

# OLGU TEMELLİ PSİKİYATRİK TANI VE TEDAVİ REHBERİ

Editör: **Doç. Dr. Hülya ERTEKİN**

ARTİKEL AKADEMİ: 302

Sağlık Bilimleri Temel Alanı

*Olgu Temelli Psikiyatrik Tanı ve Tedavi Rehberi*

Editör: Doç Dr. Hülya ERTEKİN

ISBN 978-625-6627-41-3

Birinci Basım Eylül - 2024

Kapak: Artikel Akademi

Ofset Hazırlık: Artikel Akademi

Baskı ve Cilt: Baskı ve Cilt: Uzunist Dijital Matbaa Anonim Şirketi  
Akçaburgaz Mah.1584.Sk.No:21 / Esenyurt

Matbaa Sertifika No: 68922

Artikel Akademi bir Karadeniz Kitap Ltd. Şti. markasıdır.

©Karadeniz Kitap - 2024

Akademik etik kurallara

bağlı kalınarak yapılacak olan alıntılar ve tanıtım maksadıyla yapılacak olan kısa alıntılar dışında, yazılı izni alınmadan, tümünün veya bir kısmının elektronik, mekanik ya da fotokopi yoluyla, basımı, yayımı, kopyalanması, çoğaltımı veya dağıtımı yapılamaz.

KARADENİZ KİTAP LTD. ŞTİ.

Koşuyolu Mah. Mehmet Akfan Sok. No:67/3 Kadıköy-İstanbul

Tel: 0 216 428 06 54 // 0530 076 94 90

Yayıncı Sertifika No: 19708

mail: info@artikelakademi.com

www.artikelakademi.com

# OLGU TEMELLİ PSİKİYATRİK TANI VE TEDAVİ REHBERİ

Editör: **Doç. Dr. Hülya ERTEKİN**

## YAZARLAR\*

Begüm AYGEN GÜMÜŞ

Beyza KAYMAZ

Duygu GÖKTAŞ

Eda KÖKSALAN

Hilal UYGUR

Gizem EMEKDAR

Gökay ELDEN

Hilal SEZER SOYLU

Halil İbrahim TAŞ

Hekim ATAY

Hülya ERTEKİN

İrem BOLLUK

Mehmed Burak ERDAŞ

Merve ÖZDOĞAN

Murat İlhan ATAGÜN

Nurullah BOLAT

Ömer Faruk UYGUR

Saliha BÜLÜÇ

Sena Uğur ÖZDEMİR

Senem YAPAR

Şükrü Alperen KORKMAZ

\*Yazarlar sıralaması alfabetik olarak düzenlenmiştir.

artikol  
akademi

# İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ .....	7
<b>1. BÖLÜM</b>	
<b>DEPRESYON BOZUKLUKLARI.....</b>	<b>9</b>
<b>-Uzm. Dr. Hilal Uygur</b>	
Majör depresif bozukluk .....	9
Süregiden depresif bozukluk (distimi).....	20
Premenstrüel disforik bozukluk .....	27
<b>2. BÖLÜM</b>	
<b>BİPOLAR VE İLİŞKİLİ BOZUKLUKLAR .....</b>	<b>35</b>
<b>-Uzm. Dr. Begüm Aygen Gümüş &amp;Prof. Dr. Murat İlhan Atagün</b>	
Bipolar bozukluk tip-I.....	35
Bipolar bozukluk tip-II .....	39
Siklotimi .....	43
<b>3. BÖLÜM</b>	
<b>ŞİZOFRENİ VE PSİKOZLA GİDEN BOZUKLUKLAR.....</b>	<b>71</b>
<b>- Uzm. Dr. Gizem Emekdar</b>	
İlk psikotik atak ve şizofreni.....	71
Kısa psikotik bozukluk .....	80
Sanrılı bozukluk .....	86
<b>4. BÖLÜM</b>	
<b>ANKSİYETE BOZUKLUKLARI.....</b>	<b>95</b>
<b>-Uzm. Dr. Sena Uğur Özdemir</b>	
Yaygın kaygı bozukluğu .....	95
Panik bozukluk .....	104
Toplumsal (sosyal) kaygı bozukluğu .....	114

## 5. BÖLÜM

### OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK VE İLİŞKİLİ

#### BOZUKLUKLAR..... 123

##### -Dr. Öğr. Üyesi Duygu Göztaş

Obsesif kompulsif bozukluk .....	123
Biriktiricilik bozukluğu .....	131
Beden dismorfik bozukluğu.....	137
Trikotillomani .....	144
Tik bozuklukları.....	149

## 6. BÖLÜM

### TRAVMA VE İLİŞKİLİ BOZUKLUKLARI ..... 157

##### - Doç. Dr. Halil İbrahim Taş

Travma sonrası stres bozukluğu.....	157
Akut stres bozukluğu .....	166
Uyum bozukluğu .....	172

## 7. BÖLÜM

### DİSOSİYATİF BOZUKLUKLAR..... 179

##### - Doç. Dr Hülya Ertekin & Dr. Hekim Atay & Dr. Eda Köksalan &

##### Dr. Gökay Elden

Disosiyatif kimlik bozukluğu .....	180
Dissosiyatif amnezi.....	188
Depersonalizasyon / derealizasyon bozukluğu .....	197

## 8. BÖLÜM

### BEDENSEL BELİRTİ BOZUKLUĞU ve

### İLİŞKİLİ BOZUKLUKLAR ..... 205

##### - Dr. İrem Bolluk & Dr. Öğr. Üyesi Şükrü Alperen Korkmaz

Bedensel belirti bozukluğu .....	205
Hastalık kaygısı bozukluğu.....	214
Konversiyon bozukluğu (fonksiyonel nörolojik bozukluk).....	221
Yapay bozukluk .....	227

## 9. BÖLÜM

### YEME BOZUKLUKLARI ..... 235

#### - Uzm. Dr. Hilal Sezer Soylu

Anoreksiya nervoza .....	235
Bulimiya nervoza.....	242
Tıkınırcasına yeme bozukluğu.....	248

## 10. BÖLÜM

### UYKU-UYANIK BOZUKLUKLARI ..... 255

#### - Doç. Dr. Ömer Faruk Uygur

Uykusuzluk bozukluğu (insomni).....	255
İdiyopatik aşırı uykululuk (idiyopatik hipersomni).....	263
Huzursuz bacak sendromu.....	269

## 11. BÖLÜM

### ALKOL-MADDE KULLANIM BOZUKLUKLARI ..... 277

#### - Uzm.Dr. Mehmed Burak Erdaş

Alkol kullanım bozukluğu .....	277
Opioid kullanım bozukluğu .....	285

## 12. BÖLÜM

### ACİL PSİKIYATRİK DURUMLAR ..... 293

#### - Uzm. Dr. Merve Özdoğan

İntihar.....	293
Ajitasyon- saldırganlık.....	304

## 13. BÖLÜM

### ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ..... 315

#### - Prof. Dr Nurullah Bolat & Dr. Saliha Bülüç & Dr Beyza Kaymaz & Dr. Senem Yapar

Otizm spektrum bozuklukları .....	316
Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu.....	329
Özgül öğrenme bozukluğu.....	340

## ÖNSÖZ

Bu kitap, güncel psikiyatrik tanı ve tedavi yaklaşımlarını ele alarak, ruh sağlığı alanında çalışan hekimler başta olmak üzere, tüm hekimler ve tıp eğitimi almakta olan öğrencilere kapsamlı bir rehber sunmayı amaçlamaktadır.

Toplumda sık görülen psikiyatrik bozuklukların olgu örnekleri ve psikiyatrik görüşmeler eşliğinde tanı ve tedavi yöntemleri pratik yaklaşımlarla ele alınmıştır. Psikiyatri alanındaki en güncel bilgilere dayanan bu kaynak, eğitim ortamlarında, klinik uygulamalarda ve akademik çalışmalarda önemli bir referans noktası olacaktır.

Kitabın, ruh sağlığı ve tıp alanında çalışan, eğitim gören tüm profesyoneller için değerli bir bilgi kaynağı olmasını diliyoruz.





# 1. BÖLÜM

## DEPRESYON BOZUKLUKLARI

**Uzm. Dr. Hilal UYGUR**

*Erzurum Şehir Hastanesi,*

*Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği*

atilahilal@yahoo.com

<https://orcid.org/0000-0001-9438-8031>

### MAJÖR DEPRESİF BOZUKLUK

#### Olgu örneği psikiyatrik görüşme

*34 yaşında, kadın hasta, ortaokul mezunu, evli, 2 çocuğu var, ev hanımı; eşi ve çocukları ile birlikte şehir merkezinde yaşıyor.*

**Doktor:** Hoş geldiniz, sizi bugün buraya getiren şikayetinizi öğrenebilir miyim?

**Hasta:** Mutsuzluk, isteksizlik, hayattan zevk alamama

**Doktor:** Bu şikayetleriniz siz de ne kadar süredir var?

**Hasta:** Yaklaşık 6 aydır var.

**Doktor:** Mutsuzluk, zevk alamama ve isteksizlik şikayetleriniz ne kadar sıklıkla oluyor? Her gün mü ara da bir mi?

**Hasta:** 1 yıldır, neredeyse haftanın hemen her günü bu şikayetlerden muzdaribim.

**Doktor:** Peki, bu şikayetleriniz gün boyunca mı sürüyor? Arada bir düzeliyor musunuz?

**Hasta:** Gün boyunca sürüyor, düzelme nerdeyse olmuyor.

**Doktor:** İsteksizlik, hayattan zevk alamama şikayetlerinizi biraz daha

açıklayabilir misiniz?

**Hasta:** Doktor hanım, mesela ben eskiden ev işlerini yapmaktan çok zevk alırdım. Şimdi içimden hiç yapmak gelmiyor. Alışverişe ve komşularına giderdim, dışarda yürüyüş yapardım. Son 6 aydır ise başka biri oldum sanki hiç bunları yapasım gelmiyor. Arada bir yapsam da zorla yapıyorum komşular çok ısrar edince gidiyorum. Zevk alamıyorum.

**Doktor:** Anladığım kadarıyla eskiden yapmaktan zevk aldığınız aktivitelere karşı sizde isteksizlik var ve bu tür aktivitelerden zevk almıyorsunuz.

**Hasta:** Evet, doktor hanım.

**Doktor:** Mutsuzum dediniz bir de onu biraz açıklayabilir misiniz?

**Hasta:** Eskisi gibi hayattan tat alamayınca mutsuz oluyorum haliyle. Birde çok çabuk duygusallaşıyorum. Hüzünlü şeylerde hemen ağlıyorum.

**Doktor:** Bu dönemde uykunuz ve iştahınız nasıl?

**Hasta:** Uykum berbat. Geceleri uyuyamıyorum, yatak benim için işkence olmuş durumda. Uykuya saatlerce dalamıyorum. İştahım da eskisi gibi iyi değil.

**Doktor:** Yatağa uyumak için girdiğinizde tam olarak neler oluyor? Uykuya dalmanızda ki zorluk ile mutsuzluğunuzun ilgisi var mı?

**Hasta:** Yatağa gittiğimde karamsar düşünceler özellikle beynime çok geliyor, sürekli geçmişte yaşadığım olumsuz olaylar ve gelecek ile ilgili umutsuz düşünceler geliyor. Sanki düzelmeyeceğim bu mutsuzluk hep böyle devam edecek gibi geliyor. Zihnimdeki bu düşünceler yatağa gittiğimde sürekli dönüp duruyor.

**Doktor:** Yatağa girdiğinizde aklınıza gelen karamsar düşünceler gün içerisinde de aklınıza geliyor mu? Bu düşüncelerden biraz bahseder misiniz?

