

ISBN: 978-605-06264-7-6



SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
HAMİDİYE
TIP FAKÜLTESİ
ÖĞRENCİ
DERS NOTLARI

RUH SAĞLIĞI VE
HASTALIKLARI



2021





SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ HAMİDİYE TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİ DERS NOTLARI

ISBN: 978-605-06264-7-6

İstanbul, 2021

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Tıp Fakültesi Adına Sahibi

Dekan

Prof. Dr. Erdoğan Çetinkaya

Dekan Yardımcıları

Prof. Dr. Ebru Kale

Doç. Dr. Güven Bektemür

Editör

Prof. Dr. Erdoğan Çetinkaya

Editör Yardımcıları

Prof. Dr. Sevda Cömert

Prof. Dr. Mehmet Atilla Uysal

Prof. Dr. Halide Nur Ürer

Bölüm Editörü

Doç. Dr. Ömer Akil Özer

Doç. Dr. Filiz İzci

Yayıncı

Galenos Yayınevi

Adres: Molla Gürani Mah. Kaçamak Sk. No: 21/1 34093 İstanbul, Türkiye

Telefon: +90 (212) 621 99 25 **Faks:** +90 (212) 621 99 27

E-posta: info@galenos.com.tr/yayin@galenos.com.tr

Web: www.galenos.com.tr **Yayıncı Sertifika No:** 14521





ÖNSÖZ

Değerli Meslektaşlarım, Sevgili Öğrenciler;

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Tıp Fakültesi yeni kurulmuş olmasına rağmen dinamik yönetimi, geniş akademik kadrosu ve yenilikçi eğitim prensipleri ile kısa sürede ülkemizin en çok tercih edilen tıp fakültelerinden biri olmuştur. Bu yenilikçi anlayış ile tıp fakültemiz öğrencilerinin eğitimine katkısı olması amacıyla öğrencilerimizin 6 yıllık eğitimleri boyunca almaları gereken temel eğitim bilgilerini içeren “Öğrenci Ders Notları” nı hazırladık. Öğrenci Ders Notları içerisindeki bilgiler Ulusal Çekirdek Eğitim Programı 2020’de yer alan semptom ve çekirdek hastalıkları kapsayacak şekilde hazırlandı. Günümüzde teknolojinin geldiği noktayı da göz önüne alarak “Öğrenci Ders Notlarını” öğrencilerimizin çalışırken istedikleri zaman kolayca ulaşabilecekleri şekilde fakültemizin web sitesi üzerinden erişime sunduk.

Tıp fakültelerinin en önemli görevi eğitimidir. Bu görevi yerine getirirken, Hamidiye Tıp Fakültesi Öğrenci Ders Notları’nın hazırlanmasında desteğini esirgemeyen sayın rektörümüze teşekkürlerimi sunuyorum. Öğrenci Ders Notları’nın hayata geçirilmesinde anabilim dalı başkanlarımız ve öğretim üyelerimiz ile birlikte önemli bir uğraş verdik. Bu uğraş sırasında katkı ve desteklerini esirgemeyen, Hamidiye Tıp Fakültesi Cerrahi ve Dahili Tıp Bilimleri’nde yer alan tüm anabilim dalı başkanlarımıza, semptom ve çekirdek hastalıkların yazılmasında katkıları olan öğretim üyelerine emekleri için çok teşekkür ederim.

Büyük bir emek ve özveri ile hazırlanan ders notlarımızda ne kadar özen gösterilmiş olsa da hata ve eksikler olabilir. Bu nedenle dinamik bir şekilde ders notlarının güncellenmesi ve genişletilmesi de planlanmıştır.

Hamidiye Tıp Fakültesi Öğrenci Ders Notları’nın sevgili öğrencilerimiz ve değerli meslektaşlarımıza tıp fakültesi müfredatının tamamını içeren bir kaynak olarak yararlı olmasını temenni ederim.

Saygılarımla,

Prof. Dr. Erdoğan ÇETİNKAYA



ÖNSÖZ



Sevgili Öğrenci Arkadaşlarım ve Meslektaşlarım;

Ruh sağlığı ve hastalıkları, tıbbın bir dalıdır. Çağdaş psikiyatri; biyopsikososyal yaklaşımı esas alan bilimsel temelli bir anlayışı benimser. İnsanın duygu, düşünce, davranışı ve psikopatolojisi tıbbın ve bilimin sınırlarını zorlar. Bilim sınırları içerisinde kalabilmek ölçme ve tanımlamayı gerektirir (tanıyamadığımızı tanımlarız ya da tanımlamadan tanıyamayız).

Bu anlayışla, öğrencilere yönelik ve çekirdek eğitim müfredatı çerçevesinde psikiyatri ders notlarını hazırladık. Bilginin gelişimi, değişimi ve ulaşılabilirliğinin artması (en fazla da nöropsikiyatri alanında olduğunu düşünüyorum) çok kaynaklı okumaların gerekliliğini ortaya koymaktadır, bu sebeple hiç şüphesiz bu ders notları da güncellenmeyi gerektirecektir. Asgari temeli oluşturması ve ulaşılabilirliği açısından çok önemli olan bu notların hazırlanmasında emeği geçen; başta editör yardımcılığı görevini üstlenen Doç. Dr. Filiz İzci olmak üzere tüm öğretim üyesi arkadaşlarıma teşekkür eder, notların faydalı olmasını temenni ederim.

Sevgi ve Saygılarımla,

Prof. Dr. Ömer Akil ÖZER



ANKSİYETE	1
Prof. Dr. Medine Yazıcı Güleç, Doç. Dr. Özhan Yalçın	
DUYGUDURUM DEĞİŞİKLİKLERİ	7
Prof. Dr. Nesrin Karamustafalıoğlu, Doç. Dr. Filiz İzci	
OBSESYON	10
Doç. Dr. Filiz İzci, Doç. Dr. Münevver Yıldırım	
AJİTASYON	13
Doç. Dr. Filiz İzci, Uzm. Dr. Didem Beşikçi	
ALKOL VE MADDE KULLANIM BOZUKLUKLARI	16
Doç. Dr. Rabia Bilici, Dr. Öğr. Üyesi. Başak Ünübol, Dr. Öğr. Üyesi. Fatma Kantaş Yılmaz	
BİPOLAR BOZUKLUKLAR	20
Prof. Dr. Sibel Örsel	
CİNSELLİK VE CİNSEL İŞLEV BOZUKLUKLARI	24
Doç. Dr. Sinay Önen	
CİNSİYET KİMLİĞİ, CİNSEL YÖNELİM FARKLILIKLARI VE TEMEL KAVRAMLAR	27
Prof. Dr. Engin Emrem Beştepe, Uzm. Dr. Alper Baş	
DEPRESİF BOZUKLUK	29
Dr. Öğretim Üyesi Süleyman Dönmezgil	
DİSOSİYATİF BOZUKLUKLAR	32
Doç. Dr. Filiz İzci, Uzm. Dr. Didem Beşikçi	
ENGELLİLİK VE MALULİYET DURUMU	36
Doç. Dr. Mustafa Solmaz	
FOBİK BOZUKLUKLAR	39
Doç. Dr. İbrahim Taymur	
GERÇEĞİ DEĞERLENDİRME SORUNLARI	43
Doç. Dr. Mustafa Solmaz	
HİPOKONDRIAZİS	45
Prof. Dr. Ejder Akgün Yıldırım	
İNCİNEBİLİR GRUPLARDA İHMAL VE İSTİSMAR	49
Doç. Dr. Münevver Yıldırım	
İNTİHAR (ÖZKIYIM)	52
Doç. Dr. Meliha Zenginoğlu	
KİŞİLİK BOZUKLUKLARI	54
Prof. Dr. Servet Ebrinç	

KONVERSİYON BOZUKLUĞU	58
Doç. Dr. İhsan Tuncer Okay	
OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK	61
Doç. Dr. Yarkın Özenli	
PANİK ATAĞI	65
Prof. Dr. Pınar Çetinay Aydın	
PANİK BOZUKLUK	67
Prof. Dr. Medine Güleç	
ŞİZOFRENİ VE DİĞER PSİKOTİK BOZUKLUKLAR	71
Prof. Dr. Nesrin Karamustafalıoğlu	
SOMATİK BELİRTİ VE İLİŞKİLİ BOZUKLUKLAR	74
Uzm. Dr. Hasan Kaya, Prof. Dr. Erol Göka	
ŞİDDET	78
Doç. Dr. Filiz İzci, Uzm. Dr. Halim Ömer Kaşıkçı	
TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU	82
Doç. Dr. Y. Özay Özdemir	
UYKU İLE İLGİLİ SORUNLAR	85
Prof. Dr. Ömer Akil Özer	
YAYGIN ANKSİYETE BOZUKLUĞU	89
Prof. Dr. Ömer Şenormancı	
YEME DAVRANIŞI BOZUKLUKLARI	92
Prof. Dr. Ramazan Konkan	

ANKSİYETE

Prof. Dr. Medine Yazıcı Güleç¹, Doç. Dr. Özhan Yalçın²

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, İstanbul, Türkiye

²Antalya Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Uzmanı, Serbest Hekim, Antalya, Türkiye

1. TANIM VE ÖZELLİKLER

1.1. Semptomu Tanımlar/Özelliklerini Açıklar

Anksiyete; kaygı, bunaltı anlamına gelir. Normalde bireye yönelik olası bir tehlike durumunda organizmanın gereğini yapmak üzere harekete geçmesini sağlayan biyolojik bir uyarıcıdır. Otonom sinir sisteminin aşırı uyarılmasına eşlik eden huzursuzluk, endişeyi kontrol edememe, sinirlilik, kötü bir şey olacağına dair beklentileri içeren düşünceler vardır. Bu kaygılı düşünceler çok farklı konularla ilgili olabilir. Anksiyete herhangi bir duruma sağlıklı bir tepki olabildiği gibi bir ruhsal hastalık belirtisi olarak da ortaya çıkabilir. Anksiyete çocuklarda, ergenlerde ve yetişkinlerde normal duygulardan birisi olsa da aşırı olduğu, işlevselliği bozduğu ve belirgin strese yol açtığı durumlarda patolojik bir psikiyatrik bulgu olarak ele alınır. Çocuklarda genel bir huzursuzluk hissi, iç sıkıntısı, kötü birşey olacak korkusu gibi bulgulara ek olarak özellikle küçük çocuklarda irritabilite, öfke atakları, donup kalma, yerinde duramama gibi belirtiler de görülebilir. Gene hem çocuk hem de ergenlerde yetişkinlerde olduğu gibi anksiyeteye somatik yakınmalar sıklıkla eşlik edebilir.

1.2. Semptomun Fizyopatolojik Mekanizmasını Açıklar

Anksiyete ve korku ile ilişkili temel beyin bölgesi amigdaladır. Duyusal bilgi amigdalaya geldiğinde amigdala, motor alanlara ve beyin sapı çekirdeklerine olan projeksiyonları aracılığı ile davranışsal ve otonomik sinir sistemi yanıtlarını başlatmak üzere harekete geçirir. Amigdala etkinliği, prefrontal korteks tarafından düzenlenir. Anksiyete ile ilişkili diğer bir beyin bölgesi insuladır ve diğer bölgelerden gelen girdileri işleyerek sosyal ve davranışsal yanıtların oluşmasında görev alır.

Bir tehdit durumunda ilgili beyin bölgelerinin uyarılmasıyla otonomik ve davranışsal yanıtlar ortaya çıkmaktadır. Bu otonomik yanıtlar çarpıntı, nefes darlığı, titreme, terleme, baş dönmesi gibi belirtilerin değişen oranlarda görülmesi ile sonuçlanır. Kaygı veren durumlarla baş etmek için zaman içinde klasik ve edimsel koşullanmalarla kaçınma ve tedbir alma davranışları ortaya çıkar.

1.3. Semptomun Tanınmasında Sık Yapılan Hataları Açıklar

Anksiyete belirtilerinin görülmesi birçok tıbbi hastalıkla ilişkili olabileceğinden sık yapılan hatalardan biri altta yatan organik nedenlerin atlanmasıdır. Tüm hastalar olası bir organik etiyoloji açısından değerlendirilmelidir.

Anksiyete normalden patolojik olana doğru birçok durumda ortaya çıkmaktadır. Belirgin bir stres varlığında kaygı duyulması bir tehlike alarmı olarak kişinin gelecekteki zorluklara hazırlanmasını sağlayan normal bir durum olabilirken bazen orantısız biçimde aşırı kaygı da olabilir. Genellikle patolojik olan kaygı durumla orantısızdır, işlevsel olmayan aşırı değerlendirilmiş düşüncelerle ilişkilidir, çözüm üretmeye ve kişiyi gelecekteki zorluklara hazırlamaya değil yaşam kalitesini ve kişinin işlevselliğini bozmaya neden olur. Normal kaygı yanıtlarını patolojik yanıtlarla karıştırmak en sık yapılan hatalardan biridir.

Çocuklarda hayatın belli dönemlerinde artan ve sonradan azalan ama belirgin işlev kaybına yol açmayan ayrılma kaygısı, yabancı kaygısı gibi “gelişimsel kaygı ve gelişimsel anksiyete bulguları” patolojik olarak ele alınmamalıdır. Küçük çocuklarda anksiyete, öfke nöbetleri, yerinde duramama, irritabilite olarak ortaya çıkabilir. Otizm ve mental retardasyonu olan çocuk ve ergenlerde anksiyeteyi tanımak veya anksiyete bozukluğu tanısı koymak daha zordur. Bu olgularda anksiyete kendine zarar verme ilişkili streotipik davranışlar ve öfke atakları-saldırganlık ile gidebilir.

2. AYIRICI TANI

2.1. Ayırıcı Tanıdaki Hastalıkları Sayar

Her türlü stresör, ruhsal ve fiziksel rahatsızlığın anksiyeteye yol açabileceği unutulmamalıdır.

- İşlevselliği bozmayan normal kaygı yanıtları
- Anksiyeteye neden olabilecek organik sebepler
- Temel belirtisi anksiyete olan “anksiyete bozuklukları” tanı kümesi
- Ayrılma anksiyetesi bozukluğu
- Seçici konuşmazlık (mutizm)

- Özgöl fobi
- Sosyal fobi
- Panik bozukluğu
- Agorafobi
- Yaygın anksiyete bozukluğu
- Bir maddenin ya da ilacın yol açtığı anksiyete bozukluğu
- Başka bir sağlık durumuna bağlı anksiyete bozukluğu
- Diğer ruhsal bozukluklar.

Ayırıcı Tanıdaki Hastalıkların Tanımlanmaları Bozmayan

1. İşlevselliği Normal Kaygı Yanıtları: Normal fizyopatolojik mekanizmalarla oluşan ve daha sık psikiyatrik bozukluğu olmayan insanlarda görülen, işlevselliği bozmayan kaygı bulguları gösteren normal hayatın seyrinde görülebilen bulgulardır.

2. Anksiyeteye Neden Olabilecek Organik Sebepler: Nörobiyolojik, sistemik patolojik mekanizmalarla oluşan daha sık nörolojik, nöropsikiyatrik ve sistemik hastalıklarda görülen anksiyete dışında yer-zaman-kişi oryantasyonunda bozulma, nörolojik ve diğer sistemik tıbbi bulgular da gösteren durumlardır.

3. Temel Belirtisi Anksiyete Olan “Anksiyete Bozuklukları” Tanı Kümesi

a) Ayrılma anksiyetesi bozukluğu: Genetik, nörobiyolojik, psikodinamik, mizaçsal, bilişsel, aile içi sorunlarla oluşabilen kesin nedeni bilinmeyen, daha sık çocuk ve ergenlerde görülen insanlardan özellikle bakımverenlerden ayrılma durumu veya tehdidi durumunda panik hissi, anksiyete, öfke atakları, uyku sorunları gösteren bir bozukluktur.

b) Seçici konuşmazlık (mutizm): Genetik, nörobiyolojik, psikodinamik, mizaçsal, bilişsel, aile içi sorunlarla oluşabilen kesin nedeni bilinmeyen, daha sık çocuk ve ergenlerde görülen özellikle kendinden büyük insanların yanında konuşmama, bu konuda inat etme, öfke atağı gösterme ve sosyal çekingenlik görülen bir bozukluktur.

c) Özgöl fobi: Genetik, nörobiyolojik, psikodinamik, mizaçsal, bilişsel, aile içi sorunlarla oluşabilen kesin nedeni bilinmeyen daha sık çocuklukta başlayan ve yaşam boyu sürebilen korkulan nesne ile karşılaşıldığında panik hissi, otonom uyarılma, kaçınma davranışı çocuklarda bazen donup kalma ve öfke bulguları gözlenen bir bozukluktur.

d) Sosyal fobi: Genetik, nörobiyolojik, psikodinamik, mizaçsal, bilişsel, aile içi sorunlarla oluşabilen kesin nedeni bilinmeyen daha sık çocuklukta başlayan ve yaşam boyu sürebilen toplum içinde ve sosyal veya başka yollardan diğer insanlar tarafından değerlendirileceği zaman panik hissi, otonom uyarılma, kaçınma davranışı, yüzde kızarma, çekingenlik, sosyal geri çekilme, çocuklarda bazen donup kalma ve öfke bulguları gözlenen bir bozukluktur.

e) Panik bozukluğu: Genetik, nörobiyolojik, psikodinamik,

mizaçsal, bilişsel, aile içi sorunlarla oluşabilen kesin nedeni bilinmeyen daha sık ergenlik veya genç yetişkinlikte başlayan yaşam boyu sürebilen genel olarak stresle ilişkili olmayan panik hissi, ölüm korkusu, nefes darlığı, göğüs ağrısı, acil servise gitme isteği, derealizasyon, depersonalizasyon, beklenti anksiyetesi görülebilen bir bozukluktur.

f) Agorafobi: Genetik, nörobiyolojik, psikodinamik, mizaçsal, bilişsel, aile içi sorunlarla oluşabilen kesin nedeni bilinmeyen daha sık ergenlik veya genç yetişkinlikte başlayan yaşam boyu sürebilen kapalı veya açık alanlarda, panik atak geçirme ya da yardım alamama korkularının görüldüğü bir bozukluktur

g) Yaygın anksiyete bozukluğu: Genetik, nörobiyolojik, psikodinamik, mizaçsal, bilişsel, aile içi sorunlarla oluşabilen kesin nedeni bilinmeyen daha sık çocuk ve ergenlikte başlayan yaşam boyu sürebilen normal yaşamsal kaygıların abartılı yaşandığı, gerginlik, dikkat ve uyku sorunları, çocuklarda sinirlilik ile de gidebilen bir bozukluktur.

h) Bir Maddenin ya da ilacın yol açtığı anksiyete bozukluğu: Toksikolojik nedenlerle nörobiyolojik ve fizyolojik etkilenmeler nedeni ile oluşan bir bozukluktur.

i) Başka bir sağlık durumuna bağlı anksiyete bozukluğu: Tıbbi nedenlerle nörobiyolojik ve fizyolojik etkilenmeler nedeni ile oluşan bir bozukluktur.

4. Diğer ruhsal bozukluklar: Genetik, nörobiyolojik, psikodinamik, mizaçsal, bilişsel, aile içi sorunlarla oluşabilen kesin nedeni bilinmeyen bozukluklardır.

2.2. Ayırıcı Tanıdaki Hastalıklarda Semptomun Özelliklerini ve Eşlik Eden Semptomları Sayar/Açıklar

1. İşlevselliği bozmayan normal kaygı yanıtları: Yaşamda karşılaşılan her türlü stresör anksiyete oluşturabilir. Genellikle patolojik olan kaygı durumu orantısızdır, işlevsel olmayan aşırı değerlendirilmiş düşüncelerle ilişkilidir, çözüm üretmeye ve kişiyi gelecekteki zorluklara hazırlamaya değil yaşam kalitesini ve işlevselliği bozmaya neden olur. Çocuklarda hayatın belli dönemlerinde artan sonra azalan ama belirgin işlev kaybına yol açmayan ayrılma kaygısı, yabancı kaygısı, yalnız yatmaktan korkma, karanlık veya gölgelerden, gece çıkan seslerden kaygılanma, havai fişek veya yüksek sesli uyarılardan korkma, ailesinden birinin başına veya kendi başına kötü birşey geleceği, ölecekleri yönünde korkular, beden algısı ile kaygılar, sosyal kaygılar, akademik başarı ile ilgili kaygılar, hayalet veya hayali nesnelerden korkma, metafiziksel bazı korkular (ölüm sonrası yaşam, dini ve kültürel inanışlarla ilgili kaygılar, vb.), bazı nesne ve imajlardan korkma (palyaço, çizgi film karakterleri, vb.) gibi “gelişimsel kaygı ve gelişimsel anksiyete bulguları” patolojik olarak ele alınmamalıdır.

2. Anksiyeteye neden olabilecek organik sebepler: Bilinç bozukluğuyla giden nörolojik ya da metabolik birçok hastalık, kardiyovasküler hastalıklar, ilaç ya da madde kullanımı ile ilişkili

entoksikasyon ya da yoksunluk durumları, endokrinopatiler, bazı tümörler (feokromasitoma vb.) anksiyete semptomlarıyla gelebilir.

3. Temel belirtisi anksiyete olan “anksiyete bozuklukları” tanı kümesi

a) Ayrılma anksiyetesi bozukluğu: Anksiyete daha tipik olarak bakım verenden ayrılma dönemlerinde veya ayrılma tehdidinin olduğu durumlarda ortaya çıkar. Anksiyete haricinde, karın ağrısı, nefes darlığı, ishal benzeri somatik belirtiler, öfke nöbeti, çekingenlik, uyku bozuklukları ve ayrılıkla ilgili kabuslar, sürekli ayrılmayacağına dair teminat arama ve soru sorma, konversif belirtiler, yalnız yatamama, karşıt olma davranışları, bazı çocuklarda ayrılık anında aşırı tepki ama ayrılık sonrası ortama hemen uyum sağlama (her çocukta görülmez), ailesi geç kaldığında panik hissi görülebilir, hasta evde yalnız kalmada, yakın bir akrabada-arkadaşta geceyi geçirmede zorlanabilir.

b) Selektif mutizm: Aile içinde veya iyi tanıdığı ortamlarda konuşabilirken genelde okulda ve büyüklerle, öğretmenlerle, doktorlarla, tanımadığı kişilerle hiç konuşmanın olmaması durumudur.

c) Özgül fobi: Özgül bir nesne ya da durumla ilgili belirgin bir kaygı ya da korku duyma durumudur. Bu nesne ya da durum (örneğin; hayvanlar, uçağa binme, kan-enjeksiyon vb.) her zaman korku yaratır ve kişi bunlardan belirgin olarak kaçınır. Bu durum 6 aydan uzun sürer ve kültürel olarak açıklanamaz olması gerekir. İşlevsellikte belirgin düşmeye sebep olmalıdır.

d) Sosyal fobi: Kişinin başkaları tarafından değerlendirilebilecek olduğu, küçük düşebileceği, eleştirilebileceği durumlarda aşırı kaygı ve korku duyması ve bu durumlardan kaçınmasıdır. En az 6 aydır devam etmesi ve işlevsellikte belirgin düşme olması tanı için gereklidir.

e) Panik bozukluğu: Çarpıntı, terleme, titreme, nefes darlığı, boğuluyor gibi olma, göğüste ağrı-sıkışma, bulantı ya da karın ağrısı, baş dönmesi- sersemlik, titreme-ateş basması, uyuşma, derealizasyon ya da depersonalizasyon, kontrolünü kaybetme veya ölüm korkuları gibi belirtilerden en az dördünün olduğu panik atakları vardır. Ataklar beklenmedik bir biçimde gelir ve dakikalar içinde en yoğun haline gelir. Atakların yarattığı aşırı korku yüzünden yeniden atak olacağı korkusu ve kaçınma davranışları ortaya çıkar ve tanı koymak için en az 1 aydır sürmesi, işlevsellikte belirgin düşmeye yol açması gerekir.

f) Agorafobi: Toplu taşıma araçlarını kullanma, alışveriş merkezleri, köprüler gibi açık alanlarda bulunma, kapalı alanlarda bulunma, kalabalık yerlerde bekleme, tek başına evin dışında olma gibi durumlardan kaçınma, bu durumlarda utanılacak bir durumda kalma, panik atak geçirme ya da yardım alamama korkularının olması durumudur. Tanı koyabilmek için en az 6 aydır devam ediyor olması ve korku ve kaçınmanın sürekli olması, işlevsellikte belirgin düşmeye yol açması gerekir.

g) Yaygın Anksiyete Bozukluğu: Kişi gündelik hayatta karşılaşılabilecek kaza, başarısızlık vb. gibi konularla ilgili aşırı kaygı duyar ve günün çoğunu bu konularla ilgili evhamlanarak geçirir. Bu düşünceleri kontrol etmekte zorluk çeker. Bu düşüncelere huzursuzluk, gerginlik, kolay yorulma, konsantrasyon güçlüğü, kolay sinirlenme, kas gerginliği, uyku bozukluklarından en az üçü eşlik eder. Tanı koyabilmek için en az 6 aydır şikayetlerin sürmesi ve işlevselligi bozması gerekir.

h) Bir maddenin ya da ilacın yol açtığı anksiyete bozukluğu: Bir maddenin ya da ilacın entoksikasyonu ya da yoksunluğunun yol açtığı kaygı bozukluğunun olması durumunda bu tanı konur. Kaygıyla ilgili şikayetler madde ya da ilaçla bağlantılı olarak ortaya çıkar. Alkol, kafein, amfetamin, halusinojenler, kokain, fensiklidin gibi maddelerin entoksikasyonunda, alkol, kokain, anksiyolitik, hipnotik-sedatif, klonidin, nikotin gibi ilaç ve maddelerin yoksunluğunda, karbondioksit, karbonmonoksit, sinir gazları, ağır metaller, benzin boya, insektisitlerle ortaya çıkabilir. Anestezikler, analjezikler, sempatomimetikler, bronkodilatörler, antikolinerjikler, insülin, tiroid preparatları, doğum kontrol ilaçları, antihistaminikler, antiparkinson ilaçlar, kortikosteroidler, antihipertansifler, kardiyovasküler ilaçlar, antikonvülzanlar, lityum tuzları, antipsikotikler, antidepresanlar anksiyete oluşturabilirler. Çocuklarda ve ergenlerde enerji içecekleri, seçici serotonin geri alım inhibitörleri ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tedavisinde kullanılan metilfenidat gibi psikostimülanlar, modafinil ve atomoksetin de anksiyeteye yol açabilir.

i) Başka bir sağlık durumuna bağlı anksiyete bozukluğu: Başka bir sağlık durumunun yol açtığı kaygı bozukluğu olması durumunda bu tanı konur. Kardiyovasküler hastalıklar (anemi, konjestif kalp yetmezliği, koroner arter hastalıkları, hipovolemik durumlar, mitral valv prolapsusu), respiratuvar hastalıklar (astım, KOAH, hiperventilasyon, hipoksi, yulaf hücreli karsinom, pnömoni, pnömotoraks, pulmoner emboli), endokrin hastalıklar (adrenal işlev bozukluğu, hipoglisemi, menapoz, over işlev bozukluğu, paratiroid hastalıkları, feokromasitoma, hipofiz hastalıkları, premenstrual sendrom, tiroid işlev bozuklukları), metabolik hastalıklar (asidoz, hipertermi, hipokalsemi, hipokalemi, hipofosfatemi, akut intermittant porfiri, B12 vitamin eksikliği), nörolojik hastalıklar (serebral anoksi, serebrovasküler hastalıklar, ensefalopati, Huntington koresi, multiple skleroz, myastenia gravis, beyin yer kaplayan oluşumları-özellikle 3. ventrikül, ağır sendromları, Parkinson hastalığı, polinöritis, postkonküzyon sendromu, postensefalitik bozukluklar, posterolateral skleroz, basit veya kompleks parsiyel nöbetler, vestibüler işlev bozuklukları-vertigo) ve toksik tablolar (karbondioksit, karbonmonoksit, gazolin, ağır metaller, insektisitler, organik fosfat bileşikler, boya maddesi) sık olarak anksiyete tablosuna yol açan durumlardır. Çocuk ve ergenlerde en sık metabolik-endokrinolojik sorunlar, organ yetmezlikleri, travmatik beyin hasarı, nöbetler, neoplastik hastalıklar,

intrakraniyal enfeksiyon ve tümörler, sistemik enfeksiyonlar, serebrovasküler hastalıklar, organ yetmezlikleri, üremi, hepatik ensefalopati, elektrolit bozuklukları anksiyeteye yol açabilir.

4. Diğer ruhsal bozukluklar: Psikotik bozukluklar, duygudurum bozuklukları, obsesif kompulsif spektrum bozuklukları, travma ile ilişkili bozukluklar, alkol-madde kullanım bozuklukları, disosiyatif bozukluklar, yeme bozuklukları, somatik belirtili bozukluklar, uyku bozuklukları, cinsel işlev bozuklukları, nörokognitif bozukluklar, kişilik bozuklukları gibi diğer ruhsal bozukluklara anksiyete bulguları eşlik edebilir. Ayırıcı tanı diğer ruhsal bozukluğun ön planda olması ve tanı kriterlerini karşılıyor olması ile yapılır. Ayrıca anksiyete bozuklukları diğer ruhsal bozukluklarla çok sık komorbid olabilir. Bu durumda her iki hastalık tanısı da konmalıdır.

2.3. Ayırıcı Tanıdaki Hastalıklarda Yapılması Gereken Muayeneleri Belirleyerek Eşlik Edebilen Bulguları Sayar/Açıklar

Öncelikle kapsamlı bir öykü alınıp, vital bulguların (ateş, nabız, tansiyon, solunum) ölçümünün ve nörolojik muayenenin dahil olduğu genel tıbbi muayene ve ruhsal durum muayenesi yapılmalıdır. Gerektiğinde hasta yakınları ile de görüşülmelidir.

1. İşlevselliği bozmayan normal kaygı yanıtları: Stres oluşturan bir yaşam olayı ile ilgilidir. Durumla orantılıdır. Düşünce içeriği stres yaratan olay ya da durumla ilişkilidir.

2. Anksiyeteye neden olabilecek organik sebepler: Altta yatan bedensel hastalığa dair bir öykü ve fiziksel ve laboratuvar bulgular mevcuttur.

3. Temel belirtisi anksiyete olan “anksiyete bozuklukları” tanı kümesi

a) Ayrılma anksiyetesi bozukluğu: Bir ayrılık ya da kayıp durumuna/tehdidine eşlik eder. Çocuklarda daha sık görülür.

b) Seçici konuşmazlık (mutizm): Tipik olarak sadece belli durumlarda konuşamama ile ilgilidir. Çocuklarda daha sık görülür. Kendinden büyüklerle konuşmada zorluk genellikle daha belirgin ve sıktır fakat çocuk kendi yaş grubu içinde de konuşmuyorsa tablonun daha ağır olduğu düşünülebilir.

c) Özgül fobi: Belli bir nesne ya da durumla ilişkilidir

d) Sosyal fobi: Kişinin başkaları tarafından değerlendirileceği, eleştirilebileceği sosyal durumlarla ilgilidir.

e) Panik bozukluğu: Beklenmeden gelen, ölüm, kontrolü kaybetme, çıldırma gibi korkuların eşlik ettiği ani ataklar şeklinde seyreder. Dakikalar içinde gerçekleşir. Yeniden atak geçirileceğine dair beklenti kaygısı eşlik eder. Taşikardi, kan basıncında yükselme, solunumsal güçlük, respiratuvar alkaloz ve hipokalsemiye bağlı ellerde uyuşma ve kasılma eşlik edebilir.

f) Agorafobi: Tipik olarak yardım alamayacağı ya da kaçınmayacağını düşündüren belli ortamlarda ortaya çıkan kaygı atakları olur.

g) Yaygın anksiyete bozukluğu: Bu bozuklukta günlük yaşamda

karşılaşılabilecek tehlikeler, başarısızlık gibi durumlarla ilgili aşırı endişe ve sürekli bunlar üzerinde düşünme (ruminasyon) vardır.

h) bir maddenin ya da ilacın yol açtığı anksiyete bozukluğu: Bir madde veya ilacın yoksunluğu ya da entoksikasyonuna dair öykü, fizik ve laboratuvar bulgular vardır.

i) Başka bir sağlık durumuna bağlı anksiyete bozukluğu: Bedensel bir hastalığa dair öykü, fizik ve laboratuvar bulgular vardır.

4. Diğer ruhsal bozukluklar: Anksiyete tüm ruhsal bozukluklara eşlik edebilir.

Psikotik bozukluklarda gerçeği değerlendirme ve yargılama süreçleri bozulmuştur. Sanrı ve/veya varsanılar eşlik eder. Düşünce sürecinde ve yapısında bozulmalar görülebilir.

Duygudurum bozukluklarında depresif yakınmalar ön planda ise öncelikle bir depresif bozukluk tanısı düşünülebilir. Manide de anksiyete, ajitasyon tabloya eşlik edebilir.

Hastalık kaygısı bozukluğunda hastada yoğun olarak önemli bir hastalığa sahip olduğuna dair uğraşlar, sık doktor başvuruları mevcuttur.

Obsesif kompulsif bozuklukta hakim olan tablo takıntılı düşünceler (saldırganlık, cinsellik ve kirlenme vb. ile ilgili obsesyonlar) ve zorlantılı davranışlardır (temizlik, yıkama, sayma, dua etme, sıralama vb kompulsiyonlar). Kaygı bunlara ikincil olarak ortaya çıkar.

Travma ile ilişkili bozukluklarda şikayetler yaşamı tehdit eden bir olay yaşama ya da tanık olma sonrası başlamıştır ve travmaya dair flashbackler, girici düşünceler, rüyalar, travmayı hatırlatan durumlardan kaçınma çabaları, aşırı uyarılma belirtileri gibi semptomlar vardır.

Demansiyel bozukluklara da özellikle başlangıç aşamasında unutkanlığın başlaması ile birlikte kaygı eşlik edebilir. Yakın bellek kaybı, afazi, apraksi, agnozi, yürütücü işlevlerde (planlama, organizasyon, sıralama, soyutlama yetenekleri) bozulma olur.

2.4. Ayırıcı Tanıdaki Hastalıklara Göre Öncelikle İstenmesi Gereken Laboratuvar Testlerini Belirleyerek Beklenen Bulguları Sayar/Açıklar

Ayrıcı tanı için öncelikle kapsamlı bir psikiyatrik ve tıbbi öykü alınıp iyi bir genel tıbbi ve ruhsal durum muayenesi yapılmalıdır.

1. İşlevselliği bozmayan normal kaygı yanıtları: Tanı koydurucu bir laboratuvar bulgusu yoktur.

2. Anksiyeteye neden olabilecek organik sebepler: Altta yatan hastalığa dair gerekli tetkikler istenmelidir. Sık görülen tıbbi nedenlerin ekartasyonu için hemogram, geniş biyokimya (açlık kan şekeri, renal fonksiyon testleri, karaciğer fonksiyon testleri, elektrolitler vb.), tiroid fonksiyon testleri, kan gazı istenmesi uygundur. Madde şüphesi varsa toksikoloji bakılmalıdır. Ancak tıbbi nedenlerin ekartasyonu temelde öykü ve genel tıbbi muayene bulgularından elde edilen bir hastalık şüphesi

doğduğunda spesifik olarak o hastalığa yönelik laboratuvar ve gereğinde konsültasyon ile yapılmalıdır. Çocuk ve ergenlerde endokrinolojik ve metabolik testler de istenebilir. EKG istenebilir. Çocuk ve ergenlerde ayrıca pediatrik nöroloji, endokrinoloji ve metabolizma konsültasyonları istenebilir.

3. Temel belirtisi anksiyete olan “anksiyete bozuklukları” tanı kümesi

a) Ayrılma anksiyetesi bozukluğu: Tanı koydurucu bir laboratuvar bulgusu yoktur.

b) Seçici konuşmazlık (mutizm): Tanı koydurucu bir laboratuvar bulgusu yoktur.

c) Özgül fobi: Tanı koydurucu bir laboratuvar bulgusu yoktur.

d) Sosyal fobi: Tanı koydurucu bir laboratuvar bulgusu yoktur.

e) Panik bozukluğu: Tanı koydurucu bir laboratuvar bulgusu yoktur. Fakat EKG’de taşikardi, kan gazında respiratuvar alkaloz bulguları olabilir.

f) Agorafobi: Tanı koydurucu bir laboratuvar bulgusu yoktur.

g) Yaygın anksiyete bozukluğu: Tanı koydurucu bir laboratuvar bulgusu yoktur.

h) Bir maddenin ya da ilacın yol açtığı anksiyete bozukluğu: Şüphelenilen madde veya ilaca ilişkin toksikolojik inceleme yapılmalıdır. Ayrıca madde veya ilaçların olası karaciğer ve renal fonksiyon bozukluğu, kanama bozukluğu, pansitopeni gibi yan etkilerine bağlı laboratuvar incelemesi yapılmalıdır.

i) Başka bir sağlık durumuna bağlı anksiyete bozukluğu: Altta yatan hastalığa dair gerekli tetkikler istenmelidir.

4. Diğer ruhsal bozukluklar: Tanı koydurucu bir laboratuvar bulgusu yoktur. Psikotik belirtilerin tespiti için kısa psikiyatrik değerlendirme ölçeği, pozitif ve negatif sendrom ölçeği kullanılabilir. Depresif belirtilerin varlığı ve şiddeti için Beck veya Hamilton depresyon ölçekleri, manik belirtiler için Young mani derecelendirme ölçeği kullanılabilir ancak bunlar tanı koydurucu değildir. Demans için standardize mini mental testle bellek bozukluğunun varlığı tespit edilebilir. Demans etiyojisine dönük ileri tetkikler yapılmalıdır.

2.5. Ayrırcı Tanıdaki Hastalıklara Göre Öncelikle İstenmesi Gereken Görüntüleme Tetkiklerini Belirleyerek Beklenen Bulguları Sayar/Açıklar

Psikiyatrik bozukluklarla ilişkili anksiyete semptomları için çocuk ve ergenlerde nörolojik bulgular yoksa veya atipik bulgular sergilenmiyorsa nörogörüntüleme tetkiklerine gerek yoktur.

1. İşlevselliği bozmayan normal kaygı yanıtları: Tanı koydurucu görüntüleme bulgusu yoktur.

2. Anksiyeteye neden olabilecek organik sebepler: Sık görülen kardiyak ve respiratuvar nedenleri elemek için EKO ve PA akciğer grafisi, EKG istenmesi uygundur. Ancak tıbbi nedenlerin ekartasyonu temelde öykü ve genel tıbbi muayene

bulgularından elde edilen bir hastalık şüphesi doğduğunda spesifik olarak o hastalığa yönelik görüntüleme ve gereğinde konsültasyon ile yapılmalıdır.

3. Temel belirtisi anksiyete olan “anksiyete bozuklukları” tanı kümesi

a) Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu: Tanı koydurucu görüntüleme bulgusu yoktur.

b) Seçici konuşmazlık (mutizm): Tanı koydurucu görüntüleme bulgusu yoktur.

c) Özgül fobi: Tanı koydurucu görüntüleme bulgusu yoktur.

d) Sosyal fobi: Tanı koydurucu görüntüleme bulgusu yoktur.

e) Panik bozukluğu: Tanı koydurucu görüntüleme bulgusu yoktur.

f) Agorafobi: Tanı koydurucu görüntüleme bulgusu yoktur.

g) Yaygın anksiyete bozukluğu: Tanı koydurucu görüntüleme bulgusu yoktur.

h) Bir maddenin ya da ilacın yol açtığı anksiyete bozukluğu: İlaçların veya maddenin yol açtığı kardiyak ve respiratuvar sorunlar açısından EKO, PA akciğer grafisi, EKG çekilmesi gerekir.

i) Başka bir sağlık durumuna bağlı anksiyete bozukluğu: Altta yatan hastalığa dair gerekli tetkikler istenmelidir.

4. Diğer ruhsal bozukluklar: Tanı koydurucu görüntüleme bulgusu yoktur.

3. TEDAVİ-SEVK

3.1. Semptomun Semptomatik Tedavisinin Endikasyonunu Belirler/Uygulamalarını Yapar

Anksiyete bozukluklarında yeni başlamış ve komplike olmayan olguların tedavisi 1. basamakta yapılabilir. Eğer hastanın şikayetleri tanı koymak için kriterleri karşılıyorsa tedavi endikasyonu vardır. Normal anksiyete ile hastalığın oluşturduğu anksiyetenin ayırıcı tanısı mutlaka yapılmalı, normal kaygı patolojize edilmemelidir. Bu tarz durumlarda psikoeğitim yeterli olabilir. Tanı kriterlerini karşılayan hastalarda ilk seçenek seçici serotonin geri alım inhibitörleri olup hastanın diğer tıbbi öyküsü ve ilaç etkileşimleri göz önüne alınarak düşük dozda başlanıp tedricen artırılmalıdır. Kaygının çok şiddetli olduğu durumlarda benzodiyazepinler kısa süreli (1-2 ay süre ile) tedaviye eklenebilir. Otonomik belirtiler için propranolol kullanılabilir. İlaça yanıt alınması halinde tedavi, yanıt alınan dozda en az 6 ay-1 yıl sürdürülmelidir. Organik bir nedene bağlı anksiyete bozukluklarında ilk olarak altta yatan nedene yönelik tedavi uygulanır.

3.2. Semptomun Acil Durum ve Sevk Kriterlerini Belirler/Uygulamalarını Yapar

Başka bir tıbbi durumun ve madde/ilacın yol açtığı anksiyete bozuklukları altta yatan nedene göre acil durum oluştururlar.

Özellikle yaşamı tehdit eden hastalıklara bağı anksiyete durumları (feokromasitoma, kalp yetmezliği vb.), ilaç ve madde entoksikasyonları, alkol yoksunluğu acil tıbbi müdahale gerektirir ve ilk müdahaleden sonra üst basamağı sevkı uygundur. Acile başvurmuş akut anksiyete olgularında benzodiyazepinler özellikle parenteral ya da ağızda eriyen formları kullanılabilir. Ancak başka bir tıbbi durum veya ilaç/maddenin yol açtığı bir kaygı bozukluğu söz konusu ise ilk olarak bu duruma ait acil müdahale yapılmalıdır.

İntihar düşüncesi ve girişimi mutlaka sorulmalıdır. Varlığı durumunda psikiyatri uzmanının olduğu bir üst merkeze sevkı yapılmalıdır.

Komplike, kronikleşmiş olgularda, eş tanıların varlığı durumunda, komplike olmayan olgularda yeterli doz ve süreye rağmen tedaviye yanıt alınamıyorsa, benzodiyazepin ihtiyacı artıyor ya da benzodiyazepin kesilemiyorsa hastanın elektif koşullarda psikiyatri uzmanına sevkı gerekir.

Psikiyatrik bulgu ve bozukluk olarak değerlendirilen hafif-orta anksiyete vakalarında genelde çocuk ve ergenlerin acile gönderilmesi gerekmez, benzodiazepin, hidroksizin tedavileri faydalı olabilir.

KAYNAKLAR

1. Anksiyete Bozukluklar. Ed: Raşit Tükel, Tunç Alkın, TPD yayınları, Ankara, 2006.
2. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Orhan Öztürk, Aylin Uluşahin, Nobel Tıp Kitabevi, Ankara, 2015.
3. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5. Edition, APA, Washington, 2013.
4. Taylor JH, Lebowitz ER, Anxiety Disorders. Lewis's Child and Adolescent Psychiatry 5th Edition, Eds. Martin A, Bloch MH, Volkmar FR, Wolters Klüver, Philadelphia, 2018.
5. Pine DS, Development The Symptom of Anxiety, Lewis Child and Adolescent Psychiatry, A Comprehensive Textbook 3rd edition, Ed. Lewis M, Lippicott Williams & Wilkins, Philadelphia, 2002.



DUYGUDURUM DEĞİŞİKLİKLERİ

Prof. Dr. Nesrin Karamustafalıoğlu¹, Doç. Dr. Filiz İzci²

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, İstanbul, Türkiye

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Tıp Fakültesi; Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, İstanbul, Türkiye

1. TANIM VE ÖZELLİKLER

1.1. Semptomu Tanımlar/Özelliklerini Açıklar

Duygudurum: Kişi tarafından öznel olarak yaşanan ve bildirilen, aynı zamanda genellikle gözlenebilen daha kapsamlı ve devamlı hissediş biçimidir. Bireyin belli bir süre içerisinde kendisini üzüntülü, neşeli, sinirli vb. olarak değerlendirdiği ruhsal durumudur.

1.2. Semptomu Özelliklerine Göre Sınıflandırır

Duygudurum tipleri:- Normal (ötimik) duygudurum,

- Depresif (çökkün) duygudurum,
- Taşkın (öforik) duygudurum,
- Disforik (sıkıntılı) duygudurum olarak sınıflandırılabilir.

1.3. Semptomun Fizyopatolojik Mekanizmasını Açıklar

Emosyonel algı ve emosyonel davranış oluşturulması ventral ve dorsal olmak üzere iki nöral sistemce düzenlenir. Ventral sistem; insula, amigdala ve prefrontal korteks, anterior singulat ve striatumun ventral bölgelerini içerir. Dorsal sistem; anterior singulatla prefrontal korteksin dorsal bölgelerini ve hipokampusu kapsar. Nöral devreler, striatal yapıların prefrontal bölgelerle bağlantısını ve talamik çekirdeklere uzantısını sağlayarak, emosyon oluşumundaki bu işlevsel sistemleri bilişsel, emosyonel ve sosyal davranışları düzenleyen sistemlerle birleştirirler. Bu limbik beyin ağlarında meydana gelen disfonksiyonlar affektif bozukluklarla sonuçlanır.

1.4 Semptomun Tanınmasında Sık Yapılan Hataları Açıklar

Duygudurum değişikliklerinin tanınmasında sık yapılan hatalardan biri ayrıntılı anamnez alınmaması, hastalığın seyrinin geriye dönük sorgulanmasında yetersizliktir. Ayrıca hastanın duygudurum değişikliklerinin sıklıkla kişilik özellikleri olarak değerlendirilmesidir.

2. AYIRICI TANI

2.1. Ayırıcı Tanıdaki Hastalıkları Sayar/Tanımlar

Psikiyatrik nedenler

- 1- Alkol ve madde kullanımıyla ilgili sorunlar,
- 2- Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar,
- 3- Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu,
- 4- Yaygın anksiyete bozukluğu, 5- Kognitif bozukluklar (demans, deliryum),
- 6- Yaygın gelişimsel bozukluk (otizm),
- 7- Kişilik bozuklukları,
- 8- Bipolar affektif bozukluk,
- 9- Depresif bozukluk.

Tıbbi Nedenler

- 1- Hipotiroidizm gibi endokrin nedenler,
- 2- Kafa travmaları, serebrovasküler hastalıklar sonrası gelişen organizmeye bağlı duygudurum değişiklikleri.

Ayırıcı Tanıdaki Hastalıkların Tanımlanmaları Psikiyatrik nedenler

1- Alkol ve madde kullanımıyla ilgili sorunlar: Sürekli alkol-madde kullanımı öyküsü, tolerans ve yoksunluk belirtileri, yoğun aşırma ve yineleyen bırakma çabaları ile giden sosyal ve toplumsal işlevselliğin bozulduğu bir durumdur.

2- Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar: Gerçeği değerlendirmenin bozulduğu, sanrı ve varsanılarla giden bir durumdur.

3- Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu: Çocukluk ve ergenlik döneminden itibaren dikkat eksikliği, hiperaktivite ve dürtüsellik eşlik ettiği bir durumdur.

4- Yaygın anksiyete bozukluğu: Son 6 aydır, günlük olağan olaylara karşı yoğun kaygı, endişe, gerginlik, uyku problemlerinin bir arada görüldüğü bir hastalıktır.

5- Kognitif bozukluklar (demans, deliryum): Genellikle ileri yaşlarda görülen, demans hafıza, kognisyon, dil ve davranışlarda bozulma ile giden bir durumdur.

6- Yaygın gelişimsel bozukluk (otizm): Çocukluk ve ergenlik döneminde başlayan iletişim kurma ve sosyal etkileşimde kısıtlılık ile giden bir tablodur.

7- Kişilik bozuklukları: Kişinin içinde yaşadığı kültürün beklentilerinden belirgin olarak sapan, süregiden bir içsel yaşantı ve davranış örüntüsü gözlemlendiği bir durumdur. Sorunlar genellikle dönemsellik göstermez, süregelen bir gidişat beklenir.

8- Bipolar affektif bozukluk: Manik/hipomanik ve depresif dönemlerin eşlik ettiği bir hastalıktır.

9- Depresif bozukluk: Kişinin 2 hafta boyunca ilgi istek kaybı, hayattan zevk almama, uyku ve iştah değişikliği, enerji azalması, yorgunluk, konsantrasyon güçlüğü, suçluluk duygularının görüldüğü bir hastalıktır.

Tıbbi nedenler

1- Hipotiroidizm gibi endokrin nedenler

2- Kafa travmaları, serebrovasküler hastalıklar sonrası gelişen organiziteye bağlı duygudurum değişiklikleri.

2.2. Ayırıcı Tanıdaki Hastalıklarda Semptomun Özelliklerini ve Eşlik Eden Semptomları Sayar/Açıklar

Psikiyatrik nedenler

1- Alkol ve madde kullanımıyla ilgili sorunlar: Bu hasta grubunda alkol-madde kullanımı sonrasındaduygudurum değişiklikleri dönemsel gözlenebilir.

2- Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar: Şizofreni ve psikotik bozukluklarda depresif ve taşkın dönemlerin olduğu ek belirtiler gözlenebilir. Sanrı, varsanı gibi pozitif psikotik bulgular veya negatif belirtiler tabloya eşlik etmelidir.

3-Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu: Bu hasta grubunda duygudurum semptomları görülebilir. Ancak tabloya en az iki farklı alanda işlevsellikte azalmaya neden olan dürtüsellik, hiperaktivite ve dikkati sürdürme güçlüğü yakınmaları eşlik eder.

4- Yaygın anksiyete bozukluğu: Yoğun anksiyetenin eşlik ettiği dönemlerde aşırı huzursuzluğa bağlı tabloya duygudurum değişiklikleri eklenebilmektedir.

5- Kognitif bozukluklar (demans, deliryum): Hastalığın gidişatı sonrasında dağınık konuşma ve hareketler, depresif duygudurum gibi duygudurum değişiklikleri gözlenebilir. Deliryum tablosunda ise, bilinç ve oryantasyon değişiklikleri akut, geçici bir dönem olarak ortaya çıkmaktadır. Hastada bilinçte açılıp kapanmalarla giden bir tablo hakimdir.

6- Yaygın gelişimsel bozukluk (otizm): Bu hastalık grubunda duygudurum semptomlarına tekrarlayan amaçsız hareketler, kişiler arası iletişimde kısıtlılıkları ve konuşma sözel iletişim becerilerinde güçlükler eşlik eder

7- Kişilik bozuklukları: Bu grup hastalarda duygusal tepkilerin aralığı, yoğunluğu, değişkenliği ve uygunluğu toplumsal uyumu bozacak niteliktedir. Emosyonel insitabilite, dürtüsellik gibi bulgular süregelen bir şekilde tabloya eşlik eder.

8- Bipolar affektif bozukluk: Manik dönemlerde, çok konuşma, hareketlerde artış, özgüvende artış, uyku ihtiyacında azalma, yüksek riskli aktivitelere girme, amaca yönelik etkinlikte artma gibi bulgular eşlik eder. Depresif dönemde ise karamsarlık, suçluluk hisleri, değersizlik düşünceleri, halsizlik, bitkinlik, uykuya dalma güçlükleri gibi bulgular tabloya eşlik eder.

9- Depresif bozukluk: Karamsarlık, suçluluk hisleri, değersizlik düşünceleri, halsizlik, bitkinlik, uykuya dalma güçlükleri gibi bulgular tabloya eşlik eder.

Tıbbi nedenler

1- Hipotiroidizm gibi endokrin nedenler:

Hipotiroidizm: TSH ve T3, T4 düzeylerinde bozulma ile giden, duygusal küntlük, dikkatte azalma, davranışlarda yavaşlama ile giden bir tablodur.

2- Kafa travmaları, serebrovasküler hastalıklar sonrası gelişen organiziteye bağlı duygudurum değişiklikleri: Kafa travmaları ve kafa içi vasküler olaylar sonrası bilinçte, duygudurumda, kognisyonda geçici veya kalıcı değişiklikler oluşabilmektedir.

2.3. Ayırıcı Tanıdaki Hastalıklarda Yapılması Gereken Muayeneleri Belirleyerek Eşlik Edebilen Bulguları Sayar/Açıklar

Psikiyatrik nedenler: Psikiyatrik nedenleri belirlemek için ayrıntılı ruhsal durum muayenesi, ayrıntılı özgeçmiş ve soygeçmiş öyküsü alınmalıdır.

1- Alkol ve madde kullanımıyla ilgili sorunlar: Tolerans ve yoksunluk, dürtüsellik ve aşırma gözlenir.

2- Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar: İşitsel ve görsel halüsinasyonlar, paranoid sanrılar, dezorganize konuşma ve davranış eşlik eder.

3- Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu: Dürtüsellik, aşırı hareketlilik, dikkat eksikliği, iş ve okul performansında düşme gözlenir.

4- Yaygın anksiyetebozukluğu: Anksiyete, anksiyetenin somatik belirtileri, gelecek ve sağlık kaygısı, uyku düzensizliği, irritabilite eşlik etmektedir.

5- Kognitif bozukluklar (demans, deliryum): Bilinç değişiklikleri, hafızada bozulmalar, dil ve motor hareketlerde beceri kaybı gözlenir.

6- Yaygın gelişimsel bozukluk (otizm): İletişim kurma ve sosyal becerilerde zayıflık, göz kontağı kurmada ve konuşma becerilerinde yetersizlik mevcuttur.

7- Kişilik bozuklukları: Kendini, diğer insanları ve olayları algılama ve yorumlama biçimlerinde bozulma, duygulanımda labilite, kişiler arası ve toplumsal ilişkilerde uyumsuzluk ve bozulma, dürtü denetiminde azalma mevcuttur.

8- Bipolar affektif bozukluk: Ruhsal durum muayenesi, ayrıntılı özgeçmiş ve anamnez alınmalıdır. Hastanın dönemsel manik ve depresif dönemleri vardır.

9- Depresif bozukluk: Ruhsal durum muayenesi, ayrıntılı özgeçmiş ve anamnez alınmalıdır. Hayattan zevk almama, değersizlik ve suçluluk duyguları, ilgi istek kaybı, uyku ve iştahda bozulma gözlenir.

Tıbbi nedenler

1- Hipotiroidizm gibi endokrin nedenler: Kabızlık, soguğa tolerasyonda azalma, dikkat ve algıda azalma, hareketlerde yavaşlama gibi belirtiler gözlenebilir.

2- Kafa travmaları, serebrovasküler hastalıklar sonrası gelişen organiziteye bağlı duygudurum değişiklikleri: Öyküde kafa travması ve serberovasüler olay geçirme öyküsü vardır. Fizik ve nörolojik mueyenede travma ve belirtileri saptanabilir.

2.4. Ayırıcı tanıdaki hastalıklara göre öncelikle istenmesi gereken laboratuvar testlerini belirleyerek beklenen bulguları sayar/açıklar

Psikiyatrik nedenler: Tanısal görüşme teknikleri, klinik değerlendirme ölçekleri, psikolojik testlerden yararlanılabilir. Spesifikvepatognomikbir laboratuvar bulgusu bulunmamaktadır.

- 1- Alkol ve madde kullanımıyla ilgili sorunlar: İdrar ve kanda alkol ve madde metabolitleri istenebilir.
- 2- Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar
- 3- Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu
- 4- Yaygın anksiyete bozukluğu
- 5- Kognitif bozukluklar (demans, deliryum): Demans açısından beyin görüntüleme yöntemleri, altta yatan organik nedenler için rutin biyokimyasal ve kan sayımı değerleri bakılmalıdır.
- 6- Yaygın gelişimsel bozukluk, otizm
- 7- Kişilik bozuklukları: Kişilik testleri istenebilir.
- 8- Bipolar affektif bozukluk
- 9- Depresif bozukluk.

Tıbbi nedenler

- 1- Hipotiroidizm gibi endokrin nedenler: TSH, sT₃, sT₄
- 2- Kafa travmaları, serebrovasküler hastalıklar sonrası gelişen organiziteye bağlı duygudurum değişiklikleri

2.5. Ayırıcı Tanıdaki Hastalıklara Göre Öncelikle İstenmesi Gereken Görüntüleme Tetkiklerini Belirleyerek Beklenen Bulguları Sayar/Açıklar

Psikiyatrik hastalıklara spesifik ve patognomonik bir görüntüleme yöntemi bulunmamaktadır.

- 1- Alkol ve madde kullanımıyla ilgili sorunlar
- 2- Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar

3- Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu

4- Yaygın anksiyete bozukluğu

5- Kognitif bozukluklar (demans, deliryum)

6- Yaygın gelişimsel bozukluk (otizm)

7- Kişilik bozuklukları: Tıbbi nedenler

8- Bipolar affektif bozukluk

9- Depresif bozukluk.

1- Hipotiroidizm gibi endokrin nedenler: Tiroid ultrasonografisi gerekli ise istenebilir.

2- Kafa travmaları, serebrovasküler hastalıklar sonrası gelişen organiziteye bağlı duygudurum değişiklikleri: Beyin görüntüleme yöntemleri incelenebilir.

3. TEDAVİ-SEVK

3.1. Semptomun Semptomatik Tedavisinin Endikasyonunu Belirler/Uygulamalarını Yapar

Hasta taşkın veya disforik bir duygudurum ile başvurduğunda ajitasyon, agresyon gibi bulguları varsa mutlaka acil tedavi edilmeli, psikiyatri konsültasyonu istenmelidir. Taşkın duygudurumu olan hasta için gerekli görülürse kısa süreli yakın gözlemlerde tutularak tespit uygulanabilir. Hastaya antipsikotik olarak haloperidol 5-10 mg/gün i.m ve/veya lorezapam 1-2,5 mg/gün oral benzodiazepin verilerek sızıntısı ve ajitasyonu giderilmelidir. Depresif duygudurum ile beraber suicidal düşünceleri, yoğun anksiyetesi varsa 1 mg/gün lorezapam tedavisi verilerek, psikiyatri konsültasyonu isteyip, yatarak tedavi için yönlendirilmelidir.

3.2. Semptomun Acil Durumu ve Sevk Kriterlerini Belirler/Uygulamalarını Yapar

Taşkın, disforik duygudurumu olan suicidal ve homisidal düşünceleri olan hastalar en yakın psikiyatri yataklı birime yatarak tedavisi için sevk edilmelidir. Duygudurum bozukluğu için ayaktan tedavi için acil müdahale sonrası psikiyatri polikliniğine sevk edilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Kaplan, Sadock's. Comprehensive Textbook of Psychiatry. Benjamin J. Sadock, Virginia A. Sadock, 9th Edition. Lippincott Williams and Wilkin, 2009.
2. Temel ve Klinik Psikiyatri. Oğuz Karamustafalıoğlu. Güneş Tıp Kitabevleri, 2018.
3. Genç Psikiyatristin El Kitabı Psikiyatrik Muayene ve Semiyoloji. İsmet Kırpınar. 2. Baskı. Timaş Yayınları, 2013.
4. Core Psychiatry. Padraig Wright, Julian Stern, Michael Phelan. Third Edition. Saunders Elsevier, 2012.
5. Current Psikiyatri Tanı ve Tedavi. Michael H. Ebert, Peter T. Loosen, Barry Nurcombe, Lames F. Leckman, Çeviri; Selçuk Candansayar. 2. Baskı, Güneş Tıp Kitabevleri, 2013.

OBSESYON

Doç. Dr. Filiz İzci¹, Doç. Dr. Münevver Yıldırım²

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Tıp Fakültesi; Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, İstanbul, Türkiye
²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikoterapi Eğitim ve Tedavi Merkezi, İstanbul, Türkiye

1. TANIM VE ÖZELLİKLER

1.1. Semptomu Tanımlar/Özelliklerini Açıklar

İstem (irade) dışı gelen, kişiyi rahatsız eden, istemli bir çabayla uzaklaştırılamayan, benliğe yabancı düşünceler, dürtüler ya da düşlemlerdir. İnsan zihninde zaman zaman huzursuz edici, kabullenemediği, alışılmadık düşünceler belirebilir; bunların yoğunluğu ve sürekliliği günlük hayatı, içsel huzuru bozacak bir boyut kazanırsa patolojik kabul edilir. Obsesyon takıntı, saplantı, vesvese olarak da adlandırılmaktadır. Bunun yanı sıra, obsesyonlardan kaynaklanan yoğun sıkıntı ve huzursuzluğu azaltmak ya da ortadan kaldırmak amacıyla yapılan tekrarlayıcı davranış ve zihinsel eylemlere kompülsiyon adı verilmektedir.

1.2. Semptomu Özelliklerine Göre Sınıflandırır

Obsesyonlar özelliklerine göre aşağıdaki tiplere ayrılır:

a. Kuşku obsesyonları: Bir eylemi yapıp yapmadığı konusunda tereddütlerinin olması,örneğin,“kapıyı kilitledim mi kilitlemedim mi”, “ocağı kapattım mı”, bir kimseye farkında olmadan zarar verdim mi ?” vb.

b. Bulaşma ve obsesyonları: Kişinin bedenine ve giysilerine kir, mikrop, toz, kimyasal madde, deterjan, idrar, gaita ve diğer beden salgıları bulaşmasıyla ilgili saplantıları.

c. Düzen ve simetri obsesyonları: Eşyaların katı bir düzen/ simetri içinde yerleştirilmeleri gerektiği saplantısı.

d. Dini obsesyonlar: Kişinin dini inanç ve görüşlerine zıt olan düşüncelere kapılması. Allah'a, Kutsal Kitap'lara, peygamberlere, başka kutsal nesnelere küfretme kaygıları vb.

e. Saldırganlık obsesyonları: Elinde olmaksızın, sevdiklerine/ yakınındakilere saldıracağı, çocuğunu yüksekten iteceği, başkalarına zarar vereceği düşünceleri.

f. Cinsel obsesyonlar: Kişinin karakterine, yaşına, toplumdaki yerine asla yakıştıramadığı cinsel davranışlar sergileyeceği

kaygısı, kutsal ya da uygunsuz bireylere dair cinsel içerikli düşünceleri/hayalleri söz konusudur.

g. Batıl inançlar, uğurlu, uğursuz sayılar ve renkler: Kişinin kültürel değerlerinden farklı olan kendine has bazı inanışları, davranışları, uğurlu ya da uğursuz saydığı sayı, gün ve renkleri olması.

1.3. Semptomun Fizyopatolojik Mekanizmasını Açıklar

Genetik etkenlerin, beynin çalışma biçimini etkileyen biyokimyasal (serotonin, dopamin), yapısal ve işlevsel bozuklukların, travmatik yaşam olaylarının, obsesyonlarda önemli rolü olduğu bilinmektedir. Obesif kompulsif bozukluk olan bireylerde, aşırı ve abartılı bir sorumluluk duygusu, zihne uğrayan her düşünceye aşırı önem verme, rahatsız edici düşünceleri yok etmeye çalışıp durma, tam, kesin ve mükemmel çözümler arama gibi düşünsel hataların hakim olduğunu söyleyebiliriz. Kişi, rahatsız edici zihinsel takıntısıyla baş edebilmek veya onlardan kurtulmak için yoğun el yıkama, sayı sayma, zoraki dualara başvurma gibi davranışlar sergileyebilir ki bu gibi davranışlara da kompülsiyon adı verilir.

