,08±11,01
KSE-Anksiyete	46	1,347	1,017	,949	9,85±12,28
KSE-Depresyon	46	,861	-,349	,953	13,37±13,31
KSE-Olumsuz Benlik	46	1,300	,911	,941	9,50±11,08
KSE-Somatizasyon	46	,977	-,170	,891	8,53±8,34
KSE-Hostilite	46	1,009	,355	,857	6,41±6,21
KSE-Toplam	46	1,100	,287	,984	47,65±48,80

Tablo 3. Katılımcıların belirsizliğe tahammülsüzlük puanları ile kısa semptom envanteri puanları arasındaki ilişki sonuçları

		Belirsizliğe Tahammülsüzlük
KSE-Anksiyete	r	,438
	p	,002**
KSE-Depresyon	r	,555
	p	,000**
KSE-Olumsuz Benlik	r	,466
	p	,001**
KSE-Somatizasyon	r	,440
	p	,002**
KSE-Hostilite	r	,386
	p	,008**
KSE-Toplam	r	,491
	p	,001**

Tablo 3'de Katılımcıların belirsizliğe tahammülsüzlük düzeyleri ile kısa semptom envanteri puanları arasında pozitif yönde korelasyon saptandı ve bu korelasyon istatistiksel olarak anlamlı idi ($p<.05$).

Tartışma ve Sonuç:

Yapılan çalışmalar çeşitli hastalıkların ve belirsizliğin kendisinin belirsizliğe tahammülsüzlüğü arttıracağını göstermiştir (10) Gebelik sırasında tespit edilen kesin olmayan ve halen tartışmalı kabul edilen bu soft markerler, annelerde ultrasondan sonraki süreçte ve hatta doğum sonrası bile bir müddet devam eden kaygıya sebep olabilmektedir (4). Belirsizliğe tahammülü düşük gebelerin, bu döneme daha zor katlanmalarına ve bu nedenle de kaygı düzeylerinin daha yüksek olması beklenmektedir.

Literatüre baktığımızda gebelerde belirsizliğe tahammülsüzlük ve psikiyatrik semptomların değerlendirildiği çok az sayıda çalışma mevcuttur. Ülkemizde tedavi edilmiş ve edilmemiş düşük tehditi olan gebelerin stres anksiyete, belirsizliğe tahammülsüzlük ve psikolojik iyilik halinin değerlendirildiği bir çalışmada düşük tehditi nedeniyle tedavi alan gebelerde belirsizliğe tahammülsüzlük ve anksiyete bulguları tedavi almayan gebelere göre daha yüksek saptandığı bildirilmiştir.

Bizim çalışmamızda belirsizliğe tahammülsüzlüğü yüksek olan bireylerde psikolojik belirtilerin görülme sıklığının daha fazla olduğu literatürle uyumlu olarak saptanmıştır (11).

Çalışmamızın eksiklikleri; ilk olarak katılımcı sayısının az olması ikinci olarak çalışmanın kesitsel olması ve bu nedenli gebelerin uzun dönem psikiyatrik bulguları değerlendirilmemesi, üçüncü olarak çalışmanın tek merkezde yapılmasıdır.

Sonuç olarak bu çalışma genetik anomali riski taşıyan gebelerde belirsizliğe tahammülsüzlüğü değerlendiren ilk çalışmadır. Fetal anöploidi riski olan gebelerin ruh sağlığını iyileştirmek için, belirsizliğe tolerans geliştirmede etkinliği kanıtlanmış psikoterapi yöntemlerine ve etkili baş etme stratejilerine erişimlerinin sağlanmasının yararlı olacağını düşünmekteyiz. Bulgularımız sonucunda risk nedenli psikiyatrik semptomlar gösteren gebelerde, kadın hastalıkları doğum ve psikiyatri uzmanlarının koordine çalışarak bu semptomlara yaklaşmalarını önermekteyiz

Kaynaklar

1. Hook EB, Topol BB, Cross PK. The natural history of cytogenetically abnormal fetuses detected at midtrimester amniocentesis which are not terminated electively: new data and estimates of the excess and relative risk of late fetal death associated with 47,+21 and some other abnormal karyotypes. Am J Hum Genet. 1989;45:855-61.
2. Morris JK, Wald NJ, Watt HC. Fetal loss in Down syndrome pregnancies. Prenat Diagn. 1999;19:142-5
3. Malone FD, Canick JA, Ball RH, et al. Firsttrimester or secondtrimester screening, or both, for Down's syndrome. N Engl J Med. 2005;353:2001-11.
4. Watson MS, Hall S, Langford K, & Marteau TM (2002). Psychological impact of the detection of soft markers on routine ultrasound scanning: A pilot study investigating the modifying role of information. Prenatal Diagnosis, 22(7), 569–575. 10.1002/pd.373.
5. Picklesimer AH, Moise KJ Jr, Wolfe HM. The impact of gestational age on the sonographic detection of aneuploidy. Am J Obstet Gynecol. 2005;193(3 Pt 2):1243-7.
6. American Institute of Ultrasound in Medicine. AIUM practice guideline for the performance of obstetric ultrasound examinations. J Ultrasound Med. 2013;32:1083-101
7. Jennifer Hoskovec , Joan M Mastrobattista, Dennis Johnston, Anthony Kerrigan, Patricia Robbins-Furman, Catherine A Wicklund Anxiety and prenatal testing: do women with soft ultrasound findings have increased anxiety compared to women with other indications for testing? Prenat Diagn. 2008 Feb;28(2):135-40. 10.1002/pd.1935.
8. Buhr, K., & Dugas, M. J. (2002). The Intolerance of Uncertainty Scale: Psychometric properties of the English version. Behaviour research and therapy, 40(8), 931-945. https://doi.org/10.1016/S0005-7967(01)00092-4
9. Dugas, M. J., Buhr, K. ve Ladouceur, R. (2004). The role of intolerance of uncertainty in etiology and maintenance. R. G. Heimberg, C. L. Turk ve D. S. Mennin (Ed.). Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice (s. 142-163). New York, NY: Guilford Press
10. Gümü¸s K. Impact of Intolerance of Uncertainty on Suicidal Thoughts in Patients with Multiple Sclerosis [Master's Dissertation]. Institute of Health Sciences, Department of Psychiatric Nursing. Samsun: Ondokuz Mayıs University; 2012.
11. Yook, K., Kim, K.-H., Suh, S. Y., & Lee, K. S. (2010). Intolerance of uncertainty, worry, and rumination in major depressive disorder and generalized anxiety disorder. Journal of Anxiety Disorders, 24(6), 623–628

SS-25 Alkol/Madde Kullanım Bozuklukları

OPİOİD KULLANIM BOZUKLUĞU OLAN HASTALARIN İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALANMA DÜZEYLERİ İLE ANKSİYETE DEPRESYON VE UMUTSUZLUK DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Pınar Şen Gökçeimam[1], Muhsin Koray Kılıç[1]

[1]*İstanbul Erenköy Ruh Ve Sinir Hastalıkları Hastanesi*

Özet

Giriş ve Amaç: Opioid kullanım bozukluğu 2017'de 40 milyondan fazla kişiyi etkilediği düşünülen küresel bir sağlık sorunudur (1). Madde kullanım bozuklukları dünya çapında en çok damgalanan sağlık sorunlarından olup kişisel bir seçim bir zayıflık veya kötü karakter olarak görülme olasılığı daha yüksektir (2). Bir diğerine olan ve bireysel ve veya toplumsal olarak yönlendirilen stigmanın kişinin kendisine yönlendirilmesi içselleştirilmiş stigma olarak adlandırılır. Kendini damgalama, damgalanmış bir grupla özdeşleşmekten kaynaklanan olumsuz düşünce ve duyguları ifade eder ve tedaviden kaçınmak, başkalarıyla yakın temas kurmak gibi davranışlar üzerinde olduğu kadar ruh sağlığı üzerinde de olumsuz etkileri vardır (3). Bu çalışmada opioid kullanım bozukluğu olan hastalardaki içselleştirilmiş damgalanma düzeyleri ile anksiyete, depresyon ve umutsuzluk düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışma kesitsel, tanımlayıcı bir araştırmadır. SBÜ Erenköy Eğitim ve Araştırma Hastanesi AMATEM Kliniği Opiad Polikliniği'ne tedavi olma amacıyla randevu alarak başvuran, idrarında opioid metaboliti pozitifliği saptanan, DSM-V'e göre opioid kullanım bozukluğu tanısı kriterlerini karşılayan, araştırmanın belirlenmiş kriterlerine uygun olan ardışık 62 hasta alınmıştır. Opiad Polikliniği'ne başvurma ve opioid kullanım bozukluğu tanısı olma araştırmaya dahil etme kriterleri olarak kabul edilmiştir. Okur yazar olmayan, aydınlatılmış onamı imzalamayı ve çalışmaya katılmayı kabul etmeyenler,18 yaş altında ve 65 yaş üzerinde olanlar, ölçek doldurmaya engel teşkil edecek nitelikte mental yetersizlik ya da hastalığı bulunan, düzenli ilaç kullanımı olanlar, alkol ve eroin dışındaki diğer maddeleri düzenli kullanıyor olanlar, opioid bağımlılığı nedeniyledaha önce tedavi başlanmış olanlar, opioid intoksikasyon ya da yoksunluk bulguları bulunanlar çalışma dışında bırakılmıştır. Katılımcılara sosyodemografik veri formu, aydınlatılmış onam, ruhsal hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçegi (RHİDÖ), Beck Depresyon ölçeği, Beck Anksiyete ölçeği, Beck Umutsuzluk Ölçeği uygulanmıştır.

Bulgular: Olguların yaşları 20 ile 56 arasında değişmekte olup, ortalama 29,47±7,10 yıldır. Katılımcıların %22,6'sı (n=14) evli, %77,4'ü (n=48) bekardır. Olguların %59,7'si (n=37) ilköğretim, %40,3'ü (n=25) lise ve üzeri mezunudur. Opioid kullanım süreleri ile RHİDÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır($p>0,05$). Medeni durum, eğitim durumuna göre ve yaşları ile RHİDÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (tümünde $p>0,05$). RHİDÖ puanları ile Beck anksiyete ve umutsuzluk puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). Olguların RHİDÖ puanları ile Beck depresyon puanları arasında ise pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı zayıf ilişki saptanmıştır ($r:0,316$; $p=0,012$; $p<0,05$).

Tartışma ve Sonuç: Araştırmalar ruhsal hastalığı olan bireylerde içselleştirilmiş damgalanmanın tedavi uyumunu olumsuz etkilediğini, yüksek düzeylerinin ümitsizlik, düşük benlik saygısı, azalmış özetkinlik, yaşam kalitesinin azalması ve sosyal desteğin zayıflaması ile ilişkili olduğunu göstermiştir (4). İçselleştirilmiş damgalanma olumsuz bir ruhsal etkiye sahiptir ve toplumsal kaçınma ile sonuçlanan tedaviye engel olabilecek başa çıkma yöntemlerine yol açmaktadır (5). İçselleştirilmiş damgalanma ile ilişkili olan umutsuzluk, düşük benlik saygısına, daha şiddetli depresyona, sosyal kaçınma ve tedaviye uyumun azalmasına neden olduğu bildirilmiştir (6). Depresyon ile ortaya çıkan madde kullanım bozukluğu daha fazla bozulma, iki bozukluğun da daha kötü gidişi ve ayrıca eş hastalığı olmayan hastalarla karşılaştırıldığında daha yüksek intihar riski ile ilişkilidir (7). Bir çalışmada eroin bağımlılarının kontrol grubuna göre depresyonlarının daha yüksek düzeyde olduğu, kontrol grubuna göre eroin bağımlılarının daha fazla umutsuz oldukları belirtilmektedir (8).

Çalışmamızda opioid kullanım bozukluğu olan hastalarda içselleştirilmiş damgalanma ile depresyon düzeyleri arasında saptanan anlamlı ilişki literatürle uyumludur. Bununla birlikte anksiyete ve umutsuzluk arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Hasta sayısının az olması sonuçları etkilemiş olabilir. Bu grup hastada içselleştirilmiş damgalanma puanlarının ankiyete ,depresyon puanları ile tedavi motivasyonu, sürekliliği ,nüks riski, prognoz gibi parametreler üzerindeki nedensellik ilişkisinin daha geniş örneklemlerde ve prospektif olarak çalışılması önemlidir.

Anahtar kelimeler: Opioid kullanım bozukluğu, damgalanma, anksiyete, depresyon, umutsuzluk

Giriş

Opioid kullanım bozukluğu 2017'de 40 milyondan fazla kişinin opioid kullandığı tahmin edilen küresel bir sağlık sorunudur (1). Yasa dışı madde kullanım bozuklukları dünya çapında en çok damgalanan sağlık sorunudur. Diğer fiziksel ve mental sağlık sorunları ile karşılaştırıldığında kişisel bir seçim, bir zayıflık veya kötü karakter belirtisi olarak görülme olasılığı daha yüksektir (2). Bu bakış açısı yalnızca toplumda değil aynı zamanda tedavi hizmeti sunan sağlık profesyonellerinde de olabilmektedir. Bu stigmatizasyon tedavi almak kadar tedavi sunmanın da önünde ciddi bir engel teşkil etmekte; tedavi alımı ya da nitelikli tedavi sunumundan kaçınılmasına yol açabilmektedir.

Bir diğer kişiye karşı olan ve bireysel ve/veya toplumsal olarak yönlendirilen stigmanın kişinin kendisine yönlendirilmesi içselleştirilmiş stigma olarak adlandırılır. Kendini damgalama, damgalanmış bir grupla özdeşleşmekten kaynaklanan olumsuz düşünce ve duyguları ifade eder ve davranışlar kadar tedaviden kaçınmak veya başkalarıyla yakın temas kurmak gibi ruh sağlığı ve esenliği üzerinde de olumsuz etkileri vardır (3).Araştırmalar ruhsal hastalığı olan bireylerde içselleştirilmiş damgalanmanın tedavi uyumunu olumsuz etkilediğini, yüksek düzeylerinin ümitsizlik, düşük benlik saygısı, azalmış öz-etkinlik, yaşam kalitesinin azalması ve sosyal desteğin zayıflaması ile ilişkili olduğunu göstermiştir (4).

Bu çalışmada opioid kullanım bozukluğu olan hastalardaki içselleştirilmiş damgalanma düzeyleri ile anksiyete, depresyon ve umutsuzluk düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır. Çalışmada Opioid kullanım bozukluğu olan hastaların içselleştirilmiş damgalanma düzeyleri ile anksiyete, depresyon ve umutsuzluk düzeyleri arasında pozitif yönde bir korelasyon olduğu hipotez edilmiştir.

Yöntem

Çalışma kesitsel, tanımlayıcı bir araştırmadır. Sağlık Bilimkleri Üniversitesi Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi AMATEM Kliniği Opiad Polikliniği'ne tedavi olma amacıyla randevu alarak kendileri başvuran, opioid kullandığını beyan eden ve idrarda opioid metaboliti pozitifliği ile bu beyan teyid edilen araştırmanın belirlenmiş kriterlerine uygun olan ardışık 80 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Çalışma öncesinde aynı hastanenin etik kurulundan onay alınmıştır. Dahil Etme Ölçütleri Opiad Polikliniği'ne başvurmuş olması, DSM-V-TR'ye göre opioid kullanım bozukluğu tanısının bulunması, 18-65 yaş aralığında olma olarak belirlenmiştir. Okur yazar olmayan, aydınlatılmış onamı imzalamayı ve çalışmaya katılmayı kabul etmeyen, ölçekleri doldurmaya engel teşkil edecek nitelikte mental yetersizlik ya da mental hastalığı bulunan, tanı konulmuş başka bir psikiyatrik ve dahili bir hastalığı olan, düzenli ilaç kullanımı olan (psikiyatri ve veya diğer tıbbi ilaçlar), alkol ve eroin dışındaki diğer maddeler ve düzenli alkol kullanımı bulunan, daha önce opioid bağımlılığı nedeniyle tedavi başlanmış olan, opioid intoksikasyon ya da yoksunluk bulgusu olan hastalar çalışma dışı bırakılmıştır. Çalışmaya alınan tüm hastalardan sosyodemografik veri formu, aydınlatılmış onam, ruhsal hastalıklarda içselleştirilmiş damgalanma ölçegi, Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği, Beck Umutsuzluk Ölçeği'ni doldurmaları istenmiştir. Her hastanın aydınlatılmış onamı alınmıştır. Çalışmanın her aşamasında Helsinki Bildirgesi'nin tüm maddelerine riayet edilmiştir.

İstatistiksel Metod

İstatistiksel analizler için IBM SPSS Statistics Version 21(IBM Corp.Released 2012.IBM SPSS Statistics for Windows, Version 21.0. Amonk, NY:IBM Corp.) programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodlardan ortalama, standart sapma, medyan, frekans, oran, minimum, maksimum kullanıldı. Nicel verilerin normal dağılıma uygunlukları Kolmogorov-Smirnov, Shapiro-Wilk testi, Çarpıklık-Basıklık testi ve grafiksel olarak değerlendirildi. Normal dağılım gösteren nicel verilerin iki grup karşılaştırmalarında Independent Samples t Test, normal dağılım göstermeyen verilerin iki grup karşılaştırmalarında ise Mann Whitney U testi kullanıldı. Değişkenler arası ilişkilerin değerlendirilmesinde normal dağılım gösteren değişkenlerde Pearson Korelasyon Analizi ve normal dağılım göstermeyen değişkenlerde Spearman's Korelasyon Analizi kullanıldı. Anlamlılık $p<0.05$ düzeyinde değerlendirildi.

Korelasyon katsayısının (r) değerlendirilmesi aşağıdaki ölçüte göre yapılır:

0 - 0,25	Çok zayıf
0,26 - 0,49	zayıf
0,50 - 0,69	orta
0,70 - 0,89	iyi
0,90 - 1,00	çok iyi

(Akgül A. Çevik O. (2003) "İstatistiksel Analiz Teknikleri", Emek Ofset, Ankara)

Bulgular

Çalışma Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi AMATEM Kliniği Opiad Polikliniği'nde %6,5'i (n=4) kadın, %93,5'i (n=58) erkek olmak üzere toplam 62 olgu ile yapılmıştır. Olguların yaşları 20 ile 56 arasında değişmekte olup, ortalama 29,47±7,10 yıldır.

Tablo 1. Demografik Özelliklerin Dağılımı

		n	*%*
Yaş (yıl)	***Min-Mak (Medyan); Ort±Ss***	***20-56 (28,5)***	***29,47±7,10***
Cinsiyet	Kadın	4	6,5
	Erkek	58	93,5
Medeni durum	Evli	14	22,6
	Bekar	48	77,4
Eğitim durumu	İlköğretim	37	59,7
	Lise ve üzeri	25	40,3

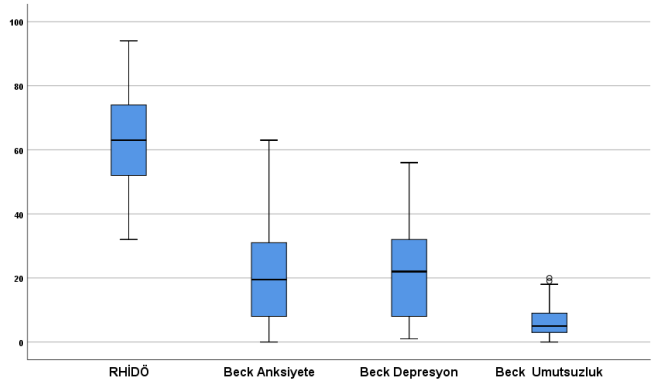
Katılımcıların %22,6'sı (n=14) evli iken, %77,4'ü (n=48) bekardır. Olguların %59,7'si (n=37) ilköğretim, %40,3'ü (n=25) lise ve üzeri mezunudur.

Tablo 2. Ölçek puanlarının dağılımı

	Min-Mak (Medyan)	*Ort±Ss*
Opioid kullanım süresi	1-30 (7)	8,39±5,94
RHİDÖ	32-94 (63)	63,92±13,99
Beck Anksiyete	0-63 (19,5)	22,06±16,35
Beck Depresyon	1-56 (22)	22,11±14,34
Beck Umutsuzluk	0-20 (5)	6,13±4,60

RHİDÖ: Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği

Opioid kullanım süresi 1 ile 30 arasında değişmekte olup, ortalama 8,39±5,94; İçselleştirilmiş Damgalanma puanları 32 ile 94 arasında değişmekte olup, ortalama 63,92±13,99'dur. Beck Anksiyete puanları 0 ile 63 arasında değişmekte olup, ortalama 22,06±16,35; Beck Depresyon puanları 1 ile 56 arasında değişmekte olup, ortalama 22,11±14,34 ve Beck Umutsuzluk puanları 0 ile 20 arasında değişmekte olup, ortalama 6,13±4,60'dır.



Şekil 1. Ölçek Puanlarının Dağılımı

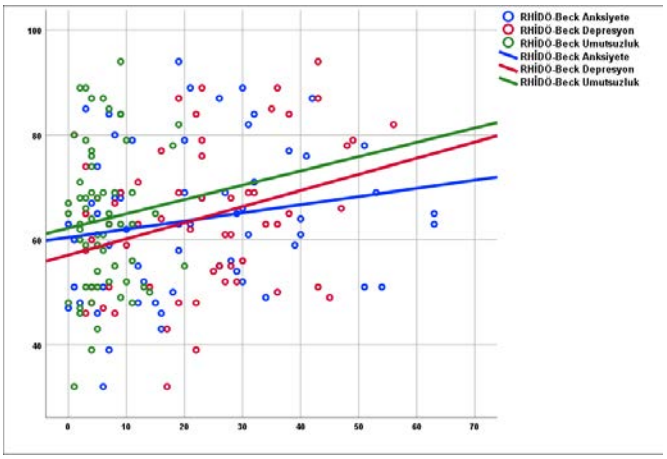
Tablo 3. Ölçek puanlarının ilişkisi

	RHİDÖ	
	r	*p*
Beck Anksiyete	0,182	0,156
Beck Depresyon	0,316	0,012*
Beck Umutsuzluk	0,090	0,488

r: Pearson Korelasyon Katsayısı
*p<0,05
RHİDÖ: Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği

Olguların içselleştirilmiş damgalanma puanları ile Beck Anksiyete ve Beck Umutsuzluk puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır (p>0,05).

Olguların içselleştirilmiş damgalanma puanları ile Beck Depresyon puanları arasında ise pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı zayıf ilişki saptanmıştır (r:0,316; p=0,012; p<0,05).



Şekil 2. Ölçek Puanlarının İlişkisi

Medeni durumlarına göre olguların içselleştirilmiş damgalanma puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0,05). Eğitim durumlarına göre olguların içselleştirilmiş damgalanma puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0,05). Olguların yaşları ile içselleştirilmiş damgalanma puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır (p>0,05).

Olguların opioid kullanım süreleri ile içselleştirilmiş damgalanma puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır (p>0,05).

Tartışma

İçselleştirilmiş damgalanma olumsuz bir ruhsal etkiye sahiptir ve toplumsal kaçınma ile sonuçlanan tedaviye engel olabilecek başa çıkma yöntemlerine yol açmaktadır (5). İçselleştirilmiş damgalanma ile ilişkili olumsuz sonuçlar arasında olan umutsuzluk, düşük benlik saygısına, daha şiddetli depresyona, sosyal kaçınmaya ve tedavi rejimine

Tablo 4. Demografik özelliklere göre RHİDÖ puanının değerlendirilmesi

		RHİDÖ puanı			*p*
		n	*Medyan (Min-Max)*	*Ort±Ss*	
•Cinsiyet	Kadın	4	65 (55-82)	66,75±11,67	-
	Erkek	58	63 (32-94)	63,72±14,20	
Medeni durum	Evli	14	60,5 (32-84)	60,71±14,70	a0,359
	Bekar	48	64 (39-94)	64,85±13,79	
Eğitim durumu	İlköğretim	37	61 (39-94)	62,16±13,94	b0,232
	Lise ve üzeri	25	65 (32-89)	66,52±13,93	
		n	r		p
Yaş (yıl)		62	-0,120‡		0,353
Opioid kullanım süresi		62	-0,110⊥		0,394

• Gruplarda kişi sayısı az olduğu için istatistiksel değerlendirme yapılamamıştır.
RHİDÖ: Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği
[a]Mann Whitney U Test, [b]Independent Samples t Test, ‡r: Pearson Korelasyon Katsayısı, ⊥r: Spearman's Korelasyon Katsayısı

uyumun azalmasına neden olmaktadır (6). Depresyon ile ortaya çıkan madde kullanım bozukluğu hastalıkta daha fazla bozulma, iki bozukluğun da daha kötü gidişi ve ayrıca eş hastalığı olmayan hastalarla karşılaştırıldığında daha yüksek intihar riski ile ilişkilidir (7). Bir çalışmada madde kullanım bozukluğu olan hastalar arasında depresyonu olmayanların komorbid depresyonu olanlardan daha iyi başa çıkma becerilerinin olduğu belirtilmiştir (8). Bu açıdan bakıldığında damgalanmayı daha fazla hisseden hastalar, sosyal anlamda kendilerini dışarda hisseden, eleştirileceği korkusu ve kaygısını daha fazla yaşayan ve en sonunda depresif bir sürece giren kişilere dönüşebilmektedir. Çalışmamızda literatürle benzer ve beklediğimiz şekilde opioid kullanım bozukluğu olan hastalarda içselleştirilmiş damgalanma düzeyleri ile depresyon düzeyleri arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Bununla birlikte içselleştirilmiş damgalanma düzeyleri ile anksiyete düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Bu sonuç örneklem sayımızın azlığından etkilenmiş olabilir. İçselleştirilmiş damgalanmanın bu populasyonda kaygıdan ziyade çökkün duyguduruma yol açıyor olması da olasıdır. Kadınlar sıklıkla damgalanmayı içselleştirmekte; suçluluk, utanç, umutsuzluk ve korku yaşamaktadır (9) Eroin bağımlılığı bireyin aile, iş ve sosyal ilişkilerinin bozulmasına, sosyal destek sistemlerinin etkilenmesine, bireyin yetersizlik, çaresizlik, toplumdan kendini izole etme, umutsuzluk ve yalnızlık duygusu gibi ruhsal sorunlar yaşamasına yol açmaktadır (10,11). Bir çalışmada eroin bağımlılarının kontrol grubuna göre depresyonlarının daha yüksek düzeyde olduğu, yine kontrol grubuna göre eroin bağımlılarının daha fazla umutsuz oldukları belirtilmektedir (12). Bununla birlikte bizim çalışmamızda içselleştirilmiş damgalanma düzeyleri ile umutsuzluk düzeyleri arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Hasta sayısının az olması sonuçları etkilemiş olabilir. Ayrıca tedaviye kendiliğinden başvurmuş olan bireylerde içselleştirilmiş damgalanma ve umutsuzluk düzeyleri tedaviye bu nedenle başvuramayan daha geniş bir kesimle ilgili veriyi gerçek şiddetinde yansıtmayacaktır. Depresif duygudurumun şiddetinin, anksiyete belirtilerinin eşlik ediyor olmasının, umutsuzluğun varlığının ve şiddetinin yardım arama davranışı üzerindeki olumsuz etkisi, suisid riski ile olan ilişkisi bağlanmında içselleştirilmiş damgalanmanın varlığı göz ardı edilmemelidir. Bu grup hastada içselleştirilmiş damgalanma düzeylerinin anksiyete ,depresyon, umutsuzluk düzeyleri ile tedavi motivasyonu, tedavi sürekliliği ,nüks riski, prognoz gibi parametreler üzerindeki nedensellik ilişkisinin daha geniş örneklemlerde ve prospektif olarak çalışılması önemlidir.

Bu çalışmada sonuçları etkileme olasılığı olan bazı kısıtlılıklar mevcuttur. Bunlardan biri örneklem sayısının azlığıdır. Çalışma evrenini tedavi motivasyonu ile AMATEM Polikliniği'ne randevu alarak başvuran hastalar oluşturmuştur. Tüm toplumdaki bağımlılığı olan bireylere genellenemez. Çalışmamız tek merkezli olmasının sosyodemografik verileri ve dolayısıyla da sonuçları etkilemesi olasıdır. Çalışmada kullanılan ölçekler öz bildirim türü olması hastaların cevaplarda gerçeği yeterince yansıtmasının önüne geçiyor olabilir. Çalışma kesitsel ve tanımlayıcı özelliktedir. Bu çalışma dizaynı ile nedensellik ilişkisine dair sonuç elde edilememektedir.

Sonuç

Opioid kullanım bozukluğu olan hastalarda içselleştirilmiş damgalanma düzeyi ile depresyon düzeyleri arasında ilişki vardır. Bu ilişkisinin başka boyutlarla da anlaşılması, madde kullanım bozukluklarının tedavisi için başvuran hastalarımıza yaklaşım ve yönetim, uygun bir empati ile etkin tedavinin sağlanması açısından kıymetlidir. Bu alanda yapılacak olan nedensellik ilişkisinin araştırılacağı daha geniş örneklemli prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır.

Kaynaklar

1. Degenhardt L, Grebely J, Stone J, et al. Global patterns of opioid use and dependence: harms to populations, interventions, and future action. Lancet. 2019; 394(10208):1560–79.
2. Pescosolido BA, Martin JK, Long JS, Medina TR, Phelan JC, Link BG. "A disease like any other"? A decade of change in public reactions to schizophrenia, depression, and alcohol dependence. Am J Psychiatry. 2010;167(11):1321–30.
3. Corrigan PW, Larson JE, Rüsch N. Self-stigma and the "why try" effect: impact on life goals and evidence-based practices. World Psychiatr. 2009;8(2):75–81.
4. Livingston JD, Boyd JE. Correlates and consequ- ences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta- analysis. Soc Sci Med 2010; 71:2150- 61.
5. Hatzenbuehler ML, Phelan JC, Link BG. Stigma as a fundamental cause of population health inequalities. Am J Public Health 2013; 103(5):813-21.
6. Lysaker PH, Tsai J, Yanos P, Roe D. Associations of multiple domains of self-esteem with four dimensions of stigma in schizophrenia. Schizophr Res 2008; 98(1- 3):194-200.
7. Antúnez JM, Capella MDM, Navarro JF, Adan A. Circadian rhythmicity in substance use disorder male patients with and without comorbid depression under ambulatory and therapeutic community treatment. Chronobiol Int 2016; 33(10):1410-21.
8. Adan A, Antúnez JM, Navarro JF. Coping strategies related to treatment in substance use disorder patients with and without comorbid depression. Psychiatry Research 2017; 251:325-32.
9. Rhodes BE, Gottfredson NC, Hill LM. Desistance and treatment seeking among women with substance use disorders. Qual Health Res 2018; 28(8):1330-41.
10. Yıldırım B, Engin E, Yıldırım S. Alkol ve madde bağımlılarında yalnızlık ve etki eden faktörler. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 2011;2(1):25-30.
11. de Aquino Lemos V, Antunes HKM, Baptista MN, Tufik S, De Mello MT, de Souza Formigoni MLO. Low family support perception: a 'social marker'of substance dependence? Rev Bras Psiquiatr, 2012;34(1): 52-9.
12. Koyuncu A, Hasan Mırsal H, Yavuz MF, Kalyoncu ÖA, Beyazyürek M. Eroin bağımlılarında intihar düşüncesi, planı ve girişimi. Bağımlılık Dergisi, 2003;4(3): 101-4.

SS-26 Anksiyete Bozuklukları

SUPRAVENTRİKÜLER TAŞİKARDİSİ OLAN ÇOCUKLARIN ANNELERİNDE YAŞAM KALİTESİNİN VE ANKSİYETE SEMPTOMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Gözde Yontar[1], Deniz Deniz Özturan[2]

[1]Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Samsun, Türkiye
[2]Ordu Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Ordu Türkiye

Amaç: Kronik hastalığı olan çocukların aileleri ve özellikle annelerinin içinde bulunduğu kaygı, çaresizlik ve fonksiyonellik kaybı çeşitli çalışmalara konu edilmiştir. Hastanın tam iyileşmemesi, günlük hayatını olumsuz etkileyen semptomları, sürekli ilaç kullanma zorunluluğu, düzenli ya da acil hastane başvuruları bunlara yol açması muhtemel etkenlerdir. Bazı kronik hastalıklarda akut alevlenmeler ya da hecmeler olabilir. Astım ve epilepsi bunlara en güzel örneklerdir. Bu hastalıktan muzdarip çocuklar düzenli ilaç kullanımı ve doktor takibinde olmalarına rağmen sıklığı değişmekle birlikte nöbetler geçirebilirler, acil servise götürülmeleri gerekebilir. Supraventriküler taşikardi (SVT) de böyle bir hastalıktır. Rutin ilaç kullanımı ile günlük hayatta hiçbir şikayet olmayabilir ancak taşikardinin başlamasıyla bir anda hastanın ve ailesinin psikolojik durumu sekteye uğrar. Çoğunlukla acil serviste intravenöz ilaç uygulamaları ile düzeldikleri için beklenmedik anlarda ailenin hastaneye gitmesi gerekir. Bu tip durumlar sıklaştıkça çocukta, ailede özellikle annede kaygının artması beklenebilir. Çalışmamızda, daha once işlenmemiş olan bu konuyu araştırmayı ve bu hastalığa sahip bir çocuğun annesinin yaşam kalitesini ve kaygı semptomlarını değerlendirmeyi amaçladık.

Yöntem: Çalışmaya Samsun Eğitim Araştırma Hastanesi Çocuk Kardiyolojisi Polikliniğinde SVT nedeniyle başvuran çocukların anneleri alındılar. Kişilerin yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği, anksiyete semptomlarını değerlendirmeye yönelik Durumluk-Sürekli Kaygı envanteri (STAI), depresyon semptomlarını değerlendirmeye yönelik Beck Anksiyete Ölçeği verilerek doldurmaları istendi. Kontrol grubu olarak yaş ve cinsiyet uyumlu sağlıklı gönüllüler (polikliniğe başvuran ve çalışmaya alınmayan başka sağlıklı çocukların sağlıklı anneleri) alındı. Çalışmadan dışlanma kriterleri : Ebeveynin kronik hastalığa sahip başka çocuğunun da olması, ebeveynin bakımına muhtaç /yatağa bağımlı başka aile bireyi olması, ebeveynin önceden tanı konulmuş kaygı bozukluğu olması, çocuğun önceden tanı konulmuş psikiyatrik hastalığı olması

Bulgular: Çalışmaya toplam 100 anne dahil edildi. Yaş ortalaması 36,7±6,8, çocukların yaş ortalaması 8,8±2,4 idi. Annelerin eğtim seviyeleri ve ekonomik düzeyleri açısından iki grup arasında fark yoktu. Çocukların SVT tanısı almaları üzerinden ortalama 15,3±11,9 ay geçmişti. SVT nedeniyle acile aylık başvuru sayısı ise ortalama 1,7±0,4 idi. Çalışma grubu ve kontrol grubu arasında Beck Anksiyete skoru, yaşam kalitesi skoru ve STAI skorları açısından anlamlı fark vardı (tablo 1).

Sonuç: SVT tanısıyla takip edilen çocukların annelerinde kontrol grubuna göre yaşam kalitesi düşük, anksiyete skorları ise yüksek bulunmuştur. Akut ataklar nedeniyle beklenmedik zamanlarda plansız şekilde acile başvurular, acil serviste hastaya müdahale edilmesi, iyileşme ve takip süresince orada geçiirilen zaman ve günlük hayatta da bu atakların her an ortaya çıkma beklentisi hem hastaları hem de onlara primer bakım veren annelerini olumsuz yönde etkilemektedir. SVT nedeniyle çocuklar tedavi edilirlerken annelerinin de bütüncül bir şekilde psikososyal yönden desteklenmesi gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: anksiyete, anne, supraventriküler taşikardi

Kaynaklar

1. Avcil S et al. Mothers' Emotional States and Attitudes Regarding Their Children with Asthma. Journal of Asthma, DOI: 10.1080/02770903.2018.1484130.
2. Baki O et al. Anxiety and depression in children with epilepsy and their mothers. Epilepsy & Behavior 5 (2004) 958–964
3. Ozkaya E et al. Evaluation of family functioning and anxiety-depression parameters in mothers of children with asthma. doi:10.1016/j.aller.2009.06.004

Tablo 1. Grupların klinik özelliklerinin karşılaştırılması

Parametreler	*Çalışma grubu (n=50)*	*Kontrol grubu (n=50)*	*p değeri*
Anne yaşı (yıl)	36,7±6,8	36,8±6,8	0,942
Beck depresyon skoru (puan)	39,2±9,0	9,4±3,1	<0,001
STAI-1 (puan)	53,1±5,5	37,0±2,4	<0,001
STAI-2 (puan)	55,2±4,9	37,0±5,6	<0,001
WHOQOLBREF-Bedensel alan (puan)	10,9±1,9	13,5±3,3	<0,001
WHOQOLBREF-Ruhsal alan (puan)	12,3±1,8	14,2±2,1	<0,001
WHOQOLBREF-Sosyal alan (puan)	12,3±2,5	13,7±3,0	0,02
WHOQOLBREF-Çevresel alan (puan)	13,1±1,7	14,4±1,8	0,001
WHOQOLBREF-Ulusal çevresel alan (puan)	13,2±1,5	14,4±1,4	<0,001

SS-27 Klinik Psikiyatri

DEPRESYON HASTALARINDA BEDENSEL BELİRTİLERİN PROBLEM ÇÖZME BECERİLERİ ÜZERİNE ETKİSİ

Doğancan Sönmez[1], Bülent Bahçeci[2]

[1] *Rize Devlet Hastanesi*

[2] *Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Ana Bilim Dalı*

Amaç: Major depresif bozukluk (MDB) en sık görülen bir psikiyatrik bozukluk bozukluklardan bir tanesidir. Aynı zamanda yol açtığı yeti yitimi, bireysel ve toplumsal maliyetleri nedeniyle önemli bir halk sağlığı sorunudur. Depresyonu olan hastalar semptomlarını yaygın bir şekilde bedenselleştirebilmektedirler. Bedenselleştirme MDB' nin tanınmasını zorlaştırır. Literatüre bakıldığında çalışmalarında çoğunda depresyon ile problem çözme becerileri arasındaki bağlantı araştırılmış ve çoğunlukla depresyon düzeyi yüksek olan kişilerde, problem ve stres düzeyinden bağımsız olarak, problem çözme becerilerinin daha yetersiz olduğu belirlenmiştir. Günümüze kadar depresyon tanılı hastalardaki bedensel belirtilerin problem çözme becerileri üzerine olan etkisi yeterince incelenmemiştir. Bu çalışmada MDB tanılı bireylerde sosyodemografik özellikler, bedensel belirtiler ve problem çözme becerisi düzeyleri arasındaki ilişkiyi araştırmayı amaçladık.

Yöntem: Bu çalışmaya 01.03.2021-01.03.2022 tarihleri arasında Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Rize Eğitim ve Araştırma Hastanesi psikiyatri polikliniğine depresif yakınmalar ile başvuran ve son 6 aydır herhangi bir psikiyatrik tedavi almayan DSM-5 tanı ölçütlerine göre majör depresyon tanısı alan ardışık 200 hasta dâhil edilmiştir. Recep Tayip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Polikliniğine depresif yakınmalarla başvuran hastalara çalışmanın amacı ve yöntemi hakkında bilgi verilmesi ardından aydınlatılmış onam formunu doldurarak çalışmaya katılmayı kabul eden, çalışmaya alınma ölçütlerini karşılayan hastalara DSM 5'e göre MDB tanısı konan hastalara sosyodemografik veri toplama formu, DSM-5 Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşmenin Klinisyen Versiyonu (SCID-5-CV), Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAMD), Beck Depresyon Envanteri(BDE), Problem Çözme Envanteri(PÇE), Bedensel Duyumları Büyütme Ölçeği(BDBÖ) uygulanmıştır. Elde edilen veriler SPSS for Windows 26.0 veri tabanı programına aktarılarak değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya katılan MDB tanılı hastaların çoğunluğunu kadınlar oluşturmaktaydı. Çalışmaya katılan hastaların yaş ortalaması 38,61±12,68 olarak bulundu. Çalışamaya katılan hastaların %55,5' inde bedensel belirti vardı. Bedensel belirtisi olan grubun yaş ortalaması daha yüksekti. Depresyon hastalarında kadın cinsiyette bedensel belirti görülme sıklığı daha fazlaydı. Kadın cinsiyette bedensel belirti sıklığı %66,5 iken erkek cinsiyette bu oran %33,5' dur. Kadın cinsiyetin BDAÖ puanları daha yüksek saptanmıştır. Kadın cinsiyetin bedenselleştirme düzeyleri daha yüksek saptandı ($p<0,05$). Erkeklerin problem çözme becerisi daha yüksek saptanmıştır. Ayrıca erkeklerin kendine güvenli yaklaşım, düşünen yaklaşım ve değerlendirici yaklaşımı daha fazla kullandıkları saptanmıştır. ($p<0,05$). Genç erişkinlikte problem çözme becerisi kötüyken, yetişkinlik döneminde daha iyi problem çözme becerisine sahip olunduğu ve yaş ilerledikçe problem çözme becerisinde kötüleşme olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Eğitim düzeyi arttıkça problem çözme becerisi de artmaktadır ($p<0,05$). Depresyon şiddeti arttıkça problem çözme becerisinin azaldığı saptandı. Bedensel belirtisi olan depresyon hastalarında problem çözme becerisi daha düşük saptandı ($p<0,05$). Ayrıca bedensel belirtisi olan depresyon hastalarının bedensel belirtisi olmayan depresyon hastalarına göre problem çözme becerisindeki olumlu yaklaşım yöntemlerini daha az kullandıkları da saptanmıştır ($p<0,001$). Bedensel duyumları abartılı algılayan kişilerde problem çözme becerisi daha düşük saptanmıştır ($p<0,001$). Depresyon hastalarında PÇE-Toplam puanı üzerine yaş, HAMD, BECKD ve BDAÖ etkisinin etkisine bakıldığında %32' sini açıkladığı, modelin istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptanmıştır ($F=25,269$ $p<0,001$). Bağımsız değişkenler incelendiğinde BECKD ve BDAÖ puanlarının PÇE puanları üzerinde etkili olduğu saptanmıştır ($p<0,001$)

Tartışma: Çalışmamız literatürde depresyon hastalarında bedensel belirtiler ile problem çözme becerisi ilişkisini değerlendirmiş ilk çalışma özelliğini taşımaktadır. Depresyon ile problem çözme becerisi arasındaki ilişki literatürdeki çalışmalarla gösterilmiştir. Depresyonun problem çözme becerisini olumsuz etkilediği, aynı zamanda yetersiz problem çözme becerilerine sahip olmanın depresyon için bir risk faktörü olduğu belirtilmektedir. Depresyona bedensel belirtilerin eklenmesi problem çözme becerisini olumsuz yönde etkilemektedir. Depresyon hastalarında gündelik sorunlarla baş edememe, öz güven eksikliğine, öz saygıda azalmaya depresif belirtilerin şiddetinde de artışa sebep olabilmektedir. Ayrıca depresyon hastalarında ortaya çıkabilecek bedensel belirtiler tedavide zorlanılan başlıca semptomlardır. Problem çözme odaklı müdahalelerin depresyondaki bedensel belirtileri iyileştireceği düşünülmektedir. Depresyon hastalarına problem çözme beceri temelli terapiler uygulanmasıyla bedensel belirtilerin şiddetinin azaltılması sağlanabilir.

Anahtar Kelimeler: majör depresif bozukluk, bedensel belirtiler, problem çözme becerisi

Kaynaklar

1. Lipowski ZJ. Somatization: the concept and its clinical application. The American journal of psychiatry. 1988;145(11):1358-68.
2. Karamustafalıoğlu O, Gökçegöz GI. Depresyon. In: Karamustafalıoğlu O, editor. Temel ve Klinik Psikiyatri. Ankara: Murat Yılmaz; 2018. p. 313–39.
3. Nezu AM, Nezu CM, Perri MG. Problem-solving therapy for depression: Theory, research, and clinical guidelines: John Wiley & Sons; 1989.
4. Rahman M. 21st century skill'problem solving': Defining the concept. Rahman, MM (2019) 21st Century Skill "Problem Solving": Defining the Concept Asian Journal of Interdisciplinary Research. 2019;2(1):64-74.

SS-28 Diğer

COVID-19 PANDEMİSİNİN TÜRKİYE'DEKİ PSİKİYATRİ EĞİTİMİNE ETKİSİ

Irmak Polat[1], Hüseyin Güleç[2], Raşit Tükel[1]

[1]İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı
[2]İstanbul Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: COVID-19 salgını, alternatif eğitim ve ölçme stratejilerinin geliştirilmesi gerekliliğini göstermiş ve yeni yöntemlerin oluşturulması için zorunlu olarak kendiliğinden ve deneysel bir ortam yaratmıştır. En sık başvurulan ve en yaygın kullanılan yöntem teorik derslerin bazı internet uygulamaları sayesinde çevrimiçi şeklinde yapılmasıdır. Ancak hem çevrimiçi derslerin bazı güçlükleri de bulunmakta hem de eğitimin önemli bir öğesi olan hasta-hekim iletişimi ve belirli bir topluluğa sunum yapma becerilerinin de çevrimiçi uygulamalarla yeterince gelişemeyeceği düşünülmektedir. Çalışmamızda COVID-19 pandemisi sürecinde değişen çalışma ve yaşam koşullarının psikiyatri tıpta uzmanlık eğitimine etkisi incelenmiş ve geliştirilen alternatif eğitim yöntemleri tıpta uzmanlık öğrencileri (TUÖ) ve öğretim üyeleri (ÖÜ) açısından değerlendirilmiştir.

Yöntem: Türkiye genelinde psikiyatri uzmanlık eğitimi almakta olan TUÖ ile aynı kurumlarda eğitim faaliyetlerini yürüten ÖÜ'ye anket uygulanmıştır. İstatistiksel analiz için SPSS programı kullanılmış, frekans analizleri ve ikili grup karşılaştırmaları yapılmış, $p<0.05$ anlamlı kabul edilmiştir. İÜ. İTF Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 11/09/2020-157202 tarih ve sayıyla izin alınmıştır.

Bulgular: Çalışmamıza 82 TUÖ ve 50 ÖÜ katılmıştır. TUÖ'nün çoğunluğu pandemi döneminde psikiyatri eğitiminin oldukça azaldığını belirtirken, ÖÜ'nün çoğunluğu hiç azalmadığı ya da biraz azaldığı yönünde görüş bildirmişlerdir ($p=0.00$). Eğitimlerinin ilk iki yıl ve son iki yılında bulunan TUÖ'ler arasında, eğitim sürelerinin uzamasına yönelik fikirlerinde anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p=0.65$). TUÖ ve ÖÜ'nün de çoğunluğu yüzyüze eğitimin daha faydalı olduğunu ve ilerleyen dönemlerde eğitimin ya tamamen yüzyüze ya da bazı bölümlerin çevrimiçi olmasını tercih ettiklerini ($p=0.36$) belirtmişlerdir. ÖÜ'nün çoğunluğu pandemi sürecinin TUÖ'nün genel hekimliğine katkısı olduğunu ($p=0.031$) belirtmiş, ancak her iki grupta da bu dönemin psikiyatri eğitimine katkısı olup olmadığı konusunda anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p=0.38$).

Tartışma: Pandemi sürecinde psikiyatri eğitiminin ne şekilde etkilendiğine yönelik TUÖ ve ÖÜ'nün kimi noktalarda benzer kimi noktalarda farklı görüşlerde olduğu görülmüştür. Ancak her iki grup açısından da ileriki dönemlerde yalnızca çevrimiçi eğitime devam edilmesinin belirgin şekilde tercih edilmediği saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Psikiyatri Eğitimi, COVID-19, çevrimiçi

Kaynaklar

1. Tay, Y. H., Lim, L., Cheng, A., & Sim, K. (2020). Disrupting the disruption: Using digital tools to support psychiatry residency training in Singapore during the COVID-19 pandemic. Psychiatry Research.
2. Ahmed, H., Allaf, M., & Elghazaly, H. (2020). COVID-19 and medical education. The Lancet Infectious Diseases.
3. Bao, W. (2020). COVID-19 and online teaching in higher education: A case study of Peking University. Human Behavior and Emerging Technologies, 2(2), 113-115.

SS-29 Şizofreni Ve Diğer Psikotik Bozukluklar

DEFİSİT VE NON-DEFİSİT ŞİZOFRENİ HASTALARINDA PERİFERİK İNFLAMASYON BELİRTEÇLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Furkan Özdemir[1], Elmas Beyazyüz[1]

[1]*Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilimdalı*

Giriş: Defisit sendrom şizofreni, şizofreninin klinik sınıflandırılmasında kullanılmakta olan bir tanı olmakla birlikte halihazırda resmi tanı sınıflandırılmaları içinde yer almamaktadır. Şizofreninin heterojen doğası ve DSM'nin beşinci sürümünde alt sınıflandırılmalarının kaldırılması göz önüne alındığında, defisit sendrom tanısı ile ilgili yapılan çalışmaların oldukça önemli olduğu düşünülmektedir. Defisit sendrom şizofreni ve non-defisit hastaların karşılaştırıldığı biyobelirteç çalışmaları da, defisit sendrom şizofreninin ayrı bir klinik antite olduğunu destekler yöndedir. Bu çalışmada defisit ve non-defisit şizofreni hastalarındaki ortalama platetet hacminin karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Bu çalışmada, şizofreni tanısı ile Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Hastanesi, Psikiyatri kliniğinde yatırılarak tedavi edilen hastaların tam kan sayımları ve demografik verileri retrospektif olarak taranmıştır. Hastaların ortalama platelet volümü (MPV), alyuvar dağılım genişliği (RDW), nötrofil/lenfosit oranı (NLR) ve monosit/lenfosit oranı (MLR) bilgileri kaydedilmiştir. Defisit ve nondefisit sendromu şizofreni hastalarından elde edilen bu değerleri karşılaştırılmıştır.

Bulgular: Çalışmaya 27 defisit ve 30 non-defisit şizofreni hastası dahil edildi. Defisit sendrom şizofreni hasta grubunda yaş ortalaması 36.44 ± 10.44 yıl iken, non-defisit grupta 37.38 ± 10.60 yıl idi. Gruplar arasında yaş ortalamalarının benzer olduğu görüldü ($p>0.05$). Defisit sendrom şizofreni grubunda MPV, NLR, MLR ve PLR değerleri sırası ile 8.80 ± 0.93, 2.47 ± 0.77, 0.27 ± 0.009 ve 153.35 ± 50.86 idi. Non-defisit grupta ise ile 8.73 ± 1.06, 2.84 ± 0.86, 0.31 ± 0.01 ve 136.59 ± 49.01 idi. Gruplar arasında MPV, NLR, MLR ve PLR değerleri açısından da fark bulunmadı ($p>0.05$).

Tartışma: MPV, NLR, MLR ve PLR değerleri inflamsyonun periferik değişkenleri olup şizofreni hastalarında bu değerlerin sağlıklı control grubuna göre arttığını bildiren çalışmalar bulunmaktadır. Çalışmamızda, bu değerlerin defisit ve non-defisit şizofreni hastaları arasında benzer olduğu bulunmuştur. Liteartürde bahsi geçen inflamasyonun periferik değişkenlerini defisit ve non-defisit şizofreni hastalarında araştıran başka bir çalışma bulunmamaktadır. Bulgularımızı konfirme edecek daha geniş ölçekli çalışmalara ihtiyaç olduğu düşünülmektedir.

Kaynaklar

Xu H, Wei Y, Zheng L, et al. Relation Between Unconjugated Bilirubin and Peripheral Biomarkers of Inflammation Derived From Complete Blood Counts in Patients With Acute Stage of Schizophrenia. Front Psychiatry. 2022 Apr 7;13:843985.

Türk Y, Ercan I, Sahin I, Erdemli Gursel B, Uzunoglu A, Öge C, Beyazyüz E, Albayrak Y. Corpus callosum in schizophrenia with deficit and non-deficit syndrome: a statistical shape analysis. Gen Psychiatr. 2021 Dec 1;34(6):e100635.

Albayrak Y, Ünsal C, Beyazyüz M, Ünal A, Kuloğlu M. Reduced total antioxidant level and increased oxidative stress in patients with deficit schizophrenia: a preliminary study. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry. 2013 Aug 1;45:144-9.

SS-30 Kişilik Bozuklukları

ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE AFEKTİF NÖROBİLİM KİŞİLİK ÖLÇEĞİ PROFİLİNİN YAŞ İLE DEĞİŞİMİ

Yasemin Hoşgören Alıcı[1]

[1]*Başkent Universitesi*

Giriş: Panksepp tarafından geliştirilen Affektif nörobilim teorisi(AN), duyguların psikolojik, nörobilimsel ve psikiyatrik düzeyde incelenmesinde en sağlam ve yerleşik kuramlardan biri olarak kabul edilmektedir. Hayvanlarda yapılan nörostimulasyon, farmakolojik modülasyon ve lezyon çalışmaları sonucunda, AN teorisi ile, tüm memelilerde ortak paylaşılan ve subkortikal alanlarda lokalize olan yedi filogenetik ve genetik temel affktif sistemlerin olduğunu iddia etmiştir. Bu yedi duygusal sistemler: ARAMA (SEEKİNG), BAKIM (CARE), OYUN (PLAY), TUTKU (LUST), ÖFKE (ANGER), KORKU (FEAR), ÜZÜNTÜ (SADNESS) sınıflandırmıştır (Panksep 2011). Her bir temel duygusal sistem, hayatta kalmak ve daha genel anlamda hayata uyum sağlayabilmek amacıyla evrimsel olarak şekillendirilmiştir (Davis ve Panksepp, 2018; Montag ve Panksepp, 2017). BU temel duygusal sistemler evrimsel süreçte seçilmiş tetikleyicilerle aktive olup kortikal sistemlerin gelişiminde şekillendirici olarak görev alabilirler. Aynı zamanda ödül veya ceza ile de korteksi şekillendirme süreçleri değişmektedir. Bu sebeple aldığımız kararlarda, tercihlerimizde, motivasyon ve öncelik şeçimlerimizde önemli bir etkisi olduğu düşünülmektedir. ARAMA, TUTKU, BAKIM, OYUN pozitif duygusal sistemler olup; KORKU, ÖFKE, ÜZÜNTÜ negatif duygusal sistemler olarak ele alınmaktadır. Primer duygusal sistem isimlerinin literatürdeki veya yaygın konuşma dilindeki aynı terimlerle karıştırılmaması için büyük harflerle yazılmaktadır.

Pozitif birincil duygusal sistemlerin evrimsel işlevlerini gözden geçirdiğimizde: Memeli beyninin ARAMA aktivasyonu ile gelen enerji ile yiyecekten güvenli bir eş arayışına kadar yaşam kaynaklarını aramaya yönlendirilebilir. Bu temel motivasyon-duygusal sistem, günlük yaşamda hedeflerimizi gerçekleştirmek için bize enerji sağlar ve tüm duygusal sistemlerimize katılır. TUTKU sistemi türümüzü devam ettirmek için bariz üreme nedenlerinden dolayı önemliyken, BAKIM sistemi yavrularımıza bakmak için duygusal dürtüler ortaya çıkarır, böylece onlar yetişkinlere dönüşebilir ve kendileri de yavru sahibi olabilirler. İlkel bir duygu olarak OYUN, sosyal bağ kurma ve sosyal yeterlilikler ve motor işlevler alanındaki becerileri şekillendirmenin yanı sıra muhtemelen duyguların neokortikal düzenlenmesine katkıda bulunmak için muazzam bir öneme sahiptir (Montag 2021).

Olumsuz birincil duygusal sistemlere gelince, ÖFKE sistemi kendi hayatınız ya da sevdiklerinizin hayatı da dahil olmak üzere yaşam kaynaklarını korur ve fiziksel kısıtlama ile de tetiklenebilir. KORKU sistemi devresi bizi bedensel zarardan ve "fiziksel acıdan" uzak tutar. KORKU, özellikle av ve avcı arasındaki savunma mesafesinden etkilenebilen bir donma veya kaçma tepkisini tetikleyerek acil tehlikeyle başa çıkmamıza yardımcı olur (Blanchard ve ark., 2001; McNaughton ve Corr, 2004). SADNESS sisteminin altında yatan nöral devre, kısmen bebek ayrılık anksiyetesinin ilk aşamasını, tanımladığı için ve aynı zamanda klinik "panik" ataklarla olan ilişkisi nedeniyle PANIC sistemi olarak da adlandırılır (Panksepp ve Watt, 2011). Bu duygusal sistem, romantik bir ilişki mutsuz bir şekilde sona erdiğinde de benzer şekilde aktive olur. Evrimsel açıdan bakıldığında sapiens türümüz doğal olarak gruplar halinde yaşar ve sevdiklerimizden ayrıldığımızda ve kendimizi sosyal olarak izole edilmiş ve yalnız bulduğumuzda "psikolojik acı" hissederiz (Montag 2021).

Beynizi her ne kadar karmaşık bir organ olsa da aslında en temel de bu pozitif ve negatif devrelerin aktivasyonu ile hareket etmektedir. Boyle bir perspektiften bakmak duyguların ve davranışlarımızın sonuçlarının öğrenme ve tercihlerimizi nasıl etkilediğini anlamamızı da kolaylaştırmaktadırç En temelde bizi iyi hissettiren şeyleri tekrarlamaya, kötü hissettiren şeyleri ise kaçınmaya meyilli olduğumuz kabul edilir. Bu birincil duygusal sistemler evrimsel olarak olarak önemli tetikleyicilerden etkilendikleri kadar kendi kişisel öykümüzdeki önemli uyaranlar tarafından da aktive olabilirler. Bu açıdan bir hafıza sistemi gibi de çalışmaktadırlar. Bu arkaik beyin devrelerinde hoşa giden (ödüllendirici) ve hoşa gitmeyen (cezalandırıcı) duygusal etkiler, birincil duygusal uyarılmanın gücü ile hafızanın daha kuvvetli anılar oluşturmasına sebep olur. Bu anılar üzerinden çevremizdeki değişkenlere göre tekrardan uyum sağlamamız kolaylaşır. Örneğin çocukken fırına dokunan birinin canı acıyacak ve fırından korkmaya başlayacaktır, KORKU sistemi aktive olacaktır. Bundan sonraki yaşamında fırına daha temkinli yaklaşması onun davranış ve tercihlerini etkileyecektir (Montag 2021).

AN teorisi, bu yedi temel duygusal sistemin, bir kişinin dünyadaki davranışlarını kontrol eden ve etkileyen mizaç kişilik özelliklerinden oluştuğunu belirtmektedir (Montag, 2014; Panksepp ve Biven, 2012). Ayrıca bu duygusal sistemler, aşırı veya çarpık düşünce ve davranışların eşlik ettiği aşırı duygular üreterek işlevsiz ifadelere de yol açabilir. Buradaki kilit nokta , temel duygusal sistemlerin subkortikal

alanlarının aktivasyonun neokorteks tarafından düzenlenmesi ve denetlenebilmesidir (Davis ve Montag, 2019; Panksepp, 2011; Panksepp ve Biven, 2012).

AN teorisine göre, beyin yapılarındaki ve işlevlerindeki bireysel farklılıklar, genetik ve çevresel unsurların birleşik etkisiyle şekillenmektedir (Polderman ve ark., 2015). Dolayısıyla, insan kişiliğinin beyin yapıları ve işlevlerindeki bireysel farklılıkların bir ürünü olduğu ve bunların da genetik mekanizmalar ve çevresel olaylardan etkilendiği iddia edilebilir (Montag ve Panksepp, 2017). Sonuç olarak AN teorisi, insan kişiliğinin biyolojik temelini incelerken bir yol haritası olarak kullanılabilir (Montag ve Davis, 2018). Duygusal sinirbilim bulguları doğrultusunda kişilikteki bireysel farklılıkları detaylandırmak amacıyla Afektif Sinirbilim Kişilik Ölçeğini(ANKÖ) geliştirilmiştir (Davis, Panksepp ve Normansell, 2003). ANKÖ, subkortikal temel duygulanımları değerlendirmek için sözel maddeler kullanır; ARAMA, OYUN, BAKIM pozitif alt ölçekler olarak ve ÖFKE, ÜZÜNTÜ, KORKU negatif alt ölçekler olarak. ANPS'nin Beş Büyük Ölçek / Beş Faktör Modeli (FFM) ile ilişkisi de ANPS'nin geçerli bir araç olduğunu göstermiştir (Davis ve Panksepp, 2011; Davis vd., 2003). Sonuçlar, yüksek ARAYIŞ'ın Deneyime Açıklık, yüksek OYUN'un Dışadönüklük, düşük ÖFKE ve yüksek BAKIM'ın Uyumluluk, yüksek KORKU, ÜZÜNTÜ ve ÖFKE'nin düşük Duygusal Kararlılık (yüksek Nevrotiklik) ile ilişkili olduğunu ortaya koymuştur. Bu sonuçlar daha sonra farklı kültürlerde yapılan çalışmalarla desteklenmiş ve 12 ülkeyi kapsayan bir meta-analizle özetlenmiştir (Marengo, Davis, Gradwohl ve Montag, 2021). Günümüzde ANPS'nin kullanıldığı klinik çalışmalar çoğunlukla depresyon, bipolar bozukluk, distimi, sınırda kişilik bozuklukları, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, otizm, intihar, çocukluk çağı travması ve sosyal travma konularına odaklanmıştır (Montag ve ark.2021).

Birincil duygusal sistemler insan beyninde her zaman aktif olsa da, en azından yetişkinlikte nadiren ham duygulanımdan etkileniriz, çünkü korteks genellikle zihnimizin alt kısmında üretilen enerji üzerinde kontrol sağlayabilir (Montag ve Panksepp, 2017). Kişilik özelliklerinin spesifik özelliğin doğasına ve bireyin klinik durumuna bağlı olarak yaşam boyu geliştiği bilinmektedir. Kişiliğin kökleri çocukluk mizacına dayanmakla birlikte yaklaşık 30 yaş civarına kadar önemli değişimlerin olabileceği iddia edilmiştir. Ergenlik ve genç erişkinlik dönemi psikiyatrik hastalıklar için oldukça riskli bir dönemdir. üniversiteye başlamış olma bir çok yeniliği beraberinde getirdiği içinde uyum sağlama açısından da gençleri zorlamaktadır.Bu sebeple bu çalışmamızda ANPS ile ölçülen kişilik özelliklerinin yaş ile beraber değişimini incelemek hedeflenmiştir.

Method

Çalışmaya katılmayı kabul eden 450 universite öğrencisi dahil edilmiştir. Katılıcılara Afektif Nörobilim kişilik Ölçeği ve sosyodemografik form uygulanmıştır. Veriler SPSS Statistics 24 (IBM, ABD) kullanılarak analiz edilmiştir. İstatistiksel normallik Kolmogorov-Smirnov (K-S) ve Shapiro-Wilk testleri ile değerlendirilmiştir. Gruplar için t-testi kullanılmıştır. Sürekli değişkenlerin normal dağıldığı durumlarda Mann-Whitney U testi, normal dağılmayan gruplar için ise Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Kategorik değişkenler arasındaki farkları değerlendirmek için Ki-kare testi yapılmıştır.

Sonuç

Katılımcıların ortalama yaşı 20,2 (±1,9) olup 210'ü erkek (%46,6) 240'ü (%53,3) kadındır. Katılımcıların %10'inde fiziksel hastalık öyküsü ve %20'sında psikiyatrik hastalık öyküsü vardır. Katılımcılara sosyodemografik formun yanında ANKÖ ölçeği verilmiştir. Üniversite birinci sınıflar 18-19 yaşında olanlarla(N=220) son sınıf öğrencileri 22-26 yaşında olanlar(N=230) ANKÖ profili açısından kıyaslanmıştır. Sonuçlar tablo 1'de özetleniştir. İki grup arasındaki anlamlı fark KORKU alt ölçeği arasında görülmüştür(p=0.007) Birinci sınıf öğrencileri (25,9 puan) son sınıf öğrencilerinden (24,4 puan) anlamlı olarak KORKU alt ölçeğinden daha yüksek puanlar almışlardır.

Tablo 1.

	YAŞ(18-19) N=220 Mean(SD)	***YAŞ(22-26) N=230 Mean(SD)***	***P***
ARAMA	25,6(5,02)	25,4(5,28)	0.565
BAKIM	27,6(5,93)	27,9(5,83)	0.533
OYUN	25,7(5,81)	25,0(5,95)	0.136
KORKU	25,9(6,83)	24,4(6,51)	0.007*
ÖFKE	26,0(6,55)	25,8(6,37)	0.696
ÜZÜNTÜ	22,3(6,01)	21,5(5,78)	0.065

Sonuç

KORKU sistemi devresi bizi bedensel zarardan ve "fiziksel acıdan" korumak için evrimleşmiş bir sistemdir. ANKÖ'da KORKU alt ölçeği kaygı, endişe, geçmiş olaylar hakkında Ruminasyon ve karar verme güçlüğü ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (Brienze ve diğerleri 2023). Özellikle yaşam ortamıyla ilişkili değişiklikler yüksek KORKU puanları ile ilişkili bulunmuştur (Montag ve ark., 2017; Panksepp ve Biven, 2012). KORKU sistemi yüksek neurotizim ve emosyonel instabilite ile ilişkili bulunmuştur. Yapılan çalışmalarda KORKU ile ÜZÜNTÜ'den de yüksek puan alan bireylerin Depresif eğilimlerinin daha yüksek olabileceği bildirilmiştir (Montag ve ark. 2021). Yapılan nörogörüntüleme çalışmalarında KORKU devresi sol putamaen ile sağ orbitofrontal korteks arasındaki azalmış işlevsel bağlantısallık ve sağ orta frontal girus ile sağ insula arasındaki azalmış işlevsel bağlantısallık ile de pozitif yönde ilişkiliydi (Lu ve ark., 2021). Prefrontal-limbik-subkortikal ağın duygusal bilginin entegre edilmesinde ve duygusal tepkilerin yoğunluğunun düzenlenmesinde kilit bir rol oynadığı iyi bilinmektedir (Fuster, 2001). PFC ağı ile limbik sistemin anormal işlevsel bağlantısallığı duygu düzenlemesindeki güçlükle ilişkili olabileceği düşünülmüştür (Graham ve Milad, 2013; Ochsner ve ark., 2012). Klinik açıdan önemli olan bir diğer husus da KORKU ve ÜZÜNTÜ'nün altında yatan beyin sistemlerinin gerçekten de kaygıyla ilgili başa çıkma tarzlarını aşağıdan yukarıya doğru etkilemesidir. Gerçekten de, bu birincil duygusal sistemlerin yüksek düzeyde ifade edilmesinin, tipik olarak kaygı uyandıran ortamlarda gözlemlenen uyanıklık (yani, dikkatin kaygı uyandıran durumların tehdit edici kısımlarına odaklanması) ve bilişsel kaçınma (yani, dikkat odağının bu tehdit edici durumlardan uzaklaştırılması) gibi farklı kaygılı-depresif başa çıkma tarzlarıyla ilişkili olduğu

bulunmuştur (Egloff ve Krohne, 1998; Krohne, 2001). Özellikle, KORKU, ÜZÜNTÜ ve ÖFKE sistemlerinin yüksek düzeyde ifade edildiği bireylerin, söz konusu duygusal sistemlerin yüksek düzeyde ifade edilmesinin yol açtığı endişeye yatkınlıkları göz önüne alındığında, çevrelerini daha yoğun bir şekilde izleme eylemine itildikleri görülmektedir (Jung ve ark., 2022).Üniversite öğrencileri okula başladıklarında birçok yenilikle karşı karşıya geldiklerinden daha stresli ve kaygılı olabilirler (Beiter ve ark. 2015). Bu durum onların KORKU sistemini daha fazla kullanmalarına sebep oluyor olabilir. Literatürdeki bilgiler ışığında Bu sistemi çokça kullanmanın psikiyatrik hastalıklar açısından hassas konuma getirebilir. Bu sebeple ilk iki yılda üniversite öğrencilerini kaygılandıran temaların incelenmesi, özellikle uyumu sağlamaya ve işlevsel başetme becerilerine yönelik müdahalelerde bulunulması ilerleyen süreçlerde gelişebilecek psikiyatrik hastalar için koruyucu olabilir.