**Hasta:** Gün içerisinde de geliyor. Kendimi sanki işe yaramaz biri gibi hissediyorum. Kötü bir anneymişim gibi geliyor. Ev işlerini yapamayınca kendimi suçluyorum, kendimi yetersiz görüyorum.

**Doktor:** Anladım. Zor olmalı kendinizle ilgili olumsuz düşünceler sizi rahatsız ediyordur.

**Hasta:** Evet doktor hanım, çok rahatsız ediyor.

**Doktor:** İştahsız olduğunuzdan bahsettiniz, kilo kaybınız oldu mu?

**Hasta:** Sanırım 6 ay içinde 5 kilo vermişimdir.

**Doktor:** Kilo vermek için bir diyet yaptınız mı?

**Hasta:** Hayır yapmadım, iştahsızlıktan dolayı kilo kaybettim.

**Doktor:** Peki, mutsuzluk, isteksizlik ve hayattan zevk alamama şikayetleriniz ile beraber bu süreçte halsizlik, yorgunluk veya hareketlerinizde yavaşlama oldu mu?

**Hasta:** Evet oldu doktor hanım, kendimi sürekli halsiz ve yorgun hissediyorum. Yataktan dahi çıkasım gelmiyor, pilim bitmiş sanki.

**Doktor:** Bu dönemde her zamanki gibi dikkatinizi bir işe vermekte ya da karar vermekte güçlük yaşıyor musunuz?

**Hasta:** Evet, yaşıyorum. Son dönemlerde mesela bir odaya gittiğimde ben bu odaya niye gelmişim, ne yapacaktım diye unutkanlıklar oluyor. Bazen kararsızlıklarım da oldu.

**Doktor:** Anladım, peki tüm bu şikayetlerinizi düşündüğünüzde hayatınız son 6 aydır nasıl etkilendi?

**Hasta:** Oldukça olumsuz etkilendi. Eski ben gittim, yerine farklı biri geldi. İçine kapanık, üzgün, somurtkan, pasif biri geldi. Ev işlerimi yapamıyorum ve aileme faydalı olamıyorum. Kendimi değersiz, yetersiz biri olarak görüyorum. Sanki bu dünya da fazlalık gibiyim.

**Doktor:** Dünyada fazlalık gibiyim derken, sanki hayatın anlamı kalmadı gibi mi geliyor size?

**Hasta:** Bazen düşünüyorum, yaşasam ne olacak ki, ne anlamı var bu dünyanın.

**Doktor:** Peki, bu tür düşüncelerden dolayı hiç kendinizi öldürmeyi düşündüğünüz oldu mu?

**Hasta:** Birkaç kere aklıma geldi. Ama ben inançlı biriyim böyle bir şey yapmam.

**Doktor:** Ölüm ile ilgili düşünceler geldiğinde hiç buna dair bir planınız oldu mu?

**Hasta:** Hayır, herhangi bir planım olmadı.

**Doktor:** Hiç kendinizi öldürmeye yani intihar etmeye teşebbüs ettiğiniz oldu mu?

**Hasta:** Hayır, olmadı.

**Doktor:** Anladığım kadarı ile son 6 aydır karamsar bir ruh haliniz var, bu ruh halinizden dolayı işlevselliğiniz yani ev işleriniz büyük oranda olumsuz

etkilenmiş, uykunuz ve iştahınız azalmış. Zaman zaman hayatın anlamını sorguladığınız ve intiharı düşündüğünüz olmuş. Peki daha önce buna benzer bir dönem hiç yaşamış mıydınız?

**Hasta:** Hayır, doktor hanım. Hayatımda ilk defa böyle bir şey yaşıyorum.

**Doktor:** Bu yaşadıklarınız depresyon dediğimiz bir hastalık yani çökkün olma hali. Hiç bu çökkünlük halinin tersine, kendinizi çok mutlu ya da coşkulu hissettiğiniz ve bu durumun olağan durumunuzdan çok değişik olduğu, en az birkaç gün süren zamanlar oldu mu?

**Hasta:** Genelde mutlu bir insanımdır ben. Ama hiç öyle bahsettiğiniz gibi farklı bir mutluluk ve coşku hali yaşamadım.

**Doktor:** Ailenizde ruhsal hastalığı olan birileri var mı?

**Hasta:** Ablamda depresyon vardı. Halen ilaç kullanıyor. Şimdilerde daha iyi diye biliyorum. Bir de teyzemde bipolar hastalığı varmış. Ben onu hiç görmedim uzakta yaşıyorlar ama sık sık hastaneye yattığını duymuştum. Biraz önce sorduğunuz gibi onda çok coşkulu dönemler oluyormuş. Kendini bazen peygamber olarak görüyormuş.

**Doktor:** Peki, ailenizde hiç intihar girişiminde bulunan var mı?

**Hasta:** Ablam bir kere ilaç içerek ölmeye çalışmıştı. Başka da bildiğim yok.

**Doktor:** Peki, 6 aydır olan bu şikayetleriniz için herhangi bir doktora başvurduğunuz mu? Yardım aradınız mı?

**Hasta:** Hiç doktora başvurmadım ilk defa size geliyorum. Eşim psikolojik rahatsızlıklara pek inanmaz bana bu hoca işi dedi, dini hocalara gittik birkaç kez, muska filan yaptılar ama pek işe yaramadı.

**Doktor:** Maalesef, psikiyatrik hastalıklara karşı toplumumuzda istenmeyen farklı yaklaşımlar ile karşılaşyoruz. Damgalanma korkusu veya bu hastalıkları hastalık olarak kabul etmeme gibi durumlar bunlar. Ama siz bugün buraya gelmekte çok iyi yapmışsınız. Yaşadığınız durum depresyon dediğimiz bir hastalık ve bu hastalığın tedavisi var. Eskisi gibi neşeli, mutlu ve zevk alabilen birine dönüşebilme fırsatını yakalamış oldunuz. Son olarak birkaç sorum daha olacak.

**Hasta:** Haklısınız, doktor hanım maalesef psikolojik hastalıkları toplumumuz farklı ele alıyor. Ama bugün burada iyileşebileceğimi duymak çok güzel bir şey. Çok teşekkür ederim. Bu kadar ayrıntılı muayene olmak bile kendimi daha değerli hissettirdi.

**Doktor:** Herhangi bir kronik hastalığınız var mı? Herhangi bir ilaç kullanıyor musunuz?

**Hasta:** Kronik bir hastalığım yok, herhangi bir ilaç kullanmıyorum.

**Doktor:** Alkol, madde veya sigara kullanıyor musunuz?

**Hasta:** Hayır kullanmıyorum.

## OLGU ÖZETİ

34 yaşında kadın hasta, son 6 aydır mutsuzluk, hayattan zevk alamama, keyifsizlik, uykusuzluk, iştahsızlık, halsizlik, yorgunluk, bitkinlik, yetersizlik, değersizlik ve intihar düşünceleri şikayetleri mevcut. Bu şikayetler hemen her gün ve gün boyu sürmekte ve hastanın işlevselliğini bozmaktadır. Hastanın mevcut şikayetleri hayatında ilk defa olmaktadır. Öyküsünde hipomani/mani öyküsü saptanmadı ve herhangi bir kronik hastalığı, sürekli kullandığı bir ilaç yoktu. Alkol-madde kullanımı yoktu. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı'nda (DSM-5) tanı sistemine göre hastaya majör depresif bozukluk (MDB), tek atak tanısı, diğer bir deyişle unipolar (tek uçlu) depresif nöbet tanısı konuldu.

Hasta şikayetleri	Tanıya Yönelik Psikiyatrik Belirtiler
Mutsuzluk	Çökkün duygudurum
İsteksizlik ve zevk alamama	Anhedoni
Uyku ve iştah da azalma	Uykusuzluk, iştahsızlık
Halsizlik, yorgunluk, bitkinlik	Psikomotor retardasyon
Karamsar düşünceler	Değersizlik ve yetersizlik düşünceleri
Unutkanlık	Dikkatsizlik ve odaklanmada güçlük
Hayatın anlamsız olduğunu düşünme, ölüm isteği	İntihar düşünceleri
Ev işlerini yapamama	İşlevselliğin bozulması

## DSM 5 TANI ÖLÇÜTLERİ

A. Aşağıdaki semptomlardan beşi (veya daha fazlası) iki haftalık dönem içerisinde mevcuttur ve önceki işlevselliğe göre bir değişikliği temsil etmektedir;

semptomlardan en az biri ya (1) depresif ruh hali ya da (2) ilgi ya da zevk kaybıdır.

1) Neredeyse her gün, günün büyük bölümünde, ya öznel bildirimlerle (örn. kendini üzgün, boş, umutsuz hissetme) ya da başkaları tarafından yapılan gözlemlerle (örn. ağlamaklı görünme) belirlenen depresif ruh hali.

2) Neredeyse her gün, günün büyük bölümünde, etkinliklerin tümüne ya da hemen tümüne karşı ilgide ya da bunlardan alınan zevkte belirgin azalma

3) Diyet yapmadığımızda belirgin kilo kaybı veya kilo alımı (örneğin, bir ayda vücut ağırlığının %5'inden fazla bir değişiklik) veya neredeyse her gün iştahta azalma veya artış.

4) Neredeyse her gün uykusuzluk veya aşırı uykululuk.

5) Neredeyse her gün psikomotor ajitasyon veya yavaşlama (yalnızca öznel huzursuzluk veya yavaşlama duyguları değil, başkaları tarafından da gözlemlenebilir).

6) Neredeyse her gün yorgunluk veya enerji kaybı.

7) Neredeyse her gün değersizlik ya da aşırı ya da uygunsuz suçluluk duyguları (bunlar sanrısız düzeyde olabilir) (sadece kendini suçlama ya da hasta olduğu için suçluluk duygusu değil).

8) Neredeyse her gün düşünme veya konsantre olma yeteneğinde azalma veya kararsızlık (ya kendi öznel anlatımına göre ya da başkaları tarafından gözlemlendiğine göre).

9) Tekrarlayan ölüm düşünceleri (sadece ölüm korkusu değil), belirli bir plan olmadan tekrarlayan intihar düşüncesi veya intihar girişimi ya da intihar etmek için özel bir plan.

**B.** Semptomlar klinik olarak belirgin bir sıkıntıya ya da sosyal, mesleki ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.

**C.** Bu dönem, bir maddenin doğrudan fizyolojik etkilerine ya da başka bir tıbbi duruma bağlanamaz.

**D.** Majör depresif dönemin ortaya çıkışı şizoafektif bozukluk, şizofreni, şizofreniform bozukluk, sanrısız bozukluk veya diğer tanımlanmış ve tanımlanmamış şizofreni spektrumu ve diğer psikotik bozukluklarla daha iyi açıklanamaz.

**E.** Hiçbir zaman manik ya da hipomanik bir dönem yoktur. Uyku bozukluğu, başka bir uyku-uyanıklık bozukluğu (örn. narkolepsi, solunumla ilişkili bir

uyku bozukluğu, yirmi dört saatlik düzenle ilgili bir uyku-uyanıklık bozukluğu, bir parasomni) ile daha iyi açıklanamaz ve yalnızca başka bir uyku-uyanıklık bozukluğunun gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır (1).

## KLİNİK BULGULAR

MDB genellikle depresif ruh hali, ilgi veya zevk kaybı, uykusuzluk, iştahsızlık, yorgunluk, konsantrasyonda azalma, kendine güvende azalma, suçluluk ve değersizlik düşünceleri ve kendine zarar verme veya intihar düşünceleri, planları veya eylemleri kombinasyonu olarak ortaya çıkar. Depresyonun ciddiyetine bağlı olarak bu semptomların bazıları daha belirgin olabilir ve yaygın olarak özel klinik öneme sahip olduğu kabul edilen karakteristik özellikler geliştirebilir. Örneğin hasta daha kaygılı ve huzursuz ise anksiyeteli depresyon veya yeme-içme reddi, hareketsizlik ve negativizm gibi katatonik belirtiler varsa katatonik depresyon veya psikotik belirtiler varsa psikotik özellikli depresyon gibi özel isimlendirmeler ile anılabilir (2).