1.4. Semptomun Tanınmasında Sık Yapılan Hataları Açıklar

Obsesyon, ciddi bir zihinsel sistemlilik gösterdiği için özenlilik, düzenlilik, titizlik ile benzeşir ve durumun ne denli normal ya da patolojik olduğu anlaşılamayabilir. Çoğu zaman hastalar da “ben aşırı düzenli değilim siz dağınıksınız”, “ben aşırı temizlikçi değilim siz pasaklısınız” diyerek hastalığını inkar etme yolunu seçebilir. Patolojik demenin en önemli ölçüsü, günlük yaşamı belirgin ölçüde etkiliyor olmasıdır: Günlük en az 1 saatini alır, kişiyi belirgin şekilde huzursuz eder, işlevselliğini ya da başkalarıyla ilişkilerini anlamlı ölçüde bozar. Bu nedenle semptomların hastalık düzeyinde mi kişilik özellikleri boyutunda mı olduğuna karar vermek önemlidir.

2. AYIRICI TANI

2.1. Ayırıcı Tanıdaki Hastalıkları Sayar/Tanımlar

Semptomun ayırıcı tanısındaki hastalıklar semptomun özelliğine göre sınıflandırılır:

1. Yaygın anksiyete bozukluğu
2. Biriktiricilik
3. Hastalık kaygısı bozukluğu (Hipokondriyazis)
4. Beden algısı bozukluğu
5. Saç yolma bozukluğu (trikotillomani)
6. Dürtü denetimi bozuklukları
7. Genel tıbbi duruma ve madde kullanımına bağlı anksiyete bozuklukları
8. Sanrısız bozukluk
9. Tik bozuklukları
10. Obsesif kompulsif bozukluk
11. Obsesif kompulsif kişilik

1. Yaygın anksiyete bozukluğu: Son 6 aydır, günlük olağan olaylara karşı yoğun kaygı, endişe, gerginlik, uyku problemlerinin bir arada görüldüğü bir hastalıktır.

2. Biriktiricilik: Bu bireyler sahip olduklarını elden çıkartmakta ya da onlarla ilişkisini kesmede güçlük yaşar.

3. Hastalık kaygısı bozukluğu (Hipokondriyazis): Bu bireyler bedensel bir hastalıkları olduğunu düşünür dururlar. Kişinin vücut belirtilerini yanlış yorumlamasına bağlı olarak, ciddi bir hastalığı olacağı korkusunu ya da ciddi bir hastalığı olduğu düşüncesini taşıyıp durması ve yeterli tıbbi değerlendirme yapılmasına ve güvence verilmesine rağmen bu düşüncelerin sürüp gitmesi ile karakterize bir hastalıktır.

4. Beden algısı bozukluğu: Özellikle bedenin görünen yerleri olmak üzere dış görünümle yoğun bir zihinsel uğraşı söz konusudur.

5. Saç yolma bozukluğu (trikotillomani): Kişinin tekrarlayıcı olarak ve belirgin saçsız alanlar oluşturacak şekilde saçlarını yolmasıdır.

6. Dürtü denetimi bozuklukları: Kişinin kendisine ya da başkasına açıkça zararlı olabilecek eylemleri gerçekleştirme istek ve arzularına tekrarlayıcı bir biçimde karşı koyamaması ile yıkıcı davranım sorunları ile karakterizedir.

7. Genel tıbbi duruma ve madde kullanımına bağlı anksiyete bozuklukları: Altta yatan kafa travması, ensefalit, serebrovasküler olaylar ve madde kullanımı sonrası ortaya çıkmıştır.

8. Sanrısız bozukluk: Düşüncenin, takıntının ötesinde bir sanrı (kesin inanç) halini aldığı durumdur.

9. Tik bozuklukları: Yarı istemli, hızlı, tekrarlayıcı, ritmik olmayan, amaçsız basit ya da kompleks motor davranışlar ya da ses çıkartmalar şeklinde hareket bozukluklarıdır.

10. Obsesif kompulsif bozukluk: Obsesyon ve/veya kompulsyonların eşlik ettiği, kişide sıkıntıya yol açan, işlevselliği bozan, uzun seyirli psikiyatrik bir hastalıktır.

11. Obsesif kompulsif kişilik: Aşırı mükemmelliyetçilik, katı tutum ve davranışlar gösterme, aşırı sorumluluk, kontrolçülük, düzen ve titizlik özelliklerinin ergenlik döneminden itibaren olma durumudur.

2.2. Ayırıcı Tanıdaki Hastalıklarda Semptomun Özelliklerini ve Eşlik Eden Semptomları Sayar/Açıklar

1. Yaygın anksiyete bozukluğu: Gündelik rutin olaylar hakkında duyulan aşırı kaygı ve kuruntululuk vardır. Bazen kaygının şiddetiyle, kaygıya olan inanç aşırı değerlenmiş düşünce gibi klinikte gözlenebilir. Kaygı ve endişe yanında gerginlik, uyku düzensizlikleri ve konsantrasyon bozuklukları eşlik edebilir.

2. Biriktiricilik: Kişi gerekli olan ve olmayan hiçbir eşyasını elden çıkaramamakta ve bu konuda kendini engellemekte zorlanmaktadır. Bu durumu saçma olarak değerlendirmesine rağmen buna engel olamaz.

3. Hastalık kaygısı bozukluğu (Hipokondriyazis): Kişi hasta olduğu ya da hastalanacağı kaygısı ile sürekli zihinsel olarak uğraşmaktadır. Bu düşüncüyü zihninden atmakta zorlanmaktadır. İkna ve teyit için sürekli doktor arayışında ve tıbbi nedenleri sorgulama halindedir.

4. Beden algısı bozukluğu: Birey bozukluk olduğunu düşündüğü vücut bölgesi ile zihinsel olarak sürekli uğraş halinde olduğu gibi bozukluğun giderilmesi için tıbbi arayış içerisine girebilir.

5. Saç yolma bozukluğu (trikotillomani): Birey vücudunda saç veya kıl yolma konusunda kendini kontrol etmekte zorlanacak kadar tekrarlayıcı bir şekilde hareket etmektedir. Genelde yoğun anksiyete durumlarında yolma hareketi daha artmaktadır.

6. Dürtü denetimi bozuklukları: Yıkıcı davranım sorunları şeklinde kendini gösterir, kişi bu duruma karşı yoğun istek duymakta ve bunu zihinsel olarak düşünmekten ve yapmaktan kendini engellemekte zorlanmaktadır.

7. Genel tıbbi duruma ve madde kullanımına bağlı anksiyete bozuklukları: Genellikle kafa travmaları ve kafa içi patolojilerinden sonra ya da madde/ilaç kullanımlarından sonra ortaya çıkan obsesyonlardır. Temizlik, düzen, cinsel obsesyonlar şeklinde ortaya çıkabilir. Genellikle duygudurum değişiklikleri duruma eşlik edebilir.

8. Sanrısız bozukluk: Acayip nitelikte olmayan değiştirilemez inanç şeklinde gözlenir. Kişinin bu düşünceye karşı iç görüşü yoktur. Zihinsel olarak bu düşünce ya da inançla uğraşıp durmaktadır.

9. Tik bozuklukları: Tekrarlayıcı istemsiz yapılan bu hareketleri kişi engellemekte zorlanır, bu yüzden ciddi rahatsızlık hisseder. Tekrarlayan bu hareketleri yapmakla ilgili karşı konulmaz bir istek veya dürtü vardır.

10. Obsesif kompulsif bozukluk: Hem obsesyon hem kompulsyonların eşlik edebildiği gibi bazen sadece obsesyonlar

eslik etmektedir. Kişi obsesyonları ile zihinsel açıdan aşırı uğraşı sarf eder, gününün büyük kısmını bu düşünceler kaplar, bu nedenle günlük işlevselliği bozulacak düzeye gelir.

11. Obsesif kompulsif kişilik: Düzen, titizlik, aşırı sorumluk ve mükemmeliyetçilik şeklinde kendini gösterir, ancak kişinin işlevselliği korunmuştur, bu özelliklerden dolayı rutinini bozacak ciddi zaman kaybı yaşamamaktadır.

2.3. Ayırıcı Tanıdaki Hastalıklarda Yapılması Gereken Muayeneleri Belirleyerek Eşlik Edebilen Bulguları Sayar/Açıklar

Ayırıcı tanıdaki temel yaklaşım, obsesyonun istem (irade) dışı oluşması, kişiyi rahatsız-huzursuz etmesi, zihinden uzaklaştırmak için yoğun ve yorucu bir çaba gösterilmesi ve istemli bir çabayla uzaklaştırılamayışı, kişiye yabancı olmasıdır. Diğer saydığımız hastalıkların belirtilerinde bu özellikler bulunmaz; ne var ki zaman zaman o hastalıkların beraberinde obsesif kompulsif bozukluk da bulunabilir, bu durumda her iki tanı birden konur.

Ayırıcı tanıda hastanın yakından ve sık aralıklarla izlenmesi, soy geçmişi, hangi tedaviye olumlu yanıt verdiği hususları da önem taşır.

1. Yaygın anksiyete bozukluğu: Birçok olay ya da etkinlik hakkında (işte ya da okulda başarı gibi) aşırı anksiyete ve endişe duyma beraberinde kas gerginliği, sinirlilik, konsantrasyon güçlüğü, huzursuzluk, uyku bozukluğu gibi belirtiler gözlenir.

2. Biriktiricilik: Kişinin biriktirdiği nesnelerin genelde değerini düşünmeden elden çıkarmakta zorlanır, sürekli gerekli olacağını düşünerek biriktirmeye devam etmektedir. Bazen bu hastaların ev ve iş yerleri hareket edilemeyecek hale gelebilir.

3. Hastalık kaygısı bozukluğu (Hipokondriyazis): Bedensel yakınmalar, bedensel yakınmalara karşı yoğun endişe duyma ve sık doktor başvurusu vardır.

4. Beden algısı bozukluğunda: Bedensel bir görünümü hakkında endişeleri ve bununla ilgili doktor başvuruları ve bazen sık operasyon öyküsü gözlenir. Genelde bu zihinsel uğraşısının anlamsızlığı konusunda zayıf bir iç görüşleri vardır.

5. Saç yolma bozukluğu (trikotillomani): Saçlarında ya da kıl olan vücut bölgelerinde açık alanlar gözlenir. Dürtüsellik ve yolma davranışına karşı engellenemez bir istekleri mevcuttur.

6. Dürtü denetimi bozuklukları: Dürtüsellik ve yaptıkları eylem öncesinde aşırı bir haz ve heyecan duyma gözlenir.

7. Genel tıbbi duruma ve madde kullanımına bağlı anksiyete bozuklukları: Kafa travması öyküsü, bilinç değişiklikleri, hafıza sorunları, duygudurum değişiklikleri gibi belirtiler görülebilir.

8. Sanrısız bozukluk: İzlenme, zehirlenme, hastalık bulaşması, uzaktan sevilme veya eşi ya da sevgilisi tarafından aldatılıyor olma veya bir hastalığa sahip olma gibi mantıklı düşünceyle değiştirilemeyen yanlış inançlar gözlenir. Mevcut düşüncesi hakkında iç görüşü yoktur. Sanrılar sistematiktir, hastanın günlük yaşamında işlevselliğini aşırı düzeyde bozacak nitelikte olmayabilir. Beraberinde depresif belirtiler sanrılara bağlı gelişebilir.

9. Tik bozuklukları: Tekrarlayıcı hareketleri engellemekte zorlanma, ve rahatsızlık duyma vardır.

10. Obsesif kompulsif bozukluk: Tekrarlayıcı, istemsiz gelen düşünce ve davranışlardan kişi rahatsızlık, yoğun anksiyete duymaktadır. Engellemek için yoğun çaba sarfeder, ya da başka bir eylem veya düşünce ile durumdan kurtulmaya ve rahatlamaya çalışır. Bu eylemler, tekrarlayan hareketler, sayı sayma, dua okuma şeklinde kendini gösterebilir.

11. Obsesif kompulsif kişilik: Genellikle ergenlik döneminden itibaren yaşam şekli haline gelmiştir. Ancak bu kişilik özellikleri obsesyon ve kompulsiyon şeklini almamış ve işlevselliğini bozmamıştır.

2.4./2.5. Ayırıcı Tanıdaki Hastalıklara Göre Öncelikle İstenmesi Gereken Laboratuvar/Görüntüleme Testlerini Belirleyerek Beklenen Bulguları Sayar/Açıklar

Obsesyonun ayırıcı tanısında genel tıbbi durum ve madde kullanımına bağlı anksiyete bozukluklarında, idrar ve kan madde metabolitleri, genel laboratuvar tetkikleri, genel fiziksel muayene dışında özellikli testlerden söz edilemez.

3. TEDAVİ-SEVK

3.1. Semptomun Semptomatik Tedavisinin Endikasyonunu Belirler/Uygulamalarını Yapar

Öncelikle hastanın ayrıntılı değerlendirilmesi, sorununun yeterince tartışılması gerekir.

Obsesyon acil bir tıbbi durum olmamakla beraber hastaların yıllarca bu tür düşüncelerini utanç ve suçluluk nedeniyle kendilerine sakladıkları, gitgide tahammül edemez hale geldikleri, depresyon ve intihar düşünceleri geliştirebildikleri unutulmamalıdır. Obsesyon semptomu olan hastalarda depresif belirtiler eklenmiş ve suicidal düşünceler varsa hasta mutlaka yatırılarak tedavi ve gözlem altına alınmalıdır. Yoğun obsesyonlar anksiyete ve huzursuzluk semptomları ile beraber görülebilir. Bu nedenle hastanın anksiyetesi yoğun ise klonazepam gibi anti obsesyonel etkisi de olan benzodiazepinler 0,5-1 mg oral verilebilir.

3.2. Semptomun Acil Durum ve Sevk Kriterlerini Belirler/Uygulamalarını Yapar

İntihar eğilimi acil durum arz eder, ciddi bir eğilim söz konusu olması halinde hastanın kapalı bir kliniğe sevkı uygundur. Obsesyonların ayırıcı tanısı yapıldıktan sonra psikiyatrik nedenler düşünülüyorsa bir psikiyatri uzmanının tedavi etmesi gerekmektedir.

KAYNAKLAR

1. DSM-5 Tanı Ölçütleri. Başvuru Elkitabı. Amerikan Psikiyatri Birliği. Çev. Ertuğrul Köroğlu. Hekimler Yayın Birliği. 2014, Ankara.
2. Anksiyete Bozuklukları, Ed: Raşit Tükel, Tunç Alkın, TPD yayınları, Ankara, 2006.

AJİTASYON

Doç. Dr. Filiz İzci, Uzm. Dr. Didem Beşikçi

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

GİRİŞ

Ajitasyon kişinin, yakınlarının ve/veya tedavi ekibinin güvenliğini tehlikeye sokan, tıbbi bakımı engelleyen, kişinin işlevselliğini bozan, sesli, sözlü ve/veya motor davranışlar kümesidir. Saldırganlık, şiddet, kırıp dökme gibi davranışlardan oluşabileceği gibi; tekrarlayıcı sorular veya adımlama gibi normal bir davranışın anormal bir biçimde tekrarlanması şeklinde de görülebilir. Diğer bir ifade ile ajitasyon; yıkılmış, anksiyöz, gürültülü, koopere olmayan, tehditkar, agresif, saldırgan, ve/veya şiddet gösteren bireyi tanımlamaktadır.

ETİYOLOJİ VE PATOGENEZ

Ajitasyonun fizyopatolojisi tam netleşmiş olmamakla beraber; dopaminerjik, serotonerjik, noradrenerjik ve gama amino bütirik asit (GABAerjik) sistemlerinde ortaya çıkan düzensizlikler bu duruma zemin hazırlamaktadır. Genellikle, dopaminerjik veya noradrenerjik aktivasyonu azaltan veya serotonerjik veya GABAerjik aktivasyonu artıran ajanlar, genellikle etiyolojiden bağımsız olarak, ajitasyonu azaltıyor olması bu sistemlerin rolünü düşündürmektedir.

KLİNİK

Ajitasyon başlama şekil ve süresine göre akut, dalgalı bir seyir göstermektedir. Akut ajitasyon hemen hemen tüm psikiyatrik hastalıklarda görülebilen, zaman zaman klinik tabloya eşlik edebilen ve kişinin toplum içi uyumunu bozan sözlü veya motor bir dizi yıkıcı davranışlar kümesidir. Tedavi ile belirli bir süre sonra geçtiği bilinmektedir. Hasta kontrol altına alınmadığı takdirde hayati tehlike gösteren klinik durumların oluşmasına da yol açabilmektedir. Ajitasyon genellikle akut başlamakla birlikte, dönem dönem şiddeti ve süresi azalıp artabilmektedir. Ajite hastada; saldırgan davranış ve düşünceler açıkça ortaya konulabildiği gibi, gizlenebilir ya da birey bu tür impuls ve düşüncelerinin bilincinde değildir. Bazılarında ise, saldırgan davranışlar sık tekrarlar gösterebilen bir yaşam ve ilişki biçimi halinde ortaya çıkabilir. Hasta dış kontrole olumlu ve istekli bir tutum içinde olabileceği gibi karşıda koyabilir. Bazen hasta, kontrolünü kaybedip saldırgan davranışlarda bulunabileceği

korkusu ile başvurur, bazen de müphem somatik yakınmalarla başvurabilir. Diğer taraftan bir grup hasta ise; şiddet ve güç gösterisinden haz duyarlar, sonuçlarından pişmanlık duymayabilirler, bunlar daha çok alkol-madde bağımlılığı olan hastalardır.

Ortaya çıkacak ajitasyonun/şiddetin belirleyicileri şunlar olabilir: Tehditkar ve yüksek ses tonu ile konuşmak, aşırı uyanıklık, korkulu/dehşetli bakış, tremorlar, terleme, volta atma, yumruklarını-dişlerini-ellerini sıkma gibidir. Hastaların sergileyebileceği şiddet davranışı çılgılık atma, küfretme, bağırma, ısırma, tükürme, nesneleri fırlatma, tekmeleme, vurma veya saldırma şeklinde olabilir.

Bireyin yaşam biçimindeki değişiklikleri frustrasyon, gerginlik yaratır. Bu nedenle hastada gerginlik yaratacak durumlar ve bunların tepkileri araştırılmalıdır. Birine karşı olumsuz, öfkeli, düşmanca duygu ve düşüncelerinin var olup olmadığı gözden geçirilmelidir.

Geçmişte saldırgan davranış örneklerinin varlığı yine önemli bir özelliktir. Ayrıca; saldırganlık genelde öğrenilmiş bir davranış olabilir. Çocuklukta şiddete maruz kalma, hırpalanma ya da sevecen olmayan bir ortamda büyüme saldırgan davranışlara zemin hazırlar.

Bazı ruhsal hastalıklarda dürtü kontrolü azalır. Muhakeme ve gerçeği değerlendirme yeteneği azalır. İrritabilite görülür ve bütün bunlar saldırganlığı hazırlayabilir. Muhakeme bozukluğu, dürtü kontrol yetersizliği belirlenmelidir. Başkalarına zarar vermeyi emreden halüsinasyonların varlığı tehlike işaretidir. Bunun yanı sıra; sosyal çevrenin, yani aile ve arkadaşlarının durumu değerlendirilmesi de önemlidir. Yakınları bazen hastayı kışkırtan davranışlarda bulunabilirler.

TANI

Kimin şiddet davranışı göstereceği, kimin göstermeyeceğini önceden belirleyebileceğimiz açık ve belirgin ölçütler yoktur. Yapılması gereken, potansiyel şiddet için risk faktörlerini tanımlamak ve risk faktörleri çoksa ya da ciddiye önleyici tedbirler almaktır.

Saldırganlık için risk faktörleri olarak şunları sayabiliriz:

- Önceden dürtüsellik veya şiddet öyküsünün olması,
- Alkol ve ilaç (madde) kullanımı,

- Organik mental bozukluklar; organik kişilik, deliryum, paranoid hezeyanlar,
- Psikozlar; özellikle şizofreni, bipolar afektif bozukluk (manik dönem),
- Antisosyal ve borderline kişilik,
- Demografi özellikler; 15-25 yaş arasında, erkek, yoksul, düşük sosyo-ekonomik çevrede ve şiddetin günlük yaşamın parçası olduğu bir çevrede yaşamak,
- Silahlar; bilgi, beceri ve ulaşılabilirlik,
- Yaralanmaya neden olabilecek diğer aletler,
- Son dönemde yaşanan gurur kırıcı yaşam olayları,
- Son dönemdeki yaşam olayları, kendisini cesur-atak-korkusuz hissetmedir.

Ajite olan ve saldırgan davranış gösterebileceği düşünülen hastaların tanınmasında hızlı adımlama, psikomotor ajitasyon, tehdit edici konuşmalar, gergin, atılmaya hazır bir duruş, aralıklı patlayıcı davranışlar, çevreye karşı aşırı ve seçici dikkatlilik, şüphecilik, paranoid düşünce, silah taşıma, dürtü denetim zayıflığı, engellenme direncinin düşüklüğü, duygusal oynaklık, öfkeli ve dürtüsellik yardımcı olabilir. Bu hastalara Cohen-Mansfield Ajitasyon envanteri, Açık Saldırganlık ölçeği, Geçmişe Dönük Açık Saldırganlık ölçeği, Agresyon Risk Profili, Ajitasyon Sakinlik Değerlendirme ölçeği, Buss-Perry Agresyon ölçeği gibi yapılandırılmış ölçekler uygulanabilir. Bunun yanı sıra, uzmanlar tarafından belirlenen klinik bulgular tanıya götürmektedir.

AYIRICI TANI

Ajitasyon birden fazla organik nedenli hastalıklar sırasında çıkabileceği göz ardı edilmektedir. Ajitasyon akut başlangıçlı ve dalgalı seyreden bir semptom olması sebebiyle, altta yatan nedenden ziyade sadece semptomun giderilmeye çalışılması tanı atlanmasına ve tanı karmaşasına neden olabilmektedir. Ayırıcı tanıda aşağıdaki durumlar göz önüne alınmalıdır:

1. Tıbbi durumlar:

- Kesilme sendromu (alkol, benzodiazepin, barbitürat vb.),
- Entoksikasyonlar (alkol, benzodiazepin, amfetamin, kafein, kokain vb.),
- Demans,
- Deliryum,
- İlaçlar,
- Epileptik nöbetin iktal, post-iktal ve inter-iktal dönemi.

2. Psikiyatrik durumlar:

- Antisosyal kişilik bozukluğu,
- Borderline kişilik bozukluğu,
- Davranım bozukluğu,
- Disosiyatif bozukluklar,
- Travma sonrası stres bozukluğu,

- Premenstrüel disforik bozukluk,
- Şizofreni, paranoid tip,
- Duygudurum bozukluklarıdır.

1. Tıbbi Durumlar

a. Kesilme sendromu (alkol, benzodiazepin, barbitürat vb.): Ajitasyona eşlik eden alkol ya da bağımlılık yapan ilaç kullanımı ve ani kesilme öyküsü vardır. Hastada terleme, ellerde titreme, yoğun anksiyete, huzursuzluk, uykusuzluk ve bilinç değişiklikleri görülebilir.

b. Entoksikasyonlar (alkol, benzodiazepin, amfetamin, kafein, kokain vb.): Ajitasyona eşlik eden alkol ya da bağımlılık yapan ilaç kullanımı öyküsü vardır. Hastada bulantı-kusma, bilinç değişiklikleri, sedasyon, denge kaybı gibi belirtiler görülebilir.

c. Demans: Hafıza sorunları, dikkat bozukluğu, yazı yazma ve konuşma becerisinde bozulma ile seyretmektedir. İlerleyici bir seyri olmakla birlikte, ajitasyon hastalığının daha çok ileri dönemlerinde görülebilir.

d. Deliryum: Bilinçte açılıp kapanmalarla giden bilinç değişiklikleri, yer, zaman, kişi oryantasyonunda bozulma, anlamsız konuşma ve anlamsız hareketler gözlenebilir.

e. İlaçlar: Ajitasyona neden olabilecek yan etki ya da yüksek doz almaya bağlı yakın zamanda alınmış olan ilaç kullanım öyküsü vardır.

f. Epileptik nöbetin iktal, post-iktal ve inter-iktal dönemi: Epileptik nöbet öncesinde ve sonrasında ortaya çıkan, bilinç değişikliklerinin de eşlik ettiği davranış değişikliklerine bağlı olarak ajitasyon benzeri semptomlar ortaya çıkabilmektedir.

2. Psikiyatrik Durumlar

a. Antisosyal kişilik bozukluğu: Sosyal ilişkilerde bozulma, kişiler arası ilişkilerde tutarsızlık, tepkisellik, yasal kurallara uymakta zorlanma, toplumsal aykırı davranışlar gösterme gözlenebilir.

b. Borderline kişilik bozukluğu: Kişiler arası ilişkilerde aşırı duyarlılık, tepkisellik, kendine zarar verme girişimleri, dürtüsel davranışlar gözlenebilir.

c. Davranım bozukluğu: Fiziksel zarar verme, kavgacılık, eşyalara zarar verme gibi dürtüsel yıkıcı davranışlar saptanabilir.

d. Disosiyatif bozukluklar: Amnestik dönemler, konversif bulgular, dönemseller motor ve duyu kayıpları, çoklu kişilik özellikleri saptanabilir.

e. Travma sonrası stres bozukluğu: Travmatik olaydan sonra başlayan gerginlik, uykusuzluk, flashback, kabus görme, anksiyete ve aşırı irkilme gibi belirtilerle seyretmektedir. Hastada travmatik anılar ve benzeri durumlarla karşılaşıldığında gerginliğe bağlı dönemseller ajitasyon benzeri semptomlar ortaya çıkabilmektedir.

f. Premenstrüel disforik bozukluk: Duygusal labilite, aşırı gerginlik, tepkisellik, uyku iştah değişiklikleri, anksiyöz duygulanım vardır.

g. Şizofreni, paranoid tip: Paranoid düşünceler, işitsel görse halüsinasyonlar, dezorganize konuşma ve hareketler gözlenir.

h. Duygudurum bozuklukları: Epizodik olarak görülen aşırı keyifli ya da sinirli dönemlerin dışında depresif dönemlerle gider, epizodlar arasında normal duygudurum dönemleri vardır.

TEDAVİ VE PROGNOZ

Ajitasyonun tedavisi temel olarak altta yatan hastalığa göre olmalıdır. Eğer ayırıcı tanı belirlenmemişse tedavi bu durumdan bağımsız olarak düzenlenmelidir. Ajitasyonun erken evrelerinde hastanın değerlendirilmesi ve gereken önlemlerin alınmasıdır. Eğer hasta diğer kişileri tehdit etmeye başlamışsa hareket kararı verilmelidir ve kural "hızlı hareket etmek" olmalıdır.

Saldırgan hastaların tedavisinde dört basamaklı bir yaklaşım uygulanmalıdır. Çevresel düzenleme, yatıştırma, bedensel tespit veya tecrit ve farmakolojik yaklaşımdır.

Çevresel düzenleme: Ajite bir hastayla karşı karşıya kalındığında diğer hastaların ve çalışanların güvenliği sağlanmalıdır. Hastanın konforu, hasta yakınlarının uzaklaştırılması, bekleme süresinin azaltılması, çalışanların davranışları, azalmış uyaranlar gibi çevresel değişkenler denetlenebilir özelliklerdir. Kişinin dışsal uyarılardan arındırılması ve sessiz bir oda önemlidir.

Yatıştırma: Potansiyel şiddet durumunu azaltmada tüm sözel ve sözel olmayan teknikler içerisinde ilk olarak kullanılması gereken yöntem sözel yatıştırma olmalıdır. Çalışanlar hastaya amaçlarının onun iyi olmasını, güvenliğini sağlamak olduğunu ve durumun denetimleri altında olduğunu hissettirmelidirler. Tırmanmayı yatıştırma girişimleri; kişisel alana saygı gösterilmesi, kışkırtıcı olmama, sözel iletişimin kurulabilmesi, açık ve net olma, hastanın dinlenmesi, istek ve duygularının belirlenmesi, koşul ve kuralların ortaya konması, sınır çizilmesi, seçenek sunulması, hastayla ve tedavi ekibiyle sürecin gözden geçirilmesi şeklinde olmalıdır. Hastayla sakin, kontrollü, kışkırtıcı olmayan ve yatıştırıcı ses tonuyla konuşmalıdır. Hastayla aralarında bir güvenlik mesafesi kalacak şekilde ve her an çağrı düğmesine basabilecek şekilde durmalıdırlar.

Tecrit ve tespit: Tecrit ve tespit tehlikeli davranışlara karşı kullanılacak son seçenektir. Bu yöntemler hiçbir zaman cezalandırma amacıyla, çalışanların rahatı için veya bir tedavi programının yerine kullanılmamalıdır. Her zaman hastanın hakları, saygınlığı ve mahremiyeti korunmalıdır. Eğer tecrit veya tespit kararı verilecekse tedavi ekibi bu uygulamaların faydasını değerlendirmelidir ve bu uygulama için yeterli ve eğitilmiş personel kullanılmalıdır. Tespit sırasında hastanın fizyolojik gereksinimleri engellenmeyecek şekilde, örneğin; kan dolaşımını bozmayacak şekilde yapılmasına özen gösterilmelidir. Hastanın yalnız bırakılmamasına, vital bulgular açısından her 15 dakikada bir hemşire izleminin yapılmasına dikkat edilmelidir. Başkasına ve kendisine zarar riski olan hastaya tecrit yerine koşullar uygunsa tespit daha uygun olacaktır.

Farmakolojik tedavi: Psikofarmakolojinin temel amacı hastada belli bir düzeyde sedasyon sağlayarak yıkıcı ve saldırgan davranışları kontrol altına almaktır. Saldırgan ya da ajite hastanın farmakolojik tedavisi bazı durumlarda ana tedavi olarak uygulanabileceği gibi bazen yatıştırma ve öteki çabalara ek olarak kullanılır. Tehlikeli davranışlar tüm çabalara rağmen oldukça yoğun ve hala devam ediyorsa, farmakolojik tedavi uygulanmalıdır. Mümkünse hastaya tedavinin tipi ve nedenleri anlatılmalıdır. İdeal olan, hastanın istemli olarak ilacı kabul etmesidir. Özellikle, oral ilaç kullanılması hastanın yeniden denetimini ve saygınlığını kazanması açısından önemlidir, ancak mümkün değilse parenteral yol seçilmelidir. Eğer kas içi uygulama yolu seçilecekse güvenlik personeli ve başka çalışanlar da bulunmalıdır. Geleneksel yaklaşımda haloperidol ve/veya lorezepam ya da atipik antipsikotikler kullanılmaktadır.

KAYNAKLAR

1. Semptomlar ve Klinik Durumlar. Taşçı Aİ (Ed). Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul; 2019.
2. Psikiyatri Temel Kitabı. Köroğlu E, Güleç C (Eds). Hekimler Yayın Birliği, Ankara; 2007.
3. Ruh sağlığı ve bozuklukları. Öztürk MO, Uluşahin NA. Nobel Tıp Kitabevi, Ankara; 2016.

ALKOL VE MADDE KULLANIM BOZUKLUKLARI

Doç. Dr. Rabia Bilici¹, Dr. Öğr. Üyesi. Başak Ünübol¹, Dr. Öğr. Üyesi. Fatma Kantaş Yılmaz²

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, İstanbul, Türkiye

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, İstanbul, Türkiye

GİRİŞ

Bağımlılık kişinin ruhsal, bedensel, sosyal ve mesleki yaşamına zarar veren, tekrarlarla giden karmaşık bir hastalıktır. Bağımlılık, keyif verici etkilerini duyumsamak veya yoksunluğundan kaynaklanan huzursuzluktan kaçınmak için, sürekli veya periyodik olarak madde alma arzusu ve eşlik eden bazı davranış bozukluklarıyla karakterize bir beyin hastalığıdır.

EPİDEMİYOLOJİ

Birleşmiş Milletler Uyuşturucu ve Suç Ofisi'nin 2017 yılındaki raporuna göre, dünya genelinde, 15-64 yaş arası bireylerin %5'inin yani yaklaşık 250 milyon kişinin hayatının herhangi bir döneminde en az bir kez madde kullandığı tahmin edilmektedir. EMCDDA 2019 yılındaki raporunda; Avrupa Birliği'nde yaklaşık 96 milyon kişinin veya yetişkin nüfusun %29'unun (15-64 yaş aralığı) yaşamının bir döneminde yasa dışı maddeleri denediği belirtilmiştir. Madde kullanımı, küresel hastalık yüküne katkıda bulunmakta, yüksek doz kullanım gibi akut zararlara, bağımlılık ve bulaşıcı hastalıklar gibi kronik sorunlara yol açmaktadır. Birleşik Devletler'de önlenebilir ilk on ölüm nedeni arasında sigara, alkol ve madde kullanımı yer almaktadır. Sigara kullanımı önlenebilir ölüm sebeplerinin başında gelmektedir. Ülkemizde 2011 yılında genel nüfus örnekleminde yapılan araştırmada esrar dahil herhangi bir maddeyi yaşam boyu en az bir kez deneyenler 15-64 yaş grubunda %2,7, 15-16 yaş grubunda ise %1,5 olarak belirlenmiştir (Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi).

ETİYOLOGENEZ

Tüm hastalıklarda olduğu gibi bağımlılık için de riski artıran çeşitli faktörler söz konusudur.

Madde bağımlılığının etiolojisini tanımlamak için birçok teori önerilmiştir. Bu teoriler sosyal, psikolojik ve biyolojik olmak üzere sınıflandırılabilir ve ilişkili bazı faktörler bağımlılık riskini önemli ölçüde artırmaktadır.

Risk Faktörleri Arasında Öne Çıkan Başlıklar

Ergenlik dönemi: Bağımlılık yapan maddelerle ilk temasın ve deneme sıklığının en yüksek olduğu bir dönemdir. Hormonal ve fiziksel değişiklikler ile birlikte, duygudurumda ortaya çıkan değişiklikler tepkiselliğe ve risk almaya yatkın bir dönem ortaya çıkmaktadır. Özellikle bu dönemdeki gençlerde ailenin koyduğu kurallara isyan etme, otorite ile çatışma, çabuk öfkelenme ve öfke kontrol güçlüğü görülebilmektedir.

Sosyal faktörler: Aile ortamından uzak kalma, aile içi şiddet ve geçimsizlik gibi durumlarda bağımlılık yapıcı maddeleri deneme oranları artmaktadır. Spor, sanat, faydalı hobiler ve sosyal faaliyetlerin teşvik edilmemesi veya kısıtlanması da bağımlılık riskini artırabilmektedir. Aşırı baskıcı tutumu karşısında kendisini yeterince ifade edememe, sosyal çevre ile sağlıklı bir iletişim kuramama da maddeleri deneme sıklığını artırabilmektedir.

Kişisel özellikler: Bağımlılıkta antisosyal, borderline ve pasif agresif kişilik bozukluklarına sık rastlanıldığı belirtilmektedir. Heyecan arama, yenilik arayışı, dürtüsellik, sosyal uyumsuzluk gibi özelliklerin alkol kullanımına başlamada etken olduğu belirtilmektedir. Bağımlılığın gelişmesine neden olan etkenler arasında ego güçsüzlüğü de belirtilmektedir.

Genetik yatkınlık: Ailesinde bağımlılık öyküsü olanlarda buna bir yatkınlık olduğu aile çalışmaları, ikiz çalışmaları, evlat edinme çalışmaları ile genetik araştırmalarda gösterilmektedir. Dopamin D2 reseptör eksikliği belirtilmiştir. BDNF'nin alkol bağımlılığına yatkınlığa etkisi olabileceği bildirilmektedir. Alkolizm ile *DRD4*, *COMT* gen polimorfizmi, adenilat siklaz aktivitesi düşüklüğü arasında, *DRD1* ve *DRD3* gen polimorfizmi ile madde bağımlılığı arasında ilişki gösterilmiştir.

KLİNİK

Maddelerin kronik olarak kullanımı, maddenin niteliğine, kullanılan doza, süreye ve maddenin alınış yoluna göre ciddi fiziksel ve ruhsal hastalıkların gelişimine neden olmaktadır. Bulaşıcı hastalıklar, ciddi karaciğer ve böbrek hastalıkları, beyin hasarları, psikozlar ve kanserlerin görülme sıklığının bağımlı

kişiler arasında yüksek olduğu gösterilmiştir. Madde bağımlılığı ile birlikte en sık görülen ruhsal hastalıklar arasında depresyon, anksiyete ve psikotik bozukluklar yer almaktadır.

Kişiler bağımlılık yapıcı maddeleri daha çok kaygı giderici ve rahatlatıcı etkileri nedeniyle kötüye kullanılmaktadırlar. Ancak bu maddelerin özelliğine ve kişinin yatkınlığına göre değişebilen kısa bir sürede maddeye karşı şiddetli bir istek oluşmaya başlar. Giderek maddeye karşı aşırma düzeyinde bir isteğe dönüşür ve kişide zorunluluk haline gelir. Bu süreçte maddenin başlangıçtaki keyif verici etkilerine tolerans gelişmeye başlar. Kullanıcı daha fazla madde almak zorunda kalır ve bağımlılık gelişir. Maddenin belirli bir süre kullanımının ardından ani olarak kesilmesini izleyen dönemde ortaya çıkan yoksunluk belirtileri bağımlılık gelişiminin göstergeleri arasındadır. Kişi bundan sonra “keyif almak için değil” “kriz yaşamamak” için madde alımını sürdürür. Bireyler geri dönüşü oldukça güç kısır bir döngüye girmiş olurlar.

Maddelerin Zehirlenme ve Yoksunluk Bulguları

Alkol: Etil alkol alındığı miktara ve kandaki düzeyine bağlı olarak ruhsal uyarılma halinden koma ve ölüme kadar değişen etkilere neden olur.

Yoksunluk belirtileri: Uzun süreli alkol kullanımının bırakılması veya azaltılması sonrasında bazı ruhsal ve fiziksel belirtiler ortaya çıkmaktadır. Bu belirtilerin şiddeti ve süresi kullanılan alkol miktarına, süresine ve kişiye göre değişir. En sık görülen yoksunluk bulguları arasında huzursuzluk, kaygı, terleme, hipertermi, titreme, baş ağrıları, mide bulantısı, uyku bozuklukları, taşikardi, hipertansiyon, epileptik nöbetler, işitsel, görsel veya dokunsal algı bozuklukları, “delirium tremens” yer alır.

Zehirlenme belirtileri: Kişinin aldığı alkol miktarına göre, anormal fiziksel davranışlar, konuşmada bozulmalar, aşırı sarhoşluk hali veya alkol koması olması durumunda alkol zehirlenmesi meydana gelir ve ölümlle sonuçlanabilir.

Esrar: Esrarın aktif ana maddesi Delta-9-tetrahydrocannabinol olarak bilinmektedir.

Zehirlenme belirtileri: Aşırı ağız kuruluğu, renkleri canlı ve hareketli görme, gülme krizleri, zaman-mekansal algının yitirilmesi ve film kopması şeklinde bellek kaybı yaygın olarak görülmektedir.

Yoksunluk belirtileri: Huzursuzluk, titreme, uykusuzluk, aşırı sinirlilik, iştahta azalma, kilo kaybı gibi belirtiler yaygın olarak gözlenmektedir.

Sentetik kannabinoid: Laboratuvar ortamında üretilen bir grup kimyasal maddedir. Sentetik uyuşturucular genel olarak, Avrupa’da “Spice”, ABD’de “K2”, Türkiye’de ise “Bonzaï” ya da “Jamaika” olarak adlandırılmaktadır.

Zehirlenme belirtileri: Ağız kuruluğu, gözlerde kızarıklık, sersemlik, uykuya meyil, taşikardi, hipertansiyon, göğüs ağrısı, kusma, nöbet görülebilir. Kalp, dolaşım, böbrek sistemi ve beyin üzerine hayati sonuçlara yol açabilecek olumsuz etkileri

olabilmektedir. Ayrıca huzursuzluk, intihar düşünceleri, psikotik belirtiler gibi ruhsal bulgular da görülebilmektedir.

Yoksunluk belirtileri: Huzursuzluk, uykusuzluk, kaygı bozukluğu, kusma, karın ağrısı, çarpıntı, terleme, sinirlilik, iştahsızlık, baş ağrısı en yaygın olanlarıdır.

Eroin: Afyon haşhaşından elde edilen uyuşturucu özelliği taşıyan maddelere opioid denir. Opioidler arasında afyon sakızı, morfin, kodein, heroin, vb. yer alır.

Zehirlenme belirtileri: Yüksek doz heroin kullanımının en korkulan sonucu solunum sisteminin baskılanması ve buna bağlı ölümdür. Zehirlenme belirtileri arasında küçülmüş (toplu iğne başı kadar) göz bebekleri, yavaş solunum, beden ısısında azalma, tansiyon düşüklüğü, kalp atışlarının yavaşlaması, koma ve ölüm görülebilmektedir.

Yoksunluk belirtileri: Eroin yoksunluğu ıstırap verici bir tablo olup ciddi düzeyde rahatsızlık verir. En son heroin kullanımından 6-12 saat sonra başlar ve 26-72 saat içinde en şiddetli seviyeye ulaşır. Birçok kişide 7-10 gün içinde sonlanır. En yaygın olarak esneme, göz ve burun akıntıları, terleme, bulantı, kusma ve ishal, kas ve kemik ağrıları, titremeler, nefes almada güçlük, göz bebeklerinde büyüme, şiddetli uykusuzluk gibi belirtiler bulunmaktadır.

Ekstazi: Ekstazi (3-Metilen Dioksi Metamfetamin) bağımlılık yapan yasadışı maddeler arasında yer alan bir amfetamin türevidir.

Yoksunluk belirtileri: Baş ağrısı, baş dönmesi, bitkinlik, boşluk duygusu, depresyon, kaygı atakları, uyku bozuklukları, iştah bozuklukları gibi belirtiler ortaya çıkmaktadır.

Zehirlenme belirtileri: Yüksek doz ekstazi kullanımı sırasında dinlenmeden aralıksız hareket edildiğinde, vücut ısısı çok arttığında ve hiç sıvı alınmadığında kalp/damar sorunları olan kişilerde hayati tehlikeler oluşur. Aşırı derecede su alındığında ise kanda sodyum miktarının düşmesiyle birlikte beyinde ödem oluşarak ölümlle sonuçlanabilir. Ekstazinin başka ilaçlarla birlikte kullanılması kalbin hızlı çarpmasıyla birlikte tansiyonun çok yükselmesine neden olabilir. Aşırı uyarılma sonucuna bağlı olarak kalp krizi ve beyin kanaması görülebilir.

Amfetamin: Amfetaminler uyarıcı ve halüsinasyon yapıcı özelliği olan sentetik maddelerdir.

Zehirlenme belirtileri: Kullanımdan kısa süre içinde etkileri görülür. Taşikardi, ritm bozuklukları, hipertansiyon ile kanamalara yol açabilir. Ayrıca hipertermi, midriazis, titreme, ağızda kuruluk, bulantı, iştahsızlık görülebilir. Uyku bozuklukları, varsanılar ve şüphecilik oluşabilir. Etkisi geçtiğinde ise hayal kırıklığı, enerjide azalma, çökkünlük ortaya çıkar.

Yoksunluk belirtileri: İki-dört gün arasında çok şiddetlidir ve yaklaşık bir haftaya kadar sürebilir. Yaygın olarak baş ağrısı, terleme, mide ve kas krampları, kaygılı ruh hali, mutsuzluk, aşırı çökkün ruh hali, güçsüzlük, kabuslar gibi yoksunluk belirtileri ortaya çıkmaktadır.

Kokain: Çok kısa sürede bağımlılık yapan yasa dışı maddeler arasında yer alır. Sadece bir kere kullanıldığında bile bağımlılık yapabilmektedir.

Kokain zehirlenmesinde: Midriazis, solunum güçlüğü, göğüs ağrısı, kalpte ritm değişikliği, tansiyonda düzensizlik buna bağlı olarak kalp krizi, beyin kanaması ve ani ölüm görülebilir. Sadırganlık, kuşkuculuk, varsanılar gibi ruhsal belirtiler ortaya çıkabilir.

Yoksunluk belirtileri: Kullanımdan hemen sonra ortaya çıkan enerji artması, abartılı coşkunluk hali, özgüven artışı, hızlı bir düşüşle yerini ruhsal çökkünlük, halsizlik, güçsüzlük, çok uyuma, mutsuzluk, huzursuzluk, yorgunluk, sinirlilik, iştah artmasına bırakır.

TANI

Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı-5'in kriterlerine göre on iki aylık süre içinde aşağıdakilerden en az ikisi kendini göstermeli, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ve işlevsellikte düşmeye yol açmalıdır.

- Maddenin istenildiğinden daha büyük miktarda veya uzun süreli kullanımı,
- Maddeyi bırakmak veya kontrol altında tutmak için istek olmaması veya sonuç vermeyen çabalar,
- Maddeyi elde etmek, kullanmak veya etkilerinden kurtulmak için gerekli etkinliklere çok zaman ayırma,
- Madde kullanımı için çok büyük bir istek duyma veya kendini zorlanmış hissetme,
- Tekrar eden kullanım sonucu sorumluluklarını yerine getirememe,
- Olumsuz etkilerine rağmen kullanıma devam etme (toplumsal ve kişiler arası sorunlar),
- Kullanımdan dolayı diğer günlük etkinliklerin bırakılması veya azaltılması (iş, eğlence vb.),
- Tehlikeli olabilecek durumlarda dahi kullanmaya devam etme,
- Olumsuz bedensel veya ruhsal etkilerinin bilinmesine rağmen kullanmayı sürdürme,
- Maddeye tolerans gelişmiş olması,
- İstenen etkinin ortaya çıkması için artan madde gereksinimi,
- Aynı miktarda maddenin sürekli kullanımı sonucu etkisinin azalması durumu,
- Yoksunluk belirtileri (bulantı, uykusuzluk, kusma, sinirlilik, bunaltı, huzursuzluk, saldırganlık, ishal, terleme, titreme, kas sızıları, ateş vb.). Her madde yoksunluk belirtisi göstermez. Bir yıl içinde bulguların 2-3'ü varsa hafif, 4-5'i varsa orta, 6 veya daha fazlası varsa şiddetli kabul edilir.

TEDAVİ VE PROGNOZ

Alkol-madde kullanım bozukluğu olan hastaların değerlendirilmesinde ruhsal ve genel tıbbi muayene mutlaka

yapılmalı, inceleme ve tetkikler ayrıntılı olarak tamamlanmalıdır. Kişinin kendisine ve/veya başkasına zarar verme riski olduğu durumlarda gerektiğinde hastane yatışı sağlanmalıdır. Sadece kişinin kendisinden öykü alınması yeterli olmadığında, yakınlarından da bilgi alınması önemli olmaktadır. Kullanım öyküsü detaylı öğrenilmeli, kullanım süresi, miktarı, en son ne zaman kullanıldığı gibi bilgiler ayrıntılı olarak sorulmalıdır. İlk taramada Alkol Kullanım Bozukluklarını Değerlendirme ölçeği (AUDIT), AUDIT-C, Madde Kullanım Bozukluğu Tanıma testi veya CAGE (KESİ) gibi ölçekler de kullanılabilir.

Alkol zehirlenme tedavisi: İntoksikasyon olgularında hastanın tedavisinde destekleyici ve semptomatik bakım gerekir. Hava yolu, bilinç durumu, kalp ve solunum fonksiyonlarının değerlendirilmesi ve nörolojik muayene yapılmalıdır. Hidrasyon, elektrolit dengesizliklerini ve hipoglisemiyi düzeltmek için intravenöz sıvı verilmesi önemlidir. Uzun süreli kusma hiponatremiye yol açabilir. Kusmaya bağlı aspirasyonu engellemek için lateral pozisyon verilmesi ve antiemetik tedavi yardımcı olabilir.

Alkol yoksunluk tedavisi: Yoksunluk belirtileri rutin kullanılan alkolün kesilmesinden ya da olağan kullanılan alkol miktarının hızlı azaltılması 4-36 saat sonra ortaya çıkar. Alkol Yoksunluğu Değerlendirme ölçeği kullanılabilir. Tedavide çeşitli benzodiazepinler kullanılmaktadır. Hastalarda görülebilen hipoglisemi durumunda intravenöz dekstroz solüsyonları kullanılması tercih edilir. Kan elektrolit değerleri düzenlenmelidir. Kronik alkol kullanımı olan hastalarda tiamin ve folik asid tedaviye ek olarak verilmelidir. Wernicke ensefalopatisini (oftalmoparezi, nistagmus, ataksi ve konfüzyonel durum) önlemek için parenteral tiamin uygulanmalıdır.

Deliryum tremens: Alkolün bırakılmasından ya da azaltılmasından sonraki genellikle ilk 72 saat içinde görülmekle birlikte ilk hafta içinde de ortaya çıkabilen ciddi bir tablodur. Gün içinde dalgalanmalar gösteren bilinç bozukluğu başlıca klinik bulgudur. Dikkatte bozulma ile birlikte, yönelim, bellek, dil ve yargılama bozuklukları görülebilir. Konuşma dağınık ve ilgisizdir. Görsel ve taktil varsanılar görülebilir. Huzursuzluk, uyku düzensizliği ve psikomotor ajitasyon sıklıkla eşlik etmektedir. Titreme, ateş, solunum, nabız ve tansiyonda artış vardır. Elektrolit bozuklukları ile birlikte enfeksiyona eğilim görülmektedir.

Özellikle; ciddi alkol kullanım bozukluğu olan bütün hastalar farmakolojik tedavi açısından değerlendirilmelidir. Alkol kullanım bozukluğunun tedavisinde dünyada ve ülkemizde onaylı ilaçlar disülfiram, akamprosat, naltrekson ve nalmefendir.

Kannabis zehirlenme tedavisi: Kannabis zehirlenmesinde belirtilere yönelik tedavi yapılmaktadır. Yeterli intravenöz sıvı desteği sağlanması önemlidir. Anksiyete çok belirginse benzodiazepinler kullanılabilir. Psikotik belirtiler sıklıkla benzodiazepin tedavisi sonrası geriler ancak nadiren kısa süreli düşük doz antipsikotik tedaviye ihtiyaç duyulabilir. Sentetik

kannabis (bonzai, vb.) zehirlenme durumunda kişi yakın takibe alınmalı, solunum ve dolaşım desteği sağlanmalı ve hayatı tehdit edebilecek diğer faktörler gözden geçirilmelidir.

Kannabis yoksunluğu tedavisi: Belirtilerin hafifletilmesine yönelik semptomatik tedaviler kullanılabilir. Uykusuzluk, huzursuzluk veya anksiyete belirtileri varlığında kısa süreli düşük doz benzodiazepin ya da ketiapin kullanılabilir. Kannabis kullanıcılarında depresif duygudurum sık gözlenebilmekte ve antidepresanlar kullanılabilir.

Tütün bağımlılığı tedavisi: Hekimlerin her hastaya sigara içip içmediğini sorması ve içiyorsa bırakmasını önermesi oldukça önemli olup 5A basamak yönteminin önemi belirtilmektedir. A1: öğren (Ask), A2: öner (Advise), A3: ölç (Assess), A4: önderlik (Assist), A5: örgüt (Arrange). Fagerström nikotin bağımlılık testi sık kullanılmaktadır. Medikal tedaviler arasında; nikotin yerine koyma tedavileri, bupropion HL, vareniklin yer almaktadır. Farmakoterapi ile birlikte davranış desteği ve motivasyonel destek yöntemleri de tedavi başarısını artırmaktadır.

Opiyat zehirlenme tedavisi: Şiddetli zehirlenme hayati tehlike oluşturabileceği için acil müdahale gerektirir. Şiddetli zehirlenmede solunum depresyonu, stupor veya koma hali oluşur. Hava yolu açık tutulması önemlidir. Opiyat antagonisti olan nalokson kullanılabilir.

Opiyat yoksunluğu tedavisi: Opioid yoksunluğunu değerlendirmede; Klinik Opiyat Yoksunluk ölçeği kullanılabilen ölçekler arasındadır. Yoksunluğun opiyat dışı farmakolojik tedavisi; semptomatik tedavide analjezikler, spazmolitikler, sedatifler, hipnotik, antidiyareik ve antiemetik ilaçlar hastanın

yoksunluk bulgularının şiddetine göre ayarlanarak verilir. Kombine klonidin ve naltrekson tedavisi, alfa-2 agonistler, klonidin, lofeksidin de literatürde kullanımı önerilmiş tedaviler arasındadır. Yoksunluğun opiyat agonistleri ile tedavisi; metadon ve buprenorfin opiyat çekilmesinin tedavisi için kullanımına onay verilmiş ilaçlardır. Bunlardan sadece buprenorfin Türkiye’de bulunmaktadır. Opioid agonistleri veya naltrekson (oral/implant form) ile sürdürüm tedavisinin madde kullanımına bağlı morbidite ve mortaliteyi azalttığı, tedaviye uyumu artırdığı bildirilmektedir.

Arındırma, bağımlılıkta tedavinin ilk basamağı olup maddenin bırakılması ile oluşan akut fiziksel yoksunluk belirtilerinin tedavisini amaçlamaktadır. İyilik hali sağlandıktan sonra tekrar kullanımın önlenmesi önemlidir. Bu amaçla, medikal tedavi ile birlikte aile tedavisi, danışmanlık, psikoterapi veya rehabilitasyona da gerek duyulabileceği de göz önünde bulundurularak, tedavide bütüncül yaklaşılması önemlidir.

KAYNAKLAR

1. Akvardarlar Y, Arıkan Z, Berkman K, ve ark. Madde Bağımlılığı Tanı ve Tedavi Kılavuzu El Kitabı. TC Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara: Pozitif Matbaa, 2011.
2. Öztürk M, Ögel, K. Evren C, ve ark. Bağımlılık, Tanı, Tedavi ve Önleme. 1. Baskı, İstanbul: Yeşilay Yayınları, 2019.
3. Ruiz p, Strain E. Lowinson and Ruiz's Substance Abuse: A Comprehensive Textbook, Fifth edition, Lippincott Williams & Wilkins, 2011:4-15.
4. Uzbay T. Madde Bağımlılığı. 1. Baskı. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi, 2015.
5. Ögel K. Sigara, Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları: Tanı, Tedavi ve Önleme. İstanbul:Yeniden Yayınları, 2010.

BİPOLAR BOZUKLUKLAR

Prof. Dr. Sibel Örsel

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Ankara, Türkiye

GİRİŞ

Duygudurum bozuklukları başlığı altında majör depresif bozukluklar ve bipolar bozukluklar yer almaktadır. Kişinin öznel olarak yaşadığı duygunun fizyolojik bileşenlerle gözlenmesi "affect" olarak adlandırılmış, dilimizde "duygulanım" olarak Türkçeleştirilmiştir. Duygulanımın (affect) daha anlıksal-durumsal olarak ortaya çıktığı, duygudurumun (mood) ise daha uzun süreli ruh halini ifade ettiği vurgulanmaktadır. Psikiyatrik hastalıkların sınıflandırma sistemlerinde daha önceleri duygulanım (affectif) bozuklukları olarak adlandırılan klinik durumlar, günümüzde ağırlıklı olarak duygudurum (mood) bozuklukları yer almaktadır. Duygudurum bozuklukları, dönemler ve iyilik hali ile seyreder, ataklar sırasında kişinin işlevselliği ileri derecede bozulur. Dönemler arasında değişen derecelerde iyilik hali olan bu gruptaki bozuklukların dönemsel olması klinik özelliklerinden biridir.

Psikiyatrik hastalıkların sınıflamasında yapılan son güncelleme olan "Ruhsal Bozuklukların Sınıflama Sistemi" - (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) ve "Uluslararası Hastalık Sınıflandırması-10" - (*International Classification of Mental Disorders*) bipolar bozukluklar (manik veya hipomanik, depresif ve karma dönemlerin yer aldığı) ve majör depresif bozukluklar (ilişkili olan siklotimi ve distimik bozukluklar) olarak iki ayrı başlık altında yer almaktadır. Bu bölümde bipolar bozukluk ve ilişkili bozukluklar ele alınacaktır.

EPİDEMİYOLOJİ

Bipolar bozukluğun görülme sıklığı son çalışmalarla %1-2 arasında saptanmaktadır. Mani ve depresif dönemleri içermesi nedeniyle iki uçlu bozukluk olarak da adlandırılan bipolar bozukluk, manik veya hipomanik, depresif dönemlerin klinikte yer almasına göre bipolar-I ve bipolar-II bozukluğu olarak sınıflandırılır. Bipolar I ve II bozukluk ile daha hafif formlar olan siklotimi, hipomani gibi durumları kapsayan çalışmalar, %5'e kadar yükselen yaşam boyu yaygınlık oranları vermektedir.

Majör depresif bozukluk, kadınlarda yaklaşık iki kat daha sık gözlenirken, bipolar bozuklukta erkek ve kadınlarda eşit oranda gözlenir. Bipolar II'nin ise kadınlarda daha sık gözleendiği bildirilmiştir. Yine karma dönemler ve bir yıllık dönemde dört veya daha fazla manik dönemin görülmesi olarak tanımlanan

hızlı döngülü klinik seyir kadınlarda daha sıktır. Majör depresif bozukluğa göre daha erken başlama yaşı olan bipolar bozukluk, %33 oranında 15 yaş ve öncesinde başlar. Gençlik döneminde %27 ve 20 yaş sonrası dönemde %39 olarak benzer oranlarda başladığı, ırklar arasında farklılık olmadığı bildirilmektedir. Demografik özelliklerde dikkati çeken bekar oranının ve üniversite mezunu olmama oranlarının yüksekliği, erken yaşta başlamasına ve eğitimi engellemesine bağlanmaktadır.

Bipolar bozukluk olan kişilerde, alkol ve madde kullanım bozuklukları, kaygı bozuklukları gibi bir veya daha fazla bozukluğun bir arada görülme sıklığı artmıştır. Özellikle başlama yaşı daha erken olan grupta riskli davranışların artmasıyla madde kullanım bozuklukları ve davranış sorunları artar. Bipolar bozuklukta, madde kullanım bozuklukları için %46'ya ulaşan yaşam boyu yaygınlık oranları bildirilmektedir.

ETİYOLOJİ VE PATOGENEZ

Genetik Etkenler: Bipolar bozukluklar bazı ailelerde daha sıklıkla gözlenir. Aile verileri, bir ebeveynde duygudurum bozukluğu varlığında çocuklarda görülme riskinin %10-25 arasında olduğunu göstermektedir. İki ebeveynde görülmesi durumunda bu riskin yaklaşık iki katına çıktığı, aile yakınlarında en sık gözlenen duygudurum bozukluğunun majör depresif bozukluklar olduğu bildirilmektedir.

İkiz ve evlat edinme çalışmaları, çevresel ve ailesel risk etkenlerini değerlendirmede güçlü bir yaklaşım sağlar. Bu gruptaki bozukluklarda birden çok yatkınlık geninin ve çevresel etkenlerin birlikte rol oynadığı karmaşık genetik geçiş olduğu görülür. Bipolar bozukluk olan tek yumurta ikizlerinde, çift yumurta ikizlerine göre hastalanma oranı daha yüksektir. Bipolar dışında majör depresyon, şizoaffectif bozukluk gibi diğer duygudurum bozuklukların görülme sıklığı da artmıştır. Bağlantı çalışmalarında kromozom yerleşimlerine bağlantı araştırılır. Bipolar bozukluk geçişinin yüksek olduğu ailelerde 18 kromozom, 21q ve 22q sıklıkla saptanan kromozom bölgeleridir.

Biyokimyasal Etkenler: Bipolar bozukluğun etiolojisinde diğer psikiyatrik hastalıklarda olduğu gibi biyolojik ve çevresel etkenlerin farklı ağırlıkta rol oynadığı kabul edilmektedir. Daha çok noradrenalin, serotonin, dopamin gibi monoamin nörotransmitter sistemlere odaklanan biyolojik çalışmalar, son dönemlerde daha karmaşık nöroregülatör sistemleri ele almaya

başlamıştır. Duygudurum bozukluklarında en sık norepinefrein ve serotonin ile ilgili çalışmalar yapılmıştır. Bu iki nörotransmitter depresyonla ilişkilendirilirken mani oluşumunda noradrenerjik aktivasyonun sorumlu olabileceği, farklı çalışmalarda ise noradrenerjik-kolinerjik sistemler arasındaki denge bozukluğu olduğu ileri sürülmektedir. Serotonin uyku-uyanıklık, yeme isteği, cinsel işlevler gibi birçok alanda yer alır. Serotonin rolüne ilişkin ise öncülü olan L-triptofanın yüksek dozlarda verilmesi durumunda mani benzeri tablonun oluşması gösterilmektedir. Bipolar bozuklukta daha çok dopaminin rolü üzerinde durulmaktadır. Depresyonda dopamin azlığı, bipolarlarda ise artması yönünde veriler vardır. GABA, asetil-kolin, ve glutamat ise etiyolojide yer alan diğer nörotransmitterlerdir.

Nöroendokrin ve Hormonal Düzenlemede Değişiklikler:

Depresyon başta olmak üzere bipolar bozuklukları ve daha düşük oranda farklı psikiyatri tablolarında hipotalamus-hipofiz-böbreküstü bezi (HHBB) ekseninde düzensizlikler saptanmaktadır. Diğer yandan erken dönem olumsuz yaşantılar, uzun süreli kronik stres olan bireylerde saptanan yüksek kortizol düzeyleri, HHBB aktivitesindeki artışlar ve serebral korteks hacim değişimleri, kronik stresin psikopatolojideki önemine dikkat çekmiştir. Hormonal düzenlemede değişikliklerle birlikte tiroid eksen aktivitesi, büyüme hormonu ve prolaktin metabolizmasında da değişimler gözlenmektedir. Bipolar bozukluk seyrinde dönemsellik olması nedeniyle sirkadyen ritm düzensizliğiyle ilgili hipotezler de bulunmaktadır.

Yapısal ve İşlevsel Beyin Görüntüleme: Beyin görüntüleme çalışmalarının sonuçları, araştırmalara göre değişkenlik göstermektedir. Bipolar bozuklukta beyin görüntüleme ile saptanan bulgular arasında sıklıkla periventriküler bölgeler, bazal gangliyonlar ve subkortikal alanlarda hiperintens alanların sıklığında artış bildirilmektedir.

Psikososyal Etkenler: Çevresel etkenlerin bipolar bozuklukta dönemlerin tetiklenmesi ve sürmesinde rolü olduğu bilinmektedir. Hastalığın başlangıç dönemlerinde stresli yaşam olayları, madde kullanımı gibi etkenler tetikleyici olarak rol oynamaktadır.

KLİNİK

Bipolar bozukluk depresif ve manik ya da hipomanik dönemlerle seyeder. Klinikte gözlenen dönemlere göre dört ana başlıkta, bipolar I, bipolar II, siklotimik bozukluk ve başka türlü adlandırılmayan bipolar bozukluk olarak sınıflandırılır. Bipolar I bozukluk yalnızca mani dönemleriyle ya da mani ve depresif dönemlerin yer aldığı klinik tablolarla seyeder. Majör depresif bozukluk klinik tabloda yer almasa da hastalığın seyri sırasında ortaya çıkacağı varsayılır. Diğer ruhsal bozukluklarda olduğu gibi bu belirtilerin, bipolar bozukluklarda da tanı koyulabilmesi için klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte

düşmeye neden olması beklenir. Bipolar I bozuklukta işlevsellik değerlendirmesi, şiddetli mani tablosu nedeniyle nisbeten daha kolaydır. Bipolar II ve siklotimi gibi durumlarda işlev kaybı değerlendirmesinde ayrıntılı anamneze ihtiyaç duyulur. Klinik gidişin, yalnızca mani, depresyon-mani veya karma dönemlerle seyreden bipolar I bozukluk tablolarında benzer olduğu kabul edilmektedir, tanı ölçütleri Tablo 1'de yer almaktadır (Tablo 1).