Kaynaklar

Beiter, R., Nash, R., McCrady, M., Rhoades, D., Linscomb, M., Clarahan, M., &Sammut, S. (2015). The prevalence and correlates of depression, anxiety, and stress in a sample of college students. *Journal of affective disorders*, *173*, 90-96.

Blanchard, D. C., Hynd, A. L., Minke, K. A., Minemoto, T., & Blanchard, R. J. (2001). Human defensive behaviors to threat scenarios show parallels to fear-and anxiety-related defense patterns of non-human mammals. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, *25*(7-8), 761-770.

Davis, K. L., & Montag, C. (2019). Selected principles of Panksepian affective neuroscience. *Frontiers in neuroscience*, *12*, 1025.

Davis, K. L., & Panksepp, J. (2018). *The emotional foundations of personality: A neurobiological and evolutionary approach*. WW Norton & Company.

Davis, K. L., Panksepp, J., & Normansell, L. (2003). The affective neuroscience personality scales: Normative data and implications. *Neuropsychoanalysis*, *5*(1), 57-69.

Egloff, B., & Krohne, H. W. (1998). Die messung von vigilanz und kognitiver vermeidung: untersuchungen mit dem angstbewältigungs-inventar (ABI). *Diagnostica*.

Graham, B. M., & Milad, M. R. (2013). Prefrontal cortex regulation of emotion and anxiety.

Greer, E. L., Banko, M. R., & Brunet, A. (2009). AMP-activated protein kinase and FoxO transcription factors in dietary restriction–induced longevity. *Annals of the New York Academy of Sciences*, *1170*(1), 688-692.

Jung, S., Sindermann, C., Yang, H., Elhai, J. D., & Montag, C. (2022). Anxiety-Related Coping Styles and Individual Differences in Primary Emotional Systems Against the Background of Affective Neuroscience Theory: a Study Using Samples from Germany and China. *Trends in Psychology*, 1-17.

Krohne, H. W. (2002). Stress and coping theories. *Int Encyclopedia of the Social Behavioral Sceinces [cited 2021]*.

Lu, F., Cui, Q., He, Z., Sheng, W., Pang, Y., Chen, Y., ... & Chen, H. (2021). Prefrontal-limbic-striatum dysconnectivity associated with negative emotional endophenotypes in bipolar disorder during depressive episodes. *Journal of affective disorders*, *295*, 422-430.

McNaughton, N., & Corr, P. J. (2004). A two-dimensional neuropsychology of defense: fear/anxiety and defensive distance. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, *28*(3), 285-305.

Montag, C., & Davis, K. L. (2018). Affective neuroscience theory and personality: an update. *Personality Neuroscience*, *1*, e12.

Montag, C., & Panksepp, J. (2017). Primary emotional systems and personality: an evolutionary perspective. *Frontiers in psychology*, *8*, 464.

Montag, C., & Panksepp, J. (2017). Primary emotional systems and personality: an evolutionary perspective. *Frontiers in psychology*, *8*, 464.

Montag, C., & Reuter, M. (2014). Disentangling the molecular genetic basis of personality: from monoamines to neuropeptides. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, *43*, 228-239.

Montag, C., Elhai, J. D., &Davis, K. L. (2021). A comprehensive review of studies using the Affective Neuroscience Personality Scales in the psychological and psychiatric sciences. *Neuroscience&Biobehavioral Reviews, 125*, 160-167.

nM Fuster, J. (2001). The prefrontal cortex-An update. *Neuron*, *30*(2), 319-333.

Panksepp, J. (2011). The basic emotional circuits of mammalian brains: do animals have affective lives?. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, *35*(9), 1791-1804.

Panksepp, J., & Biven, L. (2012). *The archaeology of mind: Neural origins of human emotion*. WW Norton & Company.

Panksepp, J., & Watt, D. (2011). What is basic about basic emotions? Lasting lessons from affective neuroscience. *Emotion review*, *3*(4), 387-396.

Polderman, T. J., Benyamin, B., De Leeuw, C. A., Sullivan, P. F., Van Bochoven, A., Visscher, P. M., & Posthuma, D. (2015). Meta-analysis of the heritability of human traits based on fifty years of twin studies. *Nature genetics*, *47*(7), 702-709.

Roberts, B. W., &DelVecchio, W. F. (2000). Therank-order consistency of personality traits from childhood to old age: a quantitative review of longitudinal studies. *Psychological bulletin*, *126*(1), 3.

SS-31 Diğer

GEBELİK DÖNEMİNDE DEPRESYON, ANKSİYETE BOZUKLUKLARI VE KOMORBİDİTELERİNİN GEBELİK SÜRESİ, DOĞUM AĞIRLIĞI VE ERKEN DOĞUM ÜZERİNE ETKİSİ

Faruk Uğuz[1], Eda Ferahkaya[2], Semra Aydoğan[3], Melike Geyik Bayman[4], Kazım Gezginç[3]

[1]*Özel Medova Hastanesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları*
[2]*Konya Şehir Hastanesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları*
[3]*Alanya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları*
[4]*Konya Şehir Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum*
[5]*Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum*

Giriş

Gebelik döneminde kadınların önemli bir bölümünde (%19-29) psikiyatrik bozukluklar görülmektedir. Bu dönemindeki kadınların %8-18'inde depresyon, %4.4-39'unda anksiyete bozukluğu görüldüğü bildirilmiştir. Gebelikte görülen depresyon ve anksiyete bozuklukları, annenin yanı sıra fetüs, bebek, çocuk üzerinde olumsuz etkilere sahip olabilir. Tedavi edilmeyen antenatal depresyon ve anksiyetenin fetal hiperaktivite, düzensiz fetal kalp atımı; bebeklerde uyku, beslenme ve hareket sorunları; çocuklarda dikkatte azalma, hiperaktivite, davranışsal ve duygusal problemler ile ilişkili olduğu öne sürülmüştür (7,8,9). Yapılan çalışmalarda gebelikte annede depresyon ve anksiyete bozukluğu olmasının düşük doğum ağırlığı ve erken doğum riskinin artmasıyla ilişkili olduğunu göstermiştir (10,11).

Gebelerin %6,9'unda depresyon ve anksiyete bozukluğunun birlikte görüldüğü bildirilmiştir (12). Mevcut sınırlı veriler, gebelikte depresyon ve anksiyete bozukluklarının birlikte görülmesinin, erken doğumun riskinin artacağı ve doğum haftasının daha da öne gelebileceğini bildirmiştir (13). Fetal dönemde maternal depresyon veya anksiyete bozukluğuna maruz kalan yenidoğanlarda neonatal sonuçları araştıran çalışmaların varlığına rağmen, bu konudaki karşılaştırmalı veriler çok sınırlıdır. Bu çalışmada yenidoğan bebeklerde maternal majör depresyon, anksiyete bozukluğu ve ek tanılarının gebelik haftası ve doğum ağırlığı üzerine etkilerini karşılaştırmayı amaçladık.

Metod

Çalışmaya 18 yaş ve üstü, gebelik sürecinde herhangi bir alkol veya madde kullanımı olmayan kadınlar dahil edildi. Çoğul gebelik, fetal malformasyonlar, şizofreni ve psikotik bozukluklar, preeklampsi, gestasyonel diabetes mellitus, erken membran rüptürü, fetal büyümeyi etkileyen plasenta anormallikleri, kontrolsüz endokrin anormallikler gibi ciddi tıbbi problemler, kardiyovasküler ve pulmoner sistem hastalıkları gibi gebelikle ilgili komplikasyonlar, nörolojik hastalık ve metabolik hastalıklar çalışma dışı bırakıldı. Bunların dışında annenin gebelikte herhangi bir psikotrop ilaç kullanması, gebelik süresinin ≤28 hafta olması, doğum ağırlığının ≤1500 gr olması ve herhangi bir tıbbi durum nedeniyle 37. gebelik haftasından önce acil cerrahi doğum olması da bu çalışma için diğer dışlama kriterleri olarak belirlendi.

Çalışma örneklemi 1119 kadından oluşmaktadır. Tüm katılımcılara çalışmanın amaçları ve prosedürleri anlatıldı ve yazılı bilgilendirilmiş onam formları alındı. Çalışma etik kurulu Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Etik Kurulu tarafından onaylandı. Katılımcıların depresyon ve anksiyete bozuklukları tanıları Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı Dördüncü Baskı (DSM-IV)'ya göre araştırmacı psikiyatristler tarafından SCID-1 ile konuldu. Psikiyatrik görüşmeler doğumdan sonraki 24 saat içinde yapıldı. Yenidoğanların doğum ağırlıkları ve gebelik süreleri hastane kayıtlarından elde edildi. Preterm doğum, 37 gebelik haftasının altında gerçekleşen doğum, düşük doğum ağırlığı 2500 gramın altında doğan bebeklere tanımlandı.

İstatistiksel analizler SPSS sürüm 16.0 (SPSS Inc, Chicago, IL) ile yapıldı. Çalışma gruplarındaki kategorik değişkenler ki-kare ($\chi 2$) testi ve Fisher'in exact testi kullanılarak karşılaştırıldı. Anormal dağılım nedeniyle, çalışma grupları arasındaki sürekli değişkenler Kruskal-Wallis testi ile analiz edildi.

Sonuçlar

Katılımcıların yaş ortalaması 28,31 ± 5,65, parite sayısı 1,48 ± 1,22 idi. Katılımcıların çoğu evli (n=1117, %99,8) ve ilkokul (n=732, %65,4) mezunuydu. Katılımcıların 26'sında (%2,3) majör depresyon, 125'inde (%11,2) anksiyete bozukluğu ve 36'sında (%3,2) majör depresyon ve anksiyete bozukluğu komorbiditesi vardı. 932 (%83,3) katılımcıda herhangi bir psikiyatrik tanı gözlenmedi.

Yenidoğanlarda düşük doğum ağırlığı ve preterm doğum oranı sırasıyla %10.8 ve %11.9 idi.Preterm doğum ve düşük doğum ağırlığı sıklığı sırası ile majör depresyon grubunda %15,4(n=4) ve %11,5 (n=3), anksiyete bozukluğu grubunda %19,2(n=24) ve %15,2 (n=19), komorbid depresyon ve anksiyete bozukluğu tanısı olan grupta %30,6 (n=11) ve %33,3 (n=12), herhangi bir psikiyatrik tanı almayan grupta ise 94(%10.1) ve 84(%9.3)idi. Dört grup

arasında preterm doğum (χ2 = 21.55, P=0.000) ve düşük doğum ağırlığı (χ2 = 21.55, P=0.000) sıklığı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark var iken, bebek cinsiyeti (χ2 = 0.86,P=0.834), primigravida (χ2 = 3.60, P=0.308), eğitim seviyesi (χ2 = 6.52, P=0.362) ve çalışma durumu (χ2 = 1,38, P=0,711) arasında anlamlı fark saptanmadı. Komorbid grup çalışmadan çıkarıldığında düşük doğum ağırlığı sıklığı istatistiksel olarak farklı değilken (χ2 = 4,32, P=0,115); preterm doğum açısından fark kalan gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı (χ2=9.61,P=0.008) saptandı. Herhangi bir psikiyatrik hastalık olmayan grup ile karşılaştırıldığında preterm doğum anksiyete bozukluğu tanısı alan grupta (Fisher's exact test, P=0,004) daha yüksek iken majör depresyon grubunda (Fisher's exact test, P=0.329) herhangi bir fark saptanmamıştır.

Kruskal-Wallis testi, gebelik yaşı ve doğum ağırlığının çalışma grupları arasında anlamlı olarak farklı olduğunu gösterdi.

En düşük doğum ağırlığı ve en kısa gebelik süresi komorbid grupta gözlendi. Post hoc analizlere göre, komorbid gruptaki hastaların bebekleri diğer gruplardaki hastalara göre anlamlı olarak daha düşük doğum ağırlığına sahipti (majör depresyon-komorbid P=0.012;anksiyete bozukluğu-komorbid için P=0.001; komorbid-psikiyatrik tanı olmayanlar P=0.000). Ortalama gebelik süresi komorbid grupta anksiyete bozukluğu grubuna (P=0.030) ve psikiyatrik tanı almayan gruba (P=0.000) göre anlamlı olarak daha kısaydı ancak majör depresyon grubuna (P=0.149) göre farklı değildi.

Majör depresyon grubu ile anksiyete bozukluğu grubu ve psikiyatrik tanı almayan grubun doğum ağırlığı (P=1.000 ve P=0.885sırasıyla) ve gebelik süresi (sırasıyla P=0.149 ve P=0.483) açısından karşılaştırılmasında anlamlı fark yoktu. Anksiyete bozukluğu tanısı olanlar herhangi bir psikiyatrik bozukluğu olmayan grupla karşılaştırıldığında, anlamlı olarak daha kısa gebelik süresine sahipti (P=0.000). Bu iki grup arasındaki doğum ağırlığı farkı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde değildi (P=0.063).

Tartışma

Bu çalışma, annede eşlik eden majör depresyon ve anksiyete bozukluklarının doğum ağırlığı ve gebelik yaşı üzerindeki olumsuz etkilerini göstermektedir. Bugüne kadar bu konu ile ilgili literatürde yeterli veri bulunmamaktadır.

Field ve arkadaşları tarafından benzer metodoloji ile yapılan karşılaştırmalı bir çalışma (2010) anksiyete-depresif bozukluk eş tanısı grubunun, anksiyete, depresyon ve psikiyatrik tanı almayan gruplara göre daha fazla prematürite insidansına sahip olduğunu bildirmiştir (13). Komorbiditesi olan gruptaki annelerin yenidoğanlarının doğum ağırlığının psikiyatrik tanı almayan gruptaki yenidoğanlara göre daha düşük ve anksiyete bozukluğu tanısı olan gruptaki yenidoğanlar ile benzer olduğu bildirilmiştir. Bununla birlikte, bu çalışma, düşük doğum ağırlığı ve gebelik yaşı oranına ilişkin verileri içermemektedir.

Bizim çalışmamızda majör depresyonu olan annelerin bebekleri ile psikiyatrik tanı almamış annelerin bebekleri arasında gebelik yaşı ve doğum ağırlığı açısından anlamlı bir fark saptanmadı. Field ve ark. (2010) depresyon ve psikiyatrik tanı almayan gruplar arasında prematürite oranı ve doğum ağırlığı ile ilgili herhangi bir istatistiksel analiz bildirmemiştir (13). Bu çalışmada, her iki grubun da bu değişkenler (prematürite oranı = %6,5'e karşı %6,0 ve doğum ağırlığı = 3355 g'a karşı 3352 g) açısından benzer olması bizim bulgularımızla uyumludur. Yapılan bir meta-analiz çalışmasında gebelik sırasında annede depresyon ile doğum ağırlığı ve gebelik yaşı arasında anlamlı bir ilişki olmadığını öne sürülmüştür (14). Yapılan iki başka çalışmada majör depresyonlu kadınların sağlıklı kadınların da dahil olduğu kontrol gruplarına göre daha düşük doğum ağırlıklı ve daha kısa gebelik haftasına sahip bebekleri olduğu ileri sürülmüştür (15)(16) Bu farklılık, çalışmalardaki kontrol grubundaki verilerindeki farklılıklardan kaynaklanabilir. Önceki iki çalışmaya kıyasla bu çalışmada ortalama doğum ağırlığı ve gebelik yaşı sırasıyla yaklaşık 200–250 gram ve 1.2–1.4 hafta daha düşüktü.

Sonuçlar yorumlanırken mevcut çalışmanın bazı sınırlılıkları göz önünde bulundurulmalıdır. Kesitsel desen, çalışma örneklemi nispeten büyük olmasına rağmen en önemli sınırlama olarak görünmektedir. Araştırma örnekleminin tek bir tıp merkezinden elde edilmiş olması araştırma sonuçlarının genellenebilmesini kısıtlayıcı bir faktördür. Bu çalışmada anksiyete veya depresyon belirti düzeylerini belirlemek için herhangi bir ölçek kullanmadık.Çalışma tasarımı, gebelikte psikiyatrik tanıların semptom düzeylerinin incelenmesine izin vermemiştir. Psikiyatrik görüşmeler doğumu takip eden ilk gün içinde tamamlandı. Bu süre gebelikte psikiyatrik bozuklukların varlığını yansıtsa da gebelikte tanıların süresi ve zamanlaması hakkında veri sağlamaz. Son olarak, sigara içme ve önceki preterm doğum öyküsünü incelenmedi. Bu sınırlamalara rağmen, sonuçlarımız, gebe kadınlarda majör depresyon ve anksiyete bozukluklarının birlikte bulunmasının, tek başına majör depresyon veya anksiyete bozukluklarına kıyasla gebelik yaşı ve doğum ağırlığı üzerinde daha fazla olumsuz etkiye sahip olduğunu göstermektedir. Bu sonuçlar, özellikle majör depresyon ve anksiyete bozukluğu komorbiditesi olan gebelerin farmakolojik tedavisine karar vermede faydalı olabilir. Bununla birlikte, mevcut sonuçlar prospektif çalışmalarla doğrulanmalıdır.

Kaynaklar

1. Borri C, Mauri M, Oppo A, et al. Axis I Psychopathology and Functional Impairment at the Third Month of Pregnancy. *The Journal of Clinical Psychiatry*. 2008;69(10): 1617–1624. doi:10.4088/JCP.v69n1012
2. Uguz F, Gezginc K, Kayhan F, et al. Is pregnancy associated with mood and anxiety disorders? A cross-sectional study. *General Hospital Psychiatry*. 2010;32(2): 213–215. doi:10.1016/j.genhosppsych.2009.11.002
3. Zaigham M, Andersson O. Maternal and perinatal outcomes with COVID-19: A systematic review of 108 pregnancies. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*. 2020;99(7): 823–829. doi:10.1111/aogs.13867
4. Farias DR, Pinto T de JP, Teofilo MMA, et al. Prevalence of psychiatric disorders in the first trimester of pregnancy and factors associated with current suicide risk. *Psychiatry Research*. 2013;210(3): 962–968. doi:10.1016/j.psychres.2013.08.053
5. Goodman JH, Chenausky KL, Freeman MP. Anxiety Disorders During Pregnancy. *The Journal of Clinical Psychiatry*. 2014;75(10): e1153–e1184. doi:10.4088/JCP.14r09035
6. Dennis C-L, Falah-Hassani K, Shiri R. Prevalence of antenatal and postnatal anxiety: Systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*. 2017;210(5): 315–323. doi:10.1192/bjp.bp.116.187179
7. Gentile S. Untreated depression during pregnancy: Short- and long-term effects in offspring. A systematic review. *Neuroscience*. 2017;342: 154–166. doi:10.1016/j.neuroscience.2015.09.001
8. Loomans EM, der Stelt O van, van Eijsden M, et al. Antenatal maternal anxiety is associated with problem behaviour at age five. *Early Human Development*. 2011;87(8): 565–570. doi:10.1016/j.earlhumdev.2011.04.014
9. Van den Bergh BRH, Mulder EJH, Mennes M, et al. Antenatal maternal anxiety and stress and the neurobehavioural development of the fetus and child: links and possible mechanisms. A review. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 2005;29(2): 237–258. doi:10.1016/j.neubiorev.2004.10.007
10. Grigoriadis S, VonderPorten EH, Mamisashvili L, et al. The Impact of Maternal Depression During Pregnancy on Perinatal Outcomes. *The Journal of Clinical Psychiatry*. 2013;74(04): e321–e341. doi:10.4088/JCP.12r07968
11. Grote NK, Bridge JA, Gavin AR, et al. A Meta-analysis of Depression During Pregnancy and the Risk of Preterm Birth, Low Birth Weight, and Intrauterine Growth Restriction. *Archives of General Psychiatry*. 2010;67(10): 1012. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2010.111
12. Falah-Hassani K, Shiri R, Dennis C-L. The prevalence of antenatal and postnatal co-morbid anxiety and depression: a meta-analysis. *Psychological Medicine*. 2017;47(12): 2041–2053. doi:10.1017/S0033291717000617
13. Field T, Diego M, Hernandez-Reif M, et al. Comorbid depression and anxiety effects on pregnancy and neonatal outcome. *Infant Behavior and Development*. 2010;33(1): 23–29. doi:10.1016/j.infbeh.2009.10.004
14. Grigoriadis S, Graves L, Peer M, et al. Maternal Anxiety During Pregnancy and the Association With Adverse Perinatal Outcomes. *The Journal of Clinical Psychiatry*. 2018;79(5). doi:10.4088/JCP.17r12011
15. Şahingöz M, Yuksel G, Karsidag C, et al. Birth Weight and Preterm Birth in Babies of Pregnant Women With Major Depression in Relation to Treatment With Antidepressants. *Journal of Clinical Psychopharmacology*. 2014;34(2): 226–229. doi:10.1097/JCP.0000000000000077
16. Uguz F, Sahingoz M, Sonmez EO, et al. The effects of maternal major depression, generalized anxiety disorder, and panic disorder on birth weight and gestational age: A comparative study. *Journal of Psychosomatic Research*. 2013;75(1): 87–89. doi:10.1016/j.jpsychores.2013.02.008

SS-32 Demans

AĞIR RUHSAL HASTALIK TANILI GERİATRİK POPULASYONDA DEMANS EK TANISI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER; MUĞLA TOPLUM RUH SAĞLIĞI MERKEZİ DENEYİMİ

Tuna Eker[1], Meltem Derya Şahin[1]

[1]*Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Muğla, Türkiye*

Amaç: Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri (TRSM), ülkemizde ağır ruhsal hastalık (ARH) tanılı bireylerin takip süreçlerinde önemli rol oynamaktadır. 65 yaş üstü ARH tanılı bireylerde hizmet sunumunun da daha özellikli planlanması gereklidir. Çalışmamızda Muğla TRSM'de takipli olan şizofreni ve bipolar affektif bozukluk (BAB) tanılı bireylerin sosyodemografik ve klinik verilerinin demansiyel bozukluk ek tanısına etkilerinin ortaya konulması amaçlanmıştır.

Yöntem: Şubat 2021 - Mart 2023 tarihleri arasında Muğla TRSM takibine alınmış olan 396 ARH tanılı bireyden 65 yaş üstü olanlar çalışmaya dahil edildi. Katılımcılara ait yaş, cinsiyet, takipli olduğu ruhsal hastalık tanısı, tespit edilen demansiyel bozukluk ek tanı varlığı, antipsikotik (AP) sayısı, uzun etkili antipsikotik (UEAP) varlığı, duygudurum düzenleyici (DDD) varlığı, ergoterapi rehabilitasyonu varlığı değerlendirmeye alınmış olup; verilerine ulaşılamayanlar çalışma dışı bırakılmıştır.

Verilerin analizi için SPSS versiyon 21 kullanıldı. Normal dağılım için Kolmogorow Simirnov testi kullanıldı. Normal dağılıma uyan veriler ortalama ± standart sapma ile verildi. Kategorik veriler yüzde (%) ile ifade edildi. Tek değişkenli analizde sürekli değişkenler için bağımsız gruplarda t testi ve Mann Whitney u, kategorik verilerde Ki Kare ve Fisher's exact testi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık p değeri 0,05 olarak kabul edildi.

Tablo 1. Katılımcılara ait demografik ve klinik veriler (n:19)

Yaş (±SS)		***66,95 (1,87)***
Cinsiyet (%)	Kadın	10 (52,6)
	Erkek	9 (47,4)
Takip tanısı (%)	Şizofreni	8 (42,1)
	BAB	11 (57,9)
Demansiyel bozukluk ek tanı (%)	Yok	8 (42,1)
	NBH	5 (26,3)
	Alzheimer Hastalığı	6 (31,6)
Antipsikotik Sayısı (%)	Yok	2 (10,5)
	1	14 (73,7)
	>1	3 (15,8)
Uzun Etkili Antipsikotik (%)	Yok	15 (78,9)
	Var	4 (21,1)
Duygudurum Düzenleyici (%)	Yok	13 (68,4)
	Var	6 (31,6)
Ergoterapi Dikkat Rehabilitasyonu (%)	Yok	14 (73,7)
	Var	5 (26,3)

BAB: Bipolar affektif bozukluk. NBH: Normal basınçlı hidrosefali. SS: standart sapma. n: katılımcı sayısı

Tablo 2. Demansiyel bozukluk ek tanısı olan (Alzheimer ve Normal basınçlı hidrosefali) ve olmayan hastalara ait klinik veriler; demansiyel bozukluk ek tanısı olan (n:11) ve olmayan (n:8) hastaların karşılaştırmalı analizi.

		G1 (n:8)	***G2 (n:11)***	***AH (n:6)***	***NBH (n:5)***	***P (G1 vs G2)***
Yaş (±SS)		67,13 (2,36)	66,82 (1,54)	66,67 (1,63)	67 (1,58)	0,735
Cinsiyet (%)	Kadın	4 (50)	6 (54,5)	4 (66,7)	2 (40)	>0,999
	Erkek	4 (50)	5 (45,5)	2 (33,3)	3 (60)	
Takip tanısı (%)	Şizofreni	5 (62,5)	3 (27,3)	2 (33,3)	1 (20)	0,181
	BAB	3 (37,5)	8 (72,7)	4 (66,7)	4 (80)	
Antipsikotik Sayısı (%)	Yok	0 (0)	2 (18,2)	1 (16,7)	1 (20)	0,022
	1	5 (62,5)	9 (81,8)	5 (83,3)	4 (80)	
	>1	3 (37,5)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Uzun Etkil Antipsikotik (%)	Yok	4 (50)	11 (100)	6 (100)	5 (100)	0,018
	Var	4 (50)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Duygudurum Düzenleyici (%)	Yok	8 (100)	5 (45,5)	3 (50)	2 (40)	0,018
	Var	0 (0)	6 (54,5)	3 (50)	3 (60)	

G1: Demansiyel bozukluk ek tanı yok, G2: Demansiyel bozukluk ek tanı var. AH: Alzheimer Hastalığı BAB: Bipolar affektif bozukluk. NBH: Normal basınçlı hidrosefali. SS: standart sapma. n: katılımcı sayısı

Sonuçlar: Toplam 19 katılımcının yaş ortalaması 66,95 (±1,87) idi. Katılımcıların 10'u (%52,6) kadın, 9'u (%47,4) erkekti. 8 katılımcı (%42,1) şizofreni, 11 katılımcı (%57,9) BAB tanılı idi. TRSM takipleri sırasında nöroloji konsültasyonu sonucunda katılımcıların 6'sında (%31.6) Alzheimer hastalığı, 5'inde (%26,3) normal basınçlı hidrosefali ek tanısı tespit edildiği görüldü. 8 katılımcıda (%42,1) demansiyel bozukluk ek tanısı mevcut değildi. Katılımcıların nöroloji değerlendirmesinin ardından 5'inde (%26,3) ergoterapiye başlandığı görüldü. (Hastalara ait veriler tablo 1'de verilmiştir.)

Yapılan analizde demansiyel ek tanısı olan katılımcılarda DDD ve UEAP kullanımının demansiyel ek tanısı olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu görüldü (sırasıyla p:0,018 ve p:0,018). Kullanılan AP sayısının demansiyel ek tanısı olmayanlarda olanlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu görüldü (p:0,022). (Demansiyel bozukluk ek tanısı olan ve olmayan hastaların tedavi süreçlerinin karşılaştırılması tablo 2'de özetlenmiştir.)

Tartışma: Çalışmamızda ARH tanılı bireylerin takipler esnasında varolan unutkanlık yakınmalarının dikkatli değerlendirilmesi sonucu komorbid demansiyel bozukluk tanılarının saptandığı ve ergoterapi ya da nöroloji konsültasyonuna yönlendirilmesi gibi müdahalelerin planlandığı görülmektedir. Farmakoterapinin şeklinin demansiyel bozukluk tanısı varlığına etkisi çalışmamızda olduğu gibi literatürde (1-5) birçok yönden tartışılmış olup; özellikli hizmet gerektiren bu bireylerin gözden kaçmaması için yakın takiplerinin TRSM gibi merkezlerde sürdürülmesinin değerli olduğu söylenebilir.

Anahtar kelimeler: toplum ruh sağlığı merkezi, ağır ruhsal hastalık, demans

Kaynaklar

1. Bennett S, Laver K, Voigt-Radloff S, et al. Occupational therapy for people with dementia and their family carers provided at home: a systematic review and meta-analysis. BMJ Open 2019;9:e026308. doi:10.1136/ bmjopen-2018-026308
2. Feick D, Sickmond J, Liu L, Metellus P, Williams M, Rigamonti D, Hill-Briggs F. Sensitivity and predictive value of occupational and physical therapy assessments in the functional evaluation of patients with suspected normal pressure hydrocephalus. J Rehabil Med. 2008 Oct;40(9):715-20. doi: 10.2340/16501977-0241. PMID: 18843422.
3. Kumar et al.: Novel occupational therapy interventions may improve quality of life in older adults with dementia. International Archives of Medicine 2014 7:26.
4. Liu J, Wang LN. Efficacy and safety of valproic acid in dementia: A systematic review with meta-analysis. Arch Gerontol Geriatr. 2020 Jul-Aug;89:104091. doi: 10.1016/j.archger.2020.104091. Epub 2020 May 4. PMID: 32413690.
5. Moon W, Ji E, Shin J, Kwon JS, Kim KW. Effect of valproate and lithium on dementia onset risk in bipolar disorder patients. Sci Rep. 2022 Aug 19;12(1):14142. doi: 10.1038/s41598-022-18350-1. PMID: 35986042; PMCID: PMC9391483.

SS-33 Psikososyal Müdahaleler

6 ŞUBAT DEPREMLERİ SONRASI MALATYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ PSİKİYATRİ KONSULTASYONLARININ RETROSPEKTİF İNCELENMESİ

Mustafa Akan[1], Kerim Uğur[2]

[1]*Malatya Turgut Özal Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Malatya*
[2]*Malatya Turgut Özal Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Malatya*

Giriş

Travmatik yaşantılar hayatın olağan akışı içinde çıkmakta ve oluşturdukları stres yükü ile bireylerin hayata uyumlarını bozmaktadır (1). Travmatik olaylar bireylerin yaşamları için tehdit, şiddet veya ölüm riski içermeleri nedeniyle sıradan olumsuzluklardan ayrılır (2). Savaş, şiddet, terör saldırısı ve afetler önemli travmatik olaylar arasındadır (3,4). Afetlerin temel özelliği tıbbın kapasite ve kaynakları ile mevcut durumdan etkilenen insanların ihtiyaçları arasında önceden öngörülemeyen ve akut gelişen bir dengesizliğin olmasıdır (5).

Deprem, tsunami, toprak kayması, orman yangını gibi doğal afetler bir anda fazlaca kişiyi etkiler ve ruh sağlığı üzerinde doğrudan etkileri olur (6). Depremler, ülkemizi en çok etkileyen doğal afetler arasında öne çıkar, yıkıcı etkileri nedeniyle bireysel ve toplumsal ruh sağlığı sorunlarına neden olur (7). Depremin travmatik etkileri bireyler arasında farklılık gösterebilir. Çok sayıda etken travmaya verilen tepkilerin farklı olmasına neden olur. Depremin etki büyüklüğü, bireyin kişilik özellikleri ve baş etme mekanizmaları, yaşanılan kayıpların birey için anlamı, ruhsal travma veya psikiyatrik hastalık öyküsü, sosyal destek gibi değişkenler bunların başlıcaları arasında yer alır. Bu sebeple depremlerden sonra insanların birçoğu örselenerek ruhsal ve bedensel olarak etkilense de, ancak belirli bir kısmında psikiyatrik hastalık gelişir (8).

Deprem gibi travmatik yaşantılar baş etme mekanizmalarını zorlayan bir stres yükleyerek psikiyatrik hastalıkların ortaya çıkmasına ve hali hazırdaki ruhsal bozuklukların alevlenmesine neden olabilir. Akut stres bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), anksiyete bozuklukları, depresyon, disosiyatif bozukluk, alkol-madde kullanım bozuklukları, psikotik bozukluk vb ruhsal hastalıklar için travma tetikleyici etki gösterebilir (7). Bromet ve ark., doğal afet sonrası travmatik stres belirtisi görülme yaygınlığının %0.0-3.8 arasında değiştiğini bildirmiştir (9). Tayvan' da depremden 6 ay sonra yapılmış 442 katılımcının yer aldığı bir çalışmada, örneklemin %9.5' inde majör depresyon, %7.9'unda TSSB görüldüğü rapor edilmiştir (10). Başka bir çalışmada depremden 18 ay sonra psikotik belirtilerin %16.8-30.4 oranın değiştiği belirtilmiş, bu belirtilerin TSSB, anksiyete ve depresyon semptomlarıyla eş zamanlı ilişkili olduğu vurgulanmıştır (11). Aoki ve arkadaşlarının Tokyo' da yaptığı depremden 6 ay önce ve sonra acil psikiyatrik zorunlu yatışlarının değerlendirildiği araştırmada ise deprem sonrası şizofreni tanılı hastaların sayısında anlamlı artış olduğu bildirilmiş ancak diğer tanılı hastaların sayısında anlamlı artış görülmediği rapor edilmiştir (12).

Literatürde görüldüğü üzere doğal afet sonrasında afetin ruhsal etkilerinin değerlendirildiği çeşitli araştırmalar mevcuttur. Biz de bu araştırmada 6 şubat depremleri sonrası Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde psikiyatri konsultasyonu istenmiş hastaların klinik ve sosyodemografik verilerini inceleyerek erken dönemde depremin ruhsal etkilerini değerlendirmeyi hedefledik. Araştırmamızın depremin ruh sağlığı üzerine etkileri konusunda literatüre katkı sağlayacağı, bu hususta yapılacak ileri çalışmalara ışık tutacağı kanaatindeyiz.

Yöntem

Araştırma 06.02.23-08.03.23 tarihleri arasında Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği' nde gerçekleştirilmiştir. Yatan hasta servisinden ve acil servisten istenmiş psikiyatri konsultasyonları sistem üzerinden retrospektif incelenmiş, hastaların yaş, cinsiyet, psikiyatrik tanı, psikiyatrik hastalık öyküsü, servisi gibi klinik ve sosyodemografik verileri kaydedilmiştir. Tanımlayıcı istatistiksel analiz uygulanmış, analiz için SPSS versiyon 22.0 programı kullanılmıştır. Araştırma Helsinki Protokolüne uygun olarak yapılmıştır.

Bulgular

Yapılan inceleme neticesinde 06.02.23-08.03.23 tarihleri arasında 51 hasta için psikiyatri konsültasyonu istendiği tespit edildi. Hastaların 26'sı (%51) erkek, 25'i (%49) kadındı. Yaşları 45 (18-92) idi. Hastaların 34'ü (%66.7) için acil servisten, 17'si (%33.38) için ise yatan hasta servislerinden konsultasyon istenmişti. Yatan hastaların 9'u dahiliye servisinde, 5'i yoğun bakım ünitesinde, 2'si ortopedi servisinde, 1'i ise göğüs hastalıkları servisinde tedavi edilmekte idi.

En sık konulan tanı psikotik atak (% 23.5), ikinci sırada ise akut stres tepkisi (%11,8) idi. Yatan hasta konsultasyonları içerisinde en sık konulan tanı deliryum (%29.4) idi. Hastaların 42'sinde (%82.4) daha önce psikiyatrik hastalık öyküsü mevcuttu. Hastaların klinik ve sosyodemografik verilerine Tablo 1'de yer verilmiştir.

Tablo 1. Hastaların klinik ve sosyodemografik verileri

	Median	*Min-Maks*
Yaş	45	18-92
	n	%
Cinsiyet		
Kadın	25	49
Erkek	26	51
Konsultasyon İstenen Birim		
Acil servis	34	66.7
Dahiliye servisi	9	17.6
Ortopedi servisi	2	3.9
Göğüs hastalıkları servisi	1	2.0
Yoğun Bakım Ünitesi	5	9.8
Fiziksel hastalık tanısı		
Acil hastası	34	66.7
Koroner arter hastalığı	1	2.0
Ekstremite fraktürü	2	3.9
Alkol/ilaç intoksikasyonu	4	7.8
Sepsis	1	2.0
Akut böbrek yetmezliği	3	5.9
Pankreatit	2	3.9
Pnömoni	4	7.8
Psikiyatrik hastalık tanısı		
Deliryum	5	9.8
Bipolar bozukluk manik atak	3	5.9
Alkol-madde bağımlılığı	4	7.8
Akut stres tepkisi	6	11.8
Psikotik atak	12	23.5
Yas	4	7.8
Konversiyon bozukluğu	1	2.0
Anksiyete bozukluğu	5	9.8
Genel psikiyatrik muayene	2	3.9
Psikotik bozukluk (remisyonda)	4	7.8
Obsesif kompulsif bozukluk	1	2.0
Demans	2	3.9
Depresyon	2	3.9
Psikiyatrik hastalık öyküsü		
Var	42	82.4
Yok	9	17.6
Konsultasyon sonrası psikiyatri poliklinik başvurusu		
Var	4	7.8
Yok	47	92.2
Konsultasyon neticesi		
Acilden taburcu	25	49.0
Acilden sevk	9	17.6
Servis hastası	17	33.3

Tartışma

Araştırmamızın en önemli bulgusu, psikiyatri konsültasyonu istenen hastalarda en sık psikotik atak tanısının konulmuş olmasıdır. Literatürde psikotik bozuklukların başlamasının stres ve hipokampal değişikliklerle ilişkili olabileceğine yönelik çok sayıda araştırma vardır (13). Psikososyal stresin, şizofrenide semptomların başlangıcında ya da ataklar öncesinde etkili olduğu bildirilmiştir (14). Horan ve ark.'nın, deprem sonrasında şizofreni, bipolar bozukluk ve sağlıklı kontrolleri stres ve baş etme mekanizmaları açısından değerlendirdiği araştırmada, hasta grubunda kontrol grubuna göre Olayların Etkisi Ölçeği'nde daha yüksek kaçınma puanının olduğunu bildirmiş, ayrıca şizofreni grubunun diğer gruplara göre daha düşük başa çıkma, benlik saygısı ve sosyal destek bildirdiği rapor edilmiştir (15). Aoki ve ark., şizofreni tanılı hastaların depreme daha duyarlı olduğunu vurgulamıştır (12). Başka bir araştırma, Japonya depremi sonrasında şizofreni hastalarının ruh sağlığı hizmetlerine erişiminde aksaklıklar ve yaşam ortamlarında oluşan ciddi değişiklikler nedeniyle akut alevlenmeler yaşadığını bildirmiştir (16). Pollice ve ark. ise yürüttüğü araştırmada, depremin, ilk epizot psikozlu hastalarda bilişsel fonksiyonlar ve pozitif semptomlarda olumsuz etkisinin olduğunu bildirmiş, ancak aynı etkinin kronik psikozlu hastalarda görülmediğine dikkat çekmiştir (17). Araştırmamızın bu sonucu depremin psikotik hastalıkları alevlendirebileceğine yönelik önceki çalışma sonuçlarıyla uyumludur. Depremin oluşturduğu stres yükü ile birlikte hastaların yaşam alanında meydana gelen değişiklikler, sağlık hizmetlerine erişimdeki sorunlar, kullanılan medikal tedavilerdeki aksamalar, bireyin kişilik özellikleri vb çok sayıda değişken bu sonucu etkilemiş olabilir. Kayıtlardan elde edilen veriler nedeniyle psikotik atağa yönelik detaylı bilgi elde edilememiş olması araştırmamızın bir kısıtlılığıdır.

Araştırmamızın sonuçlarında hastalara ikinci sırada konulan tanı akut stres tepkisi idi. Ehring ve ark., Pakistan'da yaptığı araştırmada depremde kurtarma faaliyetlerinde çalışanlarda %42.6 oranında TSSB bildirmiştir (18). Ülkemizde Van depremi sonrasında deprem mağdurlarında %35.5 oranında TSSB rapor edilmiştir (19). Araştırmamızın deprem sonrası henüz 1 aylık süreçte yapılmış olması bu hususta ileri yorumlar yapmamızı engellemiştir. Ancak sonuçlarımızdan yola çıkarak akut stres tepkisi tanısı konulan hastaların ileri dönemde TSSB geliştirmesi açısından risk altında olduğu söylenebilir. Literatürdeki araştırma sonuçlarında deprem sonrası TSSB' ye anksiyete ve depresyonun eşlik edebileceği bildirilmiştir. Marthoenis ve ark.' nın yaptığı araştırmada depremden 6 ay sonra değerlendirilmiş ergenlerin %58' inde TSSB, %16' sında depresyon, %32' sinde anksiyete belirtilerinin görüldüğü bildirilmiştir. TSSB, depresyon ve anksiyete arasında anlamlı ilişki olduğuna dikkat çekilmiştir (20). Araştırmamızın sonuçlarında önceki çalışma sonuçlarına paralel şekilde psikiyatri konsültasyonları içerisinde önemli oranda anksiyete bozukluğu tanısının olduğu görülmüştür.

Araştırmamızın bir diğer bulgusu yatan hasta konsültasyonlarında en sık konulan tanının deliryum olmasıdır. Deliryum, bilinç değişikliğine ilave aldı, dikkat, bellek, düşünce, hareket, duygu-durum ve uyku-uyanıklık bozukluklarının eşlik ettiği, özgül olmayan organik beyin sendromudur. Beyin hasarı, demans, sıvı-elektrolit bozuklukları, dehidratasyon, kc-böbrek yetmezliği, akciğer enfeksiyonları, solunum ve dolaşım yetmezliği, ortopedik kırıklar, cerrahi öyküsü gibi alta yatan organik patolojilere bağlı ortaya çıkar (21). Deprem nedeniyle oluşabilecek patolojiler (akut böbrek yetmezliği, elektrolit imbalansı, ekstremite kırıkları vb.), deliryuma neden olabilecek etkenleri presipite ederek yatan hastaların deliryuma daha kolay girmesine sebep olmuş olabilir.

Araştırmamızın diğer bulgusu psikiyatri konsültasyonu istenmiş hastaların büyük çoğunluğunda psikiyatrik hastalık öyküsünün bulunmasıdır. Depremin psikolojik etkileri psikiyatrik hastalık öyküsü olan veya daha önce ruhsal travma öyküsü olan bireylerde daha şiddetli olabilir (7,9). Araştırmamızın bu sonucu önceki çalışma sonuçları ile uyumludur.

Araştırmamızın sonuçlarında konsültasyon istenmiş hastaların büyük oranda psikiyatri poliklinik kontrolüne gelmediği tespit edilmiştir. Bu durumu etkileyen çok sayıda faktör olabilir. Araştırmanın yapıldığı dönemde rutin çalışma programına henüz geçilmemiş olması nedeniyle polikliniklerin kapalı olması, hastaların hali hazırda yatarak tedavilerinin devam ediyor olması, hastaların şehir dışına çıkmış olmaları ya da farklı merkeze kontrole gitmiş olmaları gibi çok sayıda değişken bu sonucu etkilemiş olabilir.

Araştırmamızın güçlü yanları, ülkemizde depremin erken dönemde ruhsal etkilerini değerlendiren kısıtlı sayıda çalışma yapılmış olmasıdır. Tek merkezli yapılmış olması, örneklem azlığı, retrospektif dizaynı gereği kayıtlardan elde edilen sınırlı veri ile analiz yapılmış olması araştırmanın kısıtlılıkları arasında yer alır.

Deprem gibi travmatik yaşantılar bireylerin başa çıkma mekanizmalarını zorlayarak psikiyatrik hastalıkların ortaya çıkmasına ve hali hazırdaki ruhsal bozuklukların alevlenmesine neden olabilir. Deprem sonrası ruhsal sorunların uzun süre devam edebileceği göz önüne alınırsa erken dönemdeki terapötik yaklaşımların kronisite gelişmesi üzerine önleyici etkileri önemli olabilir. Bu hususta afet psikiyatrisi üzerine toplum tabanlı çalışmaların yapılması, temel sağlık politikalarının geliştirilmesi gerektiği kanaatindeyiz.

Kaynaklar

1. Kardaş F, Tanhan F. Van depremini yaşayan üniversite öğrencilerinin travma sonrası stres, travma sonrası büyüme ve umutsuzluk düzeylerinin incelenmesi. Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi. 2018;15(1):1-36.
2. Türksoy N. In: TM A, E Ö, editors. Psikolojik travma ve sonuçları. 1. İstanbul: 5US Yayınları; 2003. p. 9-21.
3. Javidi H, Yadollahie M. Post-traumatic stress disorder. The International Journal of Occupational and Environmental Medicine. 2012;2012(3):2-9.
4. Cansel N, Ucuz İ. Post-traumatic stress and associated factors among healthcare workers in the early stage following the 2020 Malatya-Elazığ earthquake. Konuralp Medical Journal. 2022;14(1):81-91.
5. Saçaklıoğlu F, Sarıkaya Ö. Olağandışı Durumlarla İlgili Temel Kavramlar Olağandışı Durumlarda Sağlık Hizmetleri. Sağlık Çalışanının El Kitabı. 2002:11-20.
6. Galea S, Nandi A, Vlahov D. The epidemiology of post-traumatic stress disorder after disasters. Epidemiologic Reviews. 2005;27(1):78-91.
7. Sönmez MB. Depremin psikolojik etkileri, psikolojik destek ve korkuyla baş etme. TOTBİD Dergisi.2022(21):337-43.
8. Altınöz A, Kaptanoğlu C. İnsan kaynaklı kitlesel travmatik olaylar ardından gelişen ruhsal durumlar ve bozukluklar. Psikiyatride Güncel. 2018;8(1):1-8.
9. Bromet EJ, Atwoli L, Kawakami N, Navarro-Mateu F, Piotrowski P, King A, et al. Post-traumatic stress disorder associated with natural and human-made disasters in the World Mental Health Surveys. Psychological Medicine. 2017;47(2):227-41.
10. Chou FH-C, Su TT-P, Chou P, Ou-Yang W-C, Lu M-K, Chien I-C. Survey of psychiatric disorders in a Taiwanese village population six months after a major earthquake. Journal of the Formosan Medical Association. 2005;104(5):308-17.
11. Ayub M, Saeed K, Kingdon D, Naeem F. Rate and predictors of psychotic symptoms after Kashmir earthquake. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 2015;265(6):471-81.
12. Aoki A, Aoki Y, Harima H. The impact of the Great East Japan earthquake on mandatory psychiatric emergency hospitalizations in Tokyo: a retrospective observational study. Translational Psychiatry. 2012;2(10):e168-e.
13. Phillips LJ, McGorry PD, Garner B, Thompson KN, Pantelis C, Wood SJ, et al. Stress, the hippocampus and the hypothalamic-pituitary-adrenal axis: implications for the development of psychotic disorders. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry. 2006;40(9):725-41.
14. Tessner KD, Mittal V, Walker EF. Longitudinal study of stressful life events and daily stressors among adolescents at high risk for psychotic disorders. Schizophrenia Bulletin. 2011;37(2):432-41.
15. Horan WP, Ventura J, Mintz J, Kopelowicz A, Wirshing D, Christian-Herman J, et al. Stress and coping responses to a natural disaster in people with schizophrenia. Psychiatry Research. 2007;151(1-2):77-86.
16. Matsumoto K, Shirasawa H, Iwadate T, Hara K, Kodama M, Rengi S, et al. Challenges faced by psychiatric services in Miyagi Prefecture after the Great East Japan Earthquake. Psychiatria et Neurologia Japonica. 2013;115(5):492-8.
17. Pollice R, Bianchini V, di Mauro S, Mazza M, Verni L, Roncone R, et al. Cognitive function and clinical symptoms in first episode psychosis and chronic schizophrenia before and after the 2009 L'Aquila earthquake. Early Intervention in Psychiatry. 2012;6(2):153-8.
18. Ehring T, Razik S, Emmelkamp PM. Prevalence and predictors of posttraumatic stress disorder, anxiety, depression, and burnout in Pakistani earthquake recovery workers. Psychiatry Research. 2011;185(1-2):161-6.
19. Boztas MH, Aker AT, Munir K, Çelik F, Aydın A, Karasu U, et al. 2011 yılı Van-Erciş depremi sonrası yetişkinlerde travma sonrası stres bozukluğu. Klinik Psikiyatri Dergisi.22(4):380-8.
20. Marthoenis M, Ilyas A, Sofyan H, Schouler-Ocak M. Prevalence, comorbidity and predictors of post-traumatic stress disorder, depression, and anxiety in adolescents following an earthquake. Asian Journal of Psychiatry. 2019;43:154-9.
21. Dönmez MC, Gündoğar D, Demirci S. Deliryum: nedenleri ve klinik yaklaşım. Turkiye Klinikleri J Med Sci. 2007;27:718-24.

SS-34 Diğer

PROBLEMLİ İNTERNET KULLANIMI İLE BELİRSİZLİĞE TAHAMMÜLSÜZLÜK ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Yavuz Yılmaz

Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Sivas

Giriş

İnternet kullanımı 2000-2021 yılları arasında %1331 artarak 4.66 milyar kullanıcıya ulaşmıştır. Bu sayı dünya nüfusunun %60'ına denk gelmektedir (1,2). İnternetin iletişim konusunda hayatımıza kattığı kolaylıklar, bilgiye ulaşım, eğlence amaçlı kullanımı, uzaktan çalışma olanağı sağlaması gibi yararları insanların internet teknolojisini daha sık kullanmasına neden olmaktadır (3). Bununla birlikte, bu teknolojinin aşırı ve kontrolsüz kullanımı, bireyin hayatında psikolojik, sosyal, eğitimsel ve/veya mesleki zorluklara neden olan ve problemli internet kullanımı (PİK) olarak adlandırılan duruma yol açabilir (4). İnternetin problematik şekilde kullanımının isimlendirilmesinde fikir birliği oluşturulamamıştır. Literatürde "İnternet Bağımlılığı", "Patolojik İnternet Kullanımı", "Problemli İnternet Kullanımı", "Kompulsif İnternet Kullanımı" "Aşırı İnternet Kullanımı" terimleri kullanılmaktadır (5). Young, İnternet bağımlılığı olanlarda davranışsal dürtü kontrol bozukluğunun bulunması ve bu bozukluğun kimyasal madde alımını içermemesi nedeniyle en çok "Patolojik Kumar Oynama" ile benzeştiğini düşünerek, DSM-IV'teki "Patolojik Kumar Oynama" ölçütlerini yorumlayarak, sekiz maddelik internet bağımlılığı kriterlerini oluşturmuştur. Young'a göre, internet bağımlılığı tanısı koymak için bu sekiz kriterden en az beş ya da daha fazlasının karşılanması yeterlidir (6). DSM-5'te (7) veya ICD-11'de (8) bağımlılık yapan bir bozukluk olarak kabul edilmediğinden, önemli sayıda yazar daha uygun olarak Problemli İnternet Kullanımı'nın kullanılmasını önermektedir (9,10).

İnsanlar, günlük yaşamlarında farklı türlerde belirsiz durumlarla karşılaşmaktadır. Belirsizliğin farklı türleri ve boyutları olmasına ek olarak kişilerin de belirsizliğe ilişkin tepkileri farklılık göstermektedir. Belirsizlikten kaçınma hali tahmin edilemez ve belirsizliklerin fazlaca olduğu dünyada gerçekdışı bir beklenti olacaktır. Kişilerin belirsiz durumlarda tehdit altında hissetmesi ve duygusal uyarılmışlık hali belirsizliğe tahammülsüzlük olarak tanımlamıştır. Belirsizliğe tahammülsüzlük kavramı son yıllarda yapılan araştırmalarda anksiyete kavramıyla beraber değerlendirilmiştir (11). Yine belirsizliğe tahammülsüzlük hem kadın hem erkeklerde ve farklı etnik kökene sahip bireylerde görülebilen evrensel bir kavramdır (12).

Ulaşabildiğimiz veri tabanlarına bakıldığı zaman belirsizliğe tahammülsüzlüğün birçok farklı tablo ile ilişkisinin incelendiği ancak problemli internet kullanımı ile ilişkisinin incelenmediği görülmektedir. Bu noktadan hareketle çalışmamızda problemli internet kullanımı ile belirsizliğe tahammülsüzlük arasında bir ilişki olup olmadığını incelemeyi amaçladık.

Yöntem

Çalışmaya 156 üniversite öğrencisi dahil edilmiştir. Analizlerde araştırmacılar tarafından hazırlanmış demografik bilgi formu, Problemli İnternet Kullanımı Ölçeği ve Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği kullanılmıştır.

Kişisel Bilgi Formu: Araştırmacılar tarafından literatür bilgisi dikkate alınarak oluşturulmuştur ve katılımcılar tarafından doldurulmuştur. Formda sosyodemografik veriler (yaş, cinsiyet, sınıfı, kardeş sayısı, başarı durumu, aile yapısı, kalınan yer gibi) ve sosyal medya üyeliği, internet kullanım amacı, günlük internet kullanım süresi, günlük akıllı telefon kullanım süresi, sosyal medya kullanım amacı gibi sorular yer almaktadır.

Problemli İnternet Kullanımı Ölçeği (PİKÖ): Ölçek, ilk olarak Ceyhan ve arkadaşları (13) tarafından üniversite öğrencilerinin problemli internet kullanım düzeylerini ölçmek üzere geliştirilmiştir. Ölçek, internet kullanımının yoğunluğunun normalden patolojiye kadar uzanan şekilde değişebildiği sayıltısından hareketle boyutsal bir ölçek olarak geliştirilmiştir. Bu çerçevede, ölçek puanlarının yüksekliği bireylerin internet kullanımlarının problemli hale geldiğini, yaşamlarını olumsuz bir biçimde etkilediğini ve internet bağımlılığına yatkınlık oluşturabileceğini ifade etmektedir. Bu nedenle ölçek bireylerin problemli internet kullanım düzeylerini ölçmekte olup, "internet bağımlılığı" tanısı koymak amacıyla kullanılması söz konusu değildir.

Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği: Carleton ve arkadaşları (14) tarafından geliştirilen beşli Likert tipinde toplam 12 maddeden oluşan bir ölçektir. Ölçekte ters puanlanan madde bulunmamaktadır. Ölçeğin Türkçe'ye uyarlaması Sarıçam ve arkadaşları (15) tarafından yapılmıştır. Ölçekten alınacak puan 12-60 arasında değişmektedir. Yüksek puan alınması belirsizliğe tahammülsüzlüğün yüksek olduğunu göstermektedir.

Etik Beyan

Çalışmaya dahil edilen tüm katılımcılar araştırmacılar tarafından bilgilendirildikten sonra sözlü ve yazılı olarak onay formu alınmıştır. Bu çalışmanın etik kurul onayı Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Etik Kurulundan (2023-02/23) alınmıştır.

Bulgular

Yapılan çalışmaya 100 kadın (%64,1) ve 56 erkek (%35,9) olmak üzere toplam 156 kişi katılmıştır. 1. sınıf öğrencisi 34 kişi (%21,8), 2. sınıf öğrencisi 14 kişi (%9,0), 3. sınıf öğrencisi 4 kişi (%2,6), 4. sınıf öğrencisi 42 kişi (%26,9), 5. sınıf öğrencisi 46 kişi (%29,5) ve 6. sınıf öğrencisi 16 kişi (%10,3) bulunmaktadır. Akademik başarısını başarısız olarak belirten 16 kişiye (%10,3) karşın 96 kişi (%61,5) orta olarak ve 44 kişi (%28,2) başarılı olarak belirtmiştir. Katılımcıların yaşı 18-44 yaş aralığında ($\bar{x}$=23,04±3,33), kullanılan sosyal medya sayısı 1-8 adet aralığında ($\bar{x}$=3,96±1,79) ve gün içerisinde sosyal medyaya ayrılan süre 1-10 saat aralığında ($\bar{x}$ =4,48±1,88) hesaplanmıştır. Katılımcılara ait demografik bilgiler Tablo 1 ve Tablo 2'de verilmiştir.

Tablo 1. Katılımcıların demografik bilgileri için sayı ve yüzde dağılımı

Değişken	*Kategori*	*n*	*%*
Cinsiyet	Kadın	100	64,1
	Erkek	56	35,9
Sınıf	1. Sınıf	34	21,8
	2. Sınıf	14	9,0
	3. Sınıf	4	2,6
	4. Sınıf	42	26,9
	5. Sınıf	46	29,5
	6. Sınıf	16	10,3
Akademik başarı	Başarısız	16	10,3
	Orta	96	61,5
	Başarılı	44	28,2

Tablo 2. Açık uçlu demografik bilgiler için betimleyici tablo

Ölçekler	*Min*	*Max*	*$\bar{x}$*	*ss*
Yaş	18	44	23,04	3,33
Kullanılan sosyal medya programları	1	8	3,96	1,79
Günlük sosyal medya kullanım süresi (saat)	1	10	4,48	1,88

Yapılan Pearson Korelasyon Analizi sonucunda Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği toplam puanı ile Problemli İnternet Kullanım Ölçeği toplam puanı arasında (r=0,420; p<001), aşırı kullanım boyutu toplam puanı arasında (r=0,444; p<001), sosyal fayda/sosyal rahatlık boyutu toplam puanı arasında (r=0,379; p<001) ve internetin olumsuz sonuçları boyutu toplam puanı arasında (r=0,358; p<001) pozitif yönde, orta düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler bulunmuştur (Tablo 3).

Tablo 3. Problemli İnternet Kullanımı ile Belirsizliğe Tahammülsüzlük Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi

	Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği
Problemli İnternet Kullanım Ölçeği	0,420*
Aşırı kullanım	0,444*
Sosyal fayda*/Sosyal rahatlık	0,379*
İnternetin olumsuz sonuçları	0,358*
*p<0,001	

Tartışma

Yapılan çalışmalar PİK'nın gençlerin yaşamlarını olumsuz etkilediğini göstermektedir. PİK, kaygı ve depresyon, düşük benlik saygısı, düşük uyku kalitesi, aleksitimi, obezite riski, yüksek dürtüsellik ve sorunlu alkol tüketimi gibi hem zihinsel hem de fiziksel sağlıkla ilgili çok sayıda olumsuz değişkenle ilişkilendirilmiştir (16-22). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), PİK'nı önemli bir halk sağlığı sorunu ilan etmiş ve PİK'nı önlemek ve tedavi etmek için politikalar ve müdahaleler geliştirmek için gerekli bilgileri oluşturmak için bu sorunla ilgili uluslararası araştırmaları yoğunlaştırma ihtiyacını vurgulamıştır (23). PİK ile ilişkili çok sayıda değişkenin yanı sıra artan prevalansı, PİK için hem potansiyel risk faktörlerinin hem de koruyucu faktörlerin araştırılmasını gerekli kılmaktadır.

Belirsizliğe tahammülsüzlük, genel olarak genelleşmiş anksiyete bozukluğu, obsesif-kompulsif bozukluk ve sosyal anksiyete gibi anksiyete ile ilişkili bozukluklar olmak üzere çeşitli psikopatoloji türleri için bir savunmasızlık faktörü olarak kavramsallaştırılmıştır (24,25). Olumsuz olayların olma olasılığı ve bu tür olayları tahmin edememe kavramı, bazı kişilerin tüm belirsiz bilgileri tehdit edici olarak yorumlamalarına neden olabilir. Bu tür yorumlama, somatik stres reaksiyonları ve problem çözme becerilerinde bozulma ile ilişkilidir ve potansiyel olarak belirsiz durum ve olaylardan kaçınmaya yol açar. Bu davranış kişinin günlük yaşam işleyişini önemli ölçüde bozabilir. Belirsizliğe tahammülsüzlük, problemli internet kullanımı ile ilgili olarak incelenmemiştir, ancak yeme bozuklukları ve alkol tüketimi gibi diğer problemli davranışlarla ilişkili bulunmuştur (26,27). Belirsizliğe tahammülü daha yüksek olan kişiler, olumsuz duygularla başa çıkmak ve sosyal gruplara uyum sağlamak için daha fazla alkol tüketme eğilimindedir (26). Yapılan bir meta analizde, bireylerin zamanla belirsizliğe tahammülsüzlük düzeylerinin arttığını ve bununda artan cep telefonu kullanımı ve artan internet kullanımı ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (28).

Sonuç olarak, PİK son yıllarda özellikle ergenler ve gençler arasında önemli bir sorun haline gelmiştir. Sonuçları itibari ile artan psikososyal sorunlar ve fiziksel sağlık sorunları ile ilişkilidir. Bu nedenle hangi risk faktörleri ile ilişkili olduğu ve hangi koruyucu faktörlerin önemli olduğu konusunda yapılacak araştırmaların oldukça önemli olduğunu düşünmekteyiz. Yapılacak çalışmalardan elde edilecek veriler PİK önlenmesi, tedavisi ve bu durumdan muzdarip insanlara nasıl yardım edileceği konusunda önemli bilgiler sağlayacaktır.

Kaynaklar

1. Miniwatts Marketing Group Internet World Stats: Usage and Population Statistics. [(accessed on 25 October 2022)]. Available Statista Research Department Global Digital Population as of January 2021. [(accessed on 25 October 2022)]. Available online: https://www.statista.com/statistics/617136/digital-population-worldwide/ online: https://www.intenetworldstats.com/stats.htm
2. Brooks S., Wang X., Schneider C. Technology Addictions and Technostress: An Examination of the U.S. and China. J. Organ. End User Comput. 2020;32:1–19.
3. Beard K.W., Wolf E.M. Modification in the Proposed Diagnostic Criteria for Internet Addiction. Cyberpsychol. Behav. 2001;4:377–383.
4. M. Mihajlov and L. Vejmelka, "Internet addiction: A review of the first twenty years," Psychiatr. Danub., vol. 29, no. 3, pp. 260–272, 2017.
5. K. S. Young, "Internet addiction: The emergence of a new clinical disorder," Cyberpsychology Behav., vol. 1, no. 3, pp. 237–244, 1998.
6. American Psychiatric Association . In: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5. 5th ed. American Psychiatric Association , editor. American Psychiatric Association; Washington, DC, USA: 2013.
7. World Health Organization International Classification of Diseases 11th Revision (ICD-11) [(accessed on 27 October 2022)]. Available online: https://icd.who.int/
8. Kardefelt-Winther D. Conceptualizing Internet Use Disorders: Addiction or Coping Process?: Conceptualizing Internet Use Disorders. Psychiatry Clin. Neurosci. 2017;71:459–466.
9. Spada M.M. An Overview of Problematic Internet Use. Addict. Behav. 2014;39:3–6.
10. Dugas, M. J., Buhr, K., ve Ladouceur, R. (2004). The role of intolerance of uncertainty in etiology and maintenance. In R. G. Heimberg, C. L. Turk, ve D. S. Mennin (Eds.), Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice (pp. 143-163). New York: Guilford Press
11. Norton, P. J., ve Mehta, P. D. (2007). Hierarchical model of vulnerabilities for emotional disorders. Cognitive Behaviour Therapy, 36, 240–254
12. Ceyhan E, Ceyhan AA, Gürcan A (2007) Problemli İnternet Kullanımı Ölçeği'nin geçerlik ve güvenirlik çalışmaları. Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimleri Dergisi 7: 387-416.
13. Carleton RN, Norton MA, Asmundson GJ. Fearing the unknown: a short version of the Intolerance of Uncertainty Scale. J Anxiety Disord 2007; 21: 105-117.
14. Sarıçam H, Erguvan FM, Akın A, Akça MŞ. The Turkish short version of the intolerance of uncertainty (IUS-12) scale: The study of validity and reliability. Route Educational and Social Science Journal. 2014; 1: 148-157.
15. Li G., Hou G., Yang D., Jian H., Wang W. Relationship between Anxiety, Depression, Sex, Obesity, and Internet Addiction in Chinese Adolescents: A Short-Term Longitudinal Study. Addict. Behav. 2019;90:421–427.
16. Mo P.K., Chan V.W., Wang X., Lau J.T. Gender difference in the association between internet addiction, self-esteem and academic aspirations among adolescents: A structural equation modelling. Comput. Educ. 2020;155:103921.
17. Alimoradi Z., Lin C.-Y., Broström A., Bülow P.H., Bajalan Z., Griffiths M.D., Ohayon M.M., Pakpour A.H. Internet Addiction and Sleep Problems: A Systematic Review and Meta-Analysis. Sleep Med. Rev. 2019;47:51–61.
18. Hidalgo-Fuentes S. Uso Problemático de Internet y Alexitimia: Un Meta-Análisis. Apunt. Univ. 2022;12:162–180.
19. Aghasi M., Matinfar A., Golzarand M., Salari-Moghaddam A., Ebrahimpour-Koujan S. Internet Use in Relation to Overweight and Obesity: A Systematic Review and Meta-Analysis of Cross-Sectional Studies. Adv. Nutr. 2020;11:nmz073.
20. Gecaite-Stonciene J., Saudargiene A., Pranckeviciene A., Liaugaudaite V., Griskova-Bulanova I., Simkute D., Naginiene R., Dainauskas L.L., Ceidaite G., Burkauskas J. Impulsivity Mediates Associations Between Problematic Internet Use, Anxiety, and Depressive Symptoms in Students: A Cross-Sectional COVID-19 Study. Front. Psychiatry. 2021;12:634464.
21. Ramón-Arbués E., Granada-López J.M., Martínez-Abadía B., Echániz-Serrano E., Antón-Solanas I., Nash M. Prevalence and Factors Associated with Problematic Internet Use in a Population of Spanish University Students. Int. J. Environ. Res. Public Health. 2021;18:7620.
22. World Health Organization . Public Health Implications of Excessive Use of the Internet, Computers, Smartphones and Similar Electronic Devices: Meeting Report. Main Meeting Hall, Foundation for Promotion of Cancer Research, National Cancer Research Centre; Tokyo, Japan: 2015.
23. R.N. Carleton, K.C. Collimore, G.J. Asmundson "It's not just the judgements--it's that I don't know": Intolerance of uncertainty as a predictor of social anxiety. Journal of Anxiety Disorders, 24 (2) (2010), pp. 189-195
24. D.F. Tolin, J.S. Abramowitz, B.D. Brigidi, E.B. Foa. Intolerance of uncertainty in obsessive-compulsive disorder. Journal of Anxiety Disorders, 17 (2) (2003), pp. 233-242,
25. K.M. Kraemer, A.C. McLeish, E.M. O'Bryan. The role of intolerance of uncertainty in terms of alcohol use motives among college students. Addictive Behaviors, 42 (2015), pp. 162-166,
26. V. Renjan, P.M. McEvoy, A.K. Handley, A. Fursland. Stomaching uncertainty: Relationships among intolerance of uncertainty, eating disorder pathology, and comorbid emotional symptoms. Journal of Anxiety Disorders, 41 (2016), pp. 88-95.
27. R.N. Carleton, G. Desgagne, R. Krakauer, R.Y. Hong. Increasing intolerance of uncertainty over time: The potential influence of increasing connectivity. Cognitive Behaviour Therapy (2018), pp. 1-16

SS-37 Uyku

ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE AKŞAMCIL KRONOTİPİNİN İNTERNET BAĞIMLILIĞI ÜZERİNE OLAN ETKİSİ: DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU SEMPTOMLARININ ARACI ROLÜ

Fethiye Kılıçaslan[1], Büşra Bakırcı[2], Fatma Kızıldağ[3], Mevlüde Polat[4], Hülya Karataş[5]

[1]*Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Şanlıurfa*
[2]*Mehmet Akif İnan Eğitim Araştırma Hastanesi, Ruh Sağlığı, Şanlıurfa*
[3]*Harran Üniversitesi, Psikoloji Bölümü, Şanlıurfa*
[4]*Harran Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, Ortodonti Anabilim Dalı, Şanlıurfa*
[5]*Harran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Şanlıurfa*

Amaç: İnternet bağımlılığı (İB) gelişimi açısından hem kronotipi hem de dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) belirtileri risk oluşturmaktadır (1-3). Bu çalışmanın amacı, üniversite öğrencilerinde kronotip ile İB arasındaki ilişkileri incelemek ve DEHB semptomlarının bu ilişki üzerindeki olası aracı etkilerini araştırmaktır.