- MDB olan hastalarda en önemli dikkat edilmesi gereken husus intihar riskidir. Majör depresif bozukluk tamamlanmış intiharların %87'sinin nedenini oluşturur. Tamamlanmış intiharlar MDB dışında MDB'li hastalarda intihar düşüncesi %53.1, intihar girişimleri ise %31'dir (3).
- MDB olan hastanın intihar riski mutlaka değerlendirilmelidir. Hastaya intiharı sormak intihar riskini artırmaz. Öykü sırasında psikotik semptomların varlığı, şiddetli anksiyete, alkol veya madde kullanımı, geçmiş intihar girişimleri gibi intihar riskini artıran faktörlerin değerlendirilmesi gerekir. Değerlendirmede geçmiş intihar girişimlerin öyküsü ayrıntılı olarak ele alınmalıdır. Hastalara aile geçmişinde intihar olup olmadığı da sorulmalıdır. Hastanın intihar araçlarına erişilebilirliği araştırılmalı ve varsa bu araçlara yönelik önlemler alınmalıdır. Yüksek risk altındaki kişiler için yatarak tedavi gibi önlemler düşünülmelidir.
- Depresif bozuklukların yaklaşık %20-30'u kronik bir seyir gösterir ve kronik olmayan depresyona göre daha ciddi sağlık sonuçları ve daha kötü sonuçlarla ilişkilendirilir.
- Depresyonlu hastaların bir kısmı ağrı, sıızı ve yorgunluk gibi yakınmalarla başvurabilir ve ruh halindeki üzüntüyü kendileri direk bildiremeyebilirler.

Bu hastaların dikkatli bir şekilde değerlendirilmesi alttaki depresyonu ortaya çıkarır (2).

<b>MDB değerlendirme soruları</b>
En az 2 hafta boyunca, hemen her gün ve gün boyunca kendinizi üzgün, çökkün veya eskiden zevk alabildiğiniz aktivitelere karşı ilginizi yitirmiş veya onları yaparken zevk alamıyormuş gibi hissediyor musunuz?
(Bu dönemde) iştahınızda herhangi bir değişiklik oldu mu?
(Bu dönemde) kilo verdiniz veya aldınız mı? Kilo aldınız veya verdiyseniz ne kadar kilo değişiminiz oldu?
(Bu dönemde) uykularınız nasıl? Önceki durumunuzla karşılaştırıldığında uykusuzluk veya çok uyuma hali oluyor mu?
(Bu dönemde) otururken yerinde duramadığınız oldu mu?
(Bu dönemde) kendinizi yavaşlamış gibi hissediyor musunuz?
(Bu dönemde) içsel enerjiniz nasıl? Kendinizi yorgun veya bitkin hissediyor musunuz?
(Bu dönemde) kendinizi değersiz veya başarısız biri olarak görüyor musunuz?
(Bu dönemde) suçluluk duyduğunuz oldu mu?
(Bu dönemde) düşünmekte veya düşüncelerinizi toparlamakta veya belirli bir konu üzerinde yoğunlaştırmakta veya odaklanmakta güçlük yaşıyor musunuz?
(Bu dönemde) karar vermekte eskisine göre zorluk çekiyor musunuz?
(Bu dönemde) ölsem de kurtulsam gibi düşüncelere kapıldığınız oldu mu?
(Bu dönemde) kendinizi öldürmeyi düşündüğünüz oldu mu?
(Bu dönemde) kendinizi öldürme ile ilgili bir plan kurdunuz mu?
(Bu dönemde) kendinizi öldürme ile ilgili girişimde buldunuz mu?
(Bu dönemde) yaşadığımız bu üzümlük dönemi hayatınızı nasıl etkiliyor? İş/ okul/ ev hayatınızı nasıl etkiledi?

### **Tanı aşamasında dikkat edilecek hususlar**

- Depresyonun yönetimi kapsamlı değerlendirmeyi ve doğru teşhisin konulmasını içerir. Değerlendirme ayrıntılı öykü, fizik muayene ve ruhsal durum muayenesine dayanmalıdır. Başta aile olmak üzere tüm kaynaklardan öykü alınmalıdır. Hastanın depresif şikayetlerinin ne



zamandır olduğu ve yoğunluğu sorgulanmalıdır.

- Bipolar bozukluğun depresyon dönemi ayırıcı tanısı açısından hastanın daha önce hipomani veya mani atağı geçirip geçirmediğine yönelik sorular her hastada mutlaka sorulmalıdır. Hastanın depresif belirtileri şizoafektif bozukluk, şizofreni, şizofreniform bozukluk, sanrısız bozukluk veya diğer tanımlanmış ve tanımlanmamış şizofreni spektrumu ve diğer psikotik bozukluklarla daha iyi açıklanmamalıdır.
- Ayrıca depresif belirtilerin genel tıbbi durum veya madde ile ilişkisinin de olmaması gerekmektedir. Sürenin 2 yılı bulduğu depresif belirtilerin distimi olarak incelenmesi gerekmektedir.
- Hastanın bulunduğu depresif dönemin özellikleri incelenmeli, alt türlere uyan bir klinik tablo varsa mutlaka belirtilmelidir. Örneğin psikotik özellikli majör depresif epizod, anksiyeteli sıkıntılı özellikli majör depresif epizod, peripartum başlangıçlı majör depresif epizod, katatoni ile giden majör depresif epizod, mevsimsel özellik gösteren majör depresif epizod ve atipik özellikler gösteren majör depresif epizod gibi majör depresif bozukluğun alt türleri tanımlanmıştır.
- Kapsamlı değerlendirme aynı zamanda eşlik eden madde kötüye kullanımı/bağımlılığının değerlendirilmesine de odaklanmalıdır. Depresyonun madde intoksikasyonu ve yoksunluğu ile ilişkisini değerlendirmek için madde alımına ilişkin dikkatli bir öykünün alınması gerekmektedir. Gerektiğinde, eş zamanlı madde kullanımı/bağımlılığının varlığını doğrulamak için idrar taraması yapılabilir (4).
- MDB'nin şiddetinin belirlenmesi için Beck Depresyon Envanteri, Hamilton Depresyon Ölçeği, Montgomery-Asberg Depresyon Derecelendirme Ölçeği, Hasta Sağlık Anketi-9, Depresyon Anksiyete-Stres Ölçeği-21 gibi ölçekler kullanılmalıdır (5). Hastanın tedaviye verdiği yanıt bu ölçeklerin hasta takipleri sırasında tekrar uygulanması ile anlaşılabilir

## Epidemiyoloji

- Majör depresif bozukluğun yaygınlığı büyük epidemiyolojik çalışmalarda, yaşam boyu %16.6'dır. Kadınlarda, erkeklerle karşılaştırıldığında yaklaşık iki kat daha yüksek sıklıkta MDB'nin ortaya çıktığı gösterilmiştir.

- Birinci derece akrabalarında MDB bulunan bireylerde genel popülasyona göre 1,5 ila 3 kat daha sık MDB görülür. MDB'nin nokta prevalansının birinci basamakta %10 ve tıbbi hastalığı olan hastalarda %22 ila %33 arasında olduğu saptanmıştır (4). Dünya Sağlık Örgütü, MDB'yi dünya çapında hastalık yükünün üçüncü nedeni olarak sıralamış ve hastalığın 2030 yılına kadar birinci sıraya yükseleceğini öngörmüştür. MDB, her yaşta görülebilir ancak orta yaşlarda ve özellikle de 25-44 yaşları arasında daha sık izlenen bir hastalıktır. Son dönemde yayınlanmış bir çalışmada ise depresyonun yaşam boyu görülme sıklığı %1,5 ile %19 bildirilmiştir. Ülkemizdeki depresyon yaygınlığı ise %8-20 bulunmuştur (6).

### **Eş Tanılar**

- En sık görülen komorbiditeler anksiyete bozuklukları, madde kullanım bozuklukları ve diğer depresif bozukluklardır. Epidemiyolojik çalışmalar, yaşam boyu MDB hastalarında en az bir anksiyete bozukluğu yaygınlığının %59 olduğunu, madde kullanım bozukluğu yaygınlığının ise %14 olduğunu göstermiştir. MDB'ye anksiyete bozukluklarının eşlik etmesi, hastalığın şiddetinin artmasına ve tedaviye yanıtın azalmasına neden olur.
- Benzer şekilde, MDB ve madde kullanım bozukluklarının birlikte görülmesi, depresif dönemlerin sıklığı ve şiddetinin artması ve daha yüksek intihar girişimi oranları ile ilişkilendirilmiştir (7).
- MDB'nin diyabet, kardiyovasküler hastalık, hipertansiyon, kronik solunum bozuklukları ve artrit dahil olmak üzere birçok fiziksel bozukluklar için bağımsız bir risk faktörü ve negatif prognostik faktör olduğu tespit edilmiştir.
- Fiziksel hastalıkta eşlik eden depresyon, depresyonun ya da yalnızca fiziksel hastalığın varlığına kıyasla, düşük yaşam kalitesi, fiziksel bozukluğun daha kötü gidişatı, daha yüksek işlevsel bozukluk ve sakatlık, daha yüksek tıbbi maliyetler ve artan ölüm oranıyla ilişkilidir (8).

### **Tedavi Yaklaşımları**

- Antidepresan ilaç tedavisi
- Hastaya ve aileye depresyon ve tedavisi hakkında psikoeğitim verilmesi

- Düzenli egzersiz (davranışsal aktivasyon)
  - Egzersizin orta ya da yüksek eforlu olması önerilir.
  - Egzersiz yapmasına engel bir hastalık varsa önerilmez.
  - Haftada 3 gün yürüyüş, yüzme gibi aerobik bir egzersiz önerilmelidir.
  - Egzersizler ilk 5 dakika hafif tempolu, ardından 30 dakika tempolu ve sonra yine 5 dakika hafif tempolu olarak planlanabilir (9).
- Uyku hijyeninin sağlanması
- Bilişsel Davranışçı Terapi
- Kabul ve Kararlılık Terapisi
- Transkraniyal manyetik uyarım tedavisi (Tedaviye dirençli MDB vakalarında)
- Elektrokonvulzif Tedavi (Tedaviye dirençli MDB, ağır şiddetli depresyon, yeme-içme reddi olan MDB vakalarında)

### **Tedavi hedefleri**

1. Depresif belirtilerin azaltılması
2. Hastanın tam işlevselliği ve sosyalliğine tekrar kavuşması
3. İntihar girişiminin önlenmesi
4. Depresyonun yinelenmesinin önlenmesi

Örnek Reçete

### **SSRI Grubu İlaçlar**

Essitalopram 10 mg/gün

Sertralin 50 mg/gün

Paroksetin 20 mg/gün

Sitalopram 20 mg/gün

Fluoksetin 20 mg/gün

Vortiooksetin 10-20 mg/gün

### **SNRI Grubu ilaçlar**

Venlafaksin 75 mg/gün

Duloksetin 60 mg/gün

## SÜREGİDEN DEPRESİF BOZUKLUK (DİSTİMİ)

### Olgu örneği psikiyatrik görüşme

*43 yaşında, erkek hasta, öğretmen, evli, 2 çocuk sahibi, şehir merkezinde ailesi ile birlikte yaşıyor.*

**Doktor:** Hoş geldiniz, sizi bugün buraya getiren şikayetinizi öğrenebilir miyim?

**Hasta:** Mutsuzluk ve üzümlük hali.

**Doktor:** Bu şikayetleriniz ne kadar süredir var?

**Hasta:** Uzun süredir var.

**Doktor:** Uzun süre derken tahminen ne kadar süre olmuştur? Birkaç ay veya birkaç yıl mı?

**Hasta:** Sanırım 3 yıldır var diyebilirim doktor hanım.

**Doktor:** Peki, bu şikayetleriniz günlerin çoğunda ve gün boyunca mı oluyor?

**Hasta:** Evet, nerdeyse tüm günlerimi ve tüm zamanlarımı mutsuz geçiriyorum.

**Doktor:** Mutsuz ve üzgün haliniz, aileniz veya arkadaşlarınız tarafından fark ediliyor mu?

**Hasta:** Eşim ve iş arkadaşlarım fark ediyor. Neyin var, neden bu kadar mutsuzsun diye soruyorlar?

**Doktor:** Bu 3 yıllık dönem içerisinde hayattan zevk alabiliyor musunuz?

**Hasta:** Ara ara zevk aldığım şeyler oluyor ama genelde hayatın tadı tuzu yok gibi geliyor.

**Doktor:** Uykunuz ve iştahınızda bu dönemde bir değişiklik oldu mu?

**Hasta:** Uykusuzluk yaşıyorum, uykuya dalmakta zorlanıyorum. İştahımda eskisi kadar iyi değil. Pek canım bir şeyler yemek istemiyor.