Tablo 1. DSM-V'e göre mani tanı ölçütleri

Kabarmış, taşkın ya da çabuk kızan, olağandışı ve sürekli bir duygudurum ve amaca yönelik etkinliklerde günün büyük bir bölümünde artış olması
Bu dönemde belirgin derecede olağan davranışlardan önemli ölçüde değişiklik gösteren:
1. Benlik saygısında abartılı bir artış ya da büyüklük düşünceleri,
2. Uyku gereksiniminde azalma
3. Her zamankinden daha konuşkan olma ya da konuşmaya tutma,
4. Düşünce uçuşması ya da düşüncelerinin sanki birbirleriyle yarışıyor gibi birbiri ardı sıra geldiğine ilişkin öznel yaşantı,
5. Dikkat dağınıklığı,
6. Amaca yönelik etkinlikte artma,
7. Kötü sonuçlar doğurabilecek
DSM: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı-5

Klinik görünümde duygulanım (affekt) ve duygudurum (mood) alanlarında bozulmalar ön plandadır. Belirti ve bulgular hastaneye yatırılmayı gerektirecek kadar ağır olabildiği gibi uyumun bozulmadığı, hafif düzeyde yükselmiş duygudurum belirtilerinin olduğu hipomani ile seyredebilir.

Genel görünümde canlı, hareketli, özgüven artışına yönelik davranışlar gözlenir. Hareketler artmış ve hızlanmıştır, ağır durumlarda hasta bitkin duruma düşmesine rağmen hareketlidir. Enerji artışı, uyku ihtiyacında azalma, zayıflama, yorulmama gözlenir. Bitkin düşmesine, zayıflamasına rağmen harekete devam eder. Konuşma hızlı, yüksek tondadır, araya girmek, sözünü kesmek zordur. Basıncılı konuşma olarak da adlandırılır, konudan konuya atlaması, çağrışımların hızlı olması dikkati çeker.

Duygulanımda aşırı neşe, coşku olabildiği gibi öfkeli hal de olabilir, bazen her ikisinin de olabildiği hızlı duygu değişimleri tabloya egemendir. Yükselmiş duygudurumla seyeder. Maddi politik, dini, konularda sıra dışı davranışları, planları olur. Yakınları hastanın mizacında, davranışlarında olan değişimi fark eder. Aşırı para harcama, dikkat çeken giyinme tarzı, cinsel içerikli uygun olmayan davranışlarda artış, güvenliğine dikkat etmeme gibi riskli davranışları söz konusudur. Hasta durdurulmaya ya da engellenmeye çalışıldığında öfkeyle karşılık verebilir. Başlangıçtaki hareket artışı gittikçe hızlanır, taşkın duygudurum (mani) ortaya çıkar.

Bilişsel alanda çevresel uyaranlara artmış dikkat vardır, hızlanmayla birlikte dikkatin çabuk dağıldığı, odaklanamadığı

gözlenir. Düşünce üretimi, akışı hızlanmıştır, duygudurumla uyumlu ya da uyumsuz sanrılar eşlik edebilir. Düşünce içeriği, özgüven artışıyla uyumlu benlik kabarmasını ve büyüklük ya da perseküsyon sanrılarını yansıtır. Düşünsel ve bilişsel alandaki hızlanma, odaklanma gücü ve dikkatin dağılması, ayrıntılara dikkat edememe gibi durumlar nedeniyle belli bir amca yönelik olmasına rağmen üretimle sonuçlanmaz, hatta sanrılar içerik nedeniyle riskli sonuçlara yol açar. Algısal alanda genelde duygudurumla uyumlu varsanılar olabilir. Hastanın gerçeği değerlendirme yetisi, yargılama bozulmuştur, tehlikeli işlere kalkışabilir. Ergenlerde mani dönemi, davranım bozukluğu ya da şizofreni gibi psikotik durumlarla karıştırılabilir. Madde kullanımı, iritabilite, artmış özgüven, sık tartışma, kavgaya karışma gibi durumlar sık gözlenir. Bu durumların çoğu normal ergenlikte de gözlenirse de artan şiddet ve sürekli olması, durumla uyumsuz ya da orantısız olması, kişinin mizacından farklı olması bipolar I bozukluğu ayırıcı tanıda düşündürür.

Bipolar II bozuklukta, en az bir hipomani ve majör depresif dönem bulunması, hastalığın gidişi sırasında mani ya da maninin olduğu karma dönem olmaması temel özelliğidir. Hipomani dönemde, manik dönem ölçütleri sağlanmaz. İş ve sosyal yaşamda önemli işlev kaybı olmaması, psikotik belirtiler ve hastane yatışı gerektirmemesi ile mani döneminden ayrılır (Tablo 2). Siklotimide en az iki yıl süreyle (çocuklarda ve ergenlerde en az bir yıl süreyle), hipomani ve depresyon dönemi için tanı ölçütlerini karşılamayan, belirtilerin olduğu birçok dönem olmuştur.

Tablo 2. DSM-V'e göre hipomani tanı ölçütleri

Kabarmış, taşkın, çabuk kızan, olağandışı ve sürekli bir duygudurumun olduğu dönem, en az dört ardışık gün süreyle, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunur.
Bu dönem boyunca,
1. Benlik saygısında ya da büyüklük düşüncelerinde abartılı bir artış
2. Uyku gereksiniminde azalma,
3. Her zamankinden daha konuşkan olma,
4. Düşünce uçuşması,
5. Dikkat dağınıklığı,
6. Amaca yönelik etkinlikte artma ya da psikomotor ajitasyon,
7. Kötü sonuçlar doğurabilecek etkinliklere aşırı katılmadır.
DSM: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı-5

AYIRICI TANI

Bipolar I ve II bozuklukta hasta mani dönemiyle geldiği gibi depresif dönemlerle de başvurabilir. Özellikle depresif belirtiler, birçok ruhsal bozukluğa sıklıkla elik eder. Depresif

belirtilerle başvuran kişilerde kaygı bozuklukları, madde kullanım bozuklukları başta olmak üzere duygudurum ve diğer ruhsal bozukluklar gözden geçirilir. Genel tıbbi duruma bağlı duygudurum değişiklikleri, ikincil olabilen bipolar bozukluklar açısından değerlendirilmelidir (Tablo 3).

Tablo 3. İkincil mani nedenleri

İlaçlar
Amfetamin, uyarıcılar, steroidler, kokain, metilfenidat, semptomimetikler, l-dopa, pcp, toksinler, bromürler, ilaç yoksunlukları, rezerpin
Nörolojik hastalıklar
Epilepsi, özellikle; diensefalik ya da temporal lob MSS enfeksiyonları (nörosifiliz, ensefalit), tümörleri ve vasküler lezyonları, nörodegeneratif hastalar (multiple skleroz gibi), kafa travmaları
Metabolik durumlar
Tirotoksikoz, hemodializ, karaciğer yetmezliği (kanama vb.)
Post-operatif durumlar
Madde kullanımları ve madde yoksunlukları

Birçok nörolojik, endokrin hastalıklar gibi tıbbi durumlar ve farmakolojik ajanlar depresif ya da mani tabloların gelişimine neden olur. Birinci basamakta depresyon ve kaygı bozukluklarının tedavisi ülkemizde yapılmaktadır, birçok hastanın ilk başvurusu aile hekimlerine olmaktadır. Tedavi başlamadan önce ayırıcı tanıda geçmişte olan duygudurum değişimleri de ele alınmalıdır. Bu dönemin bir maddenin (örneğin; kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç) ya da başka bir sağlık durumunun (örneğin; hipertirodi) fizyolojisiyle ilgili etkileri gözden geçirilir. Ayırıcı tanıda ayrıntılı anamnez ve özellikle nörolojik bulgulara dikkat edilerek fizik muayene yapılır. İkincil duygudurum değişiklikleriyle ilgili bulguların varlığında tanıda gerekli laboratuvar testleri Tablo 4'te yer almaktadır.

Tablo 4. Manik belirtilerin ayırıcı tanısında yer alan laboratuvar testleri

İdrar ve kanda toksik madde,
Kan kültürü, LP, beyin görüntüleme,
EKG, hemogram, tam idrar tetkiki,
VDRL, HIV, β-HCG
Kan şekeri, kan elektrolit düzeyleri (Na, K, Cl, Ca vb.),
Böbrek fonksiyon testleri (üre, kreatinin),
Karaciğer fonksiyon testleri (AST, ALT, GGT, ALP, total bilirubin, direkt bilirubin, indirekt bilirubin)
Tiroid fonksiyon testleri (TSH, FT3, FT4)

TEDAVİ VE PROGNOZ

Bipolar bozukluklar, atak dönemlerinde belirtilerin şiddeti ve hastalığın gidişinde ortaya çıkan işlev kaybı nedeniyle dikkatle izlenmesi gereken tanı grubudur. Hastalığın gidişinde depresyon ve mani dönemleri görülür, %10-20'sinde ise sadece mani dönemleriyle seyreder. İlk manik atak sonrası %90'ı ikinci atak geçirirler, ilk iki yıl içinde %40-50 tekrarlamaya riski vardır. Hastalık ilerledikçe dönemler arası süre kısalmış ve atakların şiddeti artar. Manik ataklar hızlı başlangıçlıdır, günler içerisinde şiddetlenir. İzlem çalışmalarında, hastalığın seyrinde erkek olma, hastalık öncesi düşük sosyo-ekonomik düzey, ataklarda depresif ve psikotik özelliklerin olması kötü prognoz kriterleri olarak saptanmaktadır.

Mani dönemi, tedaviye hemen yanıt verebildiği gibi haftalarca da sürebilir. Ortalama 6-12 hafta süren akut dönemde belirtilerin kontrol altına alınması, kişinin kendisine ya da çevreye zarar vermesinin kontrol edilmesi önemlidir. Hastalığın tekrarlama riski, ataklarla birlikte kronikleşme oranlarının artması nedeniyle akut dönem tedavisi kadar koruyucu ve önlemeye yönelik ilaç tedavileri de planlanır. Uzun süreli izlemlerde %10-15'inde iyileşme görülürken, %30'unda kısmi düzelme, %10'unda ise kronikleşme gözlenir. İlaç tedavilerinin yanı sıra atakların ortaya çıkmasında uykusuzluk gibi sirkadyen ritm düzensizlikleri ve stresli yaşam olaylarının tetikleyici rolü gösterildiğinden tedavide psikososyal yaklaşımlara da yer verilir. Son zamanlarda kabul gören yaklaşım, iyileşme oranlarının düşüklüğü ve kronikleşme riski nedeniyle, hastalığın ömür boyu devam ettiği ve tedavinin buna göre düzenlenmesidir. Bu yaklaşımda, yaş ve atak sayısı arttıkça atak dönemlerin daha şiddetli seyretmesinin ve tedavi yanıtının azalmasının fark edilmesi etkili olmuştur.

Bipolar bozuklukların ilaç tedavileri, akut ve idame dönem tedavisi olarak düzenlenir. Duygudurum düzenleyicilerle birlikte

benzodiazepinler ve antipsikotik ilaçlar maninin akut dönem tedavisinde yer alır, şiddetli ajitasyon ve eksitasyon, psikotik belirtilerin varlığında hastaneye yatış önerilir. Bu dönemde psikotik belirtiler, içgörü olmaması ve yargılama bozukluğu tedaviye uyumu güçleştirir, ilaç kullanımını reddederler.

Farmakolojik tedaviler, akut ve sürdürüm dönemlerinde veya her iki dönemde, bipolar mani ve depresyon ataklarında kullanılmak üzere ruhsatlanmaktadır. Günümüzde Li karbonat ile valproik asit, karbamazepin, okskarbamazepin lamotrijin gibi antikonvülzan ilaçlar duygudurum düzenleyici olarak bu dönemlerde kullanılmaktadır. Atipik antipsikotik ilaçlar (risperidon, olanzapin, ketiyapin) da benzer şekilde mani dönemlerin akut ve sürdürüm dönemlerinde yer alır. Bu ilaçların mani ve depresyon dönemlerindeki tedavi etkinliği değişkendir, klinik gidişe ve hastanın bireysel özelliklerine göre ilaç tedavileri düzenlenir. Bipolar depresyon döneminde antidepresanların dikkatli kullanımı önerilmektedir. Özellikle hızlı döngülü ve karma dönemlerde maniyi tetiklediği için kullanımı tartışmalıdır, antidepresif özellikleri olan diğer ilaç tedavileri ve duygudurum düzenleyici ilaçlarla desteklenerek tedavinin düzenlenmesi diğer bir seçenektir.

KAYNAKLAR

1. Sadock BJ, Sadock VA, editors. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry 11. Edition, Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2017.
2. APA. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed. (DSM-V). Vol. 152, American Journal of Psychiatry. 2013.
3. Öztürk O, Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 11. Baskı, s.337-427, Tuna Matbaacılık, Ankara, 2011.
4. Yazıcı O. Bipolar 1 ve Bipolar-2 Bozuklukları. Köroğlu E, Güleç C (ed), HYB Basım yayın, s.265-278, Ankara 2007.
5. Eker Ç, Gönül AS. İkiüçlü duygudurum bozukluğunun nörobiyolojisi. s.333-347, Yüksel N (ed) Temel Psikofarmakoloji, I. Baskı, Tuna Matbaacılık, 2010, Ankara.

CİNSELLİK VE CİNSEL İŞLEV BOZUKLUKLARI

Doç. Dr. Sinay Önen

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ruh ve Sinir Hastalıkları Kliniği, Bursa, Türkiye

GİRİŞ VE TANIM

Cinsellik, biyolojik, psikolojik, sosyal, kültürel, ahlaki, dini ve antropolojik boyutları olan karmaşık bir kavramdır. Bu nedenle cinsel sorunlara yaklaşım farklı yönlerden bakabilmeyi gerektirir.

Biyolojik Boyut

Cinsellik temel bir içgüdüdür. Cinsel işlevler, başta merkezi sinir sistem, beş duyu ve genital organlar olmak üzere tüm bedenin katıldığı ve çok sayıda hormon ve kimyasal maddenin etkileşimi ile gerçekleşen bir süreçtir. Bu yüzden fiziksel ve ruhsal hastalıklar, kullanılan ilaçlar, gebelik, menopoz, ergenlik gibi dönemler insan cinselliğini etkileyebilmektedir.

Psikolojik Boyut

Cinsel işlevler esas olarak merkezi ve periferik sinir sistemi tarafından yönetilmektedir. Kişinin cinsellikle ilgili temel tutumları, kişilik özellikleri, emosyonel süreçler, bilişsel işlevler, geçmiş yaşantılar gibi pek çok psikolojik değişken, cinselliğe yaklaşım ve cinsel seçimlerde belirleyici role sahiptir.

Sosyo-kültürel Boyut

Kişilerin yetiştiği ve içinde yaşadığı aile, yakın çevre, alt kültür ve toplumsal yapı, gelenekler ile dini inanç ve ahlaki tutumlar da cinsel tutum ve davranışlarımızı belirleyenler arasındadır. Tüm dünyada kabul edilmiş olan modern tedavi yaklaşımları insanı biyopsikososyal bir varlık olarak tanımlamakta ve tüm tedavi stratejilerini bu temel tanımlama üzerine kurmaktadır.

İnsanda cinsel uyarana gösterilen fizyolojik tepkiyi, Masters ve Johnson (1994), dört ayrı evreye ayırmıştır; 1) uyarılma evresi, 2) plato evresi, 3) orgazm evresi, 4) çözülme evresi. Bu 4 evrenin özellikleri şu şekildedir:

1) Uyarılma evresi: Temel olarak erotik duygu ve düşüncelerin belirmesi, erkekte peniste sertleşme (ereksiyon); kadında yaygın olarak vajende ıslanma (lubrikasyon), vazokonjesyon ve kas geriliminde artış ile karakterizedir.

2) Plato evresi: Aslında uyarılma evresinin bir parçası ve devamı niteliğinde olan bu evrede, etkili cinsel uyarının sürdürülmesi ve cinsel heyecanın artmasıyla birlikte, haz duygusu ve cinsel

gerilim giderek yükselir ve kişinin orgazma geçebileceği noktaya kadar sürer.

3) Orgazm evresi: Evreler arasında süre açısından en kısa ancak cinsel haz açısından en yoğun evredir. Bu evre, erkekte boşalma (ejakülasyon), kadında ise perine ve vajina etrafındaki kaslar ile vazokonjesyon sonucu büyüyen dokuların ritmik refleks kasılmaları ile karakterizedir.

4) Çözülme evresi: Son evredir. Kadın ya da erkekte, orgazm ya da orgazmın gerçekleşmediği durumlarda platoyu takiben genital bölgelerde ve bedenin bütününde önceki aşamalarda oluşmuş olan fizyolojik değişikliklerin dakikalar içerisinde sırayla kaybolması ile karakterizedir.

Erkeklerde kadınlardan farklı olarak çözülme evresi sonrasında yanıtız bir evre vardır. Yanıtız evrede, orgazmdan sonra erkeklerin yeniden cinsel olarak uyarılabilmesi için bir süreye gerek duymaktadır ve bu süre kişiler arasında farklılık gösterebilir.

Cinsel yanıt döngüsünün herhangi bir aşamasında ortaya çıkan sorunlar sonucu cinsel işlev bozuklukları ortaya çıkmaktadır. Yapılan çalışmalar, en az her üç kişiden birinin yaşamlarının herhangi bir dönemlerinde en az bir cinsel işlev bozukluğu yaşadığını ortaya koymaktadır. En sık görülen cinsel sorunların; kadınlarda cinsel istek ve uyarılma bozukluğu iken erkeklerde ise erken boşalma olduğu bildirilmektedir. Çok sık rastlanan sorunlar olmalarına ve başarıyla tedavi edilmelerine karşın, cinsel yakınmalarla hekimlere ya da tıbbi merkezlere başvuru oranı hala düşük kalmaktadır.

EPİDEMİYOLOJİ

Cinsel işlev bozuklukları toplumda çok sık rastlanan sorunlardır. Kadın erkek ayrımı olmaksızın her üç kişiden birinin yaşamlarının herhangi bir döneminde en az bir cinsel işlev bozukluğu yaşadığı bilinmektedir. Cinsel işlev bozukluklarının rastlanma sıklığı konusunda kültürel ve toplumsal etkenlerle ortaya çıkan bazı farklılıklar da vardır. Cinsel işlev bozuklukları bireyin cinsel haz ve doyum kaybının yanı sıra sevilme, terk edilme, kendine güvende azalma gibi pek çok duygular yaşamasına neden olmaktadır.

Epidemiyolojik çalışmalar kadınlarda en sık rastlanan cinsel işlev bozukluğunun cinsel ilgi ve uyarılma bozukluğu (%30); erkeklerde ise erken boşalma (%33) olduğunu göstermektedir. Tanı sistemlerindeki değişimlere ve tanı kriterlerindeki farklılıklara bağlı olarak epidemiyolojik çalışma sonuçları farklı yaygınlık oranları vermektedir.

ETİYOLOJİ

Cinsel işlev bozukluklarının hem organik (bedensel), hem de psikolojik nedenleri vardır. Cinsel işlev bozukluklarının ortaya çıkmasında yetiştirilme koşulları, aile tutumu, yetiştiği kültürün cinselliğe bakışı, yaşanan psikolojik travmalar, cinsellikle ilgili eksik ya da yanlış bilgiler ve abartılı beklentiler gibi psikososyal ve kültürel etmenler rol oynamaktadır. Eşler arası uyumsuzluk ve iletişim sorunları, evlilik içi çatışmalar, başta depresyon olmak üzere psikiyatrik bozukluklar ya da sorunlar da cinsel yaşamı etkileyerek cinsel işlev bozukluklarının ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Gebelik, emzirme, menapoz, yaşlılık gibi biyolojik, hormonal ve psikolojik etkenlerle cinsel işlevlerin olumsuz yönde etkilenebildiği yaşam dönemlerinde de cinsel işlev bozuklukları ortaya çıkabilir. Eşlerden herhangi birinde olan cinsel bir sorun daha sonra diğer eşte de cinsel soruna yol açabilir.

Cinsel işlev bozukluğu hangi nedenle başlamış olursa olsun bedensel ve psikiyatrik hastalıklar, ilaç kullanımı, alkol ve madde kullanımı, performans anksiyetesi, cinsellikle ilgili olumsuz beklentiler ve eşler arası iletişim sorunları gibi sürdürücü etkenlerin devreye girmesiyle sorun süregelen hale gelebilmektedir.

Cinsel işlev bozukluklarının çoğu zaman gözden kaçabilen önemli bir nedeni de ilaç yan etkileridir. Psikiyatrik bozuklukların tedavisinde kullanılan ilaç gruplarının tümü yüksek oranlarda cinsel işlev bozukluklarına yol açmaktadır. Cinsel işlev bozukluğuna en fazla yol açan ilaç grupları; antipsikotikler, antidepressanlar, duygudurum düzenleyici ilaçlar, sedatif-hipnotikler, antikonvülzanlar, diüretikler, antihipertansifler, antiaritmikler, kortikosteroidler, antikolinerjikler olarak sayılabilir.

Sınıflandırma

Amerikan Psikiyatri Birliği'nin DSM-5 Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayısal El Kitabı'nda (2013) cinsel işlev bozukluklarının sınıflandırılması şu şekilde yapılmıştır:

- 1- Cinsel ilgi/uyarılma bozukluğu,
- 2- Genitopelvik ağrı/penetrasyon bozukluğu,
- 3- Kadın orgazm bozukluğu,
- 4- Erken boşalma,

- 5- Geç boşalma,
- 6- Sertleşme bozukluğu,
- 7- Erkek hipoaktif cinsel istek bozukluğu,
- 8- İlaç/madde ile ilişkili cinsel işlev bozukluğu,
- 9- Tanımlanmış diğer bir cinsel işlev bozukluğu,
- 10- Tanımlanmamış cinsel işlev bozukluğu.

KLİNİK

Kadın Cinsel İşlev Bozuklukları

Kadın cinsel ilgi/uyarılma bozukluğu

Cinsel eylemlerin çoğunda cinsel etkinliğe karşı ilgisizlik, cinsel içerikli düşünce ve düşlemlerin olmaması, cinsel etkinliği başlatamama ve cinsel etkinlik esnasında uyarılmanın olmaması olarak tanımlanır. Kadınlarda erkeklere göre daha sık görülmektedir. Cinsel isteksizlik yakınması ile cinsel tedavi merkezlerine başvuru oranları çok düşük kalmaktadır. Bunun temel nedeni, toplumumuzda cinselliğin yalnızca erkeklere özgü olduğu, kadınlar için ise haz ve doyum aracı değil de "görev alanı" olduğu şeklindeki cinsel mitlerdir.

Birincil olan formu genellikle ergenlik döneminden başlayarak yaşam boyu devam eder. İkincil olan ise, genellikle stres, depresyon, eşle olan uyumsuzluk ve çatışmalar, kronik bedensel hastalıklar gibi nedenlere bağlı ortaya çıkmaktadır.

Tedavide çok yönlü bir yaklaşım gereklidir. Cinsellikle ilgili mitlerin düzeltilmesi, temel bilgilerin verilmesi bile bazen tek başına tedavi edici olabilir. İkincil gelişen olgularda altta yatan nedenin çözümü ile tedavi daha kolay ve prognoz daha iyidir. Birincil olguların tedavisinde ise genellikle cinsel terapi gerekmektedir.

Genitopelvik ağrı/penetrasyon bozukluğu (vajinismus)

Cinsel birleşme sırasında vajinaya giriş esnasında vulvovajinal bölge ya da pelviste kasılma, ağrı duyma ve ağrı duymaya ilişkin belirgin bir korku ya da kaygı duyma ve buna bağlı birleşmenin olmaması ya da birleşmede güçlük yaşanması olarak tanımlanır. Vajinal bölgedeki kasılmaya bacaklarda ve hatta tüm vücutta kasılma da eşlik edebilmektedir. Cinsel birleşme düşüncesi ya da denemesi yoğun bir korku, kaygı ve panik duygusuna yol açabilir, eşi itme davranışı ortaya çıkabilir. Zaman içinde birleşme denemelerinde azalma ve çift ilişkisinde bozulmalar başlamaktadır. Çiftler bu sorunu uzun süre bir sır olarak saklamakta ve de sorunu kendileri çözmeye çalışmaktadır.

Orgazm bozukluğu

Cinsel etkinliklerin çoğunda cinsel uyarılma sonrasında orgazmda belirgin gecikme ya da orgazm olamama olarak

tanımlanır. Kadınların yaklaşık üçte biri çeşitli derecelerde orgazm sorunları yaşamaktadırlar. Bazı kadınlar mastürbasyonla orgazm olabilirken cinsel birleşme sırasında orgazm olamazlar. En önemli nedenleri arasında suçluluk duyguları, eşi tarafından beğenilmeme kaygısı, eşle duygusal iletişimin yetersiz olması, yetersiz ön sevişme ve cinsel uyarılma, evlilik içi sorunlar, depresyon, kronik hastalıklar sayılabilir.

Erkek Cinsel İşlev Bozuklukları

Erken boşalma

Eşli cinsel etkinlikler sırasında vajinaya girdikten sonra kişinin istediğinden önce boşalması, boşalmayı denetleyememesi ya da istediği kadar erteleyememesidir. Kişinin boşalma refleksi üzerinde istemli denetiminin olmaması, bu denetimin henüz öğrenilememiş olmasıdır. Erkeklerde en sık karşılaşılan cinsel işlev bozukluğudur. Epidemiyolojik veriler toplumda yaklaşık her 4-5 erkekte birinde erken boşalma sorunu olduğunu göstermektedir.

Erken boşalmanın tek kalıcı tedavisi cinsel terapi ile kişiye boşalma kontrolünün öğretilmesidir. Seçici serotonin geri alım inhibitörü (SSGİ) ilaçların boşalma süresini uzattığı klinik çalışmalarda gösterilmiştir, ancak bu grup ilaçların cinsel istek ve hazzı azaltıcı yan etkileri de mevcuttur. Bu nedenle, ancak cinsel terapiye ulaşma imkanı olmayan ya da cinsel terapiden fayda görmeyen olgularda kullanılabileceği bilinmelidir.

Geç boşalma

Eşli cinsel etkinlikler sırasında yeterli cinsel uyarı ve kendi isteğine rağmen boşalmada belirgin bir gecikme olması ya da boşalamama olarak tanımlanır. Erkeğin boşalma refleksinin psikolojik çatışmalara bağlı olarak istem dışı olarak ketlenmesi söz konusudur. Hipoandrojenizm, spinal travmalar, multipl skleroz, diabetes mellitus, alkol kullanımı ve çeşitli ilaçlar (SSGİ, antipsikotikler, vb.) geç boşalmaya neden olabilir.

Sertleşme bozukluğu

Cinsel etkinlik sırasında peniste sertleşme (ereksiyon) sağlamada ya da sürdürmede güçlük olarak tanımlanmaktadır. En az 6 aydır, neredeyse her cinsel etkinlikte sorun yaşandığında tanı konulur. Erkeklerde en sık tedavi başvurusuna neden olan cinsel işlev bozukluğudur. Yaşla, sigara kullanımı, diabetes mellitus ve hipertansiyon gibi sistemik hastalıklarla birlikte görülme sıklığı artar. Vasküler, hormonal, nörojenik nedenli ya da bazı ilaçlara (beta blokerler, tiyazid diüretikler, SSGİ'ler, vb.) bağlı olabilir.

Psikojenik, organik ya da her iki neden kaynaklı olabilir. Sertleşme bozukluğunun etiyolojisinde cinsel bilgi eksikliği, cinsel mitler, travmatik cinsel deneyimler, evlilik çatışmaları,

performans kaygısı, eşlik eden psikiyatrik hastalıklar gibi nedenler yer almaktadır. Sabah sertliğinin olması, sorunun ani başlamış olması, belirli durumlarda ortaya çıkması daha çok psikojenik kökenli olduğunu düşündürür.

Hem organik ya da psikojenik ayrımında, hem de tedavisinde multidisipliner yaklaşım gerekir. Psikojenik sertleşme bozukluğu tedavisinde cinsel terapi uygulanır. Sertleşme bozukluğunun ilaçla tedavisinde fosfodiesteraz-5 inhibitörü ilaçlar (sildenafil, tadalafil, vb.) kullanılmaktadır.

Erkek hipoaktif cinsel istek bozukluğu

Cinsel/erotik düşünce veya fantezilerin ve cinsel aktiviteye yönelik isteğin azalması ya da yokluğu olarak tanımlanmaktadır. Cinsel istek azalması sertleşme ve boşalma bozukluklarına neden olabilir. Yaşam boyu ve yaygın olabileceği gibi edinilmiş ve durumsal da olabilir. Edinilmiş ve durumsal hipoaktif cinsel istek bozukluğu için yakın ilişki yokluğu, eşler arası çatışma, başka bir cinsel işlev bozukluğu varlığı, ciddi psikiyatrik bozukluklar, eşte kronik hastalık varlığı etken olabilir.

TEDAVİ VE PROGNOZ

Cinsel işlev bozukluklarının tedavisi çok yönlü bir yaklaşım gerektirmektedir. Cinsel danışmanlık, cinsel bilgilendirme ve yönlendirme bile tek başına birçok çiftin sorunlarının çözümünü sağlayabilir ve süregelen bir bozukluğa dönüşümünü engelleyebilir. Ancak psikojenik kökenli cinsel işlev bozukluklarının doğrudan tedavisi cinsel terapi ile yapılmaktadır. Cinsel terapiler, klasik psikoterapi yaklaşımlarına ek olarak her cinsel işlev bozukluğuna özgün cinsel egzersiz ve yaklaşımları da içeren terapi yöntemleridir.

Vajinismus ve erken boşalma tedavisinde yanıt oranları oldukça yüksektir. Vajinismus en kolay tedavi edilebilen cinsel işlev bozukluğudur ve cinsel terapi ile tedavi başarı oranı %90'ın üzerindedir. Cinsel ilgi/uyarılma bozuklukları ve orgazm bozukluklarının tedavisi daha uzun sürebilmektedir.

KAYNAKLAR

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013.
2. Masters WB, Johnson VE. Human Sexual Behaviour. İnsanda Cinsel Davranış. Sayın Ü (çev.ed.) İstanbul: Bilimsel ve Teknik Çeviri Yayınları Vakfı, 1994.
3. Kaplan HS. Yeni Cinsel Terapi. Filiz Bolat (Çev.Ed.). CK Yayınevi, 2014.
4. Öztürk MO, Uluşahin NA. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. On üçüncü baskı. Ankara: Bayt Yayın Hizmetleri, 2015.
5. İncesu C. Cinsel İşlevler ve Cinsel İşlev Bozuklukları. Klinik Psikiyatri, 2004;Ek 3:3-13.

CİNSİYET KİMLİĞİ, CİNSEL YÖNELİM FARKLILIKLARI VE TEMEL KAVRAMLAR

Prof. Dr. Engin Emrem Beştepe¹, Uzm. Dr. Alper Baş²

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, İstanbul, Türkiye

²Serbest Hekim

Bedensel Cinsiyet (Biyolojik Cinsiyet)

Genetik yapı ile belirlenen, doğum öncesinde şekillenmeye başlayıp erişkin dönemde olgun halini alan cinsel organlarla ilgili bir kavramdır. Anlaşıldığı gibi sadece bedensel görünüm üzerinden gelişen bir kavramdır. İkili cinsiyet sisteminde “kadın” veya “erkek” olarak ifade edilen özelliktir. Fakat sadece cinsel organların bedensel cinsiyeti belirlediğini söyleyemeyiz, alt başlıklar olarak genotipik cinsiyet ve fenotipik cinsiyet olarak ele alınabilir.

Genotipik cinsiyet kişinin kromozom dağılımının (seks kromozomlarının) hangi cinsiyete karşılık geldiğinin ifadesidir. Fenotipik cinsiyet ise doğum ve sonrasında kişinin cinsiyetle ilgili fiziksel özelliklerine göre tanımlanabilir. Son zamanlardaki literatürde kişinin beyanının olmadığını vurgulamak adına “Doğumda Atanmış Cinsiyet (Sex Assigned at Birth)” olarak da geçmektedir. Sık görülmemekle beraber kişinin doğumda dış genitalinde veya iç ve dış genital organlar arasında tutarsızlık durumları görülebilir. Bu durumdaki “interseks” olarak adlandırılır.

Cinsiyet Kimliği (Gender Identity) ve Cinsiyet Rolü

Cinsiyet kimliği (gender identity)

Bireyin kendi bedenini ve benliğini belli bir cinsiyet içinde algılayışıdır. İkili cinsiyet sisteminde “kadın” veya “erkek” olarak tanımlanabileceği gibi literatürde “non-binary (ikili olmayan)”, “cinsiyetsiz”, “akışkan” olarak da tanımlanabilmektedir.

Cinsiyet rolü

Toplum içinde cinsiyet açısından dışa vuran tüm davranışların görünümüdür. Kişinin bu rolü doğduğu anda oluşmaz, zamanla yapılandırılır. Cinsiyet rolünün yapılması kişinin karşılaştığı ve uygulamaya koyduğu günlük ve plansız deneyimler, çevreden yapılan açık yönlendirmeler ve telkinler, genel geçer kurallar olmadığı duruma bağlı değişkenlik gösterebilir.

Kişinin cinsiyet kimliği ve cinsiyet rolü karşıt durumlarda da olabilir. Kişi kendi cinsiyetiyle kendini tanımlayıp karşı cinsin

giyim, saç şekli ve diğer özelliklerini benimseyebileceği gibi, kendilerini karşı cinsiyet ile tanımlayıp sosyal zorunluluklar ve uyum nedeni ile kendi cinsiyetinin davranış özelliklerini de benimseyebilir.

Özetle cinsiyet kimliği kişinin kendisini hangi cinsiyette hissettiği, cinsiyet rolü ise toplum içindeki davranışlarının ait olduğu cinsiyet anlamına gelmektedir.

Karşıt Cinsellik (Transgender, Transseksüalite)

Bedensel (biyolojik) cinsiyet ile kişinin cinsiyet kimliğinin aynı olmaması durumudur. Kişinin kendisini karşı cinsiyette olduğunu algılaması, biyolojik cinsiyetine ilişkin özelliklerden aşırı rahatsızlık duyarak bunları gizleme ve karşıt cinsiyetin kimlik özelliklerine sahip olma çabası ile kendini gösterir. Bu bireyler “trans” olarak tanımlanır. Örneğin; biyolojik cinsiyeti erkek, cinsiyet kimliği kadın olduğunda trans kadın; biyolojik cinsiyeti kadın, cinsiyet kimliği erkek olduğunda trans erkek olarak adlandırılır.

Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı-Amerikan Psikiyatri Birliği (DSM-5) bireyin kendi cinsiyetinden hoşnutsuzluğunu belirlemek amacı ile cinsiyet hoşnutsuzluğu (gender dysphoria) terimi kullanılırken, kimliğini geçici ya da kalıcı olarak doğuştan gelen cinsiyetlerinin karşıtı cinsiyetle tanımlayan kişiler için karşıt cinsiyetli (transgender), toplumsal roller açısından karşıt cinsiyete geçenlere ise transseksüel terimlerini kullanmaktadır. Transseksüellerin bir kısmı cerrahi olarak da cinsiyetlerini değiştirirler.

Kişinin kendisini karşıt cinsiyette olduğunu hissetmesi çoğu zaman çocukluk yaşlarında başlar ve yaşam boyu sürer. Bazı transseksüeller cinsiyet kimliklerini değilse de cinsiyet rollerini uzun süre toplumun beklentileri doğrultusunda sürdürebilir. Cinsiyet kimliği ve cinsiyet rolü farklı kavramlar olduğundan ameliyat kararı için önemli olan cinsiyet rolü değil, cinsiyet kimliğidir. Bir başka deyişle kişinin kendisini hangi cinsiyette hissettiğidir.

Karşıt cinsellik, cinsiyet hoşnutsuzluğu kavramları, karşıt-giyisicilik (transvestism) kavramı ile karıştırılmamalıdır. Karşıt-giyisicilik (transvestism) erkeğin kadın, kadının erkek gibi giyinme,

görünme tutkusu ve bundan özel bir cinsel hoşlanmasıdır. Transvestismde kişinin bedeninden bir hoşnutsuzluğu yoktur, cinsel doyum amacı ile karşı cinsiyete ait giysileri giyer.

Cinsel Yönelim ve İlgili Kavramlar

Cinsel Yönelim

Bireyde cinsel duygu, istek ve davranışların belli bir cinsiyete ya da nesneye çekimidir. Cinsiyet kimliği bireyin kendini hangi cinsiyetten hissettiği ile ilgiliyken, cinsel yönelim hangi cinsiyete ilgi duyduğu ile ilgilidir. Yönelim kişinin kendi cinsiyet kimliğine yönelik olduğunda eşcinsel (homoseksüel), diğer cinsiyet kimliğine yönelik olduğunda heteroseksüel, her iki cinsiyet kimliğine yönelik olduğunda biseksüel olarak adlandırılır. Bir grup insan kendisini aoseksüel olarak tanımlamaktadır. Bazı insanlar ise kendi cinsel yönelimlerini hiçbir şekilde tanımlamak istemezler ve etiketlenmekten uzak durmayı tercih etmektedirler. Bazı insanlar kendisini poliseksüel ya da panseksüel olarak tanımlamaktadır. Panseksüellik, biseksüellikten farklı olarak kişinin karşısındaki kişiye ilgi duyması için cinsiyet tanımına ihtiyaç duymamasıdır.

Eşcinsellik farklı kültürlerde farklı şekillerde adlandırılmıştır, homoseksüel ifadesi ilk kez 1896'da Kentbery tarafından, Almanya'da eşcinsel cinsel davranışların suç sayılmasının aleyhine yazılan bir kitapçıkta kullanılmıştır. Daha sonra tıp çevrelerinde kabul görmüş ve yaygınlaşmıştır. İngilizce'nin hakim olduğu Batı kültüründe, neşeli, canlı, parlak ve güzel renkli gibi anlamları olan "gay" kelimesi hem erkek hem kadın eşcinseller için kullanılmaya başlamıştır. Daha sonra, kadınlara duyduğu aşkı şiirlerine sık konu eden Sappho'nun Lesbos (Midilli) adasından esinlenerek kadın eşcinseller "lesbian" kelimesini tercih etmeye başlamışlardır. Türkçe'de yaygın olarak erkek eşcinsel için "gay", kadın eşcinsel için "lezbiyen" kelimeleri kullanılmaktadır. Bu terimler dışında, son yıllarda yaygın olarak kullanılmaya başlayan bir terim de, "queerdir (kuir)". Buna, cinsellikle ilgili tanımlamaların, zaman içinde keskin sınırları olan kimlikler ürettiğini savunan postmodern teorisyenler öncülük etmiştir. Bu kavram toplumun dayattığı bir şekilde heteroseksüellik dışında cinsel yönelimleri karşılayacak şekilde kullanılmaktadır.

1973 yılında Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından eşcinsellik tanısal kategoriden çıkarılmıştır. 1980 yılında ise DSM tanı ölçütleri arasından eşcinsellik çıkarılmıştır. Dünya Sağlık Örgütü'nün Hastalıkların ve Bağlantılı Sağlık Sorunlarının Uluslararası Sınıflandırması'nın gözden geçirilmiş basımında

ölçüt eşcinselliğin cinsel yönelim olduğu ve tek başına hastalık olarak tanımlanamayacağı belirtilmiştir. İnsan cinselliğinde eşcinsellik belli bir sıklıkta görülen bir varyant olarak değerlendirilmektedir.

Bazı araştırmacılar, cinsel yönelimin birden fazla boyunu bir arada içeren bir kavram olduğunu öne sürerek, çeşitli ek bileşenler tanımlamışlardır. Kişinin kendisini nasıl tanımladığı (eşcinsel, heteroseksüel, biseksüel gibi), cinsel yönelimini toplum içinde nasıl kurduğu (yaşam tarzı), cinsel davranışı (cinsel eşlerinin cinsiyetleri), duygusal/romantik yakınlık duyduğu kişilerin cinsiyeti, kişinin fantezileri, bu bileşenler arasında sayılabilir. Bu bileşenlerin kısmen esnek olduğu, yaşam süresince değişkenlik gösterebileceği kabul edilir. Bu bağlamda cinsel davranış ve cinsel yönelim ilişkisine değinmek gereklidir. Birinin heteroseksüel kabul edilmesi için nasıl diğer cinsiyetten biriyle cinsel ilişki deneyimi olması gerekmiyorsa, kişinin eşcinsel yönelimde olup olmadığına eşcinsel ilişki deneyimiyle karar verilemez. Aksine, eşcinsel cinsel deneyim, eşcinsel yönelimden çok daha yaygın görülmektedir. Verilerde göre prepubertal dönemdeki erkeklerin yaklaşık yarısına yakın bir bölümünün erkek eş ile bazı cinsel deneyimler yaşadıkları bildirilmiştir. Eşcinsel bireyler de heteroseksüel cinsel davranış sergileyebilirler. Ancak genellikle, cinsel davranış kesitsel değil de yaşamın genelinde değerlendirildiğinde cinsel yönelim ile uyumludur.

Homofobi

Eşcinsellik ve eşcinsellere karşı uygun olmayan tutum sergilenmesi ve korku duyulması ile ilişkili bir tanımlamadır.

Heteroseküalizm (heteroseksizm)

Heteroseksüel ilişkinin herkes tarafından tercih edilmesi gerektiğine inanan ve cinselliği diğer şekillerde deneyimleyen kişilere karşı ayrımcılık yapan bir tanımlamadır.

KAYNAKLAR

1. Öztürk MO, Uluşahin NA. Cinsel Uyum Sorunları. In: Öztürk MO, Uluşahin NA. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 13.Baskı. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri, 2015:443-463.
2. Gökbakan AM. İnsanda Cinsellik ve Cinsel İşlev Bozuklukları. In: Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock Psikiyatri. 11. Baskı. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri, 2016: 564-599.
3. Başar K, Bağcaz A. Cinsiyetinden Hoşnutsuzluk. In: In: Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock Psikiyatri. 11. Baskı. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri, 2016: 600-607.
4. Başar K. Bedensel Cinsiyet, Cinsiyet Kimliği, Cinsel Yönelim. In: Yüksel Ş, Yetkin N. Bilgilendirme Dosyası-10 "Eşcinsellik". İstanbul:2013: 14-17.

DEPRESİF BOZUKLUK

Dr. Öğretim Üyesi Süleyman Dönmezgil

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Diyarbakır, Türkiye

GİRİŞ VE TANIM

Fransızca kökenli, bunalım, çöküntü anlamlarına gelen bir kelime olan depresyon yaygın bir sağlık sorunudur. Bu nedenle bu rahatsızlığın iyi tanınması ve zamanında tedavi edilmesi, rahatsızlığa bağlı ortaya çıkabilecek morbiditenin önlenmesi açısından önemlidir.

Depresyon ataklarla seyreder, atak arası dönemlere remisyon dönemi denir. Depresyonun atak dönemlerinde ortaya çıkan isteksizlik ve enerji azlığı gibi semptomlar, hastaların normal yaşamlarını sürdürmelerine engel olabilmektedir. Bu durum iş gücü, sosyal statü kaybı gibi durumlarla sonuçlanabilmektedir.

Depresyonu anlayabilmek için bazı tanımlamaları bilmek gerekmektedir. Bu tanımların bilinmesi ve kullanılması, sağlık çalışanları arasında ortak dil oluşmasına böylece tanı ve tedavide olası yanlışlıkların önüne geçilmesini sağlamaktadır.

Duygulanım (Affekt)

Bireyin bir olay ya da durum karşısında ortaya çıkardığı duygusal tepkidir (neşe, keder, öfke). Duygulanım sürekli değil anlıktır. Gün içerisinde karşılaştığımız bir sorunun o an canımızı sıkması, sonrasında o duygudan sıyrılarak farklı olaylara farklı duygusal tepkiler göstermek sık deneyimlediğimiz bir durumdur. İşte duygulanım bu anlık duygu değişiklikleri olarak ifade edilebilir.

Duygudurum (Mood)

Bireyin belirli bir süre bir duygulanım içerisinde olmasıdır. Yani duygudurum uzun bir dönemi, duygulanım ise anlık duygusal tepkileri tanımlar. Duygudurumu mevsimlere, duygulanımı o mevsim içerisindeki bir güne benzetirsek daha anlaşılır olabilir.

Normal Duygudurum (Ötmi)

Bireyin belirli sınırlar içerisinde duygudurum değişiklikleri yaşasa da kendisi veya çevresi tarafından farkedilen bir ruhsal bozukluğunun olmadığı normal ruh halidir. Kişi ötmi döneminde öfke, üzüntü, sevinç gibi duyguları yaşar fakat bu yaşadığı duygusal değişiklikler işlevselliğinde bir bozulmaya neden olmaz.

Anhedoni

Normal zamanda keyif alınan aktivitelerden keyif alınamaması durumudur.

Anerji

Kişinin kendini enerjisiz, takatsiz hissetmesi durumudur.

Bipolar Depresyon

Bipolar afektif bozuklukta görülen depresif atakları tanımlar. Bipolar bozukluk mani, hipomani ve depresyon ile karakterize yineleyici bir rahatsızlıktır. Bu rahatsızlığın dönemlerinden biri olan bipolar depresyon unipolar depresyona göre daha zor tedavi edilebilen rahatsızlık dönemidir. Detayı bipolar bozuklukta anlatılacaktır.

Unipolar Depresyon (Majör Depresyon)

Sadece depresyon ve ötmi dönemlerinin görüldüğü, depresif atak dönemi dışında herhangi bir duygudurum komponentinin (mani, hipomani) görülmediği ruhsal bozukluktur. Tek bir atak şeklinde olabileceği gibi yineleyici depresif ataklar da görülebilir.

Distimi

Depresyonda görülen belirtilerin daha düşük şiddette fakat uzun süre devam ettiği duygudurum bozukluğudur.

Psikotik Belirtili Depresyon

Depresif belirtilerle birlikte sanrı, varsanı gibi psikotik belirtilerin eşlik ettiği duygudurum bozukluğudur. Yapılan çalışmalarda psikotik belirtili depresyonun ilerleyen dönemlerde bipolar bozukluğa dönüşeceği daha doğrusu bipolar bozukluğun bazen ilk başvuru şekli olabileceği bildirilmektedir.

İşlevsellik

Kişinin temel gereksinimlerini karşılaması için gerekli görevleri ve aktiviteleri yerine getirebilmesi ve toplumun belirli bir alt kültürü tarafından yerine getirilmesi beklenen önemli sosyal rollerini gerçekleştirebilmesi becerisidir. Psikiyatrik muayene sırasında bireyin işlevselliğini üç alanına göre değerlendirebiliriz.

1- Sosyal hayat: Rahatsızlığın sosyal hayata etkisi ve bu etkiye bağlı bireyde geri çekilme ya da sosyal statü kaybı olup olmadığı değerlendirilir. Örneğin; kişide depresyona bağlı öfke patlamaları varsa ve bu belirtiyeye bağlı arkadaşları ile ilişkisi bozuluyorsa, rahatsızlık sosyal işlevsellik alanında bozulmaya neden oluyor şeklinde değerlendirilir.

2- Aile hayatı: Rahatsızlığa bağlı aile ortamında bozulma meydana gelir ve kişi bu durumu düzelterek mekanizmaları kullanamaz veya kullanacak enerjiden yoksundur. Ev hanımı olan danışanlarımızda sık rastladığımız bir durum buna örnek olarak verilebilir. Kadın depresyona bağlı enerjiden (enerji azlığı) muzdariptir, ev işi yapamaz, çocuklarının bakımını yeterince gerçekleştiremez. Bu durum eşi ve çocukları ile sıkıntı yaşamasına aynı zamanda kişinin kendini işe yaramaz/değersiz hissetmesine neden olur. Sonuçta aile ortamında müdahale edilmesi gereken bozulma ortaya çıkar.

3- İş/akademik hayat: Depresyon belirtilerinden pek çoğu iş ortamında veya danışan öğrenciyse akademik başarısında bozulmalara neden olabilir. Bir öğrenci majör depresyon tanı kriterlerini karşılıyorsa, rahatsızlığa bağlı beynin yüksek kortikal işlevlerinde (bilişsel fonksiyonlar) bozulmalar olacağından dersini çalışırken anlayamadığını, aklında tutamadığını söyleyerek polikliniğe başvuracaktır. Bu duruma bağlı notlarında düşme olacak, hastalığa bağlı kendini yetersiz hissetme durumu pekişecektir.

Epidemiyoloji

Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre dünya çapında 264 milyondan fazla insanı etkilemektedir. Güncel araştırmalarda yaşam boyu prevalansı gelişmiş ülkelerde %17'lerde iken, gelişmekte olan ülkelerde %9 olarak bildirilmektedir. Kadın cinsiyette erkek cinsiyetten iki kat fazla görülmektedir.

Etiyopatogeneze

Duygudurum bozukluklarında pek çok etiyolojik neden araştırılmıştır. İmmün sistemden oksidatif strese, monoaminlere kadar pek çok bozukluk araştırılmış ancak depresyonun etiyopatogenezi tam olarak açıklanamamıştır.

Depresyon ve diğer duygudurum bozukluklarında en çok araştırılan nörotransmitterler norepinefrin (NE), dopamin (DA) ve serotonin (5-HT). Bu üç nörotransmitter sadece hastalık patogenezi açıklamak için değil tedavi hedefi olarak da incelenmektedir. Çünkü duygudurum bozukluklarının bu üç nörotransmitterin değişik oranlarda etkilenmesi ile ortaya çıktığı düşünülmektedir. Son yapılan çalışmalarda bu nörotransmitterlere ek olarak gama aminobütirik asit ve glutamatta da depresyonda değişiklikler olduğu gösterilmiştir.

Depresyon etiyolojisinde daha önceden serotonin üzerinde ağırlıklı olarak durulurken, yapılan araştırmada her üç nörotransmitterin de değişik yollarda yetersiz işlevleri ile rahatsızlığın ortaya çıktığı anlaşılmıştır. Bu yetersiz işlev monoamin eksikliği ile açıklanamamaktadır. Burada postsinaptik iletideki bozulmaya neden olabilecek her bozukluğun (reseptör, hücre içi ileti vb.) depresyona neden olabileceği düşünülmektedir.

Genetik yük, pek çok hastalıkta olduğu gibi depresyonda da hem bir risk faktörü hem de prognostik faktördür. Soygeçmişinde birinci derece yakınlarında depresyon tanısının olması hastalığın ortaya çıkma ihtimalini artırdığı gibi, tedavi yanıtının da olumsuz olmasına neden olabilir. Bu nedenle genetik yük varlığında teşhis ve tedavi takibi açısından yakın izlem önerilmektedir.

TANI

Depresyon tanısının konulmasında herhangi bir laboratuvar veya görüntüleme yöntemi bulunmamaktadır. Tanı klinik olarak konulur. Tanı konulmasına yardımcı bazı kriterler vardır. Bu kriterler Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı veya Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı (DSM-5), Hastalıkların ve Sağlık Sorunlarının Uluslararası Sınıflama Sistemi (ICD-10) tanı sistematiği ile standardize edilmektedir. Ülkemizde psikiyatrik tanı konulması amacıyla sıklıkla DSM-5 kullanılmaktadır. Bu nedenle DSM-5'teki depresyon tanı kriterlerine kitabımızda yer verilecektir.

DSM-5'e göre majör depresyon tanısı için 9 belirtinin en az 5'inin (en az biri ilgi istek azalması veya çökkün duygudurum olmalıdır) iki hafta boyunca, günün büyük bir kısmında hastada bulunması gerekmektedir.

- 1- Çökkün duygudurum varlığı (neredeyse hergün ve günün büyük bir bölümünde),
- 2- Günlük etkinlik veya sosyal aktivitelere olan ilginin azalması,
- 3- Uykusuzluk veya aşırı uyuma,
- 4- Kilo verme isteği ve uğraşı olmamasına rağmen kilo verme veya kilo alma,
- 5- Kendini değerli görememe ya da suçluluk hissi,
- 6- Psikomotor ajitasyon veya retardasyon,
- 7- Bitkin, halsiz enerjik hissedememe,
- 8- Dikkat ve odaklanma eksikliği çekme ya da kararsızlık,
- 9- İntihar düşünceleri veya teşebbüsü.

Bu belirtiler belirgin işlevsellik bozulmasına neden olur ve belirtiler madde ya da tıbbi bir hastalık nedeniyle ortaya çıkmaz.

AYIRICI TANI

Unipolar depresyon ayırıcı tanısında bipolar depresyon, postpsikotik depresyon, maddeye veya genel tıbbi duruma bağlı depresyon ile özellikle yaşlılarda demans akla gelmelidir.

TEDAVİ VE PROGNOZ

Depresyon tedavisinde danışanın rahatsızlık şiddeti, danışanın tercihi, intihar girişiminin veya aktif intihar düşüncesinin olup olmamasına göre tedavi seçenekleri değişebilmektedir.

Şiddetli bir depresyon atağı yaşayan hastada tedavi seçimini sadece danışan isteğine göre yapmamız durumunda, danışanın içinde bulunduğu ruh hali, anejisi ve rahatsızlığa bağlı bilişsel yetersizlikten dolayı efektif bir tedavi planlaması yapılamaz. Bunun yerine rahatsızlığın şiddetine, yukarıda sayılan belirtilerin varlığına, sosyal destek mekanizmalarının bulunup bulunmamasına göre tedavi planlaması yapılmalıdır. Aktif intihar düşüncesine sahip sosyal desteği zayıf bir danışanı bir antidepresan yazarak kontrole çağırarak, danışana yarardan çok zarar verecektir. Sosyal desteğin zayıflığı, rahatsızlığın şiddeti ve intihar riskinden dolayı yatış planlanıp elektro konvülf terapi uygulanması, danışanın hayatını kurtaracaktır. Kısacası diğer tıp dallarında olduğu gibi "hastalık yoktur, hasta vardır" sözü psikiyatri için de geçerlidir.

Tedavide kullanılan yöntemlere kısaca değinecek olursak;

Psikoterapiler

Psikiyatrik rahatsızlıkların hemen hepsinde farmakoterapi kadar etkili yapılandırılmış tedavi amacı olan görüşmelerdir. Bilişsel davranışçı terapi, dinamik psikoterapi, destekleyici psikoterapi gibi çeşitleri vardır.

Elektro Konvülf Terapi

Tedavi mekanizması tam olarak bilinmemekle birlikte en güvenli tedavi seçeneklerinden biridir. Özel tıbbi aletler aracılığıyla danışanın şakak bölgesine belirli şiddet ve frekansta elektrik akımı uygulayarak jeneralize tonik klonik nöbet geçirmesi sağlanarak yapılan bir tedavi şeklidir. Anestezi altında ameliyathane şartlarında uygulanır. Gebe ve aktif intihar düşüncesi olan depresyon hastalarında birinci seçenek olarak tercih edilmektedir.

Farmakoterapi

Depresyon tanısında bu kategoride pek çok ajan kullanılmaktadır. Detaya girmeden antidepresanlardan kısaca bahsedilecektir.

Trisiklik antidepresanlar

Her üç monoamine ve reseptörlerine etkileri vardır. Etkin fakat yan etkileri fazladır. Kullanımları belirli hastalıklarda sıklıkla (Örneğin; dirençli obsesif kompulsif bozuklukta klomipramin

kullanımı gibi). İmipramin, desipramin, klomipramin, amitriptilin, nortriptilin bu gruptandır.

Seçici serotonin geri alım inhibitörleri

Seçici olarak serotonin üzerine etkilidirler. Yan etkileri bu nedenle daha az, kullanımları sıklıkla. Sitalopram, essitalopram, fluoksetin, fluvoksamin, paroksetin, sertraline bu gruptandır.

Serotonin ve noradrenali geri alım inhibitörleri

Hem serotonin hem de noradrenalin üzerine etkilidirler. Venlafaksin, milnasipran, duloksetin bu gruptandır.

Serotonin geri alım inhibitörü ve 5-HT₂ blokörleri

Antidepresan etkinliği zayıftır. Özellikle uykusuzluğun birlikte olduğu depresyonda destek amaçlı tercih edilebilirler. Trazodon bu gruptandır.

Diğer antidepresan grupları;

Noradrenalin seçici geri alım inhibitörleri: Reboksetin.

Noradrenalin ve DA geri alım inhibitörleri: Bupropion, minaprin.

Noradrenerjik ve spesifik serotonerjik antidepresanlar: Mianserin, mirtazapin.

Prognoz

Unipolar depresyon, tedavi edilmediği takdirde diğer psikiyatrik rahatsızlıklar gibi beyinde bazı değişikliklere neden olabilmektedir. Tedavi edilmeyen depresyon olgularında hipokampüste küçülme bu bulgulardan biridir.

Radyolojik değişikliklerin yanında tedavi edilmeyen depresyon olgularında intihar ile yaşamına son verme sıklığı da tedavi edilen olgulara göre fazladır.

Bütün bunlara ek olarak kişinin depresyon süresinin uzaması sosyal statü kaybına, aile ve sosyal ilişkilerinin bozulmasına ve belki de yaptığı işi yapamamasına neden olabilmektedir. Bu nedenlerden tedavinin hızlı ve etkin olarak uygulanması tedavi sonrasında yaşama adaptasyon açısından da önem arz etmektedir.

KAYNAKLAR

- Öztürk O. Duygudurum Bozuklukları: Öztürk O, Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri, 2014:337-427.
- Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan & Sadock Psikiyatri Davranış Bilimleri/Klinik Psikiyatri. Güneş Kitapevleri, 2016:347-360.

DİSOSİYATİF BOZUKLUKLAR

Doç. Dr. Filiz İzci, Uzm. Dr. Didem Beşikçi

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

GİRİŞ VE TANIM

Disosiyasyon kavramından ilk bahseden Pierre Janet olmuştur. Bu kavramı kişilik birleşiminde belirgin düzensizlikler olan histerik nevrozlarda çeşitli etkenlere bağlı olarak duygular, inançlar, istekler ve anıların özel bir şiddet kazanarak zayıflamış olan bilinçten ayrışmasını ifade eden bir olay olarak tarif etmiştir. Daha sonra ağır stresör ile karşılaşan kişinin bilincinin bir süreliğine dış uyaranlara kapatılarak egonun anksiyeteden geçici de olsa uzak tutulmasını sağlaması ve çatışmayı yatıştırıcı bir işleve sahip olması nedeniyle disosiyasyon bir savunma mekanizması olarak kabul edilmiştir.

Disosiyasyon normal ve patolojik olarak tüm ruhsal yapılarda bulunur. Zihindeki birtakım düşünce ve duygu kümelerinin ya da karmaşaların bağlı oldukları olay ve yaşantılardan koparak, ayrılarak, özerkleşmeleri ve benliği etkileme sürecidir. Benlik tarafından kabul edilemeyen duygu ve düşünceler zihinsel olarak ayrışır. Bu süreçte bilinç, bellek, algılama, duyu, hareket ve otonom sinir sisteminde işlev bozuklukları olur. Stresörle karşılaşan kişinin normal psikobiyolojik baş etme kapasitesinin yetersiz kaldığı durumlarda disosiyasyon belirtilerinin daha şiddetli, yaygın ve inatçı şekilde ortaya çıktığı görülmüştür. Bu durumda patolojik disosiyasyondan ve disosiyatif bozukluklardan söz edilmektedir.

EPİDEMİYOLOJİ

Yıllar içinde sıklığı azalmasına rağmen yine de sık görülen bozukluklardandır. Sıklığı çağdan çağa, toplumdan topluma ve sosyo-kültürel düzeylere göre değişir. Kadınlarda, gençlerde, düşük sosyo-ekonomik ve sosyo-kültürel düzeydeki kişilerde daha sıktır. Amerika'da zencilerde beyazlara göre daha sık olduğu bilinmektedir. ABD'de yapılan bir çalışmada "histeri" tanısı için; kadınlarda %13,8, erkeklerde %9,3 sıklıkta olduğu saptanmıştır. Dissosiyatif yaşantıların genel toplumdaki prevalansının %75'e kadar çıktığı bildirilmişken, dissosiyatif bozuklukların prevalansının genel popülasyonda %2-3, klinik popülasyonda %10 civarında olduğu öngörülmektedir.

Tam bir istatistiksel sayı vermek güçtür çünkü bu hastaların çoğu hekime gitmez. Yine tanı kodu açısından karmaşa olması, ICD-10'da hem disosiyasyon bozukluğunun hem konversiyon bozukluğunun aynı başlıkta olması da bu bozuklukların sıklığını belirlemeyi güçleştirmektedir.

ETİYOPATOGENEZ

Disosiyasyonun adaptif veya patolojik olarak ortaya çıkışını yordayıcı etkenler kesin olarak ortaya konamasa da stres-yatkınlık modeline göre disosiyasyonun bir bozukluk olarak kendini göstermesi genetik özellikler, erken gelişimsel olumsuzluklar, travmanın şiddeti ve kişilik örgütlenmesi ile ilişkilendirilmiştir. Dissosiyatif belirtilerin oluşmasında kanıt düzeyi en yüksek tetikleyicinin ruhsal travmalar olduğu bilinmektedir.

PATOLOJİ

Travmanın, bilinç ve hafızanın bütünleştirici fonksiyonlarını düzenleyen beyin bölgelerinde, bazı kalıcı nörokimyasal, fonksiyonel ve yapısal anormalliklere sebep olabileceği gösterilmiştir. Santral sinir sisteminin birleştirme kapasitesindeki bozulma, bellekte travmatik olaylar ile ilgili duyguların ve duyuların işlenememesi ve entegre edilememesi ile sonuçlanmaktadır. Kronik stres karşısında hipotalamus-pituitary-adrenal aksı baskılanır. Bu durumun bir taraftan beyini koruyan bir işlevi olsa da çocuğun strese karşı psikolojik olarak alıştırılması ve stres karşısında psikolojik yanıtın baskılanmasıyla sonuçlanır. Parasempatik sinir sisteminin uyarılması, uzamış travmaya farklı bir yanıt sistemidir. Parasempatik sistemin uyarılması dissosiyatif yanıtı provoke edebilir. Prefrontal korteks, deneyimlere anlam verme, planlama, yargılama, impulsivitenin kontrolünde önemli bir bölgedir. Erken dönem uzamış stres yanıtı, prefrontal korteks gelişiminde değişikliklere sebep olabilir.

KLİNİK

Disosiyatif Amnezi

DSM-5 tanı kriterleri;

A. Sıradan bir unutkanlıkla açıklanamayacak bir biçimde, genellikle örseleyici ya da gerginliği tetikleyici nitelikte, öz yaşam öyküsüyle ilgili bilgileri anımsayamama.

B. Bu belirtiler klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.

C. Bu belirtiler, bir maddenin ya da nörolojiyi ilgilendiren bir durumun ya da başka bir sağlık durumunun (örn; Kompleks parsiyel nöbetler, gelip geçici geniş çaplı unutkanlık, kapalı baş yaralanması, nörolojiyi ilgilendiren başka bir durum) fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

D. Bu bozukluk, kimlik çözülmesi bozukluğu, örselenme sonrası gerginlik bozukluğu, akut gerginlik bozukluğu, bedensel belirti bozukluğu, yeğin ya da ağır olmayan nörobilişsel bozukluklarla daha iyi açıklanamaz.

Varsa belirtiniz:

- Disosiyatif füğ ile birlikte: Kimliğini ya da diğer öz yaşam öyküsü bilgilerini unutanın eşlik ettiği, görünüşte amaçlı gezinti ya da şaşkın bir biçimde dolaşma.