Yöntem: Araştırmaya Harran Üniversitesi'nde 2020-2021 akademik yılı içerisinde öğrenim gören ve araştırmaya katılmak için yazılı onam veren öğrencilerin basit rasgele örnekleme yöntemi ile dâhil edilmesi planlanmıştır. Yapılan psikiyatrik değerlendirme sonrası aktif psikiyatrik hastalığı olan kişilerin dışlanması ile birlikte 314 öğrenci araştırmaya alınmıştır. Katılımcılara internet kullanım alışkanlıklarını da değerlendiren sosyodemografik veri formu, Sabahlılık - Akşamlılık Anketi(SAA), Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS) ve Young İnternet Bağımlılığı Testi-Kısa Form (YİBT-KF) uygulanmıştır. Veriler IBM SPSS V23 ile analiz edildi. Kategorik verilerin karşılaştırılmasında Pearson Ki-Kare Testi kullanıldı ve çoklu karşılaştırmalar Bonferroni Düzeltmeli Z Testi ile yapıldı. YİBT-KF puanına etki eden diğer ölçek puanlarının incelenmesinde Çoklu Lineer Regresyon Analizi kullanıldı. Akşamcı kronotipine sahip olanların YİBT-KF üzerindeki etkisinde SAÖ değişkeninin aracılık etkisi incelenirken SmartPLS 3 programı kullanılarak Kısmi En Küçük Kareler Yapısal Eşitlik modellemesi kullanıldı. Yapısal modelde etkilerinin incelenmesinde Bootstrap yöntemi esas alındı ve 5000 yeniden örneklem kullanıldı. Önem düzeyi $p<0,050$ olarak alındı.

Bulgular: Katılımcıların 182'si(%58,5) kadın ve yaş ortalaması21,47 ± 1,58 idi. Cinsiyetler arasında yaş açısından istatistiksel fark yoktu($p=0,284$). Akşamcıl kronotipe sahip bireylerin sabahçıl ve ara tip kronotipiye sahip bireylere kıyasla internette daha uzun süreler geçirdiği saptandı (x2:30,337; $p<0,001$). Aynı zamanda akşamcıl kronotipe sahip bireyler YİBT-KF'dan daha yüksek puan alırken(x2:18,406; $p<0,001$), ASRS toplam ve alt ölçek puanları da daha yüksek saptandı (x2:14,847; $p=0,001$). Akşamcıl kronotipinin internet bağımlılığını yordadığı bulundu ($\beta=0,122$; $p=0,020$). Ayrıca aracı değişken analizi sonuçlarına göre, Akşamcıl kronotipi ile internet bağımlılığı arasında DEHB belirtilerinin aracı rol oynadığı bulundu ($p=0,001$). Buna göre akşamcıl kronotipi DEHB belirtileri ile birlikte internet bağımlılığındaki değişimin %34,4'ünü açıklamaktadır.

Tartışma: Çalışmamız üniversite öğrencilerinde akşamcıl kronotipinin neden olduğu internet bağımlılığının spesifik sürecini detaylandırdı. İnternet bağımlılığının önlenmesinde ve tedavisinde bireylerin kronotipilerine ilişkin farklılıklar ele alınmalıdır.

Kaynaklar

1. Wang BQ, Yao NQ, Zhou X, Liu J, Lv ZT. The association between attention deficit/hyperactivity disorder and internet addiction: a systematic review and meta-analysis. BMC Psychiatry. 2017;17(1):260.
2. Zou H, Zhou H, Yan R, Yao Z, Lu Q. Chronotype, circadian rhythm, and psychiatric disorders: Recent evidence and potential mechanisms. Front Neurosci. 2022 Aug 10;16:811771.
3. Panagiotidi M, Overton P. The relationship between internet addiction, attention deficit hyperactivity symptoms and online activities in adults. Compr Psychiatry. 2018;87:7-11.

Anahtar Kelimeler: Kronotipi, İnternet Bağımlılığı, Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, Yapısal Eşitlik Modeli

EVALUATION OF THE RELATIONSHIP BETWEEN DISABILITY, COGNITIVE FUNCTIONS, AND INSIGHT IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA

Hatice Ayça Kaloğlu[1], Şerif Bora Nazlı[1]

[1]*Ankara Etlik City Hospital*

Introduction

The World Health Organization (WHO) states that more than 21 million individuals worldwide are affected by schizophrenia and have difficulties in areas such as problems in work life, independent living, social communication, and being connected, and due to these reasons, schizophrenia is a major cause of disability (1). Globally, schizophrenia is considered among the ten leading causes of disease-related disability (2). "Disability", which includes the sub-dimensions of bodily structure and functions, individual activities, and participation in society, can be roughly defined as "a person's inability to work due to physical and mental diseases". Mental disorders cause impaired functionality by definition, but not all mental disorders cause disability (3,4,5). The World Health Organization's International Classification of Functioning, Disability, and Health – ICF provides a unified and standardized language for the definition of health, functionality, and disability (6).

Although symptomatic remission was initially the target in the treatment of schizophrenia, the concept of recovery began to be discussed after the 2000s. The improvement involves the patient's ability to function normally at work, school, or in the community. In people with schizophrenia, even when the disease is mostly in remission, many areas of daily functions, including deficiencies in social, professional, and daily activities, are affected (7). While achieving remission in an individual with schizophrenia is a necessary step for recovery, achieving symptomatic remission is insufficient and does not mean that functionality has been completely restored. It is estimated that at least one-third of individuals with schizophrenia experience difficulties in adjusting to their psychosocial role, even if their psychotic symptoms are in remission (8). Schizophrenia is more than a clinical entity characterized by delusions, hallucinations, and aggression; it is a disorder that affects a large part of mental functions. Serious disability can be observed in patients due to its effects on thought structure and process, high cognitive functions, and emotional expression processes. It is known that disability in schizophrenia refers to not only impairments in mental functions but also impairments in various activities and areas of participation (9). A person diagnosed with schizophrenia may experience difficulties in family relationships and interpersonal interactions, or in obtaining and maintaining a job as well as inability due to impaired thought processes or disturbances in the perceptual domain. Today, the treatment of schizophrenia, beyond symptom remission, is aimed to lead a quality and normal life in the community in which individuals have minimal disability despite mental disorders.

Cognition, which is the ability to perceive, pay attention, and remember information correctly, is the concept that can be defined as the ability to identify and interpret social cues and enables us to understand what people are thinking and feeling; social cognition is a concept that needs to be emphasized in determining disability (1,10). Although cognitive functions and social cognition have long been overlooked, many authority figures now view them as an essential attribute of schizophrenia. This fact is well supported, given that the impairment of cognitive functions is present even before the onset of clinical symptoms. Research supports that cognitive deficits and executive dysfunctions can be used as markers in predicting the level of disability (11,12,13). Another concept, insight, which can be roughly defined as the capacity to understand an individual's problems and is linked to both prognosis and disability in people with schizophrenia, is just as important as cognitive function (14). Lack of insight affects 50 to 80% of schizophrenia patients (15). While diminished insight is associated with the clinical course and severity of the disease, greater psychosocial dysfunction, lower quality of life, increased need for involuntary treatments, and greater aggression, good insight is associated with better functionality, better social cohesion, and better working performance, and ultimately less disability (14). It has been emphasized in several studies, that higher insight will lead to greater adherence to treatment and will reduce disability (16,17).

Disability in schizophrenia remains quite limited in some patients; thereby, the person can maintain professional and social roles to a large extent. In some patients, disability is so pronounced that the person may need support and care. Understanding the reasons for the vast variations of disability in people with the same diagnosis will be beneficial in developing therapeutic interventions to preserve functionality. This research aims to examine the clinical characteristics, demographic data, cognitive functions, and levels of insight of the patients, which are thought to be related to disability in schizophrenia patients, and to determine which variable will guide the clinician to predict the disability. Identifying the factors that are most associated

with a disability will allow the clinician to intervene early at the initial diagnosis, thus preserving functionality as much as possible.

Materials and Methods

Participants and Used Scales

After receiving the approval, with the decision date and number 21.03.2022 and 133/14, of the clinical research ethics committee from Diskapi Yildirim Beyazit Training and Research Hospital, individuals with schizophrenia, who consulted the outpatient clinic between April 2022 and December 2022 and were within the criteria of inclusion in the research, were included in the research. A total of 102 individuals with schizophrenia were included in the research, and these individuals, who were followed up in our clinic and were diagnosed with schizophrenia according to the DSM-5 criteria, sociodemographic form, Beck cognitive insight scale, Social functionality scale, World Health Organization disability scale 2.0, Positive and negative symptom scale (PANSS), Calgary depression scale were applied, and five sections of the Tracing test A and B and Stroop TBAG were also applied.

Discussion

Knowing the predictors of disability due to schizophrenia is very important for the prognosis of the disease. Addressing the factors associated with disability in the early stages of the disease and making necessary interventions may reduce disability. This research, designed to determine the predictors of disability in schizophrenia patients, evaluated the demographic and clinical characteristics, disease severity, cognitive insight levels, cognitive functions, and social functioning based on the self-report of 102 schizophrenia patients. The regression analysis determined that high income, increased education level, and fewer hospitalization variables had significant and negative effects ($p<0.05$) on the WHODAS overall score and explained 20.8% of the variance in the WHODAS overall score. The duration of trail-making test form A, PANNS total score, and Stroop 3 duration variables had significant positive effects ($p<0.05$) on the WHODAS overall score and explained 49.3% of the total variance. It was determined that there was a significant and negative ($p<0.05$) relationship between the Beck cognitive insight scale combined index score and WHODAS. Increased level of education, higher income, and higher cognitive insight was found to be associated with less disability. Increased severity of disease and some deterioration in the cognitive field and more frequent hospitalization were found to be related with high disability.

In our research, the increase in the Beck cognitive insight score was found to be correlated with higher social functionality. Both high social functioning and increased insight were associated with lower disability. The relationship between schizophrenia and cognitive insight is a subject that has been studied extensively in recent years. Insight is a crucial factor in the determination of functional outcomes in schizophrenia (18). In this research, impairment in cognitive functions was associated with greater disability. This relationship is shown both by the completion and error counts of the trail-making forms A and B and by the completion time of the five factors of the Stroop test and the number of errors made. In this context, it can be concluded that deterioration in many metacognitive functions such as selective attention, cognitive processing speed, completing the task under disruptive influence, suppressing inappropriate stimuli, visual scanning, switching sets, and tracking succession affect impairment. In our research, although the relationship between the duration of completion of the trail-making test form A and the duration of Stroop test 3 with disability seemed to be more significant, it was seen that the deterioration was correlated with disability in all cognitive tests. As in our study, executive dysfunction has been previously shown to be associated with low cognitive insight (19). More cognitive impairments have been reported to be associated with poor functionality and insight (20). Some researchers argue that the relationship between executive functions and insight in patients, may be due to common neurobiological foundations (21). Similar to our study, in a study conducted by Escobedo-Adeo et al., evaluating the general functionality level, disability, and their predictors in 77 schizophrenia patients, being younger, working, better pre-morbid adjustment, lower disease severity, better cognitive performance, higher cognitive and clinical insight levels were associated with higher functionality level and less disability in schizophrenia patients. The relationship between the deterioration in cognitive functions and the deterioration in psychosocial functionality is also demonstrated in our study. Cognitive impairment, which is also present at the onset of the disease, may directly affect functionality. Also, insight may remain diminished in the patient due to impairments in higher cognitive functions such as executive functions and judgment. Since diminished insight will cause diminished adherence to treatment, it can be stated that cognitive impairment indirectly causes deterioration and disability in psychosocial functioning. It is not yet fully understood in which area the deficiency and deterioration trigger the deterioration in other areas. Further research is required in this area.

In our study, there was no significant relationship between the self-reported social functionality measurements of patients and predicting their disability. In the literature, some studies found that subjective functionality reporting is the strongest predictor in assessing disability. (22). Moreover, evidence has begun to increase that not only neurocognitive processes but also social cognition are associated with disability due to schizophrenia in the current literature. A recent study has shown that different impairments in neurocognition and social cognition predict different areas of functionality in patients with schizophrenia (23). A previous study to identify the predictors of disability due to schizophrenia found that cognitive performance affected functionality through social cognition and insight. Social cognition has been shown to affect functionality through negative symptoms. As a result, it was concluded that both cognitive functions and social cognition have a negative effect on the functionality of the patient by causing a deterioration in negative symptoms and insight (24). This may be due to the fact taht the SFS is a quantitative self-report scale.

In short, in this study, in which we evaluated the predictors of disability in individuals with schizophrenia, level of education and income are among the predictors of disability, and disease severity seems to be more related to the impairment of cognitive functions. In conclusion, for clinicians, the issue of reducing disability in individuals with schizophrenia should be addressed from a broader perspective. Interventions and treatments that support the psychosocial functionality of patients should be planned rather than symptom-oriented treatment approaches. The interventions to be made before the deterioration of functionality will certainly prevent the development of disability. In this context, estimating which symptoms predict disability and identifying more risky patient groups for the development of disability at an early stage may be of critical benefit for early intervention.

References

1. Green MF. Impact of cognitive and social cognitive impairment on functional outcomes in patients with schizophrenia. J Clin Psychiatry. 2016 Feb;77 Suppl 2:8-11. doi: 10.4088/JCP.14074su1c.02. PMID: 26919052.
2. Tandon R, Keshavan MS, Nasrallah HA, Schizophrenia A. "just the facts": what we know in 2008 part 1: overview. Schizophr Res 2008;100:4–19.
3. Druss BG, Marcus SC, Rosenheck, Olfson M, Tanielian T, Pincus HA. Understanding disability in mental and general health conditions. Am J Psychiatry 2000; 157: 1485- 1491.
4. World Health Organisation ICIDH-2, Beta –1 draft for field trials, WHO, 1997. http://www.who.int/en/ 08.11.15
5. Bruce ML. The association between depression and disability. Am J Geriatr Psychiatry 1999; 7: 8–11.
6. World Health Organization. How to Use the ICF: A Practical Manual for Using the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). In Exposure Draft for Comment; WHO: Geneva, Switzerland, 2013.
7. Leung WW, Bowie CR, Harvey PD. Functional implications of neuropsychological normality and symptom remission in older outpatients diagnosed with schizophrenia: A cross-sectional study. Journal of the International Neuropsychological Society. 2008.
8. Brissos S, Dias VV, Balanza-Martinez V, et al. Symptomatic remission in schizophrenia patients: relationship with social functioning, quality of life, and neurocognitive performance. Schizophr Res. 2011;129(2–3):133–136. doi:10.1016/j.schres.2011.04.001
9. Switaj P, Anczewska M, Chrostek A, Sabariego C, Cieza A, Bickenbach J, et al. Disability and schizophrenia: a systematic review of experienced psychosocial difficulties. BMC Psychiatry. 2012;12:193.
10. Brekke JS, Levin S, Wolkon GH, Sobel E, Slade E. Psychosocial functioning and subjective experience in schizophrenia. Schizophr Bull. 1993;19(3):599-608. doi: 10.1093/schbul/19.3.599. PMID: 8235461.
11. Kahn RS, Keefe RS. Schizophrenia is a cognitive illness: time for a change in focus. JAMA Psychiatry. 2013 Oct;70(10):1107-12. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2013.155. PMID: 23925787.
12. Heydebrand G. Cognitive deficits in the families of patients with schizophrenia. Curr Opin Psychiatry. 2006 May;19(3):277-81. doi:10.1097/01.yco.0000218598.38807.b0. PMID: 16612213.
13. Green MF, Kern RS, Braff DL, Mintz J. Neurocognitive deficits and functional outcome in schizophrenia: are we measuring the "right stuff"? Schizophr Bull. 2000;26(1):119-36. doi: 10.1093/oxfordjournals.schbul.a033430. PMID: 10755673.
14. Cabeza IG, Diaz-Caneja CM, Ovejero M, de Portugal E. Adherence, insight and disability in paranoid schizophrenia. Psychiatry Res 2018 Dec;270:274-280.
15. Lincoln, T.M., Lullmann, E., Rief, W., 2007. Correlates and long-term consequences of poor insight in patients with schizophrenia. A systematic review. Schizophr. Bull. 33, 1324–1342.
16. Novick D, Montgomery W, Treuer T, Aguado J, Kraemer S, Haro JM. Relationship of insight with medication adherence and the impact on outcomes in patients with schizophrenia and bipolar disorder: results from a 1-year European outpatient observational study. BMC Psychiatry. 2015 Aug 5;15:189. doi: 10.1186/s12888-015-0560-4. PMID: 26239486; PMCID: PMC4524170.
17. Lysaker PH, Pattison ML, Leonhardt BL, Phelps S, Vohs JL. Insight in schizophrenia spectrum disorders: relationship with behavior, mood and perceived quality of life, underlying causes and emerging treatments. World Psychiatry. 2018 Feb;17(1):12-23. doi: 10.1002/wps.20508. PMID: 29352540; PMCID: PMC5775127.
18. Belvederi Murri M, Amore M. The Multiple Dimensions of Insight in Schizophrenia-Spectrum Disorders. Schizophr Bull. 2019 Mar 7;45(2):277-283. doi: 10.1093/schbul/sby092. PMID: 29939361; PMCID: PMC6403083.
19. Grover S, Sahoo S, Nehra R, Chakrabarti S, Avasthi A. Association of neurocognitive deficits and insight in schizophrenia. Asian J Psychiatr,2018 Aug;36:112-117.
20. Gebreegziabhere Y, Habatmu K, Mihretu A, Cella M, Alem A. Cognitive impairment in people with schizophrenia: an umbrella reviewEur Arch Psychiatry Clin Neurosci 2022 Oct;272:1139-1155.
21. Raveendranathan D, Joseph J, Machado T, Mysore A. Neurocognitive and clinical correlates of insight in schizophrenia. Indian J Psychiatry 2020 Mar-Apr;62(2):131-136.
22. Gould F, McGuire LS, Durand D, et al. Self-assessment in Schizophrenia: Accuracy of Evaluation of Cognition and Everyday Functioning. Neuropsychology. 2015;29(5):675–682. [PubMed: 25643212]
23. Silberstein J, Harvey PD. Cognition, social cognition, and Self-assessment in schizophrenia: prediction of different elements of everyday functional outcomes. CNS Spectr. 2019 Feb;24(1):88-93. doi: 10.1017/S1092852918001414. Epub 2019 Jan 26. PMID: 30683165; PMCID: PMC6414257.
24. Bhagyavathi HD, Mehta UM, Thirthalli J, Kumar CN, Kumar JK, Subbakrishna DK, Gangadhar BN. Cascading and combined effects of cognitive deficits and residual symptoms on functional outcome in schizophrenia - A path-analytical approach. Psychiatry Res. 2015 Sep 30;229(1-2):264-71. doi: 10.1016/j.psychres.2015.07.022. Epub 2015 Jul 16. PMID: 26208988.

SS-40 Duygudurum Bozuklukları

MAJÖR DEPRESİF BOZUKLUK HASTALARINDA PSİKOZ BENZERİ YAŞANTILARIN İLK 1 AYDAKİ TEDAVİ YANITI ÜZERİDEKİ ETKİSİ

Oğuzhan Herdi[1]

[1]*Antalya Bilim Üniversitesi, Klinik Psikoloji Bilim Dalı, Antalya*

Amaç: Psikotik belirtilerin (varsanı, sanrı) sağlıklı popülasyonda da gözlenmesi 'psikotik süreklilik' kavramının doğmasına neden olmuştur. Psikoz sürekliliği, psikotik belirtilerin eşik altı veya 'subklinik' düzeyinden klinik olarak aşikar olan düzeyine kadar tüm düzeylerini içeren bir spekturumu ifade etmektedir(1,2). Bu bağlamda psikoz benzeri yaşantılar (PBY), şizotipal belirtiler, psikoza meyil, psikoz için riskli mental durum kavramları psikoz çalışmalarında kendine yer bulmuştur (3). PBY ise algısal anormalliklerin gözlendiği, sanrısal ideasyonlar ve büyüsel düşünceler gibi psikotik belirtilerin klinik düzeye ulaşmayan halidir (4). Fonceca-Pedrero ve ark'ları psikoz sürekliliği için bir yapı tarif etmişlerdir. Sırasıyla birbirini kapsayan kümelerden oluşan bu yapılanmanın merkezinde psikotik bozukluklar yer alırken en kapsayıcı/en dışarıdaki küme ise normal popülasyondur. Psikotik bozukluklardan genel popülasyona doğru sırasıyla aşikar psikotik belirtiler, subklinik psikotik belirtiler, psikoz benzeri yaşantılar, şizotipal örüntüler kümelerini önermişlerdir (5). Bununla birlikte PBY normal popülasyonda herhangi bir hastalığın belirtisi olmadan da gözlenmektedir ve sıklıkla tedavi gerektirmezler. Daha da ötesi bazıları gelişme koşulları ve kültürel çerçevede normal olarak kabul edilmektedir. Epidemiyolojik veriler psikoz benzeri yaşantıların sağlıklı popülasyondaki prevalansının 5,8- %7 olduğunu belirtmektedir (6–8). Çalışmalarında belirtileri ayrı ayrı inceleyen Nuevo ve ark.ları kontrol sanrılarının prevalansını %4,8, referansiyel ve kötülük görme sanrılarının prevalansını %7,2 olarak vermişlerdir (6). Ülkemizde yapılan çalışmada ise prevalans %25,9'dur (9). Bu yaşantıların %80'e yakını geçici olup yaklaşık %7'si psikotik bozukluğa ilerlemektedir (1,7).

Depresyon ve anksiyetesi olan bireylerde normal popülasyona göre PBY'ler daha sık gözlenmektedir(10–12). İsviçre'de yapılan bir kohortta PBY'si olan genç erişkinlerin ilerleyen yıllarda anksiyete ve depresyon gibi sık gözlenen psikiyatrik hastalık tanısı alma ihtimallerinin daha fazla olduğu saptanmıştır (13). Psikoz benzeri yaşantıların bir alt kümesi olan sanrı benzeri yaşantıların da (SBY) depresif bireylerde daha fazla gözlenmektedir (10). Aynı zamanda depresyonun ciddiyeti ile SBY arasında da pozitif doz yanıt ilişkisi mevcuttur (11).

Psikotik belirtiler eşlik ettiği takdirde depresyon tedavisine yanıtın düşük olduğu bilinmekle birlikte, depresyon hastalarında eşik altı psikotik belirtiler, yani PBY'lerin tedavi yanıtı üzerine etkisi daha önce incelenmemiştir. Bu çalışmada monoterapi seçici serotonin geri alım inhibitör (SSGİ) ya da serotonin noradrenalin geri alım inhibitörü (SNGİ) tedavisi başlanmış yeni tanı Majör Depresif Bozukluk hastalarında, PBY düzeyinin 1.ay sonundaki tedavi yanıtı üzerindeki etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem

Çalışmaya halihazırda herhangi bir psikiyatrik ilaç kullanmayan, 18-65 yaş aralığında, okur-yazar, daha önce antipsikotik ya da duygudurum düzenleyici kullanım öyküsü olmayan, komorbid psikiyatrik hastalığı olmayan ve Mental Hastalıkların Tanısa ve İstatiksel El Kitabı (DSM)-V Majör Depresif Bozukluk (MDB) tanı kriterlerini karşılayan, monoterapi SSGİ ya da SNGİ başlanan ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan 30 MDB hastası dahil edilmiştir. İlk değerlendirmenin yapılıp MDB tanısı klinisyen tarafından konulduktan sonra katılımcıya Sosyodemografik Veri Formu, Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ve Toplumda Psikotik Yaşantıların Değerlendirilmesi (CAPE-42)'nin pozitif boyutu verilmiştir. Aynı görüşmede SSGİ ya SNGİ başlanan katılımcıya bir ay sonra BDÖ ve CAPE-42 pozitif boyut tekrar verilmiştir. BDÖ'de %50 ve daha fazla azalma tedavi yanıtı olarak kabul edilmiş olup buna göre katılımcılar iki gruba ayrılmıştır. İki grup arasında tanı anındaki ve birinci aydaki CAPE-42 pozitif boyut düzeyleri karşılaştırılmıştır. BDÖ'deki azalma yüzdesi hesaplanarak CAPE-42 pozitif düzeyi ile korelasyonuna bakılmıştır. Etik kurul onayı Antalya Bilim Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Etik Kurulu'ndan alınmıştır (No: 2022/19, Tarih: 22.04.2022).

Bulgular: 30 hastanın %66,7'si (n=20) kadındır ve yaş ortalaması 35,53±10,92'dir. Tanı anındaki ve 1.aydaki BDÖ ortalaması sırasıyla 28,05±9,88 ve 16,03±9,37'diyken normal dağılım göstermeyen CAPE-42 pozitif boyut düzeyinin tanı anındaki ve 1.aydaki ortanca değerleri sırasıyla 11(2-32) ve 7,50 (0-28)'dir. 1.ayın sonunda hastaların %43,3'ü (n=13) tedaviye yanıt vermiştir. Tedavi yanıt veren ve vermeyen grup arasında tanı anındaki CAPE 42 pozitif boyut düzeyi açısından anlamlı fark gözlenmemiş olup (Z=-0,126, p=0,902), 1.aydaki CAPE 42 pozitif düzeyi tedaviye yanıt vermeyen grupta anlamlı olarak daha yüksektir (Z=-2,292, p=0,022). BDÖ puanı azalma yüzdesi ile 1.aydaki CAPE 42 pozitif boyut düzeyi arasında anlamlı negatif korelasyon vardır (r=-0,491, p=0,006). Son olarak 1.ayın sonunda CAPE 42 düzeyi anlamlı olarak azalmıştır (t=2,461, p=0,020).

Tartışma ve Sonuç: Depresyonun psikotik içeriğe sahip olması tedaviye direnç faktörlerinden biri olmakla birlikte klinik düzeye varmayan psikotik yaşantıların tekli SSGİ ve SNGİ tedavi yanıtında etkisini inceleyen çalışma mevcut değildir. Bu çalışmada tanı anındaki değil ancak birinci ayın sonunda ölçülen PBY düzeyinin tedaviye yanıt vermeyen grupta anlamlı olarak daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Aynı zamanda iyileşme yüzdesi ile 1.aydaki PBY düzeyi arasında negatif korelasyon saptanmıştır. Antipsikotikler tedavi yanıtı düşük depresyon hastalarında tedaviye düşük dozda eklenmektedir. Bu grup ilaçlar eşik altı psikotik belirtilere müdahale ettiği için tedavi yanıtını arttırıyor olabilir. Aynı zamanda bu çalışmada SSGİ ve SNGİ'ler PBY düzeyinin azalmasında da ekili bulunmuştur. Tedavi yanıtında PBY'nin etkilerinin incelenmesi için daha geniş örneklemli ve uzun takip çalışmaları gerekmektedir.

Kaynaklar

1. Kaymaz N, Van Os J. Extended psychosis phenotype - Yes: Single continuum - Unlikely. Psychological Medicine. 2010.
2. DeRosse P, Karlsgodt KH. Examining the Psychosis Continuum. Curr Behav Neurosci Rep. 2015;
3. Unterrassner L, Wyss TA, Wotruba D, Ajdacic-Gross V, Haker H, Rössler W. Psychotic-like experiences at the healthy end of the psychosis continuum. Front Psychol. 2017;
4. Andorko ND, Mittal V, Thompson E, Denenny D, Epstein G, Demro C, vd. The association between sleep dysfunction and psychosis-like experiences among college students. Psychiatry Res. 2017;
5. Pedrero EF, Debbané M. Schizotypal traits and psychotic-like experiences during adolescence: an update. Psicothema. 2017;
6. Nuevo R, Chatterji S, Verdes E, Naidoo N, Arango C, Ayuso-Mateos JL. The continuum of psychotic symptoms in the general population: A cross-national study. Schizophr Bull. 2012;
7. Linscott RJ, Van Os J. An updated and conservative systematic review and meta-analysis of epidemiological evidence on psychotic experiences in children and adults: On the pathway from proneness to persistence to dimensional expression across mental disorders. Psychological Medicine. 2013.
8. McGrath JJ, Saha S, Al-Hamzawi A, Alonso J, Bromet EJ, Bruffaerts R, vd. Psychotic experiences in the general population: A cross-national analysis based on 31 261 respondents from 18 countries. JAMA Psychiatry. 2015;
9. Binbay İT. Toplumsal Eşitsizlikler İle Psikoz-Benzeri Yaşantılar, Psikotik Belirtiler Ve Psikotik Bozukluklar Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Ege University Medical School; 2009.
10. Varghese D, Scott J, Welham J, Bor W, Najman J, O'Callaghan M, vd. Psychotic-like experiences in major depression and anxiety disorders: A population-based survey in young adults. Schizophr Bull. 2011;
11. Saha S, Scott J, Varghese D, McGrath J. Anxiety and depressive disorders are associated with delusional-like experiences: A replication study based on a National Survey of Mental Health and Wellbeing. BMJ Open. 2012;
12. Wigman JTW, Van Nierop M, Vollebergh WAM, Lieb R, Beesdo-Baum K, Wittchen HU, vd. Evidence that psychotic symptoms are prevalent in disorders of anxiety and depression, impacting on illness onset, risk, and severity - Implications for diagnosis and ultra-high risk research. Schizophr Bull. 2012;
13. Rössler W, Hengartner MP, Ajdacic-Gross V, Haker H, Gamma A, Angst J. Sub-clinical psychosis symptoms in young adults are risk factors for subsequent common mental disorders. Schizophr Res. 2011;

SS-42 Alkol/Madde Kullanım Bozuklukları

AMATEM KLİNİĞİNDE YATARAK TEDAVİSİNİ TAMAMLAMIŞ HASTALARIN TABURCULUK SONRASI TAKİPLERİNİN GERİYE DÖNÜK İNCELENMESİ

Fikret Ferzan Gıynaş[1], Arda Kızılsert[1]

[1]*Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi*

Amaç: Günümüzde alkol ve madde bağımlılıklarına karşı mücadelede önemli adımlar atılmasına rağmen, tedaviyi sürdürme ve tedavide kalma halen önemli bir sorundur(1). Bağımlılık gibi remisyon ve depreşmelerle seyreden hastalıklar için tedavide kalmanın değerlendirilmesi bu hastalıklarla mücadele için önemli bir faktördür(2). Çalışmamızda yatarak tedavisini tamamlayan hastaların sosyodemografik özelliklerinin ve klinik takiplerinin kullandıkları maddelere göre retrospektif araştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Araştırmanın verileri 01/01/2017-30/06/2017 tarihleri arasında Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi AMATEM (Alkol Madde Tedavi Merkezi) 'de yatarak tedavisi süresini uyumlu şekilde tamamlamış 60 hastanın taburculuk sonrası poliklinik kayıtları geriye dönük taranarak değerlendirildi. Tanılar klinik görüşme sonucu DSM-5 tanı ölçütlerine göre konuldu. Verilerin istatistiksel analizi SPSS 22.0 programı ile yapıldı, frekans, ki-kare ve t-test analizleri kullanıldı.

Bulgular: Yatış süresini tamamlayan 60 hastanın %8,3'ü kadın(n=5), %91,7'si erkek(n=55) idi. Hastaların %30'u alkol(n=18), %40'ı eroin(n=24), %8,3'ü sentetik kannabinoid(n=5), %8,3'ü karışık madde(n=5), %6,7'si diğer maddeler(n=4) ve %6,7'si alkol+madde(n=4) kullanıyordu. Hastaların yaş ortalaması 35.10±10.57(19-59) idi. Hastaların %53,3'ü bekar, %30'u evli, %16,7'si boşanmış idi.Hastanların beyanlarına göre yapılan değerlendirmede, %20'sinde (n=12) ek tıbbi hastalık, %53,3'ünde (n=32) ek psikiyatrik hastalık öyküsü mevcuttu. Hastaların tamamı yatış sürecine uyum göstermiş, medikal tedavi ve SAMBA (Sigara, Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi Programı) eğitimlerini tamamlamıştır. Hastaların %23,3'ünün(n=14) hiç kontrole gelmediği, %50'sinin(n=30) düzensiz, %26,7'sinin(n=16) ise düzenli (16 aylık süre içerisinde >10dan fazla poliklinik gelişi) kontrole geldiği belirlenmiştir. Düzenli kontrole gelenlerin çoğunluğunu ise %37,5 ile eroin ve %31,3 ile alkol grupları oluşturmaktaydı. Hastaların maddeye tekrar başlama istatistikleri değerlendirildiğinde(kayma), %35'i bilinmemekle birlikte(polikliniğe hiç gelmemiş hastalar), %38,3'ünün maddeye tekrar başladığı saptanmıştır. Maddeye tekrar başlayan gruplara bakıldığında, kayma yaşayan hastaların %43,5'inin alkol, %40'ının karışık madde, %20,8'inin ise eroin kullanımı olduğu bulundu. Hastaların yalnızca %11,7'sinin tekrar yattığı saptandı. Düzenli takip olan ve olmayan grupların t-test analizinde karşılaştırılması sonucunda ise, madde kullanım tercihleri ile grupların yaş, ilk madde kullanım yaşı, BAPİ toplam skorları ve BAPİ alt skorları arasında anlamlı fark bulunamadı($p>0.005$). Düzenli takip olan ve olmayan grupların kayma açısından karşılaştırılmasında ise anlamlı fark bulundu($p<0.001$).

Sonuç: Çalışmamızın sonucunda taburculuk sonrası hastaların takiplerine uyumlarının tam olmadığı sonucuna varılabilir. Alkol ve madde bağımlılığı kronik bir hastalık olduğundan remisyon ve depreşme doğal gidişi belirleyen süreçler olarak kabul edilmektedir(3). Tedaviyi bırakma oranları daha önceki çalışmalarda saptanan sonuçlarla benzerlik göstermektedir(1,2). Bunun nedeni hastaların tedavisiz süreçlerine devam edebileceklerine dair algıları, özel kliniklerde takibe alınmaları ve tekrar madde kullanımına başlamaları olabilir. Tedaviyi bırakmanın kişisel ve çevresel birçok nedeni olabileceği üzerinde durulmuştur(4,5). Bu nedenleri önceden bilmek, tedavi stratejileri için önemli olabilir. Çalışma sonuçlarımıza göre yatış sürecini tamamlayan hastalara bağımlılığın kronik gidişi ve kayma ile ilgili daha fazla eğitim/bilgi verilebilir. Ek olarak süreci tamamlayan hastaların takipleri için arama-mesaj servislerinden yararlanılabilir.

Kaynaklar

1. Brorson HH, Ajo Arnevik E, Rand-Hendriksen K, et al. Drop-out from addiction treatment: a systematic review of risk factors. Clin Psychology Rev 2013; 33: 1010-1024.
2. Hoseinie L, Gholami Z, Shadloo B, Mokri A, Amin-Esmaeili M, Rahimi-Movaghar A. Drop-out from a drug treatment clinic and associated reasons. East Mediterr Health J. 2017 May 1;23(3):173-181. doi: 10.26719/2017.23.3.173. PMID: 28493264.
3. Yılmaz A, Can Y, Bozkurt M, Evren C. Alkol ve madde bağımlılığında remisyon ve depreşme. Psikiyatr Güncel Yaklaşımlar. 2014;6(3).
4. Vardar E, Karaca E. Bağımlılık Tedavisini Terk Nedenlerinin Değerlendirilmesi Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Balkan. 2015;90(284):70–7.
5. Stark MJ. I-IIIDropping out of substance abuse treatment: A clinically oriented review. Clin Psychol Rev [Internet]. 1992;12(1):93–116.

SS-44 Psikoterapiler

HIV İLE YAŞAYAN İNSANLARDA DAMGALANMAYI VE YAŞAM KALİTESİNİ İYİLEŞTİRMEK İÇİN ÇEVRİMİÇİ KABUL VE KARARLILIK GRUP TERAPİSİ: BİR ÖN ÇALIŞMA

Mehmet Emrah Karadere[1], Ertuğrul Saral[1], Nehir Mutlusoy Eraslan[1], Bahtiyar Umut Özer[1]

[1]*İstanbul Medeniyet Üniversitesi Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanes*

Amaç/Giriş: HIV ve AIDS çağımızın önemli halk sağlığı sorunlarından biridir. Yaklaşık olarak 37,7 milyon insanın günümüzde HIV enfeksiyonu tanısına sahip olduğu bilinmektedir. Enfeksiyon hastalıkları yanında komorbid durumların en önemlilerinden birini psikiyatrik bozukluklar oluşturmaktadır. HIV ile yaşayan insanlarda (HİYİ) depresyon, anksiyete, intihar riskinin genel toplumla kıyaslandığında yüksek olduğunu gösteren birçok çalışma vardır. HİYİ'lerin maruz kaldıkları damgalanmanın da psikiyatrik komorbiditelere olan etkisinin büyük olduğu bilinmektedir. HIV/AIDS ile ilgili damgalama, HIV ile yaşayan insanlara yönelik olumsuz inançlar ve tutumlar olarak tanımlanmaktadır. Damgalanmanın kaynağı, çoğunlukla HIV enfeksiyonunun ana bulaşma yolları olan cinsel yolla bulaşma ve damar içi ilaç kullanımından kaynaklanmaktadır. Damgalama süreci, bir kişinin belirli bir gruba ait olduğu veya ait olduğu düşünüldüğü için haksız muameleye tabi tutulmasına yol açan ayrımcılıkla sonuçlanır. Umudu azaltıp depresyon ve kaygıyı artırabilir, sosyal içe çekilme ve suicid riskinde artışa yol açarak kişinin sağlığını koruma ve hastalıkları yönetme yeteneğini azaltabilmektedir.

Bu çalışma, dört seanslık Kabul ve Kararlılık terapisi (ACT) çevrimiçi grup psikoterapi müdahalelerinin HİYİ'lerde damgalanma, depresyon, anksiyete ve psikolojik esneklik üzerindeki etkisini araştırmayı amaçlamıştır.

Yöntem: Çalışma, bir ACT protokol grubu ve bir kontrol grubu içeren iki gruplu bir müdahale çalışması olarak tasarlanmıştır. Çalışmamız randomize kontrollü kör bir çalışma olup, müdahale grubuna 9 kişi, kontrol grubuna 6 kişi rastgele atanmıştır. Terapi grubuna 4 seanslık ACT terapi protokolü uygulanmış, diğer grupta terapist rehberliğinde akran toplantısı (be friend grup) gerçekleştirilmiştir. Tüm katılımcılar, uygunluk açısından çevrimiçi olarak SCID-5 ile kör olarak değerlendirildi. Seanslar haftada 1 kez, her seans 2 saat olmak üzere toplam 4 seans olarak gerçekleştirildi. Katılımcılar müdahaleler başlamadan önce ve müdahaleler bittikten sonra değerlendirildi.

Katılımcılara; Sosyodemografik form, HIV-AIDS Damgalama Ölçeği (HADÖ), Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği (Ham-A), Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği (Ham-D), Kabul ve Eylem Formu-II (KEF-2) uygulandı.

Bulgular: Çalışmayı müdahale grubunda 4, kontrol grubunda 5 katılımcı tamamladı. Çalışmamızda müdahale grubunun seans sonrası ölçümlerinde HADÖ alt ölçekleri, Ham-A ve Ham-D, KEF-2 ölçeklerinin ortalama puanlarında müdahale öncesine göre anlamlı bir fark bulunamadı *(p>0.05)*. Kontrol grubunun seans sonrası ölçümlerinde HADÖ alt ölçekleri, Ham-A ve Ham-D ölçeklerinin ortalama puanlarında seans öncesine göre anlamlı bir fark bulunamamış olup, KEF-2 ortalama puanlarında seans öncesine göre anlamlı bir fark saptanmıştır *(p:0.014)*.

Tüm gruplar birlikte değerlendirildiğinde Ham-A ve Ham-D toplam puanlarında müdahale sonrasında öncesine göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur *(Ham-A p:0.015, Ham-D p:0.007)*. Diğer ölçeklerde fark bulunmamıştır.

Tartışma ve Sonuç: Çalışmamızda hem müdahale hem de kontrol gruplarında ölçek puanlarında düşüklük saptansa da HADÖ, Ham-A, Ham-D ölçeklerinde seanslar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. Kontrol grubunun KEF-2 ölçeklerinde ise seans sonrasında öncesine göre anlamlı bir fark bulunmuştur. Tüm katılımcıların verileri birlikte değerlendirildiğinde Ham-A ve Ham-D ortalama puanlarında istatiksel olarak anlamlı fark bulunmuş olup, bu durum katılımcı sayısının az olması, randomizasyon sırasında grupların homojen dağılmamış olması ile ilgili nedenlerle ortaya çıkmış olabileceği şeklinde yorumlanmıştır. Ek olarak akran toplantılarının etkinliği konusunda da önemli veriler ortaya koymuştur. Bununla beraber çalışmamızın müdahale grubunda 5, kontrol grubunda 1 katılımcı seanslarını tamamlamadan ayrılmıştır. Seanslardan ayrılma zamanları çoğunlukla seansların başlangıç aşamasında olup bu durum literatürle uyumlu bulunmuştur. Diğer yandan literatüre zıt olarak müdahale grubunda seanslarını tamamlamadan ayrılan katılımcı sayısı kontrol grubundan fazladır. Bu da terapötik ilişki, grup dinamiğinin oluşamaması gibi faktörlere yorulmuştur. Çalışmamızın bazı farklı yönleri bulunmaktadır; çalışmamıza anonim olarak katılmak isteyen HİYİ'lerin, kameralarını açmadan anonim olarak katılabilmeleri daha fazla mahremiyet ve daha az damgalanmış hissetmelerine olanak tanıyabilir, böylece bireylerin terapi sürecine uyumunu artırabilir. Aynı zamanda çalışmanın tüm aşamalarının online olarak yürütülmesi farklı şehirlerdeki hastalara ulaşım fırsatı sunarak HIV damgalamasıyla ilişkili ruhsal şikayetleri olan ancak bulunduğu şehirlerde destek almakta zorlanan hastalarla bağlantı kurulmasını kolaylaştırmış olabilir.

Sonuç olarak HIV ile yaşayan insanların damgalanma ve bununla ilişkili psikiyatrik rahatsızlıklara müdahale konusunda mutlidisipliner yaklaşımlara ve daha geniş örneklemli çalışmalara ihtiyacımız vardır. HİYİ'lere tanı konduktan sonra yardım alabilecekleri sivil toplum kuruluşları ve diğer sosyal destek grupları konusunda bilgi verilmesi ve HIV stigmatizasyonuyla mücadele konusunda hastayla teması olan tüm sağlık çalışanlarının ve toplumun farkındalığının artırılması için gerekli desteğin sağlanması önerilir.

SS-45 Duygudurum Bozuklukları

BİR PSİKİYATRİ POLİKLİNİĞİNDE TAKİPLİ BİPOLAR BOZUKLUK TANILI HASTALARDA TEDAVİYLE İLİŞKİLİ ÖZELLİKLERİN İNCELENMESİ

Beyza Erdoğan Aktürk[1], Ayşe Erdoğan Kaya[2]

[1]Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı
[2]Hitit Üniversitesi, Çorum Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği

Giriş

Bipolar bozukluk (BB), yineleyen mani, hipomani, depresyon ve karma epizotlarla seyreden, ataklar arasında bireyin işlevselliğinin normale döndüğü veya yaklaştığı kronik bir duygudurum bozukluğudur [1]. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün Dünya Ruh Sağlığı Araştırmaları'nda BB, iş gücü kaybının en önemli ikinci nedeni olarak gösterilmiştir [4]. Bipolar bozukluğun tekrarlaması ve kronik olması nedeniyle, duygudurum epizodlarının yönetimi için sadece akut tedavi değil, aynı zamanda gelecek atakların önlenmesine yönelik idame ve sürdürüm tedavileri ile farmakolojik ve psikolojik yaklaşımlar da önemlidir [2]. Akut ve idame tedavide çeşitli psikotroplar kullanılmaktadır [3]. BB tedavisinde lityum, valproik asit, karbamazepin gibi duygudurum düzenleyiciler veya antipsikotik ajanlar tek başına ya da kombine tedavi olarak kullanılabilir. Ayrıca gerekli durumlarda benzodiyazepin tedavisi eklenebilir. Depresif dönemlerin tedavisinde duygudurum düzenleyiciler, antipsikotik ajanlar ve antidepresanlar kullanılabilir. Ayrıca katatoni, gebelik ve tedaviye direnç gibi özelliklerin eşlik ettiği durumlarda elektrokonvülsif terapi uygulanabilmektedir. Koruma tedavisinde duygudurum düzenleyiciler ya duygudurum düzenleyici etkisi bulunan antipsikotikler oral ya da depo paranteral formuyla kullanılabilmektedir. Lityum koruma tedavisinde altın standart kabul edilmektedir.

İdame ya da koruma tedavisinde amaç hastalığın yinelemesini önlemek, epizotlar arası tam iyilik hali sağlamak, işlevselliği artırmaktır. BB tedavisinde kullanılan ilaçların çeşitli yan etkileri olabilmektedir. Zaman zaman bu yan etkiler nedeniyle bazen de hastalığın doğası ve özellikleri tedavi uyumunu bozucu etkiye yol açabilmektedir. BB 'ta tedavi, yan etki profiline, ilaç uyumuna ve ilaç etkisine göre belirlenir. BB hastalarında tedavide sık başvurulan ajanların özellikleri, karşılaşılan yan etkiler, genel klinik seyir ve tedavi uyumu hakkındaki bilgiler bu hasta popülasyonunda farmakolojik ve non-farmakolojik yaklaşımları uygularken yol gösterici olacaktır. Bu çalışmada bir psikiyatri kliniğinde takipli BB tanılı hastaların tedavide kullandıkların ilaçlar, yan etkiler, tedavi uyumu ve işlevsellik düzeyinin araştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem

Bir üniversite hastanesinin psikiyatri kliniğine Ocak 2021-Ocak 2022 tarihleri arasında ayaktan başvuran BB tanılı gönüllü hastalarla yapılandırılmış görüşmeler ile sosyodemografik verileri, klinik özellikleri ve tedavi ile ilişkili özellikleri incelenmiş, elde edilen veriler SPSS programı ile analiz edilmiştir. P değeri 0,05'in altında anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular

Çalışmaya BB tanılı toplam 71 katılımcı dahil edilmiştir. Katılımcıların 35'i kadın (%50,7), 36'sı (%49,3) erkekti. Yaş ortalaması 41,07 ± 12,25 olarak saptanmıştır. %87,3 katılımcının (n=62) tanısı Bipolar-1, %12,7 (n=9) katılımcının tanısı Bipolar-2 idi. Katılımcıların BB başlangıç yaşı ortalamasının 26,86; tedavisiz geçen sürenin yaklaşık 3 yıl olduğu gözlenmiştir. Katılımcıların sosyodemografik ve klinik özelliklerine özellikler Tablo 1.'de özetlenmiştir.

Tablo 1. Katılımcıların bazı sosyodemografik ve klinik özellikleri

Cinsiyet	35 (%50,7)
Kadın	36 (%49,3)
Erkek	
Eğitim düzeyi	
Okuma-yazma yok	1 (%1,4)
İlkokul	13 (%18,3)
Lise	32 (%45,1)
Üniversite	24 (%33,8)
Lisansüstü	1 (%1,4)
Medeni durum	
Bekar-dul	39 (%54,9)
Evli	32 (%45,1)
Meslek	
Çalışmıyor	24 (%33,8)
Çalışıyor-Öğrenci	36 (%50,7)
Emekli	10 (%14,1)
Alışkanlıklar	
Sigara	28 (%39,4)
Alkol	1 (%1,4)
Madde	1 (%1,4)
Tanı	
BB-1	62 (%87,3)
BB-2	9 (%12,7)
Geçmişte suisid girişimi	
Yok	42 (%59,2)
Var	29 (%40,8)
Aile öyküsü	
Yok	42 (%59,2)
1° DDB	24 (%33,8)
1° Psk B.	1 (%1,4)
2° DDB	3 (%4,2)
2° Psk B.	1 (%1,4)
	Ort ± SS
Yaş	41,07 ± 12,252
Bipolar başlangıç yaşı	26,86 ± 10,170
Bipolar için tedavi alma yaşı	29,82 ± 10,608
Bipolar hastalık süresi (yıl)	14,25 ± 8,805
Tedavisiz geçen süre (yıl)	2,96 ± 6,19

Ort: Ortalama, SS: Standart sapma, n: Frekans, DDB: Duygudurum bozukluğu, Psk B.: Psikotik bozukluk

64 katılımcı (%90,1) en az bir duygudurum düzenleyici (DDD) kullanmaktaydı. 47 (%66,2) katılımcı DDD olarak tek bir ilaç kullanmaktayken, 17 katılımcı (%23,9) kombine DDD kullanmaktaydı. En sık kullanılan DDD'ler sırası ile; lityum, valproat, lityum+valproat kombinasyonu, lityum+lamotrijin kombinasyonu idi. DDD kullanma durumuna göre veya kullanılan DDD çeşidine göre tedaviye uyum ve klinik seyir açısından anlamlı farklılık gözlenmemiştir. Katılımcıların kullandıkları DDD'lerle ilgili veriler Tablo 2'de özetlenmiştir.

Tablo 2. Katılımcıların duygudurum düzenleyici (DDD) kullanma durumu

	n, %
DDD	
Yok	8 (%9,9)
Var	64 (%90,1)
DDD çeşitleri (Monoterapi alanlar)	47 (%66,2)
Li	26 (%36,6)
Va	19 (%26,8)
Lmt	1 (%1,4)
Kbz	1 (%1,4)
DDD çeşitleri (Kombine DDD alanlar)	17 (%23,9)
Li + Va	7 (%9,9)
Li + Lmt	5 (%7)
Lİ + Kbz	1 (%1,4)
Va +Kbz	2 (%2,8)
Va + Lmt	2 (%2,8)

Li: Lityum, Va: Valproat, Kbz: Karbamazepin, Lmt: Lamotrijin, n: Frekans

61 katılımcı (%85,9) tedavide en az bir antipsikotik (AP) kullanmaktaydı. 42 katılımcı (%59,2) AP olarak tek bir ilaç kullanırken, 19 katılımcı (%26,8) kombine AP tedavi almaktaydı. En sık kullanılan AP'ler sırası ile ketiapin, aripiprazol, aripiprazol + ketiapin kombinasyonu, risperidon ve olanzapin + ketiapin kombinasyonu idi. 8 hasta (%11,3) uzun etkili depo AP kullanmaktaydı. Monoterapi AP kullanan bireylerde AP çeşidine göre tedaviye uyum ve klinik seyir açısından anlamlı farklılık gözlenmemiştir. İşlevselliğinin kısmen düzeldiğini bildiren hasta grubunda kombine AP kullanma sıklığı anlamlı olarak fazla saptanmıştır (p=0,02). Oral AP tedavi alan hastaların büyük çoğunluğu tedavi uyumunun tam olduğunu bildirmişlerdir (%85). . Katılımcıların kullandıkları AP'ler hakkındaki bilgiler Tablo 3'te özetlenmiştir.

Tablo 3. Katılımcıların antipsikotik (AP) kullanma durumu

	n, %
AP kullanımı	
Yok	10 (%14,1)
Var	61 (%85,9)
AP çeşitleri (Monoterapi alanlar)	42 (%59,2)
Ketiapin	19 (%26,8)
Aripiprazol	11 (%15,5)
Risperidon	5 (%7)
Olanzapin	4 (%5,6)
Paliperidon	1 (%1,4)
Amisülpirid	1 (%1,4)
Zuklopentiksol	1 (%1,4)
AP çeşitleri (Kombine AP alanlar)	19 (%26,8)
Aripiprazol + Ketiapin	6 (%8,4)
Olanzapin + Ketiapin	5 (%7)
Risperidon + Ketiapin	1 (%1,4)
Paliperidon + Ketiapin	1 (%1,4)
Olanzapin + Aripiprazol	2 (%2,8)
Risperidon + Aripiprazol	2 (%2,8)
Olanzapin + Paliperidon	1 (%1,4)
Klozapin + Ketiapin	1 (%1,4)
Uzun etkili AP alanlar	8 (%11,3)
Aripiprazol depo	4 (%5,6)
Paliperidon depo	3 (%4,2)
Zukopentiksol depo	1 (%1,4)

n: Frekans

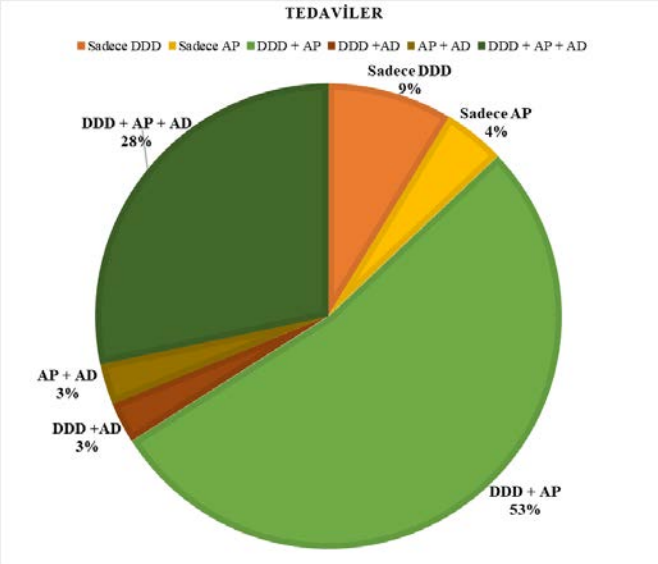
23 katılımcının (%32,4) tedavisinde antidepresan (AD) mevcuttu. En sık kullanılan AD'lar sırası ile Sertralin, bupropion ve venlafaksin idi. AD kullanma durumuna göre veya kullanılan AD çeşidine göre tedaviye uyum ve klinik seyir açısından anlamlı farklılık gözlenmemiştir. Katılımcıların AD kullanımı ile ilişkili özellikler Tbalo 4'te özetlenmiştir.

Tablo 4. Katılımcıların antidepresan (AD) kullanma durumu

	n, %
AD kullanımı	
Yok	48 (%67,6)
Var	23 (%32,4)
AD çeşitleri	
Sertralin	5 (%7)
Bupropion	5 (%7)
Venlafaksin	4 (%5,6)
Essitalopram	3 (%4,2)
Fluoksetin	3 (%4,2)
Vortioksetin	1 (%1,4)
Trazodon	1 (%1,4)

n: Frekans

Özetle katılımcıların küçük bir yüzdesinin (n:6, %8,5) monoterapi olarak sadece DDD aldığı, % 4,2 (n:3) katılımcının monoterapi olarak sadece AP aldığı, katılımcıların yarıdan fazlasının (n:37, %52,1) AP + DDD kullandığı, 19 katılımcının da (%27,8) DDD + AP + AD şeklinde kombine tedavi aldığı saptanmıştır. Katılımcıların aldıkları tedavilerle ilgili bilgiler Şekil 1'de pasta grafiği ile özetlenmiştir.



Şekil 1. Katılımcıların kullanmakta oldukları tedaviler

Katılımcıların BB'ta sık kullanılan DDD, AP ve AD tedaviler dışında rezidüel belirtiler için ve bazı yan etkilere yönelik ek tedaviler aldığı gözlenmiştir. En sık kullanılan diğer tedaviler propranolol, biperiden ve modafinil idi. Psikiyatrik hastalarda genellikle tremor ve taşikardi tedavisinde kullanılan psikotrop dışı ilaçlardan biri olan propranololün 9 hastada (%12,7) kullanıldığı saptanmıştır. Katılımcıların kullandığı diğer tedavilerin sıklığına ilişkin veriler Tablo 5'te özetlenmiştir.

Tablo 5. Katılımcıların kullandığı diğer tedaviler

	n, %
Propranolol	9 (%12,7)
Biperiden	8 (%11,3)
Modafinil	2 (%2,8)
n: Frekans	

Katılımcıların BB tedavisinde kullanılan ilaçlara bağlı pek çok yan etki bildirmişlerdir. Bunlardan en sık bildirilen yan etkiler; kilo artışı, hipotiroidi, tremor ve GİS sorunları idi. DDD, AP ve AD'ların hepsinde kilo artışının önemli bir yan etki olduğu bilinmektedir. Bizim çalışmamızda da %21 sıklıkla katılımcılar kilo artışı yan etkisini bildirmişlerdir. Özellikle lityum ve valproata bağlı tremor geliştiğini bildiren katılımcıların sıklığı %15'tir. En sık bildirilen üçüncü yan etki ve en sık hastalık tablosu olarak hipotiroidi bildirilmiştir. Yan etkilerin sıklığına ilişkin veriler Tablo 6'da özetlenmiştir.

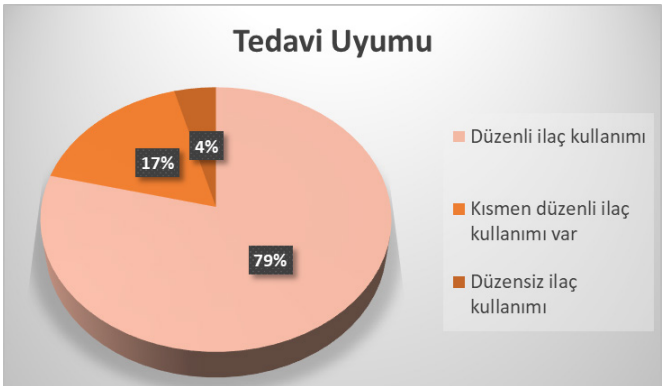
Tablo 6. BB tedavisine bağlı gelişen yan etkiler

	n, %
Kilo artışı	15 (%21,1)
Tremor	11 (%15,5)
Hipotiroidi	8 (%11,3)
GİS sorunları (bulantı, iştah değişiklikleri vd.)	5 (%7)
Halsizlik, bitkinlik	4 (%5,6)
Poliüri, polidipsi	2 (%2,8)
Metabolik parametrelerde yükselme (tg artışı vb.)	2 (%2,8)
Manik kayma	2 (%2,8)
Cinsel disfonksiyon	2 (%2,8)
EPS	2 (%2,8)
Baş dönmesi	1 (%1,4)
Cilt ve saçlı dersi sorunları (Kaşıntı, döküntü, saç dökülmesi)	1 (%1,4)
n: Frekans	

Çalışmamızda katılımcıların büyük çoğunluğu düzenli tedavi almaktaydı (n=56, %78,9). Katılımcıların çoğu tedavi sürecinde işlevselliğinin iyi düzeyde olduğunu (n=44, %62) belirtmekteydi. Hastaların önemli bir kısmının (%38) epizotlar arasında bile işlevselliğinin tam düzelmediği saptanmıştır. Yaklaşık %20 hastada ilaç uyumu tam değildir. Katılımcıların klinik seyri ve tedavi uyumu ile ilgili özellikler Şekil 2 ve Şekil 3'te pasta grafiği ile gösterilmiştir.



Şekil 2. Katılımcıların klinik seyrine ilişkin özellikler



Şekil 2. Katılımcıların tedavi uyumuna ilişkin özellikler

Tartışma

Çalışmamızda bir üniversite hastanesinin psikiyatri kliniğine ayaktan başvuran BB tanılı hastalarda tedavi ile ilişkili özellikler incelenmiştir. Çalışmamıza dahil edilen katılımcıların yaşı ortalaması ve cinsiyet dağılımı literatürdeki verilere benzer saptanmıştır [5]. Çalışma grubumuzda özkıyım girişimi oranları %40,8 olarak bulunmuştur. BB tanısı olan hastaların

yaşamları boyunca ölümcül özkıyım riski %25-50 olarak bildirilmekte, bulgumuzla uyumlu olduğu gözlenmektedir [6].

Çalışmamızda her 10 katılımcıdan 9'unun en az bir DDD kullandığı gözlenmiştir. Yine yaklaşık %86 katılımcının tedavide en az bir AP kullandığı gözlenmiştir. BB tedavisi ile ilgili geleneksel klinik uygulama; hastalık dönemleri sırasında DDD, AP veya AD kullanmak, remisyon dönemlerinde ise tedaviyi yalnızca DDD ile sürdürmektedir [7]. Ancak özellikle son yıllarda, ikinci kuşak AP'lerin keşfiyle birlikte psikotik özelliklere, depresif yakınmalara ve duygudurum düzenlenmesine yönelik BB hastalarda AP kullanımının arttığı ve kullanım sürelerinin uzadığı belirtilmektedir [8]. Ayrıca çalışmamızda işlevselliğinin kısmen düzeldiğini bildiren hasta grubunda kombine AP kullanma sıklığı anlamlı olarak fazla saptanmıştır. Bu durum bazı hastaların iyilik halinin sağlanması için polifarmasi gerekliliğinden kaynaklanmış olabilir. Ya da kombine AP tedavinin getirdiği ek yan yan etki yükü bu hastalarda işlevselliği düşürmüş olabilir. Çalışmamızda oral AP tedavi alan hastaların büyük çoğunluğu tedavi uyumunun tam olduğunu bildirmişlerdir (%85). Bu bulgumuz tedavi uyumu düşük hastalarda parenteral tedaviye geçiş alternatifi ile ilgili olabilir.

Çalışmamızda her dört hastadan birinin kombine DDD kullandığı gözlenmiştir. Kombine DDD kullanma sıklığı BB-1'e göre BB-2'de anlamlı olarak yüksek saptanmış olup (p=0,035), bu durum literatür verilerine göre BB-2'de rezidüel depresif yakınmaların daha sık görülmesi ve bunların kontrol edilebilmesi için birden fazla DDD'ye ihtiyaç duyulması ile ilgili olabilir. Nitekim çalışmamızda tedavide AD yer alma sıklığı BB-2'de BB-1'e göre anlamlı olarak yüksek saptanmıştır (p=0,047).

Bipolar depresyonda AD kullanımı halen tartışılan bir konudur. AD'ların mani, hipomani, karma epizotlar ve hızlı döngülü epizotlara neden olabileceği endişesi, tedavide AD'lara yer verilmesini azaltıyor olabilir [9]. Bizim çalışmamızda da katılımcıların yaklaşık %68'nde tedavide hiç AD ilaç eklenmemiş olduğu saptanmıştır.

Günümüzde BB tedavisinde her ne kadar tekli ilaç kullanımı önerilse de sıklıkla tek bir DDD ile atakları kontrol altına almak ya da ataklar arasında kalıntı duygudurum belirtilerini yönetmek her zaman mümkün olmamaktadır. Böyle durumlarda klinisyen başta AP'ler olmak üzere ek psikotroplara ve sıklıkla kombine ilaç tedavisine ihtiyaç duymaktadır [10]. Nitekim çalışmamızda her üç katılımcıdan biri epizotlar arasında bile işlevselliğin tam düzelmediğini bildirmişlerdir. Çalışmamızda katılımcıların yalnızca küçük bir yüzdesinin monoterapi olarak sadece DDD aldığı, çoğu katılımcının kombine tedavi aldığı gözlenmiştir. Polifarmasi beraberinde pek çok yan etki yükünü getirmektedir. Bizim çalışmamızda da başta kilo artışı, tremor ve hipotiroidi olmak üzere çeşitli yan etkiler bildirilmiştir. BB tedavisinde altın standart kabul edilen lityumun en sık bildirilen bu üç yan etkiye de yol açabildiği bilinmektedir. Yan etkilerle baş etmede ilaç dozunu azaltma, alternatif ilaca geçme veya bazı ek ilaçları tedaviye ekleme şeklinde çeşitli yaklaşımlar kullanılmaktadır. Bizim çalışmamızda da özellikle lityum ve valproat kullanan hastalarda sıklıkla bildirilen tremor yan etkisi nedeniyle hastalarda propranolol kullanımı, AP'lere bağlı gelişen ekstrapiramidal sistem yan etkileri nedeniyle biperiden kullanımı, özellikle epizotlar arasında rezidüel depresif yakınmalar ve anerji gibi durumlar nedeniyle modafinil kullanımı önerilmiş olabilir.

Çalışmamızda her beş katılımcıdan birinin tedavi uyumu ile ilgili sorun yaşadığı saptanmıştır. BB tedavisinde ilaç uyumunun bozuk olması önemli bir sorundur. Literatürde hastaların ortalama %42'sinde tedavi uyumsuzluğu saptanmıştır [10]. Bizim çalışmamızda bu oranın daha düşük olması, hastaların zaten bir psikiyatri polikliniğinde takipli olmaları olabilir. Ülkemizde BB hasta popülasyonunda toplum temelli çalışama yapılması halinde bu oranın daha yüksek saptanacağını tahmin etmekteyiz.

Sonuç

BB tanısı olan hastalarda çeşitli tedavi seçenekleri BB türüne, klinik seyre, tedavi cevabına, yan etki profiline, tedavi uyumuna ve genel tıbbi duruma bağlı olarak sunulmaktadır. Ruhsal hastalıkların tedavi kılavuzlarında monoterapi sıklıkla önerilmesine rağmen günlük uygulamada çoğu zaman kombine psikotrop tedavilere başvurulmaktadır. Sıklıkla karşılaştığımız polifarmasinin hem kullanım zorluğu hem de yan etkiler nedeniyle tedavi uyumunu bozucu sonuçları olabilmektedir. BB hastalarında klinisyen tarafından tedavide hangi ilaçların sıklıkla tercih edildiği, tedavi cevabı, ilaç uyumu ve yan etkilerin saptanması; BB hasta popülasyonunun tedavi sürecini şekillendirirken yol gösterici olmakta, klinisyen deneyimi olarak literatüre katkı sunmaktadır. Elde edilen veriler doğrultusunda günlük pratikte tedavi başarısını artırmaya yönelik klinik pratikte kullanılabilir yeni düzenlemelere gidilmesinin gerekli olduğunu düşünmekteyiz.