**Doktor:** Peki kendinizi yorgun, halsiz veya bitkin hissediyor musunuz?

**Hasta:** Evet, gün içerisinde enerjim yokmuş gibi geliyor bana. Sanki böyle yakıtı olmayan bir araba gibiyim. Birinin beni itmesi gerekiyor. Takatim yok gibi.

**Doktor:** Bu 3 yıllık dönem içerisinde kendinizi nasıl hissediyorsunuz? Kendinize güveniniz nasıl?

**Hasta:** Ara ara kendimi işe yaramıyormuş, beceriksiz gibi hissettiğim dönemler oluyor. Okulda öğrencilerin yüzünü asık görünce onlara faydalı olamayan bir öğretmenim gibi düşünceler aklıma geliyor.

**Doktor:** Dikkatinizde veya odaklanmanızda bir sorun var mı?

**Hasta:** Dikkatim ve odaklanmamda zorluklar yaşıyorum, unutkanlıklar veya öğrencilere bir şey anlatacağım zaman odaklanamama halim oluyor.

**Doktor:** Anladığım kadarı ile sizin 3 yıldır çökkün bir ruhsal haliniz mevcut, bu dönemde uyku ve iştahınızda azalma, halsizlik, yorgunluk, öz güvende azalma, kendiniz ile ilgili karamsar düşünceler ve dikkat ve odaklanmada sorunlar yaşıyorsunuz. Bu şikayetler iş veya ev hayatınızı nasıl etkiledi peki?

**Hasta:** Okulda öğrencilere faydalı olamıyorum, evde ailemle eskisi gibi vakit geçiremiyorum. Haliyle bu beni çok etkiliyor. Hatta bazen işe gidecek gücüm olmadığı için rapor alıp işe gitmiyorum.

**Doktor:** Bu hastalık işlevselliğinizi olumsuz yönde etkilemiş, şikayetlerinizin 3 yıldır olduğunu söylediniz, peki bu 3 yıl boyunca hiç ara ara düzeldiğiniz olmadı mı?

**Hasta:** En fazla bir ay kadar belki düzelmişimdir. Onun dışında hep kendimi kötü hissediyorum.

**Doktor:** Bazen ölsem de kurtulsam gibi düşündüğünüz oldu mu?

**Hasta:** Hayır, olmadı.

**Doktor:** Geçmişte kendinize hiç zarar verdiğiniz veya kendinizi öldürmeye teşebbüs ettiğiniz oldu mu?

**Hasta:** Hayır, hiç öyle bir şey yapmadım.

**Doktor:** Alkol veya madde kullanıyor musunuz?

**Hasta:** Hayır, sigara bile içmiyorum, doktor hanım.

**Doktor:** Herhangi bir kronik hastalığınız var mı? Düzenli kullandığınız bir ilaç var mı?

**Hasta:** Kronik bir hastalığım yok, arada bir baş ağrısı için ağrı kesici dışında ilaç kullanmıyorum.

**Doktor:** Geçmişte hiç böyle karamsar bir dönem yaşadığınız oldu mu?

**Hasta:** Aslında benim normal halimde biraz karamsardır, hayatta mutlu olduğum zamanlar azdır genelde.

**Doktor:** Bu şikayetlerinizden dolayı herhangi bir doktora gittiniz mi?

**Hasta:** Evet, psikiyatri doktoruna gittim, daha önce bana faydalı olan ilaç başlandı kullandım birkaç ay ama bu kez faydası olmayınca ilaç kullanmadım.

**Doktor:** Bu yaşadıklarınız depresyon dediğimiz bir hastalık yani çökkün olma hali. Hiç bu çökkünlük halinin tersine, kendinizi çok mutlu ya da çoşkulu hissettiğiniz ve bu durumun olağan durumunuzdan çok değişik olduğu, en az birkaç gün süren zamanlar oldu mu?

**Hasta:** Hayır, fazla neşeli olduğum günler olmadı. Dediğim gibi genelde karamsar bir ruh halim vardır. Sanki kişiliğim üzgün bir kişilik.

**Doktor:** Kuşkucu olduğunuz, birileri benim hakkımda konuşuyor, sanki birileri bana zarar verecek veya kendinizi diğer insanlardan daha üstün görme gibi düşünceleriniz hiç oldu mu?

**Hasta:** Hayır olmadı.

**Doktor:** Etrafta herhangi bir uyaran yokken sadece sizin duyduğunuz veya gördüğünüz veya kokladığımız veya tattığımız gibi farklı duyumlar oldu mu?

**Hasta:** Hayır olmadı.

**Doktor:** Ailenizde herhangi bir psikiyatrik hastalığı olan var mı?

**Hasta:** Ailemde annemde depresyon vardı. İlaç kullanmıştı bir dönem.

## OLGU ÖZETİ

43 yaşında erkek hasta, 3 yıldır olan mutsuzluk, üzünlük, zevk alamama, uykusuzluk, iştahsızlık, kendine güvende azalma, yorgunluk, bitkinlik, dikkatte ve odaklanmada azalma şikayetleri mevcut. Bu şikayetleri günlerin çoğunda ve gün boyunca sürmektedir. Hipomani/mani ve psikotik bozukluk öyküsü saptanmadı. Annesinde depresyon öyküsü mevcut. Herhangi bir kronik hastalığı ve sürekli kullandığı ilaç yok. Alkol-madde kullanımı yok. DSM-5 tanı sistemine göre hastaya süregiden depresif bozukluk (distimi) tanısı konuldu.

Hasta şikayetleri	Tanıya Yönelik Psikiyatrik Belirtiler
Mutsuzluk	Çökkün duygudurum
İsteksizlik ve zevk alamama	Anhedoni
Uyku ve iştah da azalma	Uykusuzluk, iştahsızlık

Halsizlik, yorulma, bitkinlik	Psikomotor retardasyon
Karamsar düşünceler	Değersizlik ve yetersizlik düşünceleri
Unutkanlık	Dikkatsizlik ve odaklanmada güçlük
Okula gidememe, ailesi ile birlikte eskisi gibi vakit geçirememesi	İşlevselliğin bozulması

## DSM 5 TANI ÖLÇÜTLERİ

**A.** En az 2 yıl süreyle, öznel anlatıma veya başkaları tarafından yapılan gözlemlere göre, günün büyük bir bölümünde, çoğu gün boyunca depresif duygudurum.

**B.** Aşağıdakilerden iki veya daha fazlasının depresyondayken ortaya çıkması:

1. İştahsızlık veya aşırı yeme
2. Uykusuzluk veya aşırı uyku
3. Düşük enerji veya yorgunluk
4. Kendine güvensiz
5. Zayıf konsantrasyon veya karar vermede zorluk
6. Umutsuzluk duyguları

**C.** Rahatsızlığın 2 yıllık periyodu sırasında, kişide 2 aydan uzun bir süre boyunca yukarıdaki iki kritere ait semptomlardan hiçbir zaman yoksun kalmamıştır.

**D.** MDB kriterleri 2 yıl boyunca sürekli olarak mevcut olabilir; bu durumda hastalara süregiden depresif bozukluk ve MDB eş tanısı konmalıdır.

**E.** Hiçbir zaman bir manik dönem, bir karma dönem ya da bir hipomanik dönem yaşanmamış ve siklotimi kriterleri hiçbir zaman karşılanmamıştır.

**F.** Semptomlar psikotik bir bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

**G.** Bu bozukluk bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir madde ya da ilaç) ya da genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

**H.** Semptomlar klinik olarak belirgin bir sıkıntıya veya önemli işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur (1).

## KLİNİK BULGULAR

- Distimi olarak da bilinen süregiden depresif bozukluk, iki yıllık bir süre boyunca çoğu gün mevcut olan kronik bir depresyondur. Semptomlar majör depresif bozukluktan daha hafiftir ancak distimi sırasında MDB'ye dahil olan ek semptomlar gelişebilir ve MDB tanısına yol açabilir. Bu iki bozukluğun birlikte görülmesi çifte depresyon olarak bilinir. Depresyonların yaklaşık %30'u kronik olarak sınıflandırılır (10).
- Distiminin majör depresif bozukluktan en önemli farkı hastanın daima depresif olmaktan yakınmasıdır. Bu nedenle hastaların çoğu çocuklukta ya da ergenlikte başlayan erken başlangıçlı olarak ortaya çıkar. Distiminin 21 yaşından önce başlaması erken başlangıçlı olarak kabul edilirken 21 yaşından sonra başlaması geç başlangıçlı olarak kabul edilir. Ancak distimi hastalarının büyük bir bölümü erken başlangıçlıdır (11).
- Genel olarak distimiklerde düşük özgüven ve sosyal geri çekilme gibi bilişsel belirtiler daha yaygınken, majör depresif dönemde uyku veya iştahsızlık daha sık görülür. Uykusuzluğun gündelik yaşama yansıyan en yaygın bulguları arasında yorgunluk, motivasyon güçlüğü, dikkatsizlik ve olaylar karşısında tepkisellik yer alır. Bu bulgular ile ilişkili olarak hastaların yaşam, okul ve mesleki alandaki işlevselliklerinde düşme, verimsizlik gözlenir (11).
- Distimili hastaların yaklaşık %50'si 25 yaşından önce sinsi başlar. Hastalar belirtilerini yaşamın doğal bir parçası gibi algıladığı için yardım arayışı 10 yıla kadar gecikebilir (11).

<b>Süregiden depresif bozukluk (distimi) değerlendirme soruları</b>
En az 2 yıl boyunca, hemen her gün ve gün boyunca kendinizi üzgün ve çökün hissediyor musunuz?
(Bu dönemde) yemek yeme isteğinizde (iştahınızda) herhangi bir değişiklik oldu mu?
(Bu dönemde) kilo verdiniz veya aldınız mı? Kilo aldınız veya verdiyseniz ne kadar kilo değişiminiz oldu?
(Bu dönemde) uykularınız nasıl? Önceki durumunuzla karşılaştırıldığında uykusuzluk veya çok uyuma hali oluyor mu?
(Bu dönemde) kendinizi yavaşlamış gibi hissediyor musunuz?



(Bu dönemde) içsel enerjiniz nasıl? Kendinizi yorgun veya bitkin hissediyor musunuz?