Disosiyatif amnezide; kişinin yaşamının bir bölümünü anımsayamaması ve bunun normal bir unutkanlık ile açıklanamaması söz konusudur. Disosiyatif amnezideki en temel özellik, unutilan bu yaşam dönemlerinin genellikle kişi için ağır travmatik yaşantıları içeren zaman dilimleri olmasıdır. Yaşamın bu bölümü kişinin bilincinden tümenden silinmiştir, kişi için hiç yaşanmamış gibidir. Bunların çoğu psikanalitik açıdan bilinçdışına bastırmadır.

Disosiyatif amnezi tablosu akut seyirlidir; ani başlar ve biter. Genellikle global bir amnezi olarak başlar, devamında lokalize ve sınırlı hale gelerek sonlanır. Sonlanma sıklıkla kendiliğinden olur. Bu tipte bir amnezinin gelişmesine neden olan, hastanın deneyimlediği tolere edilemez utanma, suçluluk, hayal kırıklığı, öfke ve umutsuzluk duygularını içeren oldukça çatışmalı bir ortamdır ve bu ortamda bulunma devam ettikçe amnezide yinelemeler görülür.

PTSB, disosiyatif kimlik bozukluğu, disosiyatif füğ ve konversiyon bozukluğunda da benzer amneziler görülebilir.

Disosiyatif Füğ

Hasta birdenbire, beklenmedik bir şekilde, evinden, doğal ortamından uzaklaşarak başka bir semte veya kente gider. Yeni gittiği yerde saatler, günler, aylar hatta bazen yıllar boyunca kalabilir. Daha önceki hayatına ve kimliğine dair tam bir amnezi durumu mevcuttur. Kişi eski kimliğini unutabilir, yeni kimliğine dair kesin bir bilgisi olmayabilir ya da kendisine tamamen yeni

bir kimlik edinmiş olabilir. Füğ öncesi kimliğe dönüldüğünde ise, füğ dönemindeki kimliği tamamen unutulur.

Disosiyatif füğ; ICD-10'da disosiyatif bozukluklar içinde ayrı bir başlıktır. DSM-5'te ise disosiyatif amnezinin içine alınmıştır, amnezi içinde bir belirleyici olarak tanımlanmıştır.

Parsiyel karmaşık psikomotor epilepside de benzer fakat genellikle daha kısa süreli füğlerin görülebilmesi nedeniyle disosiyatif füğü olan birinin mutlaka temporal lob epilepsisi açısından değerlendirilmesi gerekir.

Dissosiyatif Kimlik Bozukluğu

DSM-5 Tanı Kriterleri;

A. İki ya da daha çok ayrı kişilik durumu ile belirli kimlik bölünmesi. Bu durum kimi kültürlerde cin çarpması yaşantısı olarak tanımlanır. Kimlikte bu bölünme, kendilik duyumunda ve eylemlerini yönetebilirlik algısında sürekliliğin belirgin olarak bozulmasını kapsar. Duygulanım, davranış, bilinçlilik, bellek, algı, biliş ve/ya da duygusal- devinsel işlevsellikte bununla ilişkili değişiklikler bulunur. Bu belirti ve bulgular başkalarının gözlenebilir ya da kişi bunları bildirir.

B. Sıradan unutkanlıkla açıklanamayacak bir biçimde günlük olayları, önemli kişisel bilgileri ve/ya da örseleyici olayları anımsarken yineleyici boşluklar olması.

C. Bu belirtiler klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.

D. Bu bozukluk genel kabul gören kültürel ya da dinsel uygulamanın bir bölümü değildir.

E. Bu belirtiler bir maddenin ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

Çoğul veya çoklu kişilik bozukluğu olarak da bilinir. Kişide, yineleyici bir biçimde, başka bir veya birden fazla kişiliğin belirmesi; bu kişiliğin/kişiliklerin kişinin yaşamına bir süre egemen olması; bu kişilik veya kimliklerin birbirini tanımaması, birbirinden habersiz olması ve birbirinin yaptığı eylemleri tümenden unutması temel belirtilerdir.

Bir kişilik veya kimlikten diğerine geçişler genellikle birdenbire olur. Kişilik veya kimlikler arası geçişlere duygulanım, davranış ve bilişsel işlevlerdeki değişiklikler eşlik eder.

Kişide bir süre beliren ve ona tümüyle hakim olan bu ayrı kimliğe "alter kimlik" denir. Alterlerin sayısı en sık 2-10 arasında olur. Bunlar genellikle bir kişinin alışkın olduğu yaşam biçiminin dışında kişilik özellikleri gösterir. Bu kimlikler çoğunlukla birbirlerinin yerini yineleyici biçimde alırken, hastaların bir kısmı alterleri arasında yaşanan çatışmalardan ve birbirlerine yaptıkları müdahalelerden de söz etmektedir. Alterler arasında cinsel yönelim, gözlük numaraları, sağ-sol el seçimi gibi özelliklerin farklılaştığı gözlenmektedir.

Bu hastaların semptomları bazen yanlış yorumlanarak kişilerin farklı tanılar almalarına neden olabilir. Alter kimliklerden

kaynaklanan mesajlar hastalar tarafından tariftlendiğinde birer işitsel varsanı olarak yanlış yorumlanmaya neden olabilir. Halbuki bu durumlar çoğunlukla varsanı ölçüsünü almadan bir hissetme veya içeriden bilme niteliğindedir. Alter kimlikten gelen mesajlar kendisini eleştiren, yöneten, zihnini okuyan sesler olarak da Schneiderian belirtiler gibi izlenim verebilir. Bu durumlar DKB'nin psikotik bozukluklarla karıştırılmasına yol açar.

Çocukluk çağı travmaları özellikle enstest olmak üzere cinsel taciz ve tecavüz olaylarının disosiyatif kimlik bozukluğu oluşumunda önemli bir etken olduğu düşünülmektedir. Bu kişilerin telkin ve hipnoza yatkın olduğu kabul edilir. Bu hastalar için ilaçların etkisi ya da temporal lob epilepsisi mutlaka dışlanmalıdır.

Depersonalizasyon - Derealizasyon Bozukluğu

DSM-5 tanı kriterleri;

A. Sürekli ya da yineleyici olarak, kendine yabancılaşma, gerçek dışılık yaşantıları ya da her ikisinin birlikte olduğu yaşantıların varlığı:

1- Kendine yabancılaşma (depersonalizasyon): Kişinin düşünceleri, duyguları, duyumları, vücudu ya da eylemleri ile ilgili olarak gerçek dışılık, kendinden kopma ya da dışarıdan bir gözlemciymiş gibi olduğu yaşantılar (algısal değişiklikler, zaman algısında çarpıklık, kendiliğin gerçek dışılığı ya da yokluğu, duygusal ya da bedensel uyuşma).

2- Çevreye yabancılaşma (derealizasyon): Çevredekilerle ilgili olarak gerçek dışılık ya da kopukluk yaşantıları (örn; İnsanlar ya da nesneler gerçek dışı, düşsel, sisli, cansız ya da görsel açıdan çarpık olarak yaşantılanır).

B. Bu kendine yabancılaşma ya da gerçek dışılık yaşantıları sırasında gerçeği değerlendirme bozulmamıştır.

C. Bu belirtiler klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında düşmeye neden olur.

D. Bu bozukluk bir maddenin ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojisiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

E. Bu bozukluk şizofreni, panik bozukluğu, yeğin depresyon bozukluğu, akut gerginlik bozukluğu, örseleme sonrası gerginlik bozukluğu ya da başka bir çözüme bozukluğu ile daha iyi açıklanamaz.

Depersonalizasyonda kişi kendine yabancılaşır. Kendi benliğini, yüzünü, bedeninin bazı parçalarını veya bazen tümünü, hareketlerini, duygularını değişmiş olarak algılar. Kendisini eskisinden farklı, yabancı biri olarak görür. Bazen kişi bu durumu kendi bedeninden çıkmış ve kendisini dışarıdan izliyormuş gibi tarif edebilir. El ayakta büyüme veya uzama şeklinde algısal değişiklikler bildirebilir.

Derealizasyonda ise, kişi çevresindeki insanları veya eşyaları, mekanı eskiden olduğundan daha farklı ve değişik algılar. Bazen aşırı renkli veya aşırı renksiz, bazen de yapay, gerçek değilmiş

gibi algıladığını bildirebilir. Kişilerin depersonalizasyon ve derealizasyon belirtileri yaşıyor oldukları esnada, gerçeği değerlendirme yetileri bozulmaz.

Gelip geçici olabilir, gençlik yıllarında daha sıktır. Günlük stresler, alkol-madde kullanımı, aşırı uykusuzluk gibi nedenlerle ortaya çıkıp kaybolabilir. Bazen de şizofreni, depresyon, anksiyete bozuklukları, epilepsi ve organik beyin patolojilerine eşlik edebilir. Böyle durumlarda asıl tanı birincil rahatsızlıktır, depersonalizasyon-derealizasyon belirtileri eşlik ediyor kabul edilir. Daha nadiren başka bir tanı olmaksızın sadece depersonalizasyon ve derealizasyon belirtileri günlerce veya haftalarca sürebilir. O zaman depersonalizasyon-derealizasyon bozukluğu tanısı konulur.

Bunların yanında içinde yaşanılmamış bir yer, bir olay kişiye bildik tanıdık daha önce yaşanmış gibi geliyorsa, buna déjà vue (gördüm sanı) denir. Kişi bildik tanıdık bir yeri ya da olayı hiç görmemiş, yaşamamış gibi algılsa, buna da jamais vue (görmedim sanı) denir.

AYIRICI TANI

Disosiyatif bozukluklar daha çok, psikotik bozukluklar, duygudurum bozuklukları, alkol-madde bozuklukları, epilepsi hastalığı, sınırda kişilik bozukluğu ile karışabilir. Psikotik bozukluklarda hastada; hafıza ve anımsama sorunları olmayıp, gerçeği değerlendirmeleri bozuktur. İşitsel varsanılar disosiyatif bozukluk hastalarında daha çok kafanın içinden gelen bir ses olarak değerlendirilir. Gerçeği değerlendirmeleri dissosiyatif krizler dışında normaldir. Duygudurum bozuklukları ise depresif ve manik epizodlar halinde ortaya çıkmakta iken disosiyatif bozukluklarda epizodik bir dönem yoktur. Epilepsi hastalığında ortaya çıkan nöbetlerde bilinç, oryantasyon, kasılma nöbetleri, aura, nöbet sonrası sedasyon gibi özellikler daha belirgindir. Dissosiyatif bozukluklarda amnezik dönemlerde hastada nörolojik defisitler ortaya çıkmaz. Alkol-madde kullanımına bağlı dezorganize davranışlar, hafıza problemleri alkol-ve madde kullanımı sonrasında daha çok ortaya çıkmaktadır. Öyküde madde kullanımı vardır. Sınırdaki kişilik bozukluğu ise; ergenlik dönemlerinde başlayan yeme, madde kullanımı, seks, araç kullanımı gibi alanlarda dürtüsel ve risk alıcı davranışlar sergileme, kişilerarası ilişkilerde aşırı duyarlılık, duygusal labilite, impulsif davranışlar ile kendini göstermektedir.

TEDAVİ VE PROGNOZ

Bu hastaların önemli bir kısmı kendiliğinden düzelmektedir. Ancak daha sonra belirtiler tekrarlama eğilimi gösterir. Bu hastalar değerlendirilirken; organik bir bozukluk olmadığından emin olunmalıdır. Hastanın ruhsal durumu, aile içindeki rolü, yakın zamanda meydana gelmiş stresör bir olay olup olmadığı iyi sorgulanmalıdır. Ağır yaşam koşulları devam ediyorsa iyileşme sağlanması pek mümkün değildir. Bir süre hastanın

ortamdan uzaklaştırılması ya da çevre düzenlemesi açısından aileye durumun açıkça anlatılması gerekmektedir. Böylelikle birincil ve ikincil kazanç sorunun ortadan kaldırılması tedavide ilerleme sağlar. Hastalarda genellikle eşlik eden depresif belirtiler de olduğundan antidepresan ilaçlar kullanılabilir. Histerik psikozlarda antipsikotikler fazla etkili değildirler. Yüksek güçlü benzodiazepinler (lorazepam, alprazolam gibi) denenebilir. Çok dirençli ve süregelen hastalarda elektrokonvulsif bir seçenek olabilir.

Disosiyasyon bozukluklarında en uygun sağıltım yolu bireysel psikoterapi, grup terapisi, çevresel koşulların düzeltilmesi ve aile psikoterapisinin birlikte uygulanmasıdır. Psikoterapi çeşiti olarak en uygunu gerektiğinde analitik yönelimli gerektiğinde destekleyici psikoterapinin uygulandığı esnek bir yaklaşım uygulanmalıdır. Son dönem uygulanan tedavi yönetmelerinden

biri, de göz hareketleriyle duyarsızlaştırma ve yeniden işleme (EMDR) tekniğidir. EMDR ile özellikle travma sonrası gelişen dissosiyatif bozukluklarda etkili olmaktadır.

Hastalığın süreci çoğunlukla çevresel koşullara, hastanın kişilik özelliklerine ve yapılan sağıaltıma göre değişir. Hastaların büyük kesiminde düzelme kısa sürede olur fakat belirtiler sıklıkla yineleyebilir.

KAYNAKLAR

1. Öztürk MO, Uluşahin NA. Disosiyatif Bozukluklar ve Somatoform Bozukluklar. In: Öztürk MO, Uluşahin NA. Ruh Sağlığı ve Hastalıklar 14.Baskı. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri, 2016:391-420.
2. Balcıoğlu YH, Balcıoğlu İ. Dissosiyatif Bozuklukların Tanımı ve Tanı Ölçütleri. Öztürk E, editör. Ruhsal Travma ve Dissosiyasyon. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2018. p.8-13.



ENGELLİLİK VE MALULİYET DURUMU

Doç. Dr. Mustafa Solmaz

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul Bağımlılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul, Türkiye

GİRİŞ VE TANIM

Kişinin sağlık durumu ve çevrenin etkileşimiyle ortaya çıkan, günlük yaşam aktivitelerine sınırlı katılıma neden olan çok yönlü bir durumdur. Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) güncel tanımı ile engellilik sadece sağlıkla ilgili bir durum değildir; kişinin fiziksel durumu ile yaşamadığı toplumla arasındaki ilişkileri sonucu oluşur.

Engellilik Oranları

- Engellilik oranı %20-%40 arası olanların günlük işlerini rahatlıkla yapabilen kişiler olduğu,
- Engellilik oranı %40 ve üzerinde olanların günlük işlerde bir yardımcıya ihtiyaç duyan kişiler olduğu,
- Engellilik oranı %50 ve üzerindeki olanların ise sürekli birilerinin yardımına muhtaç ağır engelli kişiler olduğu belirlenmiştir.

Engellilik ve Özürllülük Sınıflandırması

Sınıflandırma sistemi olarak; DSÖ tarafından sağlık ve sağlıkla ilgili durumların tanımlanması için ortak standart bir dil ve çerçeve oluşturmak amacı ile geliştirilen ve insanın işlevselliği ve kısıtlılıklarla ilgili durumlarının tanımlanmasını sağlayan çok kapsamlı uluslararası bir sınıflandırma sistemi olan İşlevsellik Yeti Yitimi ve Sağlığın Uluslararası Sınıflandırması esas alınır.

Engellilik ve Özürllülük Sürecinin Yürütücü Kurumlar

Özürllülerin sağlığı ile ilgili durumlarının tanımlanmasında her türlü bilginin kodlanmasında, çeşitli disiplinler ve hizmetler açısından verilerin toplanmasında, kaydedilmesinde ve karşılaştırılmasında, özürllülerin tedavisi, rehabilitasyonu, eğitimi ve istihdamı ile ilgili hizmetlerin değerlendirilmesinde, planlanmasında İşlevsellik Yeti yitimi ve Sağlığın Uluslararası Sınıflandırması sisteminin kullanılması amacıyla eğitim, öğretim, uygulama ve yaygınlaştırma hizmetleri Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'nın koordinatörlüğünde, ilgili kamu kurum ve kuruluşları ile sivil toplum örgütleri, üniversiteler ve ilgili meslek kuruluşlarının işbirliği ile yürütülür.

Engellilik ve Özürllülük Sağlık Kurulu Raporları ile İlgili Süreçler

Yönetmeliklerde belirtilen özürllü sağlık kurulu raporlarını düzenlemeyi: Yetkili sağlık kurumları ve hakem hastaneleri Sağlık Bakanlığı belirler ve internet sitesinde yayımlar. Özürllü sağlık kurulu; iç hastalıkları, göz hastalıkları, kulak-burun-boğaz, genel cerrahi veya ortopedi, nöroloji veya ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanlarından oluşur. Özürllü sağlık kurulu raporu vermeye yetkili sağlık kurumunda, fizik tedavi ve rehabilitasyon uzman hekiminin bulunması halinde, bu uzmanın özürllü sağlık kurulunda yer alması zorunludur. Verilen özürllü sağlık kurulu raporuna itiraz edecek kişi en yakın farklı bir özürllü sağlık kurulu raporu vermeye yetkili hastaneye gönderilir ve yönetmelik gereğince değerlendirilir. Özürllülük oranları belirtilere göre değil, işlevsellik düzeylerine göre verilir. Birden fazla hastalığı veya özürlü bulunanların, özürlü oranları yönetmelikte aksi belirtilmedikçe Balthazard formülü ile toplanarak kişinin özürlü oranı hesaplanır. Kişiye verilen özürllü sağlık kurulu raporunun geçerlilik süresi raporda belirtilir.

Maluliyet

Verilen sağlık kurulu raporuna göre malul sayılmak için sigortalının çalışma gücünün %60'ından fazlasını kaybetmesi gerekmektedir. Kanuna göre, malul olan sigortalının, yani çalışma gücünün %60'ını kaybeden sigortalının, 1800 gün prim ödemesi varsa, istemesi halinde malulen emekli olabilir. Maluliyet veya engellik durumlarında emeklilikten yararlanmanın yanında vergi yükümlülüğü, iş bulma şartlarında kolaylık ve daha birçok hizmet ve öncelikten yararlanabilmekteler. Engellilerin toplumsal alanlarda yaşayacağı sorunları minimuma indirmek için engellilik durumu tespiti önemlidir.

Psikiyatrik Hastalıklarda Engellilik ve Maluliyet

Psikiyatrik hastalıklarda engellilik ve maluliyet yaşayan kişilerde önemli bir yere sahiptir. Engellilik ve maluliyet için psikiyatri başvuruları göz önüne alındığında TÜİK 2010 verileri engellilik hali olan kişilerde ruhsal bozukluklar oranını %3,9 olarak verilmiş ancak ülkemizde ruh sağlığı alanında yapılan az sayıda engellilik çalışması vardır. Yapılan çalışmalarda psikiyatri birimine engellilik oranı tespiti için başvurular sıklıkla sırasıyla

zeka geriliği, şizofreni ve depresyon tanısı aldığı görülmektedir. İlgili yönetmelik Tablo 1' de psikiyatrik hastalık özürölülük oran cetvelinden birkaç örnek Tablo 1'de verilmiştir.

Engellilik durumu olan hastaların hem tedavi hem bakım süreçleri önem arz etmektedir. Yaşam süresi uzadıkça yaşlılık

haliyle birlikte var olan psikiyatrik hastalıklara psikiyatrik ek tanı eklenme sıklığının artması ve ek fiziksel hastalıkların görülme sıklığında artış olması nedeniyle engellilik hali zaman içerisinde daha sık olarak görülmektedir. Psikiyatrik bozuklukların kronikleşme riski yüksektir ve erken yaşlarda

Tablo 1. Özürölülük oranları belirtilere göre değil, işlevsellik düzeylerine göre verilir

A- Zeka İşlev bozuklukları	Özür Oranı
1-Sınırdaki mental kapasite (IQ: 70-80)	25
2-Hafif (IQ: 50-69)	50
3-Orta (IQ: 35-49)	70
4-Ağır (IQ: 20-34)	90
5-Çok ağır (IQ: 20'nin altında)	100
Erken çocukluk döneminde (0-6 yaş) bilişsel işlevler, IQ puanı ile değil, etkinlik ve katılım zorlukları ve kısıtlılıklarının düzeyleri ilgili uzmanlar tarafından, öncelikle aile ve çocuğun katılımı ile klinik değerlendirme yapılarak değerlendirilir. Uzmanın çocuğu, ailesi ve yaşadığı ortam ile birlikte ele alarak yapacağı "aile merkezli işlevsel değerlendirme" ayrıntılı teşhis ve sınıflandırma için esastır. Klinik değerlendirmenin güvenilirliği ve geçerliliğinin sağlanması için ek olarak standart testlerin bilişsel bölümleri kullanılır. Kullanılabilecek değerlendirme araçları bilimsel yazında yer alan, güvenilirlik, geçerlilik ve norm çalışması yeterli olan ve işlevsel yetileri değerlendiren araçlar olmalıdır. Bu testlerin yukarıda belirtilen IQ puanına eşdeğer puan aralıklarında özür oranı verilir. Ortalama puanları 100, 1 standart sapması 15 olan testlerde -2SD 70 puan altı ya da 3. persantil altı ile eş değerdir.	
Bilişsel alanlarda kaybı olan çocuklarda teşhis bölümüne işlev kaybının düzeyini açıklayan klinik değerlendirme bulgularının da yazılması gerekir. Bu yaş grubunda "zeka geriliği" tanısı/terimi kullanılmaz; "BİLİŞSEL GELİŞİMDE GECİKME" tanısı/terimi kullanılır.	
B- Şizofreni (Paranoid, hebefrenik, katatonik, ayrışmamış, basit tip şizofreni ile post-şizofrenik depresyon ve kalıntılı şizofreniyi içerir)	
1-Tedaviyle çalışabilen	45
2-Tedaviye rağmen çalışma olanağı olmayan	80
C- Şizoaftektif bozukluk (manik, depresif ve karışık tip)	
1-Tedaviyle çalışabilen	45
2-Tedaviye rağmen çalışma olanağı olmayan	80
D- Sanrısız bozukluklar (paranoya, paranoid psikoz, parafreni tanılarını içerir)	
1-Tedavi ile işlevselliği tam düzelen	0
2-Tedaviyle çalışma olanağı veren	40
3-Tedaviyle çalışma olanağı vermeyen	70
E- Atipik veya başka türlü adlandırılmayan psikozlar	
1-Tedaviyle işlevselliği tam düzelen	0
2-Tedaviyle çalışma olanağı veren	45
3-Tedaviyle çalışma olanağı vermeyen	80
F- Yaygın gelişimsel bozukluklar	
1-Asperger sendromu	40
2-Disintegratif psikoz	80
3-Rett sendromu	80
4-Atipik otizm (başka türlü adlandırılmayan yaygın gelişimsel bozukluk)	40
5-Otizm*	80
*Beraberinde var olan bozukluklar ayrıca değerlendirilir.	
Kullanılabilecek ayrıntılı standart gelişimi değerlendirme araçlarına örnekler: Bayley Bebekler İçin Gelişimi Değerlendirme ölçeği, Çocukların Yetiştirimi Değerlendirme ölçeği (Pediatric Evaluation of Disability Inventory-PEDI), Peabody Resim-Kelime Tanıma testi, Stanford Binet Zeka ölçeği, Vineland Uyum Davranış ölçeği, Wechsler Çocuklar İçin Zeka ölçeği, Dikkat Değerlendirme ölçekleri, Özgül Öğrenme ölçekleri. Klinik değerlendirme eşliğinde kullanılabilecek gelişimsel tarama ya da izleme araçlarına örnekler: Gelişimi İzleme ve Destekleme Rehberi (GİDR), Ankara Gelişim Tarama Envanteri (AGTE), Denver II Gelişimsel Tarama Testi, Yaşlar ve Dönemler (Ages and Stages), Kaynak: Başbakanlık Mevzuatı Geliştirme ve Yayın Genel Müdürlüğü n.d. https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2013/03/20130330-4.htm (accessed January 25, 2021)	

engellilik haline sebep olması açısından önemli bir gruptur. Orta-erişkin yaş döneminde belirgin iş gücü kaybı yaşayan hastaların toplumdan kopmaması için bakım hizmetleri ve toplum ruh sağlığı merkezleri önem arz etmektedir. Engellilik hali bulunanlara verilen hizmetlerin sayıca ve kalite olarak artması ve koruyucu psikiyatri uygulamaları için engel oranlarının hangi sosyo-demografik faktörlerle ilişkili olduğunun bilinmesi önem arz etmektedir. Psikiyatrik bozukluklara bağlı engellilik hali ve ilişkili faktörlerin daha net ifade edilebilmesi için devlet ve özel kurumlarının iş birliği ile yürütülecek daha kapsamlı çalışmalara ihtiyaç vardır.

KAYNAKLAR

1. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) n.d. <https://www.who.int/standards/classifications/international-classification-of-functioning-disability-and-health> (accessed January 25, 2021).
2. Aslan E, Şimşek N. Psikiyatrik Bozukluklara Bağlı Engellilik Hali; Üniversite Hastanesi Deneyimi. Klin Psikiyatr Derg 2017;20:197-202.
3. 20 Şubat 2019 Çarşamba n.d. Erişim adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2019/02/20190220-2.htm> (accessed January 25, 2021).
4. Başbakanlık Mevzuatı Geliştirme ve Yayın Genel Müdürlüğü n.d. Erişim adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2013/03/20130330-4.htm> (accessed January 25, 2021).



FOBİK BOZUKLUKLAR

Doç. Dr. İbrahim Taymur

Dörtçelik Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Bursa, Türkiye

GİRİŞ VE TANIM

Korku, stres/tehlike/tehdit durumunda yaşanan ruhsal durum olarak tanımlanır. O an söz konusu olan olaya özgüdür. Her türde ve her kültürde görülebilir yani evrenselidir. Korku, yaşam için temel savunma tepkilerini düzenler. Korkan bir kişi için savaş ya da kaç tepkisi oluşur.

Her korku patolojik değildir. İnsanın, gelişim evrelerine göre normal kabul edilen korkuları şöyle sıralayabiliriz:

- Doğum-6. ay: Yüksek sesler, fiziksel destek kaybı, hızlı pozisyon değişiklikleri, diğer nesnelere hızla yaklaşma,
- Yedinci-12. aylar: Yabancılar, baş döndürücü nesneler, yabancı nesneler veya insanlar,
- Birinci-5. yaşlar: Yabancılar, fırtınalar, hayvanlar, karanlık, ebeveynlerden ayrılma, nesneler, yüksek sesli makineler, tuvalet,
- Altıncı-12. yaşlar: Doğaüstü inanışlar, bedensel yaralanma, hastalık, hırsızlar, başarısızlık, eleştiri, ceza,
- On ikinci-18. yaşlar: Performans, akran zorbalığı, görünüm.

Fobi, normalde korkulmayacak belli bir durum ya da belli bir nesne ile karşılaşınca ortaya çıkan korkudur. Hasta bu durum ya da nesne karşısında bu denli korkulmayacağını bilir; korkusunu anlamsız, yersiz bulur. Fakat yine de korktuğu nesne ya da durumdan kaçınır.

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)-5 fobileri, "Kaygı (Anksiyete) Bozuklukları" başlığı altında tanımlamıştır. Bunlar; agorafobi, sosyal fobi ve özgül fobidir.

EPİDEMİYOLOJİ

Fobilerin yaygınlığını saptamak güçtür. Yaşamı çok kısıtlamayan hafif durumlarda çoğu kez hekime başvurulmaz. Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılmış olan büyük bir epidemiyolojik araştırmada altı aylık bir süre içinde nüfusun %5-12'sinde fobik bozukluk saptanmıştır. Fobiler kadınlarda erkeklerden en az iki üç kat daha fazladır. Türkiye ruh sağlığı profili araştırmasında yetişkinler arasında agorafobi %0,6, sosyal fobi %1,8, özgül fobi %2,7 oranında bulunmuştur.

ETİYOLOJİ VE PATOGENEZ

Panik bozukluğunda erken dönem yaşam olaylarının araştırıldığı çalışmalarda, hastaların 1/4-1/2'sinde çocukluk döneminde uzun süreli ebeveynlerden ayrılma saptanmıştır. Çocuklukta yaşanan ayrılıkların özellikle de agorafobi gelişimi üzerinde etkili olduğu düşünülmektedir. Yine bu dönemde, ebeveynin ölümü, ebeveynlerden uzun süreli ayrı kalma gibi travmatik yaşam olaylarının panik atakları olan agorafobiklerde sağlıklı kişilere göre daha sık yaşandığı görülmüştür. Erken dönemde cinsel ya da fiziksel kötü davranıma maruz kalma, stresli yaşam olayları da (sevilen bir kişiden ayrılma, iş değiştirme, gebelik, göç, evlilik, okuldan mezun olma, yakın bir kişinin ölümü, fiziksel hastalık gibi) fobilerin gelişme riskini artırmaktadır. Bu konuda yapılan bir araştırmada, olguların yaklaşık 2/3'ünde, hastalığın başlamasından önceki 6 ay içinde stresli yaşam olaylarının mevcut olduğu belirlenmiştir.

Korkuların genetik olarak belirlendiği, yani bazı nesne ve durumlardan korkacağımızın daha doğmadan belirlenmiş olduğunu gösteren güçlü bulgular vardır. Örneğin; fobilerin ailevi özelliği çok iyi bilinir, anne veya babasında bir özgül fobi olan kişide benzer fobilerin sıklıkta geliştiğini biliriz. İki-dört yaşları arasındaki çocuklarda hayvan korkuları yaygındır. Bu korku çocuk hiç hayvanlarla karşılaşmadan veya zararlı olduğunu öğrenmeden önce başlayabilir. Ayrıca, her nesneye karşı fobi gelişimi aynı olasılıkla değildir. İnsanlar (ve hayvanlar) bazı nesne ve durumlara daha kolay fobi geliştiriyorlar. Örneğin; yükseklik, sivri cisimler, karanlık, hayvanlar gibi nesnelere fobi kolay gelişirken bitkilere, yiyeceklere fobi daha seyrek gelişmektedir. Bazı durum veya nesnelerden korkmaya hazır olarak doğma hayvan deneylerinde gösterilmiş bir bulgudur. Daha önce yılanla hiç karşılaşmamış yavru maymunlara yılan veya yılan resmi gösterildiğinde yavru büyük korku tepkisi verirler. Benzer şekilde, güvercinlere yırtıcı olmayan kuş veya kuş resmi gösterilmesi korku oluşturmazken, kartal gibi kuşların fotoğraflarını gördüğünde çok korkuyorlar. Bütün bu bilgiler, özgül fobilerin nasıl ortaya çıktığı konusunda tek bir açıklama olmadığını, genetik olarak doğuştan getirdiğimiz özelliklerin de, edindiğimiz deneyimler ve çevre etkisinin de önemli olduğunu gösteriyor.

Sosyal fobide işlevsel görüntüleme çalışmaları amigdalanın aracı rolünü destekler niteliktedir. Sosyal fobide artan amigdala etkinliğinin bilişsel davranışçı sağaltım ya da serotonerjik ilaçlarla azaldığı gösterilmiştir. Özgül fobide belirtileri uyarıcı uygulamalarla yapılan işlevsel görüntüleme çalışmaları amigdala, ön singulat korteks, talamus ve insula gibi duygusal algılamayla ilgili bölgelerin etkinliğinde erken artış olduğunu göstermektedir.

KLİNİK

Agorafobi: Fobiler arasında sık görülen agorafobi, eskiden yalnız meydanlardan, açık yerlerden korku olarak bilinirdi. Şimdi agorafobi çok daha geniş bir anlam taşımaktadır. Agorafobi, toplu bulunulan yerlerde olmaktan, kalabalıklara girmekten ve psikolojik güvenlik sağlayan çevre ve insanlardan uzakta olmaktan korkuyu kapsamaktadır. Agorafobiklerin kolayca “güvenlikli bölgelere” (ev, alışık olunan çevre vb.) çekilmelerinin mümkün olmadığı durumlardan korkma eğilimleri dikkat çekicidir. Birçoğu, yalnız olduklarında daha çok korku yaşamakta, özellikle de kendilerini güven içinde hissettikleri bölgelerin dışına çıktıklarında, sıklıkla yanlarında birisinin varlığına gereksinim duymaktadırlar.

Yaşanılan korkunun şiddeti kaçınmalarının derecesini de belirler. Hastalığın hafif seyrettiği bir durumda, gerektiğinde bu tür ortamlarda bulunmaya sıkıntı çekerek de olsa katlanabilir ve görece olağan bir yaşam biçimini sürdürebilirler. Korkunun şiddeti arttıkça kaçınma davranışı belirginleşir ve kısıtlı bir yaşam biçimi ortaya çıkar. Hastalığın en ağır durumunda ise, kişi eve kapanır ve eşlik eden bir kimse olmadıkça evden dışarı çıkamaz. Korkunun şiddeti ve kaçınma davranışının derecesi değişebilmekle birlikte, agorafobi günlük işlevleri önemli ölçüde aksatır.

DSM-5'e göre agorafobi tanısı;

A. Aşağıdaki beş durumdan ikisi ya da daha çoğu ile ilgili olarak belirgin korku ya da kaygı duyma

- 1- Toplu taşıma araçlarını kullanma (örneğin, otomobiller, otobüsler, trenler vb.),
- 2- Açık yerlerde bulunma (örneğin, otoparklar, alışveriş merkezleri),
- 3- Kapalı yerlerde bulunma (örneğin, mağazalar, tiyatrolar, sinemalar),
- 4- Sırada bekleme ya da kalabalık bir yerde bulunma,
- 5- Tek başına evin dışında olma.

B- Kişi, kaçmanın güç olabileceğini ya da panik benzeri ya da yetersizleştiren ya da utanç veren (örneğin, yaşlılarda altına kaçırma korkusu vb.) diğer belirtilerin olması durumunda yardım alamayabileceğini düşündüğü için bu tür durumlardan kaçınır.

C- Agorafobi kaynağı durumlar, neredeyse her zaman korku ya da kaygı doğurur.

D- Agorafobi kaynağı durumlardan etkin bir biçimde kaçınılır, bir eşlikçiye gereksinilir ya da yoğun bir korku ya kaygı ile buna katlanılır.

E- Duyulan korku ya da kaygı, agorafobi kaynağı durumların yarattığı gerçek tehlikeye göre ve toplumsal-kültürel bağlamda orantısızdır.

F- Korku, kaygı ya da kaçınma sürekli bir durumdur, altı ay ya da daha uzun sürer.

G- Korku, kaygı ya da kaçınma klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.

H- Sağlığı ilgilendiren başka bir durum varsa (örneğin, enflamatuvar bağırsak hastalığı, parkinson hastalığı) korku, kaygı ya da kaçınma açıkça aşırı bir düzeydedir.

I- Bu durum başka bir ruhsal bozukluğun belirtileriyle açıklanamaz.

Not: Agorafobi tanısı panik bozukluğu olup olmadığına bakılmaksızın konur. Kişinin klinik görünümü hem panik bozukluğu, hem de agorafobi için tanı ölçütlerini karşılıyorsa her iki tanı birlikte konmalıdır.

Epidemiyolojik araştırmalarda 12 aylık agorafobi yaygınlığı %0-0,8 arasında bildirilmektedir. Kadınlarda erkeklerden daha sık görülür. Agorafobi ile panik bozukluğu arasında yakın ve karşılıklı bir bağ olduğu düşünülmektedir. Yani hem panik nöbetleri agorafobiye yol açabilmekte, hem de panik bozukluğu olmayan agorafobilerde de zaman içinde panik nöbetleri görülme riski bulunmaktadır.

Sosyal fobi: Toplum içinde konuşurken ya da herhangi bir eylem yaparken kızarma, terleme, ellerin titremesi, kendini küçük düşürecek yanlış bir şey yapma korkusu olarak tanımlanır. Bu nedenle kişi topluluk içine girmekten kaçınır.

DSM-5'e göre sosyal fobi tanısı;

A. Kişinin, başkalarının değerlendirebileceği olduğu bir ya da birden çok toplumsal durumda belirgin bir korku ya da kaygı duyması (örneğin, karşılıklı konuşma, tanımadık insanlarla karşılaşma, yemek yerken gözlenme, herkesin önünde bir konuşma yapma gibi).

B- Kişi, olumsuz olarak değerlendirilecek bir biçimde davranmaktan ya da kaygı duyduğuna ilişkin belirti göstermekten korkar (küçük düşeceği ya da utanç duyacağı bir biçimde, başkalarının dışlanacağı ya da başkalarının kırılmasına yol açacak bir biçimde).

C- Söz konusu toplumsal durumlar, neredeyse her zaman, korku ya da kaygı doğurur.

D- Söz konusu toplumsal durumdan kaçınılır ya da yoğun bir korku ya da kaygı ile buna katlanılır.

E- Duyulan korku ya da kaygı, söz konusu toplumsal ortamda çekinilecek duruma göre ve toplumsal-kültürel bağlamda orantısızdır.

F- Korku, kaygı ya da kaçınma sürekli bir durumdur, altı ay ya da daha uzun sürer.

G- Korku, kaygı ya da kaçınma, klinik açıdan belirgin sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.

H- Korku, kaygı ya da kaçınma bir maddenin ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojisiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

I. Korku, kaygı ya da kaçınma, panik bozukluğu, beden algısı bozukluğu ya da otizm açılımı kapsamında bozukluk gibi başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

J. Sağlığı ilgilendiren başka bir durum varsa (örneğin, Parkinson hastalığı, şişmanlık, yanık vb.) korku, kaygı ya da kaçınma bu durumla açıkça ilişkisizdir ya da aşırı bir düzeydedir.

Ülkemizde tipik sosyal fobi türünde olmasa bile topluluğa girme, toplulukta konuşma, toplulukta özgürce davranabilme konularında değişik derecelerde çekingenlik oldukça sık görülen bir durumdur. Bunların büyük bir kısmı klinik düzeyde bir rahatsızlık olarak ele alınmayabilir.

Sosyal fobinin 12 aylık yaygınlığı farklı ülkelerde %0,2-9,4 arasında değişmektedir. Gençlerde ve kadınlarda daha sık görülür. Türkiye ruh sağlığı profili araştırmasına göre sosyal fobi kadınlarda %2,3, erkeklerde %1,1 olarak bulunmuştur. Sosyal fobisi olan hastaların %15-21'inde çökkünlük de görülür.

Özgül fobiler: Belli nesneler ya da durumlardan anormal korkudur. Korkunun ortaya çıktığı uyarana göre fobiler, nesne fobileri (örneğin, böcek, kelebek, köpek, sivri uçlu eşya vb.); durum fobileri (örneğin, kapalı yer, açık yer, asansör, yüksek yer, karanlık yer, yüz kızarması, kalabalıkta konuşmak vb.); işlev fobileri (örneğin, altına kaçırma, gaz kaçırma, terleme, yüz kızarması vb.) olarak üçe ayrılabilir. Durum fobileri arasında yer alan agorafobi ve sosyal fobi sınıflandırma dizgelerinde ayrı bozukluklar olarak bulunduğu için özgül fobi tanısı, bu iki durumun dışındaki fobileri kapsamaktadır.

DSM-5'e göre özgül fobi tanısı;

A- Özgül bir nesne ya da durumla ilgili olarak belirgin bir korku ya da kaygı duyma (örneğin, uçağa binme, yükseklik, hayvanlar, iğne yapılması, kan görme).

Not: Çocuklarda korku ya da kaygı, ağlama, bağırıp çağırarak tepinme, donakalma ya da sıkıca sarılma ile kendini gösterebilir.

B- Fobi kaynağı nesne ya da durum, neredeyse her zaman, doğrudan korku ya da kaygı doğurur.

C- Fobi kaynağı nesne ya da durumdan etkin bir biçimde kaçınılır ya da yoğun bir korku ya da kaygı ile buna katlanılır.

D- Duyulan korku ya da kaygı, özgül nesne ya da durumun yarattığı gerçek tehlikeye göre ve toplumsal-kültürel bağlamda orantısızdır.

E- Korku, kaygı ya da kaçınma sürekli bir durumdur, altı ay ya da daha uzun sürer.

F- Korku, kaygı ya da kaçınma, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.

G- Başka bir ruhsal bozukluğun belirtileriyle daha iyi açıklanamaz.

Fobi kaynağı uyarana göre kodlanır.

Özgül fobiler toplumda en yaygın görülen ruhsal hastalıklar arasındadır. Yaşam boyu görülme oranı %11 civarındadır.

TEDAVİ VE PROGNOZ

Özgül fobilerin tedavisi hem mümkündür, hem de başarı oranları yüksektir. Bu korkuların tedavisinde ilaçların rolü azdır. Hatta bazı durumlarda ilaçlar zararlı bile olabilir. Örneğin; uçak korkusunu yenmek için uçuş öncesi sakinleştiriciler almak, o yolculuğu rahat geçirmesini sağlasa da bağımlılık ve ilaç yan etkileri gibi sorunlara yol açabilir. Fobiye ek olarak kişide depresyon da varsa antidepresan ilaç tedavileri yararlı olacaktır. Bunaltı bozukluklarında yaygın biçimde kullanılan davranışçı tedaviler özgül fobilerde ilk seçenektir. Alıştırma (ekspozure) adı verilen yöntem en yaygın kullanılan davranışçı tekniktir. Bireysel veya grup halinde uygulanabilir. Bu teknikte kişinin korktuğu durumun ayrıntılı bir analizi yapıldıktan sonra korkulan durumla gitgide artan derecede karşılaşması sağlanır. Başlangıçta sıkıntı ve korku verici olan bu işlem, hasta korkulan ortamda yeteri kadar süre kalabilirse alışmayla (ve korkunun azalmasıyla) sonuçlanır. Tedaviye istekli olan ve tedavi uyumu iyi olan olgularda birkaç seansta tama yakın düzelme elde etmek mümkündür.

Alıştırma tedavisinin, imkan olduğunca, gerçek nesne veya ortamda yapılmasının uygun olduğu düşünülür. Ancak bu her zaman şart da değildir, mümkün de olmayabilir. Örneğin; uçak fobisinde her zaman deneme yapmak kolay olmayabilir. Böyle durumlarda hastanın korkulan durumlarla hayalinde karşılaşması sağlanabilir ve bu da gerçek durumla karşılaşma kadar yarar sağlayabilir. Hatta son yıllarda sanal gerçeklik uygulamaları adı verilen yöntemlerle kişi kafasına takılan bir kaskın içindeki görüntü ve seslerle yüzleşerek korkusundan kurtulabilmektedir.

Sosyal fobide ilaç tedavisi ve psikoterapi uygulanır. Hastanın durumuna göre bazen tek başına psikoterapi, bazen ilaç tedavisi uygulansa da genelde her ikisinin beraber uygulanmasında başarı daha yüksektir. İlaç tedavisinde özellikle serotonin sistemi üzerinde etkili olan ilaçlar seçilir. İlaç etkisinin ortaya çıkması için iki-üç hafta kadar beklemek gerekir. İlacın etkili olup olmadığına karar vermek için en az 10 hafta süre geçmelidir. Tedavi süresi, ortalama 9-12 aydır. Sosyal fobide en sık uygulanan terapi şekli bilişsel ve davranışçı terapidir. Bilişsel terapide kaygı duyguları ve bu kaygıya karşı oluşan bedensel

tepkileri tanıma, kaygı doğuran durumlardaki düşüncelerin ne olduğunu anlama, bunlara karşı başa çıkma stratejileri geliştirme gibi aşamalar vardır. Davranışsal terapide ise model olma, yakınmaların üstüne gitme, belirtileri daha net algılayabilmesi için rol oynama, gevşeme eğitimi, sosyal beceri eğitimi gibi her hastada farklı uygulanabilecek yöntemler vardır. Ayrıca aile ve grup terapisi de uygulanabilir.

KAYNAKLAR

1. Öztürk MO, Uluşahin A. Ruh sağlığı ve bozuklukları. 11. Baskı. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri, 2008:448.
2. Kulaksızoğlu, IB, Tükel, R, Üçok, A, Yargıç B, Yazıcı O. Psikiyatri. 1. Baskı. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Basım ve Yayınevi, 2009:77.
3. Güleç C, Köroğlu E. Psikiyatri temel kitabı. 2. Baskı. Ankara: Hekimler Birliği Yayıncılık, 2007:318.
4. Amerikan Psikiyatri Birliği. Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Beşinci Baskı (DSM-5)(Çeviren: Köroğlu E). Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 2014.



GERÇEĞİ DEĞERLENDİRME SORUNLARI

Doç. Dr. Mustafa Solmaz

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul Bağımlı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul, Türkiye

VARSANI (HALÜSİNASYON)

Gerçek bir uyarı olmamasına rağmen ortaya çıkan algılamalardır. Varsanılar; uyanıklık durumundayken meydana gelir, tüm duyuşsal modalitelerde ortaya çıkabilir, gerçek yaşam deneyimleri gibi gerçek görünürler. Kendiliğinden veya istemsiz olarak ortaya çıkabilirler. Kısa süreli, iyi biçimlenmemiş deneyimler “elementer, basit halüsinasyon” olarak isimlendirilir. Görece uzun süreli ve iyi biçimlenmiş olanları ise “kompleks halüsinasyon” adını alır. Beş duyunun da varsanısı olabilir: Görme, işitme, dokunma, koklama ve tat duyuşu.

İşitme Varsanıları: hayvan veya insan sesleri duyma, kendi aralarında konuşan sesler duyma, emir veren sesler duyma şeklinde ortaya çıkabilir. Daha çok şizofrenide olmakla birlikte deliryumda, temporal lob epilepsisinde, migrende de görülebilir.

Görme Varsanıları: İnsan ve hayvan görüntüleri, madde silüetleri şeklinde ortaya çıkabilir. Daha çok deliryum durumunda görülür. Ancak; şizofreni gibi başka ruşsal bozukluklarda ve epilepsi, Lewy cisimcikli demans gibi nörolojik bozukluklarda da görülebilir.

Koku ve Tat Varsanıları: Ortamda olmadığı halde hoş olmayan bir kokunun algılanması hastada temporal lob epilepsisini düşündürür. Ancak şizofrenide de görülebilir.

Dokunma varsanıları: Vücudunda böcek gezinmesi, dokunulduğu temas edildiğini hissetme şeklinde ortaya çıkabilir. Organik bozukluklarda görülebildiği gibi şizofrenide de nadir olmayarak görülürler.

Diğer Varsanılar: Hipnagogik ve hipnopompik varsanılar: Uykuya tam dalarken ya da uyanırken olan yarı uyku halindeyken görülen bu varsanıların fazla tanı değeri yoktur. Ruşsal ya da nörolojik bozukluğu olmayan kişilerde özellikle aşırı yorgunluk dönemlerinde olabileceği gibi dissosiyatif bozukluklar ve narkolepside de görülebilir.

Halüsinasyonların oluşumunu açıklamaya çalışan pek çok kuram vardır. Psikodinamik kuramlar, halüsinasyonları bilinç dışına itilmiş arzular ve isteklerin bir yansıması olarak kabul eder.

Halüsinasyonlarda her ne kadar bir dış uyarı olmasa da bu hatalı algılamının kişinin iç ruşsal durumundan kaynaklandığı bilinmektedir. Ancak dış uyarı olmamasına rağmen bilinçaltı

veya bilinç öncesinde var olan içeriği ortaya çıkaran bir dış izlenim olduğu kabul edilir. Bu izlenim; doyurulmamış arzular, suçluluk hissi, kendini cezalandırma arzusu gibi bilinçaltı içeriği yerinden oynatır ve çoğu kez sembolik bir biçimde bilince çıkmasına neden olur. Biyolojik kuramlar, halüsinasyonları beyin işlevsel yetersizlikleri ile açıklar. Özellikle dopaminin rolü üzerinde durulur. Bazı psikoloji araştırmaları, halüsinasyonların metakognitif yetiler olarak bilinen önyargılardan kaynaklandığını ileri sürer.

Varsanılar konusunda üzerinde durulan bir nokta da “yalancı varsanılar”dır (pseudohallucination). Bazı kaynaklara göre; seslerin kulağına değil kafasının içinden geldiğini söyleyen hastaların varsanılarını adlandırmak için, bazı kaynaklara göre de hastanın varsanıların varlığından emin olmadığı, kuşku duyduğu durumlar için bu terim kullanılabilir. Bu anlamda varsanılar konusunda kişinin tarif ettiği durum iyi değerlendirilmelidir.

SANRI (HEZEYAN)

Bir kültür içinde paylaşılmayan, gerçeğe uymayan, mantıklı düşünce ile değiştirilemeyen bir inanış demektir. Gerçekle ilişkin ağır derecede bozulduğunu gösteren bir düşünce içeriği bozukluğudur. Sanrıların içeriği; parça parça fikirlerden oldukça sistematize olanlara, her zaman olabileceği bilinenlerden asla mümkün olmayacaklara kadar değişen bir çeşitlilik gösterir. Kişi, tersini gösteren kesin ve tartışılmaz kanıtlara rağmen ve diğer insanların neye inandığının önemi olmaksızın katı bir şekilde sanrılara inanmaya devam eder.

Geçmiş dönemlerde sanrılar içeriğine göre adlandırılırdı.

Büyüklik Sanrıları: Çok değerli, önemli, güçlü, zengin vs. olma, üstün bir kimliğe sahip olma veya kutsal bir güç veya şahsiyetle bağları olduğunu iddia etme sanrılarıdır.

Kötülük Görme (Perseküsyon) Sanrıları: Başkalarından kendisine veya yakınlarına kötülük-zarar geleceğine yönelik sanrılarıdır.

Alınma Sanrıları (Referans Sanrıları): Başkalarının söz ve davranışlarından veya çevredeki birtakım olaylar ya da işaretlerden kendisi ile ilgili anlamlar çıkarmadır.

Kontrol Edilme Sanrıları: Kişinin isteklerinin, duygularının veya düşüncelerinin dış güçlerce kontrol edildiğine inanmasıdır.

Erotomanik Sanrılar: Genellikle mevki, makam, statü veya zenginlik bakımından kendisinden daha yüksek konumda olan birinin kendisine aşık olduğuna ilişkin sanrılardır.

Küçüklük Sanrıları: Suçluluk, değersizlik, günahkarlık, yoksulluk sanrılarıdır.

Nihilistik Sanrılar: Kendinin, başkalarının, dünyanın var olmadığı, sona erdiği şeklindeki sanrılardır.

Somatik Sanrılar: Bedenin görünümü veya işlevleri ile ilgili sanrılardır. Hasta bedeninin hastalıklı, anormal veya değişmiş olduğuna inanmaktadır.

Hiperdopaminerjik durum temeli oluşturur. Dopamin varsayımının altında yatan gözlem, kimi şizofreni hastalarında; mezolimbik, mezokortikal ya da nigrostriatal dopaminerjik nöronlarda göreceli bir etkinlik artmasıdır. Şizofrenide görülen sanrı, varsanı, düşünce bozukluğu, düzensiz davranışlar gibi pozitif belirtiler bu artma ile açıklanmaya çalışılmıştır. Etkili nöroleptikler özellikle Dopamin D2 reseptörlerini inhibe ederek ve aktivitesini azaltarak bu yolla pozitif belirtileri düzeltirler. Fakat duygularda küntleşme, ilgisizlik, aldırmaçlık, toplumdan çekilme, düşünce fakirliği gibi negatif belirtileri daha yoğun olan hastalar nöroleptiklerden fazla yararlanamamaktadır. Bunun nedeni, bu hastalarda beyin neokorteksinde negatif belirtilere yol açan dopamin reseptör sayısı ve aktivitesinde azalmalıdır. Beyinde bulunan sinir hücreleri birbirleriyle bağlantılıdır. Bu bağlantı ile iletişim sağlanır. Bunun için de sinir hücrelerinden asetilkolin, serotonin, dopamin salgılanır. Bu maddelerden dopaminin etkisiyle olan iletişimde bir bozukluk olması sanrı gibi düşünce içeriği bozukluklarına neden olabilmektedir.

Sanrılarda en temel özellik yanlış bir inanç olmasıdır. Alışık olunmadık fikirler için kültürel farklılıklar mutlaka göz önüne alınmalıdır. Bu fikir kişinin bağlı olduğu kültürün diğer bireylerince de kabul gören bir inançsa sanrı kabul edilmemelidir. Bu acıdan düşünce içeriğinin ilgili kültür farklarına göre değerlendirilmesi gerekebilir. Örneğin eşinin aldattığını düşünen bir olgunun, ayrıntılı anamnez ve öykü alındıktan sonra düşüncesinin sanrı düzeyinde olduğu saptanabilir. Bu nedenle tanıda hata yapmamak için, ruhsal durum muayenesi yanında ayrıntılı hastalık öyküsü, özgeçmiş öyküsü, sosyal inceleme bu grup hastalarda gerekebilmektedir. Sanrılar, çoğunlukla hastayla görüşme akışı içerisinde, konuşurken belli olur. Düşünce ve davranışlarında biraz gariplik, anlaşılmaçlık, belirsizlik ve gizleme çabası bulunan her hastada sanrılara ilişkin sorular sorulmalıdır. Kimi paranoid hastalar ise sanrılarını gizlemeyi başarabilirler. Bu hastalardaki sanrıların varlığı hasta yakınlarıyla yapılan görüşmede anlaşılabilir.

AYIRICI TANI

Varsanı ve sanrılar, genellikle psikotik bir belirti olarak kabul edilirler. Ancak psikiyatrik bozukluğu bulunmayan kişilerde uyaran yoksulluğunda, bir genel tıbbi bozukluğa ikincil olarak,

yas dönemlerinde (ölen kişiye ait görsel-işitsel varsanılar) ve toksik madde maruziyeti durumunda görülebilirler. Görme ve işitme duyu kusuru veya yitimi olan kişiler o duyuyla ilgili varsanılar bildirebilirler. Ayırıcı tanıda anamnezi derinleştirmek, hastanın ek belirti ve bulgularına dikkat etmek gerekir.

Sanrı ve varsanılar; şizofreni, psikotik özellikli depresyon, psikotik özellikli mani, organik beyin lezyonları, alkol-madde kullanım bozuklukları, demans, epilepsi, migren, deliryum durumlarında görülebilir.

Ayrıca sanrı ve varsanıların ayırıcı tanısında bazı laboratuvar testlerinden de faydalanılır.

Ön planda düşündüğümüz tıbbi nedenler için uygun ve gerekli görülen laboratuvar testleri istenmelidir. Şizofreni ve şizofreniform bozukluklar, duygudurum bozuklukları ve diğer psikotik bozukluklar için spesifik testler bulunmamaktadır. Bununla birlikte organik patolojilere sekonder gelişen durumlarda biyokimya parametreleri, beyinde oluşan patolojilere bağlı durumlarda kraniyal MR, kraniyal gibi beyin görüntüleme yöntemleri ve alkol-madde kullanım bozuklukları durumlarında idrar ve kanda alkol ve madde metabolitleri tanılandırmada yardımcı olacaktır.

TEDAVİ VE PROGNOZ

Sanrıları veya varsanılar olan hastada altta yatan organik bir neden varsa saptanıp ortadan kaldırıldığında durum genellikle düzelir. Ancak süregelenleşme eğilimi gösteren şizofreni vs. gibi durumlarda sağaltımda birinci ve ikinci kuşak antipsikotikler kullanılmaktadır. Acil şartlarda; hastanın sanrıları etrafa ve kendine zarar verme boyutunda, hasta dezorganize ve ajite davranışlar gösteriyor ise 5-10 mg haloperidol i. m uygulanabilir. Semptomun acil durum ve sevk kriterlerini belirler/uygulamalarını yapar.

Psikiyatrik nedenler düşünülen sanrı olguları mutlaka yakınlarına ve hastaya bilgi verilerek psikiyatri polikliniğine sevk edilmelidir. Sanrıların eşlik ettiği bozukluklarda ağır klinik belirtiler olduğunda, suisid-homisid düşünce ya da davranışlar mevcutsa hastanın hastaneye yatırılarak tedavisinin ve takibinin sürdürülmesi gerekmektedir. Bu durumda hasta, psikiyatri servisi olan en yakın birime yatarak tedavi görmesi için sevk edilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Kırpınar İ, Genç Psikiyatristin El Kitabı-Psikiyatrik Muayene ve Semiyoloji, Timaş Yayınları, İstanbul, 2012.
2. Öztürk O, Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, Nobel Tıp Yayınları, İstanbul, 2016.
3. Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. Ed: Benjamin J. Sadock, Virginia A. Sadock, Lippincott Williams and Wilkins, 2009.
4. Balıkcı A, Olgularla Psikotik Bozukluklarda Bireyselleştirilmiş Tedavi, Nobel İlaç, İstanbul, 2014.

HİPOKONDRIAZİS

Prof. Dr. Ejder Akgün Yıldırım

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Eğitim ve Tedavi Merkezi, Psikiyatri Kliniği, İstanbul, Türkiye

GİRİŞ VE TANIM

Bir hekimin ve doğal olarak bir hekim adayının en iyi ama aynı zamanda en doğru bilmesi gereken klinik durumlardan bir tanesi hipokondriazistir. Hekim psikiyatri branşı dışında dahi olsa en sık temas kuracağı psikiyatrik durumlardan biridir.

Hipokondriazis belirli bir tıbbi nedeni bulunmadığı halde ciddi bir hastalığı olduğuna dair düşüncelerin olması, hastalığa ilişkin korku yaşama, gerçek dışı ya da olağan fiziksel belirtileri ciddi bir hastalık olarak yorumlama ve zihnindeki bu hastalık düşüncesi ile ilgili çare aranması olarak tanımlanır. Görece eski bir kavram olan hipokondriazis halk arasında hastalık hastalığı olarak bilinmektedir. Eski bir tanı olmakla birlikte psikiyatride genel kabul gören tanı sistemi olarak kullanılan “Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (DSM)” 5. sürümünde kaldırılmış, kapsadığı klinik durum yeni bir tanı olarak kitaba eklenen “Hastalık Kaygısı Bozukluğu” ve kısmen eski belirtilerin bir kısmını içeren “Bedensel Belirti Bozukluğu” içinde tanımlanmıştır. Tarihsel olarak bakıldığında DSM I’de Psikotik depresyon içinde hipokondriak aşırı uğraşlar, DSM II’de Hipokondriak nevroz, DSM III ve Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırılması (ICD) 9 Hipokondriazis, DSM IV ve ICD 10’da Hipokondriazis iken DSM 5’de tanı kaldırılmış, “Hastalık Kaygısı Bozukluğu ve Bedensel Belirti Bozukluğu” içinde yer bulmuştur (Tablo 1, 2 ve 3).

Trans-diagnostik bir kavram olan sağlık kaygısı ifadesi ise hipokondriazisteki kaygıyı da kapsayacak şekilde daha geniş bir klinik durumu ifade etmekte, panik bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu, depresyon gibi birçok bozukluktaki sağlığa ilişkin kaygıyı da içermektedir.

Hipokondriazis kelimesinin kökeni anatomik olarak vital organları içeren hipokondriumdan gelmektedir. Bu durum geçmişte ölümcül hastalıkların daha çok hipokondriuma ilişkin durumlardan kaynaklanmasından, belirtilerin hipokondriumda olması ile ilişkilendirilmiştir.

Yazı ağırlıklı olarak klasik hipokondriazis tanısını ve onun kliniğini esas almakla birlikte hastalık kaygısı bozukluğu ve bedensel belirti bozukluğuna ilişkin bilgiler de sunulacaktır.

EPİDEMİYOLOJİ

Epidemiyolojisine ilişkin veriler sınırlıdır. Bunun önemli nedeni epidemiyolojik tarama çalışmalarında bu tanının yeterince sorgulanmamış olmasıdır. Görülme sıklığı açısından erkek-kadın oranı eşittir. Tahmini prevalans %1,1-4,5 olarak, sağlık kaygısı yaygınlığı ise %1,3-10 olarak bildirilmiştir. Genel kabul toplumdaki hipokondriak korkular ya da inançların %10 seviyesinde olduğudur. Tıbbi tedavi amacı ile hastaneye başvurmuş popülasyonda ise %3-6 oranında saptanmıştır. Epizodik gidiş gösterir. Her yaşta görülebilir.

ETİYOLOJİ VE PATOGENEZ

Çoklu etiyolojiye sahiptir. Stresöre bağlı mental bir durum olarak da kabul edilebilir. Genetik geçişe ilişkin veriler sınırlıdır. Tanı sistemindeki değişiklik ile birlikte aranılan biyolojik ve psikolojik belirteçler değişmiştir. Ailesel ilişki olmakla birlikte bu durumun aileden öğrenme mi yoksa bir genetik geçiş mi olduğu konusu net değildir.

Hasta olma, bir sağlık sorunu olmakla birlikte insanı stresörlerden, yaşamdaki zorluklardan uzaklaştıran evrensel bir roldür. Çocuklarda hastalığı kullanma sık gözlenen bir durumdur. Herkes açısından hasta olunca yakınlarının ilgisine mazhar olma, yaşamda güzel hissettiren bir duygudur.

Sosyal öğrenme modeli hasta rolünün sorunlarla başa çıkmayı kolaylaştıran özelliğinin erken dönemde yanlış öğrenilmesi ve erişkinlikte uygun olmayan bir biçimde yaşanılmasının buna neden olduğunu söyler.

Bilişsel model ise özellikle endişeli ebeveynlerin etkisi ile sağlıkları ile ilgili yanlış düşünce ve inançların olması, erişkinlikte kişilerin bedenleri ile ilgili duyuları bu sağlık ve ölüme ilişkin kaygıları içeren otomatik düşünceler nedeniyle yanlış yorumlamalarıdır.

Psikodinamik açıdan hipokondriazise ilişkin görüşler birkaç grupta toplanılabilir. Klasik yaklaşım açısından kökeninde hostile dürtülerin bastırılması ve yer değiştirmesi, dürtülerin boşalmanın engellenmesine bağlı olarak organlarda gerilimin artması ya

da narsistik içe dönme ile libidinal duyguların organlarına aktarması olarak açıklanacağı gibi ötekini yani bakım verenini çaresiz bırakacak şekilde çözümsüz bir hastalık tanımı ile içsel saldırganlığın ifadesi olduğu belirtilmiştir.

Bir diğer yaklaşım ise hipokondriazisin bir tür obsesif kompulsif bozukluk (OKB) olduğu ve OKB spektrumu içinde değerlendirilmesi gerektiğidir. Hasta olduğuna dair güçlü inanış obsesyon, tekrarlayan sağlık arama davranışı ise kompulsiyon kısmıdır.

KLİNİK

Hastalık ile ilgili korku ve kaygıların yanında özellikle bir grup olguda korkulan hastalığın yaşam tarzına uymama söz konusudur. Ölüm korkusu sık gözlenir. Bedensel belirtileri belirgin olanlarda bedensel belirtilerin ve normal beden duygularının yanlış yorumlanması, geçmişe ait bilgilerin ayrıntılı aktarılması, duygusal kısıtlılık, geçmiş tıbbi kayıtların biriktirilmesi, sağlık haberlerine aşırı ilgi, bedensel yakınmaları üzerine odaklanmış düşünce içeriği sık gözlenen klinik özelliklerdir.

Hastalık kaygısı bozukluğu tanısında hipokondriaziste olmayan ek bir grup daha tanımlanmıştır. Hipokondriazisi olan olgular sıklıkla hekime/bir sağlık kuruluşuna başvururlarken hastalık kaygısı bozukluğu tanısında tanımlanan bu gruptaki hastalar tam tersi olumsuz bir haber alma kaygısından dolayı hastanelere başvurmadan kaçınırlar.