Kaynaklar

1. H. S. A. Mario Maj, Juan Jose' Lo'pez-Ibor, Norman Sartorius *Bipolar disorder* (Evidence and Experience in Psychiatry). West Sussex, UK: Wiley, 2002.
2. L. N. Yatham *et al.*, "Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) 2018 guidelines for the management of patients with bipolar disorder," *Bipolar disorders,* vol. 20, no. 2, pp. 97-170, 2018.
3. M. O. Öztürk and A. Uluşahin, *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*, 16 ed. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri, 2020.
4. J. Alonso *et al.*, "Days out of role due to common physical and mental conditions: results from the WHO World Mental Health surveys," *Molecular psychiatry,* vol. 16, no. 12, pp. 1234-1246, 2011.
5. C. AKKAYA, G. DENİZ, Ş. CANGÜR, and S. KIRLI, "Bipolar bozukluk hastalarının ilaç kullanım sürelerinin sosyodemografik ve hastalık özellikleri ile ilişkisi."
6. K. R. Jamison, "Suicide and bipolar disorder," *The Journal of Clinical Psychiatry,* vol. 61, pp. 47-51, 2000.
7. G. S. Sachs, "Treatment-resistant bipolar depression," (in eng), *Psychiatr Clin North Am,* vol. 19, no. 2, pp. 215-36, Jun 1996, doi: 10.1016/s0193-953x(05)70285-9.
8. M. Wolfsperger, W. Greil, W. Rössler, and R. Grohmann, "Pharmacological treatment of acute mania in psychiatric in-patients between 1994 and 2004," *Journal of affective disorders,* vol. 99, pp. 9-17, 04/01 2007, doi: 10.1016/j.jad.2006.08.017.
9. R. S. El-Mallakh *et al.*, "Antidepressants worsen rapid-cycling course in bipolar depression: A STEP-BD randomized clinical trial," (in eng), *J Affect Disord,* vol. 184, pp. 318-21, Sep 15 2015, doi: 10.1016/j.jad.2015.04.054.
10. G. S. Sachs, D. J. Printz, D. A. Kahn, D. Carpenter, and J. P. Docherty, "The expert consensus guideline series: medication treatment of bipolar disorder," *Postgrad Med,* vol. 1, pp. 1-104, 2000.

SS-46 Duygudurum Bozuklukları

THE EVALUATION OF CARDIOVASCULAR RISK THROUGH ATEROGENIC INDEX DURING MANIC, DEPRESSIVE AND MIXED EPISODES OF BIPOLAR DISORDER

Suat Yalçın[1], Güler Çelikel[2], Tevfik Kalelioğlu[3], Nesrin Karamustafalıoğlu[4]

[1]*Başakşehir Çam ve Sakura State Hospital*
[2]*Binali Yıldırım University Faculty of Medicine*
[3]*University of Virginia, Department of Psychiatry and Neurobehavioral Sciences*
[4]*Bakirkoy Prof.Dr. Mazhar Osman Mental and Neurological Diseases Training and Research Hospital*

Bipolar Disorder (BD); is defined as a psychiatric disorder in which mania, depression or mixed symptoms of both can be seen together without a certain pattern, and individuals lose their social and occupational functionality during attacks (1) Cardiovascular diseases have been pointed out as the leading cause of mortality in individuals with BD. In addition, cardiovascular mortality was found at a higher rate in BD individuals compared to the general population(10). In recent years, some parameters are used to determine the risk of atherosclerosis such as the atherogenic index of plasma (AIP), Atherogenic Coefficient (AC). In addition, Castelli Risk Index I and II (CRI-I and II) are the parameters used to evaluate cardiovascular risk besides AIP and AC. In the current study, we aimed to investigate the status of cardiovascular risk factors in manic, depressive and mixed episodes of patients who were hospitalized and whether there is a difference between episodes by means of atherogenic indices.

Methods: Data of 365 patients who were hospitalized in the Bakirkoy Prof. Dr. Mazhar Osman Mental Health and Neurological Diseases Education and Training Hospital and diagnosed with bipolar disorder acute episodes according to the ICD-10 diagnosis code (F31.1 - F31.6) were included in our study. The Sociodemographic Data Form was filled out from the patient files in order to evaluate the sociodemographic and clinical characteristics. The laboratory data of the patients were recorded from the electronic data archive of the hospital.

Results: Atherogenic index of plasma(AIP), castelli index-1 (CRI-1), castelli index-2 (CRI-2) and atherogenic coefficient (AC) were measured among the episodes and a statistically significant difference was found between the groups ($p < 0.001$). In the comparison of atherogenic index measurements according to the diagnoses of the patients, a significant increase was observed in all indices during depressive episodes compared to mixed and manic episodes, and an incerement in AIP, CRI-1 and AC values were found in mixed episodes compared to manic episodes. Regardless of the nature of the episode, the AIP values of the patients were examined according to the cardiovascular disease risk classification and 65.8% of the patients were found to be at high-risk, 16.1% medium-risk and 18.1% low-risk for cardiovascular diseases. The correlations between the AIP, CRI-1, CRI-2 and atherogenic coefficient AC values of the patients were examined and positive, strong and statistically significant correlations were found between all atherogenic index measurements ($p < 0.05$).

Discussion: In comparison of bipolar episodes by atherogenic indices, depressive episodes have a significantly higher burden on cardiovascular risk than manic and mixed episodes. Also patients with mixed episode have significantly higher cardiovascular risk than those who are in manic episodes.

Key Words: Bipolar Disorder, Cardiovascular Disease, Atherogenic Indices

SS-48 Anksiyete Bozuklukları

TIP FAKÜLTESİNDE ÇALIŞAN SAĞLIK PERSONELLERİNDE İNTİHAR DÜŞÜNCESİ YAYGINLIĞININ BELİRLENMESİ

Betül Uyar[1], Ezgi Çankaya İnan[1], Bahar Demir[1], Ayça Arslan[1], Mehmet Güneş[1], Mehmet Cemal Kaya[1], Mahmut Bulut[1]

[1]Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı

Amaç/Giriş

Kendini öldürmek anlamına gelen intihar (suicide) kişinin ölme isteğini anlatan ölümcül bir eylemdir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ-WHO) intihar eylemini "kişinin amacının bilincinde ve değişik derecelerde ölümcül amaçlı olarak kendine zarar vermesi" olarak tanımlamıştır (1) . İntihar girişimi belirli bir derecede ölme niyeti ile ilişkili eylem ile potansiyel kendine zarar verme davranışıdır. Eylem sonucu gerçek bir yaralanmanın olma zorunluluğu olmayıp ölme niyeti açık olarak görülebilir ya da örtük olarak durum ya da davranıştan çıkarılabilir. İntihar düşüncesi ise intihara ilişkin hazırlık davranışının eşlik etmediği ölmeyi istemekle ilgili pasif düşünceler şeklinde görülen veya kendini öldürmekle ilgili plan yapma ya da harekete geçmeyi içeren aktif düşüncelerdir (2).

İntihar karmaşık bir süreçtir ve bütüncül olarak ele alınmalıdır. İntihar davranışının belirleyicileri kişiye özgü ve çevresel belirleyiciler olmak üzere iki grupta incelenebilir. Biyolojik ve psikolojik faktörler kişiye özgü belirleyicilerdir. Çevresel faktörler ise toplumsal koşullar ve olumsuz yaşam olaylarını içermektedir. İntihar sürecini doğrudan etkileyen; yatkınlaştırıcı etmenler, risk etmenleri, koruyucu etmenler ve tetikleyici etmenlerden bahsedilebilir. Yatkınlaştırıcı etmenler; genetik, biyolojik, kişilik ve bilişsel etmenlerden oluşmaktadır. Risk etmenleri; psikiyatrik hastalıklar, umutsuzluk, yalnızlık, madde kullanımı intihar sürecinde risk etmenleri olarak ele alınmaktadır. Koruyucu etmenler; sosyal destek, dini inançlar, özgüven, baş etme ve sorun çözme becerileri, psikiyatrik sorunların tedavisini kapsamaktadır. Bireysel ve sosyal koruyucu etmenler kişinin karşılaştığı zorluklar ile baş etmesine yardım eder. İlişki sorunları, yalnızlık, olumsuz yaşam olayları, özgüven yitimi intihar davranışını tetikleyici etmenler arasında yer almaktadır. Bununla birlikte tetikleyici etmenlerin intihar davranışının gerçek nedeni olmadığı akılda tutulmalıdır (3).

İntihar ciddi bir halk sağlığı sorunudur. Genel toplumda intihar sıklığı yıllık yüzbinde 10-20 kadardır. Değişik ülkelerde bu oranlar yüzbinde 10 ile 40 arasında değişmektedir. WHO verilerine göre dünya çapında geçen her 40 saniye içinde bir kişi, her yıl 800 bin kişi intihar ederek hayatını kaybediyor. Bunun 20 katı ise ölümle sonuçlanmayan intihar girişimi yaşanıyor. İntihar, dünyadaki tüm ölümlerin %1.3'ünü oluşturmaktadır ve 2019 yılında önde gelen 17. ölüm nedenidir (4). 2001 ile 2018 arasına bakıldığında Türkiye'deki intihar oranlarının yüz binde 3.61 ile yüz binde 4.37 arasında değiştiği görülmektedir (5).

Suicide risk was increased in certain occupational groups, especially in medical-related professions (6). Physicians, and other health-care workers such as nurses , were considered like high risk group of suicide in different countries (7-9).

However, robust statistics on health-care workers were desperately lacking for suicides, suicide attempts and suicidal ideation.

Ülkemizde de konuya ilişkin çalışmaların az sayıda olduğu göze çarpmaktadır.

Bu çalışmadaki amacımız Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde çalışan sağlık personellerinde depresyon, anksiyete ve intihar düşüncesi düzeylerinin belirlenmesidir.

Yöntem

Örneklem seçimi

Çalışmanın örneklemi Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde çalışan 600 sağlık personelinden oluşmaktadır. Katılımcılara bilgilendirilmiş gönüllü olur formu imzalatıldıktan sonra psikiyatrist tarafından sosyodemografik veri formu formu doldurulmuştur. Katılımcılardan self-bildirim ölçekleri olan Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ), Beck İntihar Düşüncesi Ölçeği (BİDÖ) doldurulması istenmiştir.

Veri Toplama Gereçleri

Sosyodemografik Veri Formu: Hastaların sosyodemografik özelliklerini değerlendirmek amacıyla çalışma için hazırlanan bu form; katılımcıların yaşını, cinsiyetini, medeni durumunu, eğitim ve çalışma durumunu, psikiyatrik özgeçmişini, intihar girişimini içerir.

Beck Depresyon Envanteri: Beck (1961) tarafından geliştirilmiş bir özbildirim ölçeği olup; denekte depresyon riskini belirlemek, depresif belirtilerin düzeyi ve şiddet değişimini ölçmek için geliştirilmiştir. Yirmibir cümle içermekte olup dörtlü likert tipi ölçüm sağlamaktadır. Her madde 0-3 arasında puanlanır. Hisli (1989) tarafından Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmış olup; kesme puanı 17 olarak kabul edilmiştir.

Beck Anksiyete Ölçeği: Beck, Epstein, Brown ve Steer tarafından 1988'de geliştirilmiştir. Ölçek, bireylerin yaşadığı anksiyete belirtilerinin sıklığını ve şiddetini belirlemeyi amaçlamaktadır. 21 maddeden oluşan ölçekten alınabilecek en yüksek puan 63'tür. Ölçeğin Türkiye'deki geçerlik

ve güvenilirliği Ulusoy, Şahin ve Erkman (1998) tarafından yapılmıştır. Ulusoy ve arkadaşlarının ölçeğin Cronbach Alfa iç tutarlılık puanını 0,93 olarak tespit etmişlerdir.

Beck İntihar Düşüncesi Ölçeği: İntihar şiddetini değerlendirmeyi amaçlayan üç bölümden oluşur. Ölçek Amerika Birleşik Devletleri'nde oluşturuldu ve Meksika ve Brezilya popülasyonlarına uyarlandı. Brezilya Portekizcesi versiyonu, her biri yoğunluk olarak 0'dan 2'ye derecelendirilen üç seçenek sunan 21 maddeden oluşmaktadır; toplam puan 0 ile 38 arasında değişebilir, burada daha yüksek puan daha yüksek intihar düşüncesini gösterir. Yaygın olarak kullanılmasına ve intihar riski olan hastaları ölme isteklerine, intihar düşüncelerine ve intihar girişimlerine göre değerlendirmek için iyi bir referans olarak kabul edilmesine rağmen, göz önünde bulundurulan bir ihlal, bu ölçeğin halihazırda risk altında olan hastalara yaygın olarak uygulanmasıdır.

Etik Kurul İzni

Çalışma için etik kurul izni

Verilerin Analizinde Kullanılan İstatistiksel Yöntemler

Verilerin analizinde SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 26,0 programı kullanılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler için frekanslar, ortalamalar ve standart sapmalar hesaplanmıştır. İstatistiksel anlamlılık için p değeri <0,05 değeri alınmıştır.

Bulgular/Sonuçlar

Katılımcıların yaş ortalamaları 32.46±7.79, ortalama eğitim süreleri 14.15±3.97'di. Yüzde 48'i (n=288) kadındı, %47,7'si (N=286) evliydi. Yüzde 4'ü (n=24) daha önce intihar girişiminde bulunmuştu (Tablo 1). Ölçek puanları BDÖ 11.17±10.48, BAÖ 31.54±10.72, BİDÖ 3.02±5.3'tü. BDÖ ve BİDÖ için cinsiyet farkı saptanmazken BAÖ kadınlarda anlamlı düzeyde yüksekti (Tablo 2). Daha önce intihar girişiminde bulunmuş olanlarda bulunmamışlara kıyasla üç ölçek de anlamlı düzeyde yüksek bulundu (Tablo 3). BDÖ'nün derecelendirilmiş önermelerinden olan "Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm" %1(n=6), "Kendimi öldürmek isterdim" %2.3(n=14), "Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor, ama yapmıyorum." %14.7(n=88) oranlarında katılımcılar tarafından işaretlenmiştir (Tablo 4). Daha önce intihar girişiminde bulunmuş olan katılımcılar bu önermelerden puan olarak bulunmayanlardan anlamlı düzeyde yüksek puan almıştı (Tablo 3).

İntihar girişiminde bulunan sağlık çalışanlarının %58.3 (n=14) kadın, %41.7 (N=10) erkekti.

Tablo 1.

		Mean±SS
Yaş		32.46±7.79
Eğitim süresi (Yıl)		14.15±3.97
		N (%)
Cinsiyet	Kadın Erkek	288 (48) 312 (52)
Medeni durum	Evli Bekar Boşanmış	286 (47.7) 298 (49.7) 16 (2.7)
Kiminle yaşıyor?	Ailesiyle Yalnız Diğer	481 (80.2) 91 (15.2) 28 (4.7)
Gelir durumu	Asgari ücret ve altı Asgari ücret üstü	65 (10.8) 535 (89.2)
Çalıştığı birim	Dahili birimler Cerrahi birimler Temel bilimler İdari birimler Diğer	357 (59.5) 168 (28) 35 (5.8) 20 (3.3) 20 (3.3)
İntihar girişimi öyküsü	Var Yok	24 (4) 576 (96)

Tablo 2.

	Cinsiyet		***Toplam (n=600)***	***Mann-Whitney U***	
	Kadın (n=288)	***Erkek (n=312)***			
	Ortalama±SS	***Ortalama±SS***	***Ortalama±SS***	***U***	***P***
BDÖ	11.82±10.43	10.57±10.51	11.17±10.48	40810.500	0.52
BAÖ	33.38±11.86	29.84 ±9.25	31.54±10.72	36814.000	<0.001*
BİDÖ	3.08±5.12	2.97±5.54	3.02±5.34	42363,500	0.188

Tablo 3.

	İntihar girişimi öyküsü		***Mann-Whitney U***	
	Var (n=24)	***Yok (n=576)***		
	Ortalama±SS	***Ortalama±SS***	***U***	***P***
BDÖ	30.29±13.47	10.37±9.56	1385.500	<0.001**
BAÖ	49.04±13.25	30.81±9.97	1874.000	<0.001**
BİDÖ	15.37±8.46	2.51±4.49	1156.500	<0.001**
BDÖ intihar önermesi puanı	1.17±0.87	0.18±0.47	2321.000	<0.001**

Tablo 4.

BDÖ intihar önermesi puanı	***N***	***%***
0. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.	492	82
1. Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm olur. Fakat yapmıyorum.	88	14.7
2. Kendimi öldürmek isterdim.	14	2.3
3. Fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.	6	1

Tartışma

Çalışmamızın sonuçlarına göre hastanemizde çalışan personellerin %4'ü (n=24) daha önce en az bir defa intihar girişiminde bulunmuş, %18'i (n=108) ise çeşitli düzeylerde intiharı düşünmektedir. Daha önce intihar girişiminde olanların hali hazırda intihar düşüncesi ve riski de daha fazladır. 25 çalışmanın dahil edildiği bir derlemede sağlık çalışanlarında intihar riski genel popülasyondan daha yüksek bulunmuştur (10).

Sağlık çalışanlarında intihar girişimi ve intihar düşüncesine dair bu yüksek oranların sebeplerinden biri sağlık çalışanlarının çalışma koşulları olabilir. Sağlık çalışanları işlerinin gereği olarak sürekli diğer insanların hastalık, acı, ızdırap, kaygı, korku ve ölümlerine maruz kalmaktadır (11). İş tatmini de intihar riskini belirleyen bir parametre olarak sayılabilir. İsviçre ve Kanada gibi sağlık çalışanlarının iş tatmininin yüksek olduğu ülkelerde sağlık çalışanları için daha düşük intihar oranları bildirilmiştir (12, 13). Sağlık hizmeti sunumunun kalitesini ve sürdürülebilirliğini sağlamak için sağlık çalışanlarının iş tatmini esastır (14, 15). Ayrıca, kariyer memnuniyetsizliği sağlık çalışanlarında tükenmişlik ve uzun süreli yorgunluk ile ilişkilendirilmiştir (16). Ülkemizde sağlık çalışanlarının ekonomik koşulları ve maruz kaldıkları şiddet nedeniyle azalan iş tatmini, umutsuzluk ve tükenmişlik gibi sebepler de artmış intihar düşüncesi ve girişimleriyle ilişkilendirilebilir.

Sağlık çalışanlarının ayrıntılara önem veren, sorumluluk bilinci yüksek, herkesi memnun etmeye çalışan ve kendi problemleri için yardım arama davranışları yetersiz kişilik yapıları da kaygı ve depresif belirtilere neden olarak intihar düşüncesi ve girişim oranlarını artırmaya katkıda bulunuyor olabilir (17, 18).

Türkiye'de pandemi döneminde (mayıs-haziran 2020) aktif çalışan 452 sağlık çalışanının dahil edildiği çok merkezli bir çalışmada "Pandemi öncesi intihar girişiminde bulundunuz mu?" sorusuna %2.87(n=13) oranında evet yanıtı verilmiştir. "Pandemi döneminde intihar girişiminde bulundunuz mu?" sorusuna ise henüz pandemi mart 2020'de başlamış olmasına rağmen %1.77(n=8) oranında evet yanıtı alındı (19).

Çalışmamızda daha önce intihar girişimi olan bireylerde tüm ölçek skorları ve intihar düşüncesi oranları daha önce girişimi olmayanlardan anlamlı düzeyde daha yüksekti. Sonuçlarımız literatürle uyumludur. Birçok çalışmada intihar için en önemli risk faktörü kişinin daha önce intihar girişiminin olması olarak bulunmuştur (20, 21). Türkiye'de Haziran 2008-Ocak 2010 tarihleri arasında psikiyatri polikliniğine intihar girişimi nedeniyle yönlendirilmiş 193 kişiyle yapılmış çalışmada %25'inin daha önce intihar girişiminde bulunduğu saptanmıştır ve girişim sonrası hastaların %21'i tekrar girişimde bulunabileceklerini ifade etmiştir. 12 ay geçen sürelerdeki takip çalışmalarında intihar girişiminin tekrarlama oranları %20-25 aralığında bulunmuştur (20).

Çalışmamızda intihar girişiminde bulunan sağlık çalışanlarının %58.3 (n=14) kadın, %41.7 (n=10) erkekti. Literatürde intihar girişiminde bulunma kadınlarda erkeklerden daha yüksektir. Türkiye'de acil servise başvuran intihar vakalarının sosyodemografik açıdan araştırıldığı bir başka çalışmada çalışmamızla benzer olarak intihar girişiminde bulunanların cinsiyetleri açısından incelenmesinde, %54'ünü kadınların, %46'ını da erkeklerin oluşturduğu görülmektedir (22). Sağlık çalışanlarında intihar riskinin değerlendirildiği bir derlemede kadın sağlık çalışanlarının intihar riski erkeklerden daha yüksek bulunmuştur (4).

Bu sonuçlar çoğu ülkede kadınların ev içi sorumluluklarının (çocukların eğitimi, hasta bakımı, ev bakımı vb.) hala erkeklerden daha fazla olması, sağlık çalışanı olarak tam zamanlı bir iş ile ev işlerini birlikte yürütmekte zorlanmaları, iş hayatında maruz kaldıkları cinsiyet ayrımcılığı olabilir (10, 23).

Sonuç

Bu sonuçlar sağlık çalışanlarının intihar açısından küçümsenmeyecek düzeyde risk taşıdığını göstermektedir. Her intihar düşüncesi ve girişimi ciddiye alınmalıdır. Tüm sağlık çalışanlarına ruhsal hastalıklar ve intihar konusunda bilgilendirici eğitimler verilmelidir. Sağlık çalışanları rutin olarak ruhsal hastalıklar ve intihar için taranmalı ve değerlendirilmelidir. Yardım arayanların damgalanması önlenmeli ve kişiler yardım aramaya teşvik edilmelidir. Kurumlar kendi içinde sağlık personeli için psikiyatrik destek ve danışmanlık veren psikososyal destek birimleri oluşturmalıdır.

Ayrıca sağlık çalışanlarına şiddetin önlenmesi ve sağlık çalışanlarının ekonomik, sosyal vb şartlarının iyileştirilmesi de önemli devlet politikalarından olmalıdır.

Çalışmanın Kısıtlılıkları

Mesleklere ve çalıştıkları branşlara göre ayrım yapılmamış olması…

Yalnızca hastanemiz personelinin dahil olması, daha geniş örneklemli, çok merkezli çalışmalar yapılmalı…

Kaynaklar

1. TÜİK. (2019). Türkiye İstatistik Kurumu, intihar istatistikleri veritabanı. Retrieved from http://www.tuik.gov.tr/UstMenu.do?metod=temelist
2. WHO. (2019). Preventing suicide. Retrieved from http://www.who.int/mental_health/media/en/426.pdf
3. Dependence WECoD, Organization WH. WHO Expert Committee on Drug Dependence [meeting held in Geneva from 8 to 13 October 1973]: twentieth report: World Health Organization; 1974.
4. Posner K, Oquendo MA, Gould M, Stanley B, Davies M. Columbia Classification Algorithm of Suicide Assessment (C-CASA): classification of suicidal events in the FDA's pediatric suicidal risk analysis of antidepressants. American journal of psychiatry. 2007;164(7):1035-43.
5. Eskin M, Kaynak-Demir H, Demir S. Same-sex sexual orientation, childhood sexual abuse, and suicidal behavior in university students in Turkey. Archives of sexual behavior. 2005;34:185-95.
6. Organization WH. Suicide worldwide in 2019: global health estimates. 2021.
7. (TÜİK) Türkiye İstatistik Kurumu. Türkiye İstatistik Kurumu, intihar istatistikleri veritabanı 2019 [
8. Hawton K, Agerbo E, Simkin S, Platt B, Mellanby RJ. Risk of suicide in medical and related occupational groups: a national study based on Danish case population-based registers. Journal of affective disorders. 2011;134(1-3):320-6.
9. Hawton K, Simkin S, Rue J, Haw C, Barbour F, Clements A, et al. Suicide in female nurses in England and Wales. Psychological medicine. 2002;32(2):239-50.

10. Hem E, Haldorsen T, Aasland OG, Tyssen R, Vaglum P, Ekeberg Ø. Suicide rates according to education with a particular focus on physicians in Norway 1960–2000. Psychological medicine. 2005;35(6):873-80.
11. Gladstone GL, Parker GB, Mitchell PB, Malhi GS, Wilhelm K, Austin M-P. Implications of childhood trauma for depressed women: An analysis of pathways from childhood sexual abuse to deliberate self-harm and revictimization. American Journal of Psychiatry. 2004;161(8):1417-25.
12. Dutheil F, Aubert C, Pereira B, Dambrun M, Moustafa F, Mermillod M, et al. Suicide among physicians and health-care workers: A systematic review and meta-analysis. PloS one. 2019;14(12):e0226361.
13. Schildmann J, Cushing A, Doyal L, Vollmann J. Breaking bad news: experiences, views and difficulties of pre-registration house officers. Palliative medicine. 2005;19(2):93-8.
14. Bovier PA, Perneger TV. Predictors of work satisfaction among physicians. The European Journal of Public Health. 2003;13(4):299-305.
15. Jenkins K, Wong D. A survey of professional satisfaction among Canadian anesthesiologists. Canadian Journal of Anesthesia. 2001;48(7):637.
16. Sibbald B, Bojke C, Gravelle H. National survey of job satisfaction and retirement intentions among general practitioners in England. Bmj. 2003;326(7379):22.
17. Leigh JP, Tancredi DJ, Kravitz RL. Physician career satisfaction within specialties. BMC Health Services Research. 2009;9(1):1-12.
18. Wada K, Arimatsu M, Yoshikawa T, Oda S, Taniguchi H, Higashi T, et al. Factors on working conditions and prolonged fatigue among physicians in Japan. International Archives of Occupational and Environmental Health. 2008;82:59-66.
19. Carr GD. Physician suicide--a problem for our time. Journal of the Mississippi State Medical Association. 2008;49(10):308-12.
20. McManus I, Keeling A, Paice E. Stress, burnout and doctors' attitudes to work are determined by personality and learning style: a twelve year longitudinal study of UK medical graduates. BMC medicine. 2004;2(1):1-12.
21. Teksin G, Uluyol ÖB, Onur ÖS, Teksin MG, Ozdemir HM. Stigma-related factors and their effects on health-care workers during COVID-19 pandemics in Turkey: a multicenter study. Şişli Etfal Hastanesi Tip Bülteni. 2020;54(3):281-90.
22. Şevik AE, Özcan H, Uysal E. Analyzing suicide attempts: Risk factors and follow up. Journal of Clinical Psychiatry. 2012;15(4):218-25.
23. Hvid M, Vangborg K, Sørensen HJ, Nielsen IK, Stenborg JM, Wang AG. Preventing repetition of attempted suicide—II. The Amager project, a randomized controlled trial. Nordic journal of psychiatry. 2011;65(5):292-8.
24. Akgöl Gür ST. Acil servise intihar girişimi nedeni ile yapılan başvuruların demografik ve klinik özellikleri. 2012.
25. Notman MT, Nadelson CC. Medicine: a career conflict for women. American Journal of Psychiatry. 1973;130(10):1123-7.

SS-49 Diğer

OTİZM SPEKTRUM BOZUKLUĞU OLAN ÇOCUKLARIN EBEVEYNLERİNDE KENDİNİ DAMGALAMA VE DEPRESYON: BİR PİLOT ÇALIŞMA

Berhan Akdağ[1], Ali Erdoğan[2]

[1]*Silifke Devlet Hastanesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, Mersin*
[2]*Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Antalya*

ÖZET

Giriş: Otizm Spektrum Bozukluğu (OSB) küresel bir sağlık sorunudur. OSB tanılı çocukların ebeveynleri, toplumda önemli ölçüde damgalanma ile karşı karşıya kalmaktadır. Buna ek olarak ebeveynler, bu olumsuz tutumları ve kalıp yargıları içselleştirip kendilerine uygulayabilmekte ve bu da "kendini damgalama" olarak tanımlanan duruma yol açmaktadır. Önceki çalışmalar, kendini damgalama ile ruh sağlığı sorunları arasında pozitif bir ilişki olduğunu göstermiştir. Bu çalışma, OSB tanılı çocukların ebeveynlerinde kendini damgalama ve depresyon arasındaki ilişkiyi incelemiştir.

Yöntem: Silifke Devlet Hastanesinde takip edilen ve Çilek Kokusu Otizmli Çocuklar Sosyal Destek ve Yaşam Merkezine kayıtlı OSB tanılı çocukların ebeveynleri çalışmaya dâhil edilmiştir. Katılımcılar (n = 22) Hasta Sağlık Anketi-9 ve Kendini Damgalama Ölçeği-Ebeveyn Formunu doldurmuştur.

Bulgular: Yaş ortalaması 44,50 ± 10,21 yıl olan ebeveynlerin 15'i (%68,2) kadındır. Spearman korelasyon analizi sonucunda kendini damgalama ile depresyon puanları arasında pozitif bir korelasyon saptanmıştır (ρ = 0,540, p = 0,010). Ek olarak ebeveyn yaşı hem kendini damgalama hem de depresyon puanlarıyla pozitif yönde ilişkilidir (sırasıyla ρ = 0,543, p = 0,020; ρ = 0,540, p = 0,021). Anne ve babaların kendini damgalama ve depresyon puanları arasında ise anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (sırasıyla U = 43,00, p = 0,535 ve U = 42,50, p = 0,490).

Sonuç: Kendini damgalamanın OSB tanılı çocukların ebeveynlerinin ruh sağlığı üzerinde olumsuz bir etkisi vardır. Ebeveynlerin ruh sağlığını ve yaşam kalitesini iyileştirmek için kendini damgalamanın ele alınması gerekmektedir.

Anahtar kelimeler: Depresyon, ebeveynler, otizm spektrum bozukluğu, kendini damgalama

ABSTRACT

SELF-STIGMA AND DEPRESSION IN PARENTS OF CHILDREN WITH AUTISM SPECTRUM DISORDER: A PILOT STUDY

Introduction: Autism Spectrum Disorder (ASD) is a global health problem. Parents of children with ASD face considerable public stigma. In addition, parents may internalize these negative attitudes and stereotypes and apply them to themselves, resulting in what has been defined as 'self-stigma.' Previous studies found a positive relationship between self-stigma and mental health problems. The present study examined the relationship between self-stigma and depression in parents of children with ASD.

Methods: Parents of children with ASD who were followed up at Silifke State Hospital and registered at the Çilek Kokusu Social Support and Life Centre for Children with Autism were included in the study. Participants (n = 22) completed the Patient Health Questionnaire-9 and the Self-Stigma Inventory for Families.

Results: The mean age was 44.50 ± 10.21 years, and 15 (68.2%) of the parents were female. Spearman's correlation analysis found a positive correlation between self-stigma and depression scores (ρ = .540, p = 0.010). In addition, parental age was positively related to both self-stigma and depression scores (ρ = .543, p = 0.020; ρ = .540, p = 0.021, respectively). However, no difference was found between mothers' and fathers' self-stigma and depression scores (U = 43.00, p = 0.501 and U = 42.50, p = 0.480, respectively).

Conclusion: Self-stigma has a detrimental effect on the mental health of parents of children with ASD. It is necessary to address parents' self-stigma in order to improve their mental health and quality of life.

Keywords: Depression, parents, autism spectrum disorder, self-stigma

Giriş

Otizm spektrum bozukluğu (OSB), toplumsal iletişim ve etkileşimde sürekli yetersizlik ile birlikte sınırlı, yineleyici davranış, ilgi ya da etkinlikler ile karakterize nörogelişimsel bir bozukluktur [1]. Otizm spektrum bozukluğunun sıklığı gün geçtikçe artmaktadır. Nitekim 1990'lı yıllarda 1/1000'den az olarak ifade edilen OSB sıklığı, son yapılan geniş ölçekli çalışmalarda %1 ila %3 arasında raporlanmıştır [2,3]. Bu durumun altında yatan başlıca nedenler; tanı kriterlerindeki değişiklikler, araştırma yöntemlerindeki farklılıklar ve farkındalığın artmasıdır [4].

OSB tanısı olan çocukların ebeveynleri, toplumda önemli ölçüde damgalanma ile karşı karşıya kalmaktadır. Toplumsal damgalama, beraberinde ayrımcılığı ve dışlanmayı getirir [5]. Buna ek olarak ebeveynler, toplumdaki olumsuz tutumları ve kalıp yargıları içselleştirip kendilerine uygulayabilmektedirler. Bu durum, "kendini damgalama" olarak tanımlanmaktadır [6]. Kendini damgalama ile ilgili birtakım hipotezler öne sürülmüştür. Bu hipotezlerden biri de Corrigan'ın hipotezidir. Corrigan'a göre; kendini damgalama, bireylerin toplumdaki olumsuz tutum ve basmakalıp yargıları içselleştirdikleri, olumsuz deneyimlerle sonuçlanan bir süreçtir [7,8]. Bu sürecin ilk aşaması, bireyin toplumun olumsuz inançlarını algılamasıdır (stereotip farkındalığı). Stereotip farkındalığını, toplumun inançlarının doğru olduğuna inanma ve bu inançların kendisi için de geçerli olduğunu kabul etme izler. Sürecin sonunda bireyler, benlik saygısı ve öz yeterlilikte azalma gibi istenmeyen sonuçları deneyimlerler [9].

Otizm spektrum bozukluğunun artan sıklığı, OSB tanısı olan çocuklara bakım verenlerin (özellikle ebeveynlerin) deneyimlerine olan ilgiyi artırmıştır. OSB tanılı çocukların ebeveynleri, başta depresyon olmak üzere pek çok ruhsal sorunla yüzleşmektedir [10]. Bununla birlikte önceki çalışmalar, kendini damgalama ile ruh sağlığı sorunları arasında pozitif bir ilişki olduğunu ortaya koymuştur [11,12]. Bu çalışmanın amacı, otizm spektrum bozukluğu olan çocukların ebeveynlerinde kendini damgalama ve depresyon arasındaki ilişkiyi araştırmaktır.

Gereç ve Yöntem

Mevcut çalışma, Mart 2023-Nisan 2023 tarihleri arasında yürütülmüş olup kesitsel tiptedir. Çalışmaya, Silifke Devlet Hastanesinde takiplerine devam edilen ve Çilek Kokusu Otizmli Çocuklar Sosyal Destek ve Yaşam Merkezine kayıtlı OSB tanılı çocukların ebeveynleri (n = 22) dâhil edilmiştir. Katılımcılarla yüz yüze görüşme gerçekleştirilmiştir. Çalışma için etik kurul onayı alınmış (Mersin Üniversitesi Klinik Araştırmaları Etik Kurulunun 29/11/2021 tarih ve 2021/791 sayılı yazısı ile) ve Helsinki kriterleri göz önünde bulundurulmuştur.

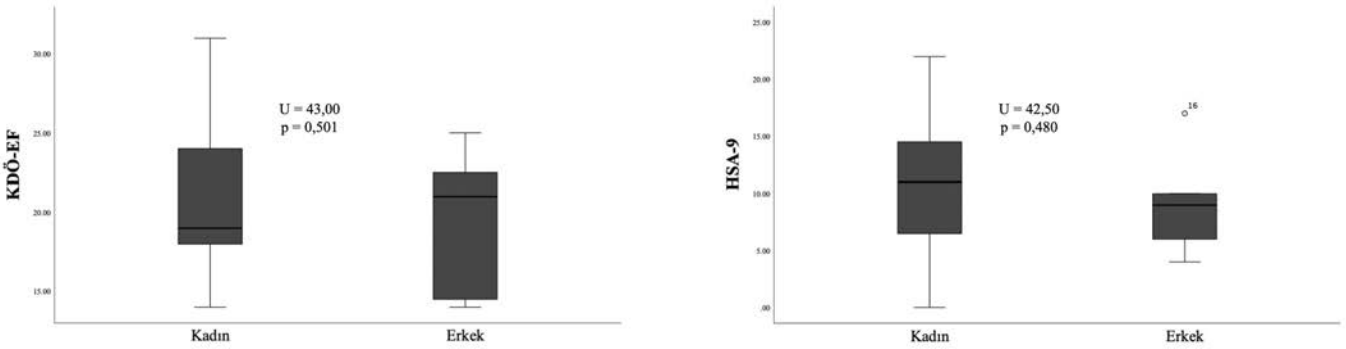
Veri toplama araçları

Hasta Sağlık Anketi-9 (HSA-9): Bireylerin depresyon düzeylerini belirlemek için DSM-IV kriterleri göz önünde bulundurularak geliştirilmiş, bir öz bildirim ölçeğidir [13]. Bireylere, sorularda ifade edilen durumların son iki hafta içerisinde kendilerini ne sıklıkla rahatsız ettikleri sorulmaktadır. Ölçek maddeleri 4'lü Likert tipinde olup (0 = Hiçbir zaman, 3 = Hemen hemen her gün) ölçekten alınan puan 0 ile 27 arasında değişmektedir. Artan ölçek skorları, depresif belirtilerin şiddetinin fazla olduğuna işaret etmektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmış, iç tutarlılık katsayısı 0,84 olarak bulunmuştur [14].

Kendini Damgalama Ölçeği-Ebeveyn Formu (KDÖ-EF): Ruhsal hastalığa sahip olan bireylerin ebeveynlerinde kendini damgalamayı değerlendirilmek için geliştirilmiş, 14 maddeden oluşan bir öz bildirim ölçeğidir. Ölçek maddeleri 5'li Likert tipinde olup (1 = Bana hiç uymaz, 5 = Tamamen uyar) ölçekten alınan puan 14 ile 70 arasında değişmektedir. Artan ölçek skorları, ebeveynlerin kendini damgalama düzeylerinin fazla olduğunu göstermektedir. Ölçek; Yıldız ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olup ölçeğin iç tutarlılık katsayısı 0,88 olarak bulunmuştur [15].

İstatistiksel analiz

İstatistiksel analizler için SPSS 28.0 paket programı kullanılmıştır. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerini belirlemek için tanımlayıcı istatistiksel analizler yapılmıştır. Kendini damgalama ve depresyon skorları arasındaki ilişkiyi belirlemek için Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır. Kendini damgalama ve depresyon skorlarının ebeveynlerin cinsiyetlerine göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek için Mann Whitney-U testi kullanılmıştır. Sonuçlar; tablolar ve grafikler hâlinde sunulmuştur. İstatistiksel anlamlılık değeri 0,05 olarak kabul edilmiştir.



Şekil 1. Ebeveynlerin cinsiyetine KDÖ-EF ve HSA-9 skorlarındaki farklılıklar. Anne ve babaların KDÖ-EF ve HSA-9 puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. (Hasta Sağlık Anketi-9, KDÖ-EF: Kendini Damgalama Ölçeği-Ebeveyn Formu)

Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri (n = 22)

	Ortalama	*Standart sapma*
Yaş (yıl)	44.50	10.21
Çocuk yaşı (yıl)	12.63	6.10
Tanı yaşı (yıl)	1.94	0.70
	n	%
Cinsiyet • Kadın • Erkek	 15 8	 68.2 31.8
Eğitim durumu • Lise ve altı • Üniversite mezunu	 14 8	 63.6 36.4
Çalışma durumu • Çalışıyor • Çalışmıyor	 9 13	 40.9 59.1

Tablo 2. Çalışma değişkenleri arasındaki korelasyonlar

	1	*2*	*3*	*4*
1- Ebeveyn yaşı	-			
2- Çocuk yaşı	0,717***	-		
3- KDÖ-EF	0,540*	0,291	-	
4- HSA-9	0,543*	0,476*	0,540**	-

Spearman korelasyon analizi, HSA-9: Hasta Sağlık Anketi-9, KDÖ-EF: Kendini Damgalama Ölçeği-Ebeveyn Formu, *p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001

Bulgular

Çalışmaya katılan ebeveynlerin ve OSB tanılı çocukların sosyodemografik özellikleri Tablo 1'de özetlenmiştir.

Ebeveynlerin kendini damgalama ve depresyon skorları arasında pozitif yönlü, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($\rho = 0,540$, $p = 0,010$) (Tablo 2). Ebeveyn yaşı hem kendini damgalama hem de depresyon skorlarıyla pozitif yönde ilişkilidir (sırasıyla $\rho = 0,543$, $p = 0,020$; $\rho = 0,540$, $p = 0,021$). OSB tanısı olan çocukların yaşı ile ebeveynlerin depresyon skorları arasında anlamlı bir ilişki bulunmazken ($\rho = 0,291$, $p = 0,189$), çocukların yaşı ile ebeveynlerin kendini damgalama skorları arasında pozitif yönlü bir ilişki saptanmıştır ($\rho = 0,476$, $p = 0,025$) (Tablo 2). Anne ve babaların kendini damgalama ve depresyon puanları arasında ise anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (sırasıyla $U = 43,00$, $p = 0,501$ ve $U = 42,50$, $p = 0,480$) (Şekil 1).

Tartışma

Bu çalışma, OSB tanısı olan çocukların ebeveynlerinde kendini damgalama ve depresyon ilişkisini değerlendirmeyi amaçlamıştır. Çalışmanın sonuçları, ebeveynlerin depresyon ve kendini damgalama skorları arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğunu göstermektedir. Bu sonuç, mevcut literatür ile uyumludur. Öz ve arkadaşları; OSB tanılı çocukların ebeveynleri (n = 69) ile yaptıkları çalışmada, içselleştirilmiş damgalanma skorları ile depresyon ve anksiyete skorları arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğunu saptamışlardır [11]. Chan ve arkadaşları ise yaptıkları boylamsal çalışmada, OSB tanısı olan çocukların ebeveynlerindeki damgalanma algısının ebeveynlik stresi ile pozitif ilişkili olduğunu göstermiştir [12]. Kendini damgalama, olumsuz ruhsal sonuçlarla ilişkili görünmektedir. Bu ilişkinin altında yatan nedenlerden biri, Corrigan'ın hipotezinde de belirtildiği gibi kendini damgalamanın benlik saygısı ve öz yeterlilik inançlarında azalma ile ilişkili olması olabilir. Nitekim yapılan çalışmalar, benlik saygısı düşük ve öz yeterlilik inançları azalmış olan bireylerin ruhsal sorunlara daha yatkın olduğunu ortaya koymuştur [16,17].

Mevcut çalışmanın sonuçları, çocukların yaşı ile ebeveynlerin kendini damgalama skorları arasındaki pozitif yönlü bir ilişki olduğunu ortaya koymuştur. Güncel literatür, bu konuda çelişkiler barındırmaktadır. Çocuklardaki semptomların süresi arttıkça ebeveynler, çocuklarının toplumsal kurallara uymayan davranışlarına (saldırganlık, kendine zarar verme vb.) ve toplumun onlara karşı olan olumsuz tutumlarına daha sık maruz kalmaktadırlar. Bu durum, ebeveynleri damgalanmaya (toplumsal veya içselleştirilmiş) daha açık hâle getirmektedir [18,19]. Öte yandan semptom süresi ve kendini damgalama arasında herhangi bir ilişki bulunmadığını bildiren çalışmalar da mevcuttur. Bu çalışmalardan çıkan ortak sonuç, kendini damgalamanın tıbbi durumun süresinden çok varlığıyla ilişkili olduğudur [20,21].

Mevcut çalışmanın bir diğer bulgusu, çocukların yaşı ile ebeveynlerin depresyon skorları arasında anlamlı bir ilişki olmamasıdır. OSB tanısı olan çocukların ebeveynlerinde depresyon, kaygı bozuklukları ve tükenmişlik gibi ruhsal sorunlar sık görülmektedir. Bununla birlikte semptom süresi uzadıkça ebeveynlerin ruhsal sorunlarla karşılaşma ihtimali artmaktadır. Nitekim Gürbüz Özgür ve arkadaşları; OSB tanısı olan çocukların ebeveynleriyle yaptıkları çalışmada, daha az semptom süresi olan (<5 yıl) çocukların ebeveynlerinin yaşam kalitesinin diğer ebeveynlerden daha yüksek olduğunu saptamışlardır [22]. Mevcut çalışmanın sonuçları, literatürü bu doğrultuda desteklememektedir. Bunun nedeni, örneklem sayısının az olması olabilir.

Otizm spektrum bozukluğu küresel bir sağlık sorunu hâline gelmiştir. OSB tanılı bir çocuğa sahip olmak, ebeveynlerin ruh sağlığını ve yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. Ebeveynlerde içselleştirilmiş damgalanmanın ele alınması, ebeveynlerin ruh sağlığının korunması ve yaşam kalitesinin iyileştirilmesi için gereklidir. Bu doğrultuda özşefkat ve bilinçli farkındalık odaklı müdahaleler, sosyal destek gruplarının oluşturulması, OSB hakkındaki farkındalığın artırılması gibi birey ve toplum temelli müdahaleler oldukça önemlidir.

Kaynaklar

1. American Psychiatric Association DS, Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. vol. 5. American psychiatric association Washington, DC; 2013.
2. Maenner MJ, Shaw KA, Bakian A V, Bilder DA, Durkin MS, Esler A, et al. Prevalence and characteristics of autism spectrum disorder among children aged 8 years—autism and developmental disabilities monitoring network, 11 sites, United States, 2018. MMWR Surveillance Summaries 2021;70:1.
3. Zeidan J, Fombonne E, Scorah J, Ibrahim A, Durkin MS, Saxena S, et al. Global prevalence of autism: A systematic review update. Autism Research 2022;15:778–90.
4. Deguchi NK, Asakura T, Omiya T. Self-stigma of families of persons with autism spectrum disorder: A scoping review. Rev J Autism Dev Disord 2021:1–16.
5. Avcil C, Bulut H, Sayar GH. Psikiyatrik hastalıklar ve damgalama. Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi 2016:175–202.
6. Corrigan PW, Rafacz J, Rüsch N. Examining a progressive model of self-stigma and its impact on people with serious mental illness. Psychiatry Res 2011;189:339–43.
7. Corrigan PW, Rao D. On the self-stigma of mental illness: Stages, disclosure, and strategies for change. The Canadian Journal of Psychiatry 2012;57:464–9.
8. Göpfert NC, Conrad von Heydendorff S, Dreßing H, Bailer J. Applying Corrigan's progressive model of self-stigma to people with depression. PLoS One 2019;14:e0224418.
9. Corrigan PW, Watson AC, Barr L. The self–stigma of mental illness: Implications for self–esteem and self–efficacy. J Soc Clin Psychol 2006;25:875–84.
10. Kütük MÖ, Tufan AE, Kılıçaslan F, Güler G, Çelik F, Altıntaş E, et al. High depression symptoms and burnout levels among parents of children with autism spectrum disorders: a multi-center, cross-sectional, case–control study. J Autism Dev Disord 2021:1–14.
11. Öz B, Yüksel T, Nasiroğlu S. Otizm spektrum bozukluğu tanısı alan çocukların annelerinde görülen depresyon-anksiyete belirtileri ve damgalanma algısı. Arch Neuropsychiatry 2019;57:50–5.
12. Chan KKS, Yip CCH, Leung DCK. Longitudinal impact of self-stigma content and process on parental warmth and hostility among parents of children with autism spectrum disorder. J Autism Dev Disord 2022:1–9.
13. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. J Gen Intern Med 2001;16:606–13.
14. Sari YE, Kokoglu B, Balcioglu H, Bilge U, Colak E, Unluoglu I. Turkish reliability of the patient health questionnaire-9. Biomedical Research-India 2016;27:S460–2.
15. Yıldız M, İncedere A, Kiras F, Abut FB, Kırcalı A, İpçi K. Development of Self-Stigma Inventory for Families of the patients with schizophrenia (SSI-F): validity and reliability study. Psychiatry and Clinical Psychopharmacology 2019;29:463–71.
16. Heerman WJ, Taylor JL, Wallston KA, Barkin SL. Parenting self-efficacy, parent depression, and healthy childhood behaviors in a low-income minority population: A cross-sectional analysis. Matern Child Health J 2017;21:1156–65.
17. Cantwell J, Muldoon O, Gallagher S. The influence of self-esteem and social support on the relationship between stigma and depressive symptomology in parents caring for children with intellectual disabilities. Journal of Intellectual Disability Research 2015;59:948–57.
18. Salleh NS, Abdullah KL, Yoong TL, Jayanath S, Husain M. Parents' experiences of affiliate stigma when caring for a child with autism spectrum disorder (ASD): A meta-synthesis of qualitative studies. J Pediatr Nurs 2020;55:174–83.
19. Lee GK. Parents of children with high functioning autism: How well do they cope and adjust? J Dev Phys Disabil 2009;21:93–114.
20. Bekiroğlu S, Demiröz F. Toplum ruh salığı merkezlerinde hizmet alan ağır ruhsal hastalığa sahip bireylerin algıladıkları sosyal damgalanmanın incelenmesi. Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi 2020;24:41–52.
21. Bekiroğlu S. Ruhsal hastalığa sahip bireylere yönelik damgalama: Etkileyen faktörlere ve bireyler üzerindeki etkilerine dair kavramsal bir çalışma. OPUS International Journal of Society Researches 2021;17:595–618.
22. Özgür BG, Aksu H, Eser E. Factors affecting quality of life of caregivers of children diagnosed with autism spectrum disorder. Indian J Psychiatry 2018;60:278.

SS-50 Kişilik Bozuklukları

ANTİSOSYAL KİŞİLİK BOZUKLUĞU OLAN BİREYLERDE BAŞA ÇIKMA TUTUMLARI

Gülay Taşcı[1], Filiz Özsoy[2], Bahadır Demir[3]

[1]Elazığ Fethi Sekin Şehir Hastanesi
[2]Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi/Tıp Fakültesi
[3]Gaziantep Üniversitesi/Tıp Fakültesi

Giriş

Antisosyal kişilik bozukluğu, başkalarının haklarının kronik bir şekilde göz ardı edilmesi ve çiğnenmesi ile ilişkili kişilik bozukluğu örüntüsüdür. Tanı kriterleri arasında yasa dışı eylemlerde bulunma, hilekarlık, manipülasyon, dürtüsellik, saldırganlık, kişiler arası ilişkilerde aksamalar ve kazançlı bir işi sürdürememe sayılabilir (1).

Başa çıkma, bireyin kendine zorluk oluşturan olay ya da durumlara karşı dayanmak için gösterdiği bilişsel, duygusal ve davranışsal tepkiler olarak tanımlanabilir. Başa çıkma tutumları yaş, cinsiyet, kültür ve hastalık gibi çok çeşitli etkenlere bağlı olarak değişebildiğinden bireye özgü bir nitelik taşımaktadır (2,3). Bireyin kendisinden beklenen psikolojik, fiziksel ve sosyal işlevlerini yerine getiremediğinde stres yaratan durumun olumsuz sonuçlarını azaltmak ya da tümüyle başa çıkmak için bazı tutumlar geliştirmesi beklenir. Başa çıkma tutumları özgül bilişsel, duygusal ve davranışsal çabaları içerir. (2). Sorun çözmeye yönelik olanlar (problem odaklı), duygusal odaklı olanlar ve işlevsel olmayan (kaçma ve kaçınma davranışları) başa çıkma tutumları olarak üçe ayrılmaktadırlar (4). Daha çok, duygusal gerilimi azaltmaya yönelik başa çıkma tutumlarının kullanılması ile psikopatolojik belirtilerin ortaya çıkmasında ve sürmesi arasında anlamlı bir ilişki olduğu gösterilmiştir (5). Bir başka şekilde, başa çıkma tutumları aktif ve pasif olan tutumlar şeklinde tanımlanmaktadır. Aktif olanlar stresörün kendisinin değiştirilmesini ya da ortadan kaldırılmasını hedefleyen davranışsal ya da psikolojik yanıtları, pasif olanlar ise stresörden uzaklaştıran davranışları içerir. Bu açıdan başa çıkma tutumlarını uyuma yönelik olanlar ve olmayanlar şeklinde tanımlamak da mümkündür. Uyuma yönelik olmayan başa çıkma tutumları, stres oluşturan etkenler ya da yaşam olayları ile psikiyatrik bozukluklar arasındaki ilişkinin anlaşılmasında önemli bir rol oynamaktadır. Uyuma yönelik ya da aktif başa çıkma tutumlarından çok, duygusal gerilimi azaltmaya yönelik başa çıkma tutumlarının kullanılması ile psikopatolojik belirtilerin ortaya çıkmasında ve sürmesinde anlamlı bir ilişki olduğu gösterilmiştir. Bu bağlamda kişinin stres yaratan bir durum karşısında kullandığı başa çıkma tutumlarını bilmek, tedavi hedeflerinin belirlenmesinde ve tedavi etkinliğinin izlenmesinde yardımcı olacaktır (6).

Bu çalışma; Antisosyal Kişilik Bozukluğu (ASKB) olan bireylerin başa çıkma tutumlarını sağlıklı kontroller ile karşılaştırarak incelemek amacı ile yapılmıştır.

Yöntem

Çalışmaya 50 kişi ASKB tanısı alan ve 50 kişi sağlıklı kontrol grubu olarak dahil edildi. Tüm katılımcılara demografik veri formu ve COPE (Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği) uygulandı.

COPE ölçeği; stresli durumlar karşısında kullanılan başa çıkma stratejilerini belirlemek amacıyla Carver ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (7). Toplamda 60 sorulu ve on beş alt ölçek halinde değerlendirilen bir öz bildirim ölçeğidir. Alt ölçekler; 1. Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme, 2. Zihinsel boş verme, 3. Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma, 4. Yararlı sosyal destek kullanımı, 5.Aktif başa çıkma, 6. İnkar, 7. Dini olarak başa çıkma, 8. Şakaya vurma, 9. Davranışsal olarak boş verme, 10. Geri durma, 11. Duygusal sosyal destek kullanımı, 12. Madde kullanımı, 13. Kabullenme, 14. Diğer meşguliyetleri bastırma, 15. Plan yapma şeklindedir. Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği Ağargün ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (8).

Bulgular

ASKB grubu yaş ortalaması 31.03±8.84 iken kontrol grubu 29.16±6.22 idi (p=0.113). Kişilik bozukluğu grubunda evli kişi sayısı 32 (% 64) iken boşanmış kişi sayısı 7 (%14) olarak hesaplandı. ASKB grubunda 6 (%12) kişi okuma yazma biliyor, 33 (%66) kişi ilköğretim mezunu, 8(%16) kişi lise mezunu, 3(%6) kişi üniversite mezunu olduğu görülmüştür. ASKB grubunda 10 (%20) kişinin düzenli gelir getiren bir işte çalıştığı, 28(%56) kişinin düzensiz/geçici işçi olarak çalıştığı, 1(%2) kişinin halen öğrenci olduğu, 11(%22) kişinin ise herhangi bir işte çalışmadığı görülmüştür.

ASKB grubunda %88'nin sigara kullanımının olduğu (p<0.001), %80'nin adli öyküsünün olduğu (p<0.001), %80'inin kendine zarar verici davranışının/self mutilasyon izinin olduğu(p<0.001), %56'sında madde kullanım öyküsünün olduğu (p<0.001) görülmüştür.

COPE ölçeği sonuçlarına göre; zihinsel olarak boş verme (p=0.140), soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma (p=0.683), şakaya vurma (p=0.741), geri durma (p=0.218), inkar (p=0.90), kabullenme (p=0.424) ve diğer meşguliyetleri bastırma (p=0.102) alt ölçeklerinde kontrol grubu ile farklılık saptanmamıştır. Diğer alt ölçeklerden; davranışsal olarak boş verme (p=0.000) kişilik bozukluğu grubunda yüksek iken diğer alt ölçekler düşük olarak bulundu (Tablo 1).

Tablo 1. Grupların nicel değişkenlerinin analizi

	Antisosyal kişilik bozukluğu hasta grubu (N=50)	*Sağlıklı Kontrol Grubu (N=50)*	*F*	*P*
COPE	*Ort*±SS	*Ort*±SS	ANOVA	
Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme	10.50±3.57	13.0±2.8	5.141*	0.000
Zihinsel boş verme	8.72±3.16	9.50±2.62	1.666	0.140
Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma	10.19±3.47	9.98±2.23	11.688	0.683
Yararlı sosyal destek kullanımı	9.18±3.62	11.58±2.55	7.929*	0.000
Aktif başa çıkma	9.93±3.57	12.46±2.84	6.270*	0.000
İnkar	8.24±3.55	7.28±2.72	7.499	0.90
Dini olarak başa çıkma	11.65±4.03	13.12±3.24	3.766*	0.028
Şakaya vurma	8.08±3.19	8.26±2.18	11.683	0.711
Davranışsal olarak boş verme	*8.55*±3.61	6.54±2.47	7.042	0.000
Geri durma	9.26±3.19	8.68±2.01	12.584	0.218
Duygusal sosyal destek kullanımı	9.09±3.55	10.30±2.22	13.754*	0.021
Kabullenme	9.04±3.03	9.44±2.50	1.769	0.424
Diğer meşguliyetleri bastırma	9.57±3.53	10.50±2.77	4.157	0.102
Plan yapma	9.42±3.50	12.62±3.02	2.682	0.000
	SO	SO	MWU	P
Madde kullanımı	77.01	41.98	824.00	0.000

Tabloda verilen kısaltmalar: COPE: Başa çıkma tutumları ölçeği
Hesaplamalarda tablonun üstünde ANOVA kullanılırken, alt kısımda Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Tablonun üst kısmında verilen değerler ortalama±standart sapma, alt kısımda verilen değerler ise Sıra Ortalamasıdı olarak sunulmuştur. *p<0.05

Tartışma

Elde ettiğimiz sonuçlara göre ASKB tanılı bireylerin sağlıklı kontrollere kıyasla başa çıkma tutumlarında farklılıklar olduğu görülmüştür. Yapılan birçok çalışmada kişilik bozukluğu olan hastalarda işlevsel olmayan başa çıkma tutumlarının (felaketleştirme, başkalarını suçlama ve ruminasyon gibi) normal bireylerden daha yüksek olduğu görülmüştür (9). Özellikle B kümesi kişilik bozukluklarında empati eksikliğinin olduğu, sosyal problem çözme becerilerinin düşük olduğu ve bu nedenle kişiler arası ilişkilerde uyum sorunu yaşadıkları öne sürülmüştür (10). 137 psikiyatri hastasıyla yapılan bir çalışmada, kişilik bozukluğu olan hastalarda aşırı kaçınmacı başa çıkma tutumlarının ön planda olduğu ve sosyal destek arama puanlarının ise düşük olduğu görülmüştür (11). Ülkemizde ASKB tanılı bireylerde yapılan bir çalışmada ise kendine zarar verme davranışı ve madde kullanımı olan bireylerde işlevsel olmayan başa çıkma tutumlarının daha yüksek olduğu görülmüştür (12).

Stresli yaşam olayları ile baş edebilmek için kullandığımız tutumlar ve davranışlar stresi yönetmemizde oldukça önemli olmaktadır (13-15). Adli olaylara da sık karıştığı bilinen ASKB grubunda stresi yönetmek için kullandıkları yöntemlerde farklılıklar olduğunu gördük (16). Bu hastalarda stresi yönetmek için daha uygun yöntemler öğretilebilirse hastaların işlevselliklerinin iyiye gidebileceği düşünülmüştür (17). Ayrıca uygun başa çıkma yöntemlerini kullanmak sorunla mücadele etmede dolayısıyla yaşam kalitelerini artırmada önemli yer tutmaktadır (18).

Kaynaklar

1. American Psychiatric Association, Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-5 (5th ed.), American Psychiatric Publishing, Washington, DC (2013).
2. Hiçdurmaz D. Hemodiyaliz ve Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi Uygulanan Hastaların Stresle Baş Etme Biçimlerinin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2005.
3. Folkman S, Lazarus RS, Gruen RJ, DeLongis A. Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. J Pers Soc Psychol 1986; 50:571-579.
4. Folkman S, Lazarus RS. An analysis of coping in a middle-aged community sample. J Health Soc Behav 1980; 21:219-239.
5. Rohde P, Lewinshon TM, Tilson M, Seeley J. Dimensionality of coping and its relation to depression. J Pers Soc Psychol 1990; 58:499-511.
6. Şengül, S. & Baykan, H. (2013). Zihinsel Engelli Çocukların Annelerinde Depresyon,Anksiyete ve Stresle Başa Çıkma Tutumları . Kocatepe Tıp Dergisi , 14 (1) , 30-39 .
7. Carver CS, Scheier MF, Weintraub JK. Assessing Coping Strategies: A Theoretically Based Approach. J Pers Soc Psychol 1989;56(2):267-83.
8. Ağargün MY, Beşiroğlu L, Kıran ÜK, Özer ÖA, Kara H. COPE (Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği): Psikometrik Özelliklere İlişkin Bir Ön Çalışma. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2005;6(4):221-6.
9. Van Wijk-Herbrink, M., Andrea, H., & Verheul, R. (2011). Cognitive coping and defense styles in patients with personality disorders. *Journal of personality disorders*, *25*(5), 634-644.
10. Thoma, P., Friedmann, C., & Suchan, B. (2013). Empathy and social problem solving in alcohol dependence, mood disorders and selected personality disorders. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, *37*(3), 448-470.

11. Bijttebier, P., & Vertommen, H. (1999). Coping strategies in relation to personality disorders. *Personality and Individual Differences*, *26*(5), 847-856.
12. Balikçi, A., & Balibey, H. (2012). ANTİSOSYAL KİŞİLİK BOZUKLUĞU TANISI KONULAN ASKERLERDE KENDİNE ZARAR VERME DAVRANIŞI, DİSOSİYATİF YAŞANTILAR VE BAŞA ÇIKMA TUTUMLARI. *Anatolian Journal of Clinical Investigation*, *6*(1).
13. Spurrelll MT, Mc Farlane AC. Post-travmatic stress disorder and coping after a natural disaster. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 1993; 28:194-200.
14. Wegner DM, Schneider DJ, Carter SR, White TL. Paradoxical effects of thought suppression. J Pers Soc Psychol 1987; 53:5-13.
15. Çarman, K. (2015). Kişilerarası çatışma çözme yaklaşımlarının, psikolojik sağlamlık ve kişilik özellikleri açısından incelenmesi (Master's thesis, Necmettin Erbakan Üniversitesi).
16. YAZICI, H. G., & BATMAZ, M. Antisosyal Kişilik Bozukluğu Olan Bireylerde Psikoeğitimin Öfke Davranışlarına Etkisi. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 13(Ek 1), 298-310.
17. Ertekin Tipigil, S. (2019). Denetimli serbestliği olan bağımlı hastalara uygulanan psikoeğitimin bireysel başetme ve umut-umutsuzluk düzeylerine etkisi (Master's thesis, Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
18. Deniz M.E. The Relationship Among Coping with Stres, Life Satisfaction, Decision Making Styles and Decision Self- Esteem. An Investigation on Turkish Universty Students. Sosyal Behavior and Personality: An International Journal 2006;34(9):1161-70.

SS-51 Şizofreni Ve Diğer Psikotik Bozukluklar

ŞİZOFRENİ HASTALARINDA AKUT PSİKOTİK DÖNEMİN, KANDA ÖLÇÜLEN FİZYOLOJİK DEĞERLER ÜZERİNE ETKİSİ

Güler Çelikel[1], Tevfik Kalelioğlu[2], Suat Yalçın[3], Nesrin Karamustafalıoğlu[4]

[1]Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Erzincan
[2]Virginia Üniversitesi,Psikiyatri ve Nörodavranış Bilimleri Departmanı, Charlottesville-Virginia, ABD
[3]Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Erişkin Psikiyatri Kliniği, İstanbul
[4]Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, İstanbul

Giriş: Plazma osmolaritesinin kardiyovasküler hastalıklarda prognoz göstergesi ve mortalite için bağımsız bir risk faktörü olduğuna dair kanıtlar giderek artmaktadır (1). Tam kan viskozitesi ise kardiyovasküler hastalıklarda bilinen diğer kardiyometabolik risk faktörleri ile ilişkili olarak rol oynamaktadır (2). Genel popülasyona benzer şekilde şizofreni hastalarında en sık ölüm nedeni kardiyovasküler hastalıklardır (3). Bu çalışmada şizofreni hastalarında akut dönemin tam kan viskozitesi ve plazma osmolaritesi gibi fizyolojik değerler üzerine etkilerinin araştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmamıza, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri'ne başvuran DSM-5'e göre şizofreni tanısı doğrulanmış erkek hastalardan, çalışmaya dâhil edilme kriterlerini karşılayan 121 hasta alınmıştır.

Serum osmolaritesi (Osm) 275–295 mOsm/L aralığındadır ve sodyum (Na), glukoz ve üre değerleri ile aşağıdaki formüle göre hesaplanır.

Osmolarite (mOsm/L H2O) = 2[Na+]+ Glukoz/18 + BUN/2.8 (4).

Tam kan viskozitesi Simone formülü ile hematokrit (HCT) ve toplam plazma proteini (TP) değerleri kullanılarak düşük ve yüksek kesme hızlarında değerlendirilir;

Düşük kesme hızında (LSR) WBV (0,5 sn-1) = (1,89 × HCT) + 3,76 (TP-78,42)

Yüksek kesme hızı (HSR) WBV (208 sn-1) = (0,12 × HCT) + 0,17 (TP -2,07) (5).

Bulgular: Çalışmaya katılan hastaların akut ve remisyon dönemleri arasında serum osmolarite değerleri arasında fark saptanmamıştır (p=0,360). Akut dönemde sodyum değerleri anlamlı olarak yüksek saptanırken, üre ve glukoz değerleri ise remisyon döneminde anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Akut ve remisyon döneminde HSR (yüksek kayma oranları) ve LSR'de (düşük kayma oranları) tam kan viskozite değerleri arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır (p=0,472 ve p=0,428). Ayrıca akut ve remisyon dönemleri arasında HCT (hematokrit) ve total protein değerleri gibi viskozite parametreleri arasında fark görülmemiştir. Remisyon döneminde LDL, HDL, total kolesterol ve trigliserit gibi kardiyometabolik risk faktörlerinin değerleri anlamlı olarak yüksek saptanmıştır. Kan lipit değerlerindeki değişimler ile tam kan viskozitesindeki değişim arasında korelasyon bulunmuştur. Osmolarite ve viskosite değerleri ve parametreleri tabloda gösterilmiştir.