(Bu dönemde) kendinizi değersiz veya başarısız biri olarak görüyor musunuz?

(Bu dönemde) düşünmekte veya düşüncelerinizi toparlamakta veya belirli bir konu üzerinde yoğunlaştırmakta veya odaklanmakta güçlük yaşıyor musunuz?

(Bu dönemde) karar vermekte eskisine göre zorluk çekiyor musunuz?

Hiç bu çökkünlük halinin tersine, kendinizi çok mutlu ya da coşkulu hissettiğiniz ve bu durumun olağan durumunuzdan çok değişik olduğu, en az birkaç gün süren zamanlar oldu mu?

Etrafta herhangi bir uyarıcı yokken sadece sizin duyduğunuz veya gördüğünüz veya kokladığınız veya tattığınız gibi farklı duyumlar oldu mu?

(Bu dönemde) yaşadığınız bu üzümlük dönemi hayatınızı nasıl etkiliyor? İş/ okul/ ev hayatınızı nasıl etkiledi?

### **Tanı aşamasında dikkat edilecek hususlar**

Belirtilerin süresinin en az 2 yıl olması, bu 2 yıl boyunca B tanı kriterlerinden en az 2 sinin olmadığı en az 2 aylık herhangi bir dönem olmamalı, belirtiler psikotik bozukluk, genel tıbbi durum veya ilaç- madde kullanımı ile ilişkili olmamalı. Mani/hipomani ve siklotimik bozukluk kriterleri hiçbir zaman karşılanmamalıdır. Beraberinde MDB kriterleri de karşılanıyorsa MDB tanısı da konulmalıdır.

### **Epidemioloji**

- Distimik bozukluğun prevalansı farklı popülasyonlarda büyük farklılık göstermektedir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde %3,7 ile %20,6 arasında ve ABD'deki geniş epidemiyolojik çalışmalarda %3,1 ile %6,4 arasında değişmektedir.
- Ayrıca kadın/erkek cinsiyet oranının 2:1 olduğu da rapor edilmiştir. Yakın zamanda yapılan bir araştırma DSM-5 süregiden depresif bozukluk yaşam boyu yaygınlığının batı ülkelerinde %3 ile %6 arasında değiştiğini bulmuştur. Ayrıca 5-10 yıllık takiplere dayanan bazı uzun süreli çalışmalara göre distimi hastaları arasında intihar ve intihar girişimi oranları %19 ile %31,7 arasında saptanmıştır. MDB hastalarına kıyasla distimik bozukluğu olan hastalarda psikososyal işlevselliğin daha düşük

olduğunu birçok çalışma saptamıştır (12).

### **Eş Tanılar**

Distimik bozukluğun, majör depresyon (bu komorbidite aynı zamanda çift depresyon olarak da bilinir), anksiyete bozuklukları, madde bağımlılığı, somatoform bozukluklar, kişilik bozuklukları dahil olmak üzere bir dizi psikiyatrik komorbiditeyle büyük ölçüde ilişkili olduğu dikkate alınmalıdır (12).

### **Tedavi Yaklaşımları**

- Antidepresan ilaç tedavisi
- Hastaya ve aileye depresyon ve tedavisi hakkında psikoeğitim verilmesi
- Düzenli egzersiz (davranışsal aktivasyon)
  - Egzersizin orta ya da yüksek eforlu olması önerilir.
  - Egzersiz yapmasına engel bir hastalık varsa önerilmez.
  - Haftada 3 gün yürüyüş, yüzme gibi aerobik bir egzersiz önerilmelidir.
  - Egzersizler ilk 5 dakika hafif tempolu, ardından 30 dakika tempolu ve sonra yine 5 dakika hafif tempolu olarak planlanabilir (9).
- Uyku hijyeninin sağlanması
- Bilişsel davranışçı terapi
- Kabul ve kararlılık terapisi

### **Tedavi hedefleri**

1. Depresif belirtilerin azaltılması
2. Hastanın tam işlevselliği ve sosyalliğine tekrar kavuşması
3. İntihar girişiminin önlenmesi
4. Depresyonun yinelenmesinin önlenmesi

## PREMENSTRÜEL DİSFORİK BOZUKLUK

### Olgu örneği psikiyatrik görüşme

*33 yaşında, kadın hasta, hemşire, evli, 1 çocuk sahibi, şehir merkezinde ailesi ile birlikte yaşıyor.*

**Doktor:** Hoş geldiniz, sizi bugün buraya getiren şikayetinizi öğrenebilir miyim?

**Hasta:** Adet dönemlerinde olan duygusal değişiklik, gerginlik, sinirlilik ve uykusuzluk hali.

**Doktor:** Adet dönemleriniz derken bu şikayetleriniz tam olarak ne zaman başlıyor ve nasıl devam ediyor?

**Hasta:** Adet olmadan yaklaşık 1 hafta veya 10 gün önce bende birtakım değişiklikler oluyor, farklı birine dönüşüyorum adeta. Sonra adet olduktan sonraki günlerde kendiliğinden geçiyor.

**Doktor:** Farklı birine dönüşüyorsunuz ve birtakım değişiklikler oluyor dediniz biraz daha açar mısınız?

**Hasta:** Adetim yaklaşınca kendimi üzgün, isteksiz hissediyorum. Gün içerisinde sinirli ve gergin oluyorum. Etrafıma çok çatıyorum. Uykularım kaçıyor, uykuya dalmakta sorun yaşıyorum ve uykusuz kalıyorum.

**Doktor:** Peki bu dönemde iştahınız nasıl oluyor?

**Hasta:** İştahım genelde artıyor, fazla abur cubur tüketiyorum.

**Doktor:** Peki, bu dönemde duygularınızda dalgalanma oluyor mu?

**Hasta:** Evet, oluyor bir üzgün, bir mutlu oluyorum, dalgalı gidiş oluyor. Biri bana ters bir şey söyledi mi çok kızıyorum.

**Doktor:** Bu anlattığınız şikayetler ne zamandır sizde var? Her adet öncesi dönem oluyor mu?

**Hasta:** Bu şikayetler yaklaşık 1 yıldır bende var nerdeyse tüm adet dönemlerinde bu sorunu yaşıyorum.

**Doktor:** Peki bu dönemde kendinizde fiziksel bir takım değişiklikler hissediyor musunuz?

**Hasta:** Göğüslerimde şişkinlik, karın ağrısı ve eklemelerimde ağrılar oluyor.

**Doktor:** Peki, bu anlattığınız şikayetler adet olmanızla beraber değişiyor mu?

**Hasta:** Adet olmamla birlikte nerdeyse 1 hafta içinde tamamen normale dönüyorum.

**Doktor:** Anladığım kadarı ile sizin 1 yıldır nerdeyse tüm adet dönemlerinde birtakım sorunlar yaşıyorsunuz. Adet olmadan önceki günlerde değişken duyguları olan, sinirli, mutsuz, uykusuz ve zevk alamayan birine dönüşüyorsunuz. Vücudunuzda da göğüslerde şişme, karın ağrısı ve eklemlerinizde ağrı gibi fiziksel değişiklikler hissediyorsunuz. Peki bu şikayetler iş veya ev hayatınızı nasıl etkiledi?

**Hasta:** İş hayatımı özellikle çok etkiledi. Hastalara sürekli kızıyorum. Evde eşimle aramız bozuluyor. Daha sakin kalabilmek için o günlerde bazen evde kalmadığım annelere gittiğim günler bile oluyor.

**Doktor:** Anladım, hem iş yeri hem de evde bu hastalık işlevselliğinizi olumsuz yönde etkilemiş.

**Doktor:** Moraliniz ve keyfiniz bu adet öncesi ve sonraki dönemleri bir kenara bırakırsak nasıl?

**Hasta:** Bu dönemler dışında aslında moralim de keyfimde iyidir. Ne oluyorsa bu adet öncesi oluyor her şey.

**Doktor:** Hiç kendinizi çok mutlu ya da coşkulu hissettiğiniz ve bu durumun olağan durumunuzdan çok değişik olduğu, en az birkaç gün süren zamanlar oldu mu?

**Hasta:** Hayır olmadı.

**Doktor:** Alkol veya madde kullanıyor musunuz?

**Hasta:** Hayır, kullanmıyorum doktor hanım.

**Doktor:** Herhangi bir kronik hastalığınız var mı? Düzenli kullandığınız bir ilaç var mı?

**Hasta:** Kronik bir hastalığım yok, herhangi bir ilaç kullanmıyorum.

**Doktor:** Bu şikayetinizden dolayı herhangi bir doktora gittiniz mi?

**Hasta:** Hayır, herhangi bir doktora başvurum olmadı.

**Doktor:** Ailenizde herhangi bir psikiyatrik hastalığı olan var mı?

**Hasta:** Ailemde bildiğim kadarı ile herhangi bir psikiyatrik hastalığı olan yok.

## OLGU ÖZETİ

33 yaşında kadın hasta, 1 yıldır olan adet olmadan önceki günlerde dalgalı ruh hali, sinirlilik, mutsuzluk, uykusuzluk ve ilgi/istek azalması yaşıyor. Ayrıca fiziksel olarak göğüslerde şişme, karın ağrısı ve eklemelerinde ağrı gibi şikayetleri mevcut. Bu şikayetleri adet öncesi günlerde başlıyor ve adet olmasının ardından belirgin olarak düzeliyor. Herhangi bir kronik hastalığı ve sürekli kullandığı ilaç yok. Alkol-madde kullanımı yok. Adet öncesi ve sonrası dönemler dışında duygudurum bozukluğu saptanmadı. DSM-5 tanısı sistemine göre premenstrüel disforik bozukluk (PMD) tanısı konuldu.

Hasta şikayetleri	Tanıya Yönelik Psikiyatrik Belirtiler
Duygularında dalgalanma	Duygusal değişkenlik
İsteksizlik ve zevk alamama	Olağan aktivitelere ilgilide azalma
Sinirlilik, insanlara çatma	Sinirlilik, Kişiler arası çatışma
Uyku da azalma	Uykusuzluk
Aşırı yeme	İştah da artış
Memelerde şişkinlik	Fiziksel belirtiler
Eklem ağrıları	Fiziksel belirtiler
Karın ağrısı	Fiziksel belirtiler
Unutkanlık	Dikkatsizlik ve odaklanmada güçlük
İşte sorunlar yaşama ve eşi ile ilişkilerinin bozulması	İşlevselliğin bozulması

## DSM 5 TANI ÖLÇÜTLERİ

**A.** Adet döngülerinin çoğunda en az 5 semptomun adet başlangıcından önceki son haftada mevcut olması, adet başlangıcından sonraki birkaç gün içinde düzelmeye başlaması ve adet bittiği haftada minimal hale gelmesi veya yok olması gerekir.

**B.** Aşağıdaki belirtilerden bir veya daha fazlasının mevcut olması gerekir:

- 1) Belirgin duygusal değişkenlik (örn. ruh hali değişimleri, aniden üzgün veya ağlamaklı hissetme veya reddedilmeye karşı artan hassasiyet)
- 2) Belirgin sinirlilik veya öfke veya kişilerarası çatışmaların artması

3) Belirgin derecede depresif ruh hali, umutsuzluk duyguları veya kendini küçümseyen düşünceler

4) Belirgin kaygı, gerginlik ve/veya gergin veya gergin olma hissi

C. Yukarıdaki B kriterindeki semptomlarla birleştirildiğinde toplam 5 semptoma ulaşmak için aşağıdaki semptomlardan birinin (veya daha fazlasının) ek olarak mevcut olması gerekir.