Hipokondriak özelliği olan hastalar yakınmalarını uzun ve ayrıntılı sunarlar ve çoğunlukla muayene eden hekimden daha fazla konuşurlar. Görüşme internet, tıp kitapları, sağlık programları ve daha önceki hekimlerden edindikleri bilgileri kullanırlar. Tıbbi terimleri kullanmak isterler, tıbbi tetkikler hakkında bilgi sahibidirler. Birçok sağlık kuruluşuna başvurmuş olabilirler. Halk arasındaki deyim ile doktor doktor gezerler. Günümüzde DSM 5 hastalık kaygısı bozukluğu tanı ölçütlerinde bedensel belirtiler nadir ya da yoktur ibaresi geçmekte, bedensel yakınmalar daha çok bedensel belirti bozukluğu içinde tanımlanmaktadır.

Günümüzde en çok korkulan ve kliniği sinsi olan kanser hastalığı doğal olarak bu grup hastanın da en fazla dillendirdiği ve çekindiği hastalıktır. Sağlık programında duyduğu bir belirti ile hızla kendine kanser tanısı koyabilir. Kanser yanında kan hastalığı, damarlarda anevrizma, gizli kalp, HIV, diğer önemli başlıklardır. Diğer taraftan tanıdan korktuğu için sağlık kuruluşuna başvurmayan grup ise gerçek hastalığın atlanması açısından en riskli hastalardır.

TANI

Tanı ayrıntılı anamnez ve klinik muayene ile konur. Spesifik bir tanı materyali olmamakla birlikte çeşitli ölçekler geliştirilmiştir. Bununla birlikte daha çok ayırıcı tanı teknikleri kullanılarak tanıya gidilir. Tanı ölçütlerine göre değerlendirilir (Tablo 1, 2, 3).

Tablo 1. DSM-IV-TR'ye göre hipokondriazis

- A. Kişinin vücut semptomlarını yanlış yorumlamasına bağlı olarak, ciddi bir hastalığı olacağı korkusunu ya da ciddi bir hastalığı olduğu düşüncesini taşıyıp durması.
- B. Yeterli tıbbi değerlendirme yapılmasına ve güvence verilmesine karşın bu düşünceler sürüp gitmektedir.
- C. Tanı ölçütündeki inanç hezeyan yoğunluğuna değildir ve görünümü hakkında çerçevesi belirli bir kaygı ile sınırlı (vücut dismorfik bozukluğunda olduğu gibi) değildir.
- D. Bu düşünceler klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.
- E. Bu bozukluk en az 6 ay sürer.
- F. Bu düşünceler, yaygın anksiyete bozukluğu, obsesif-kompulsif bozukluk, panik bozukluğu, bir majör depreseif epizod, ayrılma anksiyetesi ya da diğer bir somatoform bozukluk olarak açıklanamaz.
- Varsa Belirtiniz:
- İçgörüsü az olan: Çoğu zaman kişi, o sıradaki epizoda, ciddi bir hastalığının olmasıyla ilişkili kaygısının aşırı ya da anlamsız olduğunu kabul etmemektedir.

DSM: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı

Tablo 2. DSM 5'e göre bedensel belirti bozukluğu

- A. Sıkıntı veren ya da günlük yaşamı önemli ölçüde kesintiye uğratan bir ya da birden çok bedensel belirti.
- B. Aşağıdakilerden en az biri ile kendini gösteren, bedensel belirtiler ya da bunlara eşlik eden sağlıkla ilgili kaygılarla ilişkili aşırı düzeyde düşünceler, duygular ya da davranışlar:
- C. Kişinin belirtilerinin önemiyle orantısız, süreklilik gösteren düşünceler.
- D. Sağlıkla ya da belirtilerle ilgili, sürekli yüksek düzeyde bir kaygı.
- E. Bu belirtilere ya da sağlık kaygılarına aşırı zaman ve içsel güç harcanır.
- F. Herhangi bedensel bir belirti sürekli olarak bulunmasa da, belirti gösteriyor olma durumu süreklilik gösterir (altı aydan daha uzun süreli olarak).
- Varsa belirtiniz:
- Ağrının baskın olması ile giden (önceki adı ağrı bozukluğu): Bu belirleyici, bedensel belirtilerinde ağrının baskın olduğu kişiler içindir.

DSM: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı

Tablo 3. DSM 5'e göre hastalık kaygısı bozukluğu

- A. Ağır bir hastalığı olduğunu ya da olacağını düşünüp durma.
 B. Bedensel belirti yoktur ya da varsa bile ağır değildir. Başka bir hastalık durumu varsa ya da bir hastalık durumu çıkma olasılığı yüksekse (örneğin, güçlü bir aile öyküsü varsa), bu konuda düşünüp durma açıkça aşırı bir düzeydedir ya da orantısızdır.
 C. Sağlıkla ilgili yüksek düzeyde bir kaygı vardır ve kişi, kişisel sağlık durumuyla ilgili olarak kolaylıkla korkuya kapılır.
 D. Kişinin sağlıkla ilgili davranışlarında aşırılıklar görülür (örneğin, hastalık bulguları için vücudunu sık sık tatar) ya da uygunsuz bir kaçınma içindedir (örneğin, doktora gitmekten ve hastanelerden kaçınır).
 E. Hastalıkla uğraşıp durma süresi en az altı aydır, ancak korkulan özgül hastalık bu süre içinde değişebilir.
 F. Hastalıkla ilgili düşünüp durma, bedensel belirti bozukluğu, panik bozukluğu, yaygın kaygı bozukluğu, bedensel algı bozukluğu, takıntı-zorlantı bozukluğu ya da sanrılı bozukluk, bedensel tür gibi başka bir ruhsal hastalıkla daha iyi açıklanamaz.
- Varsa belirtiniz:
 Bakım arayan tür: Sık sık doktora gitme ya da sağlık taramaları ve girişimleri yaptırmayı kapsar.
 Bakımdan kaçan tür: Sağlık bakımına seyrek olarak başvurulur.

DSM: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı

Gerek hipokondriazis gerek yeni DSM 5 tanılarının konması tecrübe ve beceri gerektirir.

Psikolojik testlerde ağırlıklı olarak eşlik eden tanıları konabilir. Görüntüleme ve laboratuvar incelemelerinde ise başka bir hastalığa ait bulgunun bulunmaması ile tanı konur.

Berberinde irritabl kolon gibi basit fiziksel hastalıklar olabilir. Eşlik eden psikiyatrik hastalıklar içinde depresyon, anksiyete bozuklukları, OKB, panik bozukluğu, yaygın anksiyete bozukluğu sık olanlardır.

AYIRICI TANI

Hipokondriazis klinik ortamda zorluk oluşturması kadar ayırıcı tanı açısından da son derece önemlidir. Özellikle hipokondriak olarak damgalanan hastalarda ortaya çıkacak yeni tıbbi durumların atlanması olasıdır. Öncelikle belirti düzeyinde hipokondriazis ile hastalık tanısı birbirinden ayırmak gerekmektedir. Örneğin tıp öğrencilerinde özellikle hastalıklar ve belirtilerine ilişkin yoğun bilgilerin öğrenildiği bir dönemde kendinde ya da yakınlarında ciddi bir hastalık olduğu şeklinde hipokondriak belirtilerin görülme olasılığı %70-79 oranında bildirilmiştir. Yakın zamanda bir yakınında ağır hastalık olanlarda ya da kayıp yaşayanlarda benzer şekilde hipokondriak belirtiler daha sık görülmektedir. Bununla birlikte bu örneklerde daha çok belirti düzeyinde olan ve gelip geçen bir durum söz konusudur. Diğer taraftan ayırıcı tanı açısından en önemli nokta ciddi bir hastalığın atlanmasıdır. Hipokondriazis tanısı alanlarda gerçek bir fiziksel hastalık varlığı %2-5 oranında gözlenmiştir. Özellikle fiziksel hastalıklar içinde kolay tanı konamayan miyasteni, romatolojik hastalıklar, maligniteler, multiple skleroz, endokrin hastalıklar, immün yetmezlik vb. klinik durumların atlanması olasıdır. Yükseksektir.

Konversiyon bozukluğunda stres ile ilişkili bir belirti, akut başlayan ve çoğunlukla geçici doğada olurken Hipokondriaziste hastalık ya da hastalık ile ilişkilendirilen belirti vardır.

Beden Dismorfik Bozukluğu: diğer insanların kusurlarını göreceklelerinden dolayı sıkıntı yaşarlar, hipokondriak hastalar ilgi ararlar

Panik Bozukluğu: Hipokondriak belirtiler olabilir. Panik atak bir kalp krizi ya da beyin kanaması şeklinde yorumlanabilir. Acil servislere başvuru olur. Bu durum sadece atak sırasında ise ek tanı konmaz. Diğer taraftan hipokondriaziste de panik ataklar vardır. Çoğunlukla aşırı kaygı nedeniyle durumsal panik ataklar olabilir. Panik bozukluk tanısı için en az bir beklenmedik atak zorunludur.

Yaygın Anksiyete Bozukluğu: Hipokondriak belirtiler olabilir. Sağlık kaygısı yüksel olabilir ama kaygılar yalnızca hastalıkla ilgili değildir. Tanı ölçütlerini karşılıyorsa ek tanı konur. Ortaya çıkışı doğrudan yaygın anksiyete bozukluğu kliniği ile ilişkili ise ek tanı olarak konulmaz.

Özgül Fobi: Hastalıkla karşılaşmaktan korkma olabilir, hipokondriaziste hasta bu kaygıdan dolayı kaçınmaz ancak hastalık kaygısı bozukluğundaki bakımdan kaçan tip ile karışabilir.

OKB: Hipokondriaziste hastalık kaygısı obsesyona, bu kaygı nedeniyle sağlık kuruluşuna başvuru kompulsiyona benzer. OKB'de de hipokondriak obsesyonlar görülebilir. OKB tanısı için çoğunlukla başka obsesyon ve kompulsyonlar olur. Bulaşma obsesyonu (hastalık bulaşması) karıştırılmamalıdır. Ayrıca karşılaştığı hastalığa yakalanma şeklinde obsesyonlar olabilir.

Depresif Bozukluk: Depresyonda hipokondriak belirtiler olabilir. Hipokondriazis tanı ölçütlerini karşılıyorsa ve ortaya çıkışı doğrudan depresyon ile ilişkili değilse ek tanı konur.

Psikotik bozukluklar: Psikotik bozukluklarda hipokondriak hezeyanlar olabilir. Diğer psikotik belirtilerin varlığı, hezeyanların garip, yoğun ve kültürle uyumsuz olmaları ile ayrılır.

Hastalık taklidi yapan yapay bozukluk ve temaruz ise sık karışabilir. Hastanın hangi saik ile kliniğe başvurduğunun araştırılması ayırıcı tanı açısından faydalı olacaktır. Temaruzda açık bir çıkar, yapay bozuklukta ise bilinç düzeyinde olmayan bir gerekçe ile hasta rolünde isteyerek olma durumu vardır.

TEDAVİ VE PROGNOZ

Hipokondriaziste tam düzelme olabilir bununla birlikte genel seyir epizodik ve kronik gidiş şeklindedir. İyileşme %30-50

olguda gözlenmektedir. Genellikle psikososyal stresörler ile alevlenme arasında ilişki bulunur. Sosyo-ekonomik düzeyin iyi olması, hastalığın, ani başlangıç göstermesi, kişide hastalığın seyrinde ya da başlangıcında ikincil kazançların olmaması, kişilik bozukluğu eş tanısının olmaması, beraberinde tedaviye yanıt veren bir depresyon ya da anksiyete bozukluğunun varlığı, tıbbi bir hastalığın eşlik etmemesi olumlu prognostik özellikler olarak tanımlanmaktadır.

Tedavisi zordur. Bunun en önemli nedeni hastaların psikoterapiye olan uyumlarının düşük olmasıdır. Eski hipokondriazis tanımına uyan olgularda tedaviyi bırakma sık gözlenmekteydi ancak sağlık kaygısı yüksek olan gruplarda bazı durumlarda ruhsal sıkıntının yoğunluğu kişinin psikiyatrik tedaviye olan ihtiyacının ve bağlılığını artırmaktadır. Bedensel belirti gösterenler açısından tıbbi tektik talebi, bedensel yakınma dili ile konuşma tedaviyi ve terapisti zorlayacaktır. Bu açıdan iç görü amaçlı psikoterapi uygun değildir.

Öncelikli amaç; hastayı tedavide tutacak bir yol izlemektir. Tedaviye ve tedavi ekibine yönelik güveni oluşturma ilk amaç olmalıdır. Bilgilendirici, zararsız beden duyuları hakkında konuşma, egzersiz programları, beden belirtilerini normal fizyolojiye bağlama, grup terapileri faydalı olmaktadır. Bedensel belirtileri görmeme nasıl yanlış ise bedensel belirtileri aşırı önemseme de bir o kadar yanlış bir tutumdur. Aşırı tıbbi tetkik isteme ve belirtileri pekiştirme riski taşımaktadır. Bunun yanında orta noktayı bulmak ve fiziksel belirtileri gözetken ama dengeleyen bir yol tutturmak gerekir. Öncelik hastanın faydası için bir hedef belirlemek ve bunu hastanın anlamasını sağlamaktır. Açık ve basit bir dil kullanmak, konuyla ilgili bilgi ve açıklamalarda bulunmak, hastanın bağımsızlığını desteklemek, hastanın dikkatini fiziksel belirtilerde altta yatan psikolojik ve sosyal sorunlara çekmek ve hastanın yararına odaklanmak, etkili

ve güven verici bir ilişki kurmak, tekrarlayan güvenceler sunmak, yeterli açıklama ile gereken muayene ve testleri yapmak güven verici ilişki açısından önemlidir.

İlaç tedavisinin yeri sınırlıdır. Sağlık kaygısı yüksek ise ve beraberinde eş tanı varsa tedavisinde seçici serotonin geri alım inhibitörleri ve serotonin noradrenalin geri alım inhibitörleri kullanılabilir. Eş tanı alan hastalıklarda tedavi güçlüğü olabilir, Tedavi sürecine karşı duyarlıdırlar

İlaç yan etkilerine karşı duyarlıdırlar, ilaç yan etkisi ile belirtiler karışabilir, yavaş doz artırımı yapmak gerekir.

Sonuç olarak, bu hasta grubu sık sık sağlık kuruluşlarına başvuran, sağlık sistemini meşgul eden, gereksiz tetkikler nedeniyle komplikasyon riski ile karşılaşan ama en önemlisi zamanla damgalanan şanssız insanlardır. Yalancı çoban fenomenine maruz kalırlar. Bir hekim bu damgalamanın riskini her zaman düşünmeli, "o zaten hasta değil" şeklinde yaklaşım ile gerçek hastalığı atlamamalıdır.

KAYNAKLAR

1. Hollifield, MA. Somatoform Bozukluklar. In: Sadock, BJ., Sadock, BA. Comprehensive Textbook of Psychiatry. Çev ED: Aydın, H, Bozkurt A. Ankara: Güneş Kitabevi, 2007:1800-1828.
2. Bakım, B. Somatik semptom ve ilişkili bozukluklar. In: Karamustafaloğlu, O. Temel ve Klinik Psikiyatri. Ankara: Güneş Tıp Kitabevi, 2018:461-473.
3. Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı'ndan, çev. Köroğlu E, Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 2014:163-165.
4. Aydemir Ö, Kırkpınar İ, Satı T, Uykur B, Cengiz C. Sağlık Anksiyetesi Ölçeği'nin Türkçe için Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması. Archives of Neuropsychiatry. 2013;50:325-331.
5. Yorulmaz E, Dirik G. Sağlık kaygısı ile ilişkili faktörler: sağlık kaygısında bağlanmanın rolü var mıdır?. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 2018;20:443-459.

İNCİNEBİLİR GRUPLARDA İHMAL VE İSTİSMAR

Doç. Dr. Münevver Yıldırım

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikoterapi Eğitim ve Tedavi Merkezi, İstanbul, Türkiye

İhmal ve istismar ile karşılaşmadan yaşamak herkesin hakkıdır. Özellikle incinebilir gruplar bu tür uygulamalara daha fazla maruz kalmaktadırlar.

İNCİNEBİLİRLİK

İhmal ve istismara maruz kaldığında kendisini savunamayacak, savunmaya bedensel ya da zihinsel olarak gücü yetmeyecek ve kolaylıkla zarar görebilecek kişi olarak tanımlanabilir.

İhmal: Sözlük anlamı gereken ilgiyi göstermeme, boşlama, savsaklama, savsama, önem vermeme. İhmal sorumlu olan kişinin kendisinin yapması gereken sorumlulukları yapmaması nedeniyle bir başkasının zarar görmesi olarak tanımlanabilir. İncinebilirliği olan gruplar açısından değerlendirildiğinde, primer bakım verme sorumluluğu olan kişinin temel yaşamsal işlerini yapabilmek için yardıma ihtiyacı olan, kendisini kötü davranışlardan koruyamayacak durumda olan birini olması gerektiği gibi önemsememesi, temel ihtiyaçlarını karşılamasına destek olunmamasıdır. Örneğin; anne-babanın, bebeğin ya da düşkün yaşlı aile üyesinin bakım ve beslenme ihtiyaçlarını karşılamaması, ihtiyaçları olduğunda doktora götürülmemesi ihmaldir.

İstismar: Birinin iyi niyetini kötüye kullanma, sömürme olarak tanımlanır. İhtiyacı olan kişinin primer bakım verme sorumluluğu olan kişinin temel yaşamsal işlerini yapabilmek için yardıma ihtiyacı olan, kendisini kötü davranışlardan koruyamayacak durumda olan birine zarar verecek biçimde kötüye kullanması olarak tanımlanabilir. Anne-babanın bebeğe düşkün yaşlı aile üyesine şiddet uygulaması istismardır.

İhmal ve istismar her yerde karşımıza çıkabilir.

İSTİSMAR TÜRLERİ

Cinsel istismar: Cinsel taciz, uygunsuz bakmak veya dokunmak, cinsel alay veya ima, cinsel fotoğraf, pornografi veya cinsel eylemleri izlemeye zorlanmak, cinsel eylemlere katılmaya zorlanma veya baskı altında bırakma, tecavüz.

Fiziksel istismar: Vurmak, tokatlamak, itilmek veya kısıtlanmak, yiyecek veya su verilmemesi ihtiyaç duyulmasına rağmen, örneğin; tualete gidilmesine yardımcı olmaması, kişinin ihtiyaçlarının kötüye kullanılması.

Psikolojik istismar (duygusal istismar): Kişiyi incitmek veya terk etmek için tehdit etmek, insanları görmekten alıkoymak, sizi küçük düşüren, suçlayan, kontrol eden, korkutan veya taciz eden sözler söylemek, sözlü taciz.

Aile içi şiddet: Bu tipik olarak, yakın bir eş veya aile üyesi olan veya olmuş biri tarafından kontrol edici, zorlayıcı veya tehdit edici davranışların tümüdür.

Ayrımcı istismar: Aşağıdakilerle ilgili bazı taciz biçimlerini, hakaretleri veya haksız muameleyi içerir. Bir kişiye cinsiyet ve cinsiyet kimliği, yaş, bedensel ya da zihinsel ağır hastalık ya da sakatlık, cinsel yönelim, din gibi nedenlerle şiddet uygulandığında ayrımcı istismardan bahsedilir.

Ekonomik istismar: Para veya başka değerli şeyler çalınması, sizin adınıza paranıza bakması için atanan biri onu uygunsuz bir şekilde kullanıyor veya sizi istemediğiniz bir şekilde harcamaya zorlaması durumlarıdır. İnternet dolandırıcılığı ve kapı eşiği suçları da yaygın ekonomik taciz biçimleridir.

Siber istismar: Şiddet davranışının sosyal medya ya da internet gibi iletişim araçları aracılığıyla uygulandığı durumlardır.

İncinebilirlik Nedenleri

Kişilerin yaşları, cinsiyetleri, etnik özellikleri, sağlık durumları, özgürlük halleri ya da başka konuları onların daha kolay örselenmelerine, dolayısıyla incinebilir kişi kapsamında değerlendirilmelerine neden olmaktadır.

İncinebilir Olarak Kabul Edilen Kişiler

On sekiz yaş ve altı çocuklar, yaşlılar, öğrenme güçlüğü bulunanlar, ağır bedensel ya da zihinsel hastalığı olanlar, fiziksel ya da zihinsel yetersizliği bulunanlar, uyuşturucu madde kullananlar, sokakta yaşayan çocuklar, tutuklular, gebe kadınlar, sınırlı eğitim almış ya da hiç eğitim almamışlar (aydınlatılmış onam bilgisini anlamakta zorlananlar), sağlık kaynaklarından sınırlı derecede yararlanma hakkına sahip olan -düşük ekonomik düzeyde olan- kişiler, cinsel yönelimi farklı olanlar, cinsel kimlik disforisi olanlar, evsizler, sığınmacılar, mülteciler olarak sayılabilir.

İNCİNEBİLİR GRUPTA YER ALAN KİŞİLERİN KORUNMASINA YÖNELİK ÖNLEMLER

Kişilerin zarar görme riski yüksek olduğu için sıkıntıların olduğu alanlarda özel olarak desteğe ihtiyaçları bulunmaktadır. Barınacak yeri olmayanlara barınak sağlanması, ekonomik olarak desteği olmayanlara ekonomik desteğin sağlanması, bedensel olarak zorluğu olanlara destek ekipmanlarının sağlanmasıdır. Kendileri için yardım talep etmekte zorlanacaklar için temel yaşam ihtiyaçlarının belirlenerek karşılanması, herkesin sağlıklı bir hayat sürmesi için gereken koşulların incinebilir gruptakiler için de sağlanması olarak tanımlanabilir.

İKİNCİL (SEKONDER) KORUNMA

Cezaevlerinin tüberküloz yönünden taranması, gebelik öncesi TORCH testinin yapılması, uyuşturucu madde kullananlara kan yolu ile bulaşan hastalıklar yönünden taranması, seks işçilerinin cinsel yolla bulaşan hastalıklar yönünden taranması, öğrenme güçlüğü bulunanların özel eğitime alınması, uyuşturucu madde kullananların, madde kullanımını bıraktıktan sonra rehabilitasyonu, kronik hastalıkların komplikasyonunun önlenmesi, yaşlılarda fiziksel-sosyal rehabilitasyon ikincil koruma olarak kabul edilir.

İHMAL VE İSTİSMAR DEĞERLENDİRİLMESİ

İhmal ve istismar yaşantıları türüne göre değişmekle birlikte sağlıklı insanlar için de ifade edilmesi kolay olmayan yaşantılardır. İhmal ya da istismara maruz kalan kişinin suçluluk, utanç gibi duyguları, uygulanan şiddetin genellikle yakın ya da tanıdık birinden olması, duyanların nasıl tepki vereceklerinin bilinmemesi gibi nedeneler ifade edilmesini güçleştirir. İncinebilir grupta olan kişilerin ise maruz kaldıkları şiddeti tanımlamakta, anlamakta adlandırmakta zorluğu olabilir. Yaşadığının bir şiddet olduğunu düşünse bile bunun çözümü olan bir sorun olmadığını düşünebilir. Çoğunlukla karşılaştıkları şiddetten kendisini koruyamaz. Şiddeti ifade ettiklerinde tekrar şiddete maruz kalacaklarını, aile üyeleriyle bağlarının kopacağını ve yakınmanın verdiği suçluluk duygusuyla baş edemeyeceklerini düşünebilirler. Bu nedenlerle incinebilir grupta yer alan bireyler herhangi bir türde şiddete maruz kalmış olma ihtimalleri açısından ayrıntılı değerlendirilmelidir. Şiddete maruz kalanlar sağlık kuruluşlarına sık olarak başvurdukları için sağlık çalışanlarının istismar belirtileri konusunda dikkatli olmaları gerekir. Bedensel bir yaralanma varsa, yaralanma şekli, yaralanma nedeni ile zamanında başvuru olup olmadığı, yaralanmanın aile üyeleri ya da bakım verenlerce uygun biçimde önemsenip önemsenmediği değerlendirilmelidir. Aile üyelerinin veya diğer bakım verenlerin tepkilerinin uygun olmadığı, sağlık çalışanlar ile işbirliği ve hastaya karşı tutumunun olumlu olup

olmadığı değerlendirilmelidir. Anlatılanlar ile fizik muayene bulguları arasında tutarsızlık olması, bedensel yaralanmanın ihmal istismar sonucu oluşabilecek bir yaralanma olması, kişinin, yakınlarının ya da bakım verenlerin yaralanma ya da rahatsızlık konusundaki çelişkili ifadeleri ihmal ve istismar açısından dikkatli olunması gereken durumlardır.

ÖYKÜ

Sağlık kurumuna kişi şiddet yaşadığı için başvurabilir. Bunu açıkça söyleyebilir. Böyle durumlarda gerekli olan öncelikle tıbbi ve yasal işlemler yapılmalıdır. Kişi şiddet nedeniyle başvurmamış olsa bile başvuruya neden olan yakınmaları ve öyküsü değerlendirilirken tutarsızlık içeren bilgilerle karşılaşılmaması, şiddet sonucu ortaya çıkmış olabilecek bedensel yaralanmaların olması, geçmiş çok fazla yaralanma kırık ile karşılaşmak, yoğun bedensel yakınmaların olması, alkol-madde bağımlılığı öyküsünün olması, intihar girişimi ya da düşüncesinin olması, depresyon nedeni ile başvurması/düşük benlik saygısı, akut ya da travma sonrası stres bozukluğu belirtileri ile başvurmuş olması, yalnızlık/umutsuzluk hissetme, kronik yorgunluk, uyku bozuklukları, sık sık tıbbi başvurular gibi bulgular kişinin şiddete maruz kaldığı yönünde şüphe uyandırması gereken durumlar olarak değerlendirilmelidir. Sosyal izolasyon, ev dışına çıkmada azalma, bakım verene veya aile üyelerine aşırı bağımlılık, sözel ya da fiziksel saldırganlık, beden imajı bozukluğu, kronik fiziksel veya psikolojik yetersizlik öyküsü, günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede yetersizlik yakınmaları kişinin şiddete maruz kalmış olma ihtimalini akla getirmelidir. Kişinin bakım verenleri tarafından bedensel yakınmaları nedeniyle en kısa sürede uygun tedavi alacağı kuruma başvurulmaması da bir şiddet türüdür.

MUAYENE

Korkulu, endişeli, çok hareketli ya da çok durgun olma, soruları cevaplarken bakım verene bakarak konuşma, kötü hijyen ve uygunsuz ve yetersiz giyinme, kötü beslenmiş olma bulguları, yorgunluk bulguları, yaklaşıldığı ya da dokunulduğunda irkilme, gerginlik, otonom belirtilerin bulunması (kan basıncında ve nabız hızında yükseklik, fazla terleme), aşırı zayıf ya da aşırı kilolu olma, açıkça görünür fiziksel şiddet bulguları, nedeni açıklanmayan veya iyileşmesi geciken yaralanmalar, çürükler, yatak yaraları, kırıklar, ısırıklar, ip ve halat izleri. Yanıklar (sigara, kostik, asit, ip veya zincir sürmesi, özellikle görünmeyen yerlerde) gözlerde şişlik, gözaltlarında morluk, konjonktival-retinal kanamalar, diş kayıpları, diş kırıkları, hematomlar, tıbbi bir hastalıktan beklenmeyecek saç dökülmesi, kilo kaybı, dehidratasyon, farklı iyileşme aşamalarında olan kırıklar, ekstremitelerde hareket kısıtlılığı, kontraktürler, tıbbi tedavinin gecikmesi veya tıbbi tedavilerin uygun kullanılmayışı, sık sık acile başvurma, tekrarlanan yaralanmalarda aynı sağlık kurumuna gitmeyi

reddetme, yaralanma hakkındaki çelişkili, kaçamak ifadeler ve tutumlar şiddet nedeni ile oluşan muayene bulguları olabilir. Cinsel şiddet söz konusu olduğunda genellikle yakın birinden ve uzun süredir varolan bir şiddet biçimi olduğu için muayene sırasında akla gelmesi önemlidir. Cinsel bölgelerde varolan ekimozlar, ağrılar, geçmeyen karın ağrıları, muayene olmak istememe, cinsel yolla bulaşan hastalık bulgularının varlığı, geçirilmiş küretaj, gebelik öyküleri cinsel şiddi akla getirmelidir.

İHMAL İSTİSMAR YAŞAMIŞ OLAN KİŞİYE YAKLAŞIM

Şiddet yaşamış olan kişi şiddetin çeşidi ve büyüklüğüne göre değişen biçimlerde yaralanır. Bedensel yaralanmalar genellikle gözle görünür. Cinsel şiddet söz konusu olduğunda genellikle bedensel olarak görülebilen bir yaralanma ortaya çıkmayabilir. Neredeyse bütün şiddet türleri bedensel olarak yaralanmanın yanında zihinsel olarak da yaralanmaya sebep olur. Ruhsal travma bir güçsüzlük acısı olarak tanımlanabilir. Kişinin şiddet karşısında güçsüz hissettiği her durumda ruhsal olarak yaralanabileceği öngörülebilir.

Şiddetten zihinsel olarak yaralanma söz konusu olduğunda ise eğer şiddet yakın zamanda yaşanmışsa kafa karışıklıkları, konsantre olamama, söyleneni anlamakta güçlük, duygusal olarak tutarsızlıklar olması, çabuk öfkelenme ya da irkilme gibi belirtiler olabilir. Bu etkilenme sebebi ile sağlık kuruluşuna başvuran kişi öfkeli, tutarsız olabilir kurallara uymakta zorlanabilir. Yaşadığı şiddeti kolayca anlatamayabilir. Şiddeti ne kadar ağır yaşamışsa şiddet hakkındaki bilgi vermesi o derece karmaşık ve tutarsız olacaktır. Şiddet yaşamış olan kişiler her an şiddet tekrara yaşanacakmış gibi algıladıkları için çok fazla tedbir alma davranışları gösterebilirler. Sağlık çalışanları ile işbirliğine uyumlu olmayabilirler. Şiddet yaşamış olan bir kişi değerlendirilirken herhangi bir başvurana göre daha fazla hoşgörü gerekebilir.

Şiddet yaşamış olmasından şüphe edildiğinde yüksüz yargısız bir şekilde dinlemeye açık olmak önemlidir. Mümkünse yanında yakını olmadan yalnız görüşme yapılmalıdır. Yaşadığı şiddeti anlatabilecek durumda olan ve anlatmak isteyen kişiden şiddet dinlenebilir. Anlatmak istemeyen kişi tıbbi ve yasal zorunluluk dışındaki bilgileri anlatmak için zorlanmamalıdır. Kişi kendisi anlatabileceğini hissettiğinde anlatmak istediği kadar kısmını paylaşabilir. Olası riskli durumlar açısından mutlaka değerlendirme yapılmalıdır. Bedensel zarar verme davranışları, intihar düşünce ya da girişimi, alkol madde kullanımı mutlaka değerlendirilmelidir. Tıbbi ve yasal zorunluluk durumları dışında kişinin isteği ve onayı dışında bir şey yapılmamalıdır. Yakınları yaşanan şiddeti biliyorlarsa şiddeti yaşamış olanı zorlamadan onu dinleyebilecekleri ancak herhangi bir konuda zorlamaları gerektiği konusunda bilgilendirilmelidir.

Şiddetin var olduğundan emin olunduğunda kişinin tıbbi ve yasal olarak hakları konusunda bilgilendirmesinin sağlanması, en kısa sürede şiddetin olmadığı güvenli bir ortamın sağlanabilmesi önemlidir. Güvenli bir ortam sağlanmadan tıbbi-psikiyatrik yardım yapılması mümkün olamayacaktır. Güvenli ortam sağlandıktan sonra şiddet yaşamış olan kişinin bedensel değerlendirilmesinin yanında psikiyatrik olarak değerlendirilmesi gereklidir.

KAYNAKLAR

1. Guideline Development Panel of APA. Summary of the clinical practice guideline for the treatment of PTSD in adults. Am Psychology 2019;74:596-607.
2. Herman JL. Trauma and recovery: The aftermath of violence--from domestic abuse to political terror. Hachette uK, 2015.
3. TC Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü. Türkiye'de kadına yönelik aile içi şiddet. Ankara: Elma Teknik Basım Matbaacılık; 2009;6:2017.
4. Öztürk MO, Uluşahin A. Ruh sağlığı ve bozuklukları. Nobel Tıp Kitabevleri; 2014.

İNTİHAR (ÖZKIYIM)

Doç. Dr. Meliha Zenginoğlu

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

GİRİŞ VE TANIM

Ölümlle sonuçlanan özkıyım eylemlerine kısaca "özkıyım", ölümle sonuçlanmayanlarına ise "özkıyım girişimi" adını veriyoruz. Özkıyım; kişinin yaşam ve ölüm ikilemi arasında ölümü tercih etmesi ve sonucunu bilerek hayatına son verece şekilde kendine zarar vermesidir. "Yaşamak istemiyorum" ya da "kendimi öldürmek istiyorum" düşünceleri özgün özkıyım düşünceleri arasındadır. Bu düşünceler ciddi bir tehlikenin, ruhsal bilinçdışı bir çatışmanın, ruhsal bir dengesizliğin veya ruhsal sorunların habercisidir.

EPİDEMİYOLOJİ

Özkıyım tüm yaşlarda en sık 10 ölüm nedeni içerisinde yer almaktadır. Ölüm oranı kişinin amacına, seçtiği yöntem ve seçtiği yöntemle ilgili bilgi düzeyine göre değişir. Yüksek dozda ilaç alımı, organik fosfatlı zehirler (bitki veya böcek ilaçları), korozif maddeler, ası, yüksekten atlama, ateşli silah kullanımı, kendini yakma ve kesici delici alet kullanımı en tehlikeli özkıyım yöntemleri arasındadır.

ETİYOLOJİ VE PATOGENEZ

Genotip ve erken çocukluk yaşantıları özkıyım girişiminin ortaya çıkışı ve klinik faktörlerle ilişkilidir. Nöroendokrin faktörler (hipotalamik-pitiuter-adrenal aks), nörotransmitterler (serotonin, norepinefrin ve dopamin) ve klinik endofenotipler (karamsarlık, agresyon/dürtüsellik, kötümserlik, umutsuzluk) özkıyım ile ilişkilidir.

PATOLOJİ

Araştırmalara göre özkıyım girişiminde bulunanlarda ruhsal bir hastalık belirtisi gösterenlerin oranı %80-90 civarındadır. Bu araştırmalarda özkıyımın depresyonlarda %30-50, alkol bağımlılarında %20-30, psikotik hastalarda %1-7 arasında değişen oranlarda olduğu belirtilir. Risk faktörleri arasında; depresyon ve alkol madde bağımlılığı olmak üzere çeşitli ruhsal hastalıklar, genetik yatkınlık, tekrarlayan girişimler, genç yaş, kadın cinsiyet, olumsuz aile içi etkileşimler (karşı cinsle, eşle,

çocuklarla ya da ebeveynlerle olan sorunlar ve çatışmalar), bekar ya da boşanmış olmak, yakın kaybı, ekonomik ve mesleki sorunlar ve göç gibi sosyo-ekonomik etmenler etkilidir.

KLİNİK

Kendine kıymayı düşünen kimselerin değişimleri, çevreden kopmaları, içlerine kapanmaları, yabancılaşmaları ciddi bir özkıyımı düşündürmelidir. Kişinin kendisine kıyacak planları tasarlamaya başlaması, ölümünden sonra yapılacaklar ile ilgili söylemlerde bulunması, vasiyetname hazırlaması, vedalaşma ya da veda mektubu yazması gibi davranışlar da ciddi risk göstergeleridir. Özkıyım düşüncelerindeki kalıcılık, değişmezlik, uzun süreli uykusuzluklar, şiddetli umutsuzluk ve çaresizlik, daha önceki özkıyım girişimleri, aile içinde özkıyım girişiminde bulunmuş olanların varlığı da klinisyenleri uyarmalıdır.

Özkıyım düşüncesi taşıyan korkulu ve tedirgin bir kişinin birdenbire dinginleşmesi, korkularının yitimi, rahata ve huzura eriştiğini söylemesi dikkati çekmelidir. Depresyon ve psikotik bozuklukta hastalığın başlangıç dönemleri ve hastaneden çıkışı takip eden ilk aylar özkıyım riskinin yüksek olduğu dönemlerdir.

TEDAVİ VE PROGNOZ

Süreçteki en önemli basamak özkıyımın önlenmesine yönelik alınacak tedbirlerdir. Özkıyımı önleme merkezleri ya da telefonla yardım merkezleri bu işler için kurulmuştur. Toplumun özkıyım konusunda bilinçlenmesi, böylece tehlikeye duyarlılığın artması, özkıyımın bir çaresizlik ve yardım arayışı olarak yorumlanması gereklidir.

Özkıyım girişimi döneminde kişinin genel tıbbi durumuna yönelik girişimler önem kazanır. İlk yardıma yönelik girişimlerde bulunulmalıdır. Kişinin dolaşım sistemi ve solunum sistemi kontrol edilmelidir. Hızlı bir şekilde hasta ilk ve acil yardım kliniğine nakil edilmelidir. Zehirlenme ya da yüksek doz ilaç alımlarında kişinin sıvı elektrolit dengesi, karaciğer ve böbrek fonksiyonları kontrol altında tutulmalı, genel vücut travması söz konusu ise ilgili cerrahi branş tarafından girişimlerde bulunulmalıdır. Her iki durumda da genel durum bozukluğu söz konusu ise kişi yoğun bakımda izlenmelidir.

Özkıyım girişiminden sonraki dönem en uzun ve yorucu dönemdir. Özkıyım girişiminde bulunan ya da özkıyım düşüncesi taşıyan herkese tedavi gereklidir. İlk görüşmede birincil amaç özkıyım girişiminin önlenmesi olmalıdır. Hasta yardımı reddetse bile onun yanında olma, anlamaya çalışma ve hekimlik ilkeleri çerçevesinde onunla ilişki kurma ve değer verme en hızlı ve kıymetli yapılacak terapötik yaklaşımlar arasındadır.

KENDİNE ZARAR VERME

Giriş ve Tanım

Vücut dokusu hasarıyla sonuçlanan, kasıtlı, doğrudan yıkıcı ya da bozucu davranış olarak tanımlanmıştır. "Özkıyım niyeti taşımayan kendine zarar verme" olarak da tanımlanabilir. Kişinin yaşamını sonlandırma amacı olmaksızın kasıtlı olarak ve tekrarlayıcı biçimde beden dokularına zarar vermesi söz konusudur.

Epidemiyoloji

Genellikle ergenlik döneminde başlamakta; ergenlik ve genç yetişkinlikte, erişkin yaş grubuna göre daha fazla görülmektedir. Genellikle 10-24 yaş arasında başlar ve ortalama başlama yaşı 13-14 yaştır. Kızlarda erkeklere göre daha sıktır. Kadın cinsiyet, düşük sosyo-ekonomik düzey ve ergenlik risk faktörleridir.

Etiyoloji ve Patogenez

Biyolojik faktörler arasında opiyat, serotonin ve dopamin sistemleri ile ilgili sorunlar yer alır. Psikososyal faktörler arasında ise erken dönem travmatik yaşantılar, ailenin parçalanması, aile içi sorunlar, ailede kendine zarar verme davranışının olması, ergenler arası bulaşma etkisi, kişilik özellikleri yer almaktadır.

En sık zarar verilen bölgelerin %74 kollar, %44 bacaklar, %25 karın, %23 baş, %18 göğüs ve %8 genital bölgeler olduğu bilinmektedir. Yüzeysel veya derin kesici alet ile oluşturulan kesiler (bıçak, jilet vs.), delici aletle oluşturulan doku yaralanmaları (iğne vs.), künt cisim (başını ya da yumruğunu duvara vurma), yanıklar (sigara, sıcak cisim, vs.), koparma ve

volmalar (tırnak, tırnak eti, saç, deri, kıl, vs.), gereksiz ya da aşırı plastik cerrahi girişimler, aşırı epilasyon başlıca tipleridir.

Patoloji

Kendine zarar verme davranışına özgü bir ruhsal bozukluk yoktur. Çeşitli psikiyatrik bozukluklarda kendine zarar verme davranışı görülebilir. Depresyon, anksiyete bozuklukları, travma sonrası stres bozukluğu, dissosiyatif bozukluk, madde kullanım bozuklukları, davranım bozukluğu, yeme bozuklukları, histriyonik ve sınır kişilik bozukluğu olmak üzere kişilik bozuklukları özkıyımın sık görüldüğü psikiyatrik bozukluklardır.

Klinik

Çevre tarafından anlamsız görünse de kendine zarar veren kişiler bu davranışı "duyulan ağır ve katlanılamayan ruhsal acıyı, katlanılabilen fiziksel acıya dönüştürme" olarak tanımlar. Özellikle ergenler öfke, kaygı, reddedilme ve hayal kırıklığı gibi çok kabullenemedikleri duygularını bu şekilde dile getirerek rahatlama duyduklarını belirtmektedirler. Yaşamlarındaki olumsuzluklar nedeniyle kendilerini mutsuz, kötü ya da dışlanmış hissedenler ya da hiçbir duyguyu hissedemediklerini belirtenlerde de bu davranış görülebilir. Bu tür davranışları ergenler yalnızken yapmayı tercih eder. Ergenlerde heyecan ve coşku yaratmak için de kendine zarar verme davranışı görülebilir. Bu amaçla yapılan kendine zarar verme ise yaşıtlarının yanındayken yapılır.

Tedavi ve Prognoz

Kendine zarar verme davranışı bir intihar girişimi değildir. Ancak kendine zarar verme davranışı olanlarda intihar riski daha yüksektir. Bir kez bile olsa bu davranış değerlendirilmeli ve altta yatan nedene yönelik müdahalelerde bulunulmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Odağ C. İntihar (Özkıyım): Dinamik bir yaklaşım. In Güleç C, Köroğlu E. Psikiyatri temel kitabı. Ankara: Hekimler yayın birliği, 1997;855-861.
2. Odağ C. İntihar (Özkıyım) Tanım-Kuram-Sağaltım. İzmir: Halime Odağ Psikanaliz ve psikoterapi vakfı yayınları No:3, 2002.

KİŞİLİK BOZUKLUKLARI

Prof. Dr. Servet Ebrinç

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Tıp Fakültesi, İstanbul Sultan 2. Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, İstanbul, Türkiye

GİRİŞ VE TANIM

Kişilik kavramı, bireyin kendine özgü olan ve başkalarından ayırt ettiren uyum özelliklerini içerir. Uyum özellikleri bireyin bilişsel ve duygusal değerlendirmelerine dayanarak iç ve dış dünyaya uyum için geliştirmiş olduğu duyuş, düşünüş ve davranış örüntülerinden oluşur. Bu örüntüler, belli durumlarda belli duygusal tepki gösterebilme yetileri, engellenme ve çatışmalar karşısında yerleşmiş baş etme biçimleri ve savunma düzenekleridir.

Günümüzde kişilik, karakter ve huy (mizaç) olarak iki bileşene ayrılmaktadır. Karakter kişinin dünyayı görüş, algılama ve yaşamla başa çıkma biçimi olarak tanımlanmaktadır. Öğrenmenin ve toplumsal çevrenin karakter gelişiminde önemli rolü vardır. Huy ise doğuştan gelen, daha biyolojik temeli olan yatkınlıklara bağlı davranış eğilimleridir.

Kişilik bozukluğu tanısında önemli sorunlardan biri kişilik yapısı ile kişilik bozukluğunun karıştırılmasıdır. Kişilik bozukluğu tanısını koyabilmek için her şeyden önce bireyin toplumsal uyumunda, düzenli iş tutabilmesinde ve ilişkilerinde süreklilik sağlayabilmesinde önemli bozuklukların görece değişmeden uzun süre bulunması gerekir.

Kişilik bozukluklarında sık görülen ortak özellikler aşağıdaki gibidir:

- Benliğe yerleşmiş olan davranış örüntülerinin uyum amacı ile esneklik göstermeden sürdürülmesi, örneğin; yapılan yanlışlıkların yinelenmesi, ders alınmaması.
- Biliş, duygulanım, dürtü denetimi ya da insan ilişkilerinde belli bir toplum için geçerli ölçülerden sapması, topluma aykırı davranışlar göstermesi.
- Çocukluktan ya da ilk ergenlik çağından beri süregelenmesi.
- Toplum içinde, iş yaşamında belirgin bozulmaya ya da şiddetli sıkıntıya yol açması.
- Davranış örüntülerinin ve tutumların genellikle benliğe uyumlu (egosintonik), yani benimsenmiş olması ve değiştirilmek istenmemesi.
- Genel olarak çevre ile çatışma ve sürtüşmeye yol açması; kendisini çevreye değil, çevresini kendisine uydurmaya çalışması (alloplastik uyum).

- Bilişsel yetilerinde, temel duygulanım ve düşünce yapısında belirgin bozukluk olmaması.

- Bu durumun bir ruhsal bozukluk ya da madde etkisi ile açıklanamamasıdır.

EPİDEMİYOLOJİ

Kişilik bozukluğunda sıklık ve yaygınlık oranları toplumdan topluma ve bir toplum içinde değişik kesimlere göre farklılıklar gösterir. Kişilik bozuklukları erkeklerde kadınlara oranla 4-5 kat daha fazla bulunmaktadır. Erkeklerde paranoid, şizoid, şizotipal, antisosyal, narsistik, obsesif-kompulsif kişilik bozuklukları; kadınlarda ise sınırda (borderline), histriyonik ve bağımlı kişilik bozuklukları daha sık görülür. Genel toplumda hasta yakını dışındaki örneklerde herhangi bir kişilik bozukluğu yaygınlığı %3,9-14,8 arasında saptanmıştır.

ETİYOLOJİ VE PATOGENEZ

Kalıtım: İkizlerde normal ya da kişilik bozukluğu olarak adlandırılabilen kişilik özelliklerinin, ikizlerin bir arada büyüüp büyümemesinden bağımsız olarak, ortaklık gösterdiği bildirilmiştir. Evlat edinilenler üzerinde yapılan araştırmalarda şizotipal, paranoid ve antisosyal kişilik bozukluğu olanlarda soya çekimin etkisi gösterilmiştir. Son yıllarda kişilik bozukluklarında gen-çevre etkileşimini destekleyen, kişinin genotipinin çevresel streslere verdiği yanıtları yönlendirdiğini gösteren araştırma bulguları bulunmaktadır.

Nörobiyoloji: Şizofreni yelpazesinde olduğu düşünülen A kümesi kişilik bozukluklarında, özellikle şizotipal kişilik bozukluğunda dopamin sisteminin rolü üzerinde çok sayıda araştırma vardır. Dopamin metaboliti olan homovanilik asitin plazma ve beyin omurilik sıvısı (BOS) düzeyinin, psikoz benzeri belirtiler gösteren şizotipal kişilik bozukluğu olan bireylerde kontrollere oranla yüksek bulunduğu bildirilmiştir. Çalışmalarda, şiddetli atak davranışları olan kişilerde serotonin metaboliti 5-hidroksi indol asetik asitin BOS düzeylerinin düşük olduğu bildirilmiştir. Serotonin düzeyi saldırganlıktan çok ataklık ölçümleri ile ters ilişki gösterirken, plazma testosteron düzeyi ile saldırganlık arasında doğrusal bir ilişki gösterilmiştir.

Gelişimsel etkenler: Beden yapısı ile kişilik arasında bir bağ saptanamamıştır. Ancak, perinatal dönemde merkezi sinir dizgesini etkileyen durumlar kişilik bozukluğuna zemin hazırlayabilir. Örneğin; dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan çocuklarda sonradan antisosyal kişilik bozukluğu gelişme olasılığının yüksek olduğu bilinmektedir.

Çevresel etkenler: Kişilik bozukluğunun gelişmesinde aile ve toplumsal çevrenin önemli etkileri olduğu bilinmektedir. Psikanalitik kurama göre belirli ruhsal-cinsel gelişme dönemlerinde saplanmaya yol açacak aile tutumları ya da koşulları belli kişilik yapılarının ve bunlara bağlı kişilik bozukluklarının ortaya çıkmasına yol açar. Antisosyal kişilik bozukluğunun, çelişkili değer yargıları ve tutumları olan ya da parçalanmış ailelerden çıktığı ileri sürülür. Sınırdaki kişilik bozukluğu olan hastalarda çocukluk döneminde karşılaşılan cinsel ya da bedensel örselenmeler ile ağır ihmaller sık görülmektedir.

PATOLOJİ

Şizotipal kişilik bozukluğunda beyin görüntüleme çalışmalarında, şizofreni hastalarındaki bulgulara benzer biçimde, karıncıklarda genişleme, bazı temporal lob bölgelerinde hacim azalması olduğu bildirilmiştir. Şizofreni hastalarından farklı olarak frontal lob oylumunda değişiklik gösterilememiştir. Hipokampusün stres etkisine duyarlı olduğu bilinmektedir. Bunun nedeni hipokampüste çok sayıda glukokortikoid reseptörünün bulunmasına bağlanmaktadır. Sınırdaki kişilik bozukluklarında hipokampal hacmin azaldığını gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Belirtilerin ortaya çıkmasında olumsuz yaşantıların sürekliliği ve toplam etkisi ile çocuğun gelişimi bağlamındaki rolünün payı olduğu öne sürülmektedir.

KLİNİK

Kişiliğin muayenesi için özgül sorular ve yöntemler yoktur. Öykü alırken hastanın genel yaşam biçimi, yaşam olaylarına karşı tutumları, değer yargıları öğrenilmeye çalışılır. Kişilik bozukluğu olan kişi, sorun yaratan özelliklerine karşı kör olabileceğinden; tanı koyarken hasta yakınları, aile ve arkadaşlarından alınan bilginin yardımı olabilir. Görüşmeler sırasında aşağıdaki belirtilerle karşılaşınca kişilik bozukluğu tanısı düşünülmelidir:

- Hastanın sorunları olduğunda davranışlarını haklı çıkarmaya çalışması, daha çok çevreyi suçlaması, sorunun kendisinden değil çevreden geldiğine ilişkin açıklamalarda direnmesi.
- Kendi davranışlarından fazla yakınmaması (benliğe uyumluluk), değişmek için bir çabanın olmaması, tersine çevreyi değiştirmeye çalışan anlatımların olması. Sıklıkla çevre ile çatışması ve sürtüşmesi.

- İçine girdiği güç durumlardan ders almaması ve aynı davranışları yinelemesi.
- Sorumluluktan kaçması, yakayı kurtarmayı bilmesi.
- Antisosyal davranışlar gösterdiğinde suçluluk duygusunun olmayışı.
- Alkol ve başka maddelere karşı düşkünlük.
- İlişkilerinde ve sağaltım sırasında sık sık eyleme vurum belirtileri göstermesi.

Hastanın ses tonu, yüz anlatımları, duruşu da önemli ipuçları verir. Örneğin; histriyonik kişilikteki abartılmış, dramatik ses tonu ve davranışlar; şizoid kişilikteki göz göze gelememe; obsesif kişilikteki ayrıntıcılık ve noktası noktasına anlatma eğilimi; paranoid kişilikteki gururlu duruş ve çevresel, savunucu konuşma biçimi; antisosyal kişilikteki çevreyi suçlama eğilimi görüşme sırasında gözlenebilen özelliklerdir. Kişilik bozukluğu tanısı koyabilmek için belirtilerin sürekliliğinin yanı sıra kişinin uyumunu bozacak şiddette olması zorunludur.

Kişilik bozukluğu sınıflandırması: Amerikan Psikiyatri Birliği Tanısal İstatistiksel Sınıflandırma El Kitabı 5'te (DSM-5) olduğu gibi üç ana kümeye toplanarak yapılır:

- Garip, sıra dışı (eksantrik) özellikli olan kişilik bozukluklarını içeren A Kümesi: Paranoid, şizoid, şizotipal kişilik bozuklukları.
- Dramatik, coşkusal özellikli olan kişilik bozukluklarını içeren B Kümesi: Antisosyal, sınırdaki (borderline), histriyonik, narsistik kişilik bozuklukları.
- Bunaltı, korku özellikli olan kişilik bozukluklarını içeren C Kümesi: Kaçınan (avoidant), bağımlı, obsesif-kompulsif kişilik bozuklukları.

Kişilik Bozukluğu Türleri

Antisosyal kişilik bozukluğu: Başkalarının haklarını göz ardı etme veya ihlal etme modeli.

Kaçınan kişilik bozukluğu: Aşırı utangaçlık, yetersizlik duyguları ve eleştiriye aşırı duyarlılık paterni.

Sınırdaki kişilik bozukluğu: Kişisel ilişkilerde istikrarsızlık, yoğun duygular, zayıf benlik imajı ve dürtüsellik modeli.

Bağımlı kişilik bozukluğu: İtaatkar ve yapışkan davranış modeli.

Histriyonik kişilik bozukluğu: Aşırı duygu, ilgi ve dikkat arama modeli.

Narsistik kişilik bozukluğu: Diğerleri için hayranlık ve empati eksikliği modeli.

Obsesif kompulsif kişilik bozukluğu: Düzenlilik, mükemmellik ve kontrol ile meşguliyet paterni.

Paranoid kişilik bozukluğu: Başkalarından şüphe duyma ve onları sıradan veya kindar olarak görme örüntüsü.

Şizoid kişilik bozukluğu: Sosyal ilişkilerden kopma ve çok az duygu ifade etme paterni.

Şizotipal kişilik bozukluğu: Yakın ilişkilerde çok rahatsız olma, çarpık düşünme ve eksantrik davranışa sahip bir model.

Tanı tipik olarak 18 yaş ve üstü bireylerde konur. On sekiz yaşın altındakilere kişilik bozuklukları tanısı konmaz, çünkü kişilikleri hala gelişmektedir.

Tanı kriterleri: Her kişilik bozukluğunun kendi tanı kriterleri seti vardır. Bununla birlikte, DSM-5'te göre, bir kişilik bozukluğunun teşhisi, aşağıdaki alanlardan en az ikisinde önemli sıkıntı veya bozulmaya yol açan kültürel beklentilerden uzun süreli belirgin sapmayı içerir:

- Kendini ve başkalarını düşünmenin yolu.
- Duygusal yanıt verme yolu.
- Diğer insanlarla ilişki kurma yolu.
- Davranışını kontrol etme yolu.

Laboratuvar Bulguları

Kişilik bozuklukları tanısında aşağıdaki laboratuvar testleri kullanılabilir:

Toksikoloji taraması: Madde kötüye kullanımı birçok kişilik bozukluğunda yaygındır ve zehirlenme ile başvurulara neden olabilir.

HIV ve diğer cinsel yolla bulaşan hastalıkların taraması: Kötü dürtü kontrolü ve risk.

Bilgisayarlı Tomografi Taraması

Radyografi: Kavga, motorlu taşıt kazaları veya kendi kendine sakatlama nedeniyle meydana gelen yaralanmalar için yapılabilir.

Kişilik Bozukluğunda Kullanılan Psikolojik Testler

Minnesota çok yönlü kişilik envanteri (MMPI): En iyi bilinen psikolojik testtir.

Eysenck kişilik envanteri: İçe dönüklük, dışa dönüklük, nörotiklik boyutları içerir.

Mizaç ve karakter envanteri (Temperament and Character Inventory): Cloninger'in psikobiyolojik kişilik kuramındaki kişiliğin yedi boyutunu ölçer.

DSM-5 için Yapısal Klinik Görüşme formu.

AYIRICI TANI

Duygudurum, madde kötüye kullanımı ve tıbbi bozukluklar (örneğin; kafa travması, epileptik nöbet) gibi komorbid bozuklukları olan hastalarda kişilik bozukluklarının teşhisi, örtüşen özellikler nedeniyle daha zor hale gelebilir. Premorbid ve gelişim öyküsü, komorbid durumlardan ayırıcı tanıda yardımcı olur. Majör depresyon veya obsesif kompulsif bozuklukta bağımlı veya kaçınma özellikleri, madde kötüye kullanımında antisosyal davranışlar ve manide histriyonik veya narsistik özellikler daha sık görülebilir.

Kişilik bozukluklarının ayırıcı tanısında parafililer, travma sonrası stres bozukluğu, şizoaffektif bozukluk, şizofreni, şizofreniform bozukluk, sosyal fobi tanıları göz önünde bulundurulmalıdır. Ayırıcı tanıda alkolizm, anksiyete bozuklukları, kısa psikotik bozukluk, bulimia nervosa, depresyon, disosiyatif bozukluklar, ganser sendromu, hipokondriyazisin dışlanması gerekir.

TEDAVİ VE PROGNOZ

Kişilik bozuklukları olan kişilerin sağaltım için başvurmaları nadirdir. Yakınmaları kendilerine değil, çevreye yönelik olduğundan sağaltıma başvurmak için nedenleri yoktur. Ancak, başı sıklıkla derde giren, başarısız ve mutsuz olan ya da başka bir bozukluk belirtisi bulunan (alkole düşkünlük, nörotik belirtiler, cinsel sorunlar, aile geçimsizliği gibi) kişiler hekime başvurabilirler.

Kişilik bozukluğunun sağaltım sürecinde krizlerin yatıştırılması, davranışın dengelenmesi, toplumsal uyumlandırma (rehabilitasyon) ve ruhsal açıdan büyüme amaçlanır.

Krizlerin yatıştırılması sırasında özkıyım ve saldırgan davranışları kontrol edebilmek için kısa süreli hastaneye yatış ve ilaç sağaltımı gerekebilmektedir.

Davranışın dengelenmesi dürtü denetiminin güçlenmesini, kendine zarar verici ve dürtüsel davranışların azalmasını amaçlar.

Toplumsal uyumlandırma, toplumsal öğrenmeyi düzeltmeye yönelik girişimlerle sağlanır.

Ruhsal açıdan büyüme ayaktan psikoterapi ile sağlanabilir. Ayaktan psikoterapi narsistik, histriyonik, obsesif kompulsif kişilik bozukluklarında yeğlenir.

Kişilik bozukluklarında psikoterapiler: Psikoterapi, bir kişinin davranışlarının başkaları üzerindeki etkilerini anlamasına ve semptomları yönetmeyi veya bunlarla başa çıkmayı ve işlev ve ilişkilerde sorunlara neden olan davranışları azaltmayı öğrenmesine yardımcı olabilir.

Yaygın olarak kullanılan psikoterapi türleri arasında psikanalitik/psikodinamik terapi, diyalektik davranış terapisi, bilişsel davranışçı terapi, grup terapisi ve psikoeğitim sayılabilir. Hem bireysel hem de grup psikodinamik terapi kişilik bozuklukları, özellikle sınırda kişilik bozukluğu için yararlı olabilir. Diyalektik davranış terapisi sınırda kişilik bozukluğunda dürtüsel kendine zarar verme davranışlarını azaltmada ve olumlu davranış geliştirmede yardımcı olabilir. Kişilerarası terapi, kişiler arası ilişkilerle ilgili olumsuz sorunları ele alır ve çözmeye çalışır.

Kişilik bozukluklarında ilaç sağaltımı: Hem öfke, bunaltı gibi akut belirtileri gidermek için, hem de ataklık, duygulanımdaki oynamalar gibi kişilik özelliklerine yönelik olarak ilaç uygulaması gerekebilir. İlaç sağaltımı psikoterapiye uyumu kolaylaştırabilir. Paranoid, sınırda ve şizotipal kişilik bozukluklarında psikoterapiye ek olarak birinci ve ikinci kuşak antipsikotikler

düşük dozda kullanılabilirler. Duygudurum oynamaları ile atak ve saldırgan davranışlara karşı seçici serotonin geri alım önleyicileri verilebilir. Obsesif, kaçınan kişilik bozukluklarında bilişsel-davranışçı psikoterapilere ek olarak antidepresanlar denenebilir. Ataklığı ve saldırganlığı olan sınırdaki ve antisosyal kişilik bozukluklarında dürtü denetimini artırmak için lityum, karbamazepin ve valproat gibi duygudurum dengeleyicileri verilebilir.

PROGNOZ

A ve B küme kişilik bozukluklarının özellikleri orta yaş ve geç yaşamda daha az şiddetli ve yoğun olma eğilimi göstermesine rağmen, kişilik bozuklukları yaşam boyu süre gider. Kişilik bozukluğu olan bireyler intihar, madde bağımlılığı, kazalar nedeniyle yaralanma, depresyon ve özellikle paranoid ve

antisosyal kişilik bozukluklarında olmak üzere cinayet girişimi riski altındadır. B küme kişilik bozukluğu olan hastalar, yaşamlarını kısaltabilecek madde kötüye kullanımı, dürtü kontrolü ve intihar davranışı sorunlarına özellikle duyarlıdır. C küme kişilik bozukluğu özellikleri daha sonraki yaşamda abartılı olma eğilimindedir.

KAYNAKLAR

1. Öztürk MO, Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 13. Baskı. Nobel Tıp Kitabevleri. Ankara: 2015.
2. Köroğlu E, Bayraktar S. Kişilik Bozuklukları. 2. Baskı. HYB Basım Yayın. Ankara: 2010.
3. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5™. 5th ed. ed. American Psychiatric Publishing Inc. Arlington VA: 2013.
4. Textbook of Personality Disorders. 2nd ed. ed. Oldham JM, Skodol AE, Bender DS. The American Psychiatric Publishing: 2014.



KONVERSİYON BOZUKLUĞU

Doç. Dr. İhsan Tuncer Okay

Ankara Şehir Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Ankara, Türkiye

GİRİŞ VE TANIM

Konversiyon bozukluğu, Amerikan Psikiyatri Birliği Tanısal İstatistiksel Sınıflandırma El Kitabı 5. baskısında (DSM-5) işlev gören nöroloji belirtisi bozukluğu (functional neurological symptom disorder) olarak da adlandırılan, istemli motor ve duysal işlevleri etkileyen bir başka tıbbi durumun varlığını düşündüren, ancak psikolojik etkenlerden kaynaklandığı tahmin edilen bir hastalıktır. Konversiyon bozukluğundaki belirti ya da eksiklikler istemli olarak üretilmez, madde kullanımına bağlı olarak ortaya çıkmaz, aynı zamanda sadece ağrı ya da cinsel belirtilerle sınırlı değildir. Birincil kazanç psikolojik olup; sosyal, mali ya da hukuki değildir.

Günümüzde konversiyon bozukluğu olarak bilinen ve önceden histeri, konversiyon reaksiyonu ya da disosiyatif reaksiyon olarak adlandırılan bu sendrom somatoform bozuklukları olarak bilinen tanı grubuyla birleştirildi.

EPİDEMİYOLOJİ

Genel nüfusun üçte birinde yaşamlarının herhangi bir döneminde, tanı koymaya yetecek kadar şiddetli olmayan konversiyon bozukluğu belirtileri ortaya çıkabilir. Genel toplum örneklerinde konversiyon bozukluğu oranlarının 100.000'de 11 ila 300 arasında değiştiği bildirilmiştir. Özgül nüfuslarda konversiyon bozukluğu daha yüksek oranlarda olabilir, bu durum bazı nüfuslarda konversiyon bozukluğunun muhtemelen en sık görülen somatoform bozukluk olduğunu gösterir. Genel hastanelerdeki psikiyatri konsültasyonlarının %5 ila %15'ini, gazilerin başvurduğu hastanelerde hastaların %25 ila %30'unu konversiyon bozukluğunun oluşturduğunu gösteren birçok çalışma vardır.