Tartışma: Dopamin endojen bir modülatör olarak sıvı elektrolit dengesi, kan basıncı düzenlenmesi ve renal redoks homeostazı gibi böbrek fonksiyonlarını düzenleyen lokal bir natriüretik sistem olarak işlev görür (6). Çalışmamızda dopaminin şizofreni ile su-elektrolit homeostazı arasında bir bağlantı noktası olabileceğini ve ozmolaritenin şizofreni mortalitesinde belirleyici bir faktör olabileceğini varsaydık**.** Ancak şizofreni hastalarında akut ve remisyon dönemleri arasında plazma osmolaritesi ve tam kan viskozite değerleri arasında farklılık saptanmamış; remisyon döneminde osmolarite parametreleri ve viskozite ile ilişkili metabolik değerler akut döneme göre daha yüksek saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Şizofreni, Osmolarite, Viskozite

Kaynaklar

1. Arévalo-Lorido JC, Gómez JC, Formiga F, Conde-Martel A, Carrera-Izquierdo M, Muela-Molinero A, Dávila-Ramos MF, Serrado-Iglesias A, Manzano-Espinosa L, Montero-Pérez-Barquero M. High serum osmolarity at admission determines a worse outcome in patients with heart failure: Is a new target emerging? Int J Cardiol [Internet] Elsevier B.V., 2016; 221:238–42. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.ijcard.2016.07.084
2. Kensey KR. The mechanistic relationships between hemorheological characteristics and cardiovascular disease. Curr Med Res Opin 2003; 19:587–96.
3. American Psychiatric Association. (1997). Practice guidelines for the treatment of patients with schizophrenia. American Journal of Psychiatry 154(4 Suppl.):1-63.
4. Fazekas AS, Funk GC, Klobassa DS, Rüther H, Ziegler I, Zander R, Semmelrock HJ. Evaluation of 36 formulas for calculating plasma osmolality. Intensive Care Med 2013; 39:302–8.
5. De Simone G, Devereux RB, Chien S, Alderman MH, Atlas SA, Laragh JH. Relation of blood viscosity to demographic and physiologic variables and to cardiovascular risk factors in apparently normal adults. Circulation 1990; 81:107–17.
6. Choi MR. Renal dopaminergic system: Pathophysiological implications and clinical perspectives. World J Nephrol 2015; 4:196–212.

Tablo 1. Serum osmolarite ve parametrelerinin şizofreni akut ve remisyon dönemleri arasında karşılaştırılması				
	Birim	***Akut (n=121)*** ***Ortalama ± SS***	***Remisyon (n=121)*** ***Ortalama ± SS***	***p***
Serum Osmolaritesi[α]	mOsm/L	296,83 ± 6,15	296,13 ± 6,35	0,360
		Min-Max (Ortanca)	**Min-Max (Ortanca)**	
Glukoz[β]	mg/dL	60-112 (85)	72-125 (95)	<0.001**
Na[β]	mmol/L	133-146 (142)	133-147 (140,5)	0,005*
BUN[β]	mg/dL	9-53 (23,57)	10-50,52 (25,43)	0,006*

Tablo 2. Tam kan viskozitesi ve parametrelerinin şizofreni akut ve remisyon dönemleri arasında karşılaştırılması				
	Birim	**Akut (n=121)** **Ortalama ± SS**	***Remisyon (n=121)*** ***Ortalama ± SS***	***p***
LSR'de tam kan viskozitesiα		53,80 ± 23,14	51,88 ± 16,87	0,428
HSR'de tam kan viskozitesiα		16,95 ± 1,13	16,87 ± 0,79	0,472
Total proteinα	g/dL	7,03 ± 0,52	6,98 ± 0,42	0,303
		Min-Max (Ortanca)	**Min-Max (Ortanca)**	
Hematokritβ	%	30,8-53,9 (45,3)	35,3-50,1 (45,3)	0,782

SS-52 Klinik Psikiyatri

BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİNDE YATAN HASTALAR İÇİN İSTENEN PSİKİYATRİ KONSÜLTASYONLARININ İNCELENMESİ

Tülay Satı Kırkan[1], Nazan Dolapoğlu[2]

[1]Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Balıkesir, Türkiye
[2]Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Balıkesir, Türkiye

Giriş

Fiziksel hastalıkların birçoğunda davranışsal, duygusal, bilişsel ve kişilerarası tepkiler gelişir. Ortaya çıkan ruhsal durum ve tepkiler, çoğu zaman organizmanın uyum süreci çerçevesinde gelişmektedir (1). Konsültasyon liyezon psikiyatrisi (KLP), genel klinik tıp alanlarıyla iş birliğine dayanan fiziksel durumlarla ruhsal ve psikososyal durumlar arasındaki bağlantı ve etkileşimi araştıran bir psikiyatri disiplinidir. Bu disiplin hastanın bedensel, ruhsal, toplumsal bütünlüğü içinde ele alınmasına yardımcı olur (2).

Konsültasyon liyezon psikiyatrisi (KLP), fiziksel rahatsızlıklar ile psikososyal etmenler arasındaki etkileşimi inceleyen, dahili klinik bilimler ve diğer uzmanlık alanları arasındaki bağlantıları araştıran ve bedensel hastalıklara eşlik eden ruhsal bozukluk ve psikososyal sorunların tanı ve tedavisi ile ilgilenen psikiyatri disiplinidir (3,4). Konsültasyon diğer branş hekimlerinin talebi üzerine tıbbi hastalığı olan hastaların psikiyatrik değerlendirme ve tedavilerinin biyopsikososyal bütünlük çerçevesinde psikiyatri hekimlerince yapılması; "liyezon" ise psikiyatri ekibinin hastanın tıbbi hastalığının tedavisini yürüten ekip ile ortak çalışmasını tanımlamaktadır (5). KLP disiplininin amacı tıbbi bölümlerde psikiyatrik morbiditeyi tanımak, tedavi etmek ve engellemek; ayrıca psikososyal etkenleri inceleyerek tedavi ve bakım aşamasında tıbbi hizmeti bütüncül kılarak belirlemektir. Her hastanın biyopsikososyal bir bütün olarak değerlendirilmesi gerekmektedir (3).

Sağlıklı kişilerle karşılaştırıldıklarında fiziksel rahatsızlığı bulunan kişilerde ruhsal bozukluk görülme sıklığı daha fazladır. Yapılan çalışmalarda toplumda ruhsal bozuklukların bir aylık yaygınlığı yaklaşık %16 iken, fiziksel hastalığı olanlarda bu oran %21-26 arasında bulunmuştur (6). Kronik fiziksel hastalığı olanlarda ise yaşam boyu ruhsal bozukluk yaygınlığı %42 olarak bulunmuştur (7). Ölçek kullanılarak yapılan epidemiyolojik çalışmalarda ise yatan hastalarda psikiyatrik eş tanının %41,3 ile %46,5 arasında değiştiği belirtilmiştir (8). Psikiyatrik eş tanı hastanede yatış süresinin uzaması, artmış morbidite ve mortalite riski ile ilişkili bulunmuştur. Bedensel hastalıklarda psikiyatrik eş tanı yeterince tanınmamakta ve tedavi edilmemektedir. Yatan hastalara zamanında tanı konulup etkin bir şekilde tedavi edilmeleriyle toplam hasta maliyetinin azalacağı ve hastaların iyileşme süreçlerinin daha hızlı olacağı ileri sürülmüştür (6,8).

Bu araştırmada bir üniversite hastanesindeki psikiyatri konsültasyon hizmetlerinin hastaların sosyodemografik özelliklerine, konsültasyon istenen kliniklere, konsültasyon istenen hastaların psikiyatrik tanılarına göre dağılımı incelenmiştir.

Yöntem

01/01/2022-31/12/22 tarihleri arasında Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nin acil servis dışındaki bölümlerinde yatarak tedavi gören ve psikiyatri konsültasyonu istenen 18 yaş ve üzeri hastalar hastane bilgi işlem sistemi üzerinde geriye dönük olarak tarandı. Tanısal değerlendirme, DSM 5 tanı ölçütlerine dayanan klinik görüşme ile yapıldı (20). Araştırmada; konsültasyon istenen hastaların sosyodemografik verileri, konsültasyon isteyen bölüm, psikiyatri uzmanı tarafından konulan tanı açısından değerlendirmeler yapıldı. Çalışma için Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi Etik Kurulu'ndan onay alındı (sayı:2023-56).

Bulgular

Araştırmaya psikiyatri dışı kliniklerde yatarak tedavi gören hastalardan, psikiyatri konsültasyonu istenen 508 hasta dahil edilmiştir. Bu hastalardan 259(%51'i erkek, 249(%49'u kadındır. Hastaların yaş ortalaması 57'dir. Psikiyatri konsültasyonu isteyen bölümlerin sıklık dağılımı incelendiğinde, sıralamanın sırasıyla en sık dahiliye 188(%37), göğüs hastalıkları 56(%11), kardiyoloji 53(%10.4), nöroloji 47(%9.2), fizik tedavi 40(%7.8) şeklinde olduğu görüldü. Konsültasyon istenen hastaların psikiyatrik tanıları sırasıyla genel psikiyatrik muayene, başka yerde sınıflanmamış 186(%36.6), anksiyete bozuklukları diğer, tanımlanmış 117(%23), karışık anksiyete ve depresif bozukluk 28(%5,5), birden fazla ilaç ve diğer psikoaktif madde kullanımına bağlı akut zehirlenme 19(%3.7), uyum bozuklukları 17(%3.3) olarak saptanmıştır.

Tartışma

Çalışmamızda bir yıllık süre içerisinde psikiyatri bölümünden istenen konsültasyonlar geriye dönük olarak incelenmiştir. Erkek hastalar için, kadınlara oranla daha çok konsültasyon istendiği, en sık konsültasyon isteyen bölümlerin dahiliye, göğüs hastalıkları, kardiyoloji, nöroloji ve fizik tedavi gibi dahili bölümler olduğu, hastalara en sık genel psikiyatrik muayene tanısı dışında anksiyete bozukluğu tanısı konulduğu görülmüştür.

Çalışmamızın sosyodemografik verilerine göre konsültasyon istenen hastaların %51'i erkek, %49'u kadınlardan oluşuyordu. Literatürde yapılan çalışmaların büyük çoğunluğunda kadınların oranının daha yüksek olduğu görülmüştür (9,10,11). Kadınlarda ruhsal bozuklukların daha sık ve yaygın görülmesi biyolojik, ruhsal, toplumsal, kültürel ve sosyolojik nedenlere bağlanmıştır. Ayrıca bu sonuç kadınların erkeklere göre kendilerini sözel olarak daha iyi ifade edebildiği ve ruhsal sorunları tanıma ve ifadede daha iyi oldukları ile ilgili olduğu yapılan bir çalışmada bildirilmiştir (12). Bizim çalışmamızda ise diğer çalışmalardan farklı olarak erkekler için istenen konsültasyonların, kadınlardan daha fazla olmakla beraber bu oranların birbirine yakın olduğu saptanmıştır.

Yaş açısından bakıldığında ise hastaların yaş ortalamasının 57 olduğu görüldü. Fiziksel hastalıkların artış gösterdiği yaşlarda konsültasyon sayısının yoğun olması beklenen bir sonuçtur. Yapılan birçok çalışmada psikiyatri konsültasyonu istenen hastaların 45-55 yaşları arasında olduğu bildirilmiştir (9,11,12,13).

Yapılan birçok çalışmada dahiliye ve göğüs hastalıkları en çok konsültasyon istenen bölümler olmuştur (14). Bizim çalışmamızda da literatürle uyumlu olarak dahiliye ve göğüs hastalıkları en çok konsültasyon isteyen bölümler olmuştur.

Psikiyatrik muayene sonucunda konulan psikiyatrik tanılar ise anksiyete bozuklukları, depresif bozukluk, uyum bozukluğu, deliryum, uyku bozukluğu, bipolar bozukluk şeklinde sıralanmıştır. Yapılan çalışmalarda genel olarak ilk iki sırada depresif bozukluklar ve anksiyete bozuklukları yer almaktadır (11,12,15).Bu açıdan bizim çalışmamız da literatürle uyumlu olarak en sık genel psikiyatrik muayene tanısı dışında anksiyete bozukluğu ile karışık anksiyete ve depresif bozukluk tanısı konulduğu görülmüştür.

Sonuç: Araştırmamızın sonuçları fiziksel hastalıklarda psikiyatrik morbiditenin araştırılması ve hastaların bütüncül bir yaklaşım ile değerlendirilmesi açısından konsültasyon liyezon psikiyatrisinin önemini vurgulamaktadır.

Anahtar Sözcükler: konsültasyon liyezon psikiyatrisi, yatan hasta

Kaynaklar

1. Gokcen C, Celik YI. The Evaluation Of Child And Adolescent Psychiatry Consultations from other Inpatient Clinics in a Training Hospital. Sak Med J 2011; 1: 140-144.
2. Aktepe E, Kocaman O, Işık A, Eroğlu FÖ. Bir Üniversite Hastanesinde İstenen Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Konsültasyon Hizmetlerinin Değerlendirilmesi TAF Prev Med Bull 2013; 12: 539-544.
3. Tüzün DU. Çocuk psikiyatrisinde konsültasyon liyezon, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları içinde. SA Aysev ve Y Işık Taner (Editör). Istanbul: Golden Print. 2007: 823-825.
4. Çolpan M, Eray Ş, Vural P. Uludağ Üniversitesi Hastanesinde Son Bir Yılda İstenen Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Konsültasyonlarının Değerlendirilmesi. Güncel Pediatri. 2013; 11: 101-106.
5. Gürkan CK. Çocuk ve Ergende Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisine Genel Bakış ve Etik. Turkiye Klinikleri J Child Psychiatry-Special Topics. 2016; 2: 1-6.
6. Ito H, Kishi Y, Kurosawa H. A preliminary study of staff perception of psychiatric services in general hospitals. Gen Hosp Psychiatry 1999; 21: 57-61.
7. Hochlehnert A, Niehoff D, Herzog W, Löwe B. Elevated costs of treatment in medical inpatients with psychiatric comorbidity are not reflected in the German DRG-system. Psychother Psychosom Med Psychol 2007; 57: 70-75.
8. Salomon RM. Handbook of Consultation-Liaison Psychiatry. J Clin Psychiatry 2008; 69: 684.
9. Özsoy, F. Ruh sağlığı ve Hastalıkları Bölümünden İstenen Konsültasyonların geriye Dönük İncelenmesi. Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2018; 10(2): 46- 56.
10. Uyar B, Gürgen F. Bir Üniversite Hastanesinde Psikiyatri Konsültasyonlarının Değerlendirilmesi. Klinik Psikiyatri Dergisi 2015; 18 :24-28.
11. Kuloğlu M, Çayköylü A, Akyol Soydaş E, İbiloğlu A, Yılmaz E. Bir eğitim hastanesinde istenen psikiyatri konsültasyonlarının değerlendirilmesi. Kriz dergisi 2008; 16 :19-24.
12. Eğilmez OB, Örüm MH, Kara MZ, Örüm G. Bir Eğitim Ve Araştırma Hastanesinde Ayaktan ve Yatan Hastalar İçin İstenen Psikiyatri Konsültasyonlarının Değerlendirilmesi: 2018 Yılı Verileri. Ankara Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi 2019; 52 :257- 262.
13. Ertek İE, Öztürk HM. Bir eğitim-araştırma hastanesinde istenen psikiyatri konsültasyonlarının değerlendirilmesi ve psikiyatrik hastalıkların doğru tanınma oranları. Klinik Psikiyatri Dergisi 2019; 22: 338-346.
14. Köroğlu A, Helvacı-Celik F, Aslan M, ve ark. Bir eğitim hastanesinde psikiyatri konsültasyon hizmetlerinin değerlendirilmesi. Klinik Psikiyatri 2011; 14: 44-50.
15. Canan F, Kocer E, İcmeli C, ve ark. Bir universite hastanesinde yatan hastalar icin istenen psikiyatri konsultasyonlarının değerlendirilmesi. Duzce Tıp Fakultesi Dergisi 2008; 1: 22-27.

SS-54 Psikoterapiler

THE RELATIONSHIP BETWEEN CHILDHOOD TRAUMAS AND PERSONAL BELIEFS AND EMOTIONAL INTELLIGENCE LEVELS IN UNIVERSITY STUDENTS

Özgür Maden[1]

[1] *Health Sciences University Sultan 2.Abdülhamid Han Training and Research Hospital, Clinic of Mental Health and Diseases, Üsküdar, İstanbul*

Abstract

Objective: In this study, it was aimed to determine whether there is a relationship between childhood traumas and emotional intelligence levels and personality beliefs.

Methods: University students who applied for a health board examination, did not have any psychiatric disease history, had childhood trauma (CT (+), 45.0, n=135) and had no childhood trauma (CT (-), n=252) were included in the study. students participated. Sociodemographic data form and Childhood Trauma Scale, Bar-On Emotional Intelligence Scale and Personality Beliefs Scale were given to the participants. For statistical analysis, SPSS ver. 22.0 package program was used.

Results: The students who participating in the study, 91.0% were male and 46.3% were in the 20-21 age group. Most of them were studying at the faculty of engineering. In those with CT (+), avoidant, dependent-passive-aggressive, antisocial, histrionic, schizoid, paranoid and borderline personality belief levels and intrapersonal, interpersonal, adaptability, stress management and general mood emotional intelligence levels were statistically significant compared to those with CT (-) degree was higher. A moderate, positive, statistically significant relationship was found between childhood levels, personality beliefs and emotional intelligence levels. No statistically significant relationship was found between obsessive personality beliefs and emotional intelligence levels.

Discussion: Childhood traumas, which can be effective in personality development, may contribute to the development of different components of emotional intelligence and different personality beliefs. Different dimensions of emotional intelligence can also be effective in the emergence of personality beliefs.

Keywords: Childhood traumas, emotional intelligence, personality beliefs, university students

Introduction

Childhood traumas (CTs) are defined as physical, emotional, and sexual abuse; neglect; loss of parents; divorce; experiencing or witnessing violence, natural disasters or accidents, any of which an individual is exposed to prior to the age of eighteen (1). Abused and neglected children can struggle with many difficulties later in life in the cognitive, social, emotional and behavioral context. On the other hand, CTs can also cause violent behavior, behavioral problems, relationship problems, and psychopathology in adulthood. Individuals may also develop personality disorders (PDs) (2).

Evidence of the relationship between types of CT and PDs, demonstrated in previous studies, has been remarkable. Lobbestael *et* al. (2010) found that sexual abuse (SA) is associated with paranoid, schizoid, borderline and avoidant personality disorders; physical abuse (PA) is associated with antisocial personality disorder; emotional abuse (EA) is associated with paranoid, schizotypal, borderline and cluster C personality disorders; and emotional neglect (EN) is associated with histrionic and borderline personality disorders (3). Cohen et al. (2014) explained that PA is associated with paranoid personality traits (4). They reported that a lack of relationship with the mother and lack of intimacy with the opposite sex may explain the symptoms of cluster A personality disorders (schizoid PD, schizotypal PD, and paranoid PD), including PA, social isolation, and intimacy avoidance. In another study, it was reported that people with a history of EA and people with high attachment anxiety had higher levels of paranoid personality symptoms (5). Berte et al. (2022) reported that maltreatment during childhood may play an effective role in the improvement of vulnerable and grandiose narcissistic personality structures (6). Matthew et al. (2023) showed that SA during childhood is the most powerful predictor of histrionic personality pathology in adulthood (7). Nevertheless, they suggested that while physical neglect (PN) predicts histrionic personality pathology for women, it is PA, EA and EN that predicts histrionic personality pathology for men. These studies contribute clear evidence that different types of childhood maltreatment have different effects on personality disorder pathology.

One of the most emphasized theories in theoretical studies on the etiology of PDs is cognitive behavioral

theory. According to this theory, inborn temperament interacts with negative developmental events to form elemental psychological structures consisting of emotional, cognitive and motivational components. These elemental constructions, or schemes, are essential constituents of personality. At the core of PDs are dysfunctional beliefs (DBs) that characterize and maintain the disorder (8,9). DBs consistently mirror deeply entrenched negative schemes that can bias cognitive and emotional reasoning about the self and others (10). Studies have shown that there is a correlation between pathological characteristics of personality and DBs (8, 10). In these studies, individuals with a particular personality disorder scored significantly higher on factors depicting beliefs for that disorder than on any other belief factors.

DBs make people susceptible to life experiences that make them particularly vulnerable. Trauma and chronic stress can give rise to the development of dysfunctional cognition and behavior by changing functional aspects of the brain (11). In a study conducted with 70 women who were victims of violence, it was found that dependent, obsessive-compulsive, antisocial, narcissistic, histrionic, paranoid, and borderline personality beliefs were higher in those who were victims of violence (12).

In the process of personality development, emotions and intelligence abilities guide the behavior of the person. Emotional intelligence (EI) (13), defined as the combination of behavioral tendencies and self-perceptions related to one's ability to notice, development and use emotionally loaded knowledge, also enables one to accurately perceive one's own and others' emotions. There is a strong and complex liasion between assorted personality factors and EI levels, which indispensables further analysis to determine the contribution of personality beliefs (PBs). This is partly owing to existent personality measures do not evaluate definetely the same traits, even if they are likeness classified as conscientiousness, neuroticism, agreeableness, openness, and extraversion. In addition, it has been suggested that EI and personality are highly accomodated (14) and that EI should be viewed as a personality trait (15).

EI is one of the main skills needed to make mental and emotional content conscious, as well as to manage emotions and to cope with conflict (16). The development of this ability can encourage impulse control, self-confidence, self-motivation and self-compassion in response to impressive and stressful situations. People with high EI are more successful in problem-solving, more satisfied with life, and experience less anxiety (17). Delhom et al. (2020) base on that participants with low EI repressed their emotions, resulting in higher psychological distress (Pd) (18). These outcomes may have been due to a lack of appropriate coping skills or low emotional arrangement, which contributed to the Pd of the participants. In addition, participants who reported high levels of Pd reported high exposure to negative life experiences. Oshri et al. (2015) demonstrated that there is a significant and negative relationship between childhood traumatic experiences and EI (19).

Today, research on the effects of EI has focused on quality of life, educational attainment and professional success, as well as on mental disorders such as depressive disorder, and the results have been promising. Few studies have perused the relationship between EI and PBs. In these studies, the effect of CTs on this relationship could not be evaluated. Empirical studies have not been conducted to determine whether the EI trait adds an incremental variance beyond that explained by PBs in association to CTs. The aim of this study is to evaluate whether the traumas experienced by individuals in childhood have an effect on their PBs and EI levels.

Materıal and Method

Our research was designed as a survey study. The sample group of the study consisted of 495 university students, aged 18 and over, who applied to the psychiatry department of Sultan

2. Abdulhamid Han Training and Research Hospital between July 2017 and June 2018 to get a medical board report, and who were randomly selected through cluster sampling. Since 59 of the students filled in the forms incompletely, and 49 of them "strongly disagree" with the question stated in the 88th item of the emotional intelligence scale, they were not included in the study because of their answers. Thus, 387 students were included in the study. Those who had any systemic disease (e.g., neurological disorders, epilepsy, Parkinson's disease, Alzheimer's disease, multiple sclerosis, endocrinological, metabolic, cardiological, and congenital disorders, etc.), those who took chronic medication, or those who experienced chronic or comorbid psychiatric diseases within the past two months (e.g., schizophrenia, anxiety, depression, personality disorders, intellectual disabilities, etc.) were excluded from the research. Before starting the research, ethics committee approval was obtained from the Haydarpaşa Numune Hospital Clinical Research Ethics Committee (12.06.2017/487). Informed consent was obtained from the participants.

Data Collection Tools

Socio-demographic Data Form: This was thrived by the researcher to determine the socio- demographic characteristics of the participants (e.g., gender, age, class, region of residence, income status, place of residence, etc.) in accordance with the purpose of the study.

Childhood Trauma Scale: Bernstein et al. (1994) developed a scale consisting of 28 items, with a total score comprised of five sub-scores measuring sexual, physical, and emotional abuse, and physical and emotional neglect during childhood, as well as combinations thereof (20). In the original study, Cronbach's alpha values ranged from 0.79 to 0.94. Sar et al. (2012) conducted a Turkish validity and reliability study of the scale (21). In the current study, Cronbach's alpha internal consistency coefficients of the sub-dimensions were found to range between 0.64 and 0.87.

Personality Beliefs Scale – Short Form (BPQ-SF) Beck et al. (1991) developed a scale for use with DSM-IV Axis-II personality disorders, consisting of statements used to determine a person's basic beliefs about himself, other people, and the world, and based on cognitive theory and

clinical observations (22). Each question on the form relates to avoidant, dependent, passive-aggressive, obsessive-compulsive, antisocial, narcissistic, histrionic, schizoid, and paranoid attitudes and beliefs, corresponding to each PD in the DSM. It contains a total of 65 items belonging to nine personality types. After the participants read the statements in each item, they mark how much it applies to them, from zero (I do not believe at all) to four (I completely believe). The scale can be used both in the evaluation and treatment of individuals with PDs. In the Turkish validity and reliability study by Taymur et al. (2011), the IQ Turkish short form was drawn from the questions in the IQ Turkish long form, as in the original short scale (23). While the total Croanbach reliability coefficient of the scale is 0.92, the reliability coefficients of the subscales range from 0.61 to 0.85. As a result of the test-retest study, the correlation coefficients were found to be between 0.66 and 0.87. There are 7 questions for each of the nine subtests in the CIQ, which consists of 65 questions. Items 64 and 65 are excluded from the evaluation of the test and the test does not have a breakpoint. Scoring of the 5-point Likert-type test is done by adding the weighted score of the answers given by the participant for each subtest.

Emotional Intelligence Scale: The emotional intelligence scale (EIS), developed by Bar-On (1997), is a Likert-type scale consisting of 87 items (25). Ratings are as follows: 1: totally agree, 2: agree, 3: undecided, 4: disagree, and 5: strongly disagree. The 88th item on the scale reads "I answered the above statements sincerely and correctly." The questionnaires of those who respond to that statement with "strongly agree" are not taken into consideration. The scale evaluates five sub-dimensions of emotional intelligence: personal skills; interpersonal skills; compatibility; coping with stress; general mood. Personal skill is defined as the ability of a person to understand and be aware of their own feelings and thoughts. Interpersonal skill is defined as understanding and being aware of the feelings and emotions of others. Compatability is defined as the ability to be flexible with changing conditions, and to change emotions. Coping with stress is defined as an individual's ability to withstand stress and control their emotions. General mood refers to the ability to express and feel positive emotions, and to be optimistic. The Turkish adaptation of the scale was carried out by Acar (2001) (26) and the Cronbach Alpha coefficient was found to be 0.92 for the total dimensions of the scale. The low scores obtained from the total scale and its sub-dimensions indicate a high EI.

Process

Students who applied to the psychiatry clinic for the medical board examination and met the inclusion criteria were selected by random sampling method. Participants were evaluated by a specialist psychiatrist. Before the interview, participants were informed about the purpose and scope of the research, their informed consent was acquired, and they were demanded to fill in the data forms.

Analysis of data

Statistical analysis was actualized using the SPSS (ver.22.0, Chicago, II, USA) program. The data obtained were conveyanced to the computer environment. Number, percentage, mean value, and standard deviation were used to define the data. Whether the data were suitable for normal distribution was examined with the Kolmogorov Smirnov test, after which it was decided to examine the scale scores with parametric tests to ensure that they were suitable for normal distribution. An independent sample t test was utilizated to compare the scale scores of the sample group. The analysis of the relations between the scales was done with the Pearson Product Moments Correlation Coefficient technique. In statistical renditions, $p<0.05$ values were regarded as significant at the 95% confidence interval.

Results

When the sociodemographic characteristics of university students were examined, 91.0% (n=352) were male; 46.3% (n=179) were in the 20-21 age group; 87.9% were working in engineering faculties (electrical-electronics, computer, machinery, mechatronics, environment, forest, etc.); 12.1% studied at faculties of health sciences (nursing, anesthesia, medical imaging, laboratory, etc.); 58.1% were first-year students; 79.6% had medium income. 45.0% of the participants were domestic; it was determined that they came from Anatolia and Black Sea regions, and 46.8% of them resided in the metropolitan center (Table 1).

The total and subscale scores of the students' CT scale, PBs scale, and EI scale are shown in Table 2. In the first step of the study, the sample was divided into two groups, consisting of those with a history of CT (CT (+)) and those without a history of CT (CT (-)). In order to make this grouping, the presence of trauma belonging to the relevant sub-dimension was determined in each participant by using the cut-off points recommended for each sub-dimension in the validity and reliability study of the scale (n=174, 45.0%). Individuals who did not exceed the cut-off score in any sub-dimension, and therefore had no history of trauma, were assigned to the group CT (-) (n=213, 55.0%). Afterwards, the scores of CT (+) and CT (-), based on the PD clusters and EI subscales, were compared with the t-Test for Independent Samples (Tables 3 and 4).

The PB dimensions of CT (+) were avoidant, dependent, passive-aggressive, antisocial, histrionic, schizoid, paranoid, and borderline personality; these subscale score averages were significantly higher than for CT (-) ($p<.05$) (Table 3).

When the EI total and subscale scores of the groups were examined, it was found that all subscales and total mean scores, excepting the self-awareness/independence subscale mean scores ($p>.05$) and adaptability/resilience subscale mean scores ($p>.05$), were higher in CT (+) than in CT (-) ($p<.05$) (Table 4).

The Pearson correlation test showed a moderately significant positive relationship between CTs, and PBs and EI levels in university students (Table 5).

In CT (+) university students, a positive and moderate correlation was found between EI total scores and avoidant, dependent, passive-aggressive and borderline personality beliefs; a positive and weak relationship was also found with antisocial, narcissistic, histrionic, schizoid and

Table 1. Socio-demographic data CT (+)

	CT (+)		CT (-)		CT (Total)			
Parameters	*Number (n=135)*	*Percent (%)*	*Number (n=252)*	*Percent (%)*	*Number (n=378)*	*Percent*	χ^2	*p (%)*
Sex								
Men	123	91.1	229	90.9	352	91.0	0.006	0.938
Women	12	8.9	23	9.1	35	9.0		
Income								
Low	15	11.1	15	6.1	30	7.8		
Middle	100	74.1	208	82.5	308	79.6	4.569	0.102
High	20	14.8	29	11.5	49	12.7		
Department								
Engineering Fac.	117	86.7	223	88.5	340	87.9	0.275	0.600
Health Sci. Fac.	18	13.3	29	11.5	47	12.1		
Class								
1	81	60.0	144	57.1	225	58.1		
2	32	23.7	63	25.0	95	24.5		
3	16	11.9	36	14.3	52	13.4	0.744	0.863
4	6	4.4	9	3.6	15	3.9		
Living place								
Villiage	12	8.9	7	2.8	19	4.9		
Town	16	11.9	16	6.3	32	8.3	11.970	0.007
City Center	53	39.3	102	40.5	155	40.1		
Big City Center	54	40.0	127	50.4	181	46.8		

**p<.0.05*
CT: Childhood Trauma, χ^2 = Chi-Square value, Sci.: Science, Fac.:Faculty,

paranoid PBs. There were positive and moderate correlations between self-awareness scores and avoidant, dependent, and passive-aggressive personality scores, and positive and weak relationships with narcissistic, histrionic, paranoid and borderline personality scores. There was a positive and moderate correlation between interpersonal relations scores and avoidant personality scores, and a positive and weak correlation with dependent, passive- aggressive, antisocial, narcissistic, paranoid, and borderline personality scores. A positive and moderate correlation was found between adaptive ability scores and avoidant, dependent, passive-aggressive, histrionic and borderline personality scores; a positive and weak correlation was also found with antisocial, narcissistic and paranoid personality scores. There was a positive and moderate correlation between stress management scores and avoidant, dependent, passive-aggressive, narcissistic, histrionic, paranoid and borderline PBs scores, and a positive and weak relationship with antisocial and schizoid PBs score. A positive and moderate correlation was determined between general mood scores and avoidant, dependent, and passive- aggressive PBs scores; a positive and weak correlation was also found with antisocial, narcissistic, histrionic, schizoid, paranoid and borderline PBs scores. There was no statistically significant relationship between OCPBs scores and EI total and subscale scores (Table 6).

Table 2. The mean score of the scales.

	Mean±S.D.	*Min. - Max.*
Childhood Trauma Scale		
Emotional Abuse	5.79±1.74	5 – 18
Physical Abuse	5.33±1.55	5 – 22
Physical Neglect	7.09±2.49	5 – 22
Emotional Neglect	8.02±3.36	5 – 25
Sexual Abuse	5.30±1.40	5 – 17
Toplam	31.54±8.05	25 – 89
Personaliry Belief Questionnare		
Avoidant	9.73±4.62	0 – 24
Depended	5.29±3.91	0 – 21
Passive-Aggressive	8.29±4.66	0 – 23
Obssesive-Compulsive	14.94±4.71	2 – 28
Antisocial	8.93±5.39	0 – 24
Narcistic	7.85±4.70	0 – 22
Histrionic	6.62±4.77	0 – 24
Şizoid	9.62±4.96	0 – 27
Paranoid	9.13±4.70	0 – 23
Borderline	6.35±3.59	0 – 21
Emotional Intelligence Scale		
Self-awareness	56.00±13.53	30 – 108
Independence	10.83±3.36	5 – 25
Self-realization	10.33±3.17	10 – 21
Self-respect	10.06±3.15	6 – 24
Stability	10.50±3.43	6 – 23
Emotional self-awareness	14.27±3.87	7 – 32
Interpersonal relations	24.30±6.37	15 – 47
Social responsibility	9.50±2.94	6 – 22
Interpersonal relations	9.72±3.00	6 – 23
Empathy	5.07±1,55	3 – 13
Adaptability	30.21±7.00	15 – 55
Flexibility	11.45±3.32	5 – 24
Realism	10.69±3.01	5 – 21
Problem solving	8.07±2.38	5 – 17
Stress management	25.98±8.04	14 – 61
Impulse control	12.96±4.17	6 – 30
Stress resilience	16.02±4.69	8 – 31
General mood	18.64±5.28	11 – 37
Optimism	6.90±2.30	4 – 15
Happiness	11.73±3.50	7 – 23
Total	158.14±35.74	85 – 275

S.D.: Standart deviation, Min.: Minimum, Max.: Maximum.

Discussion

This study found that CT (+) individuals exhibited more pathologically avoidant, dependent, passive-aggressive, antisocial, histrionic, schizoid, paranoid, and borderline personality beliefs when in comparison to CT (-) individuls. Obsessive-compulsive personality beliefs did not show a significant difference between CT (+) and CT (-) individuals. However, CT (+) individuals had higher EI total and subscale scores (except for independence and

Table 3. Comparison of personality beliefs of university students according to childhood trauma (CT) status.

	Groups		Statistical Analyse	
	CT (+) (n=135)	CT (-) (n=252)		
	Mean±S.D.	Mean±S.D.	t	p*
Avoidant personality	9.92±4.49	9.63±4.69	-.583	.506
Depended personality	5.94±4.21	4.94±3.70	-2.402	.017*
Passive-aggressive personality	8.85±4.84	7.99±4.54	-1.734	.084
Obssesive-Compulsive personality	15.04±4.38	14.89±4.89	-.294	.769
Antisocial personality	9.34±5.02	8.71±5.58	-1.090	.276
Narcistic personality	7.98±4.81	7.78±4.64	-.391	.696
Histrionic personality	6.94±4.83	6.45±4.74	-.967	.334
Şizoid personality	10.30±5.16	9.25±4.82	-1.979	.049*
Paranoid personality	9.74±4.97	8.81±4.53	-1.862	.063
Borderline personality	6.79±3.75	6.12±3.48	-1.747	.081

*p<0.05
CT: Chilhood trauma, S.D.: Standart deviation, t: Independent Sample t test value,

Table 4. Comparison of emotional intelligence levels of university students according to childhood trauma (CT) status.

	Groups		Statistical Analyse	
	CT (+) (n=135)	CT (-) (n=252)		
	Mean±S.D.	Mean±S.D.	t	p*
Intrapersonal	60.69±15.68	53.49±11.50	-4.698	.000
Independence	11.13±3.63	10.68±3.20	-1.250	.212
Self-Actualization	11.35±3.63	9.78±2.76	-4.394	.000
Self-Regard	11.27±3.56	9.42±2.70	-5.289	.000
Assertiveness	11.63±3.75	9.89±3.09	-4.616	.000
Emotional Self-Awareness	15.31±4.39	13.73±3.44	-3.635	.000
Interpersonal	26.16±6.52	23.31±6.10	-4.280	.000
Social Responsibility	10.20±3.04	9.14±2.82	-.3.430	.001
Interpersonal Relationship	10.56±3.10	9.28±2.85	-4.097	.000
Empathy	5.40±1.68	4.89±1.46	-3.092	.002
Adaptability	31.94±7.51	29.29±7.51	-3.606	.000
Flexibility	11.69±3.58	11.33±3.17	-1.207	.305
Reality-Testing	11.40±3.16	10.31±2.87	-3.438	.001
Problem-Solving	8.85±2.54	7.65±2.18	-4.873	.000
Stress Management	31.14±8.29	27.83±7.68	-3.930	.000
Impulse Control	13.95±4.41	12.43±3.95	-3.455	.001
Stress Tolerance	17.19±4.84	15.40±4.50	-3.645	.000
General Mood	20.44±5.67	17.67±4.81	-5.059	.000
Optimism	7.55±2.54	6.55±2.09	-4.146	.000
Happiness	12.89±3.64	11.12±3.26	-4.881	.000
Total	170.37±39.26	151.59±31.91	-4.778	.000

*p<0.05, S.D.: Standard deviation, t: Independent Sample t test value,

flexibility) compared to CT (-) individulas. Significant relationships were found between avoidant, dependent, passive-aggressive, antisocial, narcissistic, histrionic, schizoid, paranoid and borderline personality beliefs and EI levels in CT (+).

In general, CTs increase the prospect of PD. However, this is not specific to any PD. The direction of causality in the relationship between CT and PD is not entirely clear when the gene x environment interaction, affecting the risk of exposure to trauma, is taken into account (27). Lobbestael et al. (2010) reported that SA is associated with paranoid, schizoid, borderline and avoidant PDs; PA is associated with antisocial PD; EA is associated with paranoid, schizotypal, borderline and cluster C PDs and EN is associated with histrionic and borderline PDs (3). Cohen et al. (2014) suggested that PA is associated with paranoid personality feature (4). Berte et al. (2022) reported that childhood maltreatment may be effective in the development of vulnerable and grandiose narcissistic personality structures (5). Matthew et al. (2023) showed that childhood SA is the strongest forecaster of histrionic personality pathology in adulthood (6).

Biological exploration on early trauma shows that exposure to CT greatly changes the way emotional information is recorded and gave priority (28). Borderline patterns have been associated with increased neurophysiological sensitivity to emotional stimuli, overwrought neurophysiological responses to emotional stimuli, and the absence of effective neurophysiological inhibitory control (28). Similarly, increased neurophysiological sensitivity and exaggerated neurophysiological responses to emotional stimuli may occasionally occur in antisocial and histrionic PDs, and are among the B cluster PDs such as borderline PD. These disproportionate responses to emotional stimuli may be due to the absence of effective neurophysiological control, and may influence the emergence of maladaptive beliefs.

It has been determined that there is a certain relationship between trauma and internalization spectrum (29). The internalization spectrum encompasses trauma-specific coping strategies such as psychoticism and detachment encompass, dissociation, and avoidance. Ultimately, CTs can cause personality traits that reflect long-term internalizing coping strategies that are responsive to trauma. However, it remains more difficult to identify the singular effects between trait areas of personality and types of CT.

Among the findings of our study is the fact that schizoid, paranoid, avoidant, dependent and passive-aggressive PBs were higher in CT (+), and can be explained by the relationship between trauma and internalization spectrum. These findings support that students with schizoid and paranoid PBs may tend to show psychoticism and separation issues, while students with avoidant, dependent and passive-aggressive PBs may tend to show trauma-specific

Table 5. The relationship between childhood traumas and personality beliefs and emotional intelligence levels of university students.

	Mean	*S.D.*	*1*	*2*	*3*	*4*	*5*	*6*	*7*	*8*	*9*	*10*	*11*	*12*	*13*	*14*	*15*	*16*
1. CT (T)	43.17	12.18	-															
2. EA	7.63	2.98	.665**	-														
3. PA	6.56	3.29	.724**	.592**	-													
4. PN	10.18	3.31	.677**	.176	.281*	-												
5. EN	12.62	4.30	.832**	.448**	.384**	.520**	-											
6. SA	6.17	2.80	.715**	.239*	.422**	.446**	.544**	-										
7. AvPB	10.14	4.62	.122	.220	.028	.014	.052	.168	-									
8. DEPPB	6.31	4.11	.268*	.344**	.184	.122	.110	.272*	.669**	-								
9. P/APB	9.59	4.94	.082	.190	-.023	-.028	.032	.167	.754**	.522**	-							
10. OCPB	15.58	4.31	.235*	.085	.191	.253*	.128	.213	.422**	.363**	.247*	-						
11. AsPB	10.28	4.82	.135	.103	.088	.088	.086	.137	.611**	.620**	.600**	.349**	-					
12. NPB	8.63	4.82	.177	.191	.135	.044	.072	.248*	.672**	.643**	.620**	.385**	.647**	-				
13. HPB	7.61	4.77	.123	.140	.105	.159	.004	.070	.494**	.651**	.432**	.288*	.687**	.625**	-			
14. SCZPB	10.97	4.90	-.027	.074	.019	-.117	-.060	.012	.492**	.447**	.534**	.222	.492**	.677**	.370**	-		
15. PARPB	10.48	4.88	.082	.128	.070	.100	.007	.010	.548**	.502**	.571**	.253*	.576**	.643**	.511**	.701**	-	
16. B/LPB	7.17	3.66	.090	.125	.068	.092	-.034	.121	.575**	.771**	.538**	.246*	.667**	.693**	.618**	.594**	.659**	-

*p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001
CT (T): Childhood trauma, totl score, S.D.: Standard deviation, EA: Emotional abuse, PA: Physical abuse, PN: Physical neglect, EN: Emotional neglegt, SA: Sexual abuse, AvPB: Avoidant Personality Beliefs, DEP: Depended Personality Beliefs, P/APB: Passive-aggresive Personality Beliefs, OCPB: Obssesive-Compulsive Personality Beliefs, AsPB: Antisocial Personality Beliefs, NPB: Narcistic Personality Beliefs, HPB: Histriyonic Personality Beliefs, SCZPB: Schizoid Personality Beliefs, PARPB: Paranoid Personality Beliefs, B/LPB: Borderline Personality Beliefs.

Table 6. Üniversite öğrencilerinin çocukluk çağı travmaları ile duygusal zekâ düzeyleri arasındaki ilişki.

	Ort.	*SS*	*1*	*2*	*3*	*4*	*5*	*6*	*7*	*8*	*9*	*10*	*11*	*12*
1. ÇÇT (T)	43.17	12.18	-											
2. D/İs.	7.63	2.98	.665**	-										
3. F/İs.	6.56	3.29	.724**	.592**	-									
4. F/İhm.	10.18	3.31	.677**	.176	.281*	-								
5. D/İhm.	12.62	4.30	.832**	.448**	.384**	.520**	-							
6. C/İs.	6.17	2.80	.715**	.239*	.422**	.446**	.544**	-						
7. Dz (T)	180.48	41.63	.209	.223	.098	-.005	.132	.363**	-					
8. Kf	64.65	16.72	.222	.213	.106	.018	.110	.425**	.967**	-				
9. Kai	27.45	6.53	.129	.119	.062	-.052	.144	.203	.843**	.773**	-			
10. Uy	33.58	7.66	.167	.182	.058	.010	.093	.313**	.873**	.813**	.612**	-		
11. Sy	32.82	8.94	.236*	.274*	.122	.021	.137	.357**	.919**	.848**	.697**	.819**	-	
12. Grh	21.99	5.85	.132	.187	.066	-.076	.130	.187	.865**	.798**	.806**	.648**	.735**	-

Ort.: Ortalama, SS: Standart sapma, ÇÇT (T): Çocukluk çağı travmaları toplam puanı, D/İs.: Duygusal istismar, F/İs.: Fiziksel istismar, F/İhm.. Fiziksel İhmal, D/İhm.: Duygusal İhmal, C/İs.: Cinsel istismar, Dz (T): Duygusal zekâ toplam puanı, Kf: Kişisel farkındalık, Kai: Kişilerarası ilişkiler, Uy: Uyum yönetimi, Sy: Stres yönetimi, Grh: Genel ruh hali.

internalized coping strategies such as dissociation and avoidance.

One of the interesting findings of our study was that OCPBs did not differ between CT (+) and CT (-) individulas. Lackfleur et al. (2011) suggested that traumatic events may not cause obsessive-compulsive personality disorder, and that OCD may mediate the relationship between environmental and genetic factors (30). In other words, in order for a traumatic experience to trigger the emergence of OCD, necessary environmental and genetic factors must be present. The findings from our study are compatible with this literature.

Another finding of our study is that the EI total and subscale scores (except for independence and flexibility) were found to be higher in CT (+) compared to CT (-). Previous studies have explained that there is a negative relationship between dimensions of childhood traumatic experience (e.g., PA, SA, and EA) and EI (31, 32). Delhom et al. (2020) clarified that participants with low EI repressed their emotions, leads to higher levels of Pd (18). These results may be due to a lack of appropriate coping skills or low emotional regulation, which contributed to the Pd of the participants. When children face trauma at a young age, they may use avoidant coping strategies because they do not know how to process the experience properly. These avoidant coping strategies can be transferred into adulthood as a

way of reducing negative emotions rather than by problem-solving, and may affect the way the adult copes with distress (33). For this reason, the development of EI is very important in coping with Pd due to CT. The findings of our study, in line with the literature, support strengthening the use of EI skills, in childhood and adulthood, as a means of reducing the effects of unwanted CT.

Another finding of our study was that there were significant relationships between avoidant, dependent, passive-aggressive, antisocial, narcissistic, histrionic, schizoid, paranoid and borderline PBs and EI levels in CT (+). Leible & Snell (2004) examined PD traits and EI in a sample of 1,418 undergraduate students. In this study, it was stated that the scales reflecting all PDs were associated with low scores in general EI, and the relationships between certain PDs and EI scales were constantly in the expected direction (34). Higher scores in borderline PD symptomatology were associated with various indicators of poor emotional regulation, while students who scored higher in personality dimensions associated with Cluster A PD generally lacked the ability to understand and manipulate emotions. Leible & Snell hypothesized that these difficulties might produce behavior perceived by others as odd or eccentric. Békés et al. (2018) reported that avoidant PBs predicted a significant variability in post-traumatic stress disorder (PTSD) symptoms at the time of termination of treatment, and that the relationship between avoidance beliefs and PTSD symptoms after treatment was mediated by trauma-related negative cognitions (35).

In our study, students with avoidant, dependent, passive-aggressive, narcissistic, paranoid and borderline PBs were found to be aware of their emotions, thought themselves good, and thought positively about what they do. They understood other individuals and established good relations with them. They understood problems and found appropriate solutions. It was also found that they were positive and optimistic people who could be flexible, realistic, and productive, who could cope with stress without despairing or losing control, and who knew how to enjoy life. Thanks to these features, these students can easily overcome their negative childhood experiences. This is proof that their EI abilities are highly developed, although they have avoidant, dependent, passive-aggressive, narcissistic, paranoid and borderline PBs.

In our study, antisocial and schizoid PBs were not found to be associated with the sub- dimension of personal skills. The absence of this relationship may indicate that these people are not aware of their feelings, do not think positively about their lives, cannot express their feelings easily, and are not independent, strong and self-confident in expressing their thoughts and beliefs. Antisocial PBs may be associated with low emotion regulation (36). This is consistent with risky behaviors such as substance use and self-harming behaviors. The improvement of increased EI levels and increased personal skills in students with antisocial PBs may prevent the emergence of such beliefs.

In addition, histrionic and schizoid PBs were not significantly associated with the sub- dimension of interpersonal skills. This indicates that students with these beliefs lack good social skills, avoid responsibility, do not understand other individuals, and have difficulties in establishing relationships. People with histrionic PD often had emotional difficulties in meeting their statutory needs for care and attention during childhood. The belief that people with this personality trait cannot take care of themselves can lead them to constantly seek attention and aid from others. Strong rejection sensitivity and seeking the approval and attention of others can trigger the urge to act in relation to others. The belief that the interruption of an emotional relationship can be disastrous may also encourage these people to maintain ungratifying and unrealistic connections (37). Students with histrionic PBs may have difficulty in perceiving and/or accepting their deficiencies in interpersonal relationships, and people with similar characteristics may also be less likely to approve of their inadequacies. Moreover, with the support of psychotherapy to address their histrionic PBs, the interpersonal skills of these students can be developed.

Schizoid PBs were not significantly associated with the sub-dimensions of personal skills and interpersonal skills, nor with the sub-dimension of compatibility. Individuals with schizoid personality traits exhibit widespread social disconnection and withdrawal, limited affectivity, and anhedonic attitudes. Social isolation may seem like a deliberate choice. Notwithstanding, it can be assumed that there may be a minimum level of belonging and social support needs that are not met from time to time, and these individuals may feel lonely (38).

Students with schizoid PBs may have difficulty in establishing relationships with other individuals because they are not aware of their emotions. For this reason, they cannot come up with appropriate solutions in problematic situations. Coherent with the findings of our study, the insufficient level of adaptability of these students may explain why they are not realistic, flexible and effective at understanding problematic situations and reaching appropriate solutions. Therefore, they cannot produce appropriate solutions for the difficulties they encounter in their daily lives. In students with schizoid PBs, developing their personal, interpersonal and adaptability skills can subsequently reduce such beliefs.

Contrary to expectations, it was determined that OCPBs were not significantly associated with EI scales. Taylor et al. (2006) found that although OCPBs did not differ in some types of OCD (e.g., contamination, checking, and grooming obsessions), it was reported that there were high levels of OCPBs in some other types of OCD (e.g., harming obsessions) (39). It was suggested that dysfunctional beliefs may play a role only in some types of obsessive compulsive disorder. The findings of our study also support that view.

Studies on childhood mental traumas, and especially on the evaluation of individuals' EI and PBs, have been limited in number. It is expected that the findings obtained as a result of this research will provide an important contribution in terms of learning whether certain PBs and EI levels seen in adulthood are related to childhood experiences, and, if so, in which aspects they are negative experiences.

As it is one of the rare studies on this subject, it is thought that our study will contribute to the literature.

Several limitations exist in this study, however, and should be considered. First, the participants in this research volunteered and were not randomly selected, as it was not seen as ethical to require students to participate in research. Second, since the scales used were self- report scales, participants may have responded to the items in a socially desirable manner, thus person positivity bias may be present. Third, students were recruited from a variety of academic fields, but the universalizability of the findings may be limited since all students had applied for a medical board report. Fourth, the cross-sectional design of the study and the correlation of results do not allow for a causal relationship between exposure and outcome.

Conclusion

Childhood traumas, which can be effective in personality development, can contribute to the development of different components of emotional intelligence and different personality beliefs. In addition, different dimensions of emotional intelligence can also be effective in the emergence of personality beliefs. These results can be valuable for practitioners of cognitive behavioral therapy, clinicians, and those working in this field. More research is needed to replicate these results in a clinical population.

References

1. Gündüz A, Gündoğmuş İ. The relationship of adverse childhood events on automatic thoughts, intermediate beliefs, schemas, anxiety and depressive symptoms and quality of life in university students. J Clin Psy. 2019;22(1):424-35. DOI: 10.5505/kpd.2019.72621
2. Okan M, Şarlak D. The relationship between childhood treatments, loneliness and fur expression style in young adults. Ege Journal of Medicine. 2022;61(4):530-40. https://doi.org/10.19161/etd.1208937
3. Lobbestael J, Arntz A, Bernstein DP. Disentangling the relationship between different types of childhood maltreatment and personality disorders. J. Pers. Disord. 2010;24(3):285–95. https://doi.org/10.1521/pedi.2010.24.3.285.
4. Cohen LJ, Tanis T, Bhattacharjee R, Nesci C, Halmi W, Galynker I. Are there differential relationships between different types of childhood maltreatment and different types of adult personality pathology?. Psychiatry Res. 2014;215(1):192-201. doi:10.1016/j.psychres.2013.10.036
5. Arıkan A. The Relationship Between Childhood Trauma And Paranoid Personality Disorder Symptoms. CUNY Academic Works. 2016. https://academicworks.cuny.edu/cc_etds_theses/620
6. Bertele N, Talmon A, Gross JJ. Childhood Maltreatment and Narcissism: The Mediating Role of Dissociation. J. Interpers. Violence. 2022;37(11–12):9525-47. https://doi.org/10.1177/0886260520984404
7. Yalch MM, Ceroni DB, Dehart RM. Influence of Child Abuse and Neglect on Histrionic Personality Pathology. J. Trauma Dissociation. 2023;24(1):111-24. doi: 10.1080/15299732.2022.2119458
8. Beck AT, Butler AC, Brown GK, Dahlsgaard KK, Newman CF, Beck JS. Dysfunctional beliefs discriminate personality disorders. Behav. Res. Ther. 2001;39(10):1213–25. https://doi.org/10.1016/S0005-7967(00)00099-1.
9. Beck AT, Davis DD, Freeman A. Cognitive therapy of personality disorders. 3rd ed.. New York: Guilford Press; 2015.
10. Fournier JC, DeRubeis RJ, Beck AT. Dysfunctional cognitions in personality disorder: The structure and validity of the Personality Belief Questionnaire. Psychol Med. 2012;42:795–805. https://doi.org/10.1017/s0033291711001711.
11. Torres A, Garcia-Esteve L, Navarro P, Tarragona MJ, Imaz ML, Gutiérrez F, et. al. P02-397-Personality profile or postraumatic stress disorder? personality characteristics in women victim of chronic intimate partner violence. Eur Psychiatry, 2010;25(S1):1-1. https://doi.org/10.1016/S0924-9338(10)71399-7
12. Kaş AN. An exploration of personality beliefs in women regarding victimaziton of violence in terms of self-compassion and coping strategies. Master's thesis, İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi, 2021. https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/TezGoster?key=v7BkNnnepTnbhn8rNR77LSIEAH- VDUiqPdvLmdGGGb8rMk07tUlfENi2UBkPCCVg
13. Petrides KV, Frederickson N, Furnham A. The role of trait emotional intelligence in academic performance and deviant behavior at school. Pers. Individ. Differ. 2004;36(2):277-93. https://doi.org/10.1016/S0191-8869(03)00084-9.
14. Van der Linden D, Tsaousis I, Petrides KV. Overlap between General Factors of Personality in the Big Five, Giant Three, and trait emotional intelligence. Pers. Individ. Differ, 2012;53(3):175-9. https://doi.org/10.1016/j.paid.2012.03.001.
15. Petrides KV, Mikolajczak M, Mavroveli S, Sanchez-Ruiz MJ, Furnham A, Pérez-González JC. Developments in trait emotional intelligence research. Emot Rev. 2016;8(4):1–7. https://doi.org/10.1177/1754073916650493.
16. Salvador Ferrer CM. How to Influence the New Technologies in the Emotional Intelligence and Communication of Higher Education Student. Emotional Intelligence - New Perspectives and Applications [Internet]. 2012 Feb 1; Available from: http://dx.doi.org/10.5772/31716.
17. Bastian VA, Burns NR, Nettelbeck T. Emotional intelligence predicts life skills, but not as well as personality and cognitive abilities. Pers. Individ. Differ. 2005;39: 1135–45.
18. Delhom I, Satorres E, Melendez JC. Can We Improve Skills in Older Adults? Emotional Intelligence, Life Satisfaction, and Resilience. Psychosoc Interv. 2020;29(3):133-9. http://doi.org/10.5093/pi2020a8
19. Oshri A, Sutton TE, Clay-Warner J, Miller JD. Child maltreatment types and risk behaviors: Associations with attachment style and emotion regulation dimensions. Pers. Individ. Differ 2015;73:127-33. https://doi.org/10.1016/j.paid.2014.09.015.
20. Bernstein DP, Fink L, Handelsman L, Foote J, Lovejoy M, Wenzel K, et. al. Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. Am J Psychiatry 1994;151:1132-6. doi: 10.1176/ajp.151.8.1132. PMID: 8037246.
21. Şar V, Öztürk E, İkikardeş E. Validity and Reliability of the Turkish Version of Childhood Trauma Questionnaire. Turkiye Klinikleri J Med Sci. 2012;32:1054-63. doi: 10.5336/medsci.2011-26947
22. Beck AT, Beck JS. The Personality Belief Questionnaire. Unpublished assessment instrument. The Beck Institute for Cognitive Therapy and Research, Bala Cynwyd, Pennsylvania; 1991.

23. Butler AC, Cohen LH, Beck AT. The Personality Belief Questionnaire-Short Form: development and preliminary findings. Cogn Ther Res, 2007;31:357-70.
24. Taymur İ, Türkçapar MH, Örsel S, Sargın E, Akkoyunlu S. Validity and Reliability of the Turkish Version of the Personality Belief Questionnaire- Short Form (PBQ-STF) in the University Students. Klin Psikiyatri Derg. 2011;14:199-209.
25. Bar-On R. Emotional quotient inventory user's manual. Toronto: MHS Inc.; 1997.
26. Acar FT. Duygusal Zekâ Yeteneklerinin Göreve Yönelik ve İnsana Yönelik Liderlik Davranışları ile İlişkisi: Banka Şube Müdürleri Üzerine Bir Alan Araştırması, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme ve Personel Yönetim-Organizasyon Doktora Programı, Doktora Tezi, İstanbul, 2001. https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezDetay.jsp?id=UlCqul9yyYX1rDTmFocTOQ&no=gDgKA2LFg50Fzkm_cNQbc Q
27. Perry C, Lee R. Childhood trauma and personality disorder. In: Spalletta G, Janiri D, Piras F, Sani G, editors. Childhood Trauma in Mental Disorders: A Comprehensive Approach. Springer Nature; 2020. p.231-55. https://doi.org/https://doi.org/10.1007/978-3-030-49414-8
28. Marusak HA, Martin KR, Etkin A, Thomason ME. Childhood trauma exposure disrupts the automatic regulation of emotional processing. Neuropsychopharmacology [Internet]. 2015;40(5):1250–8 Available from: http://www.nature.com/articles/npp2014311.
29. Back SN, Flechsenhar A, Bertsch K, Zettl M. Childhood traumatic experiences and dimensional models of personality disorder in DSM-5 and ICD-11: Opportunities and challenges. Curr. Psychiatry Rep, 2021;23:1-10.
30. Lafleur DL, Petty C, Mancuso E, McCarthy K, Biederman J, Faro A. et. al. Traumatic events and obsessive–compulsive disorder in children and adolescents: Is there a link? J Anxiety Disord. 2011;25:513-9. doi:10.1016/j.janxdis.2010.12.005
31. Schwartz F. Prediction of emotional intelligence and theory of mind in adults who have experienced childhood maltreatment. Unpublished Master's Thesis. Winnipeg, MB: University of Manitoba; 2016.
32. Bozdemir F, Gündüz B. The relationships of attachment styles, parental attidues and traumatic childhood experiences with emotional intelligence. Int. J. Human Sci, 2016;13(1):1797–814. https://www.j-humansciences.com/ojs/index.php/IJHS/article/view/3700
33. Delhom I, Guttierrez M, Mayordomo T, Melendez JC. Does Emotional Intelligence Predict Depressed Mood? A Structural Equation Model with Elderly People. J Happiness Stud. 2018;19:1713-26. https://doi.org/10.1007/s10902-017-9891-9
34. Leible TL, Snell WE. Borderline personality disorder and multiple aspects of emotional intelligence. Pers. Individ. Differ. 2003;37:393–404.
35. Békés V, Beaulieu-Prévost D, Guay S, Belleville G, Marchand A. Trauma-related negative cognitions mediate the relationship between avoidant personality beliefs and impeded response to psychotherapy for PTSD. J. Aggress. Maltreatment Trauma, 2019;28(3):297-312.
36. Krajniak MI, Pievsky M, Eisen AR, McGrath RE. The relationship between personality disorder traits, emotional intelligence, and college adjustment. J. Clin. Psychol. 2018;74(7):1160-73. https://doi.org/10.1002/jclp.22572
37. Perrotta G. Histrionic personality disorder: Definition, clinical profiles, differential diagnosis and therapeutic framework. Arch Community Med Public Health, 2021;7(1):1-5.
38. Reinhard MA, Nenov-Matt T, Padberg F. Loneliness in Personality Disorders. Curr. Psychiatry Rep. 2022;24(11):603-12. https://doi.org/10.1007/s11920-022-01368-7
39. Taylor S, Abramowitz JS, McKay D, Calamari JE, Sookman D, Kyrios M, et. al. Do dysfunctional beliefs play a role in all types of obsessive–compulsive disorder?. J. Anxiety Disord. 2006;20(1):85-97.

SS-55 Diğer

KAHRAMANMARAŞ MERKEZLİ DEPREMLERDEN ETKİLENEN BİREYLERDE TRAVMA SONRASI STRES VE DEPRESYON BELİRTİLERİNİN ARAŞTIRILMASI

Atilla Tekin[1], Zeynep İnce[1], Erkan Göçüm[1], Ayşegül Yetkin Tekin[2], Oğuz Karamustafalıoğlu[3]

[1]*Adıyaman Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Abd*
[2]*Serbest Psikolojik Danışman Ve Rehber*
[3]*İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Adli Bilimler Enstitüsü*

Giriş: 6 Şubat 2023 tarihli Kahramanmaraş merkezli depremlerde 11 ilimizde yaşayan vatandaşlarımız etkilenmiştir. Ellibinin üzerinde insanın ölümüne sebep olan depremler, yüzbinin üzerinde insanın yaralanmasına sebep olmuştur. Doğal afetler arasında travma sonrası stres ve depresyon belirtilerine en sık sebep olanlardan biri depremlerdir. Bu araştırmanın amacı, 6 Şubat 2023 tarihli Kahramanmaraş merkezli depremlerden etkilenen ve Adıyaman ilinde ikamet eden bireylerde travma sonrası stres ve depresyon belirtilerinin araştırılmasıdır.

Method: Araştırmaya 6 Şubat 2023 tarihli Kahramanmaraş merkezli depremlerden etkilenen ve Adıyaman ilinde ikamet eden 400 katılımcı dahil edilmiştir. Her bir katılımcı bir sosyodemografik veri formu ile beraber DSM - 5 için Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi ve Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Özbildirim Formunu doldurdu.

Bulgular: Katılımcıların %57.3'ü (n=229) kadındı. Katılımcıların yaş ortalaması 36.6 idi ve yaş aralığı 14 ile 68 yaş arasında değişmekteydi. Enkaz altında kalıp kurtarılan katılımcıların oranı %13.3 idi (n=53). Kadın depremzedelerin yeniden yaşantılama ve kaçınma puanları erkek depremzedelere göre daha yüksekti (sırasıyla; $p=0.014$ ve $p=0.016$). Kadın depremzedelerin depresif duygudurum, iştahta bozulma, ilgi kaybı, enerjide azalma ve psikomotor aktivitede değişiklik puanları erkek depremzedelere göre daha yüksekti (sırasıyla; $p=0.005$, $p=0.008$, $p<0.001$, $p<0.001$ ve $p<0.001$). Enkaz altında kalan depremzedelerin yeniden yaşantılamai kaçınma, duygulanımda olumsuz değişiklikler ve aşırı uyarılma puanları enkaz altında kalmayan katılımcılara göre daha yüksekti (sırasıyla; $p<0.001$, $p<0.001$, $p<0.001$ ve $p<0.001$). Enkaz altında kalan katılımcıların depresif duygudurum, uykuda bozulma, konsantrasyon kaybı, ilgi kaybı, enerjide azalma ve psikomotor aktivitede değişiklik puanları enkaz altında kalmayan aktılımcılara göre, daha yüksekt (sırasıyla; $p=0.004$, $p<0.001$, $p<0.001$, $p=0.013$, $p<0.001$ ve $p<0.001$).

Tartışma ve Sonuç: Ülkemizde dünyada yapılan çalışmalar, depremden etkilenen bireylerde travma sonrası stres ve depresyon belirtilerinin sık görüldüğünü, travma sonrası stres ve depresyon belirtilerinin cinsiyetler arasında farklılıklar gösterebileceğini ortaya koymuştur. Araştırmamızın bulguları da, 6 Şubat 2023 tarihli Kahramanmaraş merkezli depremlerden etkilenen depremzedelerde travma sonrası stres ve depresyon belirtilerinin cinsiyetler arasında farklılaşabildiğini göstermiştir. Ayrıca 6 Şubat 2023 tarihli Kahramanmaraş merkezli depremlerden etkilenen ve enkaz altında kalan bireylerde travma sonrası stres ve depresyon belirtilerinin daha şiddetli olması, travmanın şiddeti ile travma sonrası stres ve depresyon belirtileri arasında bir ilişki olabildiği şeklindeki literatür bulgularını desteklemektedir.

Anahtar Kelimeler: deprem, travma sonrası stres, depresyon

Kaynaklar

1. Uwishema, O. (2023). Addressing the effects of the earthquakes on Türkiye's health-care system. The Lancet, 401(10378), 727.
2. Dai, W., Chen, L., Lai, Z., Li, Y., Wang, J., & Liu, A. (2016). The incidence of post-traumatic stress disorder among survivors after earthquakes: a systematic review and meta-analysis. BMC psychiatry, 16(1), 1-11.
3. Karamustafalıoğlu, O. K., Fostick, L., Çevik, M., Zukerman, G., Tankaya, O., Güveli, M., ... & Zohar, J. (2023). Ten-year follow-up of earthquake survivors: long-term study on the course of PTSD following a natural disaster. The Journal of clinical psychiatry, 84(2), 45763.

Anahtar Kelimeler : deprem, travma sonrası stres, depresyon

Poster Bildiriler

PS-02 Duygudurum Bozuklukları

ESKETAMINE NASAL SPRAY IMPROVES FUNCTIONING IN PATIENTS WITH TREATMENT RESISTANT DEPRESSION: RESULTS FROM ESCAPE-TRD

Reif A[1], Buyze J[2], Mulhern Haughey S[3], von Holt C[4], Godinov Y[5], Young AH[6,7]

[1]*Department of Psychiatry, Psychosomatic Medicine and Psychotherapy, University Hospital Frankfurt, Frankfurt, Germany*
[2]*Janssen Pharmaceutica NV, Beerse, Belgium*
[3]*Janssen EMEA, Dublin, Ireland*
[4]*Janssen EMEA, Neuss, Germany*
[5]*Janssen EMEA, Sofia, Bulgaria*
[6]*Institute of Psychiatry, Psychology and Neuroscience, King's College London, Department of Psychological Medicine, London, United Kingdom*
[7]*South London and Maudsley NHS Foundation Trust, Bethlem Royal Hospital, Beckenham, United Kingdom*

Background/Aims

- Treatment resistant depression (TRD; commonly defined as non-response to ≥2 prior consecutive treatments at adequate dosage and duration in the current depressive episode) negatively impacts patients' functioning and productivity.[1,2]
- In ESCAPE-TRD (NCT04338321), a significantly greater proportion of patients with TRD achieved remission at Week 8, and being relapse-free through Week 32 after remission at Week 8, with esketamine nasal spray (NS) versus quetiapine extended release (XR) augmentation.[3]

Objective

- To report the effects of esketamine NS versus quetiapine XR, both in combination with an ongoing selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI) or serotonin norepinephrine reuptake inhibitor (SNRI), on functioning and productivity over 32 weeks in patients with TRD.

Methods-Materials

- In the ESCAPE-TRD phase IIIb trial, patients were randomised 1:1 (stratified by age [18–≤64 years; 65–<75 years] and number of prior treatment failures [2; ≥3]) to esketamine NS or quetiapine XR, dosed per label, alongside an ongoing SSRI/SNRI (Figure 1).[4–6]

Functional Remission

- Change from baseline (CfB) over time in Sheehan Disability Scale (SDS) total score was compared between arms using a mixed model for repeated measures (MMRM) with treatment, age group, number of treatment failures, time, time by treatment and baseline value as covariates.
- Functional remission rates (SDS total score ≤6) were compared using Cochran-Mantel-Haenszel chi-square tests adjusted for age/treatment failures.
- Time to functional remission was estimated using the Kaplan-Meier method. Hazard ratio (HR), 95% confidence intervals (CI) and corresponding p value were estimated using a Cox proportional hazards model adjusted for age/treatment failures. Patients discontinuing study treatment were censored at an infinite (arbitrarily large) time and were assumed to never achieve remission.