1) Olağan aktivitelere olan ilginin azalması

2) Konsantrasyonda subjektif zorluk

3) Uyuşukluk, kolay yorulma veya belirgin enerji eksikliği

4) İştahta belirgin değişiklik; aşırı yeme veya belirli yiyecek istekleri

5) Aşırı uyku veya uykusuzluk

6) Bunalmış veya kontrolden çıkmış olma hissi

7) Memelerde hassasiyet veya şişlik gibi fiziksel belirtiler; eklem veya kas ağrısı, “şişkinlik” hissi veya kilo alma

D. Semptomların klinik olarak belirgin bir sıkıntı veya iş, okul, olağan sosyal aktiviteler veya başkalarıyla ilişkilerde bozulma ile ilişkili olması.

E. Diğer psikiyatrik bozukluklar ile bu durum açıklanmamalıdır. Bu bozukluk yalnızca majör depresif bozukluk, panik bozukluğu, süreğen depresif bozukluk (distimi) veya kişilik bozukluğu (her ne kadar bunlardan herhangi biriyle birlikte ortaya çıkabilse de) gibi başka bir bozukluğun semptomlarının alevlenmesi değildir)

F. A Kriteri, en az 2 semptomatik siklus sırasında prospektif günlük değerlendirmelerle doğrulanmalıdır (ancak bu onaydan önce geçici bir tanı konulabilir) diğer tıbbi açıklamaları hariç tutulmalıdır.

G. Semptomlar bir maddenin (örn. uyuşturucu kullanımı veya ilaç tedavisi) veya başka bir tıbbi durumun (örn. hipertiroidizm) fizyolojik etkilerine bağlanamaz (1).

### **Klinik Bulgular**

- Adet öncesi semptomlar, üreme çağındaki kadınlarda menstruasyondan önce döngüsel bir düzende ortaya çıkan ve daha sonra menstruasyon döneminden sonra azalan bazı ruhsal, davranışsal ve fiziksel belirtileri içerir. Kadınların çoğunda yalnızca hafif belirtiler vardır ve semptomlar kişisel, sosyal veya

mesleki yaşamlarını etkilemez; ancak kadınların %5 ila %8'inde ciddi sıkıntıya ve işlevsel bozulmaya neden olabilecek PDB vardır (13).

- PDB, adet döngüsünün luteal fazında ortaya çıkan ve adet başlangıcından kısa bir süre sonra düzelen en az bir fiziksel, duygusal veya davranışsal semptomları içerir. Semptomların spektrumu geniştir ve en yaygın olanları göğüslerde hassasiyet, şişkinlik, baş ağrısı, ruh hali değişimleri, depresyon, anksiyete, öfke ve sinirliliktir (13).
- PDB, DSM-5'te depresif bozukluk tanı kategorisi içerisinde yer alırken Dünya Sağlık Örgütü'nün Uluslararası Hastalık Sınıflandırması-11'de jinekolojik tanı olarak kodlanmıştır. PDB tanısı, DSM-5'te belirtilen duygusal karmaşa ve irritabilite gibi psikolojik değişikliklerin ve memelerde şişlik, iştah değişikliği gibi bedensel değişikliklerin bulunduğu toplam 11 belirtiden en az 5 tanesinin birlikte bulunması halinde konur (13).

### **PDB değerlendirme soruları**

Adet dönemleriniz başlamadan önceki günlerde başlayan ve adet olmanız ile beraber azalmaya başlayan veya tamamen kaybolan.....

- 1) Belirgin duygusal değişkenlik (örn. ruh hali değişimleri, aniden üzgün veya ağlamaklı hissetme veya reddedilmeye karşı artan hassasiyet) yaşıyor musunuz?
- 2) Belirgin sinirlilik veya öfke veya kişilerarası çatışmaların artması yaşıyor musunuz?
- 3) Belirgin derecede depresif ruh hali, umutsuzluk duyguları veya kendini küçümseyen düşünceler yaşıyor musunuz?
- 4) Belirgin kaygı, gerginlik ve/veya gergin veya gergin olma hissi yaşıyor musunuz?
- 5) Olağan aktivitelere olan ilginin azalması yaşıyor musunuz?
- 6) Konsantrasyonda subjektif zorluk yaşıyor musunuz?
- 7) Uyuşukluk, kolay yorulma veya belirgin enerji eksikliği yaşıyor musunuz?
- 8) İştahta belirgin değişiklik; aşırı yeme veya belirli yiyecek istekleri yaşıyor musunuz?
- 9) Aşırı uyku veya uykusuzluk yaşıyor musunuz?
- 10) Bunalmış veya kontrolden çıkmış olma hissi yaşıyor musunuz?
- 11) Memelerde hassasiyet veya şişlik gibi fiziksel belirtiler; eklem veya kas ağrısı, “şişkinlik” hissi veya kilo alma yaşıyor musunuz?

Adet dönemleriniz başlamadan önceki günlerde başlayan ve adet olmanız ile beraber azalmaya başlayan veya tamamen kaybolan şikayetlerinizi ne kadar süredir yaşıyorsunuz?
Kronik bir hastalığınız var mı? Sürekli kullandığınız herhangi bir ilaç var mı?
Alkol –madde kullanıyor musunuz?
Kendinizi çok mutlu ya da çöşkulu hissettiğiniz ve bu durumun olağan durumunuzdan çok değişik olduğu, en az birkaç gün süren zamanlar oldu mu?
Yaşadığınız bu belirtiler hayatınızı nasıl etkiliyor? İş/okul/ ev hayatınızı nasıl etkiledi?

### **Tanı aşamasında dikkat edilecek hususlar**

Belirtilerin adet öncesi dönemde başlaması ve adet olduktan sonraki günlerde tamamen geçmesi veya minimal düzeye inmesi gerekmektedir. En az 1 ruhsal belirti olmak üzere toplam 11 belirtiden 5'inin mutlaka bulunması gerekmektedir. Bu şikayetler en az 2 adet döneminin prospektif olarak incelenmesi ile doğrulanmalıdır. Belirtiler başka herhangi bir tıbbi durumun alevlenmesi veya alkol-madde kullanımı ile açıklanamamalıdır.

### **Epidemiyoloji**

Kadınların yaklaşık %80'i adet döngüsünün luteal fazı sırasında en az bir fiziksel veya psikiyatrik semptom bildirmektedir; ancak çoğu günlük yaşamlarında önemli bir bozulma bildirmemektedir. 2.800 Fransız kadın üzerinde yapılan bir araştırmada, yaklaşık %12'sinin PDB tanı kriterlerini karşıladığı bildirilmiştir. Semptomların kalıcılığı ve şiddeti dalgalanma eğilimindedir. Bir çalışmada, PDB tanısı alan kadınların yalnızca %36'sının bir yıl sonra tanı kriterlerini karşılamaya devam ettiğini bulunmuştur (14). Kadınlar adet öncesi dönemde ortaya çıkan 150'den fazla belirti tanımlamıştır. Bu belirtiler arasında en önemli yeri duygudurum ve davranış değişiklikleri alır (14).

### **Eş Tanılar**

PDB sıklıkla diğer psikiyatrik durumlarla, çoğunlukla MDB, bipolar bozukluk veya anksiyete bozuklukları ile ilişkilidir ve komorbidite oranı %30 ile %70 arasında değişmektedir (15). Geçmişteki duygudurum bozukluklarının, hastalığın uzun süreli seyrini ve tedavi yanıtını etkilediği bulunmuştur. Ayrıca, PDB'li kadınlarda doğum sonrası depresyon gibi diğer psikiyatrik bozuklukların



ortaya çıkma riski de yüksektir. PDB’li kadınlarda bipolar bozukluk tanısının eşlik etme olasılığını 8 kat daha fazla bulan çalışmalar mevcuttur (15).

### **Tedavi Yaklaşımları**

- Antidepresan ilaç tedavisi
- Hastaya ve aileye PMDB ve tedavisi hakkında psikoeğitim verilmesi
- Düzenli egzersiz
- Uyku hijyeni
- Beslenme düzenine yönelik değişiklikler planlanmalıdır.
  - Geç luteal fazda kafeinli içecekler tüketilmemelidir.
  - Tuz tüketimini kısıtlayınız.
  - Rafine şeker tüketiminden uzak durulmalı.
  - Sık ve küçük öğünler tercih edilmeli.
  - B6 (pidoksin vitamini), kalsiyum veya magnezyum takviyesi kullanılabilir (16).
- Ödem için diüretikler, baş ağrısı ve eklem ağrısı için non-steroid anti-inflamatuar ilaçlar kullanılabilir.

### **Tedavi hedefleri**

1. Adet öncesi olan ruhsal ve fiziksel belirtilerin azaltılması
2. Hastanın işlevselliğinin düzelmesi

### **KAYNAKLAR**

1. American Psychiatric Association (APA) Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5. Washington: APA; 2013.
2. Uher R, Payne JL, Pavlova B, Perlis RH. Major depressive disorder in DSM-5: implications for clinical practice and research of changes from DSM-IV. *Depress Anxiety*. 2014;31(6):459-471.
3. Cai H, Xie XM, Zhang Q, Cui X, Lin JX, Sim K, et al. Prevalence of Suicidality in Major Depressive Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis of Comparative Studies. *Front Psychiatry*. 2021;12:690130.

4. Soleimani L, Lapidus KA, Iosifescu DV. Diagnosis and treatment of major depressive disorder. *Neurol Clin.* 2011;29(1):177-193.
5. Falk A, Joseph R, Smith S, Wilk A. Mood and Anxiety Disorders: Major Depressive Disorder. *FP Essent.* 2023;527:7-12.
6. Helvacı Çelik F, Hocaoğlu Ç. Major Depresif Bozukluk Tanımı, Etiyolojisi ve Epidemiyolojisi: Bir Gözden Geçirme. *J Contemp Med.* 2016;6(1):51-66.
7. Thaisittikul P, Ittasakul P, Waleprakhon P, Wisajun P, Jullagate S. Psychiatric comorbidities in patients with major depressive disorder. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2014;10:2097-103.
8. Steffen A, Nübel J, Jacobi F, Bätzing J, Holstiege J. Mental and somatic comorbidity of depression: a comprehensive cross-sectional analysis of 202 diagnosis groups using German nationwide ambulatory claims data. *BMC Psychiatry.* 2020;20(1):142.
9. Türkçapar H. Depresyondan Çıkış Yolu. 3.Baskı, Epsilon yayınevi, İstanbul, 2021.
10. Schramm E, Klein DN, Elsaesser M, Furukawa TA, Domschke K. Review of dysthymia and persistent depressive disorder: history, correlates, and clinical implications. *Lancet Psychiatry.* 2020;7(9):801-812.
11. Gündoğar D, Yükselir C. Distimi ve Siklotimi. Kaplan Sadock Psikiyatri Davranış Bilimleri/Klinik Psikiyatri. Editör: Bozkurt A, Güneş Tıp Kitapevi. Ankara, Cilt 1. Baskı 1. s. 380-387. 2016.
12. Ventriglio A, Bhugra D, Sampogna G, Luciano M, De Berardis D, Sani G, et al. From dysthymia to treatment-resistant depression: evolution of a psychopathological construct. *Int Rev Psychiatry.* 2020;32(5-6):471-476.
13. Tiranini L, Nappi RE. Recent advances in understanding/management of premenstrual dysphoric disorder/premenstrual syndrome. *Fac Rev.* 2022;11:11.
14. Hofmeister S, Bodden S. Premenstrual Syndrome and Premenstrual Dysphoric Disorder. *Am Fam Physician.* 2016;94(3):236-40
15. Sepede G, Brunetti M, Di Giannantonio M. Comorbid Premenstrual Dysphoric Disorder in Women with Bipolar Disorder: Management Challenges. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2020;16:415-426.
16. Carlini SV, Lanza di Scalea T, McNally ST, Lester J, Deligiannidis KM. Management of Premenstrual Dysphoric Disorder: A Scoping Review. *Int J Womens Health.* 2022;14:1783-1801.