Erişkin hastalarda kadın erkek oranı en az 2'ye 1, en fazla 10'a 1'dir. Çocuklar arasında da kızlarda daha fazla görülür. Kadınlarda belirtiler, genellikle bedenin sol tarafında sağ tarafına göre daha sık ortaya çıkmaktadır. Konversiyon belirtileri gösteren kadınlarda, belirtileri olmayan kadınlara göre somatizasyon bozukluğu gelişmesi ihtimali daha yüksektir. Konversiyon bozukluğu başlangıcı genellikle geç çocukluk çağı ve erken erişkinlik dönemindedir. On yaşından önce ve 35 yaşından sonra nadiren ortaya çıkmakla birlikte 90'lı yaşlar gibi

geç başlangıç da bildirilmiştir. Belirtiler orta veya ileri yaşlarda konversiyon bozukluğuna işaret ettiği zaman, gizli nörolojik ya da diğer tıbbi durumların bulunma olasılığı yüksektir. Veriler konversiyon bozukluğunun kırsal nüfusta, düşük eğitimli kişilerde, düşük zeka düzeyi olanlarda, düşük sosyo-ekonomik gruplarda ve çatışmalara maruz kalan askeri personelde daha sık görüldüğünü göstermektedir.

ETİYOLOJİ

Psikanalitik Etkenler

Psikanalitik teoriye göre konversiyon bozukluğu bilinçdışı intrapsişik çatışmaların bastırılması ve kaygının (anksiyete) fiziksel bir belirtiyeye dönüştürülmesi sonucu ortaya çıkar. Çatışma, içgüdüsel uyarılar ile (örneğin; agresyon veya cinsellik) bunların ifade edilmesine karşı çıkan yasaklar arasındadır. Hastalar kabul edilemez dürtüler ile bilinçli olarak karşılaşmaktan kaçınabilsinler diye, belirtiler, yasaklanmış istek ya da dürtülerin görünüm değiştirerek kısmen ifade edilmesine olanak tanır. Ayrıca konversiyon bozukluğu belirtilerinin bilinçdışı çatışmalar ile sembolik ilişkisi vardır. Örneğin; vajinismus hastayı kabul edilemez cinsel isteklerini ifade etmekten korur. Konversiyon bozukluğu belirtileri hastaların ayrıca, kendilerinin özel bir ilgi ve tedavi gereksinimi olduğu yönünde iletişim kurmasına imkan verir. Bu tür belirtiler, diğer insanları kontrol etmenin ve yönlendirmenin sözel olmayan ifadesi olarak işlev görebilir.

Öğrenme Kuramı

Koşullu öğrenme kuramına göre, bir konversiyon belirtisi daha önce klasik koşullanma ile öğrenilen bir davranışın parçası olarak görülebilir. Çocuklukta öğrenilen hastalık belirtileri baş edilmesi imkansız durumlarda ortaya çıkar.

Biyolojik Etkenler

Konversiyon bozukluğu belirtilerinin gelişiminde biyolojik ve nörofizyolojik etkenlerin rolüne işaret eden veriler gittikçe artmaktadır. İlk yapılan beyin görüntüleme çalışmalarında başlangıçta dominant hemisferde hipometabolizma, non-dominant hemisferde hipermetabolizma görülmüş ve

konversiyon bozukluğunun nedeni olarak hemisferler arası iletişimde bozukluğa işaret etmiştir. Belirtiler, serebral korteks ve beyin sapı retiküler formasyonu arasında negatif geri besleme uyarıları başlatan aşırı kortikal uyarılma sonucu oluşabilir. Artmış kortikofugal çıktı hastanın bedensel duyularını fark etmesini engeller, dolayısıyla bazı konversiyon bozukluğu olan hastalarda gözlenen duyu eksiklikler açıklanabilir. Konversiyon bozukluğu olan hastalarda nöropsikolojik testler bazen sözel iletişim, bellek, vijilans, uygunsuz duygulanım ve dikkat alanlarında şüpheli serebral bozulmalar düşündürülebilir.

TANI

DSM-5'e göre konversiyon bozukluğu tanısı istemli motor ve duyu işlevleri etkileyen nörolojik belirtiler ile sınırlandırılmıştır. Hekimler sadece bilinen nörolojik durumlar temelinde nörolojik belirtileri açıklayamaz.

Hekimler konversiyon bozukluğunun tanısı için gerekli olan nörolojik belirtiler ile psikolojik etkenlerin arasındaki ilişkiyi bulmalıdır ve belirtiler temaruz ya da yapay bozukluktan kaynaklanmamalıdır. Konversiyon bozukluğu tanısı ağrı belirtileri, cinsel işlev bozukluğunu ve sadece somatizasyon bozukluğunda oluşan belirtileri de dışlar. DSM-5 konversiyon bozukluğunda görülen belirti ve eksikliklerin tipinin belirtilmesine izin verir: Örneğin; güçsüzlük ya da paralizisi ile giden, olağandışı devinim ile giden, ataklar ya da katılmalar ile giden.

KLİNİK

Paralizi, körlük ve mutizm en sık görülen konversiyon bozukluğu belirtileridir. Konversiyon bozukluğu sıklıkla pasif saldırgan, bağımlı, antisosyal ve histriyonik kişilik bozuklukları ile birlikte olabilir. Depresif ve kaygı (anksiyete) bozukluğu belirtileri konversiyon bozukluğu belirtilerine sıklıkla eşlik eder ve bu tür hastalar intihar riski altındadır.

Duyusal Belirtiler

Konversiyon bozukluğunda özellikle ekstremitelerde anestezi ve parasteziler sıklıkla görülür. Tüm duyu alanlar etkilenmiş olabilir ve bozulmaların dağılımı hem merkezi hem de periferik nörolojik hastalıklarla genellikle uyumlu değildir. Dolayısıyla hekimler el ve ayaklarda karakteristik eldiven-çorap tarzı anestezi veya öncelikle vücudun orta hattından başlayan hemianestezi gözlemleyebilir.

Konversiyon bozukluğu belirtileri özel duyu organlarını da kapsayarak sağırılık, körlük, tünel şeklinde görmeye neden olabilir. Bu belirtiler tek veya çift taraflı olabilir, ancak nörolojik değerlendirmeler duyu yollarının sağlam olduğuna işaret eder. Örneğin; konversiyon bozukluğu körlüğünde hasta çarpmadan veya kendine zarar vermeden yürür, pupiller ışık yanıtı mevcuttur ve uyarılmış kortikal potansiyeller normaldir.

Motor Belirtiler

Konversiyon bozukluğunun motor belirtileri anormal hareketleri, yürüyüş bozukluklarını, güçsüzlük ve paraliziyi içerir. Büyük ritmik tremorlar, koreiform hareketler, tikler ve jerkler görülebilir. Dikkat kişinin üzerine yoğunlaştığında hareketler genellikle kötüleşir. Konversiyon bozukluğunda görülen bir yürüyüş bozukluğu olan astazi-abazi, oldukça ataksik, sendeleyerek yürüme biçimi olup; büyük, düzensiz, sıçrayıcı vücut hareketleri ve dalgalanan kol hareketleri ile seyredir. Belirtileri olan hastalar nadiren düşerler ve düşmeler de genellikle yaralanmazlar.

Sık rastlanan diğer motor bozukluklar, tek, iki ya da her dört ekstremitayı de etkileyen paralizisi ve parasteziler olup, etkilenen kasların dağılımı nöral yollar ile uyumlu değildir. Refleksler normal kalır. Fasikülasyonlar veya kas atrofisi (uzun süren konversiyon paralizisi hariç) yoktur. Elektromiyografi bulguları normaldir.

Nöbet Belirtileri

Konversiyon bozukluğunun bir başka belirtisi yalancı nöbetlerdir. Hekimler sadece klinik gözlem ile yalancı nöbeti gerçek nöbetten ayırt etmekte güçlük çekebilir. Üstelik yalancı nöbetleri olan hastaların yaklaşık üçte birinde eşlik eden epileptik bozukluk vardır. Yalancı nöbetlerde genellikle bulunmamakla birlikte; dil ısırma, idrar kaçırma, düşme sonrası yaralanmalar olabilir. Yalancı nöbet sonrasında pupil ve öğürme refleksleri korunmuştur ve nöbet sonrası hastada prolaktin seviyesinde artış olmaz.

Diğer İlişkili Özellikler

Birçok psikolojik belirti ayrıca konversiyon bozukluğu ile ilişkilendirilmiştir.

Birincil kazanç: Hastalar içsel çatışmalarını kendi farkındalıklarının dışında tutarak birincil kazanca ulaşırlar. Belirtiler, bilinç dışı psikolojik çatışmayı ifade ederek sembolik bir değer kazanır.

İkincil kazanç: Hasta olmanın bir sonucu olarak hastalar zorunluluklardan ve zorlu yaşam koşullarından muaf tutulma, başka türlü ulaşamayacakları destek ve yardım alma, diğer insanların davranışlarını kontrol etme gibi avantaj ve yarar sağlarlar.

Güzel aldırılmazlık (La Belle Indifference): Güzel aldırılmazlık, hastanın ciddi belirtilerine karşı uygunsuz aldırılmayan tutumudur, yani hasta kendisindeki önemli bozukluğa kayıtsız görünür. Böyle bir aldırılmazlık ciddi bir tıbbi hastalığı olan ve buna karşı sabırlı bir tutum geliştiren hastalarda da görülebilir. Güzel aldırılmazlığın varlığı veya yokluğu konversiyon bozukluğu için patognomonik değildir, ancak sıklıkla bu durumla ilişkilidir. Özdeşim: Konversiyon bozukluklu hastalar, kendileri için önemli olan kişilerin belirtilerini bilinçdışı olarak örnek alabilir. Örneğin; yakın zamanda ölmüş olan bir ebeveyn veya bir kişi konversiyon

bozukluğu için model olabilir. Patolojik yas tepkisi sırasında, sevdiğini kaybeden kişiler, sıklıkla ölen kişinin belirtilerine sahip olur.

Konversiyon bozukluğu hastalarında tıbbi ve özellikle nörolojik bozukluklar sıklıkla görülür. Bu nörolojik veya tıbbi eş tanı durumlarındaki tipik görünüm, esas organik lezyondan köken alan belirtilerin ayrıntılandırılmasıdır. Konversiyon bozukluğu ile olan bağlantıları nedeniyle depresif bozukluklar, kaygı bozuklukları ve somatizasyon bozukluklarına özellikle dikkat edilmelidir. Şizofrenide konversiyon bozukluğu rapor edilmiştir, fakat nadirdir. Konversiyon bozukluğu nedeniyle psikiyatri bölümüne başvuranlar arasında yapılan ileri araştırmalar, bu hastaların dörtte bir ile yarısında duygudurum bozukluğu veya şizofreni görüldüğünü ileri sürmüştür. Kişilik bozuklukları da konversiyon bozukluğuna sıklıkla eşlik etmekte olup, özellikle histriyonik tip (%5-21 oranında) ve pasif bağımlı tip (%9-40) görülür. Ancak konversiyon bozukluğu; tıbbi, nörolojik veya psikiyatrik bozukluğa yatkınlığı olmayan bireylerde de ortaya çıkabilir.

AYIRICI TANI

Konversiyon bozukluğu tanısının konulması sırasında en büyük sorunlardan biri tıbbi bir hastalığı kesin olarak dışlamadaki zorluktur. Konversiyon bozukluğu tanısı ile hospitalize edilen hastalarda, psikiyatrik olmayan tıbbi bozuklukların da eşlik etmesi yaygındır. Bu hastalarda %18-64 oranında önceden var olan veya geçirilmekte olan nörolojik bozukluk kanıtları veya beyni etkileyen sistemik hastalıkların varlığı bildirilmiştir. Sonuç olarak konversiyon bozukluğu tanısı almış hastaların tahminen %25-50'si, erken dönemdeki belirtilerin nedeni olabilecek nörolojik veya psikiyatrik olmayan tıbbi bozukluk tanısı alır. Bu nedenle tüm olgularda dikkatli bir tıbbi ve nörolojik inceleme yapılmalıdır. Eğer belirtiler telkin, hipnoz veya parenteral amobarbital ya da lorazepam ile ortadan kalkıyorsa, bu belirtiler muhtemelen konversiyon bozukluğu sonucu oluşmuştur.

Nörolojik bozukluklar (demans ve diğer dejeneratif hastalıklar gibi), beyin tümörleri ve bazal ganglion hastalığı ayırıcı tanıda mutlaka düşünülmelidir. Örneğin güçsüzlük; myastenia gravis, polimiyozit, edinsel miyopatiler veya multipl skleroz ile karışabilir. Optik nörit yanlışlıkla konversiyon bozukluğuna bağlı körlük tanısı alabilir. Belirtilerin karışabileceği diğer hastalıklar Guillain-Barré sendromu, Creutzfeldt-Jakob hastalığı, periyodik paralizi ve edinsel immün yetmezlik sendromunun erken nörolojik belirtileridir. Konversiyon bozukluğu belirtileri şizofreni, depresif bozukluk, kaygı (anksiyete) bozukluklarında da ortaya çıkabilir.

Duyusal ve motor belirtiler somatizasyon bozukluğunda da ortaya çıkabilir. Fakat somatizasyon bozukluğu, hayatın erken dönemlerinde başlayan ve diğer birçok organ sistemlerine

ait belirtiler içeren kronik bir bozukluktur. Hipokondriaziste, hastada gerçek bir işlev kaybı veya işlevde bozulma yoktur. Bedensel yakınmalar kroniktir ve nörolojik belirtiler ile sınırlı değildir. Karakteristik hipokondriyak tutum ve inanışlar mevcuttur. Eğer hastanın belirtileri sadece ağrı ile sınırlı ise, ağrı bozukluğu tanısı konulabilir. Yakınmaları cinsel işlev ile sınırlı olan hastalar konversiyon bozukluğundan ziyade cinsel işlev bozukluğu olarak sınıflandırılır.

Yapay bozukluk ve temaruzun her ikisinde de belirtiler bilinçli ve istemli olarak kontrol edilir. Temaruz yapan kişinin öyküsü genellikle konversiyon bozukluğu olan hastanınkinden daha tutarsız ve çelişkilidir. Ve temaruz yapan kişinin aldatmaya yönelik davranışı açıkça hedefe yöneliktir.

TEDAVİ VE PROGNOZ

Konversiyon bozukluğunun belirtileri kendiliğinden gerilemesine rağmen, bu gerilemeyi içgörü odaklı destekleyici veya davranışçı terapi kolaylaştırabilir. Terapinin en önemli özelliği ilgili ve kendinden emin bir terapist ile olan ilişkidir. Psikoterapi fikrine direnç gösteren hastalar için hekimler stres ve baş etme konularına odaklı psikoterapi önerebilir. Böyle hastalara belirtilerinin gerçek olmadığını söylemesi, belirtileri sıklıkla daha da kötüleştirir. Hipnoz, anksiyolitikler ve davranışçı gevşeme egzersizleri bazı olgularda etkilidir. Parenteral amobarbital ya da lorazepam kullanımı, özellikle yakın zamanda travmatik olay yaşayan kişilerin geçmiş öyküsünden ek bilgi edinilmesine yardımcı olabilir. Psikoterapi yaklaşımları, hastanın intrapsişik çatışmalarını ve konversiyon bozukluğu belirtilerinin sembolik anlamını araştırmaya yarar sağlar.

Konversiyon bozukluğu genellikle ani başlangıçlıdır, fakat belirtilerin şiddeti gittikçe artabilir. Belirti veya eksiklikler genellikle kısa süreli olup, akut olguların yaklaşık %95'i kendiliğinden geriler, hastanede yatan hastalar ise genellikle iki hafta içerisinde iyileşir. Eğer belirtiler altı ay ya da daha uzun süredir varsa, tahminen belirtilerin iyileşmesi %50'den daha düşüktür. Ayrıca konversiyon belirtileri daha uzun sürerse, bu %50'nin de altına düşer. Hastaların %20 ila 25'inde ilk dönem sonrası bir yıl içerisinde yineleme görülür. Bu nedenle bir dönem, sonraki dönemler için öngördürücüdür. İyi prognoz göstergeleri akut başlangıç, başlangıç döneminde kolayca tanınan stresör etken, hastalığın başlangıcı ile tedaviye başlama zamanı arasındaki dönemin kısa olması, ortalamanın üstünde zeka düzeyinin olmasıdır. Paralizi, afoni ve körlük iyi prognoz ile ilişkili iken, tremor ve nöbetler kötü prognostik etkenlerdir.

KAYNAK

Öztürk MO, Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 13. Baskı. Nobel Tıp Kitabevleri. Ankara: 2015.

OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK

Doç. Dr. Yarkin Özenli

Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Adana, Türkiye

GİRİŞ VE TANIM

Obsesif kompulsif belirtilerin varlığı insanlık tarihi kadar eskidir. Hayat boyunca insan bazı zamanlarda ve bazı konularda endişelenir ve takıntılar yaşayabilir. Ancak bu endişelerle ve takıntılarla çoğu zaman baş edilebilir ve yaşamı engellemeden çözüme ulaşılabilir. Oysa ki obsesif kompulsif bozuklukta (OKB) takıntılı düşünceler, günlük yaşamı etkileyecek, günlük aktivitelerimizi kısıtlayacak düzeye gelebilir. OKB; obsesyon adı verilen takıntılı düşünce, fikir ve dürtüler ile kompulsiyon adı verilen yineleyici davranışlar ve zihinsel eylemlerden oluşan bir ruhsal hastalıktır. Bu belirtiler hasta tarafından saçma, hissedilmesine ve arzu edilmemesine rağmen önüne geçilemez biçimde tekrarlanır. Örneğin; hasta kendi kendine ya da yakınlarına zarar vereceğini düşünür. Bu düşüncelerin saçma ve kendisi tarafından istenmediğini bildiği halde aklından çıkaramaz, engel olamaz. Hasta, bu düşünceleri bastırmak, aklıdan uzaklaştırmak amacıyla; ya belli kurallara göre (ritüel=törenselle) ya da tamamen basmakalıp biçimde yapıp tekrarladığı, belli bir amaca yönelik eylemler ya da davranışlar sergiler. Sık görülen obsesyonlar; bulaşma, kendine ya da başkasına zarar verme düşünceleri, cinsel-dini içerikli obsesyonlar, simetri-sayma-sıralama obsesyonları, biriktirme-istifleme obsesyonları olarak sayılabilir. En sık rastlanan kompulsiyonlar ise; sayma, kontrol etme, düzenleme, yıkama veya yıkanmadır.

EPİDEMİYOLOJİ

OKB sık görülen bir ruhsal hastalık olup psikiyatri kliniklerine başvuruda dördüncü ruhsal hastalık olarak bulunmuştur. OKB genelde genç erişkin yaşta başlar. Olgularda ilk epizod, %75'i otuzlu yaşlarda görülmektedir. Yaşam boyu prevalansı %2,5 (1,9-3,3) olarak belirlenmiştir. Kadın/erkek oranı eşittir. Bununla birlikte erken başlangıçlı hastaların %70'i erkektir. Eğitim, medeni durum, meslek, kültür gibi sosyo-demografik özellikler açısından fark bulunmamıştır.

ETİYOLOJİ VE PATOGENEZ

OKB'de çevresel faktörlerle biyolojik faktörleri ayırmak çok zor olsa da genetik faktörlerin OKB oluşumuna katkıda bulunduğu

dair bilgi mevcuttur. Bu kanıtlardan monozigotik ikizlerde konkordans oranı %75 iken dizigotlarda %47 bulunmuştur. Aile çalışmalarında ise OKB hastalarının 1. derece akrabalarının %20-35'inin bu bozukluktan etkilendiği gösterilmiştir. OKB'nin heterojen doğasına bakılarak, çok genli kalıtım olabileceği düşünülmüştür. Bununla birlikte majör bir genin patofizyolojide yer aldığını gösteren araştırmalar bulunmaktadır. Ancak daha yeni olan bağlantı (linkage) çalışmaları ile genler belirlenmeye çalışılmış, tartışılan bir gen ortaya konulamamıştır. Aile ve ikiz çalışmaları ile segregasyon ve bağlantı çalışmaları OKB'de genetik özelliği desteklemektedir. Ancak sonuçlar değişkenlik göstermekte olup çelişkili sonuçların, hastalığın heterojen doğasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

OKB nörotransmitterlerle ilgili biyolojik modellerin başında serotonerjik ve kısıtlı bir grupta bulunan dopaminerjik disregülasyon bulunur. Birçok araştırmaya göre serotonerjik ilaçların diğer nörotransmitter sistemleri etkileyen ilaçlardan daha etkili olduğudur. Ayrıca OKB'li hastalarda beyin omurilik sıvısında serotonin metaboliti 5-hidroksi indol asetik asit düzeylerinin arttığı bulunmuştur. Bu durum sentezde ve hücre içi yıkımda bir artış olduğunu gösterir. Bir diğer bulgu ise serotonin agonisti olan meta-klorofenilpiperazin (m-CPP) OKB hastalarına verildiğinde obsesyonların arttığı bulgusudur. Ancak serotonin hipotezi OKB'yi tamamen açıklamada yetersiz kalır. Klomipramin ya da seçici serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI) ile yapılan tedavilerle hastaların yaklaşık %50'den fazlası tedaviye olumlu yanıt vermektedir. OKB'de hayvanlarda yapılan çalışmalarda, 5-HT_{2C} reseptörleri silinmiş ratlarda kompulsif davranışların arttığı gösterilmiştir. Bu teoriyi destekleyen bir diğer bulgu ise serotonerjik agonist m-CPP nin temelde HT_{2C} reseptörleri üzerine etkisi olup kompulsif davranışları artırmasıdır. Dopamin hipotezi ise yüksek doz stimulan (örneğin; metilfenidat) uygulanması bazı obsesif kompulsif belirtilerin oluşması ve bu belirtilerin antidopaminerjik ilaçlarla azalmasına dayanır. Hayvan deneylerinde ise; SSRI yanında D₁ reseptör antagonisti uygulaması kompulsiyonda azalmayla sonuçlanır. Hayvanlarda sürekli D₂/D₃ agonisti verildiğinde kontrol kompulsiyonuna benzer kompulsiyonlar oluşmaktadır. Bu çalışmalar göstermiştir ki OKB'de özellikle D₁ ve D₂ reseptörleri olmak üzere dopamin de rol almaktadır. Dirençli OKB'de yüksek

doz 5-HT_{2A} antagonizması dopamin nöronlarının ateşleme hızını artırır. Bu durum kompulsif belirtilerin artmasına, D₂ reseptör antagonizması obsesif kompulsif belirtilerin azalmasına sebep olur. Nöroanatomik hipotez ise özellikle bazal gangliyonlarda işlev bozukluğuna sebep olan Tourette sendromu, Sydenham koresi, Huntington koresi gibi bazal ganglionları ilgilendiren nörolojik hastalıkların obsesif kompulsif belirtiler vermesine dayanır.

Bazal ganglionlar beyinde korteksten talamusa bir istasyon görevi görür. Bu yollar korteks, bazal ganglionlar, globus pallidus, substantia nigra ve talamus arasında oluşur. OKB kortiko-striato-talamo-kortikal döngünün inhibitör kontrolünde zayıflama sonucu, kompulsif belirtiler ortaya çıkar. Manyetik rezonans (MR) çalışmaları, pozitron emisyon tomografi (PET) ve tek foton emisyon tomografi (SPECT) çalışmaları ile bu bulgular kanıt bulunmuştur. Bu çalışmaların çoğunda orbitofrontal, anterior singulat korteks ve talamusta bölgesel beyin aktivitesi artışı belirlenmiştir. Ayrıca çocukluk çağında başlayan streptokok enfeksiyonlarına sekonder gelişen PANDAS (Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Disorders Associated with Streptococcal Infections) hastalığının otoimmün süreçle oluştuğu ve bu hastalarda yapılan MR çalışmalarında bazal ganglionlarda genişleme bulunmuştur.

Psikanalitik teorilere göre ise OKB ile kompulsif kişilik yapısının ilişkili olduğunu düşünülmüştür. Bu teoriyi savunanların başında Sigmund Freud gelir. Bu kişiler obsesyonlu, dakik, cimri, aşırı düzenli kişilik yapısında olup OKB ilişkili olduğunu bildirmiştir. Psikanalitik teorisyenler daha sonraki yıllarda teoriyi şekillendirerek, kişinin saplanmış olduğu nesne ya da doyum biçimlerine geri dönülmesi olarak bilinen gerileme (regresyon) yaşadıklarını belirtmiştir. Bu hastalarda; ödipal döneme ait dürtü ve isteklerin yaratmış olduğu çatışmayı bırakarak anal dönemin istek ve arzularına geri dönerek, anal döneme ait çatışmalar ön plana çıkmaktadır. Saldırgan ve cinsel dürtülerle başa çıkmak için üç temel savunma düzeneği kullanılır. Bunlar yalıtma (isolation), yapma-bozma (undoing) ve karşıt tepki kurmadır (reaction formation). Obsesif kompulsif belirtilerin şeklini ve niteliğini bu savunma mekanizmaları belirler.

Davranışçı kuramda, nötr, basit uyaranlar kaygı ile eşleştirilerek klasik koşullanma öğrenilir ve kompulsiyonlar da bu kaygıyı kısmen azaltır. Böylece öğrenilmiş davranış örüntüleri olarak obsesyon ve kompulsiyonlar devam eder olarak açıklanır. Bilişsel kuram içinde OKB değerlendirildiğinde obsesyonların altında bazı aşırı kötüye yorulan düşünceler vardır ve bunlar korku ve kaygıya yol açmaktadır. Bilişsel yaklaşım şimdiki zamanda kişiyi etkileyen yorumlarla ilgilidir. Abartılı tehdit algısı, abartılmış sorumluluk algısı gibi temel inançlar olduğu ortaya konmuştur.

KLİNİK

OKB, genelde genç erişkinlikte başlayan bir hastalık olup hastaların %75'i otuzlu yaşlardadır. Hastalık sinisi başlangıçlı ve tetikleyici bir unsur olmadan genelde başlar. Kronik ve ilerleyici bir gidiş gösterir. En sık görülen obsesyon alt tipinin temizlik ve kendine/bir yakınına zarar vermeyle ilgili saldırganlık obsesyonları olduğu ileri sürülmektedir. En sık görülen kompulsiyonlar da bu iki obsesyona eşlik eden yıkama/temizleme ve kontrol kompulsiyonlarıdır. Bunların yanı sıra dini, cinsel, simetri, biriktirme, somatik obsesyonlar görülen diğer alt tiplerdir. Kompulsiyonlar ise; başkalarından teyit almaya yönelik davranışların yanı sıra, tekrarlayıcı-törenselleşen davranışlar, sıralama/düzenleme ve sayma şeklinde görülmektedir.

En sık görülen belirti kümelerini aşağıdaki örneklerle açıklayabiliriz.

Bulaşma obsesyonu ve temizlik kompulsiyonu: Kişi bedenine ve giysilerine kir, mikrop, toz, kimyasal madde, deterjan, zehir ya da idrar, gaita ve diğer beden salgıları bulaşacağına ilişkin bulaşma takıntılarının olması ve bu takıntıların yarattığı sıkıntıyı gidermek için yaptığı temizlik kompulsiyonları şeklinde gözlenmektedir. Örneğin; hastanın ev ortamı dışında tuvalete gitmemesi, evde de tuvalete her gittiğinde idrar sıçradığı takıntılı düşüncesi ile tüm çoraplarını ve pantolonunu değiştirmesi.

Kuşku obsesyonu ve kontrol kompulsiyonu: Kişi gaz ocağı, kapı, kilit gibi nesnelerin açık kalmış olabileceğinden, ütü ve elektrikli aletlerin fişlerinin prizde takılı kalmış olabileceğinden kuşku duyar (kuşku obsesyonu) ve emin olmak için tekrar tekrar kontrol etme gereksinimi duyar. Örneğin; hasta, her akşam işinden evine döndüğünde otomobilini park edip evine girdikten sonra otomobilin kapısını kilitlediğinden emin olmuyor ve bazen iki-üç kez olmak üzere sokağa çıkıp otomobil kapılarını kontrol etmesi.

Simetri/düzen obsesyon ve kompulsiyonları: Kişinin tüm yaşamında simetri gereksinimi ve düzenlilik hakimdir. Örneğin; hastanın görev yaptığı kütüphanede raflardaki kitapları büyükten küçüğe, kalın deriliden ince deriye belirli bir düzen içinde yerleştirmek için günlük mesaisinin büyük bir kısmını harcaması (örnekler Türk Psikologlar Derneği'nin web sitesinden alınmıştır).

Günümüzde psikiyatrik hastalıklarda tanı ve sınıflandırma yaygın olarak Amerikan Psikiyatri Birliği Tanısal İstatistiksel Sınıflandırma El Kitabı-5 (DSM-5) ve ICD (International Classification of Disease) sistemleri kullanılmaktadır. DSM-5-TR kadar OKB, Anksiyete Bozuklukları sınıflaması içerisinde yer almıştır. Ancak 2013'te yayınlanan DSM-5 ile OKB, Anksiyete Bozuklukları sınıflamasından çıkarılarak, yeni bir başlık olan "obsesif kompulsif bozukluk ve ilişkili bozukluklar" başlığı altında sınıflandırılmıştır. DSM-5'e göre OKB tanı kriterleri Tablo 1'de görülmektedir.

Tablo 1. Amerikan Psikiyatri Birliği Tanısal İstatistiksel Sınıflandırma El Kitabı-5'e göre obsesif kompulsif bozukluk tanı kriterleri

A. Obsesyonlar, kompulsiyonlar ya da her ikisinin birlikte varlığı:

Obsesyonlar aşağıdakilerden (1) ve (2) ile tanımlanır:

1) Bu bozukluk sırasında kimi zaman zorla ve istenmeden gelen ve çoğu kişide anksiyete ya da sıkıntıya neden olan, yineleyici ve sürekli düşünceler, dürtüler ya da düşlemler.

2) Kişi bu düşünceleri, dürtüleri ya da düşlemlerine önem vermemeye ya da bunları baskılamaya çalışır ya da başka bir düşünce ya da eylemle etkisizleştirmeye çalışır.

Kompulsiyonlar aşağıdakilerden (1) ve (2) ile tanımlanır:

1) Kişinin, obsesyona bir tepki olarak ya da katı bir biçimde uygulaması gereken kurallara göre yapmaktan kendini alıkoyamadığı yineleyici davranışlar (örneğin; el yıkama, düzene koyma, kontrol etme) ya da zihinsel eylemler (örneğin; dua etme, sayı sayma, birtakım sözcükleri sessiz bir biçimde söyleyip durma).

2) Davranışlar ya da zihinsel eylemler, sıkıntıdan kurtulmaya ya da var olan sıkıntıyı azaltmaya ya da korku yaratan olay ya da durumdan korunmaya yöneliktir; ancak bu davranışlar ya da zihinsel eylemler ya etkisizleştirilmesi ya da korunulması tasarlanan şeylerle gerçekçi bir biçimde ilişkili değildir ya da açıkça çok aşırı bir düzeydedir.

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

C. Bu bozukluk bir maddenin (örneğin; kötüye kullanılabilen bir ilaç ya da tedavide kullanılan bir ilaç) ya da genel tıbbi durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

D. Başka bir eksen 1 bozukluğu varsa, obsesyon ya da kompulsiyonların içeriği bununla sınırlı değildir (örneğin; bir yeme bozukluğunun olması durumunda yemek konusu üzerinde düşünüp durma; trikotillomaninin olması durumunda saç çekme üzerinde durma; vücut dismorfik bozukluğunun olması durumunda dış görünümle aşırı ilgilenme; bir madde kullanım bozukluğunun olması durumunda ilaçlar üzerinde düşünüp durma; hipokondriyazisin olması durumunda ciddi bir hastalığı olduğu biçiminde düşünüp durma; bir parafilinin olması).

Radyoloji ve Laboratuvar Bulguları

OKB temelde obsesyon ve kompulsiyon varlığı ile karakterize olup hastalığı tam olarak tanımlayacak laboratuvar ve radyolojik tetkik yoktur. Ancak özellikle çocukluk çağında başlayan OKB'de A grubu β hemolitik streptokok enfeksiyonuna sekonder gelişen otoimmün süreçlerle ilgili olması ve bu çocukların MR görüntülemelerinde bazal ganglionlarda genişleme bulunması ve bunun gibi bazı nörolojik araştırmalar OKB'yen çok laboratuvar ve radyolojik inceleme yapılan psikiyatrik hastalık haline getirmiştir. OKB'nin premorbidinde nörolojik hastalık öyküsü fazladır. OKB doğum travması birlikteliği, elektroensefalografi bozukluklarının olması ve beyin ventriküler yapılarında değişiklikler olması araştırmalar yapılmasına sebep olmuştur. Beyin görüntüleme çalışmaları BT ve MR çalışmalarına dayanır. Bu çalışmaların birçoğunda OKB hastalarda kontrollere göre ventrikül/beyin parankim oranında artış olduğu bulunmuştur. Daha sonraki aşamalarda SPECT çalışmalarında tutarlı olarak frontal bölge ve talamusta kanlanmada artış bazal ganglionda ise kanlanmada artış ya da azalış bulunmuştur. OKB'de PET çalışmaları daha anlamlı sonuçlar ile orbitofrontal ve bazal ganglionlarda metabolizma artış olduğu gösterilmiştir. OKB'de nöropsikolojik çalışmalar yürütücü işlevler, görsel-mekansal işlevler ve sözel olmayan bellek üzerine yoğunlaşmıştır. Bu testlerin birçoğunda kontrollere göre farklılık tespit edilmiş ve olaya ilişkin potansiyel çalışmalarda P_{300} latansının kısa ve ampütünün düşük olduğu saptanmıştır. Tüm bu bulguların ışığı altında günümüzde OKB'li hastaların sağlıklı kontrollere göre silik nörolojik bulguları olduğu düşünülmüştür.

OKB'de psikometrik olarak, klinikte ve araştırmalarda kullanılmak üzere obsesif kompulsif belirtileri, türü ve şiddetini değerlendirmek için geliştirilen birçok araç mevcuttur. Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (YBOKÖ) bu amaçla en yaygın kullanılan testlerden biridir. YBOKÖ görüşmeci tarafından uygulanır. Diğer Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları olan testler, öz-bildirim ölçeği olup bunlar Maudsley Obsesyonlar Kompulsiyonlar Envanteri ve Padua Envanteri'dir.

AYIRICI TANI

DSM-5 göre obsesyonlar, kompulsiyonlar ya da her ikisinin birlikte varlığının olması, kişinin olağan günlük işlerini, mesleki (ya da eğitimle ilgili) işlevselliğini ya da olağan toplumsal etkinliklerini ya da ilişkilerini önemli ölçüde bozması gerekmektedir. DSM-5 D kriterinde başka bir 1. eksen patolojilerinden birinin olmaması ile ayrılır. Ayrıca bu kriterde hastalıkların temel özellikleriyle ilgili bilgiler verilmiştir. Bu nedenlerle tanı kolaylıkla konur. Ancak bazı psikiyatrik hastalıklarla ayırıcı tanısı zor olabilir. Bunların başında fobik bozukluk gelir. Kompulsif tarzda temizleyici OKB hastalarıyla fobik hastalar benzerlik gösterir. Çünkü her ikisinde de kaçınma davranışı vardır. Her ikisi de uyaranlara karşı çok aşırı subjektif ve otonomik cevap verir. Ancak OKB hastalarındaki belirtiler sadece temizleyici kompulsiyonlar değildir. Yeme bozuklukları, vücut dismorfik bozukluğu (VDB), hipokondriyazis, depresyon, obsesif kompulsif kişilik bozukluğu, paranoid psikoz ve sosyal fobide karışan hastalıklardandır. Ancak yeme bozukluklarında obsesif düşüncelerin sadece yeme ve kilo ile ilgili olması,

VDB'de vücut görünümü ile ilgili takıntılarının olması, nipokondriyazis obsesyonların spesifik hastalık korkusuyla ilgili olması, depresyonda düşüncelerin tipik duygudurumla uyumlu olması, paranoid psikozda sanrıların bulunması ve sosyal fobide ise hastalığı alevlendiği için sosyal kaçınma olması ile ayrılır.

OKB hastalarında obsesif kompulsif kişilik bozukluğu olma oranı %3-36 arasında değişmektedir. Kişilik bozukluğunda obsesyonlar genelde ego-sintonik olup, OKB hastaları için bu durum tam tersidir (OKB'de genelde ego-distoniktir).

TEDAVİ VE PROGNOZ

OKB tedavisinde farmakolojik ve davranışçı tedaviler yaygın olarak kullanılmaktadır. Yapılan çalışmalara göre farmokoterapinin, davranışçı tedavinin veya bu ikisinin birlikte kullanılmasının OKB semptomlarında önemli iyileşme gösterdiği bulunmuştur. Ayrıca bilişsel davranışçı terapinin (BDT) özellikle hafif-orta şiddetteki olgularda olmak üzere etkili olduğu bilinmektedir. Günümüzde SSRI grubu ilaçların (fluoksetin; 20-60 mg/gün, sertralin; 50-200 mg/gün, sitalopram ve paroksetin; 20-60 mg/gün) OKB tedavisinde ilk sırada kullanıldığı bilinmektedir. Ancak SSRI grubu ilaçların etkili dozları mutlak günlük dozdan daha yüksek kullanılır. Etkinin başlaması için geçen süre de uzundur. Yüksek dozda en az 12 hafta süreyle kullanılmalıdır. Tedaviye cevap ancak 2-2,5 ayda en üst noktaya gelebilir. Klomipramin OKB'de etkili bir trisiklik antidepresandır. Yapılan klinik çalışmalarda SSRI grubu ilaçlarla karşılaştırıldığında OKB belirtilerini azaltmada etkin olduğu görülmüştür. Klomipramin ile 200-250 mg/gün dozunda %60 oranda hafif ve orta yanıt alınır. Üçüncü aşamada SSRI ve klomipramine cevap alınamayan olgularda venlafaksin, mirtazapin denenebilir. İlk aşamada tedavide başarısızlık; davranışçı terapi ile beraber en az iki SSRI ve klomipramin kullanılması gerekmektedir. OKB tedavisinde güçlendirme (öğmentasyon) tipik antipsikotik (pimozid 1-2 mg/

gün, haloperidol 2-5 mg/gün), atipik antipsikotikler (risperidon 1-2 mg/gün, olanzapin 2,5-5 mg/gün, ketiapin <300 mg/gün) maksimum dozları olarak kullanılır. Öğmentasyon tedavilerinde ayrıca klonezepam, buspiron, lityum ve valproik asit kullanılabilir.

OKB'de psikoterapiler: Davranışçı terapiler oldukça etkilidir. Tedavinin komponentleri; anksiyeteyi azaltmak için maruz bırakma prosedürü, ritüel ve obsesif düşüncüyü azaltmak için tepkiyi engelleme tekniğidir. Psiko-eğitim ve aile bireylerinin desteğini sağlamak davranışçı tedavini etkinliğini artırır. Son zamanlarda BDT'nin daha etkin olduğuna ait kanıtlar bulunmaktadır. BDT'de en sık kullanılan teknikler ise 1. Tedrici maruz bırakma, 2. Flooding (Taşıma tekniği), 3. Tepki söndürme ve 4. Bilişsel yeniden yapılanmadır. OKB'de cerrahi yaklaşımlar geçmişte tedaviye dirençli hastalarda uygulanmıştır. Ancak son yıllarda cerrahiden vazgeçilerek beynin çeşitli bölgelerine (örneğin; nükleus akumbens) yerleştirilen elektrotlarla uygulanan 'Derin Beyin Uyarımı' tedavisi ile etkili sonuçlar elde edilmektedir.

Prognoz: OKB hastalarının sadece %11-14 tam remisyona girer. Hastaların %50'sinden fazlası sürekli ve ilerleyici bir gidiş gösterir. Kötü prognoz işaretleri ise; erken yaşta başlama, uzun hastalık süresi, obsesyon ve kompulsiyonların birlikte olması, kötü sosyal işlevsellik, büyüsel düşünce ve iç görü yoksuludur. Bu olumsuz prognostik faktörlere karşın OKB'nin tedavisinde son yıllarda farmakoterapi ve psikoterapilerde gelişmeler olmuştur. Bu durum oldukça umut vericidir.

KAYNAKLAR

1. Tükel R, Demet M. Obsesif Kompulsif Bozukluk ve ilişkili bozukluklar. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, 2017:21-87.
2. Öztürk MO, Uluşahin NA. Obsesif kompulsif bozukluk. In: Öztürk MO, Uluşahin NA. Ruh Sağlığı ve Hastalıklar 13. Baskı. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri, 2015:364-380.
3. Hollander E, Simeon D. Obsesif kompulsif bozukluk. In: Bourgeois JA, Hales RE, Young JS. Psikiyatri için kurul sınavları hazırlık klavuzu. (çeviri ed. N. Dilbaz). Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri, 2014:352-359.

PANİK ATAĞI

Prof. Dr. Pınar Çetinay Aydın

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

GİRİŞ VE TANIM

Panik atağı, ani, nedensiz ve şiddetli bir anksiyete halidir. Yaşanan anksiyete ve huzursuzluğa nefes darlığı, çarpıntı, göğüs ağrısı, terleme gibi güçlü bedensel duyuların eşlik etmesi, ek olarak plan yapma, düşünme gibi yetilerin geçici olarak kaybedilmesi ve bulunulan ortamdan kaçmak ya da uzaklaşmak için yoğun bir istek duyulması, panik atağının diğer özellikleridir.

Klinik görünümü oldukça heterojendir. Belirtiler otonom sinir sistemi (çarpıntı, terleme), solunum sistemi (nefes darlığı, göğüste sıkışma hissi), merkezi sinir sistemi (depersonalizasyon, baş dönmesi) kaynaklı olabilir. Bedensel belirtilerin bir kısmı (uyuşma, karıncalanma) hiperventilasyona ikincil gelişmektedir.

ETİYOLOJİ VE PATOGENEZ

Hiperventilasyon, anksiyeteyi kompanse etmek için ortaya çıkan ancak ek bedensel belirtiler oluşmasına yol açan bir düzendir. Hiperventilasyon ile kanda karbondioksit düzeyi azalır, başta sersemlik hissi, baş dönmesi, bedenin değişik bölgelerinde uyuşma-karıncalanma ile ellerde-ayaklarda kasılmalar gibi ek belirtiler ortaya çıkabilir.

Hastalar, panik atağı belirtilerini kalp krizi geçirdiği, felç olacağı, bayılacağı, kontrolünü yitireceği ya da delireceği, çoğu kez de öleceği biçiminde yorumlar. Bu yorumlar ve korkular atağın bilişsel belirti örüntüsünü oluşturur. Bu tür bilişler hastalarda öznel bir huzursuzluk hali yaratmakta ya da var olan anksiyeteyi artırmaktadır.

Birçok madde ya da ilaç entoksikasyon ya da yoksunluğu panik ataklara neden olabilir. Tipik olarak şikayetler madde ya da ilaçla bağlantılı olarak ortaya çıkar. Alkol, kafein, amfetamin, halüsinojenler, kokain, fensiklidin gibi maddelerin entoksikasyonunda, alkol, kokain, anksiyolitik, hipnotik-sedatif, klonidin, nikotin gibi ilaç ve maddelerin yoksunluğunda, karbondioksit, karbonmonoksit, sinir gazları, ağır metaller, benzin boya, insektisitlerle ortaya çıkabilir. Anestezikler, analjezikler, sempatomimetikler, bronkodilatörler, antikolinerjikler, insülin, tiroid preparatları, doğum kontrol ilaçları, antihistaminikler, antiparkinson ilaçlar, kortikosteroidler, antihipertansifler, kardiyovasküler ilaçlar, antikonvülzanlar, lityum tuzları, antipsikotikler, antidepressanlar anksiyete oluşturabilirler.

Başka bir sağlık durumuna bağlı olarak da panik ataklar oluşabilir. Kardiyovasküler hastalıklar (anemi, konjestif kalp yetmezliği, koroner arter hastalıkları, hipovolemik durumlar, mitral valv prolapsusu), respiratuvar hastalıklar (astım, kronik obstruktif akciğer hastalığı, hiperventilasyon, hipoksi, yulaf hücreli karsinom, pnömoni, pnömotoraks, pulmoner emboli), endokrin hastalıklar (adrenal işlev bozukluğu, hipoglisemi, menapoz, over işlev bozukluğu, paratiroid hastalıkları, feokromasitoma, hipofiz hastalıkları, premenstrual sendrom, tiroid işlev bozuklukları), metabolik hastalıklar (asidoz, hipertermi, hipokalsemi, hipokalemi, hipofosfatemi, akut intermittant porfiri, B12 vitamin eksikliği), nörolojik hastalıklar (serebral anoksi, serebrovasküler hastalıklar, ensefalopati, Huntington koresi, multipl skleroz, myastenia graves, beynin yer kaplayan oluşumları-özellikle 3. ventrikül, ağır sendromları, parkinson hastalığı, polinöritis, postkonküzyon sendromu, postensefalitik bozukluklar, posterolateral skleroz, basit veya kompleks parsiyel nöbetler, vestibüler işlev bozuklukları-vertigo) ve toksik tablolar (karbondioksit, karbonmonoksit, gazolin, ağır metaller, insektisitler, organik fosfat bileşikler, boya maddesi) sık olarak anksiyete tablosuna yol açan durumlardır.

KLİNİK

Panik atağı, hızla ortaya çıkar, başlangıcından sonraki 2-10 dakika içinde doruğa ulaşır, çoğunlukla 10-30 dakika sürer. Nadiren de olsa saatlerce sürebilir. O sırada hastaların yapmakta oldukları etkinlikleri sürdürmesi güçleşmiş, hatta olanaksız hale gelmiştir. Bir an önce içinde bulundukları ortamdan kaçıp kurtulmak isterler.

Çarpıntı, taşikardi, baş dönmesi gibi tanı ölçütlerinde yer alan belirtilerdir. Ayrıca çaresizlik hissi, kaçma-uzaklaşma isteği gibi belirtiler, tanı ölçütlerinde yer almamakla birlikte çok fazla bildirilmektedir. Panik atakları, her durum ve koşulda hatta uykuda bile gelişebilir. Atakların sıklığı ve şiddeti de değişkendir. Kimi hastalar, haftada 1-2 atak geçirirken her gün çok sayıda ya da ayda bir atak geçirenler de vardır. Panik atağı hızla tıbbi yardım arayışına yol açar. Bu hastalar, öncelikle acil servislere daha sonra da sıklıkla kardiyolog ve nörologlara başvururlar.

Panik Atağı için DSM-5 Tanı Ölçütleri:

- Yineleyici, beklenmedik panik ataklar. Panik atak, dakikalar içinde zirveye ulaşan yoğun korku veya yoğun rahatsızlık duygusunun ani bir yükselişidir. Bu süre zarfında aşağıdaki semptomlardan dördü (veya daha fazlası) ortaya çıkar.
- Çarpıntı, kalbin küt küt atması ya da kalp hızının artması
- Terleme
- Titreme veya sarsılma
- Nefes darlığı ya da boğuluyor gibi olma
- Boğulma hissi
- Göğüs ağrısı ya da rahatsızlığı
- Mide bulantısı ya da karın ağrısı
- Sersemlik hissi, baygınlık hissi
- Terleme, titreme, ürperme ya da ateş basması durumu
- Uyuşmalar
- Derealizasyon
- Kontrolü kaybetme ya da delirme korkusu
- Ölüm korkusu.

AYIRICI TANI

Psikotik bozukluklar, duygudurum bozuklukları, obsesif kompulsif spektrum bozuklukları, travma ile ilişkili bozukluklar, alkol-madde kullanım bozuklukları, disosiyatif bozukluklar, yeme bozuklukları, somatik belirtili bozukluklar, uyku bozuklukları, cinsel işlev bozuklukları, nörokognitif bozukluklar, kişilik bozuklukları gibi diğer ruhsal bozukluklara anksiyete bulguları eşlik edebilir. Ayırıcı tanı diğer ruhsal bozukluğun ön planda olması ve tanı kriterlerini karşılıyor olması ile yapılır. Ayrıca panik bozukluk diğer ruhsal bozukluklarla çok sık komorbid olabilir. Bu durumda her iki hastalık tanısı da konmalıdır.

TEDAVİ VE PROGNOZ

Panik bozukluk bölümünde tedavi ve prognoz hakkında bilgi verilmiştir.

KAYNAK

1. Onur E, Monkul S, Alkın T. Panik Bozukluğunun Fenomenolojisi: Ed. Tükel R, Alkın, T. Anksiyete Bozuklukları. Ankara: BAYT Bilimsel Araştırmalar Basın Yayın ve Tanıtım LTD.Şti. 2006,41-67.

PANİK BOZUKLUK

Prof. Dr. Medine Güleç

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

GİRİŞ VE TANIM

Panik atakları birçok ruhsal bozukluk veya durumda oluşabilir. Panik bozukluğu (PB) ise kendiliğinden ve beklenmedik panik atakları ile giden bir kaygı bozukluğudur. Günde birkaç ataktan senede birkaç atağa kadar değişen sıklıkta panik ataklar olabilir. Panik ataklar sırasında yaşanan yoğun korku nedeniyle yeniden atak geçirme kaygısı (beklenti anksiyetesi) tabloya eşlik eder.

EPİDEMİYOLOJİ

PB'nin yaşam boyu yaygınlık %1,5-3,8 aralığındadır. Birinci basamak tedavi kurumlarında bu oran %8'e kadar çıkabilmektedir. Kadınlarda erkeklerden yaklaşık 2-3 kat fazla görülmektedir. Sınırlı belirtili ataklar ya da izole panik atakları gibi durumların görülme sıklığı ise çok daha fazladır. Başlangıç kadınlarda 15-24, erkeklerde 45-54 yaşlarında zirve yapmaktadır; fakat hastalık hemen her yaşta ortaya çıkabilmektedir.

ETİYOLOJİ VE PATOGENEZ

Korkuyu işlemede temel beyin bölgesi amigdaladır. Amigdala beyin sapı ve duysal talamustan doğrudan duysal girdiler olarak potansiyel olarak korkutucu uyarılara hızlı bir yanıt oluşmasını sağlar. Amigdalanın merkez çekirdeği korkuya verilen otonomik ve davranışsal yanıtların eşgüdümünü sağlar. PB'de gelen duysal bilginin yanlış yorumlanması ile amigdala ve korku ağı uygunsuz ve aşırı olarak etkinleştirilir.

Biyolojik Nedenler

Genetik: Aile çalışmalarında PB olan kişilerin ailelerinde PB yaygınlığı kontrollere göre yüksektir. İkiz çalışmalarında ise eş hastalanma oranı monozygot ikizlerde dizigot ikizlerden yüksektir.

Noradrenerjik sistem: Yapılan çalışmalar PB'de postsinaptik alfa-2 adrenerjik reseptör duyarlılığında azalma ve artmış norepinefrin etkinliğini göstermektedir.

Serotonerjik sistem: Yapılan çalışmalar azalmış serotonin etkinliğinin anksiyete ile ilişkili olduğunu göstermektedir.

Gama amino bütirik asit (GABAerjik) sistem: Anksiyetenin düzenlenmesinde en önemli nörokimyasal sistemlerden biridir. PB hastalarında beyin GABA reseptör duyarlılığında ve reseptöre bağlanmada azalma gösterilmiştir.

Psikolojik Nedenler

Bilişsel Davranışçı Model: PB'de temel sorun zararsız fizyolojik bedensel belirti ya da duyuların felaketleştirilerek ciddi bir hastalığın veya tehdidin işareti olarak yorumlanmasıdır. Örneğin normal bir fizyolojik durumda ortaya çıkabilen çarpıntı hissi bir kalp krizinin işareti olarak yorumlanır, bu korku sistemini harekete geçirerek otonomik yanıtları başlatır. Ortaya çıkan artmış uyarılmış halinin fiziksel belirtileri de kalp krizi geçirdiğinin kanıtı olarak görüldüğünden korku hissini daha da artırır. Böylece kişinin durumuyla ilgili felaketleştirici yorumları daha da artar. Anksiyete belirtilerinin kendisinden korkmak olarak adlandırılan anksiyete duyarlılığı PB gelişmesinde rol oynayan bilişsel bir etken olarak kabul edilmektedir. Korkudan korkulması olarak nitelendirilebilecek bu durum süreç içinde klasik ve edimsel koşullanmalar yardımıyla kaçınma davranışlarının ortaya çıkmasına neden olur. Korkutucu uyarılar ve durumlardan kaçınma geçici olarak kaygıyı kontrol eder ancak uzun vadede hastalığı sürdüren olumsuz inançların pekişmesine ve kişinin yaşamının kısıtlanmasına neden olur. Kişi defalarca atak geçirip bir şey olmadığını görmüş olsa bile yaşadığı şeyin zararsız olduğu inancını geliştiremez çünkü aldığı tedbirlerin onu koruduğunu düşünür.

Çevresel Nedenler

Çocukluk çağında kendine bakım veren kişiye güvensiz bağlanma çocuğu olası tehditlere karşı aşırı duyarlı hale getirebilir. Çocukluk çağı travmaları, erken ebeveyn kaybı gibi deneyimler, ailede kaygı bozukluğu olan biriyle büyüme öğrenme etkisiyle kaygı bozukluklarının gelişimi için zemin oluşturabilir.

KLİNİK

PB hızlı başlangıçlı, spontan, kısa süreli, tekrarlayan, beklenmedik anksiyete atakları ile karakterizedir. Ataktaki fiziksel semptomlar nedeniyle hastalar kalp krizi, inme, aklını kaybetme, kontrolünü

yitirme gibi korkular yaşarlar. Tipik olarak gelecek ataklardan korkar, atakların ciddi ve henüz tanı konulmamış fiziksel bir hastalıkla ilişkili olabileceğini düşünürler ve bunun sonucunda bazı davranış değişiklikleri ile kaçınma davranışları ortaya çıkar. Panik atakları hızlı başlangıçlı ciddi anksiyete belirtileri içerir. Bu belirtiler 10 dakika içinde maksimum seviyeye çıkarlar. Nefes darlığı, takipne, taşikardi, tremor, baş dönmesi, sıcaklık ve soğukluk hissi, göğüs ağrısı, depersonalizasyon ve derealizasyon tipik belirtilerdir. Bunlardan en az dördünün olması ile panik atak tanısı konur. Belirtiler genellikle 1 saatten kısa sürer.

Ruhsal Durum Muayenesi

Genel görünüm ve davranış: Panik atak sırasında hastalar kaygılı, korkmuş, telaşlı görünebilirler. Genel bir huzursuzluk, endişeli yüz, gergin bir duruş, hareketlerinde tedirginlik, çabuk irkilme, sabırsızlık, bazen yerinde duramama olabilir. Ataklar haricinde belirgin bir özellik saptanmayabilir.

Bilinç ve bilişsel yetiler: Bilinç, bellek ve oryantasyonda bir bozukluk olması beklenmez. Bu alanda bir bozukluk olması altta yatan organik bir nedeni düşündürür. Dikkat ve konsantrasyon azalmış olabilir.

Konuşma ve ilişki kurma: Sesinde heyecanlı bir titreklik, zor konuşma olabilir, fakat konuşma düzgündür. Görüşmecisiyle ilişki kurarken endişeli, huzursuz ve gergin olabilir.

Duygulanım: Korkuya benzer bir duygu, kaygı olur bazen depresif duygulanım eşlik edebilir.

Duygudurum: Genellikle anksiyözdür. Depresyon eşlik ediyorsa depresif duygudurum olabilir.

Düşünce süreci ve içeriği: Düşünce sürecinde belirgin bir bozukluk olmaz, aşırı kaygılı hastalarda düşünce hızlanmış gibi görünebilir. Düşünce içeriğinde kaygılı, aşırı değerlendirilmiş düşünceler, kötü şeyler olacağına dair (öleceği, kalp krizi geçireceği, kontrolü yitireceği, delireceği) korkulu beklentiler, bedensel yakınmalar ve hastalıkla ilgili endişeler vardır.

Bedensel ve fizyolojik belirtiler: Otonomik belirtilerin sebep olduğu kan basıncında artış, kalp hızında yükselme, çarpıntı, kaslarda gerginlik, kılların dikleşmesi, göz bebeklerinde genişleme, ağız kuruması, yüzde solukluk ya da kızarma, terleme, sık işeme, sık dışkılama, öğürme, kusma soluk almada güçlük, ellerde ayaklarda karıncalanma olabilir. Bunlar atak sırasında şiddetlidir. Ataklar arasında daha hafif düzeyde sürekli olabilir.

Algılama: PB'de derealizasyon, depersonalizasyon gibi algı bozuklukları eşlik edebilir. Bunun dışında algı normaldir.

Gerçeği değerlendirme ve muhakeme: Genellikle normaldir.

Uyku ve iştah: Uykuya dalmada ve sürdürmede güçlük olabilir, iştah azalabilir.

İlk panik atağın öncesinde hastaların çoğu önemli kişilerden ayrılma, kişilerarası çatışmalar, sağlık sorunları gibi stresli bir yaşam olayı tariflemektedir. Geçirilen atağın yol açtığı aşırı korku yeni atak geçirme korkusu yani beklenti anksiyetesine sebep

olur. Beklenti anksiyetesi alarm durumunda olma, bedensel belirtilere artmış bir dikkat ve kolayca otonomik uyarılmaya sebep olarak yeni atakların gelmesini kolaylaştırır. Hastalar geçmişte panik atak geçirilen durumlardan ve yerlerden kaçınmaya başlarlar. Kaçmanın zor veya utandırıcı olacağı sosyal alanlar cami, alışveriş merkezi, tiyatro gibi yerlerden kaçınma agorafobi olarak adlandırılır. Agorafobi eşlik ediyorsa klinik gidiş daha ağır seyreder. Atakla ilişkilendirilen nötral uyaranlardan da kaçınılmaya başlanır. Atak geçirme olasılığını azaltmak için birtakım güvenlik sağlayıcı davranışlar ortaya çıkmaya başlar. Çoğu hastanın atak olasılığının az olduğunu düşündüğü güvenli yerleri ya da güvenli kişileri vardır. Hastalar tek başına dışarı çıkmak, toplu taşıma kullanmak, trafik yoğunluğu olan yollar ve köprülerden geçmek, şehir dışına çıkmak gibi kolayca kaçamayacağı, hastaneye ulaşamayacağı, ya da güvenli ortamına kolayca dönemeyeceği durumlardan kaçınmaya başlarlar. Yanında ilaç taşımaktan evden hiç çıkmamaya kadar değişen oranlarda güvenlik tedbiri alınabilir. Bu kaçınmalar hastanın yaşamını büyük ölçüde kısıtlayarak ağır bir işlevsellik kaybına yol açabilir. Panik atak geçiren kişilerin yardım aramak için acil servislere başvuruları sıktır. Tedavisiz kaldığında ataklar genellikle tekrarlar ve çeşitli bölümlerdeki klinisyenlere ve acil servislere başvurular devam eder.

TANI

Tanı için Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5'e göre tekrarlayan beklenmeyen panik ataklarının olması gereklidir. Ancak yeterli değildir. Ataklardan en az birini takip eden en az 1 aylık süre içinde beklenti anksiyetesi, atağın sonuçlarıyla ilgili (kalp krizi geçirme, delirme vb.) yoğun kaygı, ataklarla ilişkili olarak belirgin bir davranış değişikliği ortaya çıkması durumlarından birinin olması gerekir. PB tanısı koyabilmek için panik atakların başka bir ruhsal hastalıkla ya da başka bir tıbbi durumun ya da maddenin etkisiyle ortaya çıkmamış olması gereklidir.

Birçok tıbbi ve ruhsal durum PB'ye eşlik edebilir. PB hastalarında kardiyak sorunlar görece sıktır. Mitral valv prolapsusu sıklığı genel toplumdan yüksektir. Ancak mitral valv prolapsusu olanlarda PB sıklığı yüksek değildir. Hipertansiyon, idiyopatik kardiyomiyopati, koroner arter hastalığı, mikrovasküler anjina, astım, kronik obstruktif akciğer hastalığı (KOAH), İrratbl Barsak sendromu, migren gibi hastalıklarla birlikteliği sıktır.

Majör depresif bozukluk PB'ye en sık eşlik eden ruhsal bozukluktur. Bipolar affektif bozukluk, diğer anksiyete bozuklukları, kişilik bozuklukları, hastalık kaygısı bozukluğu da PB'ye eşlik edebilir. Her türlü alkol-madde kullanımı PB'de sık görülür. Alkol-madde kullanımı panik atakları ortaya çıkarabileceği gibi önce anksiyete belirtileri başlayabilir ve hasta self-medikasyon amaçlı bu maddelere başlamış olabilir.

AYIRICI TANI

Ayırıcı tanı için öncelikle kapsamlı bir psikiyatrik ve tıbbi öykü alınıp iyi bir genel tıbbi ve ruhsal durum muayenesi yapılmalıdır. Paroksizmal atriyal taşikardi, koroner arter hastalıkları, pulmoner emboli, epilepsi, meniere hastalığı, geçici iskemik atak, karsinoid sendrom, Cushing hastalığı, hipertiroidizm, hipoglisemi, feokromasitoma panik atak kliniği ile karışabilen önemli tıbbi hastalıklardır. Sık görülen tıbbi nedenlerin ekartasyonu için hemogram, geniş biyokimya (açlık kan şekeri, renal fonksiyon testleri, karaciğer fonksiyon testleri, elektrolitler vb.), tiroid fonksiyon testleri, elektrokardiyografi, solunum fonksiyon testleri istenmesi uygundur. Madde şüphesi varsa toksikoloji bakılmalıdır. Ancak tıbbi nedenlerin ekartasyonu temelde öykü ve genel tıbbi muayene bulgularından elde edilen bir hastalık şüphesi doğduğunda spesifik olarak o hastalığa yönelik laboratuvar ve gereğinde konsültasyon ile yapılmalıdır.

Özgül fobide özgül bir nesne ya da durumla (örneğin; hayvanlar, uçağa binme, kan-enjeksiyon vb.) ilgili belirgin bir kaygı ya da korku duyma durumu söz konusudur. Bu nesne ya da durum her zaman korku yaratır ve kişi bunlardan belirgin olarak kaçınır. Sosyal fobi ise kişinin başkaları tarafından değerlendirilebilecek olduğu, küçük düşebileceği, eleştirilebileceği durumlarda aşırı kaygı ve korku duyması ve bu durumlardan kaçınmasıdır. Bu hastalıklarda yoğun kaygı atakları görülebilir fakat buradaki ataklar korkulan durum ya da nesne ile bağlantılıdır. Beklenmedik değildir.

Agorafobi, toplu taşıma araçlarını kullanma, alışveriş merkezleri, köprüler gibi açık alanlarda bulunma, kapalı alanlarda bulunma, kalabalık yerlerde bekleme, tek başına evin dışında olma gibi durumlardan kaçınma, bu durumlarda utanılacak bir durumda kalma, yardım alamama korkularının olması durumudur. Yoğun kaygı ataklarının sadece bu durumda ortaya çıkıyor olması durumunda bu tanı konabilir. PB'ye bir süre sonra agorafobinin eklenmesi sık görülen bir durumdur ve her iki tanı birlikte konmalıdır.

Yaygın anksiyete bozukluğunda kişi gündelik hayatta karşılaşılacak kaza, başarısızlık vb. gibi konularla ilgili aşırı kaygı duyar ve günün çoğunu bu konularla ilgili evhamlanarak geçirir. Bu düşünceleri kontrol etmekte zorluk çeker. Bu düşüncelere huzursuzluk, gerginlik, kolay yorulma, konsantrasyon güçlüğü, kolay sinirlenme, kas gerginliği, uyku bozuklukları eşlik eder. Bu hastalıkta da kaygının çok arttığı durumlar panik ataklarla karışabilir. Panik atakların olması ve PB kriterlerini karşılıyor olması durumunda her iki tanı birlikte konabilir.