Work Productivity and Activity Impairment

- CfB over time (MMRM with treatment, age group, number of treatment failures, time, time by treatment and baseline value as covariates) in the absenteeism, presenteeism, work productivity loss and activity impairment domains of the Work Productivity and Activity Impairment: Depression (WPAI:D) questionnaire were also assessed.
- Only data from on-treatment visits were used for these analyses; p values reported are nominal and not adjusted for multiple testing.

Results

- At baseline, 336 patients were randomised to esketamine NS and 340 to quetiapine XR; baseline SDS total and WPAI:D scores were similar in each arm (Table 1).
- SDS total score decreased over time in both arms; CfB was greater with esketamine NS versus quetiapine XR from Day 29 (Week 4) through Week 32 (Figure 2).
  - Overall CfB to Week 32 was significantly greater with esketamine NS versus quetiapine XR (−10.0 versus −8.3; treatment difference [95% CI]: −1.7 [−2.7, −0.7]; p=0.001; Figure 2).
- Functional remission rates, using SDS, increased over time in both arms, with odds ratios (OR) favouring esketamine NS versus quetiapine XR at Weeks 16, 20, 24 and 32.

- Esketamine NS increased the proportion of patients achieving functional remission, providing an 88.1% relative increase in the chance of functional remission at Week 32 (Week 32 functional remission rate: 38.1% versus 25.0%; OR [95% CI]: 1.88 [1.33, 2.66]; p<0.001; Figure 3).

- Esketamine NS significantly shortened the time to functional remission versus quetiapine XR, with esketamine NS-treated patients being 1.8 times as likely to achieve functional remission at any given timepoint versus quetiapine XR (HR [95% CI]: 1.82 [1.42, 2.34]; p<0.001; Figure 4).
- WPAI:D scores decreased over time in both arms.
  - Overall CfB was significantly greater with esketamine NS versus quetiapine XR in all four domains (absenteeism: −20.7 versus −15.1, p=0.042; presenteeism: −32.2 versus −22.7, p<0.001; work productivity loss: −35.7 versus −24.6, p<0.001; activity impairment: −33.3 versus −28.7, p=0.009; Figure 5).

Conclusions

- Patients receiving esketamine NS plus SSRI/SNRI experienced greater improvements in functioning and productivity over 32 weeks versus quetiapine XR plus SSRI/SNRI.
- Treatment with esketamine NS greatly improves patients' functional impairment caused by their depression; furthermore, esketamine NS-treated patients were 88.1% relatively more likely to achieve functional remission at Week 32 versus quetiapine XR-treated patients.
- These findings add to those of the ESCAPE-TRD primary analysis, which demonstrated the superiority of esketamine NS in improving depressive symptoms over a short- and long-term period,[3] and shows how improvements in symptoms can translate to improvements in patients' daily functioning and productivity.

References

1. Jaffe DH et al. BMC Psych. 2019;19:247;
2. Heerlein K et al. J Affect Disord. 2021;283:115–122;
3. Reif A et al. DGPPN Kongress 2022; P-01-04;
4. Reif A et al. ECNP 2022; P.0588;
5. European Medicines Agency. Spravato (esketamine) Summary of Product Characteristics. 2019. Available at: https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/spravato-epar-product-information_en.pdf. Accessed: 17 April 2023;
6. European Medicines Agency. Seroquel XR (quetiapine XR) Summary of Product Characteristics. 2020. Available at: https://www.ema.europa.eu/en/documents/referral/seroquel-seroquel-xr-associated-names-article-30-referral-annex-iii_en.pdf. Accessed: 17 April 2023.

Author Contributions

Substantial contributions to study conception/design, or acquisition/analysis/interpretation of data: AR, JB, SMH, CvH, YG, AHY; Drafting of the publication, or revising it critically for important intellectual content: AR, JB, SMH, CvH, YG, AHY; Final approval of the publication: AR, JB, SMH, CvH, YG, AHY.

Disclosures

AR: Participated in advisory boards for and received speaker's honoraria over the last 3 years from Cyclerion, Janssen, Medice, SAGE/Biogen and Shire/Takeda; received speaker's honoraria from Das Fortbildungskolleg; received research grants from Medice; board member of DGBS, DGPPN, ECNP and German Depression Foundation; aided in developing National Care Guidelines (NVL, S3) on major depression, bipolar disorder, ADHD and suicidal behaviour.

JB, SMH, CvH, YG: Employees of Janssen.

AHY: Grants from Janssen; speaker/consultant for Allegan, AstraZeneca, Bionomics, Eli Lilly, Janssen, Johnson & Johnson, LivaNova, Lundbeck, Servier, Sumitomo Dainippon Pharma and Sunovion; independent research is funded by the National Institute for Health Research (NIHR) Biomedical Research Centre at South London and Maudsley NHS Foundation Trust and King's College London. The views expressed are those of the authors and not necessarily those of the NHS, the NIHR, or the Department of Health.

Acknowledgements

This study was funded by Janssen. We thank the patients and their caregivers in addition to the investigators and their teams who contributed to this study. The authors acknowledge Yerkebulan Kambarov, Janssen EMEA, Brussels, Belgium, for publication coordination and Andrew Wilhelmsen, PhD, Costello Medical, Manchester, UK, for medical writing and editorial assistance, and the Design team at Costello Medical for graphic design assistance. All costs associated with development of this poster were funded by Janssen.

Abbreviations

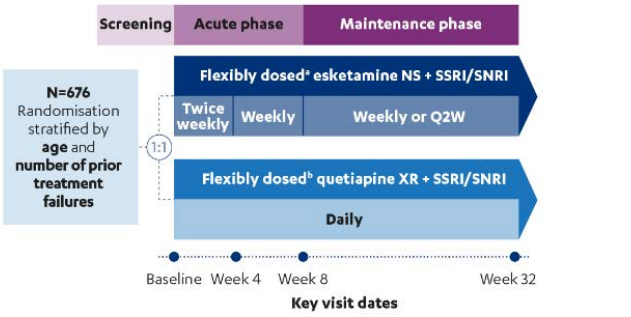
ANCOVA: analysis of covariance; **CfB:** change from baseline; **CI:** confidence interval; **HR:** hazard ratio; **LOCF:** last observation carried forward; **LS:** least squares; **MADRS:** Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale **MDE:** major depressive episode; **MMRM:** mixed model for repeated measures; **N/A:** not applicable; **NS:** nasal spray; **OC:** observed case; **OR:** odds ratio; **Q2W:** every 2 weeks; **SD:** standard deviation; **SDS:** Sheehan Disability Scale; **SE:** standard error; **SNRI:** serotonin norepinephrine reuptake inhibitor; **SSRI:** selective serotonin reuptake inhibitor; **TRD:** treatment resistant depression; **WPAI:D:** Work Productivity and Activity Impairment: Depression; **XR:** extended release.

Table 1. Baseline characteristics

Mean (SD), unless otherwise specified	*Esketamine NS + SSRI/SNRI N=336*	*Quetiapine XR + SSRI/SNRI N=340*
Baseline characteristics		
Age, years	44.3 (13.6)	45.7 (13.4)
Sex, female, n (%)	225 (67.0)	222 (65.3)
Number of treatment failures in the current MDE, n (%)		
2	204 (60.7)	211 (62.1)
≥3	132 (39.3)	129 (37.9)
Psychiatric history		
Age at diagnosis, years	33.5 (11.7)	34.8 (11.7)
Total number of episodes	3.4 (2.4)	3.6 (4.1)
Duration of current episode, weeks	68.8 (84.2)	64.6 (65.7)
Total MADRS baseline score	31.4 (6.1; n=336)	31.0 (5.8; n=339)
SDS total score	22.3 (5.0; n=326)	21.8 (5.6; n=333)
WPAI: D score		
Absenteeism	43.10 (38.10; n=153)	37.34 (34.69; n=134)
Presenteeism	70.91 (21.61; n=154)	66.05 (25.24 n=152)
Work productivity loss	76.76 (22.42; n=154)	72.38 (26.05; n=152)
Activity Impairment	74.31 (16.80; n=327)	72.99 (19.05; n=335)

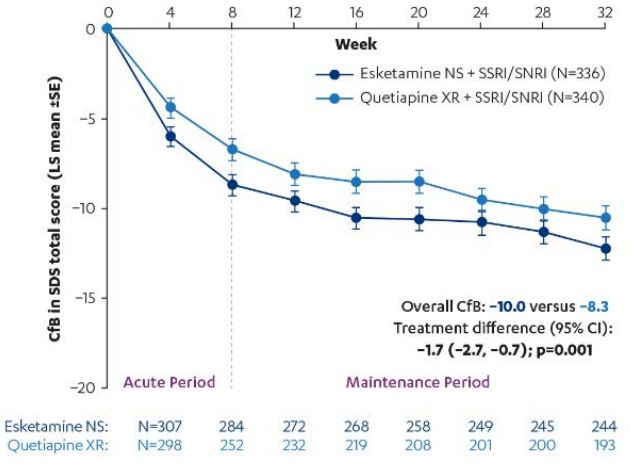
Full analysis set: includes all randomised patients. MADRS: Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale; MDE: major depressive episode; NS: nasal spray; SD: standard deviation; SDS: Sheehan Disability Scale; SNRI: serotonin norepinephrine reuptake inhibitor; SSRI: selective serotonin reuptake inhibitor; WPAI:D: Work Productivity and Activity impairment: Depression; XR: extended release.

Figure 1. Study design



[a]Esketamine NS was dosed twice weekly (56 mg on Day 1, increased to 56/84 mg from Day 4) from Weeks 1–4, weekly (56/84 mg) from Weeks 5–8 and weekly or Q2W (56/84 mg) from Weeks 9–32, all in addition to an ongoing SSRI/SNRI that elicited non-response at baseline;[b]Quetiapine XR was dosed daily, starting at 50 mg and titrated up to ≥150 mg by the end of Week 2. Quetiapine XR was then flexibly dosed (150–300 mg) from Weeks 3–32, all in addition to an ongoing SSRI/SNRI that elicited non-response at baseline.[c] NS: nasal spray; Q2W: every 2 weeks; SNRI: serotonin norepinephrine reuptake inhibitor; SSRI: selective serotonin reuptake inhibitor; XR: extended release.

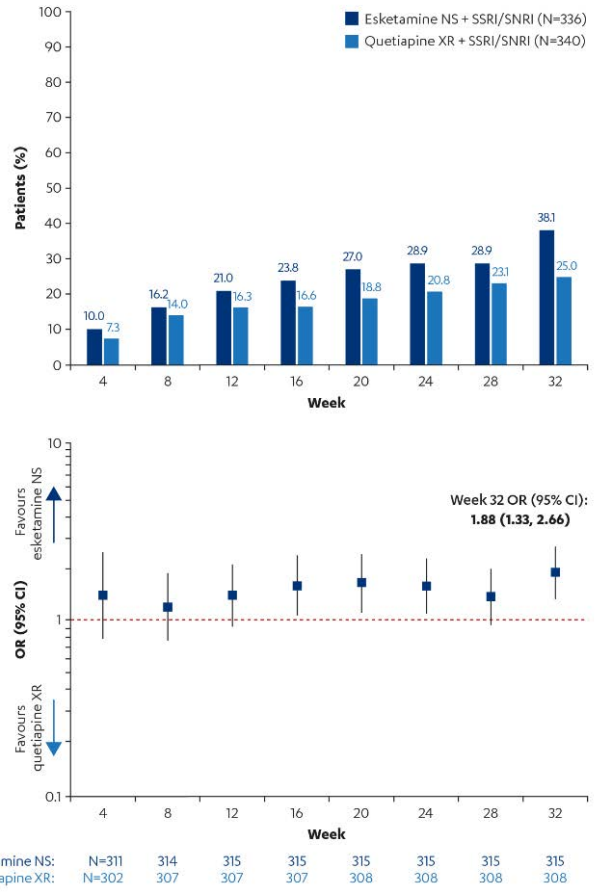
Figure 2. Change in SDS total score from baseline over time (MMRM)



Esketamine NS: N=307	284	272	268	258	249	245	244
Quetiapine XR: N=298	252	232	219	208	201	200	193

Full analysis set: includes all randomised patients. Data presented as LS mean (±SE) change in SDS total score from baseline. LS means, SE, 95% CI and two-sided p value were based on a repeated measures mixed effects ANCOVA model with treatment, age group, total number of treatment failures, time, time by treatment and baseline value as covariates. Modelled with an unstructured covariance structure. ANCOVA: analysis of covariance; CfB: change from baseline; CI: confidence interval; LS: least squares; MMRM: mixed model for repeated measures; NS: nasal spray; SDS: Sheehan Disability Scale; SE: standard error; SNRI: serotonin norepinephrine reuptake inhibitor; SSRI: selective serotonin reuptake inhibitor; XR: extended release.

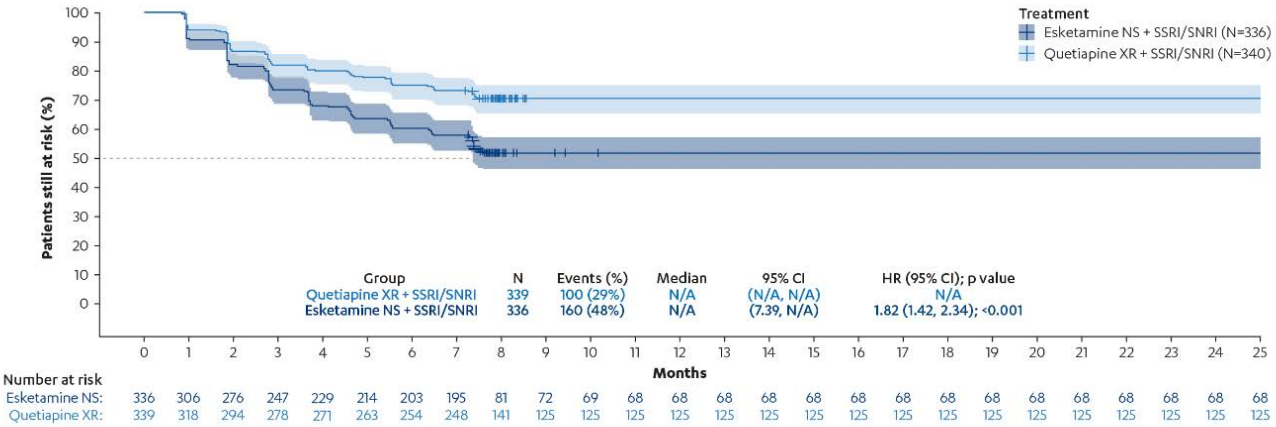
Figure 3. Functional remission rate over time (LOCF)



Esketamine NS: N=311	314	315	315	315	315	315	315
Quetiapine XR: N=302	307	307	307	308	308	308	308

Full analysis set: includes all randomised patients. Functional remission was defined as SDS total score ≤6. Percentages are based on the number of patients at each timepoint, using LOCF for missing data. OR and 95% CI were based on Cochran-Mantel-Haenszel chi-square test adjusted for age and total number of treatment failures. CI: confidence interval; LOCF: last observation carried forward; NS: nasal spray; OR: odds ratio; SDS: Sheehan Disability Scale; SNRI: serotonin norepinephrine reuptake inhibitor; SSRI: selective serotonin reuptake inhibitor; XR: extended release.

Figure 4. Kaplan-Meier plot showing time to functional remission (OC)

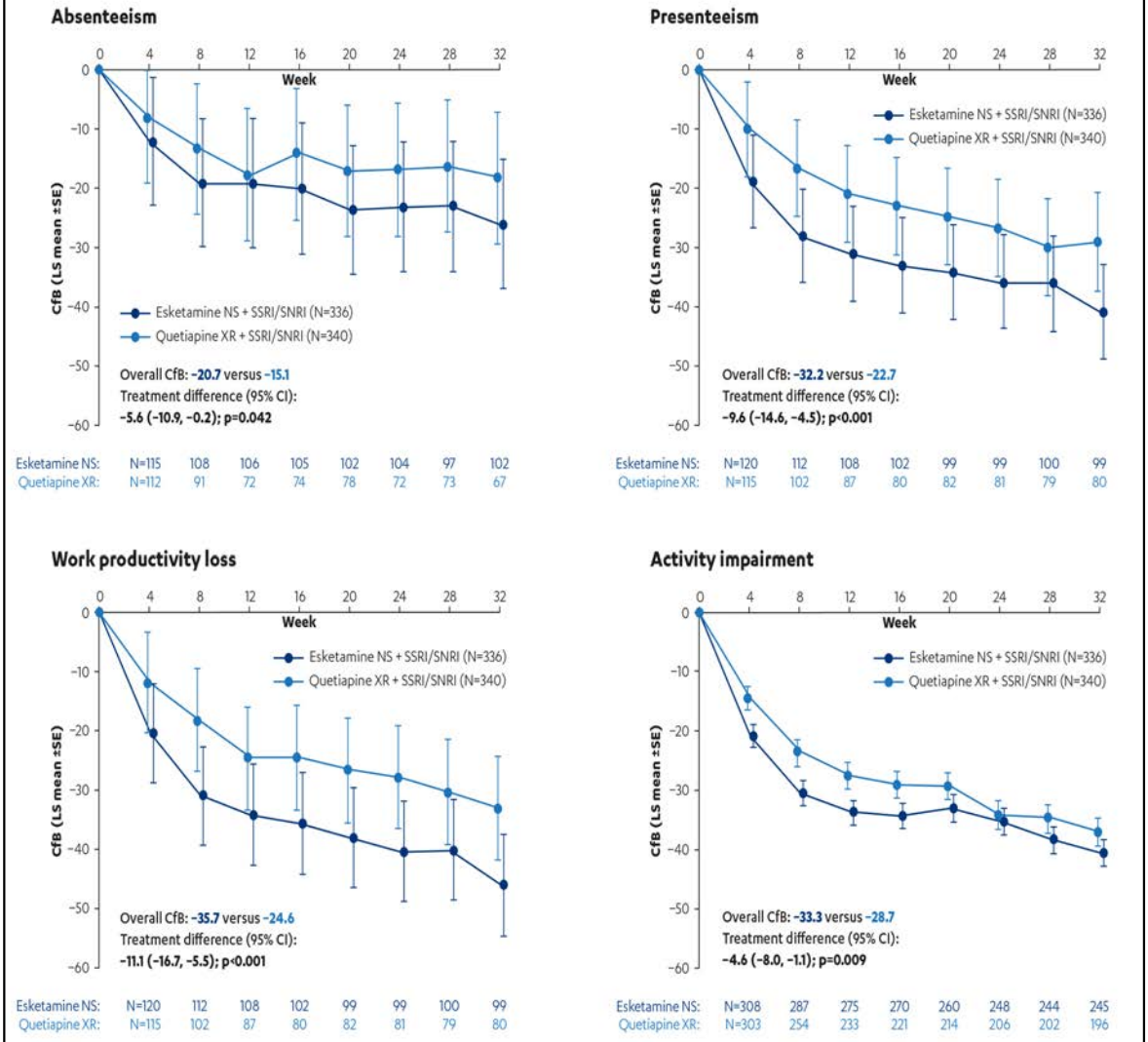


Number at risk

Esketamine NS:	336	306	276	247	229	214	203	195	81	72	69	68	68	68	68	68	68	68	68	68	68	68	68	68
Quetiapine XR:	339	318	294	278	271	263	254	248	141	125	125	125	125	125	125	125	125	125	125	125	125	125	125	125

Full analysis set: includes all randomised patients. Functional remission was defined as SDS total score ≤6. HR and 95% CI based on Cox proportional hazards model with study intervention as the only covariate and adjusted for age and total number of treatment failures, using OC. CI: confidence interval; HR: hazard ratio; N/A: not applicable; NS: nasal spray; OC: observed case; SDS: Sheehan Disability Scale; SNRI: serotonin norepinephrine reuptake inhibitor; SSRI: selective serotonin reuptake inhibitor; XR: extended release.

Figure 5. Change in WPAI:D domain scores over time (MMRM)



Esketamine NS:	N=115	108	106	105	102	104	97	102
Quetiapine XR:	N=112	91	72	74	78	72	73	67

Esketamine NS:	N=120	112	108	102	99	99	100	99
Quetiapine XR:	N=115	102	87	80	82	81	79	80

Esketamine NS:	N=120	112	108	102	99	99	100	99
Quetiapine XR:	N=115	102	87	80	82	81	79	80

Esketamine NS:	N=308	287	275	270	260	248	244	245
Quetiapine XR:	N=303	254	233	221	214	206	202	196

Full analysis set: includes all randomised patients. Data presented as LS mean (±SE) change in WPAI:D domain score from baseline. LS means, SE, 95% CI and two-sided p value were based on a repeated measures mixed effects ANCOVA model with treatment, age group, total number of treatment failures, time, time by treatment and baseline value as covariates. Modelled with an unstructured covariance structure. ANCOVA: analysis of covariance; CfB: change from baseline; CI: confidence interval; LS: least squares; MMRM: mixed model for repeated measures; N/A: not applicable; NS: nasal spray; SE: standard error; SNRI: serotonin norepinephrine reuptake inhibitor; SSRI: selective serotonin reuptake inhibitor; WPAI:D: Work Productivity and Activity Impairment: Depression; XR: extended release.

PS-05 Psikofarmakoloji

PAROKSETİNE BAĞLI PERİFERİK ÖDEM OLGUSU

Yasin Duman[1], Behçet Coşar[2]

[1]Batman İluh Devlet Hastanesi
[2]Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri AD

Giriş

Paroksetin, anksiyete ve depresif bozukluklar olmak üzere bir çok psikiyatrik hastalığın tedavisinde kullanılan seçici seratonin geri alım inhibitörü antidepresan ilaçtır. Sıklıkla baş ağrısı, mide bulantısı, kusma, ishal, kabızlık, ağız kuruluğu, uykusuzluk, huzursuzluk ve cinsel yan etkiler yaptığı bilinmektedir. Essitalopram[1], paroksetin ve venlafaksin[2], mirtazapin[3] ve trazodon[3] gibi antidepresanlar ile periferik ödem vakaları bildirilmiştir. Bu yan etkinin gelişme mekanizması belirsiz olduğu ancak kan damarı düz kasları üzerindeki serotonerjik etki ve ayrıca renal toplayıcı tübüller üzerindeki östrojen ve progesteron etkisi ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür[4]. Aşağıda paroksetine bağlı bilateral bacaklarda ödem vakası tartışılacaktır.

Vaka

58 yaş kadın hasta evli 3 cocugu var çalışmıyor bilinen ek kronik hastalığı yok Hastanın ilk şikayetleri 2018 yılında gelecek kaygısı, terleme,huzursuzluk yakınlarına kötü bir şey olacağı korkusu ile başlamış. DSM-V e göre Yaygın anksiyete bozukluğu tanısıyla essitolopram 10 mg/gün tedavisi başlanmış. Hasta bu tedaviden fayda görmüş. 2020 yılında anksiyete belirtileri artması üzerinde essitolopram kesilip paroksetin 20 mg/gün başlanmış. Hasta bu tedaviden fayda görmüş. Son 3 aydır her iki bacakta şişme, yürümekte zorlanma şikayetleri başlamış. EKG, kan basıncı,venöz doppler endokrin ve metobolik sebepler araştırılmış herhangi bir neden bulunamamış En son romatolojik olarak c3,c4, anti scl70, antidsDNA,anti jo-1 gibi tetkik sonuçlarının normal olması üzerine kliniğimize yönlendirilmiş. Hastanın bacaklarda ödem şikayeti paroksetin bağlı olabileceği düşünülerek tedavisi 2 ay sürede azaltılarak kesildi. İlaç kesildikten 15 gün sonra hastanın yürüyememe ve bacaklarda şişme şikayetinin tamamen geçtiği saptandı. Hastaya anksiyete belirtilerine yönelik mirtazapin 15 m/gün tedavisi başlandı. 2. ay kontrolünde anksiyete belirtilerinin gerileği herhangi bir yan etki olmadığı saptandı.

Tartışma

Literatürde antipsikotik ilaçlarla bir çok periferik ödem vakası bildirilse de antidepresan ilaçlara bağlı nadir görülen bir yan etkidir. Özellikle kadınlarda daha sık görüldüğü saptanmıştır[5]. Periferik ödem mekanizması olarak bilinen kardiyolojik metobolik ve romatolojik hastalıklar ekarte edildikten sonra tanı netleştirilmelidir. Vakamızda daha önce essitolopram kullanmış ve yan etki olmamasına rağmen paroksetin tedavisi sonrası yan etki meydan gelmiştir. Bu yan etki bireysel farklılık göstermekle birlikte klinisyen tarafından akılda tutulması gereken bir durum olduğunu düşünmekteyiz.

Kaynaklar

1. Ravi PB, Ravishankar GM, Andrade C. Bilateral peripheral edema as a rare adverse effect of escitalopram. Indian J Psychiatry. 2014;56(1):97. PubMed CrossRef Show Abstract
2. Uguz F. Rapid weight gain associated with edema after use of paroxetine and venlafaxine: 2 case reports. Clin Neuropharmacol. 2014;37(1):34–35. PubMed CrossRef Show Abstract
3. Yang HT, Liu YW, Kuo SC, et al. Repeated leg edema induced by trazodone and mirtazapine in a patient with depression with successful agomelatine substitution: a case report. (published online ahead of print October 1, 2020) Am J Ther. 2020. PubMed CrossRef Show Abstract
4. Hassaan Gomaa, Aditya Joshi et al. Rapid-Onset Nonallergic Peripheral Edema With Sertraline and Fluoxetine in the Postpartum Period, Prim Care Companion CNS Disord. 2022 Oct 6;24(5):21cr03191.
5. Akın S, Bahat G, Tufan F, et al. Olanzapine as a cause of peripheric edema in an elderly man. Aging Clin Exp Res 2013;25:115–117.

PS-07 Anksiyete Bozuklukları

ANKSİYETE VE DEPRESYON İLE PRESENTE OLAN ATİPİK BİR FAHR SENDROMU OLGUSU

Başak Küçük[1], Buket Yılmaz[1]

[1]*Nizip Devlet Hastanesi*

Giriş

İki taraflı striatopallidodentat kalsinozis olarak da bilinen Fahr sendromu, nadir görülen bir nörolojik bozukluk olup,bazal gangliyonlarda, serebellar dentat çekirdeklerde ve beyaz cevherde anormal vasküler kalsiyum birikimi sonucu görülür. Fahr hastalığı terimi, primer ailesel beyin kalsifikasyonu mevcut olduğunda; Fahr sendromu terimi ise altta yatan sekonder nedenler olduğunda kullanılır. Sekonder nedenler arasında kalsiyum metabolizması bozuklukları, endokrinopatiler, hipoparatiroidizm, psödohipoparatiroidizm, otoimmün hastalıklar, vaskülit ve santral sinir sistemi enfeksiyonları yer alır. Semptom olarak parkinsonizm, kore ve atetoz gibi hareket bozuklukları, demans, ataksi, nöbetler, baş ağrısı, dizartri, spastisite ve psikiyatrik bozukluklar görülür.

Vaka Sunumu

45 yaş kadın hasta psikiyatri polikliniğimize baş ağrısı içe kapanma, konuşmama, yoğun kaygı duyma şikayetleri ile başvurdu. Haziran 2021 tarihinde bu şikayetlerle başka bir psikiyatri kliniğine başvurmuş bunun üzerine essitalopram 10 mg/gün başlanmış ve şikâyetlerinin devam etmesi tedaviye venlafaksin 75 mg/gün eklenmiş. Ancak bu tedavilerden de fayda görmemişti. Ruhsal durum muayenesinde genel görünüm olarak hastanın öz bakımı iyiydi, soru sorulmadıkça konuşmuyordu, sorulan sorulara kısa ve çok yavaş konuşarak cevap veriyordu, tepkisiz ve mutsuz bir görüntüsü vardı. Etrafa karşı ilgisizdi, duygu durumunda çökkünlük vardı ve künt görünmesine rağmen endişeliydi. Paranoid görünüm sergilemiyordu. Kendisine verilen komutları beklenenden daha yavaş da olsa yerine getiriyordu. Psikomotor aktiviteleri azalmıştı. Bilinci açık, zaman, yer ve kişi yönelimi yerindeydi. Bellek durumunda anlık, çok yakın, yakın ve uzak bellekte bozulma saptandı. Dikkatte azalma olduğu tespit edildi. Baş ağrısı olan hastadan nöroloji konsültasyonu istendi. Çekilen beyin tomografisinde, serebral ve serebellar hemisferler ile dentat çekirdekler ve bazal gangliyonları içeren bilateral, yaygın ve yoğun kalsifikasyonlar görüldü ve Fahr hastalığı ile uyumlu değerlendirildi(Resim 1).

Laboratuvar incelemelerinde glikoz, hemogram, lipid profili, glikoz, demir, ferritin, karaciğer, böbrek ve tiroid fonksiyon testleri normaldi. Serum kalsiyumu 6,5 mg/dl [normal 8,5-10,3 mg/dl] iken serum paratiroid hormonu 4 pg/ml [normal 10-55 pg/ml] saptandı ve primer hipoparatiroidizm ile uyumlu değerlendirildi. Hastaya BT ve laboratuvar bulgularına göre primer hipoparatiroidizme bağlı Fahr sendromu tanısı kondu. İntravenöz ve oral kalsiyum glukonat başlanan hastanın şikayetlerinde belirgin düzelme görüldü.

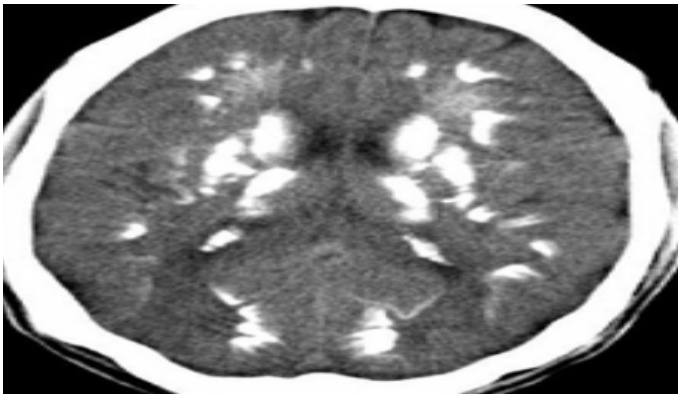
Tartışma

Ana semptomu anksiyete ve depresyon olan bir hastada hipoparatiroidizme bağlı bazal gangliyonlarda kireçlenme ile seyreden atipik bir Fahr sendromu olgusunu sunuyoruz. Nadir olmakla birlikte psikiyatrik semptomları ve baş ağrısı olan hastalarda beyin BT'sinde her iki bazal ganglionda simetrik ve anormal kalsifikasyon mevcutsa Fahr sendromundan şüphelenilmelidir. Ayrıca kandaki kalsiyum konsantrasyonu ile birlikte paratiroid fonksiyonu da test edilmelidir; hipokalsemi varsa kalsiyum konsantrasyonu düzelmesi ile psikiyatrik semptomlar düzelebilir.

Kaynaklar

1. Yoo Jin Lee, Sihyung Park, Yang Wook Kim, Kang Min Park, Il Hwan Kim E, et al. (2018) A Case of Seizure Revealing Fahr's Syndrome with Primary Hypoparathyroidism. Am J Case Rep 19: 1430-1433.
2. Mohammad Taghi Niknejad, Maiu Lan Ho (2005) Fahr Syndrome,Radiopaedia.
3. Gholam Ali Shahidi, Mahdi Safdarian (2017) Fahr disease: Idiopathic basal ganglia calcification. Iran J Neurol 16(1): 53-54.
4. Carter L, Pasig Cr, Comaz A, Lopez J (2002) Neuropsychological and neurophysiological features of Fahr's disease. Rev Med Chil 130(12): 1383-1390.





PS-08 Psikofarmakoloji

TARDIVE DYSKINESIA DUE TO DISCONTINUATION OF HALOPERIDOL, A CASE REPORT

Şüheda Nur Ulutaş[1], Hasan Berat Civelek[1]

[1]*Beyhekim Education and Treatment Hospital Department of Psychiatry, Konya*

Introduction and aim: Tardive dyskinesia (TD) is a hyperkinetic movement disorder that can occur frequently during long-term antipsychotic drug therapy or shortly after discontinuation of treatment. It is an iatrogenic picture that manifests itself with stereotypical, choreiform or athetoid involuntary movements, especially involving the mouth, tongue and face, and may occur in the extremities and trunk. In this report, it is aimed to present a case about the effectiveness of atypical agents in symptoms in the early period after discontinuation of antipsychotic drugs.

Case: 36 years old, single, undergraduate, female. It was learned that the patient, who has been followed up with a diagnosis of bipolar disorder since the age of 15, had a history of four psychotic manic episodes and was followed up with various mood stabilizers and antipsychotics, especially lithium. In the examination performed under the control of the outpatient clinic, there were involuntary movements around the mouth, fasciculation-like movements in the tongue, and involuntary tic-like movements in the hands and legs, which started with the discontinuation of haloperidole 5 mg/day treatment. In addition, it was learned that complaints of difficulty in falling asleep, restlessness, absent-mindedness, and delayed response to questions began. The hemogram, biochemical and hormonal triggers, blood lithium level and b12 level requested from the patient who applied to our outpatient clinic with his family were evaluated as normal. No organic pathology was detected as a result of EEG, cranial MRI and neurological consultations requested for the exclusion of possible neurological disease. During the follow-ups, lithium treatment was discontinued and valproic acid 500 mg/day and clozapine 200 mg/day treatment were arranged. It was observed that the signs of tardive dyskinesia disappeared in the 4th week of the treatment.

Discussion and conclussion: TD is an iatrogenic, hyperkinetic motion sickness that occurs especially as a result of antipsychotic use. It is a difficult and mostly permanent condition that can cause problems in adherence to treatment, adversely affect the patient's quality of life, and is difficult to treat. Although the most important risk factor proven to increase the risk of TD is age; Risk factors include female gender, accompanying mood disorder, alcohol and drug abuse in the patient, previous extrapyramidal system side effects, discontinuation of the same drug more than twice and starting it again. First of all, if there is an anticholinergic agent used in the treatment of TD, it should be discontinued. The need for antipsychotics should be evaluated, and the use of drugs that will increase symptoms should be stopped. The antipsychotic used should be evaluated in terms of efficacy, dosage and side-effect profile. If the patient is using first-generation antipsychotics, a second-generation antipsychotic should be switched to, if possible, quetiapine or clozapine should be the first choice.

PS-09 Psikofarmakoloji

FLUOKSETİN KULLANIMI SONRASI GELİŞEN KEKEMELİK: BİR OLGU SUNUMU

Aslı Enzel Koç[1], Çiçek Hocaoğlu[2]

[1]*Fatih Devlet Hastanesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, Trabzon*

[2]*Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Rize.*

Giriş/Amaç: İlaçların indüklediği kekemelik (İİK) ile başta antipsikotikler, antidepresanlar, antiepileptikler ve metilfenidat olmak üzere çeşitli ilaçlar ilişkilendirilmiştir. Bu olgu sunumunda fluoksetin ile kekemelik gelişen bir olguyu ele alarak literatüre katkı sunmayı amaçladık.

Olgu: 39 yaşında, evli, lise mezunu kadın hasta psikiyatri kliniğine sinirlilik, yoğun sıkıntı hissi, gastrointestinal şikayetler ile başvurdu. Yakınmalarının uzun zamandır var olduğunu ancak son 2 yıl içinde psikiyatri başvurularının olduğunu belirtti. Ek kronik hastalığı ve ilaç kullanımı olmayan hastaya daha öncesinde fluoksetin kullanımından fayda gördüğünü belirtmesi üzerine anksiyete bozuklukları tanısı ile fluoksetin 20 mg/g tedavisi başlanıldı. 1 ay sonrasındaki takibinde önceki şikayetlerinin azaldığını ancak 1 haftadır kekemeliğinin başladığını belirtti. Muayenede de fark edildiği şekilde kelimelerin ilk hecelerini istemsizce tekrar etmekteydi. Günlük yaşamını etkilediğini belirtti. Anamnez derinleştirildiğinde daha önceki fluoksetin kullanımında da kekemelik geliştiği bu nedenle fluvoksamine geçildiği kekemeliğinin geçtiği ancak anksiyete şikayetlerinin gerilememesi nedeniyle ilacı bıraktığı öğrenildi. İlaç değişikliği yapılarak Sitalopram 20 mg/g' e geçildiğinde kekemelik şikâyetinin gerilediği gözlendi. EEG ve MR beyin görüntülemesinde patoloji saptanmadı. Naranjo Advers İlaç Reaksiyon Olasılık Ölçeği'nden 10 puan aldı. Çalışma öncesi olgudan yazılı onam alındı.

Tartışma: SSRI'lar ile indüklenen kekemelik ile ilgili literatürde oldukça fazla sayıda vaka bildirimi mevcuttur. SSRI'ların nigrostriatal dopamin yolaklarının inhibisyonu ile akatiziye neden olarak kekemeliğe neden olabileceği üzerinde durulmaktadır. Olgudaki kekemelik fluoksetin kullanımı ile başlaması, öncesinde benzer reaksiyon öyküsünün olması ve literatürde konuya ilişkin vaka bildirimlerinin olması ile ilaç advers reaksiyonu olarak değerlendirilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Fluoksetin, kekemelik, yan etki

PS-11 Psikofarmakoloji

İKİ UCU KESKİN BIÇAK; ÇOKLU UZUN ETKİLİ ANTİPSİKOTİK KULLANIMI: OLGU SERİSİ

Selin Balki Tekin[1], Ayşe Nur İnci Kenar[1]

[1]*Pamukkale Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Psikiyatri AD*

Giriş ve Amaç: Tedavi dirençli ve iç görüsü düşük olan hastalarda tedavi uyumunu arttırmak açısından birden fazla uzun etkili antipsikotik (LAI) kullanımına ihtiyaç duyulabilmektedir (1). Bu bildiride, üç şizofreni hastasında üçlü LAI kullanımına dair deneyimlerin sunulması amaçlanmıştır.

Olgu 1: Sekiz yıldır şizofreni olan 29 yaşında erkek hasta, tekrarlayan yatışları ve EKT uygulamaları olduğu, düzenli ilaç kullanımı olmadığı, psikotik atakların süresinin son 3-4 yıldır giderek uzadığı, hastanın işlevselliğinin belirgin olarak bozulduğu öğrenildi. Oral ilaç alımını reddeden hasta "taburcu olduğum gün kapıda çöpe atarım" diye ifade etmektedir. Hastanın oral ilaçları kesildi, tedavisi paliperidon 525mg/3ay, flupentiksol 20mg/15 gün, aripiprazol 400mg/ay olarak düzenlendi. Altı aylık takiplerinde yatış gerektirecek alevlenmenin olmadığı, işlevselliğinin düzeldiği, tedavi uyumunun iyi olduğu gözlendi.

Olgu 2: Otuz yıldır şizofren, 49 yaşında kadın, yılda ortalama 3 yatışı olan, EKT esnasında arrest öyküsü olan, işlevselliği ve öz bakımı belirgin olarak bozulan hasta; dezorganize davranış, ajitasyon, saldırganlık yakınmaları ile başvurdu. Birçok tedaviye yanıt vermediği öğrenilen hastaya EKT için anestezi onamı alınamamıştır. Oral tedavi uyumu kötü olan hastanın öyküde zuklopentiksol uzun etkiliye kısmen yanıt verdiği, enjeksiyon kullanımında sıkıntı yaşamadığı öğrenildi. Hastanın tedavisi paliperidon 150mg/ay, haloperidol 50mg/ay, aripiprazol 400mg/ay olarak düzenlendi. Hastanın dezorganize davranışlarının gerilediği, öz bakımının yeterli olduğu, kişisel ihtiyaçlarını kendisinin karşılayabildiği ve sosyal iyilik halinin devam ettiği, enjeksiyonlarını düzenli yaptırdığı, 5 aylık takiplerinde yatış gerektiren herhangi bir yakınmasının olmadığı gözlendi.

Olgu 3: Dört yıldır şizofren 24 yaş erkek hasta, 2 defa yatışının olduğu, 12 seans EKT tedavisi aldığı, fayda görmediği, aripiprazol 30mg/g, amisülprid 1200mg/g, olanzapin 20mg/g, flupentiksol 9mg/g tedavisinin uygulandığı, sosyal desteğinin zayıf olduğu, düzenli ilaç kullanmadığı, çevresine zarar verici davranışları ve ajitasyonu olduğu öğrenildi. Hastanın oral ilaç alımını reddetmesi, taburculuk sonraları hep ilaçlarını bırakması, ilaçları sanrıları ile ilişkilendirmesi nedeniyle tedavisi flupentiksol 20mg/15 gün, paliperidon 100mg/ay, aripiprazol 400mg/ay olarak düzenlendi. Hastanın taburculuk sonrası kontrollerinde rezidü işitsel varsanı dışında herhangi bir yakınması olmadığı, işlevselliğinin düzeldiği, tedavi uyumunun iyi olduğu gözlenmiştir.

Tartışma: Çoklu LAI kullanım kararı zordur. Çünkü tedavi kılavuzlarında uygulamayı destekleyen bir kanıt yoktur. Klozapin ve EKT'nin bir seçenek olmadığı, ilaç uyumunun olmadığı, tedaviye dirençli şizofreni vakalarında, bu stratejiyi vaka bazında değerlendirmek mantıklıdır. (2) Her üç olgu da EKT tedavisi almış olup fayda görmemiştir. Oral tedaviye uyumsuzluk ve sosyal destek zayıflığı nedeniyle klozapin tedavisi uygulanamamıştır. Bu olgularda tipik-atipik-parsiyel agonist LAI antipsikotik olarak üç farklı grup seçilmiştir. Farklı gruptaki antipsikotiklerin uzun etkili formlarının birlikte kullanımı ile sağlanan sürekli ve sabit antipsikotik kan düzeyleri; sosyal desteği zayıf olan, iç görüsü düşük olan ve oral tedavi uyumu iyi olmayan hastalarda atak sayısını, hastane yatışını, tedavi maliyetini azaltan tedavi seçeneği sunmaktadır. (3) Sonuç olarak; klinisyenler için olgu özelinde çoklu LAI antipsikotik kullanımın bir seçenek olabileceği düşünülmüştür.

Anahtar kelimeler: şizofreni, LAI antipsikotik, tedaviye direnç

Kaynaklar

1. Lauren A. et al. ''When should you consider combining 2 long-acting injectable antipsychotics? '' Current Psychiatry (2017) Vol 16:42-46
2. Lin, Ching-Hua, et al. "A Comparison of Long-Acting Injectable Antipsychotics With Oral Antipsychotics on Time to Rehospitalization Within 1 Year of Discharge in Elderly Patients With Schizophrenia." The American Journal of Geriatric Psychiatry 28.1 (2020): 23-30.
3. Calvin N, Minischetti L, Salanon F, Llorca PM, Pouchon A, Polosan M, Dondé C. "Combination of two long-acting injectable antipsychotics in treatment-resistant schizophrenia: A retrospective 12-month mirror-image study." Asian J Psychiatr. 2023 Feb;80:103402. doi: 10.1016/j.ajp.2022.103402.

PS-12 Duygudurum Bozuklukları

EBEVEYN KAYBI SONRASI HİPOMANİ VE KATATONİK DEPRESYON GELİŞEN BİR OLGU

Burcu Bakar Kahraman[1]

[1]SBÜ Sultan 2. Abdülhamid Han Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Erken yaşta ebeveyn kaybı ruhsal bozukluk gelişiminde önemli risk faktörlerinden biri olarak görülmektedir (1). Zihinsel yetersizliği olan olgular için ise her yaştaki ebeveyn kaybı erken ebeveyn kaybı kadar travmatik olabilir. Bu yazıda hafif düzeyde zihinsel yetersizliği olan işitme ve konuşma engelli bir olguda ebeveyn kaybı sonrasında başlayan duygudurum bozuklukları ve tedavi süreci sunulacaktır.

OLGU: 43 yaş kadın, doğuştan işitme ve konuşma engelli, hafif düzeyde zihinsel yetersizlik tanılı, bekar, çalışmıyor, 3 kardeşin birincisi. Bir yıl önce anne, bir ay önce baba vefatı sonrasında kız kardeşi ile yaşamaya başladığı süreçte sinirlilik, uyku ihtiyacında azalma, tek başına dışarı çıkmaya çalışma, evde sürekli hareket halinde olma, sebepsiz gülme yakınmaları nedeniyle polikliniğimize başvurdu. Hipomanik epizod tanısı ile olanzapin 10 mg/gün tedavisi başlandı, kontrolde yakınmaların azalması üzerine tedavisine devam edildi. Yaklaşık iki ay sonra durgunluk, yeme içmede azalma, zaman zaman ağlama, ortak etkinliklere ilgide azalma yakınmaları için tedavisine essitalopram 5mg/gün eklendi. İki hafta sonra yeme içme reddi, işaret dili ile olan iletişimi bırakma, idrar ve dışkısını altına kaçırma, dizlerini büküp başını geriye atarak yürüme, uzun süre sabit bir yere bakma yakınmaları ile başvurdu. Ruhsal muayenesinde postür alma, negativizim, grimas gözlenen hastada katatoni düşünülerek lorazepam 1mg 2x1 tedavisine eklendi. Günlük izlemle poliklinikten takip edilen hastanın ilk olarak sabit bakma, sonrasında yeme-içme ve idrar-dışkı kontrolü düzelme gösterdi, bir hafta sonra yüz buruşturma hareketi azaldı, günlük aktivitelere eskisi kadar olmasa da katılmaya başladı. Yaklaşık bir ay sonra tüm katatoni belirtileri düzelen duygudurumu ötimik olan, önceki işlevsellik kapasitesine dönen hastanın tedavisi lityum 900mg/gün, olanzapin 5mg/gün, essitalopram 5mg/gün, lorezepam 2mg/gün olarak düzenlendi. Benzodiazepin tedavisine 10-12 hafta devam edilmesi planlandı.

Tartışma: Çocuklukta ebeveyn kaybı ile depresyon ve anksiyete bozuklukları arasındaki bağlantı önceki çalışmalarla belgelenmiştir (1). Bireyin ve kayıp ebeveyn yaşının psikopatoloji riskini etkileyebileyeceği ancak bulguların tutarsız olduğu belirtilmiştir (1). Olgumuzda ebeveyn kaybı sonrası hipomani ve katatonik depresyon döneminin tanı tedavi süreci tartışılmıştır. Katatoni tablosunda erken dönem tedavi sonuçları daha iyidir. Lorazepam tedavisi ile olumlu sonuçlar bildirilmektedir ancak sıklıkla daha yüksek doz (>6mg/gün) önerilmektedir (2). Bizim olgumuzda lorazepam 2mg/gün ile yanıt alınmıştır. Benzodiazepin tedavisinin ne kadar sürdürülmesi gerektiğine dair fikir birliği olmamakla birlikte 12 hafta devam edildiği çalışmalar vardır (3). Kısa zamanda hipomani ve depresyon olmak üzere iki duygudurum epizodu yaşayan hastaya duygudurum dengeleyici başlanması planlanmış ve lityum tercih edilmiştir. Lityum hem depresif dönemlerin yinelemesini önlenmede hem de hipomani/mani döneminin tedavisinde etkilidir (4). Ayrıca mani-depresyon-ötimi örüntüsü gösteren, orta yaş başlangıçlı hastalarda daha etkili olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır (5).

Sonuç: Olgumuz hem zihinsel yetersizlik hem de işitme konuşma engelinin olması nedeniyle tanı ve izlemi zor bir vakadır. Duygudurum epizodlarının ve katatoninin erken fark edilmesi tedavi yanıtını olumlu etkiler. Düşük doz lorazepam ile katatoni belirtilerinin hızla gerilemesi tedaviye erken başlanması ile ilişkili olabilir.

Anahtar Kelimeler: bipolar bozukluk, depresyon, ebeveyn kaybı, hipomani, katatoni

Kaynaklar

1. Tyrka AR, et al. Childhood parental loss and adult psychopathology: effects of loss characteristics and contextual factors. The International Journal of Psychiatry in Medicine, 2008;38(3):329-344.
2. Ömer A. Katatoni: Klinik Özellikler ve Tedavi. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 2019;11(3):257-270.
3. Ungvari GS, Chiu HF, Chow LY, Lau BS, Tang WK. Lorazepam for chronic catatonia: a randomized, double-blind, placebo-controlled cross-over study. Psychopharmacology (Berl), 1999;142(4):393–398.
4. Goodwin GM et al. Evidence-based guidelines for treating bipolar disorder: revised third edition recommendations from the British Association for Psychopharmacology. J Psychopharmacol 2016;30:495–553.
5. Gershon S, Chengappa KN, Malhi GS. Lithium specificity in bipolar illness: a classic agent for the classic disorder. Bipolar disorders, 2009;11 Suppl 2:34-44.

PS-14 Duygudurum Bozuklukları

LAMOTRİJİNE CEVAP VEREN DEPERSONALİZASYON-DEREALİZASYON BOZUKLUĞU OLGUSU

Sümeyye Tuğçe Firidin[1], Cem Cerit[1]

[1]Kocaeli Üniversitesi Hastanesi

Giriş

Disosiyatif bozukluklar bilinç, algı, duygu, hafıza ve kişiliğin normal durumdan kesintiye uğraması şeklinde tanımlanır ve temel olarak üç durumu içerir; disosiyatif amnezi, kişinin olay veya durumsal belleğinde boşluklar olması; depersonalizasyon derealizasyon bozukluğu, kişinin kendisini veya çevresini duyumsamasında ayrılmalar olması; disosiyatif kimlik bozukluğu, kişinin iki ya da daha fazla kişiliği bulunması(1). Depersonalizasyon, kişinin o anda kendi benliğinden kopma algısı; derealizasyon, kişinin o anki bulunduğu çevreden kopma algısı olarak tanımlanır (2). Bunun yineleyici veya süreğen şekilde kişi tarafından yaşantılanması depersonalizasyon derealizasyon bozukluğu olarak adlandırılır(2). Disosiyasyon çocukluk çağında tehlike veya travma durumunda adaptif bir yanıt olarak ortaya çıkar, kişinin bulunduğu durumu tolere edebilmesine olanak sağlar; tehlike haricindeki durumlarda ortaya çıktığında, kişinin kontrol kapasitesini azalttığında, yaygın olarak ortaya çıktığında patolojik olarak kabul edilir (3). Depersonalizasyon- derealizasyon semptomları kafa travması, migren, nöbet, yasadışı madde kullanımı ile de tetiklenebilir; travma sonrası stres bozukluğu, panik bozukluk gibi anksiyete bozuklukları, depresyon, şizofreni gibi psikiyatrik bozukluklara eşlik edebilir (4,5). Bu olguda lamotrijin kullanımından fayda gören bir depersonalizasyon-derealizasyon bozukluğu hastası sunulmuştur.

Olgu

24 yaşında, bekar, lise mezunu, ailesiyle yaşayan erkek hasta son iki aydır artan kendisine karşı yabancılaşma, etrafı farklı olarak algılama şikayetleri ile polikliniğimizden servise ayırıcı tanı için yatırılmıştır. Şikayetleri dört sene önce başlayarak askerlikten sonra belirgin hale gelmiş, son iki aydır çeşitli dış merkezlerde tanı ve tedavi için araştırılan hasta ayırıcı tanı amacıyla polikliniğimize gelmiştir ve servisimize yatırılmıştır. Hastanın ruhsal durum muayenesinde yaşında gösterdiği, özbakımının normal olduğu, bilinç durumunun açık, yöneliminin her üç eksende tam olduğu, spontan ve istemli dikkatinin azalmış, konsantrasyonunun azalmış olduğu, algı muayenesinde depersonalizasyon ve derealizasyon bulunduğu, yargılama ve içgörüsünün normal olduğu, konuşma hızı ve miktarının normal, düşünce içeriğinde depersonalizasyon ve derealizasyonla alakalı temalar olduğu, duygudurumunun anksiyöz, duygulanımının sığ olduğu, uyku ve iştahının azalmış olduğu gözlemlenmiştir. Paroksetin 20 mg/gün, risperidon 2 mg/gün, klonazepam 2 mg/gün kullanan hastanın servis gözlemlerinde; başında yanma hissi, vücudunun değiştiğini hissetme, ellerinin ve kollarının ona farklı gelmesi, robot gibi hissetme, başka birinin vücuduymuş gibi algılama, etraftaki eşyaları ve kişileri garip bir şekilde duyumsama, etrafa sanki dışarıdan bakıyormuş gibi ve dünya ile ilişkisi yokmuş gibi hissetme, insanların davranışlarını anlamlandıramama, her şeyin garip ve yabancı gelmesi hissi şeklinde şikayetleri devam etmiştir. Rutin tahliller, kanda etanol ve madde tetkikleri istenmiş, patoloji saptanmamış; dış merkezde çektirdiği beyin mr ve eeg normal olarak yorumlanmıştır. Ayırıcı tanı olarak psikotik bozukluklar, anksiyete bozuklukları, disosiyatif bozukluklar düşünülmüş, servis gözlemlerinde ve hikayesinde depersonalizasyon-derealizasyon hariç psikotik açıdan pozitif veya negatif semptomlar gözlemlenmemiştir. Hastanın kaygılı hali belirgin olmakla beraber kaygılarının teması çevreye ve kendisine yönelik algılama sorunlarına dayanmakta ve diğer anksiyete bozukluğu kriterlerini karşılamamaktadır. Servis gözlemlerinde hastalar ve tedavi ekibi ile uyumlu davranışlar gösterdiği; sosyal ortamlara ve toplantılara katıldığı gözlemlenmiştir. Tedavisine lamotrijin 25 mg/gün eklenmesi ve iki haftalık dönemlerde 25 mg/gün şeklinde arttırılarak 200 mg/gün şeklinde yükseltilmesi planlanmıştır. Hasta servisten taburcu edildikten sonraki ilk haftada depersonalizasyon- derealizasyon şikayetleri ve kaygıları artmış, destekleyici görüşmelerle hasta takiplerine ayaktan devam etmiştir. Takiplerinde çevreyi ve kendisini farklı algılama şikayetleri ve kaygılarının azaldığı, sosyal çevresi ile iletişiminin arttığı gözlemlenmiştir. Yaklaşık bir yıllık sürede olan takiplerinde şikayetlerinin büyük bir bölümünün geçtiğini beyan eden hastanın risperidon tedavisi kesilmiş, çalışmaya başlamış, özbakımı ve işlevselliğinin arttığı gözlemlenmiştir, tedavisi paroksetin 30 mg/gün, lamotrijin 200 mg/gün şeklinde devam etmiştir. Hasta kontrolde enerji ve konuşma artışı, uyku azalması, grandiyöz düşünceler ile hipomanik atak şeklinde değerlendirilmiş ve tedavisi risperidon 3 mg/ gün, ketiapin 400 mg/gün (xr), ketiapin 100 mg/gün (ır), lamotrijin 200 mg/gün şeklinde tedavisi düzenlenmiş ve tanısı depersonalizasyon derealizasyon bozukluğu ve bipolar bozukluk tip 2 şeklinde düşünülmüştür.

Tartışma

Depersonalizasyon derealizasyon bozukluğu nadir görülen bir sendromdur. Depersonalizasyon derealizasyon bozukluğu genellikle 12-19 yaşlarında başlayıp, %1-2 oranında görülmekte olup; tanının sıklıkla gözden kaçabildiği ve geç konulduğu düşünülmektedir (6). Disosiyatif semptomlar psikotik bozukluklar, anksiyete ve duygudurum bozuklukları, kişilik bozuklukları gibi birçok psikiyatrik bozuklukla ilişkilendirilmiştir; ancak, travma sonrası stres bozukluğu, borderline kişilik bozukluğu gibi hastalıklarda görülen depersonalizasyon-derealizasyon semptomları saatlerle sınırlı ve geçici olurken, depersonalizasyon derealizasyon bozukluğu hastalarında bu semptom inatçıdır (7). Disosiyatif bozukluklarda çocukluk çağı travması öne çıkarken, depersonalizasyon-derealizasyon bozukluğu hastalarında major depresif bozukluk hastalarından daha az travma öyküsü vardır ve madde kullanımı ile hızlı görülen başlangıç gözlenmektedir (7). Nihai kanıtlı bir farmakolojik bir tedavi olmamakla birlikte yapılan bir metaanaliz çalışmasında paroksetin ve naltrekson tedavileri öne çıkmıştır (8). Antidepresana ek olarak lamotrijin kullanımı olan 32 vakayı inceleyen bir retrospektif çalışmada fayda görüldüğü bildirilmiştir (9). 91 bipolar hastasıyla yapılan bir çalışmada bipolar bozukluk hastalarında erken başlangıç ve tedaviye zayıf yanıt ile depersonalizasyon semptomları arasında ilişki olabileceği ve depersonalizasyon-derealizasyon semptomları gösteren hastaların duygudurum ve anksiyete bozukluğu beraberliğine işaret edebileceği düşünülmüştür (10). Bizim hastamızın da hipomanik bir atak geçirmesi sebebiyle bipolar spektrumunda olduğu düşünülmüş bununla birlikte atakları arasında depersonalizasyon-derealizasyon semptomları gösterdiği ve duygudurum atağı yokken de disosiyatif nitelikteki şikayetlerinin devam ettiği gözlenmiştir.

Sonuç

Disosiyatif bozukluklar nadiren görülmekte olup, depersonalizasyon derealizasyon bozukluğu az görülen ve gözden kaçırılan vakalar olarak görülmektedir. Tedavide etkinliği kanıtlanmış bir ilaç bulunmamaktadır bu nedenle sunulan olgunun, lamotrijin tedavisine cevap vermesi nedeniyle literatüre katkı sunacağı düşünülmüştür.

Kaynaklar

1. Wieder, L., Brown, R. J., Thompson, T., & Terhune, D. B. (2022). Disosiyatif ve İlişkili Bozukluklarda Hipnotik Telkin Edilebilirlik: Meta- Analiz. Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 139: 104751
2. Mishra, S., Das, N., & Mohapatra, D. (2022). Depersonalizayon- Derealizasyon Bozukluğunda Farkındalık Temelli Bilişsel Terapi: Vaka Sunumu. Indian J Psychol Med, 44(6): 620–621. doi: 10.1177/02537176211040259
3. Gentile, J. P., Snyder, M., & Gillig, P. M. (2014). STRES VE TRAVMA: Depersonalizasyon- Derealizasyon Bozukluğu Tedavisinde Psikoterapi ve Farmakoterapi. Innov Clin Neuroscience, 11(7-8): 37–41.
4. Weber, S. R. (2020). Depersonalizasyon- Derealizasyon Bozukluğu Olan Hastada Karışık Amfetamin Tuzlarının Kullanımı, Innov Clin Neuroscience, 17(1-3): 45–48,
5. Millman, L. S. M., Hunter, E. C. M., Orgs, G., & Terhune, D. B. (2021). Depersonalizasyon- Derealizasyon Bozukluğunda Semptom Çeşitliliği: Latent Profil Analizi. Journal of Clinical Psychology, 78(4): 637-655. doi: 10.1002/jclp.23241
6. Zheng, S., Song, N., Wang, S., Ning,Y., Zhu, H., Song, M., Jia, Y., & Jia, H. (year). Depersonalizasyon- Derealizasyon Bozukluğunda Non- İnvaziv Beyin Stimulasyonunun Potansiyel Amaçları. Brain Sciences, 12(8): 1112
7. Lotfinia, S., Soorgi, Z., Mertens, Y., & Daniels, J. (year). Disosisyatif Deneyimler Yaşayan Psikiyatri Hastalarında Yapısal ve Fonksiyonel Beyin Değişimleri: Manyetik Rezonans Görüntüleme Çalışmalarının Sistematik İncelemesi. Journal of Psychiatric Research, 128: 5-15
8. Sutar, R., & Satu, S. (2019). Disosiyatif Bozukluklarda Farmakoterapi: Sistematik İnceleme, Psychiatry Research, 281: 112529
9. Sierra M., Baker D., & Medford N. (2006). Depersonalizasyon Bozukluğunda Lamotrijinin Tedaviye Eklenmesi: 32 Vaka ile Retrospektif Çalışma, Clinical Neuropharmacology, 29(5): 253-258
10. Mula, M., Pini, S., Preve, M., Masini, M., Giovannini, I., & Cassano, G. (2009). Bipolar Bozukluk Hastalarında Depersonalizasyon Semptomlarının Klinik İlişkileri, Journal of Affective Disorders, 115(1–2): 252-256

PS-16 Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar

EPİLEPSİ TANILI HASTADA PSÖDÖSİYEZİS: BİR OLGU SUNUMU

Ömer Naim Sayer[1], Çiçek Hocaoğlu[1]

[1]*Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi*

Giriş: Psikotik hastalıklar epilepsililerde 8 kat fazla görülmektedir. Epilepsililerde görülen psikozlar iktal, postiktal ve interiktal olarak sınıflandırılmıştır. Bunlardan interiktal psikoz, nöbetlerle ilişkili değildir ve genellikle şizofreni benzeri semptomlarla prezente olmaktadır. DSM-5'te şizofreni spektrumu ve diğer psikotik bozukluklarla sınıflandırılan, nadir görülen somatik bir sanrısal bozukluk türü olan gebelik sanrısı; gebeliğin olmadığını gösteren kesin objektif kanıtlara rağmen gebe olduğuna dair sabit inanç olarak tanımlanabilir. Epilepsili hastalarda gebelik sanrısı gelişmesine dair literatürde yeterli kanıt yoktur. Bu olgu sunumunda da epilepsi tanılı bir hastada, merkezinde gebelik sanrısının yer aldığı interiktal psikoz tablosunu sunacağız.

Olgu Sunumu: 31 yaşında bilinen psikiyatrik tanısı olmayan kadın hasta; mahkeme kararıyla psikiyatri servisimize yatırıldı. Hasta, kendisinde hiçbir psikiyatrik hastalık olmadığını, eşinin uyguladığı şiddet sebebiyle gebeliğinin sonlandığını ifade etmekteydi. Hastanın labaratuvar kayıtlarında Beta-hcG sonuçlarının hiçbir zaman pozitif olmadığı saptandı. Hasta ise ultrason görüntülemesinde gebelik kesesini gördüğünü; fakat doktorların bunu kendisinden sakladığını düşündüğünü ifade etti. Hasta çocukluğundan antiepileptik tedavi görmüştü ve halihazırda lakozamid 300 mg tedavisiyle son 2 yıldır nöbet geçirmemişti. Hastanın ebeveynlerinin bilinen psikiyatrik bir tanıları mevcut değildi; fakat tek yumurta ikizinin 10 yıl önce psikotik semptomlarla psikiyatri servis yatışının olduğu öğrenildi. Yatışındaki rutin kan, Elektroensefalografisi ve Beyin MR görüntülemesi tetkikleri normaldi. Epilepsisi için nörolojiye danışıldı ve mevcut epilepsi tedavisinin devamına karar verildi. Hasta, sırasıyla olanzapin ve risperidon tedavilerine somatik yakınmalar gerekçe göstererek uyum sağlamadı. Bunun üzerine paliperidon 3 mg başlandı, daha sonra 6 mg'a çıkarıldı. Hasta tedavisine ve servis kurallarına uyum gösterdi.

Hastanın 3 haftalık yatışının ardından taburculuk öncesi psikometrik ölçeklerinde yatışına göre düzelme gözlemlendi. Ayaktan tedavisinin devam edilmesine karar verilip 3 hafta yatışını tamamlayan hastanın paliperidon 6mg ve akineton 2mg tb ile taburculuğu sağlandı.

Tartışma: İnteriktal psikozların tedavisinde antiepileptik ve antipsikotik ilaçların kombinasyonu önerilmektedir. Olgumuzda da antiepileptik tedavisine antipsikotik ekleyerek hastanın psikotik semptomlarında gerileme saptadık. Hangi antipsikotiğin seçilmesi gerektiğinin net bir cevabı yoktur; fakat epilepsi hastalarında antipsikotikler kullanılırken epileptojenik etkileri dolayısıyla dikkatli olunmalıdır.

Anahtar Kelimeler: epilepsi, interiktal psikoz, gebelik sanrısı

Kaynaklar

1. Clancy MJ, Clarke MC, Connor DJ, Cannon M, Cotter DR. The prevalence of psychosis in epilepsy; a systematic review and meta-analysis. BMC Psychiatry. 2014 Mar 13;14:75. doi: 10.1186/1471-244X-14-75. PMID: 24625201; PMCID: PMC3995617.
2. Irwin, L. G., & Fortune, D. G. (2014). Risk factors for psychosis secondary to temporal lobe epilepsy: a systematic review. The Journal of neuropsychiatry and clinical neurosciences, 26(1), 5–23. https://doi.org/10.1176/appi.neuropsych.12120403
3. Bera SC, Sarkar S. Delusion of pregnancy: a systematic review of 84 cases in the literature. Indian J Psychol Med. 2015 Apr-Jun;37(2):131-7. doi: 10.4103/0253-7176.155609. PMID: 25969595; PMCID: PMC4418242.
4. Henning, O., & Nakken, K. O. (2013). Epilepsirelaterte psykoser [Epilepsy-related psychoses]. Tidsskrift for den Norske laegeforening : tidsskrift for praktisk medicin, ny raekke, 133(11), 1205–1209. https://doi.org/10.4045/tidsskr.12.1238

PS-17 Anksiyete Bozuklukları

AZ BİLİNEN BİR KONU KLEPTOMANİ

Ömer Naim Sayer[1], Çiçek Hocaoğlu[1]

[1]*Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi*

Giriş

Kleptomani; kişinin çalma dürtüsüne engel olamayarak genellikle ihtiyacı olmayan şeyleri çalması, tekrarlayıcı olması, kısa süreli rahatlama, sonrasındaysa kendisini suçlaması ile karakterize olup dürtü kontrol bozuklukları altında sınıflandırılmaktadır. Erken yaşlarda başlamakta, ileri yaşlarda başlamasıysa organik patolojileri düşündürmelidir. İnsidansı %0.3-0.6 olup kadınlarda 3 kat fazla saptanmıştır. Anksiyete ve duygudurum bozuklukları eşlik edebilir. Naltreksonun tedavide etkili olabileceği, ayrıca ketiapinin dürtülerin eyleme geçmesini önlemede başarılı olduğu bildirilmiştir.

Bu olguda kleptomanisi; depresif ve somatik yakınmaları arkasında saklanmış bir hastayı sunuyoruz.

Olgu Sunumu

61 yaş, dul kadın hasta; 2 aydır somatik yakınmaları sebebiyle sıkça hastaneye başvurulup organik bir patoloji saptanmaması sebebiyle yakınları tarafından polikliniğe getirildi. Hastanın hafif mental retarde olduğu, erken yaşlardan itibaren bazen hırsızlık yapıp (sebze, eşya, para) sonrasında pişmanlık duyup iade ettiği, 5 yıl önce histerektomi ameliyatı olduktan sonra çalma davranışının arttığı, 2 ay öncesinde abisinin vefatı sonrasında bedensel yakınmalarının ve depresif semptomların başladığı; fakat çalma davranışlarının sona erdiği öğrenildi. Hastanın uzun yıllar paroksetin kullandığı, 1 ay önce sertraline geçiş yapıldığı öğrenildi.