## 2. BÖLÜM

### BİPOLAR VE İLİŞKİLİ BOZUKLUKLAR

**Uzm. Dr. Begüm Aygen GÜMÜŞ**

*Gaziantep Şehir Hastanesi,*

*Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği,*

*gumusbegumaygen@gmail.com*

*<https://orcid.org/000-0002-4845-5106>*

**Prof. Dr. Murat İlhan ATAGÜN**

*Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi*

*Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı*

*muratilhanatagun@gmail.com*

*<https://orcid.org/0000-0002-8514-0576>*

#### **BİPOLAR BOZUKLUK TİP -I (BB-I)**

##### **Olgu örneği psikiyatrik görüşme**

*36 yaşında kadın hasta, acil servise 112 aracılığı ile getirildi, 112 personeli saldırganlığı olması nedeniyle kolluk kuvvetinin kişiyi acil servise yönlendirdiği bilgisini verdi. Acil servis, acilde çalışan personele saldırganlık, iletişim güçlüğü nedeniyle psikiyatriye konsülte edildiğini bildirdi.*

**Doktor:** Hoş geldiniz, ben psikiyatri uzmanıyım, acil servise geliş nedeninizi öğrenebilir miyim?

**Hasta:** Ben gelmedim zorla beni getirdiler, polislerle bana kumpas kurdunuz, sizin benimle konuşma hakkınız yok hepinizi mahvedeceğim! Polisler bana

saldırdı, damarımdan uyuşturucu verildi, karakolun camından atladım. Çocuklarım var onlardan ayırdınız, buna hakkınız yok, hepinizi kovdurtacağım. Ben aldım Kur'anımı buraya geldim, Kur'anımı hep yanımda taşıyorum.

**Doktor:** Acil servisten önce neredeydiniz, ne gibi sorunlar yaşadınız?

**Hasta:** Sana ne, sen kimsin de bana soru soruyorsun? Bu kadını alın hemen yanımdan!

**Doktor:** Ben acil servise size yardımcı olabilmek için gelen psikiyatri doktoruyum, neler yaşadığınızı öğrenirsem belki yardımcı olabilirim.

**Hasta:** Senin zeka sorunun mu var, benim psikiyatrilik işim yok, defol git, ben gidiyorum!

**Doktor:** Nereye gitmek istiyorsunuz?

**Hasta:** İstedğim yere giderim, abim kızıma el kaldırdı onu geberteceğim.

**Doktor:** Şu an bir duygudurum bozukluğu dönemi yaşıyorsunuz, bu dönem kendinize ve çevrenize zarar verme riski yüksek bir dönem olduğundan acilen tedavi uygulamamız gerek, ağızdan ilaç verebiliriz ya da kas içi tedavi uygulayabiliriz.

**Hasta:** Ne tedavisi bırakın beni, hepinizi sağlık bakanlığına şikayet edeceğim

Acil serviste yapılan değerlendirmesinde hastanın amaçsızca çevrede hızlı şekilde hareket ettiği, iletişim kurulmak istendiğinde yüksek sesle amaca yönelik olmayan yanıtlar verdiği (psikomotor ajitasyon), eksitasyon riskinin bulunduğu, öfkeli olduğunda saldırgan jestler ile personelin üzerine yürüdüğü, özbakımında artış bulunduğu (abartılı makyaj ve parlak kıyafetler), konuşma miktar ve hızında artış olduğu, karşısındakinin konuşmasına izin vermeyecek şekilde baskılı konuşmasının bulunduğu, sorulan sorulara verdiği yanıtlar sırasında çağrışımlarının dağılma eğiliminde olduğu, duygudurum ve duygulanımının irritabl olduğu, bir kumpas sonucu burada bulunduğunu, burada çalışan personelin de bu plana dahil olduğunu düşündüğü, ilaçlarla onu zehirlemek istediklerini düşündüğü (paranoid ve persekütif hezeyanlar), benlik saygısında abartılı bir artış olduğu (grandiyözite), aniden tedavi camlarına vurma içerideki personeli kovdurtmakla tehdit etme gibi saldırgan davranışları bulunduğu, hastalık ile ilgili içgörüsünün bulunmadığı, herhangi bir davranış değişikliği olduğunu inkar ettiği saptandı.

Hastanın düşüncelerinde hızlanma, amaca yönelememe, teğetsellik ve davranışlarında saldırganlık, görüşmeyi sürdürme güçlüğü, görüşmeciyi tehdit

etme bulguları olduğundan hastalık öyküsü almak için hasta yakınlarına ulaşıldı. Bu sırada kendisine ve çevresine zarar verme riski bulunduğu haloperidol 10 mg, biperiden 5 mg intramuskuler enjeksiyon tedavisi uygulandı.

Hasta yakınlarından hastanın abisi ve ablası ile telefonla görüşüldü, alınan öyküye göre, hasta ile farklı illerde yaşadıklarını 1 hafta önce bir düğün için bir araya geldikleri, bu sırada hastanın neredeyse hiç uyumadığı, uyumadığı halde enerjik olduğu, sürekli herkesle sinirli ve bağırarak konuştuğu, çevredeki eşyaları dağıtma, yakınlarına vurma gibi davranışları olduğu, yakınlarının hastalık döneminde olduğunu tedavi kullanması için hastaneye götürmek istedikleri fakat hastanın onlardan habersiz evden ayrılarak telefon ile erişimlerini engelleyerek başka bir ile gittiği, bu esnada kendisinden haber alamadıkları öğrenildi.

Hastalık öyküsünde ilk hastalık döneminin 25 yaşında manik epizod ile başladığı, ilk hastalık döneminde saldırganlık, yakınlarından ve çevredekilerden zarar göreceğine dair persekütif hezeyanlar, uyku ihtiyacında azalma, özbakımında artış, gösterişli giyinme ve makyaj yapma, hastalığı olduğunu reddetme, yakınlarını ona zarar vereceği gerekçesi ile sık sık polise ihbar etme, özgüvende artış, kendini üstün görme, çevresindekilere emirler verme davranışları bulunduğu öğrenildi. Toplamda üç kez psikiyatri servisinde yatarak tedavi gördüğü ortalama 20-30 gün yatarak takip edildiği, taburculuk sonrası tedavi uyumunun kötü olduğu öğrenildi. Bilinen alkol, madde ya da ilaç kullanım öyküsü ve ek tıbbi hastalık yoktu, aile öyküsünde ise 2 kız kardeşinin depresyon nedeniyle tedavi aldığı öğrenildi.

## **OLGU ÖZETİ**

Acil serviste değerlendirilen 36 yaşında kadın hastaya yapılan muayene ve alınan öyküye göre yaklaşık 1 haftadır devam eden, duygudurumda irritabilite, konuşma hız ve miktarında artış, özbakımında artış, benlik saygısında abartılı bir artış, uyku miktarında ve ihtiyacında azalma, amaca yönelik etkinlikte ve içsel güçte artış olması nedeniyle DSM- 5 tanı kriterlerine göre BB-I, manik epizod tanısı konuldu.

<b>Hasta şikayetleri</b>	<b>Tanıya Yönelik Psikiyatrik Belirtiler</b>
Yakınlarından alınan öyküye ve ruhsal durum muayenesinde değerlendirilen haliyle çabuk kızan olağan dışı ve sürekli bir duygudurum.	İrritabl duygudurum
Hastanın çevrede hızlı şekilde hareket ettiği, iletişim kurulmak istendiğinde yüksek sesle yanıt vermesi, öfkelenildiğinde saldırgan jestler ile personelin üzerine yürümesi yakınlarından alınan öyküde benzer artışın yakınları tarafından bildirilmesi	Amaca yönelik etkinlikte ve içsel güçte, olağandışı ve sürekli bir artış
Çevredeki çalışanlara emirler verme, yakınlarının benzer şekilde kendisini özel ve üstün gördüğüne dair öykü vermesi	Benlik saygısında abartılı bir artış ya da büyüklük düşünceleri
Birkaç saat uyuduğu halde enerjik olması	Uyku ihtiyacının azalması
Hastanın verdiği yanıtların miktarının ve hızının fazla olması, karşısındaki konuşmasına fırsat vermeyecek kadar baskılı konuşma	Konuşkanlıkta artış
Konuşmanın sorulan konudan hızla uzaklaşması, farklı konular hakkında arka arkaya fazla miktarda konuşma	Düşünce uçuşması ya da düşünceler birbiriyle yarışıyor gibi öznel yaşantı
Görüşme sırasında dikkatinin birçok farklı uyaran tarafından çelinmesi	Dikkatte kolay çelinebilirlik

## BİPOLAR BOZUKLUK TİP -II (BB-II)

### Olgu örneği psikiyatrik görüşme

*30 yaşında kadın hasta, 3 kardeşin en küçüğü, lise mezunu, evli, 1 kız çocuğu var, eşi ve 7 yaşındaki kızı ile şehir merkezinde yaşıyor, liseden sonra terzi dükkanında çalışmış, 10 yıldır bir firmada sekreter olarak çalışıyor.*

**Doktor:** Hoş geldiniz ne şikayetiniz var ?

**Hasta:** Nereden başlasam bilemiyorum.

**Doktor:** Sizi buraya getiren nedenden başlayabiliriz isterseniz.

**Hasta:** Çok tahammülsüzüm, hiçbir iş yapmak istemiyorum, çocuğuma ve eşime çok sinirli davranıyorum sonra pişman oluyorum.

**Doktor:** Ne zamandır bu şikayetleriniz var?

**Hasta:** Hemen hemen 1 aydır var. Kendim yenebilirim diye düşündüm ama geçmedi.

**Doktor:** Bunlara eşlik eden başka bir şikayetiniz var mı?

**Hasta:** Sürekli mutsuzum uyumak istiyorum, uyuyorum çünkü hiç halim yok, her şeyi zorla yapıyorum hiç keyif almıyorum. Sanki kimse beni önemsemiyor gibi geliyor. En küçük tartışmada ağlıyorum çaresiz hissediyorum.

**Doktor:** İntihar düşünceniz oluyor mu?

**Hasta:** Son dönemlerde oluyor, ölsem de kurtulsam artık bunları yaşamaktan diyorum, evde kimse yokken ilaç içip intihar etmeyi düşündüm bu hafta ama kızımı düşününce vazgeçtim.

**Doktor:** İştahınız nasıl?

**Hasta:** Moralime iyi gelir belki diye abur cubur yiyorum, sürekli yeme isteğim de var, epey kilo aldım, kıyafetlerim dar geliyor artık.

**Doktor:** Bu şikayetleriniz için başka bir doktora başvurduunuz mu?

**Hasta:** Acaba vitaminim mi eksik kansızlık mı var diye düşündüm, aile hekimine gittim tüm tetkiklerimi yaptı, bazen tiroid bezi ile ilgili hastalıkların da buna yol açabileceğini söyledi, tüm tetkiklerim normal çıktı.

**Doktor:** Daha önce buna benzer dönemler yaşadınız mı?

**Hasta:** Bu kadar ağır olmasa da yaşadım çocuğumun doğumundan sonra 3 hafta kadar sürdü ama bebeğime bakabiliştim emzirebiliştim. Aile büyükleri de destek olmuştu o dönem.

**Doktor:** Lise zamanlarında ya da sonrasında, çocuğunuzun doğumundan önceki dönemlerde buna benzer yakınmalarınız olmuş muydu?

**Hasta:** Liseden sonra annemle babamın yanındayken çok ağladığım, sürekli uyumak istediğim, hiçbir şey yapmak istemediğim, arkadaşlarımla konuşmak bile istemediğim bir dönem olmuştu, annem kızardı bir işe yara derdi, sonra ablam annemden gizli psikiyatriste götürdü bir ilaç vermişlerdi onu biraz kullandım başta iyi geldi ama sonradan etki etmeyince bıraktım ben de.