Birçok madde ya da ilaç entoksikasyon ya da yoksunluğu panik ataklara neden olabilir. Tipik olarak şikayetler madde ya da ilaçla bağlantılı olarak ortaya çıkar. Alkol, kafein, amfetamin, halüsinojenler, kokain, fensiklidin gibi maddelerin

entoksikasyonunda, alkol, kokain, anksiyolitik, hipnotik-sedatif, klonidin, nikotin gibi ilaç ve maddelerin yoksunluğunda, karbondioksit, karbonmonoksit, sinir gazları, ağır metaller, benzin boya, insektisitlerle ortaya çıkabilir. Anestezikler, analjezikler, semptomimetikler, bronkodilatatörler, antikolinergikler, insülin, tiroid preparatları, doğum kontrol ilaçları, antihistaminikler, antiparkinson ilaçlar, kortikosteroidler, antihipertansifler, kardiyovasküler ilaçlar, antikonvülzanlar, lityum tuzları, antipsikotikler, antidepresanlar anksiyete oluşturabilirler.

Başka bir sağlık durumuna bağlı olarak da panik ataklar oluşabilir. Kardiyovasküler hastalıklar (anemi, konjestif kalp yetmezliği, koroner arter hastalıkları, hipovolemik durumlar, mitral valv prolapsusu), respiratuvar hastalıklar (astım, KOAH, hiperventilasyon, hipoksi, yulaf hücreli karsinom, pnömoni, pnömotoraks, pulmoner emboli), endokrin hastalıklar (adrenal işlev bozukluğu, hipoglisemi, menapoz, over işlev bozukluğu, paratiroid hastalıkları, feokromasitoma, hipofiz hastalıkları, premenstrual sendrom, tiroid işlev bozuklukları), metabolik hastalıklar (asidoz, hipertermi, hipokalsemi, hipokalemi, hipofosfatem, akut intermittant porfiri, B12 vitamin eksikliği), nörolojik hastalıklar (serebral anoksi, serebrovasküler hastalıklar, ensefalopati, Huntington koresi, multipl skleroz, myastenia graves, beynin yer kaplayan oluşumları-özellikle 3. ventrikül, ağrı sendromları, parkinson hastalığı, polinöritis, Postkonküzyon sendromu, postensefalitik bozukluklar, posterolateral skleroz, basit veya kompleks parsiyel nöbetler, vestibüler işlev bozuklukları-vertigo) ve toksik tablolar (karbondioksit, karbonmonoksit, gazolin, ağır metaller, insektisitler, organik fosfat bileşikler, boya maddesi) sık olarak anksiyete tablosuna yol açan durumlardır.

Psikotik bozukluklar, duygudurum bozuklukları, obsesif kompulsif spektrum bozuklukları, travma ile ilişkili bozukluklar, alkol-madde kullanım bozuklukları, disosiyatif bozukluklar, yeme bozuklukları, somatik belirtili bozukluklar, uyku bozuklukları, cinsel işlev bozuklukları, nörokognitif bozukluklar, kişilik bozuklukları gibi diğer ruhsal bozukluklara anksiyete bulguları eşlik edebilir. Ayırıcı tanı diğer ruhsal bozukluğun ön planda olması ve tanı kriterlerini karşılıyor olması ile yapılır. Ayrıca PB diğer ruhsal bozukluklarla çok sık komorbid olabilir. Bu durumda her iki hastalık tanısı da konmalıdır.

TEDAVİ VE PROGNOZ

PB tedavisinde birinci basamak tedavi seçenekleri serotonin geri alım inhibitörleri (paroksetin, sertralin vb.), bir serotonin noradrenalin geri alım inhibitörü olan venlafaksin ya da bilişsel davranışçı terapilerdir. Bu tedavilere yanıt vermeyen olgular 2. basamağa yönlendirilmelidir.

Bir serotonin geri alım inhibitörü ya da serotonin noradrenalin geri alım inhibitörü PB için başlandığında başlangıçta anksiyeteyi artırdıkları için standart antidepresan dozlarında

tolere edilemezler. Bu nedenle düşük dozlarda başlanmalı ve yavaş titre edilmelidir. Örneğin paroksetin 10 mg dozda başlanır ve hastanın ihtiyacına ve toleransına uygun aralıkta 20-40 mg'ye kadar yükseltilebilir. Hastanın semptomlarının düzeldiği dozda tedaviye 6 ay - 1 yıl daha devam edilmelidir.

İlaç yan etkilerine toleransı artırmak için ya da beklenti anksiyetesi çok yüksek ise kısa süreliğine tedaviye alprozalam gibi bir benzodiyazepin düşük dozlarda eklenebilir. Özellikle alkol-madde kullanım bozukluğu olan hastalarda benzodiyazepin kullanımından kaçınılmalıdır. Tüm hastalarda sürekli kullanımdan kaçınılmalıdır.

Kadın hastalarda daha yüksek belirti sayısı ve eş tanı oranları olduğundan prognoz erkeklere göre daha olumsuzdur. Kronik gidişli bir hastalık olmasına rağmen PB hastalarının uzun

dönem prognozu iyidir. Önemli olan tedaviye erken dönemde başlamaktır. İlaç azaltılması ya da kesilmesi durumunda bazı hastaların şikayetleri tekrar başlayabilir. Böyle bir durumda psikoterapi için bir üst merkeze yönlendirilmesi gerekir.

KAYNAKLAR

1. Anksiyete bozuklukları, Tükel R, Alkın T (Eds). TPD Yayınları, Ankara; 2006.
2. Temel psikofarmakoloji, Yüksel N (Ed). TPD Yayınları, Ankara; 2010.
3. Psikiyatri tanı ve tedavi, Ebert MH, Loosen PT, Nurcombe B, Leckman JF (Eds). Güneş Tıp Kitabevi, Ankara; 2013.
4. Ruh sağlığı ve bozuklukları, Öztürk MO, Uluşahin NA. Nobel Tıp Kitabevi, Ankara; 2016.
5. DSM-5 tanı ölçütleri el kitabı, Amerikan Psikiyatri Birliği. Hekimler Birliği Yayınevi, Ankara; 2013.



ŞİZOFRENİ VE DİĞER PSİKOTİK BOZUKLUKLAR

Prof. Dr. Nesrin Karamustafalıoğlu

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

1. ŞİZOFRENİ

GİRİŞ VE TANIM

Şizofreni, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından yapılan global hastalık yükü listesinde ilk 10 sıra hastalıklar içinde yer alan, ekonomik anlamda yıkımla ve yeti yitimi ile giden bir psikiyatrik hastalıktır. Şizofreni hastalığında karakteristik olarak, halüsinasyon ve delüzyonlar gibi pozitif semptomlar; dezorganize konuşma; duygulanımın düzleşmesi ve konuşma yoksunluğu gibi negatif semptomlar; ve dikkat, bellek, yürütücü fonksiyon gibi bilişsel bozukluklar izlenir. Hastalık genel olarak mesleki ve sosyal işlevsellikte bozulma ile doğrudan ilişkilidir.

EPİDEMİYOLOJİ

Şizofreni dünyanın her bölgesinde görülen bir rahatsızlıktır. Tüm dünyada şizofreni prevalansı %1 civarındadır. Şizofreni insidansı 1,5/10.000'dir. Erkeklerde kadınlara oranla tanı biraz daha fazla konulmaktadır (1,4:1) ve kadınlarda tanı hayatın ilerleyen dönemlerinde konulmaktadır. Erkeklerde hastalık gidişatının daha kötü olduğunu gösteren bazı bulgular bulunmaktadır.

ETİYOLOJİ VE PATOGENEZ

Hastalığın patogenezi tam olarak bilinmemekle beraber, şizofreninin farklı bulgu ve semptomlarla giden multipl hastalıklardan oluşan bir sendrom olduğu düşünülmektedir. Bu heterojenite hasta gruplarının altında yatan etiyolojik ve patofizyolojik nedenlerin aydınlatılmasını güçleştirmektedir. Şizofreni hastalığının gelişimi ile ilgili nörogeleşimsel-nörodejeneratif model, nörotransmitter modeli, genetik yatkınlık ve psikososyal ve çevresel nedenler gibi bazı modeller öne sürülmektedir. Son dönemde yapılan araştırmalarda şizofreni hastalığındaki genetik ve çevresel etkenlerin nörotransmitter sistem fonksiyonlarını bozarak etki ettiği bulunmuştur.

Genetik etkenler: Gen yapılarının %100'ünün aynı olduğu monozygotik ikizlerde yapılan çalışmalarda konkordans oranı

%40-50 arasında bulunurken, gen yapılarının %50'si aynı olan dizigotik ikiz çalışmalarında gözlemlenen konkordans oranı %10-15 civarındadır.

İlk çalışmalar şizofreni gelişiminde rol oynadığı düşünülen birçok aday özel genleri tanımlamak için genetik bağlantı veya aday gen yaklaşımları kullanmıştır. Katekol-O-Metil Transferaz (COMT), D-Amino asit oksidaz aktivatör/D-Amino asit oksidaz (DAOA), Disrupted in schizophrenia-1 (DISC-1), Nörogulin-1 (NRG-1) gibi genler çalışılmıştır. Ancak daha geniş çaplı araştırmaların sonuçları birden fazla genin katkısı sonucunda hastalığın oluştuğu poligenik modeli desteklemektedir.

Çevresel etkenler: Kentsel bölgede yaşamak, göç, obstetrik komplikasyonlar (hemoraji, kan uyuşmazlığı, pre-term doğum), kış sonu- ilkbahar başındaki doğumlar, ileri baba yaşı, kannabis kullanımı, maternal enfeksiyonlar (influenza virüsü) gibi çevresel etkenler şizofreni etiyolojisinde yer almaktadır.

Nörotransmitterler: Şizofreni hastalığında mezolimbik yolaktaki dopamin artışının pozitif psikotik bulgulara neden olduğunu ileri süren dopamin hipotezi bulunmaktadır. Bununla birlikte prefrontal kortekste dopamin azalması (özellikle D1 reseptörü) şizofreni hastalarında gözlemlenen bazı negatif ve bilişsel semptomların nedeni olabilir. Şizofreni tedavisinde kullanılan antipsikotik özelliklere sahip tüm ilaçlar dopamin D2 reseptörünü bloke ederek etki gösterir.

Ayrıca şizofreni hastalığının patogenezi glutamat, gama-amino-bütirik-asit (GABA) ve asetilkolin gibi diğer bazı nörotransmitterlerin de etkili olduğu bildirilmektedir.

PATOLOJİ

Tüm psikiyatrik hastalıklarda olduğu gibi şizofreni ve diğer psikotik bozuklukların değerlendirilmesi ve tanı konulmasında hastalığa özgü bir patolojik ve patognomonik bulgu bulunmamaktadır.

KLİNİK

Şizofreni bir sendromdur. Şizofreni hastalığı olan kişiler birçok semptom kümesi gösterebilirler.

Pozitif semptomlar: Bu semptom kümesi gerçeklik algısında bozulma ile oluşan halüsinasyonlar ve hezeyanların yanı sıra dezorganize konuşma ve davranışları da kapsar.

Halüsinasyonlar (varsanılar): Halüsinasyonlar bir dışsal kaynak olmadan duyuşsal algılama olarak tanımlanır. Bunlar işitsel, görsel, somatik, koku veya tat halüsinasyonları olabilir.

Şizofreni hastalarında işitsel halüsinasyon yaygınlığının %40-80 arasında olduğu tahmin edilmektedir ve şizofreni hastalarında en sık görülen halüsinasyonlardır.

Görsel halüsinasyonlar genellikle parlayan küreler veya yanıp sönen renkler gibi biçimsiz şekillerdedir. Bununla beraber bazı şizofreni hastaları ise tam bir insan figürü, yüzü veya vücut parçası şeklinde tarif edebilir.

Somatik hezeyanlar cinsel birleşme, ağrı ya da dokunulma hissiyatı içerebilir.

Koku ve tat halüsinasyonları sistematik olarak çalışılmamıştır, ama ara sıra hastalar garip bir tat veya koku bildirir.

Delüzyonlar (hezeyan/sanrı): Delüzyonlar şizofreni hastalarının yaklaşık %80'inde görülen sabit (belirgin karşıt kanıtlar olmasına rağmen değişmeyen) ve yanlış inanışlar şeklinde tanımlanır.

Bizar sanrılar mantıksızdır ve gerçekleşme ihtimali olmaz (fizik kurallarına aykırı). İçerikleri anlaşılabilir değildir. Kişinin zaman, mekan, kendilik, nedenselliği nasıl algıladığı gibi temel kavramlar alışılmadık bir şekilde tarif edilebilir.

Bizar olmayan hezeyanlar ise gerçek olmadığı anlaşılabilir olan ancak gerçekleşme ihtimali olabilen hezeyanlardır.

Referans düşünceler/hezeyanlar rastlantısal veya nötral olayların rastlantısal ve nötral olmadığına dair inanışlardır. En yaygın görülen referans fikirler televizyon ya da radyodan bireye özel mesaj iletildiğine dair inanışlardır.

Grandiyöz hezeyan kişiye özel güç veya farklılıkların olduğu inanışlardır.

Nihilistik sanrılar nadirdir ve bir kişinin öldüğüne, yok olduğuna veya vücudunun bir bölümünün bozulduğuna dair bizar inanışlardan oluşur.

Erotomanik sanrılar, kişinin hatalı bir şekilde başka biriyle özel bir ilişkisi olduğuna inanmasıdır.

Dezorganize davranışlar/konuşma: Şizofreni bir düşünce hastalığıdır. Şizofreni hastalığına sahip kişiler tipik olarak düşünme ve davranışlarda dezorganizasyon gösterirler. Dezorganize davranışlar açık bir şekilde gözlemlenebilirken dezorganize düşünme hastanın konuşmasından anlaşılabilir. Ayırık, kopuk konuşma kalıpları kişinin düşüncelerindeki organizasyon bozulmasını yansıtır. En sık görülen dezorganize konuşma şekli teğetsellik ve çevresellik iken daha ağır olgularda neolojizm ve kelime salatası görülebilir.

Negatif semptomlar: Pozitif semptomlar normal işlevlerin abartılması şeklinde görünürken negatif semptomlar normal işlevlerin azalması veya yok olması biçiminde kendini gösterir. Negatif semptomlara örnek olarak surat ifadesinde donukluk,

spontan hareketlerde azalma, jest ve mimik ifadelerinde azalma, göz temasında azalma, ses tonunda değişikliğin olmaması, enerji azlığı, konuşma içeriğinde fakirlik, düşünme blokları, kişisel hijyen ve bakımda azalma, asosyallik, keyifsizlik gibi belirtiler ve bulgular gösterilebilir. Bununla beraber negatif semptomlar hastalığın başka bir görünümü şeklinde veya tedaviye sekonder olarak görülebilir. Örneğin paranoya, sosyal izolasyona veya depresyon enerji azlığına neden olabilir. Surat ifadesinde küntleşme ise ilaçların ekstrapiramidal yan etkileri nedeniyle oluşabilir.

DSM-5'e Göre Şizofreni Tanı Kriterleri

A- Aşağıdaki belirtilerden ikisinden (ya da daha çoğundan) her biri, bir aylık (ya da başarılı tedavi edilmişse daha kısa) bir sürenin önemli bir kesiminde bulunur.

Sanrılar, varsanılar, dezorganize konuşma (örneğin; sık sık konudan sapma gösterme ya da anlaşılabilir konuşma), ileri derecede dağınık davranış ya da katatoni davranışı, silik (negatif) belirtiler (duyuşsal katılımda azalma ya da kalkışmama).

B- Bu bozukluğun başlangıcından beri geçen zamanın önemli bir kesiminde, iş, kişiler arası ilişkiler ya da kendine bakım gibi, bir ya da birden çok ana alanda işlevsellik düzeyi, bu bozukluğun başlangıcından önce erişilen düzeyin belirgin olarak altındadır.

C- Bu bozukluğun süregiden bulguları en az altı ay sürer.

D- Şizoaftaktif bozukluk ya da psikoz özellikleri gösteren depresyon bozukluğu ya da iki uçlu bozukluk dışlanır.

E- Bu bozukluk, bir maddenin (örneğin; kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç) ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojisi ile ilgili etkilerine bağlanamaz.

F- Otizm açılımı kapsamında bir bozukluk ya da çocuklukta başlayan bir iletişim bozukluğu öyküsü varsa, şizofreni tanısı konulabilmesi için gerekli diğer belirtilerin yanı sıra sanrılar ya da varsanılar da en az bir aylık (başarıyla tedavi edilmişse daha kısa) bir süreyle varsa, ayrıca şizofreni tanısı da konur.

RADYOLOJİ VE LABORATUVAR BULGULARI

Şizofreni tanısı sıklıkla bir dışlama tanısıdır. Hiçbir semptom veya semptom grubu şizofreni hastalığı için patognomonik olmamakla beraber; halüsinasyonlar ve hezeyanlar ilk sıra semptomlar olarak adlandırılan hastalığın yapısına özgü belirtilerdir. Hastalığı teşhis etmek için kullanılan herhangi bir laboratuvar tetkiki, fiziksel muayene bulgusu veya başka bir biyomarkır bulunmamaktadır.

AYIRICI TANI

Şizofreni tanısının konulmasından önce ayrıntılı bir öykü alınması, fizik muayene ve laboratuvar tetkiklerinin yapılması gerekmektedir. Ayırıcı tanı yaparken öncelikle fiziksel hastalıklar ve madde kullanımına bağlı gelişebilecek psikotik tabloların

dışlanması önem arz etmektedir. Beyni etkileyen psikiyatri dışı tıbbi hastalıkların (demans, epilepsi, kitleler, sistemik lupus eritematozis, otoimmün ensefalitler, multipl sklerozis, tiroid hastalıkları gibi) değerlendirilmesi gerekmektedir. Ayrıca nörogelişimsel bozukluklar, zihinsel gelişim geriliği, otizm, duygudurum bozuklukları, sanrılı bozukluk, şizoafektif bozukluk, şizotipal kişilik bozukluğu, kısa psikotik bozukluk, travma sonrası stres bozukluğu gibi psikiyatrik hastalıklarla ayırıcı tanısının yapılması gerekmektedir.

TEDAVİ VE PROGNOZ

Şizofreni klasik olarak alevlenme ve remisyonlarla gider. İlk psikotik dönemin ardından hasta giderek iyileşir ve uzun süre görece normal bir işlevsellik düzeyini sürdürebilir. Geçirilen her psikotik epizod, hastanın işlevselliğinde daha fazla yıkıma neden olabilir. Şizofreni, genellikle süregen ve yeti yitimine neden olan bir hastalıktır. Hastaların önemli bir bölümünde belirtilerde alevlenme, yineleyen hastane yatışları, major duygudurum epizodları ve özkıyım girişimleri ile belirli kötü sonuçlanışlar görülür.

Şizofrenide iyileşme oranları %10-60 arasında bildirilmektedir ve tüm hastaların %20 ile 30'unun bir biçimde normal bir yaşam sürdürebildiği tahmin edilmektedir. Tedaviye yanıt veren olgular da dahil olmak üzere olguların yaklaşık %80'i beş yıl içinde ikinci bir atak geçirmektedir. Sürekli ilaç alanlarda aralıklı ilaç alanlara göre relaps hızı yarı yarıya azalmaktadır. Antipsikotik ilaçların kesilmesi ile ilk 5 yıl içindeki relaps hızı 5 kat artmaktadır. Ayrıca şizofreni, özkıyım, fiziksel hastalık ve erken ölüm riskinin artmasına da yol açar. Hastalarda ortalama yaşam süresi 10 yıl kadar kısalmıştır.

Şizofreni hastalarının tedavisinde ana hedefler; hastalık dönemlerini önlemek, hastalık döneminde ise hızlı bir şekilde semptomların gerilemesini sağlamak, hastanın yeti yitimini azaltarak işlevselliğini iyi düzeyde tutmaktır. Hem bireysel hem de aileye yönelik psikoterapiler ilaç tedavisine ilave edilerek bütüncül bir tedavi yaklaşımı sağlanmalıdır.

Psikofarmakolojik tedavi olarak antipsikotik ilaçlar, antidepresanlar, anksiyolitik ilaçlar, antikolinerjik ilaçlar kullanılabilmektedir. Ayrıca Transkraniyal Manyetik Uyarı (TMU) ve Elektrokonvülsif Tedavi (EKT) gibi somatik tedavi seçenekleri de mevcuttur.

2. SANRISAL BOZUKLUK

Sanrısallık bozukluk hastalığında önde gelen belirtiler sanrılardır. Genellikle orta yaş sonrası, sinsi gelişen, kendi içerisinde

bütünlük gösteren ve bizar olmayan sanrılar izlenir. Varsanılar da olabilir ancak sanrılarla ilişkilidirler. Kişinin iş, sosyal hayatını ve mesleki işlevselliğini çok bariz bir şekilde bozmaz.

3. KISA PSİKOTİK BOZUKLUK

Akut ve geçici bir psikotik durumdur. Genellikle belirgin bir stresör etken sonrası başlar. En az 1 gün, en fazla 1 ay kadar sürer. Tamamen düzelir ve işlevsellik kaybı olmaz. Şizofreniden farklı olarak negatif semptomlar izlenmez.

4. ŞİZOFRENİFORM BOZUKLUK

Hızlı başlayan bir durumdur. İşlevsellikte belirgin bir kayıp genellikle gözlenmez. Psikotik belirtilerin en az 1 ay, en fazla 6 ay kadar sürmesi gerekmektedir. İlerleyen süreçte hastaların %60-80 kadarının şizofreni tanısı aldığı görülmektedir.

5. ŞİZOAFEKTİF BOZUKLUK

Şizofreninin temel belirtilerine ilave olarak belirgin duygudurum dönemlerinin remisyon ve relapslar ile seyretmesi ile tanı konulur. Duygudurum belirtileri hastalık döneminin en az %30'unda bulunmalıdır ve en az 2 hafta boyunca belirgin duygudurum belirtisi olmadan sanrı ve varsanı gibi psikotik belirtilerin olduğu bir dönem bulunmalıdır.

6. MADDE/İLACIN YOL AÇTIĞI PSİKOTİK BOZUKLUK

Madde kullanımı veya yoksunluğu esnasında veya az bir zaman sonrasında ya da ilaç aldıktan sonra psikotik belirtilerden sanrı ve varsanıdan biri veya her ikisi varsa bu durumda maddenin yol açtığı psikotik bozukluk tanısı konabilir. Kullanılan maddenin psikotik belirtilere neden olabilmesi gerekmektedir.

KAYNAKLAR

- Öztürk MO, Uluşahin A. Bölüm XVI Şizofreni. In: Öztürk MO, Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Ankara: Nobel Tıp Kitabevi, 2018;189-248.
- Aydın M. Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar. In: Güler Ö, Altınbaş K, Selvi Y, Aydın M. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları. Ankara: Nobel Tıp Kitabevi, 2019;19-30.
- Yağcıoğlu E, Ayhan Y. Şizofreni: Kavramın Tarihçesi, Epidemiyolojisi, Klinik Özellikleri ve Seyiri. In: Karamustafalıoğlu KO. Temel ve Klinik Psikiyatri. Ankara: Güneş Tıp Kitabevi, 2018;201-2016.
- Amerikan Psikiyatri Birliği. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı DSM-5. Çev: Köroğlu E, Beşinci Baskı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği Yayıncılık, 2013;81-134.
- Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P, Kaplan & Sadock Psikiyatri Davranış Bilimleri/Klinik Psikiyatri. Çev: Bozkurt A, Onbirinci Baskı. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri, 2016;300-339.

SOMATİK BELİRTİ VE İLİŞKİLİ BOZUKLUKLAR

Uzm. Dr. Hasan Kaya, Prof. Dr. Erol Göka

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Şehir Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Ankara, Türkiye

GİRİŞ VE TANIM

Tıbbi olarak açıklanamayan belirtiler, sağlığı etkileyen ancak uygun tıbbi yaklaşıma karşı açıklanamayan fiziksel belirtilere verilen ortak addır. Yatarak ve ayakta tedavi gören hastalarda yaygın olmasına rağmen hekimler de bu belirtileri patofizyolojik bulguların bulunmadığı “zor hastalar” olarak değerlendirirler ve tanı konulan hastalıklardan daha az önemserler. Psikiyatrik yönden bakıldığında birinci basamak kuruluşlara başvuran popülasyonda en büyük psikopatoloji gruplarından birini oluşturmaktadır. Bu hasta grubu gereğinden fazla tıbbi kullanım, maliyet, iyatrojenik komplikasyonlar açısından önemli bir yeri teşkil etmektedir.

Tıbbi olarak açıklanamayan belirtilere sahip hastaları tanımlamak için kullanılan terimler çeşitlidir. Tarihsel bir derlemede Berrios ve Mumford, bu klinik kategorinin evrimini anlamak için kullanılan tanısallık kavramların etimolojisini, ilgili klinik fenomenlerden ayırt edilmesi gerektiğini vurgulamıştır. Tanısallık kavramlar farklı dönemlerde zamana uygun olan paradigma ile formüle edilmiştir. Örneğin “histeri” ve “hipokondriyazis” gibi terimlerin kullanıcıları, tanı veya etiyolojik unsurlardan ziyade anatomik bölgelere daha fazla vurgu yaparken, Ruhsal Bozuklukların Tanısallık ve İstatistiksel El Kitabı-Amerikan Psikiyatri Birliği (DSM) sonrası gibi nispeten kuramlara daha az dayanan bir dönemde bile “somatizasyon” ve “konversiyon” gibi terimler kullanılarak etiyolojik unsurlar üzerinde durulmuştur.

Tıbbi olarak açıklanamayan belirtilere sahip bu zor hasta grubunun en çok başvurduğu ve şüphesiz en çok ihtiyaç duyduğu birinci basamak ve diğer psikiyatri dışı kliniklerde değerlendirmeleri sırasında psikiyatrik sınıflandırma sistemlerinin yetersiz ve kullanışsız olduğu aşikardır.

DSM-V’ın “Somatik Belirti ve İlişkili Bozukluklar” sınıflandırması ile Dünya Sağlık Örgütü’nün Hastalıkların ve Bağlantılı Sağlık Sorunlarının Uluslararası Sınıflandırması-11’in “bedensel endişe bozukluğu” (bodily distress disorder); klinik yarar, bilimsel olarak kapsayıcılık ve geçerlilik açısından yapılmış olan en son girişimlerdir.

DSM-V’teki Somatik Belirti ve İlişkili Bozukluklar, DSM-IV’teki Somatoform Bozukluklar kategorisine karşılık gelir.

Somatoform bozukluklar; somatizasyon bozukluğu, ayrışmamış somatoform bozukluk, konversiyon bozukluğu, ağrı bozukluğu, hipokondriyazis, beden dismorfik bozukluğu ve başka şekilde sınıflandırılmamış somatoform bozukluktan oluşuyordu. Üst üste binen belirtiler ve belirsiz tedavi sonuçları, bu teşhis etiketlerini kafa karıştırıcı hale getirdi.

Daha kullanıcı dostu bir sınıflandırma oluşturmak için DSM-V somatoform bozuklukları somatik belirti ve ilişkili bozukluklar olarak yeniden adlandırıldı ve yeni hastalık altında dört bozukluğu (somatizasyon bozukluğu, ayrışmamış somatoform bozukluk, ağrı bozukluğu ve kısmen hipokondriyazis) topladı.

Konversiyon bozukluğu ayrı bir tanı kategorisi olarak kalsa da, bazı yazarlar konversiyon bozukluğu olan hastalarda disosiyatif semptomların göz önüne alındığında, disosiyatif bir bozukluk olarak daha iyi kategorize edilebileceğini öne sürmüşlerdir.

Bu sınıftaki somatik belirti bozukluğu tanısı, tıbbi olarak açıklanamayan somatik belirtilere odaklanmayı önemsizleştirmektedir. Burada semptomların kaynağının açıklanmasından ziyade bu belirtiler ile ortaya çıkan aşırı ve uyum bozucu davranışlara vurgu yapılmıştır. Bazı yazarlar bu değişikliğin popülasyonun büyük bir çoğunluğunu patolojik bir sınıflandırmaya sokarak yarardan çok, altta yatan patolojiyi önemsizleştirerek zarar getirebileceğini ileri sürmüşlerdir.

KLİNİK

Somatik Belirti Bozukluğu

Somatik belirti bozukluğunun temel özelliği; 6 aydan uzun süren ve belirtilerin önemiyle orantısız olan aşırı düşüncelerin (belirtilerin ciddiyeti hakkında), duyguların (sağlıkla ilgili yüksek kaygı düzeyi) ve davranışların (sağlık endişesi üzerine aşırı zaman ve enerji harcaması) bulunmasıdır. Belirtiler günlük yaşamda önemli bir bozulmaya yol açacak kadar somatik endişelere neden olur.

Bu belirtiler; hastanın somatik yakınmalarının tıbbi olarak yetersiz ele alındığına ve bu yakınmaların altta yatan tıbbi bir hastalığı gösterdiğine dair tekrarlayıcı düşünceler etrafında döner. Ayrım her zaman kolay olmasa da delüzyonel bozuklukta olan sabit değiştirilemeyen düşünceden farklı olması beklenir.

Bir kişinin, somatik belirtisi bulunmasa da, hasta olabileceği konusunda orantısız endişeleri, düşünceleri ve davranışları varsa, o kişi hastalık kaygısı bozukluğu açısından değerlendirilmelidir. Somatik belirtili bozukluğunun etiolojisi iyi anlaşılmamış olmasına rağmen; fizyolojik durum, kişilik özellikleri, yaşam deneyimleri, sağlık bilişleri, bir hastalıktan bağımsız olarak duyuları algılama biçimleri bu bozukluğun gelişiminde rol oynamaktadır.

Risk faktörleri arasında kişilik özelliği olarak nörotizmin bulunması, düşük eğitim ve sosyo-ekonomik düzey, stresli yaşam olayları, kadın cinsiyet, yaşlılık, işsizlik ve eşzamanlı kronik fiziksel veya psikiyatrik hastalık bulunması gösterilebilir. Somatik belirtili bozukluğu prevalansının kadınlarda erkeklerden daha yüksek olması muhtemeldir.

Hastalık Kaygısı Bozukluğu

Somatik belirtili bozukluğunun DSM-IV'ün "hipokondriazis" kategorisi için kriterleri karşılayacak çoğu kişiyi (~%75) sınıflandırması amaçlanır ve beklenirken, hastalık kaygısı bozukluğu geri kalan kısmı kapsayacaktır.

Bu hastalar, hasta oldukları ya da henüz teşhis konulmamış tıbbi durumdan ciddi bir şekilde etkilenebilecekleri düşüncesiyle meşgul olurlar. Burada kaygının nedeni, somatik belirtinin kendisinden ziyade daha çok anlamı ve önemi ile ilişkilidir. Endişenin daha çok bir hastalık ya da bir hastalığın olası sonuçları ile ilgili olması bu bozukluğu somatik belirtili bozukluğundan ayırır. Ciddi bir hastalık düşüncesine yanıt olan kaygı insan olmanın normal bir parçası olsa da burada önemli olan orantısız olması, aşırılığı, ciddiyeti ve uzun süreli olmasıdır. Yaygın anksiyete bozukluğundaki kişinin nedeni belirsiz bir endişe ve olumsuz olayların gerçekleşeceği ile ilgili beklenti içerisinde olmasından farklı olarak burada kaygı kişinin kendi olası hastalığı ve hastalıktan dolayı çekeceği sıkıntıya yöneliktir. Bu düşünceler somatik delüzyonlardan, daha akla yatkın ve esnek olması ile ayrılır.

Hastalık kaygısı bozukluğu yeni sınıflandırılmış bir hastalık olduğundan, eşlik eden hastalıklar, risk faktörleri, prevalans ve klinik seyir belirsizliğini korumaktadır. Bununla birlikte, erken ve orta yetişkinlikte başlayan kronik bir durum olduğu düşünülmektedir. Hem genler hem de yetiştirilme tarzı predispozan faktörler olarak görülmektedir. Çocukluk çağı travmaları veya ciddi hastalık öyküsü, bu bozukluğun gelişimini tetikleyebilir. Bu bölümde açıklanan diğer bozukluklarda olduğu gibi, kişinin düşünce yapısını etkileyebilecek kültürel inançlar düşünülmeli ve teşhis koymadan önce dışlanmalıdır.

Yapay Bozukluk

Yapay bozukluk; hasta rolünü benimseme motivasyonu ile fiziksel veya ruhsal belirtili ve bulguların amaçlı olarak ortaya çıkarılması veya bu bulgular varmış gibi davranılması ile belirli bir ruhsal bozukluktur. Yapay bozuklukta hastalar

bilinçli olarak belirtili üretmekte, hastaların ekonomik kazanç sağlama, yasal sorumluluklardan kaçma gibi elde edilebilir amaçları bulunmamaktadır. Altta yatan motivasyon bilinç dışı gereksinimlerle hasta rolüne girerek tıbbi bakım görme ihtiyacıdır. Daha önce DSM-IV'te kendi kategorisinde yer alan yapay bozukluk şimdi psikolojik alt tipinden çok daha dramatik olan somatik alt tipine odaklanıldığından, somatik belirtili ve ilgili bozukluklar kategorisinde yer almaktadır. Halbuki psikolojik belirtiler ile giden prezentasyonun bilhassa psikiyatri kliniklerinde takip edilen olgular açısından azımsanacak durumda olmadığını belirtmek gerekir.

Yeri gelmişken bahsedilmesi gereken diğer bir durum temaruzdur (malingering). Doktora başvuran ya da gönderilen kişinin, bir yükümlülük veya sorumluluktan kurtulma, ceza verilmesini önleme ya da ilaç elde etme gibi dış güdüleyiciler nedeniyle amaçlı olarak yaptığı, gerçek olmayan ya da abartılı fiziksel ya da psikolojik belirtiler ortaya koyması olarak tanımlanabilir. Ruhsal hastalıkları taklit etmek eskiden beri kişilerin sık başvurduğu bir yöntemdir. En fazla taklidi yapılan psikiyatrik durumlar; zeka geriliği, bunama, amnezi, psikoz ve travma sonrası stres bozukluğudur.

AYIRICI TANI

Tıbbi problemler klinik olarak belirtiler ve/veya bulgular ile kendini gösterir. Geleneksel belirtili tanımı "hasta tarafından deneyimlenen ve hastalığın göstergesi olan hastanın anlattığı şikayetlerdir", subjektiftir ve ölçülemez. Bulgular ise hastanın muayenesinde saptanır. Somatik belirtili bozukluğu ve hastalık kaygısı bozukluğunun ortak bir özelliği, kişide somatik belirtilerin önemli sıkıntı ve bozulmaya yol açmasıdır. Bu bozukluklarda belirtiler ile bulgu ve tanısal testler arasında yeterince güçlü ilişki gösterilememesi de işaret edilmesi gereken bir özelliktir. Konversiyon bozukluğunda belirtiler belirgin olabilir; ancak diğer somatik belirtili bozukluklarından farklı olarak belirtilerle birlikte "organik olarak" açıklanamayan nörolojik bulgular ile karakterizedir. Konversiyon bozukluğu olan hasta sadece körlük veya konvülsiyonlardan şikayet etmez ayrıca bunlara "sahiptir". Yeterince iyi muayene ve gözlem ile bu bulgular klasik nörolojik bulgulardan ayırt edilebilir.

Diğer taraftan yapay bozukluk kısmı ise daha ilginçtir. Bu olguların bazılarının, kendilerine verdikleri açık zarar ile ortaya çıkması dikkat çekicidir. Genellikle sepsis, hipoglisemi ve anemi gibi hastalık bulgularıyla kendisini gösterir. Genellikle bir hastalığın indüklenmesi veya bulgunun ortaya çıkarılması aşamasının hemen öncesinde veya eşzamanlı olarak belirtilerin üretildiği görülmektedir.

Psikodinamik teori de tıbben açıklanamayan belirtilerin etiolojisine ilişkin olarak büyük ölçüde kendi bakış açısından açıklama getirmiştir. Psikolojik durumların fiziksel olanlara dönüşümü anlamına gelen "somatize" ve "konversiyon" gibi

terimleri kullanmaktadır. Bu dönüşümlerin bilinçsiz olarak gerçekleştiği varsayılır. Bilişsel-davranışçı modelde ise açıkça bilinçsiz olmasa da, otomatik düşüncelerin benzer şekilde ortaya çıkışı söz konusudur. Bu dışavurumu kasıtlı veya kasıtsız olarak tanımlamak daha kapsayıcı olabilir.

Somatik belirti bozukluğu ve hastalık anksiyetesi bozukluğunda algılanan şiddet fazla olabilir veya kişi doktorların onları ciddiye almayacağı korkusuyla bu belirtileri abartılı bir şekilde tasvir edebilir. Ayrıca kişi yaşadığı endişe ile kasıtlı olarak belirtilerini abartabilir.

Konversiyon bozukluğu belirtileri kasıtsız ortaya çıkar. DSM-V'in, "belirtiler amaçlı olarak ortaya çıkarılmaz veya belirtiler varmış gibi davranılmaz" kriterini konversiyon bozukluğundan çıkardığı görülmektedir. Buradaki amaç kasıtlı davranışın belirlenmesindeki zorluktur. Tabi ki kasıtlı davranış tespit edildiğinde konversiyon bozukluğu dışlanmalıdır. Ama konversiyon bozukluğu tanısı konulduğunda davranışın kasıtsız olarak ortaya çıktığının varsayıldığını unutmamak gerekir.

Yapay bozuklukta yalan söyleme ve kasıtlı davranış kilit noktalar. Örneğin; sepsis durumu sebebine bakılmaksızın bir sepsistir ve tedavi edilmelidir. Bununla birlikte sepsisin nasıl meydana geldiği konusunda aldatmaca ve yalan vardır.

Birincil ve ikincil kazanç terimleri bu hasta grubunun ihtiyaçlarının karşılanması için kullanılan yolları tanımlar. Birincil kazançta intrapsişik gerginliğin bilinçli farkındalık alanından uzaklaştırılarak dışarı vurulması (belirti) söz konusudur. Bu gerginliğin kendi farkındalık alanından uzakta tutulması birincil kazançtır. Belirtinin yol açtığı yeti yitimi de hastanın görev ve sorumluluklarından kurtulmasını sağlar ve çevrenin hastaya olan ilgi ve desteği artar. Böylece belirtinin sürmesinde ve tekrarlamasında etken olan ikincil kazanç elde edilmiş olur.

TEDAVİ VE PROGNOZ

Somatik belirti ve ilişkili bozuklukların tedavisi, öncelikle bu bozuklukların belirli bir tıbbi hastalığın belirti ve bulgularını içeren işlevsiz amaca yönelik davranışları içerdiğinin farkına varılması ile başlar. Bu nedenle; bu durumları, bir hastalık göstergesi olmaktan çok, uygun olmayan hastalık davranışları olarak kabul etmek yararlı olabilir. Bu şekilde bir yaklaşımla tedavi, davranışın kendisine işaret eder.

Hekim ile hasta arasında bir güven problemi yaşanması olasıdır ve bu hasta grubu hekimlerde çaresizlik hissi, yılmışlık, hayal kırıklığı gibi olumsuz duygulara neden olabilir.

Bu hasta grubunun yönetimi, sağlam ve istikrarlı bir terapötik hekim-hasta ilişkisi ile başlar ki, bu ilişki hekimin hastayı samimi bir merak ile dinlemesi, onun acı çeken ve muhtemelen acı çekmek istemeyen bir insan olduğunun farkında olması temelinde sağlanabilir.

"Somatize eden" hasta ile terapötik ilişki nasıl kurulur?

- Hastanın belirtilerini savunma ihtiyacını en aza indirin.
- Öyküyü bir araya getirirken yönlendirici ve yargılayıcı olmaktan kaçının.
- Hastayı bir belirti günlüğü tutması konusunda teşvik edin.
- Sıkıntıyı onaylarken uygunsuz tanısız etiketlemelerden uzak durun.
- Belirtilerin etiyojisine yönelik münakaşa durumlarında konuyu değiştirin.
- Gerçekçi olmayan açıklamalardan kaçının.
- İyileşme yerine işlevselliğin düzelmesine odaklanın.
- Belirtilerin ortadan kalkması yerine belirtilerin hafiflemesi ve baş etme becerilerinin artmasına odaklanın.
- Hastanın bütün tıbbi başvuruları öncesinde danışmanlık yapmak konusunda ısrarcı olun.
- Hastanın uzun süreli bir hekim-hasta ilişkisine olan ihtiyacını vurgulayın.
- Eğer hasta tekrarlayan bir şekilde tıbbi müdahaleler yaptırmaya devam ediyorsa terapi sürecini sonlandırma olasılığı konusunda konuşun.
- Hastanın yaşamındaki stres etkenlerini gözden kaçırmayın.
- Komorbid psikopatolojileri gözden kaçırmayın.
- Hastanın sağlık durumundaki alışılmadık değişiklikleri gözden kaçırmayın.
- Rutin sağlık kontrollerini destekleyin.

Güvenilir bir ilişki kurulduktan sonra, tedavi sürecinde önemli role sahip iki konuya odaklanılır.

1. Gereksiz tanısız testler ile agresif medikal ve cerrahi girişimlerden kaçınmayı sağlamak. Bir tedavi takımı ve tedavi planı oluşturmak, bunları hastanın hemfikir olacağı şekilde yapmak.

2. Hastaya, belirtilerin ortadan kalkması konusundaki işlevsiz uğraşlar yerine belirtilerle birlikte maksimum işlevselliği sağlayabilme konusunda yardımcı olmak. Olumlu pekiştirmeler kullanmak, potansiyel komorbid durumları göz önünde bulundurmak ve tedavi etmek, gerektiğinde psikiyatri uzmanına yönlendirmek.

Tıbbi olarak açıklanamayan belirti, çok sayıda hasta ve onları anlamaya ve tedavi etmeye çalışan hekim grubunu ilgilendiren önemli bir sorundur. DSM-V bu bozuklukları Somatik Belirti ve İlişkili Bozukluklar kategorisi içinde sınıflandırmıştır. Günümüze kadar genel tıpta bu bozukluklarla ilgili psikiyatrik tanısız sınıflandırmalar kullanılmamış ve bu hastaların çoğu fibromiyalji ya da kronik yorgunluk sendromu gibi fonksiyonel somatik sendromlar kategorilerinde sıkışıp kalmışlardır.

SONUÇ

Açıklanamayan belirtilerin kendileri bazen hastanın işlevselliğini fazlaca bozan hastalık davranışları kadar

önemli olmayabilir. Birinci basamak sağlık hizmeti verilirken uygulanacak yaklaşımlar ya da psikoterapiler ile uygun olmayan hastalık davranışlarına dikkat çekmek ve hastanın hasta rolü ile elde ettiği ayrıcalıkları görünür hale getirerek sonlandırmak bu hasta grubunun etkin bir şekilde yönetilebilmesinde fayda sağlayabilir. Özellikle eşlik eden duygudurum ve anksiyete bozukluklarını da hedef alan dikkatli ve konservatif ilaç kullanımı da belirtilerin hafifletilmesinde önemlidir.

KAYNAKLAR

1. Sadock BJ, Sadock V.A. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry. Lippincott Williams & Wilkins, 2011.
2. Stern TA, Fricchione GL, Rosenbaum JF. Massachusetts General Hospital Handbook of General Hospital Psychiatry Elsevier Health Sciences, 2010.
3. Roberts LW. (Ed.). The American Psychiatric Association Publishing Textbook of Psychiatry. American Psychiatric Pub, 2019.
4. Harrison P, Fazel M. Shorter Oxford textbook of psychiatry. Oxford university press, 2017.
5. First MB. Psychiatric classification. Psychiatry 2008;659-678.



ŞİDDET

Doç. Dr. Filiz İzci¹, Uzm. Dr. Halim Ömer Kaşıkçı²

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Bölümü, İstanbul, Türkiye

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Bölümü, İstanbul, Türkiye

GİRİŞ VE TANIM

Şiddet, güç ve baskı uygulayarak insanların bedensel veya ruhsal açıdan zarar görmesine neden olan hareketlerin tümüdür. Şiddet, kişinin istemediği, kişiyi tahrik eden, yıpratıcı ve saldırganlık içeren bir davranış biçimidir.

ETİYOLOJİ VE PATOGENEZ

1. Biyolojik Faktörler: Yapılan araştırmalar şiddet eğiliminin ve bu doğrultuda meydana gelen saldırgan davranışların genel olarak limbik sistem, frontal lob ve temporal lob ile ilişkili olduğunu gösterir.

Nörotransmitterler: Serotonin metabolizması şiddet davranışının ortaya çıkışında oldukça etkili faktörlerden biridir. Bunun dışında beyin omurilik sıvısında bulunan 5-hidroksiindolasetik asit adlı maddenin azalması, norepinefrin ve L-dopa düzeylerinin ise artması durumunda şiddet eğiliminin ve saldırgan davranışların arttığı görülür.

Limbik Sistem: Beynin bu bölgesindeki yapılardan kaynaklanan kriz ve nöbetlerin saldırganlık ile ilişkili olduğu söylenebilir.

Endokrin Bozukluklar: Premenstrual sendrom sırasında meydana gelen hormonal değişiklikler kadınlarda saldırgan davranışlara yol açabilir. Bunun yanı sıra alkol kullanımı sonucu baskılanan bazı beyin fonksiyonları dürtü kontrolünün engellenmesine ve muhakeme yeteneğinin azalmasına yol açar. Bu doğrultuda alkol ve benzeri keyif verici maddelerin şiddet eğilimini büyük ölçüde artırdığı söylenebilir.

2. Psikososyal Faktörler

Gelişimsel Faktörler: Gelişim döneminde şiddete tanık olan veya maruz kalan çocukların yetişkinlik döneminde şiddet uygulayan bireyler olma olasılığı çok daha yüksektir.

Çevresel Faktörler: Yapılan araştırmalar doğrultusunda kalabalık yaşam ortamlarının şiddet eğilimini artırdığı, hava durumunun (örneğin; rahatsızlık yaratacak düzeyde artan ortam sıcaklığının) şiddet üzerinde etkili olduğu söylenebilir.

3. Sosyo-ekonomik Faktörler: Bu alanda yapılmış olan niteliksel çalışmaların sonuçlarında ırk ve ekonomik eşitsizlik gibi

faktörlerden bağımsız olarak ağır yoksulluk durumunun ve evlilik hayatında yaşanan sorunların şiddet ile ilişkili olduğu ortaya konmuştur. Aile yapısında bozulmaya neden olan sosyo-ekonomik faktörler de bu ailelerde yetişen çocukların saldırgan davranışlarında artışa neden olur.

4. Psikiyatrik Faktörler: Psikotik bozukluk olarak tanımlanan hastalıklardan manik tipteki bipolar bozukluk, şizofreni ve paranoid bozukluklar saldırgan davranışlarda artışa neden olabilir. Bu psikiyatrik rahatsızlığa sahip olan kişilerde hem çevreye hem kendilerine yönelik şiddet uygulama eğilimi gözlenir. Psikotik olmayan bozukluklardan ise travma sonrası stres bozukluğu yaşayan kişilerde; borderline, paranoid ve anti-sosyal kişilik bozukluklarında şiddet eğiliminde artış meydana gelir ve bu kişilerde saldırgan içerikli davranışlarla son derece sık karşılaşılır.

5. Diğer Faktörler: Uyuşturucu madde kullanımında ve sonrasında, merkezi sinir sistemini etkileyen bazı patolojik durumlarda ve yetişkinlik döneminde dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu varlığında saldırgan davranışların ve şiddet eğiliminin arttığı söylenebilir.

KLİNİK

Şiddet Türleri

1. Fiziksel şiddet: Fiziksel şiddet, acı veren, fiziksel-sosyal-zihinsel gelişimde zarara yol açabilecek davranışlardır.

2. Duygusal-sözlü şiddet: Bireyin kişiliğini zedeleyen, duygusal gelişimini engelleyen eylemlerin tümüdür. Örneğin; sürekli eleştirmek, görüşlerini-çalışmalarını küçümsemek, kararlara katılımını-karar vermesini engellemek, sürekli sorguya çekmek, sık sık bağışlamak, küfür etmek, aşağılamak, aşağılayıcı isim takmak, kapasite ve isteklerini sürekli kötülemek gibi. Duygusal-sözlü şiddete maruz kalan çocuklarda, zihinsel-duygusal gelişimde duraklama, çevresine uyum sağlamakta zorlanma, madde-nesnelere bağımlılık geliştirme, aşırı kaygı korkular yaşama gibi problemler görülebilir.

3. Cinsel şiddet: Kişinin karşısındakinin istememesine, kabul etmemesine, farkında olmamasına (özellikle çocuklar) rağmen

fiziksel, duygusal, sosyal, psikolojik güç kullanarak, cinsel haz almak amacıyla birinden yararlanmasıdır. Örneğin; istemediği cinsel ilişkiye zorlamak, başkalarıyla cinsel ilişkiye zorlamak, tecavüz, cinsel olarak kişiyi korkutan ve kıran söz ve davranışta bulunmak, sözlü-yazılı cinsel içerikli tacizde bulunmak, namus ve töre nedeniyle baskı uygulamak, cinsel haz almak için çocuktan (sevgi, ilgi, oyun vb. yaklaşımlarla) yararlanılması, cinsiyetinin aşağılanması (kadın, erkek, eşcinsel) gibi. Cinsel şiddete maruz kalan çocuklarda, kişiler arası iletişimde sorunlar yaşama, davranış bozuklukları, karşı cinsle sorunlar, korkular-kaygılar, toplumsal cinsel rolleri yaşayamama, yetişkinliğe geçişte zorluk yaşama gibi problemler görülebilir.

4. Toplumsal ilişkileri sınırlayıcı şiddet: Bireyselliğin yaşanmasına izin vermeme, varlığı-kişisel kabulü engelleyici tutum, kendini gerçekleştirme ket vurma, sınırlayıcı, engelleyici ve yasaklayıcı tutumlar içeren şiddet çeşididir.

Örneğin; ailesi, arkadaşları, komşuları ile görüşmesini yasaklamak, evden dışarı çıkmasını yasaklamak, başkalarının yanında aşağılamak, özel yaşam, mahremiyet hakkı tanımamak, namus ve töre nedeniyle baskı uygulamak, zorla istemediği birisiyle evlendirmek gibi problemler görülebilir. Maruz kalan çocuklarda, özgüven eksikliği, depresif belirtiler, saldırgan davranışlar daha sık görülür.

5. Ekonomik şiddet: Kişinin ekonomik; kazancını, kazanma hakkını, enerji, güç ve yetilerini kendi yararına kötüye kullanma durumudur. Çalıştırılan çocuklar gibi. Ekonomik şiddete maruz kalan çocuklarda, başkalarına güvenmeme, yakınlarından uzaklaşma, kızgınlık-korku duyma, duygularını ifade edememe gibi problemler görülebilir.

TANI

Şiddet Risk Faktörleri

Kimin şiddet davranışı göstereceği, kimin göstermeyeceğini önceden belirleyebileceğimiz acık ve belirgin ölçütler yoktur. Yapılması gereken, potansiyel şiddet için risk faktörlerini tanımlamak ve risk faktörleri çoksa ya da ciddiye önleyici tedbirler almaktır. Şiddet davranışı için risk etmenleri dört başlıkta toplanabilir:

1. Bireysel etmenler,
2. Öyküsel etmenler,
3. Klinik etmenler,
4. Diğer etmenler.

1. Bireysel Etmenler

Demografik özellikler

Yaş: Gençlik dönemi suç eğilimi için riskin en yüksek olduğu dönemdir. Psikopatlerde saldırganlık hızı erken erişkinlikten sonra durağanlaşır. Madde bağımlılarında ise yaşla birlikte görülen azalma daha yavaştır.

Sosyo-ekonomik durum: Düşük sosyo-ekonomik düzeyde şiddet olaylarının görülme sıklığı üç kat daha fazladır. Genel popülasyonda erkeklerde saldırgan davranış hızı kadınlardan daha yüksektir. Ruhsal hastalığı olanlarda ise temel şiddet hızı cinsler arasında farklılık göstermemektedir. Geniş toplum örneklemelerinde sosyo-ekonomik durum ve diğer demografik değişkenler kontrol edildiğinde ırk belirgin bir risk etmeni değildir.

Bilişsel

Zeka düzeyi: Düşük zeka düzeyi veya entelektüel kayıplar riski artırır.

Nörolojik hastalıklar: Kafa travması, temporal lob epilepsisi, iktal, postiktal, interiktal dönemler bazen artmış saldırganlık riski ile ilişkilidir.

Kişilik

Psikopati: (Burada kullanılan psikopati kavramı anti-sosyal kişilik bozukluğu ile eşdeğer değildir). Dürtüsel, duygusal labilite, kolay uyarılabilirlik, engellenme eşiğinin düşük olması, nesne ilişkilerinde sürekliliği sağlayamama, ben-merkezcil olma, sosyal ilgisizlik, düşük benlik saygısı, eleştiriyi tolere edememe, kendi davranışlarını gözleyememe, yüzeysel çekiciliği olan, empati eksikliği olan, hilekar, ilke ve amaçları olmayan, sorumsuz davranışları olan ve sosyal normlara uymama eğilimi gibi sosyal sapma davranışlarını içeren kişilik özelliklerini açıklamaktadır. Bu bozukluk ilk kez çocuklukta ortaya çıkar, ergenlikte artış eğilimi gösterir ve geç erişkinliğe dek sürer. Bu tür özellikler şiddet ve suç ile yakından ilişkilidir.

Bilişsel uygunluk: Saldırganlık eğilimi, şiddet fantezileri, şiddetin başarısı veya aracı ile ilgili beklentiler.

Duygulanımda uygunluk: Öfke ve kin, şiddet isteğini artırır. Empati, suçluluk, kaygı veya korku ise şiddet davranışını engeller.

Öfke kontrolü: Öfke saldırganlığı hızlandırıcıdır. Öfke ile baş etme zorluğu, patlayıcı öfke nöbetleri riski artırıcı etmenlerdir.

Dürtüsellik: Dürtüsel özelliği olan kişiler düşünmeden saldırgan yanıtlar verme eğilimi gösterirler ama sonradan pişmanlık hissederler.

2. Öyküsel Etmenler

Sosyal öykü

Aile çevresi: Erken ev yaşantısında şiddet, ebeveynlerde ağır psikopatoloji, çocuklukta istismar edilme, evde şiddet içeren davranışlara tanık olma ile erişkinlikteki saldırgan davranışlar ilişkilidir.

İş ve yerleşim yeri düzensizliği: Sürekli bir yerleşim yerinin olmayışı ve işsizlik riski artırır.

Eğitim öyküsü: Düşük eğitim düzeyi.

Suç ve Şiddet Öyküsü

Suç ve şiddet davranışı öyküsü: Geçmişte şiddet içeren davranışın oluşu gelecekteki şiddetin en iyi habercisidir. Her bir geçmiş atak riski artırır. Beşten fazla saldırı öyküsü olanlarda risk %50'nin üzerine çıkmaktadır.

İlk ciddi atağın yaşı: İlk şiddet içeren saldırı veya tutuklanma çocukluk dönemine rastlıyorsa risk artar.

3. Klinik Etmenler

Majör ruhsal hastalık: Tanı alanlarda saldırganlık riski almayanlardan 3-5 kat daha fazladır. Majör psikotik veya affektif hastalığı olanların yaklaşık %11-13'ünün bir önceki yılda saldırgan bir davranış sergiledikleri gösterilmiştir. Çoğul tanı ve eş tanıli madde kötüye kullanımı riski artırır.

Aktif psikotik belirtiler: Algılanan tehdit ve kendi kontrolünün azalmasının üst üste binmesi ile ilgili belirtiler.

Madde kötüye kullanımı: Hiç tanı almayanlara göre alkol kötüye kullanımında veya bağımlılığında saldırganlık prevalansı 12 kat, madde bağımlılığında ise 16 kat daha fazladır. Eş tanıli madde bağımlılığı majör ruhsal hastalığı olan kişilerin riskini artırmaktadır.

4. Diğer Etmenler

Algılanan stres: Aile, akran grubu ve iş ile ilgili zorlayıcı etmenler (örselenmeler, kızgınlıklar, aşağılanmalar, kişiler arası zorlanmanın önemli kaynaklarındandır).

Zayıf sosyal destek: Anamlı sosyal destek eksikliği, kaotik aile yaşantısı ve evde şiddet, riski artırır.

Kurbanların uygunluğu: Geniş bir kurban yelpazesinin olması veya küçük bir grupta tekrarlanan saldırılar (eşe şiddet kullanma gibi) saldırganlığı kolaylaştırır. Silah ve saldırı araçlarını kolay elde edebilme: silahlarla uğraşma, eğitimini alma, düzenli taşıma ve kullanma, alkol ve maddenin kolay elde edilebilmesidir.

Daha önceki şiddet davranışı ile benzerlik gösterme: Daha önceki şiddet davranışı koşulları ile gelecekteki koşulların benzerlik göstermesi riski artıran etmenlerdendir.

Klinisyenlerin potansiyel olarak saldırgan olan hastaları değerlendirip bu hastalara farklı ortamlarda (psikiyatrik aciller, ruh sağlığı hastaneleri, genel hastanelerin ruh sağlığı klinikleri, adli servisler, özel muayenehaneler) nasıl yaklaşacakları konusunda acilen karar vermeleri gerekmektedir. Elde edilen bilginin tipi ve miktarı ile verilecek kararın gerçekleştirilmesi için gereken zaman dilimi şartlara göre değişmektedir.

AYIRICI TANI

Şiddet birden fazla hastalık içinde gözlenebilen bir semptom olduğu için, altta yatan nedene yönelik tanılama yapılmalıdır. Şiddete neden olan hastalıklar arasında sunlar sıralanabilir.

Tanılamaya gitmek için mutlaka bu hastalıklar gözden geçirilmelidir. Bu hastalıklar: Temporal lob epilepsisi, sanrısız bozukluk, fensiklidin, amfetamin, liserjik asit dietilamid gibi maddelerin aşırı dozuna bağlı gelişen organik mental bozukluk, majör depresyon, temporal lob ve diğer beyin tümörleri, bipolar affektif bozukluk, hipoglisemi, deliryum, episodik diskontrol bozukluğu, semptomimetik ilaçların yol açtığı psikoz, borderline kişilik bozukluğu, post-travmatik stres bozukluğu, histerik psikoz, idiyopatik alkol zehirlenmesi, alkol paranoyası, alkol halüsinozisi, kronik organik beyin sendromu, paranoid kişilik bozukluğu, paranoid tip şizofreni, katatonik eksitasyon, anti-sosyal kişilik bozukluğu, dekompanse obsesif-kompulsif bozukluk, dissosiyatif bozukluk, homoseksüel panik, barbitürat, trisiklik, tetrasiklik, monoamin oksidaz inhibitörü veya benzodiazepin tedavisinin yan etkileridir.

TEDAVİ

Eğer hastanın değerlendirmesi sonucunda ilaç tedavisi gerekiyorsa hasta tespit edilmeden veya tecrit edilmeden yapılmalıdır. Ajitasyon ders notunda uygulanan tedaviler burda da geçerlidir.

Farmakolojik Tedavi

Yüksek potanslı antipsikotik ilaçların dikkatlice titre edilerek parenteral uygulanmasıdır. Bu yöntemle klinik yanıt hızlıdır. Düşünce bozukluğu, sanrılar ve varsanılar gibi çekirdek belirtiler 10 mg haloperidolun uygulanmasını takiben ilk altı saat içinde düşmanlık ve kavgacılık ise ilk 20 dakika içinde düzelme gösterir. Birçok akut psikotik hastada ise semptomların yatışması 24-72 saat sürer. Günlük haloperidol intramusküler tek doz olarak 2,5 mg ile 30 mg arasında kullanılmaktadır. Ayrıca günlük tek doz olarak kullanıldığı gibi 20 dakika aralıklarla da günlük toplam doz 100 mg'ye dek çıkarılabilir. Yüksek ve düşük doz karşılaştırmalı çalışmalar günlük 15-45 mg haloperidol ile optimum yarar elde edildiğini göstermektedir. Hızlı nöroleptizasyonda farklı protokoller uygulanmaktadır. Yüksek potanslı nöroleptiklerden düşük doz olarak her 4-8 saatte bir 5 mg haloperidol (1 cc) günlük toplam doz 15-30 mg olarak önerilmiştir. Yüksek doz uygulamasında ise her yarım saatte bir 10 mg haloperidol intramusküler günlük toplam doz 45-100 mg olarak önerilmiştir. Parenteral haloperidol tedavisinde ise 2-6 saatte bir 20-60 mg haloperidol uygulanmaktadır. Düşük potanslı nöroleptikler daha az sıklıkta kullanılmaktadır. Klorpromazin için test dozu 10-25 mg olarak uygulanmaktadır. Eğer bir saat içinde ortostatik hipotansiyon gelişmezse her dört saatte bir 25 mg (düşük doz) veya 75 mg (yüksek doz) uygulanır. Klinik olarak uygun durum sağlanınca hızla oral alıma geçilir. İlk 24 saatte uygulanan parenteral doza eşdeğer oral dozun 2/3 ile 1,5 katı uygulanır.

Hızlı nöroleptizasyona ve barbitürat narkozuna karşı diğer bir seçenek de damar içine diazepam (5-10 mg) Benzodiazepin türevi parenteral anestezik ilaç midazolam da nadiren de olsa saldırgan davranışa müdahalede kullanılmaktadır.

KAYNAKLAR

1. Dilbaz N. Şiddet riskinin değerlendirilmesi ve saldırgan hastaya yaklaşım. Klinik Psikiyatri. 1999;2:179-188.
2. Psikiyatri Temel Kitabı. Köroğlu E, Güleç C (Eds). Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2007.
3. Ruh sağlığı ve bozuklukları, Öztürk MO, Uluşahin NA. Ankara: Nobel Tıp Kitabevi; 2016.



TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU

Doç. Dr. Y. Özay Özdemir

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

GİRİŞ VE TANIM

Travma (örselenme) kişinin ruhsal ve bedensel bütünlüğünü değişik biçimlerde yaralayan, sarsan, tehdit eden, yoğun korku, dehşet ve çaresizlik duygularına neden olan her türlü olay şeklinde tanımlanmaktadır. Kişinin böyle bir olayla doğrudan kendisinin karşılaşmadığı ancak tanık olduğu durumlar da travma etkisi yapabildiği için bu tür tanıklıklar da travma olarak kabul edilmektedir.

Stres (zorlanma) organizmanın denge durumunun (homeostasis) bozulması durumudur. Travmatik olayın isimlendirilmesi kaynağına göre değişebilmektedir. Travmatik olay sırasında kurban ezici bir gücün etkisiyle çaresiz hisseder. Ezici güç deprem ve sel gibi doğa kaynaklıysa afet; cinsel ve fiziksel saldırı, işkence gibi insan eliyle uygulanırsa vahşettir. Ayrıca trafik ve uçak kazaları gibi kazalar da travma etkeni olabilir.

Travmatik olayları (doğa ya da insan kaynaklı yıkımlar, çığ, deprem, sel, savaş, ağır kazalar, saldırıya uğrama, tecavüz, işkence, başkalarının vahşice öldürülmesine tanık olma vs.) yaşayan hemen herkes aşırı korku, şaşkınlık ve öfke hisseder. Bu tür yaşantılar sonrasında çoğu insan akut travma belirtileri gösterir, zamanla (genellikle bir ay içinde) yatışır. Bazı kişilerde ise belirtiler zamanla yatışmaz, artarak ilerler. Travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) travmatik olay sonrasında gecikmiş ve uzamış belirtilerin görüldüğü bir sendromdur.