Rutin kan tetkikleri normal olan hastanın, psikiyatri servisine yatışı yapıldı. Beyin Manyetik Rezonans Görüntülemesinde akut patoloji saptanmazken frontotemporal sulkuslarda belirginleşme mevcuttu. Hasta nörolojiye konsülte edildi. Psikometrik testleri yapıldı.

Hastanın tedavisi sertralin kesilerek duloksetin 60mg ve ketiapin 50 mg şeklinde düzenlendi. Hastada servisteki 30 günlük yatışı süresince boyunca çalma eyleminde bulunduğu saptanmadı. Somatik yakınmalarında kısmi azalma olmakla birlikte devam etmekteydi. Mevcut tedavisiyle birlikte poliklinik takibi önerisiyle taburcu edildi.

Tartışma

Frontotemporal demanslı hastalarda kleptomani geliştiğini bildiren çalışmalar mevcuttur. Erken yaşlarından itibaren mevcut olması sebebiyle hastamızdaki kleptomaniyi, demans belirtisi olarak değerlendirmedik.

Bazı yazarlar premenstürel dönemde çalma eylemine eğilimin artacağını öne sürmüşlerdir. Olgumuzda da cerrahi menopoz sonrası çalma eyleminde artış görülmesi, hormonal değişimlerin etkisi olabileceğini düşündürmektedir.

Başka nörolojik/psikiyatrik rahatsızlıkların eşlik etmesi tanı ve tedaviyi zorlaşmaktadır. Hastanın komorbid durumları göz önüne alınarak tedavi düzenlenmelidir. Hastamızda somatik ve depresif yakınmaları sebebiyle duloksetin, dürtü kontrolü için ketiapin tedavisi düzenlendi.

Anahtar Kelimeler: kleptomani, dürtü kontrol bozukluğu, demans

Kaynaklar

1. Sadock, B. J., Samoon, A., & Sadock, V. A. (2020). Kaplan & Sadock Klinik Psikiyatri El Kitabı. (L. Tamam, Çev.) Wolters Kluver Health/Güneş Tıp Kitabevi.
2. Mina, Cvjetković & Vejnović, Ana-Marija & Olga, Živanović & Okanović, Milana & Sanja, Pavlović & Sanja, Bjelan. (2021). Kleptomania, a symptom of depression or frontotemporal dementia?. World Journal of Biology Pharmacy and Health Sciences. 6. 029-033. 10.30574/wjbphs.2021.6.2.0029.
3. Torales, J., González, I., Castaldelli-Maia, J. M., & Ventriglio, A. (2020). Kleptomania as a neglected disorder in psychiatry. International review of psychiatry (Abingdon, England), 32(5-6), 451–454. https://doi.org/10.1080/09540261.2020.1756635
4. Zhang, Zh., Huang, Fr. & Liu, Dh. Kleptomania: Recent Advances in Symptoms, Etiology and Treatment. CURR MED SCI 38, 937–940 (2018). https://doi.org/10.1007/s11596-018-1966-2

PS-18 Şizofreni Ve Diğer Psikotik Bozukluklar

ŞİZOFRENİ TANILI HASTADA GIDA İSTİFLEME: BİR OLGU SUNUMU

Ömer Naim Sayer[1], Çiçek Hocaoğlu[1]

[1]*Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi*

Giriş

Faydası olmayan nesneleri/gıdaları istifleme; eski yayınlarda şizofreninin preterminal evresinde görülebileceği; DSM 3'teyse şizofreninin prodromal/rezidüel belirtisi olabileceği belirtilmiştir.

Psikanalitik kuramda istifçilik, anal evreye gerileme olarak değerlendirilmiştir.

Şizofrenide, istifçiliğin yaygın olduğu; fakat bakım verenlerin bunu engelledikleri için göze çarpmadığı ileri sürülmüştür. Şizofreni hastalarındaki istifçiliğin sanrılardan değil, regresyondan kaynakladığı; DSM-5'te tam karşılık bulamadığı savunulmuştur.

Bu sunumda bir şizofreni hastasında gıda istifleme davranışına dikkat çekmeyi amaçlıyoruz.

Olgu Sunumu

Paranoid şizofreni tanısıyla 25 yıldır tedavi gören 50 yaşında kadın hasta, hastaneye getirildi. Hasta hiçbir sıkıntısı olmadığını söylerken yakını; hastanın 6 aydır ilaçlarını kullanmadığını, annesinin başka kente gitmesi sebebiyle 2 aydır evde yalnız kaldığı, 20 gündür kendisine ulaşamadıklarını, evden kokular yayılması üzerine endişelenerek çilingirle içeri girdiklerini söyledi. Evde istiflenmiş pet şişeler, bozulmuş gıdalar, kağıt havlular, yastığın altında biriktirilmiş saç kılları gözlerine çarpmış. Kulaklarına pamuk tıkamış, uzanırken buldukları hasta; yakınlarının çöpe attığı bozulmuş etleri "ben bunları yiyeceğim" diyerek çıkarmaya çalışmış. Komşuları, hastanın son zamanlarda sadece 3 adet yiyecek (ekmek, antrikot, cherry domates) sipariş ettiğini, evin ışıklarının sürekli açık olduğunu söylemişler.

Psikiyatri servisine yatırılan hastaya olanzapin başlanıp 20mg'a çıkarıldı. İstifçiliği sorulduğunda gülümseyerek kaçamak yanıtlar verdi. 1 aylık tedaviye rağmen içgörü kazanmaması ve ilaç kullanmama konusunda ısrarı üzerine haloperidol 10mg ve akineton 2mg tedaviye eklendi.

Tartışma

Bu hastada gözlemlediğimiz gibi, Arieti; istifçiliği olan şizofreni hastalarının büyük kısmının paranoid tipte olduğunu, hastaların bu konuda sorulan sorulara gülümseyerek kaçamak yanıtlar verdiğini bildirmiştir.

İstifçilik gelişmeden önce hastaların bir kısmının kendini ilkel biçimde süsledikleri, sanatsal eserler oluşturmaya giriştikleri bildirilmiştir. Bu hastanın da bir süre önce şiir yazmaya çalıştığı ve anlamsız şekiller çizdiği öğrenildi.

Sıçanlarla yapılan bir çalışmada prefrontal korteksin eksitotoksik lezyonunun gıda istifçiliğini azalttığı gösterilmiştir. Bu bakımdan şizofreni hastalarında hastalık ilerledikçe prefrontol korteks disfonksiyonuna bağlı olarak latent inhibisyonun ortadan kalkması, gıda istifçiliği ile ilişkili olabilir. Bu konuda deneysel ve gözlemsel araştırmalara ihtiyaç vardır. Ayrıca şizofreni hastalarında görülen istifçiliğe yer veren yeni bir sınıflama yapılmasını öneriyoruz.

Anahtar Kelimeler: şizofreni, istifçilik, gıda istifçiliği

Kaynaklar

1.Schou ML, Urfer-Parnas A, Parnas J. The Hoarding Phenomenon in Schizophrenia Spectrum Disorders. Psychopathology. 2020;53(2):111-118. doi: 10.1159/000508453. Epub 2020 Jul 9. PMID: 32645704; PMCID: PMC7592627.

2.Lacroix, L., Broersen, LM., Weiner, I., & Feldon, J. (1998). The effects of excitotoxic lesion of the medial prefrontal cortex on latent inhibition, prepulse inhibition, food hoarding, elevated plus maze, active avoidance and locomotor activity in the rat. Neuroscience, 84(2), 431-442.

3.Arieti S. Primitive habits in the preterminal stage of schizophrenia with particular reference to the haording and self-decorating habits. J Nerveous Ment Dis; 1945. pp. pp.367–75.

PS-19 Demans

ERKEN BAŞLANGIÇLI FRONTOTEMPORAL DEMANS OLGU SUNUMU

Celalettin Kılıç[1], Ömer Akil Özer[1], Efruz Pirdoğan Aydın[1]

[1]Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi

- Frontotemporal demans (FTD) genellikle 35-75 yaş aralığında görülen, sinsi başlangıç ve yavaş ilerleyiş gösteren, Pick demansı olarak da adlandırılan bir nörobilişsel bozukluktur. Sıklıkla kişilik değişikliğinin, içgörü kaybı ve yargılama bozukluğunun, sosyal içe çekilme ve davranışsal disinhibisyon belirtilerinin, apatinin, perseveratif davranışların, hiperoralitenin veya dil yeterliliğinde belirgin gerilemenin, spontan konuşmada azalmanın, sözel akıcılıkta bozulmanın eşlik ettiği görülür. Asimetrik fokal frontal, temporal ya da frontotemporal atrofinin karakteristik olduğu bu demans türünde davranışsal ve dil olmak üzere 2 varyant vardır. Hastaların bir bölümünde bir takım genetik mutasyonlar tanımlanmış olsa da büyük bir bölümünde bilinen bir mutasyon gösterilememiştir. [1,2]
- Vakamız 33 yaşında kadın hasta, evli, 2 çocuğu var, ev hanımı, eğitim durumu lise mezunu. Geçmişinde tıbbi ve psikiyatrik hastalık öyküsü yok, ailesinde nöropsikiyatrik hastalık öyküsü yok, alkol ve madde kullanım öyküsü yok. Premobidinde hipertimik mizaçlı olarak tariflenen hastanın ilk şikayetleri 5 yıl önce tüm çevresiyle görüşmeyi azaltması ve içine kapanma şeklinde başlamış, son 2 yılda daha belirgin şekilde fark edilen impulsivite, öfke kontrol problemi, perseveratif davranışlar, özbakımda azalma, günde 10 litre su içmesi, biriktiricilik davranışları, premorbidiyle uyumsuz giyinme, sosyal olarak uygunsuz davranışlar, alışılmışın dışında aşırı kıyafet alışverişi yapmak, evine gelen insanları kovmaya çalışması, kendisinde herhangi bir davranış değişikliği olduğunu kabul etmemesi şeklinde yakınmalarla ilk başvuruları psikiyatri hekimine olan hasta antidepresan ve antipsikotik tedavisiyle takiplerde tedaviye dirençli olması üzerine servise interne edilmiştir. Kesitsel muayenesinde özbakımı azalmış, dissimulatif tutumda, pma artmış, konuşma hızı artmış, duygudurumu irritabl olabilen, duygulanımı kısıtlı, çağrışımlarda perseverasyon görülen, suisid/homisid fikri bulunmayan, sanrı/varsanı yok olarak değerlendirilmiştir. Hastanın çekilen beyin mrg'ında frontal ve temporal loblarda belirgin kortikal atrofi görülmüştür. EEG normal olarak değerlendirilmiştir. Yapılan NPT neticesinde frontal testlerde hafif düzeyde bozulmalar görülmüş olup ön planda Frontotemporal Demans düşünülmüştür. Limbik ensefalit ayırıcı tanısı için kanda ve BOS'ta limbik ve paraneoplastik panel gönderilmiş ve negatif olarak değerlendirilmiştir. Beyin PET sonucunda ise bilateral frontal ve temporal alanlarda hipometabolizma gösterilmiş ancak FTD ile ilişkilendirerek bakılan spontan genlerde herhangi bir mutasyon saptanmamıştır. Tüm yapılan tetkikler sonucunda hasta genetik mutasyon tespit edilemese de limbik ensefalitin dışlanmasıyla birlikte 28 yaşında klinik bulguları başlayan ve 33 yaşında tanı alan, ailesel özellik göstermeyen erken başlangıçlı FTD vakası olarak değerlendirilmiştir.
- Literatürde 30 yaşından erken klinik bulguları başlayan ve 33 yaşında tanı alan oldukça az sayıda frontotemporal demans vakası görülmektedir. Bu olgu sunumunu yazmaktaki amacımız vakamızın nadir rastlanılan erken bir yaşta olması ve sıklıkla ilk olarak bir psikiyatriste getirilme eğilimi gösterilen bu hastalar için ilk muayenede tanı koyabilmek kolay olmasa da zamanla tedaviye direnç ve ilerleyici nörobilişsel bozuklukların tabloya eklenmesiyle birlikte ayırıcı tanıda Frontotemporal demansın mutlaka akılda tutulması gerektiğine vurgu yapmaktır.[3,4]

Kaynaklar

1. Bang J, Spina S, Miller BL. Frontotemporal dementia. Lancet. 2015 Oct 24;386(10004):1672-82.
2. Olney NT, Spina S, Miller BL. Frontotemporal Dementia. Neurol Clin. 2017 May;35(2):339-374.
3. Boeve BF, Boxer AL, Kumfor F, Pijnenburg Y, Rohrer JD. Advances and controversies in frontotemporal dementia: diagnosis, biomarkers, and therapeutic considerations. Lancet Neurol. 2022 Mar;21(3):258-272.
4. Ducharme S, Dols A, Laforce R, Devenney E, Kumfor F, van den Stock J, Dallaire-Théroux C, Seelaar H, Gossink F, Vijverberg E, Huey E, Vandenbulcke M, Masellis M, Trieu C, Onyike C, Caramelli P, de Souza LC, Santillo A, Waldö ML, Landin-Romero R, Piguet O, Kelso W, Eratne D, Velakoulis D, Ikeda M, Perry D, Pressman P, Boeve B, Vandenberghe R, Mendez M, Azuar C, Levy R, Le Ber I, Baez S, Lerner A, Ellajosyula R, Pasquier F, Galimberti D, Scarpini E, van Swieten J, Hornberger M, Rosen H, Hodges J, Diehl-Schmid J, Pijnenburg Y. Recommendations to distinguish behavioural variant frontotemporal dementia from psychiatric disorders. Brain. 2020 Jun 1;143(6):1632-1650.

PS-23 Diğer

OTİZM SPEKTRUM BOZUKLUĞU OLAN VE PLURİLİNGUAL AİLEDE BÜYÜYEN İKİ KARDEŞ OLGUSU

Pınar Aydoğan Avşar[1], Tayfun Kara[2], Orhan Kocaman[2]

[1]ALKÜ Alanya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, Antalya, Türkiye
[2]Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Antalya, Türkiye

Giriş

Otizm spektrum bozuklukları (OSB) karşılıklı iletişim ve sosyal etkileşim alanlarında ciddi bozulmalar, kısıtlı ve tekrarlayıcı davranışlar gibi karmaşık özelliklerle giden bir nörogelişimsel bozukluklar grubudur (1) .Günümüzde iki dilli ve iki kültürlü aileler yaygınlaştıkça, otizm spektrumlu çocuklar giderek iki dilli ve iki kültürlü ortamlarda büyüyüp gelişmektedir.Bu sayede iki dile maruz kalmış otistik çocuklarla ilgili artan sayıda kanıtlar ortaya çıkmaktadır. Son yayınlar iki dilliliğin çocuğun dil gelişimini engellemediği konusunda fikir birliğinde görünmekte (2). Biz de plurilingual ailede büyüyen otizm spektrum bozukluğu olan iki kardeşi sunduk.

Olgu

2 yaş erkek çocuk ailesi tarafından ismine bakmama, anlamlı kelimeler söylememe, çocuklarla ve çevresiyle iletişime geçmeme ve huzursuzluk şikayetleri ile Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve hastalıkları polikliniğine getirildi. Baba 28 yaşında lise mezunu, turizm ile uğraşıyor anne 26 yaşında lise mezunu etnik kökeni Rus, Türkçe çok az biliyor baba ile İngilizce iletişim kuruyordu. Ailenin 5 yaşında otizm spektrum bozukluğu tanılı bir çocuğu daha mevcuttu. Hastanın gelişim basamaklarına bakıldığında 1,5 yasında yürümeye başlamıştı, agulama seviyesinde konuşma izlendi. Alınan anamneze göre günlük 5 saati bulan ekran süresi mevcuttu. Anne çocuklarla Rusça iletişim kuruyor, baba ise Türkçe iletişim kuruyordu. Yapılan psikiyatrik muayenede konuşmanın, göz temasının, sosyal iletişimin ve ortak dikkatin olmadığı ve ismine tutarlı bakmadığı tespit edildi. Hastaya DSM-5 'e göre Otizm Spektrum Bozukluğu tanısı konularak özel eğitime yönlendirildi. Olgunun CARS skoru 52 puan olarak hesaplandı ve ağır otizm sonucu elde edildi. Abinin hesaplanan CARS skoru 39 (ağır otizm) ve 2,5 yıldır özel eğitim almaktaydı. Ailede her 2 kardeşin de OSB tanısı alması nedeniyle genetik hastalıklar ve sendromlar açısından araştırılması için pediatrik nöroloji ve genetik bölümlerine yönlendirildi.

Tartışma

Literatür incelendiğinde son yıllarda bilingualismin otizm spektrum bozukluğunda dil gelişimi seyrini olumsuz yönde etkilemediğine dair yayınlar mevcuttur (2–4). Bu yayınlar incelendiğinde bu ailelerdeki bilingualism evde anne baba tarafından aynı dilin konuşulduğu, ev dışında okul gibi ortamlarda farklı biri dilin konuşulduğu görülmektedir. Olgumuz anne ve babanın ayrı dilleri konuştuğu plurilingual bir ailede büyümüştür bu yüzden hem abi de hem olgumuzda otizm daha kötü seyirli seyretmiş olabileceğini düşündük. Bu alanda pluringializmin otizm tanı ve seyrine etkisini araştıracak yeni çalışmalara ihtiyaç vardır.

Kaynaklar

1. Amerikan Psikiyatri Birliği. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El kitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı'ndan, çev.Köroğlu E. Hekimler Yayın Birliği, Ankara. 2013.
2. Hambly C, Fombonne E. The impact of bilingual environments on language development in children with autism spectrum disorders. J Autism Dev Disord. 2012;42(7):1342-1352.
3. Valicenti-McDermott M, Tarshis N, Schouls M, et al. Language differences between monolingual English and bilingual English-Spanish young children with autism spectrum disorders. J Child Neurol. 2013;28(7):945-948.
4. Oudet S, Howard K, Durrleman S. Early years autism and bilingualism: An interpretative phenomenological analysis of parent perceptions during lockdown. Autism Dev Lang Impair. 2022;7:23969415221138704.

PS-24 Duygudurum Bozuklukları

DUYGUDURUM BOZUKLUĞU İLE EPİLEPSİ KOMORBİDİTE MİDİR AYIRICI TANI MIDIR?

Azra Gökovalı Beğenen[1], Selma Akkaya Arı[2], Efruz Pirdoğan Aydın[3]

[1]*Beylikdüzü Devlet Hastanesi Psikiyatri Kliniği*
[2]*Beylikdüzü Devlet Hastanesi Nöroloji Kliniği*
[3]*Seyrantepe Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği*

Giriş: Epilepsi ve bipolar bozukluk beyin işlevinin yaygın ve kronik epizodik bozukluklarıdır. Fokal veya jeneralize olmaları, epileptik nöbet geçiren kişilerin preiktal ve postiktal amnezi yaşamaları, tanı koymada kullanılan EEG gibi tetkiklerin duyarlılığının düşük olması epilepsi hastalarındaki tanı kısıtlılıkları arasındadır. Duygudurum bozuklukları epilepsi hastalarında sık görülen psikiyatrik komorbid durumlardandır. Bu hastaların interiktal disforik bozukluk olabileceği de tartışmalar arasındadır. Bipolar bozukluk tanısıyla takip edilen fokal epileptik nöbetlere benzer nöbetleri olan hastanın bir komorbidite mi yoksa yanlış tanı mı olduğu literatür eşliğinde tartışılacaktır.

Olgu: 21 yaşında kadın hasta, bekar, tek yumurta ikizin ilk doğanı, yazılım mühendisliği 3. sınıf öğrencisi. Özgeçmiş ve soygeçmişinde özellik yok. İlk şikayetleri şubat 2022 de okul derslerinden düşük not alması sonrası uykusuzluk, aileye yabancılaşma, perseküsyon hezeyanları şeklinde başlamış. Renkleri farklı görmeye başlaması sonrasında acile başvuran hastanın psikiyatri servisine yatışı yapılmış. 10 gün yatarak takip edilen hastaya bipolar bozukluk ön tanısıyla risperidon 4 mg ve biperiden 2 mg başlanarak taburcu edilmiş. Düzenli takibe gitmeyen hasta şikayetlerinin geçtiğini düşünerek 5 ay sonra ilaçları kesmiş. Ağustos 2022 de okul fiyatlarının artmasıyla uykusuzluk şikayeti başlayan hasta ayaktan psikiyatriye başvurmuş, aripiprazol 10 mg başlanmış, kullanmamış. Kasım 2022 de sınavdan düşük not aldığını öğrenmesi sonrası okul tuvaletinde üstünü çıkarma, bağırma, kitlenme, konuşamama gibi şikayetlerinin olmasıyla tekrar psikiyatri servisine yatışı yapılmış. Kendisi o anları hatırlamadığını, gözünü açtığında hastanede olduğunu ve daha sonra bu tarz bir davranışının ya da eksitasyonunun olmadığını bildiriyor. Kan tetkikleri ve beyin görüntülemesi yapılan atipik duygudurum bozukluğu tanısı alan hastaya karbamazepin 400mg ve olanzapin 5mg tedavisi başlanarak 1 hafta içinde taburcu edilmiş. Hasta tarafımıza başvurduğunda eeg sonucunda santroparietal lobda epileptik aktivite izlenmiştir. parietooksipital lob kökenli fokal epilepsi olabileceği düşünülmüştür. rorscach testi de yapılan hastada atipik psikotik bir tablo saptanmıştır. Halen psikotik bir şikayeti olmayan kilo alımından ve donukluktan yakınan hastanın olanzapini kesilerek aripiprazol 5 mg başlanmış, karbamazepin tedavisine devam edilmiş, nörolojiye yönlendirilerek ortak takibe alınmıştır.

Tartışma: Epilepsi ve bipolar bozukluk bazı ortak özellikler paylaşmaktadır. Bu özelliklerden en önemlisi her ikisinin de döngüsel olup süreğenleşmesidir. Ateşleme fenomeni, nörotransmiter düzensizlikleri, voltaj kapılı iyon kanallarında düzensizlik ve ikincil mesajcı sistemlerdeki düzensizlikler her iki bozukluğun etiyolojisinde öne sürülen değişikliklerdir. Duygudurum düzenleyici etkileri olan antikonvulzan ilaçlar ortak tedavi noktasını oluşturmaktadır. Birçok epileptik olgu bipolar bozukluğun fenotipik varyantları olan periiktal duygudurum belirtileri göstermektedir. Bu durumun en iyi tanımlanmış iki örneği, preiktal disfori ve postiktal mani olarak da adlandırılan interiktal disforik bozukluk ve normalizasyon fenomenidir. Parietal ve oksipital lob nöbetleri fokal nöbetlerle giden somatosensoriyel nöbetlerdir. Oksipital lob kökenli olanlar genellikle görsel; negatif (iktal körlük,skotom,hemianopsi) veya pozitif (ışıklar,renkler) elementer veya kompleks olabilen belirtilerle giden nöbetlerdir.Temporal lob epilepsisinin (TLE) iktal ve postiktal maninin oluşumunda önemli bir rol oynadığı bilinmektedir.TLE'li hastalar ve fokal nöbetleri olan hastalar semptomların örtüşmesi göz önüne alındığında tanısal bir zorluğu temsil edebilmektedir. Epilepsisi olan erişkin hastalarda bipolar bozukluk prevalansını araştıran bir çalışmada epilepsi hastalarının %12'sinin bipolar bozukluk tanısına sahip olduğu gözlenmiştir. Bununla birlikte, potansiyel karışıklıklar göz önüne alındığında, gerçek bipolar bozukluk yaygınlığı %1,4 olarak bulunmuştur. Geri kalan vakalarda interiktal disforik bozukluk ya da interiktal davranış bozuklukları olduğu saptanmıştır. Olgumuzun fokal nöbete benzer nöbetlerinin olması,eeg patolojisinin varlığı epilepsi yönünde dikkat çekmekle beraber; rorscach testinde psikotik bulguların olması, ara dönemlerdeki vejetatif belirtiler duygudurum bozukluğu yönünde de düşündürmektedir.

Kaynaklar

Bahali MK, Zengin M, Tamam L, Özpoyraz N, Bozdemir H. Zorunlu normallesme: psikiyatrik bozukluklar ve epilepsi iliskisinde önemli bir fenomen. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 2008; 18:322-326.

Ettinger AB, Reed ML, Goldberg JF, Hirschfeld RM. Prevalence of bipolar symptoms in epilepsy vs other chronic health disorders. Neurology 2005; 65:535- 540.

Mula M, Jauch R, Cavanna A, Collimedaglia L, Barbagli D, Gaus Vet al. Clinical and psychopathological definition of the interictal dysphoric disorder of epilepsy. Epilepsia 2008; 49:650-656.

Nishida T, Kudo T, Inoue Y, Nakamura F, Yoshimura M, Matsuda K et al. Postictal mania versus postictal psychosis: differences in clinical features, epileptogenic zone, and brain functional changes during postictal period. Epilepsia 2006; 47:2104-2114.

Kesebir, S., Güven, S., & İsmail, K. O. Ç. (2012). Epilepsi ve duygudurum bozuklukları. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 4(1), 51-68.

PS-25 Somatik Tedaviler

TRİKOTİLLOMANİ İLE TRİKODİNİ BİRLİKTELİĞİ: NADİR GÖRÜLEN BİR PSİKODERMATOLOJİ OLGUSU

Damla Erbil[1], Doğa Yöntem[1], Behcet Coşar[1]

[1]*Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı KLP Bilim Dalı Psikodermatoloji Ünitesi*

Giriş

Psikodermatoloji, deri ve zihin arasındaki ilişkiyi ortak bir pencereden bakarak multidisipliner bir yaklaşımla ele alır. Özellikli bir alan olması nedeniyle, bu hastalara tanı koymak ve etkin bir sağaltım sağlanması güç olabilmektedir. Çalışmalar, psikiyatristlerin 21%'inin ve dermatologların 18%'inin bu alanla ilgili yeterli farkındalığının bulunmadığı göstermektedir (1,2). Bu olgu sunumunda, trikotillomani belirtileri ile polikliniğimize başvuran bir trikodini olgusunun tanı ve tedavi süreci tartışılarak, psikodermatolojik hastalıkların klinik uygulamamıza olan yansımalarına dikkat çekilmesi amaçlanmıştır.

Olgu

58 yaş, boşanmış, 2 çocuklu, ortaokul mezunu, 25 yıl önce depresif bozukluk öyküsü olup uzun yıllardır remisyonda seyreden kadın hasta, polikliniğimize saç yolma şikayetiyle başvurdu. Şikayetinin 9 ay önce, ikinci doz Pfizer-BioNTech aşısını yaptırdıktan sonraki bir ay içinde saçlı deride kaşıntı şeklinde başlayıp kaşıntıyı takiben, her gün ve çoğunlukla geceleri olan, farkındalığın korunmadığı, özellikle kulak ve alın bölgesine değen saçlara yönelik yolma davranışı şeklinde başladığı öğrenildi. Hasta, bu davranışından dolayı utandığını ifade edip saçlarını kazıttığını ve eşarp takmaya başladığını belirtti. Kaş veya kirpik yolma davranışı tariflemeyen hasta; mutsuzluk, isteksizlik, uykuya dalmakta güçlük, sinirlilik şikayetleri de tariflemekteydi. Kaşıntı ve saç yolma davranışına yönelik tekrarlayan dermatoloji poliklinik başvurularının olduğu, topikal tedavilere yanıtsız olduğu, yapılan spesifik IgE antikor testi sonuçlarında patolojik bulgu saptanmaması üzerine psikiyatriye yönlendirildiği öğrenildi. Ruhsal durum muayenesinde, oldukça kısa ve farklı uzunlukta saçlar, bölgesel hafif düzeyde alopesik alanlar, düşünce içeriğinde şikayetlerine yönelik karamsarlık ve umutsuzluk düşünceleri, duygudurumunun depresif olduğu saptandı. Şikayetlerini açıklayacak ilaç kullanımı veya alerjen maruziyeti tariflemeyen hastanın biyokimya ve hemogram düzeylerinde patolojik bulgu saptanmadı. Hastaya trikotillomani öntanısı ile fluoksetin 20 mg/g tedavisi başlanıp dürtü kontrolüne yönelik davranışçı önerilerde bulunuldu. Takibinde fluoksetinden fayda görmeyen hastada, sertralin 50-100 mg/g'e geçiş yapılıp uykusuzluk şikayetine yönelik tedavisine mirtazapin 15 mg/g eklendi. Bu tedaviden de fayda tariflememesi üzerine, essitalopram 5-10 mg/g tedavisine geçildi. Yaklaşık 6 aylık bu süre boyunca, depresif semptomlarının kısmen azaldığı, saç koparma davranışının aynı şiddette devam ettiğinin görülmesi nedeniyle anamnezin ayrıntılandırılması planlandı. Alınan anamnezde; hastanın aynı zamanda, saçlı derideki kaşıntısına eşlik eden, kulak çevresi, alın bölgesi gibi uzayan saçlarının değdiği bölgelerde yanma, batma, karıncalanma, ağrı gibi tam tarifleyemediği rahatsızlık hissinden şikayetçi olduğu, bu histen kurtulmak amacıyla o bölgelerdeki saçlarını istemsizce kopardığı, yastık, bere gibi kumaşların da temaslarıyla duyusal şikayetlerinin tetiklendiği öğrenildi. Bu bilgilere dayanarak, trikotillomaniye eşlik eden trikodini öntanısı ile mevcut essitalopram 10 mg/g tedavisinin yanına hidroksizin 25-50 mg/g eklendi. Tedavisine hidroksizin eklendikten sonra kaşıntı ve duyusal şikayetlerinin yüksek oranda azaldığı, saç koparma davranışının da buna bağlı olarak oldukça azaldığı öğrenildi. Mevcut tedavisine yüksek oranda yanıt vermesi üzerine saçlarını tekrar uzatmaya başlayan hastanın takipleri devam etmektedir.

Tartışma

Yapılan çalışmalar, dermatoloji hastalarının 60%'a varan oranda psikiyatrik yakınmaları olduğunu göstermektedir (3). Psikodermatolojinin kapsamı, psikolojik faktörlerle tetiklenen psikofizyolojik hastalıklardan, primer ve sekonder psikiyatrik hastalıklara kadar değişiklik gösterir. Lee ve Koo sınıflandırmasına göre, bu vakada ele alınan trikotillomani, primer psikiyatrik hastalıklar sınıfında yer alırken; trikodini karışık hastalık tabloları başlığı altında yer alan duyusal kutanöz sendromlar içinde sınıflandırılmaktadır (4).

Trikotillomani; işlevsellikte bozulmayla birlikte, saç yitimine neden olacak şekilde kişinin saçlarını yolmasıyla karakterizedir. Olgumuzdaki gibi geç başlangıç nadir görülmekle birlikte, kronikleşme riskinin yüksek olması, sıklıkla komorbiditelerin eşlik etmesi nedeniyle kötü prognozludur. En sık, depresif bozukluk (50%) ve obsesif kompülsif bozukluk (26%) eşlik etmektedir (3). Olgumuzda da eş zamanlı depresif belirtiler görülmekteydi. Farmakoterapide; klomipramin, olanzapin, aripiprazol, haloperidol ve dronabilol tedavilerinin kullanımı açık etiketli çalışmalar ve vaka serileri düzeyinde desteklenmektedir (3). Güncel meta-analizler, yaygın kanının aksine, selektif serotonin geri-alım inhibitörlerinin anlamlı bir etkiye sahip olmadığını göstermiştir (5,6). Buna ek olarak, az sayıda yapılan açık etiketli çalışmada, sitolapram ve essitalopram plasebodan üstün bulunmuştur (7,8).

Trikodini ise, skalpta meydana gelen, kaşıntı, yanma, batma, karıncalanma gibi anormal deri duyumlarıyla karakterizedir. Disestezi birçok farklı bölgede görülmekle birlikte, bu olguda görüldüğü gibi, en sık bildirilen bölge kafa derisi ve en sık bildirilen şikayet kaşıntıdır (3). Multi-faktöriyel bir etiyolojiye sahip olup substant P'nin ekspresyonunun artması, altta yatan psikiyatrik bozuklukların varlığı, nutrisyonel yetersizlikler, stres, saç modeli ve mevsimsellik ile ilişkili olabileceğine dair hipotezler mevcuttur (9). Literatürdeki vaka serilerinde öne çıkan tedavi seçenekleri arasında, pregabalin, gabapentin gibi antikonvülzanlar, doksepin, düşük doz sertralin ve amitriptillin, topikal steroidler ve hidroksizin bulunmaktadır (10). Olgumuzda, disestezi şikayetleri ikinci doz Pfizer-BioNTech aşısından sonra başlamıştı. Literatür'de disestezi ve trikotillomaninin, COVID-19 aşıları ile ilişkili olduğunu gösteren herhangi çalışma olmamakla birlikte, covid-19 enfeksiyonu ile ilişkili olabileceğini gösteren vaka örnekleri bulunmaktadır (11).

Olgunun klinik seyrinde, saç yolma davranışına neden olan trikodini belirtilerinin saptanması sonrası tedaviye eklenen hidroksizinden fayda sağlanmıştır. Bu olgu sunumu, sıklıkla birliktelik gösteren psikodermatolojik hastalıkların ve klinik uygulamamızda göz ardı edilebilen kutanöz duyusal sendromların ayrıntılı değerlendirilip saptanmasının, tedavinin etkin bir şekilde düzenlenmesi açısından önemini göstermektedir.

Kaynaklar

1.Jafferany, M., Stoep, A. V., Dumitrescu, A., & Hornung, R. L. (2010). Psychocutaneous disorders: a survey study of psychiatrists' awareness and treatment patterns. Southern medical journal, 103(12), 1199–1203.

2.Jafferany, M., Vander Stoep, A., Dumitrescu, A., & Hornung, R. L. (2010). The knowledge, awareness, and practice patterns of dermatologists toward psychocutaneous disorders: results of a survey study. International journal of dermatology, 49(7), 784–789.

3.Cosar B. (2021). Psikodermatoloji. Ankara Nobel Tıp Kitabevleri

4.Koo, J.Y. and Lee, C.S. (2003) General Approach to Evaluating Psychodermatological Disorders. In: Koo, J.Y. and Lee, C.S., Eds., Psychocutaneous Medicine, Marcell Dekker, Inc, New York, 1-29.

5.Slikboer, R., Nedeljkovic, M., Bowe, S.J., & Moulding, R. (2017). A systematic review and meta-analysis of behaviourally based psychological interventions and pharmacological interventions for trichotillomania. Clinical Psychologist, 21, 20–32.

6.McGuire, J. F., Ung, D., Selles, R. R., Rahman, O., Lewin, A. B., Murphy, T. K., & Storch, E. A. (2014). Treating trichotillomania: a meta-analysis of treatment effects and moderators for behavior therapy and serotonin reuptake inhibitors. Journal of psychiatric research, 58, 76–83.

7.Stein, D. J., Bouwer, C., & Maud, C. M. (1997). Use of the selective serotonin reuptake inhibitor citalopram in treatment of trichotillomania. European archives of psychiatry and clinical neuroscience, 247(4), 234–236.

8.Gadde, K. M., Ryan Wagner, H., 2nd, Connor, K. M., & Foust, M. S. (2007). Escitalopram treatment of trichotillomania. International clinical psychopharmacology, 22(1), 39–42.

9.Ozden, M. G. (2017). Trichodynia (Scalp Dysesthesia). Current Perspectives on Less-Known Aspects of Headache.

10. Kinoshita-Ise, M., & Shear, N. H. (2019). Diagnostic and therapeutic approach to scalp dysesthesia: A case series and published work review. The Journal of dermatology, 46(6), 526–530.

11. Bostan, E., & Cakir, A. (2023). The Effect of Covid-19 on the Hair Diseases Observed in Health Care Providers: Analysis of 513 Participants. Dermatology Practical & Conceptual, 13(1), e2023036.

PS-26 Psikofarmakoloji

PAROKSETİN KULLANIMINA BAĞLI GELİŞEN NORMAL SERUM PROLAKTİN DÜZEYLİ GALAKTORE: OLGU SUNUMU

Meltem Oktay[1]

[1]*İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi*

Giriş: Galaktore; hamilelik, doğum veya emzirmeyle ilişkili olmayan sütün memeden kendiliğinden boşalmasıdır. Büyük çoğunlukla iyi huylu olmakla birlikte altta yatan ciddi patoloji veya ilaç yan etkileri de galaktoreye sebep olabilir. Çoğu patafizyolojik durumda galaktoreye yol açan sebep ise uygun olmayan prolaktin salınımıdır. Hiperprolaktinemi ve galaktore nadiren antidepresan ilaçların istenmeyen etkileri olarak görülmektedir. Bazı araştırmacılara göre galaktore ile başvuran hastaların yaklaşık %30'unda prolaktin seviyeleri normal değerler arasındadır. Bu olgumuzda, paroksetin tedavisi gören yaygın anksiyete bozukluğu tanısı olan bir kadın hastada hiperprolaktinomi olmaksızın gelişen galaktore vakasını sunuyoruz.

Olgu: 38 yaşında üç çocuğu olan kadın hasta yaklaşık 1 yıldır olan anksiyete şikayetleri ile psikiyatri polikliniğine başvurdu. Küçük yaşam olaylarıyla ilgili aşırı ve kontrol edilemeyen endişe, huzursuzluk, sinirlilik, günlük ev işlerine karşı ilgi kaybı, iştah azalması, kas gerginliği, uyku bozukluğu şikayetleri vardı. Hastada kronik hastalık ve alkol-madde kullanım öyküsü mevcut değildi. DSM-V kriterlerine göre yaygın anksiyete bozukluğu tanısı konan hastaya paroksetin 20mg/gün başlandı. Yaklaşık 2 ay sonra kontrole gelen hastanın şikayetlerinde önemli ölçüde azalma olmuştu. Ancak bu iki ay içerisinde göğüslerinde dolgunluk hissettiğini, son 15 gününde ise her iki meme ucundan beyazımsı süt kıvamında akıntı geldiğini söyledi. Hasta galaktore için kapsamlı şekilde değerlendirildi. Gebelik veya oral kontraseptif kullanımı söz konusu değildi. Yakın zamanda geçirilmiş göğüs enfeksiyonu ve travma öyküsü yoktu. Serum prolaktin seviyesi (12.1 ng/ml) ve diğer hormonal değerler normaldi. Jinekolojik muayenesinde patoloji saptanmadı. Beyin Mr ve meme ultsanografi görüntüleri normaldi. Yapılan değerlendirmeler sonucunda galoktoreden paroksetinin sorumlu olduğu düşünüldü. Paroksetin tedavisi kesildi ve sertralin 50mg/gün başlandı. Yaklaşık 7 gün sonra hasta galaktorenin kesildiğini bildirdi. 3 aylık takip sonrası hastanın şikayetlerinin iyi olduğu ve galaktorenin yeniden ortaya çıkmadığı öğrenildi.

Tartışma: Paroksetin kullanımına bağlı galaktore daha önce bildirilmiş olsa da yaygın olarak bilinen neden hiperprolaktinemidir. Olgumuzun özelliği ise prolaktin düzeyinin yükselmeden galaktore görülmüş olmasıdır. Antidepresanlar ile galaktore arasındaki olası nedensel ilişki hakkında daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır.

Kaynaklar

1.Kaye TB. Hyperprolactinemia.Causes, consequences, and treatment options. Postgrad Med 1996;99(5):265-8.

2.Davenport E, Velamoor R. A case of Paroxetine induced Galactorrhoea. Can J Psychiatry 2002;47:890-1.

3.Petrykiv S, Arts M, De Jonge L. Paroxetine-İnduced Galactorrhea. Eur Psychiatry 2022;65:783.

Anahtar kelimeler: Galaktore, Paroksetin, Yaygın anksiyete bozukluğu, Prolaktin, Antidepresanlar

PS-27 Duygudurum Bozuklukları

TEDAVİYE DİRENÇLİ POSTPARTUM DEPRESYON TANILI HASTADA İNTRANAZAL EKSETAMİN DENEYİMİ: OLGU SUNUMU

Ihsan Yelli[1], Buket Koparal[1], Behcet Coşar[1]

[1]*Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı*

Giriş

Doğum sonrası ilk 4 haftada başlayan depresyon, postpartum depresyon olarak tanımlanır. Yaygınlık oranı %10-15 'tir(1). İntranazal esketamin tedaviye dirençli depresyonda onaylı ajanlardan biridir.Bu sunumda tedaviye dirençli postpartum depresyon olgusunda intranazal esketamin uygulamasının sunulması amaçlanmıştır.

Olgu

S.G., 33 yaşında, kadın, Evli, lisans mezunu, Pdr uzmanı. Kliniğimize doğum sonrası başlayan ve 8 aydır süregelen depresif yakınmalar, işlevsellikte azalma, sağlık kaygısı, çocuğuna karşı hissizlik ve suçluluk duyguları ile başvurdu. Sertralin 50 mg/g, ketiapin 100 mg/g, alprazolam 0.5 mg/g, klonazepam 2 mg/g ilaçlarından fayda görmediği öğrenildi. Özgeçmişinde ruhsal hastalık öyküsü yoktu. Psikiyatrik muayenesinde duygudurumu çökkün ve kaygılı, düşünce içeriğinde suçluluk ve karamsarlık duyguları, perseverasyonlar gözlendi.Pasif ölüm düşünceleri mevcuttu. Postpartum depresyon tanısı konulan hasta eşlik eden yoğun anksiyete ve tedaviye yanıtsızlık nedeniyle kliniğimize yatırıldı. Tedavisi venlefaksin 225 mg/g, amisülpirid 200 mg/g , lorazepam 3mg/g olarak düzenlendi. Takiplerde lorazepam azaltılarak sonlandırıldı ve mirtazapin 15mg/g eklendi. 4 haftalık medikal tedaviye yanıtsızlık sonrası 25 seans rTMS uygulandı. Anlamlı klinik iyileşme olmaması nedeniyle EKT planlandı. Anestezik komplikasyon nedeniyle EKT ilk seans sonrası sonlandırıldı. Migreni olması ve venlafaksine yanıtsızlık nedeniyle Duloksetin 60 mg/gün'e geçildi. Tedaviden faydalanmaması üzerine hastanın da onayıyla intranazal esketamin uygulaması başlandı. 1. Hafta MADRS skoru:48, 2. Hafta MADRS:38, 3. Hafta MADRS:33 idi. 4. Haftada maliyet nedeniyle tedavi hasta isteğiyle sonlandırıldı. Takiplerinde uykularının düzene girdiği, işlevselliğinin arttığı gözlendi, 4. haftada MADRS:18'idi.Tedavisi duloksetin 60 mg/g, mirtazapin 15 mg/g olarak devam etmekte olan hasta klinik olarak remisyondadır.Hastanın onamı alındı.

Tartışma

Postpartum depresyon, annede ruhsal ve bedensel sorunlara neden olmanın yanı sıra bebeğin motor/ruhsal gelişimi üzerinde olumsuz etkilere yol açabilir. Bu nedenle postpartum depresyonda erken teşhis, hızlı ve etkili tedavi önemlidir. İntranazal esketaminin, intihar düşünceleri ve depresif semptomlar üzerinde hızlı etkisi olduğu gösterilmiştir(2). Postpartum suisidalitede subkutan esketamin uygulanan bir olgu sunumunda semptomların hızlıca gerilediği bildirilmiştir(3). Literatürde intranazal form esketaminin postpartum depresyonda kullanımına ilişkin veriye rastlamadık. Bu olgu ile literatüre katkı sunulması amaçlanmıştır.

Kaynaklar

1.Halbreich, U., & Karkun, S. (2006). Cross-cultural and social diversity of prevalence of postpartum depression and depressive symptoms. Journal of Affective Disorders, 91(2-3), 97–111.

2.Serafini G, Howland RH, Rovedi F, Girardi P, Amore M. The role of ketamine in treatment-resistant depression: a systematic review. Curr Neuropharmacol. 2014;12(5):444-61

3.Machado, C., Lacerda, A. L. T., Bressan, R. A., & Noto, C. (2021). Esketamine for Postpartum Suicidality. Biological Psychiatry, 89(6), e35–e36.

Anahtar Kelimeler: Postpartum, Depresyon, Esketamin

PS-28 Klinik Psikiyatri

PSİKİYATRİ POLİKLİNİĞİNDE ENDER GÖRÜLEN ENSEFALOMİYOPATİ OLGUSU: MİTOKONDRİYAL NÖROGASTROİNTESTİNAL MİYOPATİ SENDROMU

Osman Akay[1], Fatma Yaprak[1], Melike Küçükkarapınar[1]

[1]*Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi*

Giriş

MNGIE sendromu klinik olarak gastrointestinal dismotilite, lökoensefalopati, kaşeksi ve ptozis gibi Semptomlarla karakterize, otozomal resesif bir hastalıktır (1). Hastalığa timidin fosforilaz gen mutasyonu sebep olur (2). MNGIE sendromlu hastalarda gastrointestinal dismotiliteye bağlı tekrarlayan bulantı, kusma, yutmada güçlük sık karşılaşılan şikayet sebepleridir (3). Bu vaka sunumunda 4 yıldır öğün sonrası yineleyen mide bulantısı ve kusmaları olan, sık psikiyatri takipleri bulunan 34 yaşındaki kadın hasta tartışılmaktadır.

Vaka

34 yaşında, ilköğrenim mezunu, 2 çocuk sahibi ve ailesiyle Ankara'da yaşıyor.4 yıldır güçsüzlük, kuvvet kaybı, iştahsızlık, hemen her öğün sonra midesi bulanan ve kendini kusturan, katı gıdaları yutarken güçlük çeken, kronik konstipasyonu bulunan ve 1 yılda 24 kg kaybeden, bu şikayetlerine 1 yıldır hayattan tat alamama, ilgi-istek kaybı eşlik eden hasta kliniğimize başvurdu. Alınan anamnezinde farklı dış merkezlerde Chron, Fmf, Anoreksiya Nevroza ve Başka türlü adlandırılamayan yeme bozukluğu tanıları ile takiplerinin olduğu, bir çok kez endoskopi ve kolonoskopi yapıldığı; fluoksetin, olanzapin, alprazolam ve sertralin gibi psikotrop kullanımları olduğu, fazla yemek yeme atakları-nın olmadığı, kilo vermeden önceki beden algısı ile olumsuz bir düşüncesi olmadığı, kilo vermekten hoşnut olmadığı, kaybettiği kilolar sonrası aynalara bakmaktan kaçındığı anlaşılmıştır. Rutin kan tetkiklerinde Ca:8.16 mg/dl, Mg:1.6 mg/dl ve Albumin:3.1 gr/dl idi, direkt karın grafisinde seviyelenmeleri mevcuttu ve EEG'si ''yüksek amplitüdlü, 2-3 Hertz frekansında jeneralize delta yavaşlamaları, 0.5-1.5 saniye süreli'' şeklindeydi. Geçmiş tıbbi kayıtları incelendiğinde patoloji raporunda: '' Bulbus ve duodenum 2. Kıtada villusler silinmiş ve yoğun lenfoid agregatlar izlenmiştir'' ibareleri mevcuttu. Hastadan alınan bilgiye göre 2 yıl önce abisinin de benzer gastrointestinal şikayetler ile takip edildiği ve tanı konulamadan hayatını kaybettiği öğrenildi. Gastroenteroloji ve nörolojiye konsülte edilen hastanın kranial manyetik rezonans görüntülemesinde (MRG) bilateral serebral hemisferlerde derin beyaz cevherden subkortikal U fiberlerine doğru simetrik uzanım gösteren, konfluens, T2 ağırlıklı görüntülerde hiperintensteler izlendi, Elektromiyografi (EMG) incelemede, sekonder aksonal değişikliklerin eşlik ettiği demiyelinizan polinöropati ile uyumlu bulgular izlendi. Mevcut bulgular eşliğinde Mitokondriyal Nörogastrointestinal Ensefalopati tanısı konulan hastanın gastroenteroloji yataklı servise yatışı yapıldı.

Tartışma

MNGIE sendromu, sindirim ve sinir sistemi başta olmak üzere vücudun pek çok bölümünü etkileyen bir hastalık olup, özellikle gastrointestinal şikayetler, kaşeksi ve nörolojik tutulumu bulunan genç hastalarda yıllarca sürecek gereksiz tetkik ve tedavi yöntemlerinin uygulanmasını önlemek ve erken tanı koymak için MNGİE sendromu ayırıcı tanıda akılda tutulmalıdır.

Kaynaklar

1.Garone C, Tadesse S, Hirano M. Clinical and genetic spectrum of mitochondrial neurogastrointestinal encephalomyopathy. Brain 2011;134(11)

2.Libernini L, Lupis C, Mastrangelo M. Mitochondrial Neurogastrointestinal Encephalomyopathy: novel pathogenic mutations in thymidine phosphorylase gene in two Italian brothers. Neuropediatrics 2012;43(4):201

3.Hirano M, Silvestri G, Blake DM., Lombes A, Minetti C, Bonilla E,et al. Mitochondrial neurogastrointestinal encephalomyopathy (MNGIE): clinical, biochemical and genetic features of an autosomal recessive mitochondrial disorder. Neurology 1994; 44(4): 721

PS-29 Alkol/Madde Kullanım Bozuklukları

METAMFETAMİN KULLANIMI İLE İLİŞKİLİ İDRAR RETANSİYONU VE GLOB VEZİKALE: OLGU SUNUMU

Sertaç Zengil[1]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Metamfetamin, yüksek bağımlılık yapıcı etkileri olan amfetamin türevi bir maddedir. Akut komplikasyonlarının yanı sıra uzun dönem nörotoksisitesi bulunması nedeni ile oldukça tehlikelidir. Bu nörotoksik etkilerden birisi de akut veya kronik idrar retansiyonu olabilir. Metamfetamin kullanımına bağlı üriner retansiyonu tanımlayan az sayıda vaka çalışmaları bulunmaktadır (1-3).

Olgu: 21 yaşında, bayan hasta, dezorganize davranışları, kendisi ve çevresi için tehlikeliliğinin bulunması nedeni ile TMK 432. maddeye ilişkin mahkeme kararı ile güvenlik görevlileri eşliğinde acil servisimize getirildi. Acil serviste yapılan ruhsal durum muayenesinde özbakımı yerinde, psikomotor aktivitesi huzursuz, negativist tutum içinde, görüşmeye karşı isteksiz, konuşma miktarı doğal, hız ve tonlaması artmış, duygudurum irritabl, duygulanım öfkeli, algı ve üşünce bozukluğu saptanmadı, bellek doğal, yönelim tam, zeka düzeyi yaşı ile uyumlu, yargılama bozuk, içgörü yok idi. Daha önce psikiyatri başvurusu bulunmadığı öğrenilen ve refakatinde yakını bulunmayan hastanın psikiyatri kliniğine yatırılarak tanısının netleştirilmesi amacı ile bir süre ilaçsız gözlenmesi planlandı. Yatışını takiben organik patolojilerin ve madde kullanımının dışlanması amacı ile tetkikleri yapıldı. İki yıldır metamfetamin kullandığı öğrenilen hastanın idrarında metamfetamin pozitifliği tespit edildi. Metamfetamin kesilmesi sonrası meydana gelen sedasyon nedeni ile hastada üriner ve gayta inkontinansı meydana geldi ve bu sebeple hasta hasta bezi kullanarak takip edildi. Yatışının 4. gününde karın ağrısı ve idrar yapmada güçlük bildirmesi üzerine yapılan muayenesinde glob vezikale tespit edildi. Sorgulandığında hastanın yaklaşık 1 haftadır idrar yaparken zorluk yaşadığı ve bildirmediği öğrenildi. Hastaya üriner kateter yerleştirilmesiyle 1800 cc idrar çıkışı oldu. Üriner sistem ultrasonografisinde glob vezikaleyi açıklayacak fiziksel organik bir patoloji saptanmadı. Üroloji hekiminin önerisiyle 10 gün süresince üriner kateter ile takip edilerek, uygun uygun sıvı elektrolit tedavisi, aldığı-çıkardığı takibi ve alfa-1 bloker (alfuzosin 10mg/gün) tedavisi uygulandı. 11. gün üriner kateteri çekilen hastanın üriner retansiyonunun devam etmesi ve tekrar glob vezikale gelişmesi üzerine üriner kataterizasyon yinelendi. Üroloji birimince yapılan ürodinami sonucunda hipokontraktil hipokomplian mesane tespit edildi. Üroloji önerisiyle hastanın 15 gün daha kataterli takibi yapılarak alfuzosin 10 mg/g tedavisine devam edildi ve mesanenin esnekliğini tekrar kazandırılması ve güçlendirilmesi amacı ile mesane egzersizleri yaptırıldı. Hastanın belirtilen sürenin sonunda üriner kateterinin çıkarılması sonrasında üriner retansiyonunun gerilediği görüldü. Hastanın takibi sürecinde borderline kişilik özelliklerinin ve emosyonel instabilitesinin olduğu gözlendi ve aripiprazol 2,5 mg/gün başlanarak kademeli olarak 15 mg/gün e kadar çıkıldı. Hasta psikiyatrik ve ürolojik patolojilerinin gerilemesi üzerine poliklinik kontrolü önerilerek aripiprazol 15 mg/gün ve alfuzosin 10 mg/gün tedavisi ile taburcu edildi.

Tartışma: Metamfetamin merkezi sinir sistemi üzerindeki psikostimülan etkilerinin yanı sıra sempatomimetik etkileri aracılığıyla üriner sistem üzerindeki alfa-1 reseptörü aracılığıyla hareket ederek mesane kasılmasını inhibe edici etki gösterebilir (1). Bu olgu bize metamfetamin kullananlarda üriner semptomların sorgulanması ve açıklanamayan üriner retansiyonla başvuran sağlıklı genç hastalarda metamfetamin kullanımının dışlanması gerektiğini göstermektedir.

Anahtar kelimeler: metamfetamin, üriner retansiyon, glob vezikale

Kaynaklar

1.Ojo AO, Ajasa AL, Oladipupo RB, Aderinto NO. Urinary retention concomitant with methamphetamine use: a case report. J Med Case Rep. 2021 Apr 2;15(1):183.

2.Beuerle JR, Barrueto F Jr. Neurogenic bladder and chronic urinary retention associated with MDMA abuse. J Med Toxicol. 2008 Jun;4(2):106-8.

3.Delgado JH, Caruso MJ, Waksman JC, Honigman B, Stillman D. Acute, transient urinary retention from combined ecstasy and methamphetamine use. J Emerg Med. 2004 Feb;26(2):173-5.

PS-31 Duygudurum Bozuklukları

SERTRALİN KESİLMESİYLE İLİŞKİLİ HİPOMANİ

Pınar Kızılay Çankaya

Koru Ankara Hastanesi, Psikiyatri Bölümü

Giriş: Selektif Serotonin Gerialım İnhibitörü (SSGİ) grubu antidepresanlar birçok psikiyatrik bozukluğun tedavisinde güvenle kullanılan ilaçlardır. Antidepresan kullanımı sırasında olan hipomanik/manik kayma ile ilgili birçok çalışma bulunmaktadır. Antidepresanların bilinen başka bir yan etkisi ise, antidepresanların bırakılması ya da hızlı doz düşürülmesiyle ilişkili çekilme belirtileridir. Antidepresan çekilmesine bağlı duygudurum değişiklikleriyle ilgili veriler çoğunlukla olgu bildirimleri şeklindedir. Bu olgu sunumunda unipolar depresyon tanısıyla takipte olan bir hastada sertralin çekilmesiyle ilişkili bir hipomani nöbeti tartışılacaktır.

Olgu: 37 yaş erkek hasta, son 4 aydır depresif bozukluk tanısıyla kullandığı sertralin tedavisini 1 hafta önce aniden kesmesi sonrası başlayan sinirlilik, çok konuşma, cinsel istekte ve kendine güvende artış, fazla para harcama, sosyal medya kullanımında belirgin artma, uyku ihtiyacında azalma, sosyal ve iş ilişkilerinde bozulma ve işlevsellikte azalma gibi belirtilerle eşiyle birlikte polikliniğe başvurdu. Ruhsal durum muayenesinde duygulanım neşe yönünde artmış, duygudurum hafif yükselmiş, konuşması baskılıydı. Psikotik belirti yoktu. 4 aydır sertralin kullanımı olan hastanın 2 aydır sertralin 100 mg/gün dozunda kullandığı ve yakınmalarının tedaviyi aniden kesmesinden yaklaşık 3 gün sonra başladığı ve giderek şiddetlendiği öğrenildi.

Hasta 2 yıldır olan sıkıntı hissi, sinirlilik, tahammülsüzlük, günlük yaşam stresörleriyle ilgili takıntılar, isteksizlik, mutsuzluk, çok uyuma, iştahta ve kiloda artış, cinsel isteksizlik yakınmalarıyla ilk kez 4 ay önce psikiyatri polikliniğine başvurmuş. Hastaya depresif bozukluk tanısıyla sertralin 50 mg başlanmış, izlemde tedaviden kısmi fayda görmesi üzerine 2 ay önce 100 mg/gün dozuna çıkılmış. Aile öyküsünde babasında kumar bağımlılığı, annesinde anksiyete bozukluğu tanısıyla psikiyatrik tedavi öyküsü olup hastanın obezitesi ve insulin direnci nedeniyle metformin 100 mg/gün kullanımı mevcuttu. Sertralin 100 mg ile remisyondayken aniden ilacı kesmesi sonrası mevcut hızlanma belirtileri başlayan ve giderek şiddetlenen hasta hipomani olarak değerlendirilerek aripiprazol 5 mg/gün, lorezapam 1 mg/gün şeklinde tedavisi düzenlendi. Klinik izlemde aripiprazol 10 mg/gün tedavisiyle ötimi sağlandı.

Tartışma: Bipolar bozukluk tedavisi sırasında kullanılan antidepresanların manik kaymayı tetikleme riskinin olduğu bilinmektedir. Bununla birlikte, paradoksal olarak antidepresanların çekilmesiyle ilişkili duygudurum değişikliklerinin hem unipolar hem bipolar depresyon vakalarında görülebildiği bilinmektedir. Literatürde antidepresan çekilmesine bağlı hipomanik/manik kayma daha çok trisiklik antidepresanlarla (TSA) ve antidepresanların ani bırakılmasıyla ilişkili bulunmuştur. Daha önce bilinen bipolar bozukluk tanısı olmayan hastada antidepresan çekilmesine bağlı hipomanik/manik kaymada, katekolaminler, asetilkolin, serotonini işaret eden patofizyolojik hipotezler olmakla birlikte, altta yatan mekanizma halen tam bilinmemektedir. Bununla birlikte, antidepresan tedavisinin kademeli doz azaltılarak ve klinik takip altında kesilmesinin bu riski azaltacağı söylenebilir.

Kaynaklar

1.Mania/Hypomania associated with withdrawal of antidepressants. Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences 2013;26:303-306. DOI: 10.5350/DAJPN2013260311

2.Manic states related to antidepressant withdrawal – a case report and literature review. Barranha R et al. / Arch Clin Psychiatry. 2020;47(6):212-214

3.Abou Kassm S, Naja W. Looking for bipolarity in antidepressant discontinuation manic states: Update and diagnostic considerations of the phenomenon. J Affect Disord. 2018 Aug 1;235:551-556. doi: 10.1016/j.jad.2018.04.080. Epub 2018 Apr 16. PMID: 29694944.

4.Narayan V, Haddad PM. Antidepressant discontinuation manic states: a critical review of the literature and suggested diagnostic criteria. J Psychopharmacol 2011; 25:306-313.

Anahtar kelimeler: Antidepresan kesilmesi, mani, hipomani, sertralin

PS-32 Şizofreni Ve Diğer Psikotik Bozukluklar

COFFİN LOWRY SENDROMUNDA PSİKOZ TEDAVİSİ: OLGU SUNUMU

Fatma Yaprak[1], Osman Akay[1], Muhammed Hakan Aksu[1]

[1]Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi

Giriş

Coffin-Lowry Sendromu; dismorfik özellikler, hipotoni, zihinsel yetersizlik, boy kısalığı, kısa eller, aşırı uzayabilen parmaklar ve ilerleyici kifoskolyoz ile karakterize, nadir görülen X'e bağlı dominant bir sendromdur (1). RPS6KA3 genindeki oldukça heterojen fonksiyon kaybı mutasyonlarından kaynaklanır (2). Hastalar genellikle mutlu olma eğiliminde olsalar da kendine zarar verme ve diğer davranış sorunları da bildirilmiştir (1). Hastalarda çocukluk çağında başlayan şizofreni riski artabilir (3). Ek olarak; bazı hastalarda şizofreni, bipolar hastalık ve psikoz gibi psikiyatrik bozukluklar daha yüksek oranda olabilir (2). Bu olgu sunumunda Coffin Lowry Sendromu tanısı almış ve daha önceden psikiyatrik şikayeti olmayan ilk tanı psikoz vakasının tedavi yönetimini ve izlemini sunduk.

Vaka

20 yaşında, kadın, özel eğitim lise mezunu. 7 yaşındayken dış merkezde yapılan genetik inceleme sonucu Coffin Lowry Sendromu tanısı alan ve 3 aydır devam eden uykuda azalma, içe kapanma, iştahta azalma, kendi kendine konuşma, öfkelilik, saldırganlık, izlediği dizi karakterini kendi sanma, ağlama atakları, özbakımda azalma şikayetleri ile ailesi tarafından tarafımıza başvuran hastanın daha önceden psikiyatrik ilaç kullanımını gerektirecek psikiyatrik bir yakınmasının olmadığı öğrenilmiştir. Nörolojik muayenesinde patoloji saptanmayan ve manyetik rezonans görüntülemesinde bilateral subkortikal alanlarda hiperintens nodüler lezyonlar izlenen hastada psikotik atak düşünüldü ve risperidon tedavisine başlandı. Poliklinik takiplerinde risperidon tedavisi 2 mg/güne kadar çıkılan hastanın kendi kendine konuşma, uykusuzluk, saldırganlık, içe kapanma şikayetlerinin azaldığı ancak risperidon tedavisinin 3.haftasında galaktore ve memede hassasiyet şikayetlerinin gelişmesi üzerine kan prolaktin düzeyi istendi. Prolaktin düzeyi 137,5 ng/mL gelen hastada kademeli olarak aripiprazol tedavisine geçildi. Takiplerinde aripiprazol tedavisi 5 mg/güne kadar çıkılan hastada yan etki oluşmadığı saptandı. Aripiprazol tedavisine geçildikten sonra prolaktin düzeyi 14 ng/mL olan hastanın yaklaşık 4 aylık izleminde ailesiyle iletişiminin arttığı, sinirlilik ve saldırganlık şikayetinin olmadığı, tekrardan dışarı çıkmaya başladığı, özbakımının arttığı, kendini dizi karakteri sanma şikayetinin tamamen geçtiği gözlenmiştir. Hala aripiprazol 5 mg/gün tedavisiyle tarafımızca takip edilen hastanın izlemi sırasında psikotik atağı tekrarlamamıştır. Hastanın yasal vasisinde onay alınmıştır.

Tartışma

Coffin-Lowry sendromlu kadınlar epizodik veya uzun süreli psikotik davranış gösterebilirler. Psikoz başlangıcı genellikle 20 yaş civarında olan ve tedaviye yanıtı değişken olan Coffin Lowry Sendromu tanılı hastalarda mental retardasyon birlikteliği ve "kendi iç dünyasında yaşama" eğilimi psikotik atak tanısının gecikmesine neden olabilir. Coffin-Lowry sendromunun görece nadirliği göz önüne alındığında, etkilenen kadınlarda psikotik davranışın bir tesadüften ziyade gerçek bir komplikasyon olduğunu göstermektedir. Coffin Lowry Sendromunda menstrüasyon düzensizliği de görülmesi nedeniyle prolaktin düzeyini etkilemeyen bir ajan olan aripiprazol seçimi etkin bir tedavi olabilir.

Kaynaklar

1.Cong Y, Jin H, Wu K, Wang H, Wang D. Case Report: Chinese female patients with a heterozygous pathogenic RPS6KA3 gene variant c.898C>T and distal 22q11.2 microdeletion. Front Genet. 2022 Aug 15;13:900226. doi: 10.3389/fgene.2022.900226. PMID: 36046249; PMCID: PMC9420874.

2.Jin H, Li H, Qiang S. Coffin-Lowry Syndrome Induced by RPS6KA3 Gene Variation in China: A Case Report in Twins. Medicina (Kaunas). 2022 Jul 20;58(7):958. doi: 10.3390/medicina58070958. PMID: 35888677; PMCID: PMC9320784.

3.Ambalavanan A, Chaumette B, Zhou S, Xie P, He Q, Spiegelman D, Dionne-Laporte A, Bourassa CV, Therrien M, Rochefort D, Xiong L, Dion PA, Joober R, Rapoport JL, Girard SL, Rouleau GA. Exome sequencing of sporadic childhood-onset schizophrenia suggests the contribution of X-linked genes in males. Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet. 2019 Sep;180(6):335-340. doi: 10.1002/ajmg.b.32683. Epub 2018 Oct 30. PMID: 30378261.

PS-34 Anksiyete Bozuklukları

SERTRALİN'İN NEDEN OLDUĞU MANDİBULAR DİSTONİ VE BRUKSİZM

Nafiye Yağlı[1]

[1]*Tarsus Devlet Hastanesi*

Amaç: Seçici bir serotonin geri alım inhibitörü (SSRI) olan Sertralin'in, anksiyete ve depresyon için güvenli ve nispeten iyi tolere edilen bir ilaç olduğu düşünülmektedir. SSRI'ın parkinsonizm, distoni, diskinezi ve akatizi gibi ekstrapiramidal sistem (EPS) yan etkileri olabilir (1). İlerleyen yaşın, SSRI'nın neden olduğu ekstrapiramidal yan etkiler için bir risk faktörü olduğu bildirilmiş olmasına rağmen, sertralinin, ergen bir hastada mandibular distoniye neden olduğu da bildirilmiştir (2). Burada hem mandibular distoni hem de sertralin ile bruksizm gelişen genç bir kadın hastayı tanımladık.

Olgu: 35 yaşında evli kadın hasta üzüntü, anhedoni, değersizlik duyguları, enerji azlığı, uykusuzluk, iştah azalması ve konsantrasyon bozukluğu şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. Fizik muayene bulguları normal sınırlardaydı. Eşlik eden komorbid hastalığı yoktu. Ailede hareket bozukluğu öyküsü ya da madde bağımlılığı yoktu. Bu hastaya orta derecede depresif atak tanısı kondu ve 25mg / gün dozunda sertralin başlandı.5 gün sonunda bu dozda yan etki görülmeyen hastada , doz 50 mg / güne yükseltildi. Doz arttırıldıktan 10 gün sonra, yüz kaslarında gerilme, dudaklarında büzülme, dudak kenarlarında geriye doğru çekilme, çenesinde kasılma, kilitlenme ve geceleri diş gıcırdatma ortaya çıkması üzerine kliniğimize başvurdu. Hastanın nörolojik ve diğer sistem muayeneleri yukarıdaki bulgular dışında normal olarak değerlendirildi. Distoniye neden olabilecek bir nörolojik hastalık saptanmadı. Tam kan sayımı, elektrolit ve biyokimya değerleri normal sınırlar içinde tespit edildi. Bu bulgularla tablonun ilaca bağlı distonik reaksiyon olabileceği düşünülüp,biperiden 2mg kas içi uygulandı. Hastanın distoni şikayetlerinde bir saat içinde tama yakın düzelme görüldü. Hastanın Sertralin dozu 25 mg / güne düşürüldü, ancak eşi tarafından uyurken geceleri dişlerini sıktığı bildirildi ve bunun üzerine sertralin kesildi ve bupropion 150mg / gün başlandı. Bruksizm semptomları 1 hafta içinde düzeldi ve hasta son 6 aydır oral bupropion 150 mg/gün ile stabil seyretmekte.