EPİDEMİYOLOJİ

Yeterince şiddetli travmatik olay karşısında hiç kimse bağışık değildir. TSSB en sık genç erişkinlerde görülür ancak her yaşta gelişebilir. Genç erişkinlik travmatik olaylarla karşılaşma olasılığının en yüksek olduğu dönemdir. Yetişkinlere kıyasla çocuk ve ergenler zarara karşı özellikle duyarlıdır. Ergen askerler olgun olanlara göre savaşta TSSB geliştirmeye daha yatkındır, ergenlik ve genç yetişkinlik dönemindeki kadınlar da tecavüz sonrası psikolojik hasara daha duyarlı olurlar.

Ülkemizde yapılan bir araştırma sonuçlarına göre; deprem sonrasında TSSB görülme oranı toplum taramalarında %20, çadırlarda yaşayanlarda %47, tedavi için başvuranlarda %63 olarak bulunmuştur.

Savaşın sona ermesinden 15 yıl sonra gazilerin üçte birinden fazlasının hala TSSB belirtileri gösterdiği bildirilmiştir. Başka bir araştırmada tecavüz sonrası acil servise başvuran kadınların tümünde TSSB belirtileri gösterilmiştir. Diğer travmatik olaylarla karşılaştırıldığında tecavüz mağdurlarında yüksek oranda kronik ve dirençli TSSB olduğu bildirilmektedir.

Travmatik olay sonrası psikolojik zararın en güçlü belirleyeni travmatik olayın niteliğidir. Savaş ve doğal afetlerin etki büyüklüğü ile psikolojik hasar arasında doğrusal bir ilişki gösterilmiştir; travmatik olaya maruziyet ne kadar yaygınsa, TSSB görülme sıklığı da o derece yaygın olur.

Şiddete tanıklık eden kişilerde yoğun suçluluk duygusunun gözlemlendiği, yalnızca pasif izleyici olmakla kalmayıp sürece aktif biçimde katılmış olan travmatize kişilerde TSSB gelişme riskinin yüksek olduğu bildirilmektedir.

ETİYOLOJİ VE PATOGENEZ

Travmatik olayların olağandışı olduğu ve bu özelliğın travmatik olayların seyrek ya da alışılmadık olaylar olmasından kaynaklanmadığı vurgulanmaktadır. Olağandışılık, travmatik olayların insanların hayata uyumunu bozması ve kontrol, bağ kurma ve anlam duygusu veren olağan davranış düzeneklerini çöktürmesiyle ilgilidir. Tecavüz, dayak, cinsel ve ev içi şiddetin diğer biçimleri gibi psikolojik hasar oluşturan travmatik olayların, oldukça sıradan ve yaygın biçimde görüldüğü, artık bilinmektedir.

Travmatik olay esnasında kişi şiddet ve ölümle ya da beden bütünlüğüne, genel olarak yaşama karşı tehditlerle karşılaşır. Psikolojik travmaların ortak paydası yoğun korku, çaresizlik, kontrol kaybı ve yok olma tehdidi hislerine neden olmasıdır. Gafil avlanma, tuzağa düşme, tükenme noktasına gelme deneyimlerinin travmatik olayın şiddetini artıran unsurlar olduğu belirtilmektedir. Travmatik olaylar fiziksel ihlali ya da yaralanmayı, aşırı şiddete maruz kalmayı ya da sıra dışı bir ölüme tanık olmayı içeriyorsa zarar olasılığı artmaktadır.

Travmatik olaya bireyin yanıtını belirleyen etmenlerin en önemlileri mağdurun yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyi ve kişilik yapısı; travmanın niteliği, şiddeti ve kişi tarafından anlamlandırılması; travma sonrası sosyal, toplumsal ve ekonomik destektir.

Birinci derece akrabalarında psikiyatrik hastalık öyküsü, çocukluk çağı travması, ebeveyn yokluğu, çocukluk ya da ergenlikte davranış bozukluğu, 10 yaşından önce anne-baba ayrılığı, nörotik yapı, içe dönük, psikiyatrik hastalık öyküsü, 15 yaş öncesi düşük özgüven, travmadan önce ve sonra olumsuz yaşam olayları ve kadın cinsiyete sahip olanların TSSB açısından riskli grup olduğu belirtilmektedir.

PATOLOJİ

Travmatik olaylar kişilerin psikolojik uyarılmalarında, duygu, bilinç ve hafızalarında derin ve kalıcı değişiklikler oluşturur; bu işlevlerin olağan entegrasyonunu bozar. Travmatik olayın olağan durumda karşılıklı etkileşim içinde işlev gören karmaşık öz-savunma sistemini parçalaması, TSSB'nin tarihsel gelişiminde merkezi rol oynar. Travmatize insanlar, zamandan kopmuş gibi hisseder ve davranırlar. TSSB'nin ana belirtileri üç gruba ayrılarak incelenir; aşırı uyarılma (hyperarousal), zorla girme (intrusion) ve daralma (constriction).

KLİNİK

Aşırı uyarılma, sürekli tehlike beklentisiyle ve kendini koruma sisteminin sürekli teyakkuzda olmasıyla ilgilidir. Psikolojik uyarılma hali içindeki kişi kolaylıkla irkilir, küçük uyarılarda bile şiddetli tepkiler verir, uykusu bozulur. TSSB'nin çekirdek belirtisi olarak kabul edilen aşırı uyarılma belirtilerinin (psikofizyolojik değişiklikler) otonom sinir sisteminin kronik uyarılması sonucu geliştiği bilinmektedir. Travmatize kişi ellerde kaba titreme, irkilme tepkisi, yerinde duramayacak kadar huzursuzluk gibi yaygın anksiyete belirtilerinden acı çeker. Uyarılmadaki artış uyku esnasında da devam eder; çok çeşitli uyku bozuklukları görülür, uykuya dalmalar uzun sürer, gürültüye çok hassastırlar, gece boyunca sık uyanırlar.

Zorla girme (intrüzyon) belirtileri, travmatik anın silinmez izini ifade eder. Zaman travma anında durmuş gibidir; travmatik olaydan uzun süre sonra bile travmatize insanlar tehlike deneyimleri şimdiki zamanda sürekli tekrerrür ediyormuş gibi tekrar yaşarlar. Travmatik olayın etkisiyle ortaya çıkan yüksek sempatik sinir sistemi uyarılması travmatik hafızanın gelişimine yol açar; hafızanın verbal (sözel/dilsel) kodlaması etkinliğini kaybeder, adeta hayatın başlarında baskın olan duyuşal (sensorial) ve resimsel (visual) hafıza biçimlerine geri dönüş olur. Bu anormal hafıza formunda kodlanmış olan travmatik an, hem uyanıklık durumunda geçmişe dönüş olarak hem de uyku sırasında travmatik kabuslar olarak olağan zihinsel süreçleri kesintiye uğratar. Travmatik olayı hatırlatan herhangi bir şey, olayın hatıralarını tüm canlılığı ve duygusal gücüyle birlikte zihne getirir.

Travmatik hafızanın bir sonucu da travmatik rüyalar; sembolizasyon işleminden geçmemiş travmatik olay parçalarını barındırır. Sık tekrarlanır, şimdiki zamanda oluyormuş gibi

ürkütücü bir dolaysızlıkla deneyimlenir. Travmatik anılar, uyanıklıkta olduğu gibi uykuda da farklılaşmış bir işleyiş gösterir; travmatik kabuslar insanların olağan durumda rüya görmedikleri uyku evrelerinde görülebilir.

Travmatize kişilerin travma anını düşünceleri ve rüyaları yanında davranışlarında da yeniden yaşadıkları gözlemlenir. Travmatik olayın bazı yönlerini, farklılaşmış biçimlerde, bilincinde olmaksızın tekrar tekrar canlandırırlar. Sigmund Freud, travmatik deneyimlerin takıntılı bir şekilde tekrar tekrar yaşantılanmasına “yineleme zorlantısı (repetition compulsion)” demiştir.

Travmatik bir deneyimin yeniden yaşantılanması yoğun duyguları tetiklediği için travmatize kişi ondan kaçınmaya çalışır. Bir yanda travmatik olayın anılarla, kabuslarla, canlandırmalarla yeniden deneyimlenmesi, diğer yanda bu girici (intruzif) belirtilerden kaçınma çabası sıklıkla bilinçlilikte daralma ve yoksullaşmış bir hayatla sonuçlanır. Bulunduğu durumdan gerçek dünyadaki eylemlerle değil, zihinsel durumundaki değişikliklerle kaçır. Zihinsellikteki değişimle gerçekleştirilen bu “donup kalma” tepkisi, TSSB'nin üçüncü belirti kümesi olan daralmanın (constriction) merkezinde yer alır. Travmanın bu zihni daraltan, kısıtlayıcı (konstrüktif) etkisiyle ortaya çıkan algısal değişiklikler olur; kayıtsızlık hissi, duygusal ilgisizlik, kişinin tüm inisiyatiflerden kendini çektiği derin edilgenlikle özel bir tür duyu kaybı, hissizlik birlikte görülür. Travmatik olay dışında her şeye karşı ilgi, dikkat azalır. Unutkanlıktan yakındır. Disosiyasyon olarak adlandırılan bu değişmiş zihin durumunda kişi, olay kendi başına gelmemiş gibi, biraz sonra uyanacağı kötü bir rüyadaymış gibi hissedebilir. Bu algısal değişiklikler dayanılmaz acıya bir savunma olarak işlev görür.

Disosiyatif yaşantılar yanında alkol ve madde kullanımıyla ilgili sorunlar travmatize kişilerde sıklıkla rastlanır. Tüm bunlar kendi dertlerine ve başka insanlara daha da yabancılaşmalarını beraberinde getirir. TSSB'nin konstrüktif belirtileri düşünce, hafıza ve algısal alan dışında bilinçli eylem ve inisiyatif alanlarında da görülür. Travmatize kişiler biraz güvenlik duygusu hissedebilmek ve korkularının yayılmasını kontrol edebilmek için hayatlarını kısıtlarlar. Geleceğin planlanması ve öngörme yetileri kaybolur.

TANI

Travma sonrası bozuklukların tanınması ve resmi kabul gören sınıflandırma sistemlerine alınması uzun bir zaman sürecine yayılmıştır. Önce “travma nevrozu” ve “savaş nevrozu” gibi isimlerle anılmış ve nihayet 1980’de TSSB adı altında “Amerikan Psikiyatri Birliği”nin resmi mental bozukluklar el kitabına Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3. baskı (DSM-3) yeni bir kategori olarak konulmasıyla ilk kez “gerçek” bir tanı haline gelmiştir. TSSB, Amerikan Psikiyatri Birliği mental bozukluklar el kitabının dördüncü basımında anksiyete

bozuklukları ana başlığı altında sınıflandırılmaktayken kitabın son sürümü olan DSM-5'te ayrı bir tanı başlığı olarak yer almaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün ruhsal ve davranışsal bozukluklar tanı kılavuzu International Classification of Disease-10'da ise nevroitik, stresle ilgili ve somatoform bozukluklar ana başlığı altında sınıflandırılır.

AYIRICI TANI

Bütün hastalarda ilk ayırt edilmesi gereken organik beyin bozukluğu olup olmadığıdır. Temaruz olasılığı akılda tutulmalı, kişi ikincil kazançlar açısından değerlendirilmelidir. TSSB, birçok anksiyete ve duygudurum bozukluğu ile karışabilir. TSSB tanısı için kişinin "olağandışı" bir travmatik olay yaşamış olması gereklidir. İşten atılma, boşanma, hastaneye yatma gibi örseleyici olaylardan sonra gelişen ruhsal belirtiler "uyum bozukluğu" başlığı altında değerlendirilir.

Olağandışı travmatik olaydan sonraki ilk bir ayda başlayıp geçen belirtilerle akut stres bozukluğu tanısı konulur, belirtiler bir aydan uzun sürerse tanı TSSB olarak değiştirilebilir. TSSB'nin başka bir ruhsal bozukluk ile birlikte görülme olasılığı %80 civarındadır; ilk sırada depresyon ve ardından alkol-madde kullanım bozuklukları gelir.

TEDAVİ VE PROGNOZ

TSSB hastalarının yarısında belirtiler ilk üç ay içinde düzelir. Ancak hastaların önemli bir kısmında belirtiler bir yıl sonrasında

devam etmektedir. Kronikleşen TSSB hastaları özellikle depresyon, alkol madde kullanım bozuklukları ve bedensel belirtilerden muzdariptir. Kronikleşme hastaların yaşam kalitesinde bozulmalar ile bireysel, toplumsal ve ekonomik yükleri beraberinde getirir.

TSSB'nin tedavisinde belirtilerin şiddeti ve gündelik hayatı etkileme derecesine göre tedavi yöntemi seçilir; belirtiler çok şiddetli değilse yalnız psikoterapi, daha şiddetli durumlarda ilaç ve psikoterapi birlikte uygulanır. Hastada organik bir engel yoksa en kısa zamanda işine, görevine dönmesi faydalıdır ve hasta bu yönde desteklenir. Travmatik olaydan birkaç gün ya da haftada yapılacak travma odaklı psikoterapiler TSSB gelişimini önleyebilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Öztürk M, Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Ondördüncü baskı. Ankara: Bayt Yayın Hizmetleri, 2016:380-390.
2. Herman, JL. Travma ve İyileşme. Altıncı baskı. Çev. Tamer Tosun. İstanbul: Literatür Yayınları, 2019.
3. Davidson J. Issues in the diagnosis of posttraumatic stress disorder. Review of Psychiatry 1993;12:141-155.
4. Speed N, Engdahl B, Schwartz J, Eberly R. Posttraumatic stress disorder as a consequence of POW experience. J Nerv Ment Dis 1989;177:147-153.
5. Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı'ndan, çev. Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2013.

UYKU İLE İLGİLİ SORUNLAR

Prof. Dr. Ömer Akil Özer

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, İstanbul, Türkiye

GİRİŞ VE TANIM

Uyku: Mental ve biyolojik aktivitelerin, istemli kas hareketlerinin azaldığı; içsel ve dışsal uyaranlar ile tekrar bilinçli döneme dönülebilen, geçici, periyodik, uyanılabilen bilinçsizlik dönemidir. Nitelik ve niceliği canlılar arasında değişkendir fakat evrensel bir durumdur. İnsan hayatının yaklaşık 1/3'ü uykuda geçer. Metabolik, hormonal, adaptif ve homeostatik özellikleri mevcuttur. Aktif bir süreç olup; insanda kognitif (özellikle hafıza ve öğrenme), emosyonel ve problem çözmeye yönelik adaptif işlev (rüyalar gibi), beynin restorasyonu (sinir hücre bağlantılarının yenilenmesi gibi) işlevleri vardır.

Uyku sırasında ortaya çıkan ya da uykuda artan, uyku kalitesini bozan, uyku sırasında dinlenmeyi, uykuya dalmayı ya da uykuyu sürdürmeyi güçleştirebilen durumlardır. İnsomni (uykuya başlama ya da devam ettirmede zorluk veya sabah erken uyanıp tekrar uyuyamama), uyku apnesi (uykuda solunum durması), huzursuz bacak sendromu (yatağa uzandığında bacaklarda huzursuzluk hissi), kabuslar, uykuda istemsiz hareketler, somnambulizm (uyurgezerlik), enürezis noktürna, horlama, bruksizm (diş gıcırdatma), sayıklama, uykuda panik atak ve diğer parasomniler uyku ile ilgili sorunlardır.

Uyku ile ilgili sorunlar şu şekilde sınıflandırılır:

1. İnsomni
 - a. Akut insomni
 - b. Kronik insomni (idiyopatik, psikofizyolojik, paradoksal, yetersiz uyku hijyeni, çocukluk çağı davranışsal, mental hastalıklara, medikal hastalıklara, ilaç/madde kullanımına bağlı insomniler)
2. Uyku ilişkili solunum bozuklukları
 - a. Obstrüktif uyku apnesi
 - b. Santral uyku apnesi
3. Hipersomniler (idiyopatik, narkolepsi, Kleine-Levin sendromu, medikal bozukluklar, ilaç/madde kullanımı, psikiyatrik bozukluklarla birlikte görülen hipersomni ve yetersiz uyku sendromu)
4. Sirkadiyen ritim (uyku/uyanıklık) bozuklukları
5. Parasomniler

6. Uyku ilişkili hareket bozuklukları (huzursuz bacak sendromu, periyodik ekstremitte hareketleri bozukluğu, uyku ilişkili bacak krampları, uyku ilişkili bruksizm).

ETİYOLOGİ

Uykunun yapısının bozulmasında fizyolojik ve kognitif uyarlamanın fizyopatolojide rol oynadığı kabul edilir. Beyin sapı retiküler formasyonunda, raphe çekirdekleri ve lokus seruleusta nörokimyasal dengesizlik (asetilkolin, GABA, serotonin, dopamin, noradrenalin ve bazı nöropeptitler uyku regülasyonunda rol alır) ışık, karanlık ve sekonder hastalıklar gibi birçok dış etken uyku bozukluklarına sebep olabilir. Bunun yanında uyku sırasında ortaya çıkan veya uykuda artan pek çok durum da uykunun yapısını bozabilir. Doğru ve ayrıntılı anamnez hastaları ayıklamakta önemlidir. Gündüz ve gece semptomları ayrı ayrı sorgulanmalı, gece için yakınlarından bilgi alınmalıdır. Bedensel hastalıklar, kullanılan ilaçlar, uyku ortamı ile ilgili olumsuzluklar, çay-kahve tüketimi, alkol-madde kullanımı, yaşam tarzı iyi sorgulanmazsa birçok uyku ile ilgili bozukluk gözden kaçabilir, günlük yaşamı etkileyip kazalara ve iş veriminin düşmesine başka bedensel hastalıklara yol açabilir. Uyku durumunu yanlış algılama (subjektif uykusuzluk); objektif olarak uykuya dalma ve sürdürmede bir problem olmamasına rağmen hastanın uykusuzluk yakınmasının olmasıdır. Bu durum normalde olabileceği gibi bazı psikopatolojik durumlarda da söz konusu olabilir.

KLİNİK

1. İnsomni: Hastaları, uykusuzluk ve uyuyamadıkları için gündüz yorgunluk, halsizlikten yakınır. Akut insomni; belli bir stres faktörü ile ortaya çıkan, stresin ortadan kalkması ile ya da uyum sağlanması ile düzelen uykusuzluk halidir (taşınma, iş değiştirme, vs.).

Kronik insomni; idiyopatik insomni, başka herhangi bir sebep bulunmaksızın ortaya çıkan insomnidir. Psikofizyolojik insomni; her yerde uyuyabilen kişi yatağında uyuyamadığından yakınıdır. Paradoksal insomni hastaları; aslında

uyudukları halde uyumadıklarından şikayet ederler, yakınlarına sorulduğunda hastanın aslında bütün gece uyuduğu öğrenilir. Yetersiz uyku hijyenine bağlı insomni; hastanın her gün farklı saatlerde yatıp kalktığı, yatarken televizyon izlediği ya da yatma saatinden hemen önce çay, kahve gibi uyku kaçıracı içecekler tükettiği her gün aynı saatte yatıp kalkmama, yatarken televizyon izleme, yatmadan önce ağır egzersiz yapma, gündüzleri uyuma gibi alışkanlıkları olduğu saptanır. Çocukluk çağı davranışsal insomnisi; ebeveynlerin çocuğun ihtiyacını gözetmeksizin kendi düzenlerine ya da düzensizliklerine göre uyku saatini değiştirmeleri ile ortaya çıkar. Psikiyatrik hastalıklara bağlı insomni; mood bozuklukları, anksiyeteden depresyona kadar tüm mental hastalıklarla ortaya çıkabilen tiptir. Depresif duygu durumu olan kişide ilgi ve istek kaybı, zevk alamama, kilo kaybı ya da artışı, yorgunluk, bitkinlik, enerji kaybı, huzursuzluk, değersizlik ve suçluluk duyguları, insomniye eşlik edebilir. Anksiyetesi olan kişide genellikle sinirlilik, huzursuzluk veya gerginlik olur.

Medikal hastalıklara bağlı insomni ise eşlik eden hastalıkların semptomları olur. Örneğin solunumsal hastalıklarda; öksürük, balgam, nefes darlığı, kalp hastalıklarında; ortopne, paroksizmal noktürnal dispne, idrar yolu hastalıklarında; gece idrar yapma ihtiyacı, romatizmal hastalıklarda; ağrılar hastanın uyumasına engel olabilir.

İlaç/madde kullanımına bağlı insomni; hipnotik-sedatif etkili ilaçlar, miyorelaksanlar, çeşitli solunum yolu ilaçları, alkol ve uyuşturucu-uyarıcı madde kullanımları insomniye neden olabilir.

2. Uyku İlişkili Solunum Bozuklukları: Obstrüktif uyku apnesinde horlama, uyku sırasında aniden horlamanın kesildiği ve hastanın soluksuz kaldığı bu arada göğüs ve karnının hareket ettiği yakınları tarafından söylenir, bazen de hasta kendisi boğulma hissi ile uyandığını söyler. Gündüz aşırı uyku hali, dikkatte azalma, unutkanlık, uykuda aşırı terleme, sabah başağrıları, dinlendirmeyen uyku yakınmaları vardır. Santral uyku apnesi hastalarında horlama daha nadir görülür, genellikle eşlik eden kalp hastalığı ya da nörolojik hastalıkları ve bu hastalıklara ait semptomlar vardır. Hasta yakınları tarafından uyku sırasında göğüs ve karın hareketleri de olmadan soluksuz kalma tarif edilir.

3. Hipersomni: Gündüz aşırı uyku hali vardır. Narkolepside; hastalar gündüz aşırı uyku hali, önlenemeyen uyku atakları tarif ederler. Uykuya dalarken ve uykudan uyanırken işitsel ve görsel halüsinasyonlar vardır. Ani heyecanlar karşısında ortaya çıkan kas tonüsü kaybı (katapleksi) önemli bir semptomdur. Kleine-Levin sendromunda; hastada yılda ya da 1,5 yılda bir tekrarlayan ve 2 gün ile bir kaç hafta arasında süren aşırı uyku hali ve uyuma vardır. Genellikle bu dönemlerde aşırı yeme ya da anoreksiya ve hiperseksüalite olabilir. Uyku dönemleri dışında kişi tamamen normaldir. Medikal hastalıklara bağlı hipersomni fiziksel hastalığa bağlı semptomlar vardır. Örneğin; Parkinson'da gündüz

uykululuğuna eşlik eden el titremeleri vardır. Hipotiroidide halsizlik, soğuğa tahammülsüzlük, ses kısıklığı, el, yüz ve gözde şişlik, saçlarda dökülme şikayetleri olabilir. Psikiyatrik bozukluklarla birlikte görülen hipersomni; hastalığa ait semptomlar eşlik eder.

4. Sirkadiyen Ritim (Uyku/Uyanıklık) Bozuklukları: Anamnezde okyanus ötesi seyahat, vardiyalı çalışma, sınav dönemi gibi özellikli durumların olup olmadığı mutlaka sorgulanmalıdır. Bu grupta eşlik eden başka semptom yoktur.

5. Parasomni: Hasta kabus görür. Rüyasında kavga ettiğini düşündüğü sırada yatak eşine yumruk atabilir. Uykusunda kalkıp odayı ve hatta evi terk ediyor olabilir. Gün içinde yaşadıklarını anlatabilir. Uykusundan kalkıp yemek yiyebilir. Bu tip yakınmalar sorgulanmalı ve mutlaka ailesiyle birlikte anamnez alınmalıdır.

6. Uyku İlişkili Hareket Bozuklukları: Huzursuz bacak sendromu olan kişi, otururken ya da yatağa uzandığında bacaklarında hoşla gitmeyen bir his, karıncalanma, yanma tarif eder ve bu hissin ancak bacaklarını hareket ettirmeye geçtiğinden bu nedene de uykuya dalamadığından şikayet eder. Uyku ilişkili bacak krampları, uykudan uyanmaya, sabahları bacaklarda ağrı yakınmasına yol açar. Diş gıcırdatma (bruksizm), rahatsız edici bir ses çıkarma ile birlikte, çenede ağrı, dişlerde aşınmaya neden olur.

LABORATUVAR BULGULARI

Uyku ile ilgili sorunların tanısı genellikle anamnez, fizik ve psikiyatrik muayene ile konur, laboratuvar testleri eşlik eden hastalıkların tanısı için gerekebilir. Gündüz aşırı uyku halini değerlendirmek için Epworth Uykululuk ölçeği uygulanarak gün içindeki çeşitli durumlarda uyuklama olasılığı sorgulanabilir. Pittsburgh Uyku Kalitesi testi uygulanarak uyku kalitesi değerlendirilebilir. Berlin anketi uygulanarak uyku apnesi riski değerlendirilebilir. Uyku günlüğü ile uyuma ve uyanma saatlerinin kaydedilmesi istenebilir. Uyku sorununa yol açan bir hastalık şüphesi ve somatik semptom varsa buna yönelik laboratuvar testleri yapılabilir (hemogram, kan biyokimyası, tiroid hormonları, serum demiri, kollojen doku markerları, vitamin düzeyleri, pro-BNP ve diğerleri).

Elektroensefalografi, elektromyografi, elektrokardiografi (EKG) ve solunumsal parametrelerin video monitörizasyonu ile bir arada objektif olarak değerlendirildiği Polisomnografi (PSG) testi en önemli tetkiktir. PSG'de; hastanın uykuya dalma süresi, uyku etkinliği, uyku kalitesi, uyku yapısı yanında solunumsal olaylar ve hareketler değerlendirilir. Uyku sorununa yol açan bir hastalık şüphesi ve somatik semptom varsa buna yönelik görüntüleme tetkikleri eşlik eden hastalıkların tanısı için gerekebilir (Solunum fonksiyon testi, EKG, akciğer grafisi, ekokardiyografi, Water's grafisi, üst solunum yolu ve kranial bilgisayarlı tomografi, manyetik rezonans incelemeleri, tiroid ultrasonografisi vb.).

AYIRICI TANI

1. İnsomni: Akut insomni: Üç aydan kısa süren insomnidir. Kronik insomni: (idiyopatik, psikofizyolojik, paradoksal, yetersiz uyku hijyeni, çocukluk çağı davranışsal, mental hastalıklara, medikal hastalıklara, ilaç/madde kullanımına bağlı insomniler). Üç aydan uzun süreli ve haftada en az 3 gün olması hastalığın kronik olduğunu gösterir. İdiyopatik; herhangi bir nedene bağlı olmaksızın ortaya çıkan tiptir. Psikofizyolojik insomni; öğrenilmiş, koşullanılmış insomni tipidir. Yatak odasında uyuyamayan bu kişiler diğer ortamlarda kolaylıkla uykuya geçebilirler. Paradoksal insomni; uyku düzeyini yanlış değerlendiren bu hasta grubu uyuduğu halde yeterli uyumadıklarını düşünürler. Yetersiz uyku hijyenine bağlı insomni; hergün aynı saatte yatıp kalkmama, yatarken televizyon izleme, yatmadan önce ağır egzersiz yapma, gündüzleri uyuma, alkol, çay, kahve, kolalı içecekler tüketme sebebi ile ortaya çıkan tiptir. Çocukluk çağı davranışsal insomnisi; ebeveynlerin çocuğun uyku saatini düzenleyememesi ile ortaya çıkan tiptir. Mental hastalıklara bağlı insomni; mood bozuklukları, anksiyeteden, depresyona kadar tüm hastalıklarla ortaya çıkabilen tiptir. Medikal hastalıklara bağlı insomni; eşlik eden hastalıkların semptomlarına bağlı olarak ortaya çıkan insomnidir. Solunumsal hastalıklardaki öksürük, balgam, nefes darlığı, kalp hastalıklarındaki ortopne, paroksizmal nokturnal dispne, romatizmal hastalıklardaki ağrılar, idrar yolu problemlerine bağlı gece idrara kalkma ihtiyacı dahil tüm hastalıklarda ortaya çıkabilen insomni tipidir. İlaç/madde kullanımına bağlı insomni; çeşitli madde kullanımları ve genel tıpta kullanılan birçok ilaç uykuyu etkiler. Hipnotik-sedatif etkili ilaçlar, miyorelaksanlar, çeşitli solunum yolu ilaçları, alkol ve uyuşturucu-uyarıcı madde kullanımları insomniye neden olabilir.

2. Uyku ilişkili Solunum Bozuklukları: Uyku sırasında solunumda ortaya çıkan patolojik değişiklikler sonucunda hastalarda morbidite ve mortalitenin artmasına yol açan klinik tablolardır. Obstrüktif uyku apnesi; obstrüktif uyku apnesi en sık görülen tipidir. Horlama, beraberinde solunum çabası devam ederken oluşan nefes azalması (hipopne) ve nefesin tam kesilmeleriyle (apne) karakterize, obezlerde sık görülen bir hastalıktır.

Santral uyku apnesi; uyku sırasında solunum çabasının da olmadığı apne ve hipopnelerle karakterize, daha çok kalp yetmezliği ve nörolojik hastalıklarla beraber görülen tablodur.

3. Hipersomniler (İdiyopatik, Narkolepsi, Kleine-Levin Sendromu, Medikal Bozukluklar, İlaç/Madde Kullanımı, Psikiyatrik Bozukluklarla Birlikte Görülen Hipersomni ve Yetersiz Uyku Sendromu): Gündüz aşırı uyku halidir. Gün içinde uyku ihtiyacı hissedilmesi, uyanık kalmada güçlük, olur olmaz her yerde ve kolayca uykuya dalma, tekrarlayan uyku atakları ve istemsiz uyuklamalar yaşanmasıdır. İdiyopatik hipersomni; herhangi bir nedene bağlanamayan aşırı uyku halidir. Narkolepsi; gündüz

aşırı uyku hali, önlenemeyen uyku atakları yanında uykuya dalarken ve uykudan uyanırken işitsel ve görsel halüsinasyonlar, ani emosyonla ortaya çıkan kas tonüsü kaybı (katapleksi) ile karakterize bir tablodur. Kleine-Levin sendromu; yılda bir kereden fazla tekrarlayan ve 2 gün ve 5 hafta arasında süren uyku epizotlarının olması ile karakterizedir.

Medikal bozukluklara bağlı hipersomni; parkinson, travmatik beyin hasarı, santral sinir sistemi hastalıkları, hipotiroidi gibi endokrin hastalıklar, yetersiz tedavi edilmiş obstrüktif uyku apnesi gibi durumlarda görülen aşırı uyku halidir. İlaç ve madde kullanımına bağlı hipersomni; sedatizan ilaçlar, madde kullanımı, stimülan ilaçların kesilmesi sonucu ortaya çıkan tablodur. Psikiyatrik bozukluklarla birlikte görülen hipersomni; özellikle mood bozuklukları (depresyon) ile ortaya çıkar. Yetersiz uyku sendromu; kişinin kendisinin istemi ile ortaya çıkar.

4. Sirkadiyen Ritim (Uyku/Uyanıklık) Bozuklukları: Sirkadiyen ritim karanlık ve aydınlığa göre yapılan endojen düzenlemedir. Değişen güneş doğuş-batış saatleri, kişinin isteği, ihtiyacı ve beklentileri ile değiştirilmesi sonucunda ortaya çıkar. Vardiyalı çalışma, okyanus ötesi seyahatlerde ortaya çıkan jetlag, sınav dönemlerin sonra yaşadıkları uyku bozuklukları bu grupta yer alır.

5. Parasomniler: Uyku sırasında ortaya çıkan veya uykunun şiddetlendirdiği akut, istenmeyen ancak engellenemeyen fiziksel olaylardır. Uyku sırasında görülen rüyanın yaşanması, uykuda yürüme, uykuda konuşma, uyku enürezisi, kabus bozukluğu, uyku ilişkili yeme bozuklukları bu grupta sayılabilir. Hasta ya da çevresine zarar verebilir ve uyku-uyanıklık döngüsünde bozukluğa neden olur.

6. Uyku ilişkili Hareket Bozuklukları: Uyku sırasında ortaya çıkan ritmik, tekrarlayıcı, uyku kalitesini bozan bozukluklardır.

TEDAVİ VE PROGNOZ

Uyku ile ilgili sorunlarda tedavi nedene yönelik olmalıdır. Ancak iyi bir uyku için gerekli uyku hijyeni kuralları mutlaka anlatılmalıdır.

Uyku Hijyeni

- Yattığınız oda sıcaklığı uygun, yeterince karanlık ve sessiz olmalı.
- Yattığınız odayı uyku dışında bir amaç için (TV, bilgisayar, kitap vs.) kullanmayın.
- Mümkün olduğunca sabit yatma ve kalkma saatleri edinin.
- Mümkünse yatmadan önce ılık bir duş alın.
- Çok aç ya da tok olmayın, ılık bir bardak süt faydalı olabilir.
- Güneş doğduktan sonra uyumaya çalışmayın, sabah güneşi faydalıdır.
- Gündüz şekerlemeleri yaparsanız öğle ortasını tercih edin.

- Akşamüstü ve yatmadan önce kafein tüketmeyin, ağır egzersiz yapmayın.
- Alkol tüketmeyin.
- Yatakta 15-20 dakikadan fazla uyumayı beklemeyin, yataktan kalkın başka bir şeyle meşgul olun, uykunuz gelince yatağa girin, gerekirse sabaha kadar tekrarlayın.
- Uykusuzlukla ilgili olumsuz düşünceleri bir not defterine kaydederek gündüz belirlediğiniz bir “düşünme saatine” bırakın.
- Uyku ile ilgili sorunlar acil değildir, basit insomnilerin dışındaki uyku bozukluklarının tedavisi uyku merkezlerinde ve uzman hekimlerce yapılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Ağargün MY. Uyku Bozuklukları. Temel ve Klinik Psikiyatri. (Ed. Karamustafaloğlu K.O.) Ankara: Güneş Tıp Kitabevi, 2018.
2. American Academy of Sleep Medicine. International Classification of Sleep Disorders. 3rd ed. Darien, IL: American Academy of Sleep Medicine; 2014.
3. Öztürk O, Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Ankara: Nobel Tıp Kitabevi, 2015.



YAYGIN ANKSİYETE BOZUKLUĞU

Prof. Dr. Ömer Şenormancı

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Bursa, Türkiye

GİRİŞ VE TANIM

Anksiyete, organizmayı kaçma ya da savaşmaya hazırlayan tehdide karşı normal ve uyumlu bir tepki olarak kavramsallaştırılabilir. Hemen her şey hakkında kaygılı görünen kişilerin yaygın anksiyete bozukluğu (YAB) olarak sınıflandırılması olasılığı yüksektir. YAB en az 6 aylık bir dönem boyunca hemen her gün birçok olay veya etkinlik hakkında aşırı anksiyete ve endişe duyma olarak tanımlanır.

EPİDEMİYOLOJİ

YAB genellikle 30'lu yaşlarda görülmektedir. Geç başvuru yaşına rağmen bozukluk genellikle geç ergenlik veya erken erişkinlik döneminde başlar. Bir yıllık yaygınlık oranının %3-8 arası, genel yetişkin nüfusunda yaşam boyu görülme oranı %9 olarak düşünülmektedir. Özelleşmiş anksiyete bozuklukları kliniklerindeki hastaların yaklaşık %25'i YAB'dir. Bunun yanında birinci basamak sağlık kuruluşlarında YAB yaygınlığı yüksektir. YAB kadınlarda 2 kat daha fazla görülmektedir. Yatarak tedavi gören YAB hastalarında ise cinsiyet farklılığı yoktur.

ETİYOLOJİ VE PATOGENEZ

Biyolojik Etkenler

YAB ile ilişkili olan beyin alanları olarak anormal benzodiazepin reseptörleri, bazal gangliyonlar, limbik sistem ve frontal korteks öne sürülmüştür. İlişkili nörotransmitterler olarak ise serotonin, norepinefrin, glutamat, kolesistokinin ve alfa 2 adrenerjik reseptörler öne sürülmüştür.

YAB olan kişilerde bazal gangliyonlarda ve beyaz maddede metabolik hızın azaldığı gösterilmiştir.

Kalıtım

YAB'de ailesel yığılım olduğu bilinmekte, %30-40 düzeyinde çok yüksek olmayan bir kalıtılabilirlik oranı bildirilmektedir. Bu oran YAB'de çevresel ve psikososyal etkenlerin önemini göstermektedir.

Çevresel Etkenler

YAB gelişiminin bakım verenle olan güvensiz bağlanmayla ilişkili olduğu öne sürülmüştür. Güvensiz bağlanma, bakım veren ve bakım alan arasında rollerin değişmesine yol açar. Çocuk olası tehditlere aşırı duyarlılaşır ve hem kendisi hem de kendisine bakım veren için endişelenmeye başlar. Erişkin dönemde dünyanın tehlikeli bir yer olduğu düşüncesi yerleşmiş ve endişelenme etkili bir başa çıkma yolu olarak öğrenilmiştir.

Psikososyal Etkenler

YAB gelişimine neden olan psikososyal etkenler hakkında başlıca iki yaklaşım bilişsel davranışçı yaklaşım ve psikoanalitik yaklaşımdır. Bilişsel davranışçı yaklaşıma göre YAB olan hastalar algılanan tehlikelere yanlış ve kusurlu olarak tepki verirler. Kusur çevredeki olumsuz ayrıntılara seçici dikkatle, bilgi işleme sürecindeki çarpıtmalarla ve kişinin başa çıkma becerisini fazlasıyla olumsuz görmesiyle ortaya çıkmaktadır. Psikoanalitik yaklaşım ise anksiyetenin çözülmemiş bilinçdışı çatışmaların bir belirtisi olduğu varsayımını ileri sürer.

KLİNİK

YAB farklı pek çok konuyla ilgili (sağlık, ailevi problemler, para, okul, iş) aşırı ve kontrol edilmesi zor endişeler, kas gerilmesi, huzursuzluk, çabuk yorulma ve sinirlenme, dikkat ve uyku problemleri gibi fiziksel ve zihinsel şikayetlerle giden psikiyatrik bir tablodur. YAB'nin temel özellikleri motor gerginlik veya huzursuzluğun eşlik ettiği sürekli ve aşırı endişedir.

YAB olan hastalar yıllarca bir klinisyenin dikkatini çekmeden semptomatik bir şekilde yaşarlar. Bunun sebebi YAB'deki zarar derecesinin genelde çok ciddi seviyede olmamasındandır. YAB'li kişiler sıklıkla hayatlarında endişeli olmadığı bir dönem hatırlayamazlar. YAB olan kişiler genellikle bedensel bir belirti ile bir pratisyen hekim ya da dahiliye uzmanına başvururlar. Özgül psikiyatrik olmayan tıbbi bir durum nadiren saptanır.

YAB olan kişilerde genel bir huzursuzluk, endişeli yüz, gergin duruş, hareketlerinde tedirginlik, çabuk irkilme, kızma, sabırsızlık vardır. Sesinde heyecanlı bir titreklilik olabilir. İlişkilerinde endişeli, huzursuz, gergindir. Hasta içinde korkuya benzeyen bir duygusu olduğunu, kötü bir şey olacaktı gibi hissettiğini

anlatır. Fakat korkusunun nedenini ve nesnesini bilmez. YAB'nin uzun süre sürmesinin ardından gelen tükenmişlikle zaman içinde depresyon belirtileri sık olarak ortaya çıkar. Hasta endişenin verdiği zihinsel meşguliyet ve yorgunlukla anlamada, öğrenmede zorluk yaşayabilir.

Hastalarda bedensel ve fizyolojik olarak kan basıncının yükselmesi, kalp atımının hızlanması, çarpıntı, kaslarda gerginlik, kılların dikleşmesi, göz bebeklerinde genişleme, ağız kuruması, yüzde solukluk ya da kızarma, terleme, sık işeme, sık dışkılama, öğürme ve bazen kusma, boğazda düğümlenme, soluk almada güçlük, hava açlığı, ellerde, ayaklarda soğukluk ve karıncalanmalar görülebilir.

Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı'nın beşinci baskısında tanımlanmış olan YAB tanı ölçütleri Tablo 1'de gösterilmiştir.

LABORATUVAR BULGULARI

Hipertiroidi, hipoglisemi, hiperkalsemi, hiperkalemi, hiponatremi gibi durumlarda YAB belirtileri görülebileceğinden dolayı gerektiği durumlarda bu durumlara yönelik tetkikler yararlı olabilir.

AYIRICI TANI

Semptomları diğer anksiyete bozukluklarından daha dağınık olduğu için YAB tanısı konulmasında zorlanılabilmektedir. Pek çok fiziksel durum kaygı semptomlarına yol açabilir. Astım, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, akciğer embolisi, porfiri, anjina pectoris, paroksizmal atrial taşikardi, kalp kapak bozuklukları, epilepsi gibi diğer tıbbi durumlarda YAB belirtileri görülebilir. Alkol, amfetamin, antikolinerjikler, antidepresanlar,

antienflamatuvarlar, bronkodilatörler, semptomimetikler (efedrin), levodopa, ekstazi, kokain, kafein gibi ilaç ve madde kullanımında da YAB belirtileri görülebilir. YAB ayırıcı tanısında öncelikle anamnez, özgeçmiş incelemesi ve laboratuvar tetkikleri değerlendirilerek diğer tıbbi durumlara bağlı anksiyete bozukluğu, maddenin/ilacın yol açtığı anksiyete bozukluğu tanıları dışlanmalıdır. Anksiyete semptomları psikotik, duygudurum (depresif veya manik), yeme, bedenselleştirme ve bilişsel bozukluklar gibi neredeyse tüm mental bozukluklarda görülebilir. Hastanın semptomları diğer mental bozuklukları karşılamadığı durumlarda diğer durumlar elenir. Hastanın endişesi ve kaygısı sadece başka bir kaygı bozukluğu olduğu üzerine odaklı değildir. Örneğin ana endişe kaynağı anoreksiya nervozada "kilo alma", obsesif kompulsif bozuklukta "kirlenme", ayrılma anksiyetesi bozukluğunda "bağlanma figürlerinden ayrılma", sosyal anksiyete bozukluğunda "rezil olma", bedenselleştirme bozukluğunda "fiziksel semptomlar" olarak özetlenebilir. Öte yandan YAB başka mental bozukluklarla eş tanı olarak da bulunabilir. Eş tanı durumlarında YAB semptomları diğer durumlardan bağımsızdır.

TEDAVİ VE PROGNOZ

İlaç Tedavisi

YAB tedavisinde ilk tedavi seçeneği seçici serotonin geri alım önleyicileri (essitalopram, sertralin, paroksetin) ve serotonin-noradrenalin geri alım önleyicileridir (venfalaksin, duloksetin). Bu ilaçlara 4-8 hafta içinde hiç yanıt alınamazsa ilaç değiştirilmesi, kısmi yanıt alındıysa en az 8 hafta beklenmesi önerilmektedir.

Tablo 1. DSM-5 YAB tanı ölçütleri

- A- En az altı aylık bir sürenin çoğu gününde birtakım olaylar ya da etkinliklerle (işte ya da okulda başarı gösterebilme gibi) ilgili olarak, aşırı bir kaygı ve kuruntu (kaygılı beklenti) vardır.
- B- Kişi, kuruntularını denetim altına almakta güçlük çeker.
- C- Bu kaygı ve kuruntuya aşağıdaki altı belirtiden üçü (ya da daha çoğu) eşlik eder (en azından kimi belirtiler son altı ayın çoğu gününde bulunmuştur):
- 1- Dinginleşememe (huzursuzluk) ya da gergin ya da sürekli diken üzerinde olma,
 - 2- Kolay yorulma,
 - 3- Odaklanmada güçlük çekme ya da zihin boşalması,
 - 4- Kolay kızma,
 - 5- Kas gerginliği,
 - 6- Uyku bozukluğu (uykuya dalmakta ya da uykuyu sürdürmekte güçlük çekme ya da dinlendirmeyen, doyurucu olmayan bir uyku uyuma).
- D- Kaygı, kuruntu ya da bedensel belirtiler, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.
- E- Bu bozukluk, bir maddenin (örneğin; kötüye kullanılabilen bir madde bir ilaç) ya da başka bir sağlık durumunun (örneğin; hipertiroidi) fizyoloji ile ilgili etkilerine bağlanamaz.
- F- Bu bozukluk başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

DSM-5: Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Beşinci Baskı
Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El kitabı, Beşinci Baskı (DSM-5) Tanı ölçütleri Başvuru Elkitabı, Çev. Köroğlu E. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 2013:121-122.

Benzodiazepinler YAB'de çok hızlı ve etkili olarak anksiyetenin yatışmasını sağlar. Buna rağmen bağımlılık yapıcı ve tolerans geliştirici özellikleri vardır. Uyku verici özellikleri nedeniyle otomobil ve makineleri kullanırken kaza yapma riski ortaya çıkarırlar. Benzodiazepinlerin kesilmesi esnasında anksiyete belirtilerinde önemli derecede, geri tepme olarak şiddetlenme görülür. Benzodiazepinlerin 2-4 haftadan uzun süre kullanılmamaları önerilmektedir.

YAB tedavisinde kullanılabilen diğer ilaçlar bupiron, pregabalin, atipik antipsikotikler, trisiklik ilaçlar, antihistaminikler ve beta adrenerjik antagonistlerdir.

Psikoterapi

Hafif durumlarda hastalara kendi kendine yardım kitapları önerilebilir. YAB'de en etkili ve en güçlü kanıtları olan psikoterapi yaklaşımı kognitif davranışçı terapidir. YAB'de diğer psikoterapi seçenekleri destekleyici psikoterapi ve çözümleyici (analitik) psikoterapidir.

Prognoz

YAB olan hastaların sadece 1/3'ü psikiyatrik tedavi arayışındadır. Hastalığın bedensel belirtileri için tedavi arayışında olan çoğu

hasta pratisyenlere, iç hastalıkları uzmanlarına, kardiyologlara, göğüs hastalıkları uzmanlarına veya gastroenterologlara gider. YAB tüm yaşam boyunca süren kronik bir durumdur.

KAYNAKLAR

1. Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayısal El kitabı, Beşinci Baskı (DSM-5) Tanı ölçütleri Başvuru Elkitabı, Çev: Köroğlu E. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 2013:121-122.
2. Güz H, Akkaya D. Anksiyete Bozuklukları. In: Bourgeois JA, Hales RA, Young JS, et al. Çev: Dilbaz N. Amerikan Psikiyatri Birliği Psikiyatri için Kurul Sınavları Hazırlık ve Gözden Geçirme Kılavuzu. Ankara: Güneş Kitabevi, 2014: 329-274.
3. Morrison J. DSM-5'i Kolaylaştıran Klinisyenler için Tanı Rehberi, Çev: Kural HU. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık, 2016:171-198.
4. Özkan N, Kılış EK, Abay E. Yaygın Kaygı Bozukluğu. In: Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan & Sadock Psikiyatri: Davranış Bilimleri ve Klinik Psikiyatri, Çev: Bozkurt A. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri, 2016:407-412.
5. Öztürk O, Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 13. Baskı. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri, 2015:337-363.

YEME DAVRANIŞI BOZUKLUKLARI

Prof. Dr. Ramazan Konkan

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, İstanbul, Türkiye

GİRİŞ VE TANIM

Yeme davranışı bozuklukları zaman zaman kişisel beslenme tarzı tercihi, geçici bir yaşam dönemi, yaşam biçimi olarak değerlendirilse de, bazıları ciddi yaşamsal sorunlara hatta ölümlere yol açabilen psikiyatrik bir sorundur. Birçok çeşit hatta kişiye özel yeme davranışı bozukluğu olmasına rağmen en sık 6 tipi mevcuttur. Bunlar genellikle gıdalar, vücut biçimi, vücut ağırlığı ile ilgili takıntılardan köken alırlar. Yeme bozukluğu olan kişilerin çok değişik semptomları vardır. Ama en sık semptomlar; yemenin ciddi olarak kısıtlanması, tıknırcasına yeme atakları, kusma, laksatif-diüretik kullanma gibi çıkarma davranışları ve aşırı egzersiz yapmadır.

EPİDEMİYOLOJİ

Yeme bozuklukları her yaşta ve cinsiyetten insanları etkilese de en sık ergenlerde ve genç kadınlarda görülür. Yirmi yaşına kadar gençlerin yaklaşık %13'ü en azından bir yeme bozukluğu yaşar. Genellikle ergen ve genç erişkinlikte başladığı için kişinin kapasitesine uygun eğitim ve işlevsellik düzeyine ulaşamaması söz konusudur.

ETİYOLOJİ VE PATOGENEZ

Diğer psikiyatrik bozukluklarda olduğu gibi yeme davranımı bozukluklarına neden olan tek bir etiyolojik faktör yoktur. Etiyolojiye katkıda bulunan etkenler genellikle çokludur. Genetik etkenler ilk sırada sayılabilir. İkizlerin ayrıldığı ve farklı ailelere evlatlık verildiği ikiz ve evlat edinme çalışmalarındaki eş hastalanma oranları araştırmaları yeme bozukluklarının genetik nedenlerden etkilendiğine dair kanıtlar göstermiştir. Bu tip araştırmalarda ikizin birinde yeme bozukluğu gelişirse diğerinde eş hastalanma oranının %50'ye kadar yükseldiği gösterilmiştir.

Kişinin sahip olduğu kişilik kalıpları diğer bir nedensellik etkenidir. Özellikle "nörotisizm, mükemmeliyetçilik ve dürtüsellik" gibi kişilik özelliklerinin yeme bozukluğu gelişimi riskini artırabileceği ileri sürülmüştür.

Yeme bozukluğu için diğer bir etken ise sosyal ve toplumsal baskılardır. Geçmişte kişinin sahip olduğu vücut ağırlığına olumlu değer yüklenirken günümüzde zayıf olmak, fit olmak mutlak gereklilik olarak algılanmaya başlanmıştır. Sosyal ve kültürel baskının en önemli kaynağı bu yönde bilgi yüklemesi yapan medyadır.

Son yıllarda beyin yapılanmasındaki değişim ve biyolojik etkenlerin bu bozukluğa neden olabileceği ileri sürülmektedir. Özellikle serotonin ve dopaminin yeme davranışı bozukluğunda rol oynayabileceği düşünülmektedir.

PATOLOJİ

Anoreksiya nervoza yeme davranışı bozukluklarından biridir. Genellikle ergenlik ve genç erişkinlik dönemlerinde gelişir. Kadınlarda daha sık görülür. Yaklaşık 250 kadından birinde görülürken, erkeklerde ise 2000 kişide bir görülür. Anoreksiyalı olgular aslında ölümcül olabilecek şekilde kaşektik olmalarına rağmen kendilerini genellikle şişman görürler. Sürekli vücut şeklini ve ağırlıklarını incelerler. İki alt tipi mevcuttur. Birincisi kısıtlayıcı tiptir, kilo alımına neden olacaklarını düşündükleri belirli gıdaları yemekten kaçınırlar ve aldıkları kalori miktarını çok ciddi biçimde kısıtlarlar. İkincisi ise tıknırcasına yeme ataklarının olduğu ama bunları çıkarma davranışları ile dengelendiği tiptir. Yediklerini kusma, laksatif ya da diüretik kullanma ya da alınan kaloriden daha fazlasını yakmayı amaçlayarak aşırı egzersiz yapma davranışları vardır. Az gıda tüketmelerine karşın çıkarma davranışlarında bulunan hastalar da vardır. Aşırı zayıf olmalarına karşın kilo alımından aşırı bir korkuları vardır ve bunun olmaması için sürekli çaba gösterirler. Çarpıtılmış bir beden imajı vardır ve ciddi biçimde zayıf olmalarını inkar ederler. Şişman olduklarına dair çarpıtılmış algıları kendilik saygılarına olumsuz etkide bulunur. Bu hastalarda depresyon çok sık görülür. Anoreksiya vücut için çok hasar verici olabilir. Zamanla kemiklerde incelmeye, demineralizasyon, infertilite, saçlarda ve tırnaklarda kolay kırılma, dökülme ve vücutlarında ince tüylenme görülür. Ciddi olgularda, anoreksiya kalp, beyin ya da çoklu organ yetmezliği ve ölüm görülebilir.

Bulimiya nervoza diğeri iyi bilinen bir yeme bozukluğudur. Anoreksiyada olduğu gibi, bulimiya da ergenlikte ve erken erişkinlikte gelişme eğilimindedir ve bu bozukluk da kadınlara göre erkeklerde daha az görülür. Bulimiyalı insanlar sıklıkla kısa sürelerde alışılmadık oranda fazla yerler. Her bir tıkinircasına yeme epizodu genellikle kişinin patlayacak derecede doymasına kadar sürer. Tıkinircasına yeme süresince kişi ne kadar yiyeceğini kontrol edemeyeceğini ve yemeyi durduramayacağını hisseder. Tıkinircasına yemeler herhangi bir tipteki gıdalarla olabilir ama en yaygın olarak kişinin normalde yemekten sakındığı gıdalarla olur. Bulimiyalı kişiler bu miktarda tüketim yaptıktan sonra tükettikleri kaloriyi dengelemeye ve bağırsaklarını, sindirimlerini rahatlatma girişimlerine başlarlar. Sık görülen çıkarma davranışları, zorlayarak kusma, açlık, laksatif, lavman ile diüretik kullanma ve aşırı egzersiz yapmadır.

Tıkinircasına yeme bozukluğu, anoreksiya ve bulimiya nevroza göre daha yeni kabul edilmiş bir yeme bozukluğudur. Ancak en sık görülen yeme bozukluklarından biri olduğuna inanılmaktadır. Tıkinircasına yeme bozukluğu tipik olarak diğerleri gibi ergenlik ve genç erişkinlikte gelişir. Ancak daha geç yaşlarda da başlayabilir. Bu bozuklukta semptomlar bulimiya ya da anoreksiyanın tıkinircasına yeme alt tipi ile benzerdir. Örneğin; göreceli olarak kısa bir sürede alışılmadık miktarlarda gıda tüketirler ve bu yeme sırasında kontrol duygusunda eksiklik hissederler.

Pika gıda olmayan şeylerin yendiği yeme bozukluğudur. Pikalı kişiler toprak, çöp, buz, sabun, tebeşir, kağıt, saç, elbise, taş, yün, deterjan gibi gıda olmayan maddeleri yemek için aşırırlar. Pika çocuk ve ergenler kadar erişkinlerde de olabilir. Bu bozukluğun en sık çocuklar, hamileler ve mental sorunları olan kişilerde görüldüğü söylenebilir. Pika davranışı alt kültürün bir parçası ya da özelliği olabilir.

Ruminasyon bozukluğu diğeri bir yeni oluşturulan tanıdır. Kişi önceden yemiş olduğu yiyecekleri rejurite eder sonra yeniden çiğner ve yeniden yutar ya da tükürür. Bu ruminasyon tipik olarak yemek yedikten son 30 dakika içinde olur. Reflü gibi tıbbi bir hastalık değildir, dolayısıyla istemli yapılan bir şeydir. Bu bozukluk bebeklik, çocukluk ve erişkinlikte olabilir. Bebeklerde genellikle 3-12 ay arasında görülür ve kendiliğinden kaybolur. Çocukluk ve erişkinlikte gelişen tablolar ise çözüm için tedavi ve terapi gerektirir. Eğer bebeklikte gelişen ruminasyon bebeklerde çözülmezse kilo kaybı, ciddi malnütrisyon ve ölümlerle sonuçlanabilir. Bu bozukluğu olan erişkinler özellikle toplum önünde olmak üzere yediklerini kısıtlayabilir ve bu nedenle zayıflayabilirler.

Kaçınan ya da kısıtlayıcı gıda alımı bozukluğu, geçmişte 7 yaş altındaki çocuklar için konulan bir yeme bozukluğu tanısıydı. Her ne kadar bu bozukluk genellikle bebeklik ya da erken çocuklukta gelişse de erişkinliğe kadar sürebilir. Erkek ve kadınlarda eş sıklıktadır. Kişide bozuk bir yeme düzeni vardır. Yemeğe ilgi duymamaları, belirli kokuları, tatları, sıcaklığı ve

renkleri sevmedikleri için yemezler. Bu bozukluk ile bebeklerin yemek seçmesi, ya da yaşlıların az yemek yemesi gibi normal davranışların ötesinde bir şey olduğunu not etmek önemlidir. Gıdalardan kaçınma ve kısıtlama gıdalara ulaşamama, dini ya da kültürel yaşantılara bağlı olmamalıdır.

Yukarıda da sayılan 6 yeme bozukluğuna ek olarak daha az bilinen, daha seyrek görülen yeme bozuklukları genellikle 3 kategoride incelenir. Bunlar: Çıkarma bozuklukları, gece yeme sendromu, başka türlü sınıflandırılmayan yeme bozukluklarıdır.

KLİNİK

Anoreksiya kişide hem fiziksel hem de ruhsal belirtilere neden olabilir. Fiziksel belirti olarak en sık görülenler aşırı kilo kaybı, anemi, kalp ritim bozuklukları, kadınlarda menstürel siklus bozuklukları, baş dönmesi ve bayılma, saçlarda kuruma, incelleme, kolay kırılma, konstipasyon, kemiklerde osteoporoz, böbrek işlev bozukluklarıdır. Ruhsal olarak ise günlük yaşamın gerekleri ile ilgilenmeyi bırakıp sürekli besinler ve beslenme ile ilgilenme, açlık, çok azalmış vücut ağırlığını reddetme, kilo almaktan aşırı korkma, sosyal hayattan geri çekilme, sinirlilik, gerginlik, depresif belirtiler ve sendromal olarak depresyona girme görülebilir.

Bulimiya nervozanın sık görülen semptomları tekrarlayan tıkinircasına yeme atakları ve yeme üzerinde kontrolünün olmadığını hissetme, kilo alımını önlemek için tekrarlayan şekilde çıkarma davranışları, vücut şekli ve ağırlığından aşırı etkilenen bir kendine güven, normal bir vücut ağırlığı olmasına karşın kilo almaktan korkma, tekrarlayan kusmaların sonucu olarak boğaz enflamasyonu, kuruluk, tükürük bezlerinde büyüme, diş minesinde aşınma, diş çürümesi, gastro-özefagial reflü, sindirim sistemi irritasyonu, hormonal bozukluklar, ciddi olgularda plazma sodyum, potasyum ve kalsiyum dengesizliği, inme ve kalp krizidir.

Tıkinircasına yeme bozukluğunda açlık hissedilmemesine rağmen çok miktarda gıdayı hızlıca ve genellikle gizlice yemek, yeme davranışının patlayacağını hissedinceye kadar sürmesi, yeme sırasında yeme davranışlarını kontrol etmede eksiklik görülür. Yeme davranışını düşündüklerinde sıkıntı, utanç, kendinden tiksime veya suçluluk hissetme olur. Buna rağmen bu davranışın telafisi için kalori kısıtlama, kusma, laksatif ya da diüretik kullanma ya da aşırı egzersiz gibi davranışlar göstermezler. Tıkinircasına yeme bozukluğu olan kişiler genellikle kilolu ya da obezdirler. Bu, aşırı kilonun verdiği kalp rahatsızlığı, inme ve tip 2 diyabet gibi tıbbi komplikasyonları artırır.

Pikalı kişiler zehirlenme, enfeksiyon, bağırsak hasarları ve beslenme yetersizliği açısından yüksek riske sahiptirler. Yenilen maddenin cinsine bağlı olarak ölümcül seyredebilir.

Kaçınan ya da kısıtlayıcı gıda alımı bozukluğu semptomları, yeterli kalori ve beslenme gereksinimlerini karşılayamayacak kadar gıda alımından kaçınma ve kısıtlama, başkalarıyla birlikte

yemek yemek gibi normal sosyal işlevlerle etkileşecek yeme alışkanlıklarının olmaması, kilo kaybı ya da beklenen ağırlık ve boy yüzdelerine ulaşamama, beslenme eksikliği, destekleyici gıdalara bağıllık ya da tüple beslenmedir.

LABORATUVAR BULGULARI

Anoreksiya nevrozda hipoglisemi, lökopeni, karaciğer fonksiyon testlerinde yükselme, ötiroid hasta sendromu (düşük tiroid stimulan hormon, normal T3 ve T4 düzeyleri) görülebilir.

Bulimiyada ise; kusmanın etkisi, hipokloremi, hipokalemi, metabolik alkaloz, tükürük amilazında artma, görülebilir.

RADYOLOJİ

Yeme bozukluklarının özgül bir radyolojik belirtisi yoktur. Ancak radyolojik incelemelerde uzun süreli malnütrisyon göstergesi olarak; kas iskelet sisteminde osteoporoz, kırıklarda artma, sık enfeksiyon geçirmeye bağlı akciğer belirtileri, gastrointestinal sistemde tıkanırmasına yeme ataklarına bağlı akut gastrik dilatasyon ve rüptür görülebilir.

AYIRICI TANI

Birçok tıbbi durum kendini bir yeme davranışı bozukluğu olarak gösterebilir. Hipertiroidi, malign tümörler, enflamatuvar barsak hastalıkları, immün yetmezlikler, malabsorbsiyonlar, kronik enfeksiyonlar, Addison hastalığı ve diyabet bir yeme bozukluğu konulmadan önce dışlanması gereken en sık bozukluklardır. Bu hastalıklara sahip olanlar genellikle zayıflamayı bir yakınma olarak bildirirler. Oysa yeme bozukluğu olan hastaların çarpıtılmış bir beden algısı vardır, kendilerini kilolu görürler ve kilonun düşmesini arzularlar.

Anoreksiyanın tıkanırmasına yeme ve çıkarma alt tipi, bulimiya ile karışabilir. Bu alt tipteki anoreksiyalıları bulimiyadan ayıran fark genellikle bulimiya hastalarının göreceli olarak normal kilolarını korumaları ve anoreksiyalar gibi aşırı zayıflama eğilimlerinin olmamasıdır.

Bulimiya nevroza ve tıkanırmasına yeme bozukluğunun her ikisinde de tıkanırmasına yeme atakları vardır. Ancak tıkanırmasına yeme bozukluğu olan hastalarda bulimiya ve anoreksiyanın tersine kalori alımı kısıtlanmaz ya da yedikten sonra kusma ya da aşırı egzersiz gibi davranışlar bulunmaz. Bunun sonucu olarak da genellikle kilolulardır.

TEDAVİ VE PROGNOZ

Yeme bozukluklarının tedavisi bu konularda deneyimli dahiliyeci, diyetisyen ve ruh sağlığı çalışanlarından oluşan bir ekibin birlikte hareket etmesiyle yapılabilir. Anoreksiya tedavisinin belli başlı 3 alanı vardır: Hastalıkla ilgili psikolojik bozuklukları tedavi etme; yeme bozukluğuna götüren olumsuz beden algısı ve düşünceleri daha uyumsal olanlarla değiştirme, hastada sağlık sorunlarına hatta ölüme kadar götürebilen aşırı düşük kilonun sağlıklı biçime kadar onarımı. Bulimiya ve diğer yeme bozukluklarının tedavisinde de antidepresan ilaçlar ve psikoterapi kullanılabilir. Bu bozukluklarda en sık kullanılan terapi bilişsel davranışçı terapilerdir. Birinci basamak kurumlarına başvuran ağır yeme bozuklukları tedavi ekibinin bulunduğu birimlere yönlendirilmelidir.

Anoreksiya ve bulimiya nevroza kronik seyretme eğilimindedir. Anoreksiyada tedaviye yanıt göreceli olarak daha düşüktür. Ağır olgularda ölümcül seyredebilmektedir. Bulimiya nevroza daha iyi gidişlidir ve tedavilere daha fazla cevap vermektedir.

KAYNAKLAR

1. Culbert KM, Racine SE, Klump KL. Research Review: What we have learned about the causes of eating disorders - a synthesis of sociocultural, psychological, and biological research. J Child Psychol Psychiatry 2015;56:1141-1164.
2. Karlıdere T. Beslenme ve Yeme Bozuklukları. In: Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan & Sadock Psikiyatri: Davranış Bilimleri ve Klinik Psikiyatri, Çev: Bozkurt A. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri, 2016:509-532.
3. American Psychiatry Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.). Arlington: American Psychiatric Publishing. 2013;329-354.