Tartışma: Bu olguda, hastada sertralin ile mandibular distoni ve bruksizm gelişti ve hastanın kullandığı başka bir ilaç yoktu. Literatüre baktığımızda, bruksizm ve mandibular distoni gibi SSRI kaynaklı hareket bozuklukları ile ilgili az sayıda vaka vardır. Venlafaksin, fluoksetin, paroksetin ve sertralin'e bağlı gelişen bruksizm vaka raporları mevcuttur (3,4,5). Bazal gangliyonların distonide disfonksiyon alanı olduğu bildirilmiştir. Serebellum için de olası bir rol bildirilmiştir (5). Distoni için etyolojik faktörler; genetik yatkınlık, periferik travmatik veya cerrahi olaylar, nörolojik bozukluklar ve esas olarak antipsikotikler gibi ikincil nedenleri içerir. Distoninin en yaygın şekli antipsikotik kullanımına bağlı gelişen geç dönem distonidir. Yaygın olarak kullanılan ilaçlar antikolinerjik ajanlar, benzodiazepinler, antiparkinsonizm ilaçları, antikonvülsanlar, baklofen, karbamazepin ve lityumdur. Antikolinerjik ilaçların, özellikle erken aşamada reçete edildiğinde, en etkili ilaç olduğu bulunmuştur.

Kaynaklar

1.Raveendranathan D, Rao SG. Sertraline induced acute mandibular dystonia. J neurosciruralpract. 2015;6:586–7.

2.Sarısoy S, Özyürek H, Sarisoy G. Oromandibular dystonia associated with sertraline in an adolescent patient. Bullclinpsychopharmacol 2012;22:83-5.

3.Ellison JM, Stanziani P. SSRI-associated nocturnal bruxism in four patients. J clinc psychiatry. 1993;54:432–4.

Anahtar Kelimeler : Mandibular distoni, bruksizm, sertralin

PS-35 Anksiyete Bozuklukları

SERTRALİN İLE İNDÜKLENEN TAVŞAN SENDROMU (RABBIT SYNDROME)

Aslıhan Bilge Bektaş[1]

[1]İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş

Rabbit sendromu (RS), tavşanın çiğneme hareketi gibi yaklaşık 5 Hz frekansta vertikal eksende perioral kasların hızlı, düzgün, ritmik hareketi ile karakterize antipsikotik kullanımı sırasında veya kesilmesinden birkaç hafta/ay sonrasında gelişen ekstrapiramidal bir yan etkidir (1-3) Antidepresanlara bağlı nadir olarak literatürde bildiriler bulunmaktadır.(4-7) Bizim olgumuz da sertralinin tetiklediği rabbit sendrom gelişmesi sebebiyle literatüre katkı sağlamaktadır.

Olgu

53 yaşında üniversite mezunu, emekli, evli, 2 çocuklu kadın hasta. Kaygı, her an kötü bir şey olacakmış hissi, gerginlik, uykuya dalmada güçlük yakınmalarıyla psikiyatri polikliniğimize başvurmuştu. Geçmişte herhangi bir tıbbi veya psikiyatrik hastalık öyküsü yoktu. Ailesinde ruhsal-nörolojik hastalık yoktu. Genel fizik muayene ve nörolojik muayenesi normaldi. Muayenesinde bilinci açık koopere oryante, anksiyöz duygulanım, disforik duygudurum tanımlandı. Düşünce içeriğinde çocukları ile ilgili endişeleri yoğundu. Başlangıç insomnisi mevcuttu. Hamilton Anksiyete Ölçeği puanı 20 saptandı. Sertralin titrasyonla 50 mg/g başlandı. 1 ay sonraki kontrolünde anksiyete belirtileri azaldı, Hamilton Anksiyete Ölçeği puanı 8'e geriledi, dudaklarındaki kontrol edemediği, stresli iken artan hareketler gelişmesinden şikayetçiydi. Muayenede perioral diskinetik hareketler gözlendi, konsantrasyon gereken görevlerde kötüleşmesi dikkat çekiciydi. Lingual tutulum yoktu. Parkinson belirtisi veya distoni gözlenmedi.Nöroloji konsültasyonu istendi, nörogörüntüleme ve EMG istendi, Rabbit sendrom ile uyumlu olduğu düşünüldü. Antidepresan tedavi kesildi. 1 ay sonraki kontrolüne geldiğinde diskinetik hareketler kayboldu.

Tartışma

Rabbit sendromu tetikleyen mekanizmaların, nöroleptik kaynaklı parkinson sendromunun patogenezinde yer alan mekanizmalara benzer olduğuna inanılmaktadır.(8) Ekstrapiramidal sistemdeki dopaminerjik nöronların nöroleptik blokajından kaynaklanan bir hiperkolinerjik duruma bağlı olabileceği düşünülmektedir. (8-10) Serotonin geri alımının güçlü inhibisyonu yoluyla antidepresanlar, bazal ganglionlarda dopaminerjik nörotransmisyonun serotonin aracılı inhibisyonu yoluyla rabbit sendroma neden olabilir.

Antidepresan (imipramin) kaynaklı rabbit sendrom ile ilgili bir SPECT çalışması, hareket bozukluğu varken bazal gangliyon perfüzyonunun azaldığını ve klinik düzeldiğinde normal perfüzyona döndüğünü göstermiştir (11) . Fluoksetin, sitalopram, essitalopram, paroksetin ile tetiklenen RS vaka bildirimleri bulunmaktadır. (4-7) Sertralin ile indüklenen vaka bilirimleri de literatürde bulunmaktadır. (12) Sertralinin serotonin ve dopamin geri alım inhibitörü, sigma 1 reseptörü agonizması etkisi bulunmaktadır. (13) Literatürde sigma 1 reseptörü agonistik etkisi sebebiyle psikotroplara bağlı hareket bozuklukların tedavisinde fluvoksamin kullanımına dair çalışmalar mevcuttur. (14,15) Bizim olgumuzda sertraline bağlı diskinetik hareketlerin gelişmesi, tedavide sigma 1 reseptörü agonizmasının tedavide rol oynaması konusunda karşıt görüş oluşturması yönüyle literatüre katkı sunmaktadır.

Anahtar Kelimeler: sertralin, diskinezi, anksiyete

Kaynaklar

1.Villeneuve A. The Rabbit Syndrome a peculiar extrapyramidal reaction. Canadian Psychiatric Association Journal. 1972;17(6_suppl2):69-72.

2.Işık E, Uzbay T. Güncel Temel ve Klinik Psikofarmakoloji. Baskı Golden Medya, Ankara. 2008.

3.Reichenberg JL, Ridout KK, Rickler KC. Lurasidone-induced rabbit syndrome: a case report. The Journal of clinical psychiatry. 2017;78(5):315.

4.Parvin MM, Swartz CM. Dystonic rabbit syndrome from citalopram. Clinical neuropharmacology. 2005;28(6):289-91.

5.Naguy A, Moodliar-Rensburg S, Elsori DH, Alamiri B. Fluoxetine-Induced "Rabbit Syndrome" in a Child With Juvenile Obsessive-Compulsive Disorder. American Journal of Therapeutics. 2022; 29(3):e363-e4.

6.Nimber JS, Aggarwal A. Rabbit Syndrome Likely Induced by Escitalopram: A Case Report. Journal of Pharmacy Technology. 2014; 30(5):179-81.

7.Gourzis P, Polychronopoulos P, Argyriou AA, Bakalidou C, Beratis S. Induction of the rabbit syndrome following coadministration of paroxetine, perphenazine, and amitriptyline. Clinical neuropharmacology. 2004; 27(6):299-300.

8.Wada Y, Yamaguchi N. The rabbit syndrome and antiparkinsonian medication in schizophrenic patients. Neuropsychobiology. 1992; 25(3):149-52.

9.Sovner R, Dimascio A. The effect of benztropine mesylate in the rabbit syndrome and tardive dyskinesia. The American Journal of Psychiatry. 1977.
10. Almeida JH. Neuroleptic side-effects—the "rabbit syndrome". International Journal of Geriatric Psychiatry. 1991;6(7):537-9.
11. Fornazzari L, Ichise M, Remington G, Smith I. Rabbit syndrome, antidepressant use, and cerebral perfusion SPECT scan findings. Journal of Psychiatry and Neuroscience. 1991;16(4):227.
12. Madhusoodanan S, Alexeenko L, Sanders R, Brenner R. Extrapyramidal symptoms associated with antidepressants—a review of the literature and an analysis of spontaneous reports. , 22, 3. 2010;22(3):148-56.
13. Stephan M. Stahl, Stahl'ın Temel Psikofarmakolojisi Nörobilimsel ve Pratik Uygulamalar, İstanbul Tıp Kitabevleri ;2012
14. Albayrak Y, Beyazyüz M, Abbak Ö, Altındağ E. A Report of Rabbit Syndrome Who Benefited from Sigma 1 Agonist Fluvoxamine. Clinical Psychopharmacology and Neuroscience. 2019;17(1):134.
15. Furuse T, Hashimoto K. Fluvoxamine for aripiprazole-associated akathisia in patients with schizophrenia: a potential role of sigma-1 receptors. Annals of general psychiatry. 2010;9:1-3.

PS-36 Klinik Psikiyatri

OTİZM SPEKTRUM BOZUKLUĞU VE KONVERSİF BOZUKLUK BİRLİKTELİĞİ: OLGU SUNUMU

Pınar Aydoğan Avşar[1], Tayfun Kara[2], Orhan Kocaman[2]

[1]ALKÜ Alanya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, Antalya, Türkiye
[2]Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Antalya, Türkiye

Giriş

Otizm spektrum bozuklukları (OSB) karşılıklı iletişim ve sosyal etkileşim alanlarında ciddi bozulmalar, kısıtlı ve tekrarlayıcı davranışlar gibi karmaşık özelliklerle giden bir nörogelişimsel bozukluklar grubudur (1). Konversiyon bozukluğu (KB), psikolojik çatışma ya da gereksinim nedeniyle nörolojik veya organik başka bir hastalığı düşündürecek şekilde motor ve/veya duyu fonksiyonlarında kayıp olarak tanımlanmaktadır. Baş dönmesi, denge bozukluğu, bayılma, bilinç kaybı, epileptik olmayan nöbetler, yutma güçlüğü, afoni, anosmi, görme kaybı, çift görme, parestezi, anestezi, paralizi gibi motor ve duyu kayıpları şeklinde belirtiler görülebilir Etyolojisi bilinmemekle birlikte cinsiyet, psikolojik stres, aile içi çatışmalar, çocukluk çağı travması, sosyoekonomik düzeyin düşük olması, sosyal çevrede karşılaşılan sorunlar hastalığın ortaya çıkışında rol oynamaktadır (2). Genellikle belirtilerin ortaya çıkmasında önce bir stres öyküsü yada çocuklukta yaşanan bir travma öyküsü tariflenmektedir (3). Burada, alt ekstremitede kuvvetsizlik, yürümede zorluk, parestezi gibi nörolojik şikayetlerle başvuran ancak yapılan incelemeler sonucu konversiyon bozukluğu saptanan bir OSB tanılı olgu sunulmuştur.

Olgu

13 yaş otizm spektrum bozukluğu (OSB) nedeniyle takip edilen erkek çocuk ailesi tarafından yürüyememe ve huzursuzluk şikayetleriyle Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve hastalıkları polikliniğine getirildi. Olgu 3 yasında OSB tanısı almıştı ve 10 yıldır bireysel eğitim ile birlikte özel alt sınıfta örgün eğitime devam ediyordu. Alınan anamneze göre 6 ay önce dizinin üzerine düşme sonrasında fibulada meydana gelen çatlak nedeniyle sol bacağı 3 hafta alçıda kalmıştı. Alçı çıkarıldıktan sonra da yürüyememe, ayakta duramama şikayetleri devam etmişti. Yapılan fizik muayenesinde üst ekstremite kas kuvveti tamdı. Alt ekstremitede sol ayak baş parmak ekstansiyonu 4/5, sol diz fleksiyon ve ekstansiyonu 4/5 idi. Derin tendon refleksleri normoaktifti. Rhomberg testi negatifti. Patolojik refleks yoktu. Hastanın tam kan, biyokimya, tam idrar tetkiki, sedimentasyon, C-reaktif protein düzeyleri normal sınırlarda idi. Kreatinin fosfokinaz ve miyoglobin seviyeleri ile tümör belirteçlerinde anormallik yoktu. Alt eksremite sinir iletim çalışması ve iğne elektromiyografisi (EMG) normaldi. Nöropati veya miyopati ile ilişkili bulguya rastlanmadı. Organik tetkiklerinde bir patoloji saptanmayan olgu tarafımıza konsülte edildi. Yapılan psikiyatrik muayenede, göz temasının verbal ve sosyal iletişimin kısmi olduğu ve sürdürülemediği izlendi. Tekrarlayıcı konuşmaları mevcuttu. Konversiyon bozukluğu ve otizm spektrum bozukluğu tanıları ile sertralin mg/gün başlanarak çocuk psikiyatri polikliniğinde takibi önerildi. 3 ay sonraki kontrolünde yürüyememe şikayeti tamamen gerilemişti.

Tartışma

Birçok toplum örneklemlerinde çocuk ve ergenlerde KB'nin nadir görüldüğü bildirilmektedir. Çocuk ve ergenlerdeki KB'de en sık gözlenen belirtilerin psikojenik nöbetler, paraliziler ve yürüme güçlüğü olduğu ve bunları duyu bozukluklarının izlediği bildirilmiştir (4). Literatür incelendiğinde hem OSB olan grupta hem de normal gelişen bireylerde; aleksitimi düzeyi, özellikle duyguları tanımlama ve söze dökmedeki ve duygusal farkındalıktaki zorluklar somatoform bozukluklarla ilişkili bulunmuştur (5). Biz de OSB tanısı bulunan olgumuzun duyguları tanıma ve ifade etmekte yaşadığı güçlüklerin KB'nin ortaya çıkışına etki etmiş olabileceğini düşünmekteyiz. Bu alanda yapılacak OSB ve KB ilişkisini inceleyen daha geniş kapsamlı çalışmalara ihtiyaç vardır.

Kaynaklar

1. Association AP. The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM 5, Washington DC, 2013.
2. Sar V, Akyüz G, Dogan O, Öztü E. The prevalence of conversion symptoms in women from a general Turkish population. Psychosomatics. 2009;50(1):50–8.
3. Hesapcioglu ST, Aktepe E, Göker Z, Tanr S. Konversiyon Bozukluğu Tanısı Konan Çocuk Ve Ergenlerde Sosyodemografik Ve Klinik Özellikler Ve Eş Tanıları. Yeni Symposium, 2010; 48(3):184-190.
4. Pehlivantürk B (2008) Somatoform Bozukluklar. Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı, Ankara: HYB Basım Yayın Matbaası, 423-437.
5. Zdankiewicz-Ścigała E, Ścigała D, Sikora J, Kwaterniak W, Longobardi C. Relationship between interoceptive sensibility and somatoform disorders in adults with autism spectrum traits. The mediating role of alexithymia and emotional dysregulation. PLoS One. 2021;16(8):e0255460.

PS-43 Duygudurum Bozuklukları

BİPOLAR BOZUKLUK TANILI HASTADA CENAZE MANİSİ: BİR OLGU SUNUMU

Aslı Nagihan Kesgin[1], Çiçek Hocaoğlu[1]

[1]*Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, Tıp Fakültesi,Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Rize*

Giriş: Bir yakınını kaybetme, kazalar, doğal afetler, ekonomik sıkıntılar gibi olaylar bipolar duygudurum dönemlerini tetikleyebilir ve bu tür olaylardan sonra genellikle depresif dönem belirtileri izlenir.(1)Cenaze manisi bir aile üyesinin kaybı sonrası ilk hafta içinde ortaya çıkan tipik bir mani dönemidir.(2)Konu ile ilgili az sayıda olgu bildirimi mevcuttur.Bu çalışmada uzun yıllardır bakım verdiği ve birlikte yaşadığı annesinin vefatı sonrası mani dönemi belirtileri ile servisimize kabul edilen, öncesinde bipolar bozukluk tanısı ile izlenen kadın olgunun alanyazını bulguları ışığında tartışılarak sunulması amaçlanmıştır.

Olgu: 66 yaşında kadın hasta, bekar, lise mezunu, tek başına yaşıyor. Yakınları tarafından son bir haftadır aşırı para harcama, çok konuşma, uyku ihtiyacında azalma, yüksek sesle müzik dinleyerek komşuları rahatsız etme, saldırgan davranışlarının olması üzerine acil servise getirildi. Yakınları ile yapılan görüşmede 20 gün önce birlikte yaşadığı ve 20 yıldır bakım verdiği annesini Alzheimer hastalığı nedeni ile kaybettiği cenaze çok sessiz olduğu ve hiç ağlamadığı öğrenildi. Vefat sonrası ilk haftalarda hastanın neşeli halleri, yersiz gülmeleri, uykusunun az olduğu, aşırı hareketliliği, son 2-3 gündür uygunsuz saatlerde akrabalarını arayarak, 'sana araba alacağım, senin işlerini ben halledeceğim, benim büyük yerlerde tanıdıklarım var'gibi söylemleri dikkat çekmiş. Yaklaşık 13 yıl önce de benzer belirtiler ile bir psikiyatri servisinde yatarak tedavi gördüğü, taburculuk sonrası önerilen tedavileri düzenli kullandığı belirtildi. Ruhsal durum muayenesinde yönelimi tam, işbirliğine açık, istemsiz dikkati, konuşma hızı ve miktarı artmıştı, düşünce içeriğinde büyüklenme, duygulanımında oynaklık, mizacında öfori zaman zaman irritabilite, psikomotor aktivite artışı, uyku gereksinimi azalması saptandı. Fizik muayenesi, nörolojik muayenesi ile rutin kan ve idrar tahlillerinde patolojik bir bulgu elde edilmedi. Soy geçmişinde ruhsal bozukluk öyküsü tanımlanmayan hastanın son 10 yıldır diyabetes mellitus ve hipertansiyon nedeni ile tedavi gördüğü öğrenildi. DSM-5'e göre bipolar bozukluk mani dönemi tanısı ile valproik asit 500 mg/gün, ketiapin 50 mg/gün tedavisi başlanan hastanın ilaç dozları kademeli olarak arttırıldı. Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği:30, Young Mani Derecelendirme Ölçeği:38 puan olarak değerlendirilen hastanın servisteki ilk hafta içinde diğer hasta ve sağlık çalışanları ile sık sık sorunlar yaşadığı, kurallara uymakta zorlandığı, yüksek sesle bağırma ve eşyalara zarar verici davranışlarının olduğu izlendi. Tedavisinin 15. gününden itibaren belirtilerinde azalma olan hasta 27.gün ileri salah hali ile taburcu edildi. Halen ayaktan tedavi biriminde izlemi devam eden hastanın tedavisini düzenli kullandığı, yakınmasının olmadığı öğrenildi. Olgu sunumu için hasta ve ailesinden onamı alınmıştır.

Tartışma: Ruhsal bozukluklar yüklenme ve zorlanmaya neden olan yaşam olayları arasında zamansal bir ilişkinin varlığın uzun yıllardır bilinmektedir. En önemli yaşam olaylarının başında kayıp ve yas süreci gelmektedir. Kayıp sonrası yaşanan yas süreci, yaş, cinsiyet, kültür ve daha önceki yas deneyimlerine bağlı olarak değişiklikler gösterebilir.(3)Hastamızın daha önceki yaşam olaylarına benzeri bir tepki vermemiş olması yasın hasta için özgül bir durum oluşturduğunu göstermektedir. Hastanın mani dönemi ile annesini yitirmesi arasındaki zamansal yakınlık, hastanın özgeçmişinde bipolar bozukluk öyküsü bulunması olgunun bir yas/cenaze töreni manisi olduğunu düşündürmektedir. Olası yas tepkileri arasında maninin de düşünülmesi gerektiği bu olgu bildiriminden anlaşılmaktadır. Çalışmamızın az sayıda olgunun bildirildiği cenaze manisinin tanınmasını, benzeri durumların daha iyi anlaşılmasını ile klinisyenlerin farkındalığını arttıracağı inancındayız.

Anahtar Kelimeler: Bipolar bozukluk, cenaze manisi, yas

PS-45 Somatik Tedaviler

GEBELİK VE POSTPARTUM DÖNEMDEKİ HASTADA EKT OLGUSU

Mahmut Bulut, Mehmet Güneş, Cemal Kaya, Betül Uyar, Ayça Arslan, Berna Balıkçı

Dicle Üniversitesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Diyarbakır

Giriş: Gebelik ve postpartum dönemde katatoni tanısı ile takip edilen hastamızda Elektro Konvülsif Tedavi (EKT) uygulanımının erken doğum, vajinal kanama, abortus, yara yeri ayrılması komplikasyonlarının takibi ve hastalığın gidişatı üzerine EKT' nin etkisini ele aldık.

Olgu: 22 yaşında 34w gebe kadın hasta, ilkokul mezunu, evli, 1 çocuk sahibi, ev hanımı, sigara, alkol, madde kullanımı bulunmamakta. Tıbbi özgeçmişinde özellik yoktu. Psikiyatrik özgeçmişte 2,5 ay önce psikotik depresyon ön tanısı ile servis yatışı mevcuttu. Soygeçmişte özellik yoktu. Kliniğimize 18 gündür yememe, içmeme, hiç konuşmama, tüm gün yataktan çıkmama, göz teması kurmama, komutlara uymama, negativist tutum , mutizm stupor bulguları nedeniyle yatışı yapıldı. 8 ay önce biri beni öldürecek, eşim başkasıyla evli, ablam benim düşmanım dedikodumu yapıyor , bebeğim benden değil şeklinde hezeyanları mevcuttu. Bunlara ilaveten keyifsizlik, değersizlik, çaresizlik, işlevsellikte bozulma, özbakımda azalma şikayetleri nedeniyle kliniğimizde 2,5 ay önce 10 günlük yatışı yapılmıştı. Haloperidol damla başlanmıştı. Bu süreçte Kadın doğum ve Anestezi görüşü alınarak hasta ve hasta yakının onamıyla beraber 4 seans EKT sonrası hastanın affektinde açılma, psikotik belirtilerde gerileme olmasıyla beraber Haloperidol damla ile externe edilmişti. Bush Francis Katatoni Ölçek puanı 34 idi. Hastaya olanzapin ve lorazepam başlandı. Hastanın oral alımının olmamasından dolayı laboratuar değerlerinde Kan şekeri 55, Sodyum 128 idi. Dahilye görüşü ile hipovolemik hiponatremi düşünüldü. Dekstrozlu mayi verildi. Kadın doğum görüşü alınarak 34w gebeliğin sezaryenle terminasyonuna karar verildi. Sağlıklı fetüs doğumu gerçekleşti. Lorazepam ve Risperidon ile tedaviye devam edildi. Yeni Cerrahi olmuş hastalarda EKT yapılması yara yeri ayrılması, vajinal kanama, enfeksiyon, sepsis nedenlerinden dolayı sakıncalıdır. Fakat bu hastamızda hastanın oral tedaviye rağmen düzelmemesi, yeme, içme reddi, genel durumunun kötüye gitmesi üzerine hasta yakınlarının onayı alınarak ve EKT açısından Kadın Doğum, Anestezi görüşü alınarak 8 seans EKT uygulandı.

Sonuç: Katatonide Gebelikte sezaryen olanlarda hastaların genel durumunun kötüleşmesi durumunda gözlem altında EKT yapılabileceğini tartıştık. Her EKT işlemi sonrası Kadın Doğum Doktorunun önerisiyle hastamıza korse takıp, düzenli yara pansumanı yaparak olabilecek komplikasyonların önüne geçtik. Sezaryan insizyon hattında herhangi bir patoloji izlenmedi. 8 seans EKT sonrası hastanın negativist tutumu kayboldu. Oral alımı arttı, sözel iletişim kurmaya başladı. Busch Francis Katatoni ölçeğinde 32<< 11 düşüş izlendi. Hamilton Depresyon Ölçeği (HAM-D) skoru 29<< 12 geriledi. Pozitif ve Negatif ölçeğinde (PANSS) 90<< 45 gerileme gözlendi.

Kaynak

Forray A, Ostroff RB. Doğum sonrası afektif bozukluklarda elektrokonvülsif tedavinin kullanımı. J EKT. 2007;23:188-93.-Pubmed

PS-46 Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar

PALİPERİDON VE ARİPİPRAZOL DEPO ENJEKSİYONUN UYGULAMA ŞEKLİNİN DEĞİŞMESİNDEN FAYDA GÖREN MORBİD OBEZ ŞİZOFRENİ OLGUSU

Kübra Savğa[1], Mehmet Cemal Kaya[1], Mehmet Güneş[1], Betül Uyar[1], Ayça Arslan[1], Mahmut Bulut[1]

[1]*Dicle Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı*

Amaç: Paliperidon ve Aripiprazol şizofreni tedavisinde uzun etkili enjeksiyon formuyla kullanılabilen atipik antipsikotiklerdir. Bu çalışmada Paliperidon ve Aripiprazol enjeksiyonun uygulama metodunun değişmesiyle tedaviden fayda gören morbid obez şizofreni olgusunu sunacağız.

Giriş: Paliperidon'un deltoid kas içine uygulanması için önerilen iğne boyutu vücut ağırlığı ile belirlenir. 90 kg ve üzeri hastalarda (38,1 mm x 0,72 mm), 90 kg'dan hafif hastalarda (25,4 mm x 0,64 mm) iğne önerilir.

Paliperidon'un gluteal kasa uygulanması için önerilen (38,1 mm x 0,72 mm) iğnedir.

Aripiprazol'un gluteal kas uygulaması için rutinde önerilen enjektör iğnesi 38 mm, obez hastalarda 51 mm'dir. Deltoid kas uygulaması için rutinde önerilen iğne 25 mm, obez hastalar için 38 mm'dir.

Olgu: 31 yaşında şizofreni tanılı ve alkol, madde kullanımı olmayan erkek hasta.Tıbbi öyküsünde morbid obezite, diabetes mellitus, hipertansiyon mevcuttu.Babasında ve abisinde şizofreni tanısı mevcuttu.

Yaklaşık 9 yıldır şizofreni tanısıyla takip edilmekteydi. Perseküsyon,jaluzik ve grandiyöz hezeyanları mevcuttu. Ruhsal durum muayenesinde; bilinç açık, koopere, oryante, yönelim tam, duygudurum iritabl, duygulanım uyumluydu.

Oral ilaç alımını reddeden ve ajitasyonu, psikotik belirtileri belirgin olan hastaya Paliperidon Palmitat başlanmıştı, kısmi fayda görmesi üzerine Aripiprazol enjeksiyon başlandı.Yatışından bir hafta önce Aripiprazol enjeksiyon 51 mm enjektörle gluteal bölgeden, paliperidon enjeksiyon 38,1mm enjektörle gluteal bölgeden uygulanmıştı.Fakat hastanın hezeyanlarında gerileme olmadı. Bir ay geçtikten sonra enjeksiyonlar tekrarlandı. Bu defa ikisi de 51 mm enjektörle deltoid kasa uygulandı.Ardından klinik durumunda hızla iyileşme gözlendi. Mevcut hezeyanları düzeldi.Oral tedavileri kontrollü olarak kesilerek enjeksiyon tedavisiyle idameye geçildi ve hasta remisyona girdi.

Tartışma: Aripirazol ve Paliperidon morbid obez hastlarda yağ dokusu dağılımından dolayı enjektör uzunluğuna bağlı yeterli kas içi dağılım sağlanamayabilir.Kılavuzlardaki kullanım şekli yeterli etkiyi sağlamamıza imkan tanımayabilir.Aripiprazol deponun kutusunda bulunan 51 mm enjektör iğnesi gluteal kullanım için önerilmiştir.Fakat morbid obez hastalarda deltoid kas içine kullanım için uygun olmaktadır. Paliperidon depo kutusunda ise bu ölçülerde enjeksiyon iğnesi bulunmamakta olup temin edilmesi gerekmektedir.Uzun etkili enjeksiyon tedavilerinde hastanın beden/kitle indeksi, yağ dokusu dağılımı,uygulama bölgesi ve metodu önemli olup hassasiyetle yaklaşılmalıdır.

Kaynaklar

1.Drugs and Lactation Database (LactMed®) [Internet]. Bethesda (MD): National Institute of Child Health and Human Development; 2006–. Aripiprazole. 2022 Dec 19. PMID: 30000075.

2.Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, Prof.Dr. Orhan Öztürk,Prof. Dr.N.Aylin Uluşahin,16.Basım,Ankara 2020

3.Edinoff AN, Doppalapudi PK, Orellana C, Ochoa C, Patti S, Ghaffar Y, Cornett EM, Kaye AJ, Viswanath O, Urits I, Kaye AM, Kaye AD. Paliperidone 3-Month Injection for Treatment of Schizophrenia: A Narrative Review. Front Psychiatry. 2021 Sep 21;12:699748. doi: 10.3389/fpsyt.2021.699748. PMID: 34621193; PMCID: PMC8490677.

Anahtar Kelimeler: Anahtar kelimeler; morbid obez, şizofreni, uzun etkili enjeksiyon

PS-47 Anksiyete Bozuklukları

ÇOCUKLUK DÖNEMİNDE BAŞLAYAN İHMAL EDİLEN BİR TANI 'SOSYAL ANKSİYETE BOZUKLUĞU': BİR OLGU SUNUMU

Muhammed Said Demirkan[1], Aslı Nagihan Kesgin[2], Çiçek Hocaoğlu[3]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Trabzon Tıp Fakültesi Trabzon Kanuni Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Trabzon
[2]Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Rize Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği, Rize
[3]Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Rize.

Amaç: Sosyal anksiyete bozukluğu (SAB) kişinin başkaları tarafından yargılanabileceği durumlarda belirgin korku ve kaygı duyması ve bu durumlardan kaçınmasıyla karakterizedir (1). Bu durum hastanın okul performansında düşüşe, sosyal olarak yetersizliğe, yaşam kalitesinde azalmaya, aile ve arkadaşlık ilişkilerinde bozulmaya yol açmaktadır. Toplumda kadınlarda daha fazla görüldüğü ve klinik şiddetinin daha yüksek olduğu fakat tedavi arayışının erkek hastalarda daha fazla olduğu bildirilmiştir (2). Ayrıca kişinin yaşamını bir çok yönden olumsuz etkilemesine rağmen çoğun zaman tanınmamakta ve tedavi edilmemektedir. Bu çalışmada psikotik belirtiler ile servisimize kabul edilen izlemi sırasında çocukluk döneminde başlayan ve SAB tanısı olduğu anlaşılan olgu mevcut literatür bulguları eşliğinde tartışılarak sunulması amaçlanmıştır.

Olgu: 17 yaşında, bekar, lise öğrencisi kadın hasta ailesi ile yaşıyor. Evden odasından çıkmak istememe, uykusuzluk, insanlardan uzaklaşma, anlamsız konuşma ve davranışların olması üzerine ailesi tarafından psikiyatri polikliniğine getirildi. Aynı gün tetkik ve tedavi amacıyla servisimize kabul edildi. Ailesi ile yapılan görüşmede çocukluktan bu yana içe kapanık olduğu, son 1 yıldır okula devam edemediği, okul başarısının düştüğü, okula gittiği günler kısa bir süre sonra ağlayarak eve döndüğü, evde annesi ile uyuduğu, ailesi dışında kimse ile görüşmediği, otobüse ve dolmuşlara tek başına binemediği belirtildi. Son günlerde uzun boylu, yüzü belli olmayan elinde bıçak tutan erkek siluetleri gördüğü, bu siluetlerin onu gözlediği gerekçesi ile banyosunu kıyafetleri ile yaptığı, gece uykusundan uyandıran 'öleceksin' diye sesler duyduğu öğrenildi. Fizik muayenesi, nörolojik muayenesi ile rutin kan ve idrar tahlillerinde patolojik bir bulgu elde edilmedi. Psikiyatrik muayenesinde, duygulanımı künt, işitsel, görsel varsanıları, perseküsyon ve referans sanrıları saptandı. Tedavisine olanzapin 2,5 mg/gün olarak başlandı ilaç dozu kademeli olarak 20 mg/gün arttırıldı. İki çocuklu ailenin ikinci çocuğu olarak, miadında, normal doğum ile doğduğu, motor ve mental gelişiminin normal olduğu öğrenilen hastanın özgeçmiş ve soy geçmişinde bir özellik saptanmadı. Servise yatışını takiben ilk iki hafta odasından çıkmayan, kıyafetleri ile banyo yapmayı tercih eden, diğer hasta ve servis çalışanları ile kısıtlı göz teması ve sözel iletişim kuran hastanın yüzünü kapatan kapşonlu bir giysi giydiği izlendi. Psikotik bulguları gerileyen hasta ile yapılan görüşmelerde çocukluk yıllarından bu na tanımadığı kalabalık ortamlarda rahatsızlık yaşadığı, okul yaşamı sırasında da alay edileceği ya da yanlışlık yapacağı endişesi ile bildiklerini söyleyemediği, yüzünün kızaracağı, sesinin titremesinden korktuğu, sadece aile bireyleri yanında kendisini rahat hissettiği öğrenildi. Bu yakınmaları nedeniyle herhangi bir tıbbi başvurusu olmadığı öğrenilen hastanın Liebowitz Sosyal Fobi Ölçeği toplam puanı 143 puan olarak değerlendirildi. Halen ayaktan tedavi biriminde psikotik bozukluk ve sosyal anksiyete bozukluğu tanıları ile tedavisi devam eden hastanın tedavisini düzenli kullandığı, yakınmalarının belirgin ölçüde azaldığı, okuluna tekrar başladığı, evde tek başına banyo yapabildiği öğrenildi. Olgu sunumu için hasta ve ailesinden onamı alınmıştır.

Tartışma : Psikotik bozukluk ve SAB eştanılı olguların yönetiminde, klinik sunum, özgeçmiş özelliklerinin göz önünde bulundurulması önerilir. Olgumuzda olduğu gibi psikiyatrik komorbidite SAB belirtilerini ağırlaştırabilmekte, SAB'nun kronikleşmesine yol açabilmektedir. Tüm fobilerde olduğu gibi sosyal fobinin etyolojisinde de çocukluk çağı travmaları önemli yer tutmaktadır (3). Çalışmamızda erken yaşta başladığı anlaşılan SAB belirtilerinin hastalık belirtisi olarak görülüp tıbbi tedavi arayışında bulunulmaması, bu belirtilerin kişilik özelliği gibi değerlendirilmesi dikkat çekicidir. Psikotik bozukluk tanısı olan hastaların özellikle gözden kaçabilecek eştanılı SAB bulguları yönünden araştırılması önerilir.

Anahtar Kelimeler: Psikotik bozukluk, sosyal anksiyete bozukluğu, eştanı

Kaynaklar

1.APA. Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders (DSM-V). Washington DC: American Psychiatric Association Pub;2013.

2.Asher, M., Asnaani, A. ve Aderka, IM (2017). Sosyal kaygı bozukluğunda cinsiyet farklılıkları: Bir gözden geçirme. Klinik Psikoloji İncelemesi, 56, 1–12.)

3.Dilbaz N. Sosyal fobi. Psikiyatri Dünyası. 1997;1(1):18-24

PS-48 Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar

DEMANS TANILI HASTALARDA İNTİHAR DAVRANIŞI: BİR OLGU SUNUMU

Merve Çetin Sayer, Çiçek Hocaoğlu

Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Rize

Giriş: Demans, bellek ve dil yetileri, soyut düşünme, gerçeği değerlendirme, yargılama gibi zihinsel işlevlerde görülen süreğen bir yetersizlik durumudur. Altmış yaş üstü nüfusta en önemli yeti yitimi nedenidir. Yeti yitimine açan diğer bir hastalık; depresyon, demans hastalarında oldukça yaygındır. Depresyona bağlı bilişsel bozukluk demans için risk faktörüdür ve yine aynı zamanda demansa bağlı gelişen bilişsel bozulma depresyona yol açabilir. Majör depresyonda intihar riskinin arttığına dair birçok çalışma varken; demansta intihar konusunda kanıtlar yetersizdir. Demanslı hastalarda intihar için risk faktörü olarak depresyon, düşük sosyal destek, tedaviye yanıtsızlık gibi faktörler ileri sürülmüştür. Demanslı hastalarla yapılan bir çalışmada örneklemdeki hastaların yaklaşık üçte birinde hafif ve pasif de olsa intihar düşüncelere sahip olduğu tespit edilmiştir. Bu açıdan; yaşlanan nüfusla beraber yaygınlığı artan demans ve demans hastalarındaki intihar davranışı önemli bir halk sağlığı sorunudur. Bu çalışmada intihar girişimi sonrası servisimizde takip edilen demans tanılı bir hasta alanyazını bulguları eşliğinde tartışılarak sunulması amaçlanmıştır.

Olgu: 73 yaşında, ev hanımı, okuma yazma bilmeyen, dul, 8 çocuklu, oğlu ile yaşayan kadın hasta. Yakınları tarafından sık sık evden kaçma, denize gidip kendini öldüreceğini söyleme, kendisine zarar vermesi ile ilgili emirler veren sesler duyma, bir adamın kendisine aşık olduğunu düşünüp zarar vereceğinden korkma, uykusuzluk yakınmaları nedeniyle acil servise getirildi. Bir yıl öncesi de deniz kıyısında atlamak üzere iken bulunan ve benzer yakınmaları nedeniyle servimizde yatarak tedavi gördüğü anlaşılan hastanın taburculuk sonrası düzenli kontrollerine gelmediği, tedavisini düzenli kullanmadığı öğrenildi. Hastanın yakınları hastanın gündüzleri evde genelde yalnız kaldığını, kapıyı açıp evden dışarı çıktığını, sokaklarda dolaştığını, evin yolunu bulamadığını, son yıllarda eski anılarını anımsamasına karşın yeni bilgiler öğrenemediğini, günlük işlerini tek başına yapamadığını, anlamsız konuşma ve davranışlarının olduğunu belirttiler. Öz ve soygeçmişinde bir özellik tanımlanmadı. Ruhsal durum muayenesinde bilinci açık, oryantasyonu tam ve koopere idi. Duygulanımı çökkündü. Algılamada işitsel varsanılar mevcuttu. Anlık bellek de dahil olmak üzere bellek yetisi ve bilişsel işlevlerde bozulma saptandı. Fizik muayenesi, rutin kan ve idrar tahlillerinde patolojik bir bulgu elde edilmedi. Nöropsikolojik değerlendirmede Kısa Akıl Muayenesi (KAM) puanı 17/30, Geriatrik Depresyon Ölçeği 18 puan olarak değerlendirildi. Rutin EEG normaldi. Beyin Manyetik rezonans görüntülemesi (*MRG*) demans bulgularını destekler nitelikteydi. Nöroloji konsültasyonu uygulandı. Demans ve depresif bozukluk tanıları ile venlafaksin 75mg/gün, olanzapin 2,5 mg/gün, donepezil 5 mg/gün tedavisi başlanan hastanın ilaç dozları kademeli bir şekilde arttırıldı. Servise kabul edilmesinden sonra sık sık hemşire ve doktor odasına gelen hasta kendisine ölmesi için emirler veren sesler duyduğunu, çok korktuğunu ifade ediyor, yalnız kalmak istemiyordu. Diğer hastalarla iletişim kurmadığı izlenen hastanın ilerleyen günlerde işitsel varsanılarının kaybolduğu, diğer hastalarla iletişimin arttığı, etkinliklere katıldığı izlendi. Hastanın ailesi hastanın durumu ve tedavisi hakkında bilgilendirilerek tedavisinin 28. gününde taburculuk işlemi gerçekleştirildi. Halen ayaktan tedavi biriminde izlemi devam eden hastanın tedavisini düzenli kullandığı, yakınmasının olmadığı öğrenildi. Olgu sunumu için hasta ve ailesinden onamı alınmıştır.

Tartışma: Olgumuzda olduğu gibi demans hastalarında intihar düşünceleri bulunabilmektedir. Bu nedenle hastalara güçlü bir sosyal destek sağlanmalı ve eşlik eden psikiyatrik bozukluklar açısından da klinik takip gerekmektedir. Demans hastalarının erken tanı ve tedavisi bilişsel bozulmayı ve intihar riskini azaltmak için oldukça önemlidir. Çalışmamızın demans tanılı hastalarda intihar düşüncesinin sorgulanması konusunda klinisyenlerin farkındalığını arttıracağı inancındayız.

Anahtar Kelimeler: Demans, intihar, depresyon

Kaynaklar

1.Kiosses DN, Rosenberg PB, McGovern A, Fonzetti P, Zaydens H, Alexopoulos GS. Depression and Suicidal Ideation During Two Psychosocial Treatments in Older Adults with Major Depression and Dementia. J Alzheimers Dis. 2015;48(2):453-62. doi: 10.3233/JAD-150200. PMID: 26402009; PMCID: PMC5822689.

2.Kiosses DN, Teri L, Velligan DI, Alexopoulos GS. A home-delivered intervention for depressed, cognitively impaired, disabled elders. Int J Geriatr Psychiatry. 2011 Mar;26(3):256-62. doi: 10.1002/gps.2521. PMID: 20665555; PMCID: PMC3039046.

3.Öztürk, M. O., & Uluşahin, A. (2020). Ruh Sağlığı ve Bozuklukları (16. b.). Ankara.

PS-49 Anksiyete Bozuklukları

KOMORBİD TINU SENDROMLU, ANKSİYETE VE DEHB BOZUKLUĞU OLAN BİR OLGUYA YAKLAŞIM

Melike Özmen[1], Ayşe Ece Tunç[1]

[1]Maltepe Üniversitesi Hastanesi

Amaç/Özet

Tubulointerstisyel nefrit ve üveit sendromu (TİNU) ilk kez 1975'te tanımlanmış, altta yatan mekanizmaları iyi anlaşılamamış olan, immün aracılı bir süreç olduğu düşünülen, okülorenal inflamatuar bir durumdur (Okafor LO, 2017). TİNU sendromu hipoparatiroidizm, tiroid hastalığı, immünoglobulin G4 ile ilişkili otoimmün hastalık ve romatiod artrit gibi otoimmün hastalıkları ile birlikte görülebilmektedir (Lee G, 2022). Ancak hastalığın şimdiye kadar herhangi bir psikiyatrik hastalık ile birlikteliği gözlenmemiştir. TİNU sendromunda hastalığın tedavisinde kullanılan ilaçlar da dahil olmak üzere pek çok ilaçla renal yan etkiler görülebilmektedir (Southgate, 2022). Burada TİNU tanılı, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) ve anksiyete bozukluğu komorbiditesi olan hastanın psikiyatrik değerlendirilmesi ve farmakolojik tedavisinde karşılaşılan komplikasyonlardan bahsedilecektir.

Olgu

28 yaşında kadın hasta, sağlık çalışanı, son 1 yıldır iş yerindeki insanlarla anlaşamaması nedeniyle 3 kez iş değişikliği yapmış, ailesiyle yaşıyor. Dikkat dağınıklığı, odaklanmakta zorluk, hareketlilik, iç sıkıntısı, uykuya dalmakta zorluk, dalgınlık ve sürekli eşya kaybetme, randevularını sürekli kaçırma şikayetleriyle tarafımıza başvurdu. 12 sene önce tekrarlayan ateş, üveit, proteinüri, bayılma hissi ile TINU sendromu tanısı almış. Ayrıca, tekrarlayan taşikardi atakları ile mitral valv prolapsusu (MVP) tanısı almış. Daha önce anksiyetesi nedeniyle psikiyatrik başvuruları olan hastaya sertralin, fluoksetin, essitalopram tedavileri başlanmış ancak tedavilerle birlikte proteinüri ve sonrasında anüri gibi renal komplikasyonlar ortaya çıkmış.

Ruhsal durum muayenesinde bilinç açık, oryante, koopere, öz bakım iyi, görüşmeye istekli, görüşmeciye saygılıydı. Konuşma hızı ve miktarı artmış, çağrışımları hızlıydı, amaca yöneliyordu. Duygulanımı endişeli, duygudurumu anksiyözdü. Düşünce içeriğinde yakın zamanda kanserden dolayı vefat eden arkadaşı vardı. Aktif psikotik bulgu yoktu. Aktif suisid veya homisid fikir/planı yoktu. İşlevselliği düşmüştü.

Premorbid: İlkokul döneminden beri çok hareketli olma, çok konuşma, insanların sözünü kesme, dikkat dağınıklığı, sürekli eşya kaybetme, sabırsızlık, uzun süreli arkadaşlık kuramama, seslere aşırı duyarlılık, ders başarısının düşük olması gibi problemleri olsa da o dönem psikiyatrik başvurusu olmamış. Hastanın kilo: 48. Hastanın uygulanan ASRS ilk bölüm: 34 puan, 2. bölüm: 28 puan idi

Hastaya Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu ve Anksiyete Bozukluğu komorbiditesi tanısı kondu. Daha önce antidepresanlarla renal komplikasyonlar ortaya çıkan hastaya bu nedenle yeniden antidepresan başlanmadı. Hastanın kardiyoloji muayenesinde metilfenidat kullanımına kontraendike bir durum saptanmaması üzerine metilfenidat 27 mg/gün tedavisi başlandı. Tedaviden fayda gören hastada metilfenidat 36 mg/gün'e yükseltildi. Hastada verilen tedaviler sonrasında proteinüri, anüri gibi renal komplikasyonlar gözlenmedi.

Tartışma

Bilindiği üzere Selektif Serotonin Reseptör İnhibitörleri (SSRI) bir çok yan etki yapabilmektedir. SSRI'ların böbrek fonksiyonları üzerine bilinen en sık yan etkisi Uygunsuz ADH Sendromu (SIADH) ve buna bağlı oluşan hiponatremidir. (Settle ve ark. 1998) Ancak olgumuzda sertralin, fluoksetin, essitalopram kullanımı olan hastamızın bu ilaçların kullanımı sonrasında proteinüri yaşadığı gözlemlenmiştir. Literatürde sertralin ve essitalopram kullanımları ile proteinüri gelişen olgular mevcuttur: Naaser ve ark.'ların yayınladığı bir vaka sunumunda renal transplantasyon geçirmiş ve Sertralin kullanmakta olan bir bireyin yıllar içerisinde yavaş şekilde gelişen renal fosfolipidozundan ve buna bağlı görülen proteinürisinden söz edilmektedir. Sertralin tedavisinin kesilmesinin ardından ise proteinürinin gerilediği gözlemlenmiştir. (Naseer, Muhammad Saad, et al ,2020) Kitamura ve ark.'larının yayınladığı bir başka olguda ise essitalopram kullanmakta olan bir hastada renal anormalliğinin gözlenmesi ve oftalmolojik tarama ve laboratuvar sonuçlarının yanı sıra klinik öyküsünden sonra oküler hastalığı düşündürecek bulguların olmaması nedeniyle ilaca bağlı Akut İnterstisyel Nefrit (AIN)'den şüphelenilmiş. Hastanın essitalopram oral uygulaması durdurulmuş ve kabulden bir hafta sonra, sonraki oftalmolojik incelemede hastanın fundus okulisinde herhangi bir belirgin anormallik olmaksızın anterior bilateral üveit olduğu bulunmasının ardından hastaya böbrek biyopsisi yapılmış ve sonucunda TINU tanısı konulmuştur. Hastanın essitalopram tedavisinin kesilmesi ve sendroma yönelik tedavi verilmesinin ardından ise hastalığın gerilediği gözlenmiştir. (.Kitamura, Yukiko, et al., 2022) Mevcut olgumuzda da hastanın dönem dönem kullandığı tedaviler sonrasında proteinüri meydana geldiği

ancak tedavilerinin kesilmesinin ardından ise bu durumun ortadan kalktığı gözlenmiştir. Olgumuzda metilfenidat tedavisi başlanan hastanın verilen tedaviyi iyi tolere ettiği, proteinüri-anüri gibi herhangi bir komplikasyon olmadığı gözlenmiştir.

Sonuç

TİNU sendromu tubulointerstisyel nefrit ve üveit ile giden, inflamatuar bir süreç kaynaklı olduğu düşünülen, nadir görülen bir durumdur. Literatürde komorbitinde TİNU sendromu bulunan depresyon tanılı bir vaka bulunsa da (Alkhalil, 2022), ADHD ve anksiyete bozukluğu tanılı bir vaka bulunmamaktadır. Bu olguda TİNU sendromlu bir bireyin psikiyatrik açıdan değerlendirirken oluşabilecek proteinüri durumuna karşı ilaç seçimi konusuna dikkat çekilmesi amaçlanmıştır. Proteinüri yan etkisi oluşturabileceği için TİNU'lu bireylerde SSRI'ların kullanımında çok dikkatli olunmalı ve metilfenidatla tedavi ettiğimiz olgumuzda da görüldüğü gibi belki de TİNU komorbidli DEHB olgularında eğer kontraendikasyon yoksa direkt metilfenidat tedavisi kullanılması faydalı olabilir. Bu olguda klinisyenlere bu konuda farkındalık yaratmak hedeflenmiştir.

Kaynaklar

1.Okafor LO, Hewins P, Murray PI, Denniston AK. Tubulointerstitial nephritis and uveitis (TINU) syndrome: a systematic review of its epidemiology, demographics and risk factors. Orphanet J Rare Dis. 2017 Jul 14;12(1):128. doi: 10.1186/s13023-017-0677-2. PMID: 28709457; PMCID: PMC5513333.

2.UpToDate, 2023

3.Southgate, G., Clarke, P. & Harmer, M.J. Renal outcomes in tubulointerstitial nephritis and uveitis (TINU) syndrome: a systematic review and meta-analysis. J Nephrol (2022). https://doi.org/10.1007/s40620-022-01478-8

4. Settle Jr, Edmund C. "Antidepressant drugs: disturbing and potentially dangerous adverse effects." Journal of Clinical Psychiatry 59.16 (1998): 25-30.

5.Alkhalil, Chadi, et al. "A case report of tubulo-interstitial nephritis with uveitis (TINU syndrome) and follow-up for one year." International urology and nephrology 34.4 (2002): 577.

6.Naseer, Muhammad Saad, et al. "Post-transplant de-novo renal phospholipidosis in a kidney transplant recipient: Fabry disease or something else?." Clinical nephrology. Case Studies 8 (2020): 46.

7.Kitamura, Yukiko, et al. "A case of tubulointerstitial nephritis and uveitis syndrome following drug-induced acute interstitial nephritis." Clinical Case Reports 10.6 (2022): e5969.

Anahtar kelimeler: Tubulointerstisyel-nefrit ve üveit (TINU), Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, Anksiyete bozukluğu

PS-50 Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar

CERRAHİ MENOPOZ SONRASI BAŞLAYAN GEÇ BAŞLANGIÇLI PSİKOTİK BOZUKLUK: BİR OLGU SUNUMU

Merve Çetin Sayer, Çiçek Hocaoğlu

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

Giriş: Menopoz, kadınların ovaryum fonksiyonlarındaki gerilemeye bağlı üreme yeteneğinin kaybolduğu bir yaşam dönemi olarak tanımlanmıştı. Menopoz doğal olarak gerçekleşebileceği gibi cerrahi operasyon (ooferektomi) ile de olabilir. Ooferektomi ve histerektomi en sık gerçekleştirilen jinekolojik operasyonlardır. Menopoz sonrası hormonal değişikliğe bağlı olarak birçok psikiyatrik hastalığın insidansında artış görülebilmektedir. Bunun yanı sıra cerrahi menopozda da ani olarak östrojen ve progesteron seviyelerindeki ciddi düşüş birçok psikiyatrik belirtiye yol açabilir. Cerrahi menopoz sonrası depresyon ve anksiyete tanılarında anlamlı artış saptanırken; şizofreni, psikotik bozukluk ilgili kanıtlar yetersizdir. Bu çalışmada cerrahi menopoz sonrası gelişen psikotik bozukluk tanılı hasta mevcut alanyazını bulguları ışığında tartışılarak konu ile katkı sunulması amaçlanmıştır.

Olgu: 57 yaşında, 3 çocuk annesi kadın hasta yakınları tarafından isteksizlik, unutkanlık, iş yapamama, içe kapanma, ölüm korkusu, eşinin kendisine zarar vereceğini düşünme, evde eşiyle odaları ayırma beraber yemek yememe gibi davranışlarının olması nedeniyle psikiyatri polikliniğine getirildi. Hastanın ilk yakınmaları 2016 yılında geçirdiği histerektomi operasyonu sonrası sürekli acil servise acile gitme ve feniramin hidrojen maleat enjeksiyonu yaptırma konusunda ısrar etme, rahmini ve yumurtalarını geri isteme, herkesin kendisi ile uğraştığını düşünme, insanlardan uzaklaşma şeklinde başlamış. 2016-2022 yılları arasında farklı kurumlara tıbbi başvurularının olduğu ve yatarak tedavi gördüğü öğrenilen hasta çok sayıda psikotrop ilaç tedavisini düzenli kullanmamış. Son 10 yıldır diyabetes mellitus ve hiperlipidemi tanıları ile takipli hastanın soygeçmişinde dedesinde ve kardeşinde benzer özellikli psikiyatrik hastalık öyküsü tanımlandı. Ruhsal durum muayenesinde özbakımı kısmen azalan yaşında görünümlü kadın hasta göz teması kuruyordu. Görüşme sırasında yerinden kalkıp mırıldanır tarzda kendi kendine konuşması oldu.Duygudurumu disforik, duygulanımı yüzeyeldi. Dikkatini sürdürmede yetersizlik olduğu saptanan hastanın anlık ve yakın belleği azalmıştı. Soyut düşünce yetisi korunmuş, gerçeği değerlendirme ve yargılama yetisi ise bozulmuş olarak değerlendirilen hastanın çağrışımları dağınık, düşünce içeriğinde referans ve perseküsyon sanrıları vardı. Hastalığa ilişkin içgörüsü mevcut değildi. Fizik muayenesi, rutin kan ve idrar tahlillerinde patolojik bir bulgu elde edilmedi. EEG ve beyin MR'ı çekildi, olağan olarak raporlandı. Nöropsikolojik değerlendirmede Kısa Akıl Muayenesi (KAM) puanı 21/30, *Hamilton Depresyon* Derecelendirme *Ölçeği* 18 puan, Pozitif Belirtiler Değerlendirme Ölçeği: 21 puan, Negatif Belirtiler Değerlendirme Ölçeği: 48 puan olarak değerlendirildi. Elektroansefalografi (EEG) ve Beyin Manyetik rezonans görüntülemesi (*MRG)* normal olarak raporlandı. Geç başlangıçlı psikotik bozukluk ve depresif bozukluk tanıları ile sertralin 25mg/gün, risperidon 1 mg/gün tedavisi başlanan hastanın ilaç dozları kademeli bir şekilde arttırıldı. Servise kabul edilmesini takiben ilk haftalar odasında çıkmayan, diğer hasta ve servis çalışanları ile iletişim kurmadığı, servis içi etkinliklere katılmadığı izlenen hastanın can darlığı olduğu gerekçesi ile kendisine enjeksiyon yapılması talepleri oluyordu. Eşinin kendisine '*bir oyun oynayıp buraya getirdiğini*' beyan eden hasta eşinin telefonlarına yanıt vermiyordu. İlerleyen günlerde diğer hastalarla iletişiminin arttığı, etkinliklere katıldığı, eşi ile telefonda görüşmeyen hastanın eşine yönelik kuşkularının azaldığı ve eşi ile görüşmeye başladığı gözlendi. Hastanın ailesi hastanın durumu ve tedavisi hakkında bilgilendirilerek tedavisinin 32.gününde taburculuk işlemi gerçekleştirildi. Halen ayaktan tedavi biriminde izlemi devam eden hastanın tedavisini düzenli kullandığı, yakınmasının olmadığı öğrenildi. Olgu sunumu için hasta ve ailesinden onamı alınmıştır.

Tartışma: Cerrahi menopoz operasyonu sonrası ani östrojen düşüşü ile birlikte östrojenin dopaminerjik aktivasyondaki modülasyonun ortadan kalkması, psikotik bozuklukların gelişmesine yol açabilir. Olgumuz ile benzer şekilde histerektomi sonrası akut psikotik bozukluk geliştiğini bildiren çalışmalar mevcuttur. Olgumuzu ilginç kılan hastanın psikotik süreçlerinin operasyon sonrası akut dönemle sınırlı kalmayıp kronik bir seyir almasıdır. Ayrıca, cerrahi menopoz operasyon sonrasında kullanılan narkotik analjezikler post menopozal dönemde madde kullanım bozukluğuna yol açabileceği ileri sürülmüştür. Nitekim olgumuzda da cerrahi menopoz operasyonu sonrasında feniramin hidrojen maleat (avil) bağımlılığı gelişmiş olması da dikkat çekicidir.

Anahtar Kelimeler: Cerrahi menopoz, geç başlangıçlı psikotik bozukluk, tedavi

Kaynaklar

1.Gath, D., Rose, N., Bond, A., Day, A., Garrod, A., & Hodges, S. (1995). Hysterectomy and psychiatric disorder: Are the levels of psychiatric morbidity falling? Psychological Medicine, 25(2), 277-283. doi:10.1017/S0033291700036175

2.Wieck A, Kumar R, Hirst AD, Marks MN, Campbell IC, Checkley SA. Increased sensitivity of dopamine receptors and recurrence of affective psychosis after childbirth. BMJ. 1991 Sep 14;303(6803):613-6. doi: 10.1136/bmj.303.6803.613. PMID: 1805821; PMCID: PMC1671107.

3.Edwards H, Duchesne A, Au AS, Einstein G. The many menopauses: searching the cognitive research literature for menopause types. Menopause. 2019 Jan;26(1):45-65. doi: 10.1097/GME.0000000000001171. PMID: 29994973; PMCID: PMC6314513.

A

Ağakişiyeva, Türkan 131
Akan, Mustafa 209
Akay, Osman 276, 279
Akçay, Elif 189
Akdağ, Berhan 232
Akdağ, Funda Erdi 164
Ak, Osman 113
Aksoy, Şennur Günay 128
Aksoy, Umut Mert 132
Aksu, Muhammed Hakan 98, 279
Aktaş, Sakine 118
Aktürk, Beyza Erdoğan 223
Alıcı, Yasemin Hoşgören 135, 201
Alptekin, Furkan Bahadır 91
Altıntaş, Merih 146, 172
Altun, İlkay Keleş 87
Apa, Ferda 77, 172
Arı, Selma Akkaya 271
Arslan, Ayça 228, 285, 286
Avcı, İlknur Kiraz 88
Avşar, Pınar Aydoğan 168, 270, 283
Aydin, Aybüke 37
Aydın, Efruz Pirdoğan 269, 271
Aydin, Pinar Cetinay 156
Aydoğan, Semra 204
Aygül, Bedriye İlkay 45
Ayhan, Işıl 191
Ayık, Batuhan 44
Ayidağa, Turan 129
Aytac, Eren 160
Aytac, Hasan Mervan 156, 160

B

Bahçeci, Bülent 198
Bakay, Hasan 82
Bakırcı, Büşra 215
Balıkçı, Berna 285
Bal, Neşe Burcu 104
Batur, Muhammed 177
Bayman, Melike Geyik 204
Bebek, Özge İrem 115
Beğenen, Azra Gökovalı 271
Bektaş, Aslıhan Bilge 281
Beşirli, Aslı 155
Beyazyüz, Elmas 200
Bulut, Mahmut 228, 285, 286
Buyze J 254
Büyükavşar, Ahsen 29

C

Cebeci, Berkay Arda 171
Cerit, Cem 264
Cinek, Begüm Yıldırım 46
Civelek, Hasan Berat 260
Coşar, Behcet 272, 275
Coşar, Behçet 258
Coşkun, Fatma 186

Ç

Çallı, Sümeyye Yasemin 126
Çankaya, Pınar Kızılay 278
Çankaya, Pınar Kızılay 117
Çavuşoğlu, Emine Cengiz 68
Çelikel, Güler 227, 239
Çelik, Fatma Gül Helvacı 75
Çetinbay, İrem 89
Çetinel, Erkil 189
Çiçek, Betül Gürsoy 48
Çiftçi, Ebru 61
Çiftçi, Elvan 67

D

Darçın, Aslı Enez 35
Davut, Özge Eriş 114
Demir, Bahadır 236
Demir, Bahar 228
Demirkan, Muhammed Said 287
Demiryürek, Esra 191
Dolapoğlu, Nazan 103, 241
Döndü, Ayşe 39, 40, 41, 42
Dönmez, Melike 95
Duman, Yasin 136, 258

E

Efe, Canan Bayram 51
Eker, Tuna 207
Eraslan, Nehir Mutlusoy 222
Erbil, Damla 272
Erdoğan, Ali 232
Erdoğan, Ali 30
Eroğlu, Mehtap 94
Erşan, E. Erdal 58

F

Ferahkaya, Eda 204
Ferahkaya, Hurşit 186
Fidan, Selim 121
Fidan, Yağmur Sever 133, 140
Firidin, Sümeyye Tuğçe 264

G

Gençer, Ali Görkem 32
Gençer, Ali Görkem 31
Gezginç, Kazım 204
Gıca, Şakir 127
Gıynaş, Fikret Ferzan 221
Godinov Y 254
Göçüm, Erkan 252
Gökçeimam, Pınar Şen 193
Gökçenoğlu, Yasemin 134
Güleç, Hüseyin 199
Gündoğmuş, Ayşe Gökçen 164
Gündoğmuş, Ayşe Gökçen 43
Güneş, Mehmet 228, 285, 286
Gürbüzer, Nilifer 105, 174

H

Herdi, Oğuzhan 219
Hocaoğlu, Çiçek 54, 261, 266, 267, 268, 284, 287, 288, 291

İ

İnanç, Leman 90
İnan, Ezgi Çankaya 228
İnanlı, İkbal 86
İnce, Zeynep 252
İzci, Servet 140

K

Kağızman, Salim Çağatay 119
Kahraman, Burcu Bakar 183, 263
Kalelioğlu, Tevfik 227, 239
Kaloğlu, Hatice Ayça 189, 216
Kaloğlu, Hatice Ayça 83
Kandeğer, Ali 33
Karabulut, Sercan 122
Karadere, Mehmet Emrah 222
Karadere, M. Emrah 91
Karamustafalıoğlu, K. Oğuz 106, 107
Karamustafalıoğlu, Nesrin 227, 239
Karamustafalıoğlu, Oğuz 252
Karataş, Hülya 215
Kara, Tayfun 168, 270, 283
Karslıoğlu, Ersin Hatice 72
Kartal, Fatma 76
Kaya, Ayşe Erdoğan 223
Kaya, Cemal 285
Kaya, Ender 69
Kaya, Hatice 84
Kaya, Hilal 85
Kaya, Mehmet Cemal 228, 286
Kenar, Ayşe Nur İnci 262
Kesgin, Aslı Nagihan 284, 287
Keskinler, Feride 78
Kılıçaslan, Fethiye 215
Kılıç, Celalettin 269
Kılıç, Muhsin Koray 193
Kırkan, Tülay Satı 130, 241
Kızıldağ, Fatma 215
Kızılsert, Arda 221
Kiraz, Seda 120
Kocaman, Orhan 168, 270, 283
Koçak, Merve Bilgin 97
Koç, Aslı Enzel 261
Koçer, Mehmet 93
Koparal, Buket 275
Koparal, Buket 49
Kurt, Aydın 38
Kurt, Mustafa 100
Küçük, Başak 259
Küçük, Elif 65
Küçükkarapınar, Melike 276

M

Maden, Özgür 243
Menkü, Burak Erman 50
Mulhern Haughey S 254

N

Nazlı, Şerif Bora 216
Noyan, C. Onur 109, 110

O

Oktay, Meltem 274
Oyaci, Yasemin 156, 160

Ö

Özdel, Kadir 189
Özdemir, Furkan 200
Özdemir, Pınar Güzel 116, 177
Özdemir, Yusuf Özay 146
Özen, Beliz 47
Özer, Bahtiyar Umut 222
Özer, Ömer Akil 269
Özgündüz, Ceren Meriç 53
Özmen, Melike 289
Özsoy, Filiz 236
Özturan, Deniz Deniz 55, 197

P

Pehlivan, Mustafa 160
Pehlivan, Sacide 156, 160
Polat, Irmak 199
Polat, Mevlüde 215
Puşuroğlu, Meltem 96, 142

R

Reif A 254

S

Saral, Ertuğrul 222
Savğa, Kübra 286
Sayer, Merve Çetin 288, 291
Sayer, Ömer Naim 266, 267, 268
Sevinçok, Doğa 56, 57
Sevindik, Muhammet 99
Sönmez, Doğancan 198

Ş

Şahin, Esra Kabadayı 73
Şahin, Meltem Derya 207
Şen, Aybike Telkök 36
Şen, Cansu Çakır 171
Şentürk, Erman 70, 71

T

Tamdemir, S. Efsun 63, 64
Tan, Rumeysa Bilmez 177
Taşcı, Gülay 236
Taşdemir, Ali 34
Taştekin, Nihal 108
Taş, Zeynep Şahin 177
Tekin, Atilla 252
Tekin, Ayşegül Yetkin 252
Tekin, Selin Balki 262
Tomruk, Nesrin Buket 171
Tozoğlu, Elif Özcan 66
Tunç, Ayşe Ece 289
Tunç, Ece Büyüksandalyacı 62
Tunç, Serhat 123, 124
Tunçtürk, Mustafa 101, 102
Turan, Çetin 179
Tükel, Raşit 199
Türkçapar, M. Hakan 92

U

Uçar, Gamze 79
Uğur, Kerim 209
Uğuz, Faruk 204
Ulutaş, Şüheda Nur 260
Uyar, Betül 228, 285, 286

Ü

Üstün, Gamze 80

V

von Holt C 254

Y

Yağlı, Nafiye 280
Yalçın, Suat 227, 239
Yaprak, Fatma 276, 279
Yaşöz, Cemre 52
Yelli, Ihsan 275
Yığman, Fatih 74
Yıldırım, Derya Gürcan 174
Yılmaz, Buket 259
Yılmaz, Onur 111, 112
Yılmaz, Yavuz 137, 138, 212
Yıldırım, Yusuf Ezel 156
Yontar, Gözde 81, 197
Young Ah 254
Yöntem, Doğa 272

Z

Zengil, Sertaç 277
Zincir, Serkan 125
Zorbozan, E. Yağmur 59, 60, 146


PSİKİYATRİ BİLİMLERİ VE ARAŞTIRMALARI DERNEĞİ
2007