**Doktor:** Ne kadar süre kullandınız?

**Hasta:** Her gün 1 tane içiyordum yeşil beyaz renkliydi, 2-3 haftada biraz toparladım, sonra etkisi geçti gibi oldu, doktor kontrole çağırmişti ama ilacın etkisi azalınca gitmedim, sonradan babam gördü ilacı epey kızdı bıraktım ben de. O zamanlar ailevi sorunlar da vardı genelde mutsuzdum.

**Doktor:** Peki bu dönemlerinizin tersi özelliklerde en az 4gün süren daha enerjik daha konuşkan olduğunuz, uyku ihtiyacınızın azaldığı, özgüveninizde artış olan dönemler oldu mu?

**Hasta:** Birkaç kez oldu daha enerjik, konuşkan daha şakacı oluyorum bu 4-5 gün kadar sürüyor, işlerimden fazlasını yapıyorum, yeni kıyafetler tasarlayıp dikiyorum, 3-4 saat uyusam da yetiyor, bu dönemler hastalık gibi değil, üretkenliğim, yaratıcılığım artıyor, etrafa neşe saçıyorum.

**Doktor:** Peki bu dönemlerde iş yerindeki ya da sosyal hayattaki işlevselliğiniz değişiyor mu?

**Hasta:** İş yerinde elimdeki işi bırakıp başka işe geçebiliyorum ama günün sonunda işlerimi bitiriyorum, iş yerindekilerin dikkatini çekiyor bu enerjim bazen çok konuştuğumu, bende bir değişiklik olduğunu söylüyorlar, normalde alkol kullanmam, sadece sigara kullanırım ama bu enerjik olduğum dönemlerde canım istiyor hiç düşünmeden alkol alıyorum, kendime güvenim geliyor, birçok işi başarabilmişim gibi geliyor.

**Doktor:** Peki bu enerjik olduğunuz dönemlerin 4-5 günden daha uzun sürdüğü oldu mu?

**Hasta:** Yok olmadı. Şu sıralar da çok sigara içiyorum, içim sıkılıyor sürekli elim gidiyor.

**Doktor:** Ailede ruhsal hastalığı olan var mı?

**Hasta:** Annem ve ablam antidepresan kullanıyor, halamda da bir hastalık var psikiyatri hastanesine yatmış birkaç kez şimdi de ilaç kullanıyor.



**Doktor:** Şimdiye kadar konuştuğlarımızı özetleyecek olursak şu an bir majör depresyon dönemi yaşıyorsunuz, 20li yaşlarda ve 22 yaşında kızınızın doğumundan sonra yaşadığımız iki depresif döneminiz var.

**Hasta:** Evet enerjik olduğum dönemler de genelde ilkbahara denk geldi diye hatırlıyorum, birkaç senedir öyle en azından.

**Doktor:** Bu ruhsal değişikliklerin öncesinde bir ilaç ya da madde kullanımınız olmuş muydu ya da başka bir hastalığınız var mıydı?

**Hasta:** Bir hastalığım yok başka bir şey de kullanmadım.

### OLGU ÖZETİ

30 yaşındaki kadın hastaya, yaklaşık 1 aydır devam eden depresif duygudurum, anhedoni, uyku ihtiyacında ve miktarında artış, enerji, iştah artışı olması nedeniyle majör depresyon tanısı konuldu. Alınan öyküde daha önce öforik duygudurum, amaca yönelik etkinlikte ve içsel güçte artış, uyku ihtiyacında azalma, dikkatte kolay çelinebilirlik, konuşkanlıkta artış belirtilerinin bir arada bulunduğu 4-5 gün kadar süren işlevselliğin bozulmadığı dönemlere hipomani tanısı konuldu. Major depresyon ve hipomani dönemlerinin olması, manik dönem bulunmaması nedeniyle BB-II tanısı konuldu. Bilinen alkol/madde kullanım bozukluğu ve ek tıbbi hastalık bulunmamaktaydı, aile öyküsünde ise duygudurum bozukluğu öyküsü mevcuttu.

Hasta şikayetleri	Tanıya Yönelik Psikiyatrik Belirtiler-Depresyon
Sürekli mutsuzum	Depresif duygudurum
Her şeyi zorla yapıyorum hiç keyif almıyorum	Anhedoni
Uyumak istiyorum, sürekli uyuyorum	Uyku ihtiyacında ve miktarında artış
Hiç halim yok	Anerji
Sanki kimse beni önemsemiyor gibi geliyor. En küçük tartışmada ağlıyorum çaresiz hissediyorum	Değersizlik düşünceleri

Ölsem de kurtulsam artık bunları yaşamaktan diyorum, evde kimse yokken ilaç içip intihar etmeyi düşündüm bu hafta ama kızımı düşününce vazgeçtim	İntihar düşünceleri
Moralime iyi gelir belki diye abur cubur yiyorum, sürekli yeme isteğim de var, epey kilo aldım, kıyafetlerim dar geliyor artık.	İştah artışı
<b>Hasta şikayetleri</b>	<b>Tanıya Yönelik Psikiyatrik Belirtiler- Hipomani*</b>
Daha konuşkan daha şakacı oluyorum etrafa neşe saçıyorum.	Öforik duygudurum
İşlerimden fazlasını yapıyorum, yeni kıyafetler tasarlayıp dikiyorum, bu dönemler hastalık gibi değil, üretkenliğim, yaratıcılığım artıyor	Amaca yönelik etkinlikte ve içsel güçte, olağandışı ve sürekli bir artış
Kendime güvenim geliyor, birçok işi başarabilmişim gibi geliyor	Benlik saygısında abartılı bir artış ya da büyüklük düşünceleri
3-4 saat uyusam da yetiyor	Uyku ihtiyacının azalması
Daha konuşkan oluyorum	Konuşkanlıkta artış
İş yerinde elimdeki işi bırakıp başka işe geçebiliyorum ama günün sonunda işlerimi bitiriyorum	Dikkatte kolay çelinebilirlik
Normalde alkol kullanmam, sadece sigara kullanırım ama bu enerjik olduğum dönemlerde canım istiyor hiç düşünmeden alkol alıyorum	Riskli etkinliklere aşırı katılım
*Bu dönemin 4-5 günden uzun sürmemesi, işlevsellikte bozulmaya neden olmaması, psikotik belirti bulunmaması hipomani tanısını düşündürür.	

## SİKLOTİMİ

### Olgu örneği psikiyatrik görüşme

*25 yaşında erkek hasta, bekar, üniversite öğrencisi, 2 kardeşin küçüğü, öğrenci yurdunda tek kişilik odada kalıyor*

**Doktor:** Hoş geldiniz şikayetlerinizi öğrenebilir miyim?

**Hasta:** Bazı dönemlerde çok sinirli oluyorum, kız arkadaşıma sinirli davranıyorum. O gelmemi istedi.

**Doktor:** Bu şikayetinize eşlik eden başka bir durum var mı?

**Hasta:** Uykusuzluğum var, enerjimi atamıyorum.

**Doktor:** Ne zamandır sürüyor?

**Hasta:** Birkaç hafta olmuştur. Ben hep böyleyim aslında ama kız arkadaşım 2 aydır birlikteyiz ve ilk tanıştığımızdan bu yana sinirliliğimin arttığını söylüyor.

**Doktor:** Hep böyleyim dediniz fakat birkaç haftadır şikayetleriniz olduğunu belirttiniz, daha önce de buna benzer dönemler olmuş muydu?

**Hasta:** Ara ara böyle uykusuz sinirli oluyorum sonra geçiyor işte geçince de mutsuzluk başlıyor.

**Doktor:** Mutsuzluk dışında başka şikayetiniz oluyor mu?

**Hasta:** Yani intiharı düşünüyorum bazen o dönemlerde, birçok şey anlamsız geliyor, keyif alamıyorum ümitsiz hissediyorum.

**Doktor:** Bu dönemleri tetikleyen herhangi bir durum var mı?

**Hasta:** Şartlarım çok değişiyor açıkçası bilmiyorum.

**Doktor:** Alkol kullanıyor musunuz?

**Hasta:** Sinirli ve enerjik olduğum dönemlerde daha sık alıyorum, hemen her gün.

**Doktor:** Madde kullanıyor musunuz?

**Hasta:** Hayır çok karşıyım maddeye de kullanana da.

**Doktor:** Bu bazen mutsuz bazen sinirli ve enerjik hissettiğiniz dönemlerin özellikle son 2 yıl içinde hiç tamamen geçtiği oldu mu?

**Hasta:** Hep böyleyim gibi geliyor ama üniversiteye başladığımdan beri çevremle arkadaşlarımla zaman geçirdikçe fark ettim sanırım. Belki arada 1

hafta daha iyi hissettiğim oluyordur.

**Doktor:** Bu ruh hali değişimleri günlük hayatınızı etkiliyor mu?

**Hasta:** Evet aslında üniversitede sınıf tekrarı yapmam gerekti, final zamanlarında alkol alıp çok az uyuyup sınava girdiğim oluyor, eğlence dışında bir şeye odaklanamıyorum ya da mutsuz olduğum dönemlerde derslerimi aksatabiliyorum.

**Doktor:** Bilinen bir tıbbi hastalığınız var mı?

**Hasta:** Yok ailemin yanına gittiğimde en son 4 ay önce soğuk algınlığım vardı, tahlillerim yapılmıştı, doktor genel olarak tetkiklerime baktığını ve bir sorun olmadığını söyledi.

**Doktor:** Ailenizde ruhsal hastalığı olan var mı?

**Hasta:** Kuzenlerimde depresyon var ilaç kullanıyorlar.

**Doktor:** Yaşadığınız ruhsal durumlar bipolar bozukluk tiplerinden siklotimi tanısı ile uyumlu.

## OLGU ÖZETİ

Poliklinikte değerlendirilen 25 yaşında erkek hastaya 2 yıldan uzun süredir devam eden tam olarak hipomani ve tam olarak depresyon kriterlerini karşılamayan psikiyatrik belirtileri nedeniyle ve 2 aydan uzun süre belirtisiz dönemi olmaması nedeniyle siklotimi tanısı konuldu.

Hasta şikayetleri	Tanıya Yönelik Psikiyatrik Belirtiler- Major depresyon tanı kriterlerini karşılamayan depresif belirtiler
Mutsuzluk	Depresif duygudurum
İntiharı düşünüyorum bazen o dönemlerde	İntihar düşünceleri
Keyif alamıyorum	Anhedoni
Mutsuz olduğum dönemlerde derslerimi aksatabiliyorum	İşlevsellikte düşme

<b>Hasta şikayetleri</b>	<b>Taniya Yönelik Psikiyatrik Belirtiler- Hipomani kriterlerini karşılamayan hipomani belirtileri</b>
Bazı dönemlerde çok sinirli oluyorum	İrritabl duygudurum
Uykusuzluğum var	Uyku ihtiyacının azalması
Enerjimi atamıyorum	Amaca yönelik etkinlikte ve içsel güçte, olağandışı ve sürekli bir artış
Sinirli ve enerjik olduğum dönemlerde daha sık alıyorum, hemen her gün. Final zamanlarında alkol alıp çok az uyuyup sınava girdiğim oluyor, eğlence dışında bir şeye odaklanamıyorum	Riskli etkinliklere aşırı katılım İşlevsellikte düşme
* Dönemlerin majör depresyon ve hipomani kriterlerini karşılamıyor oluşu, bu dönemlerin geçtiği 2 aydan uzun süre olmaması siklotimi tanısı düşündürür.	

## **DSM 5 TANI ÖLÇÜTLERİ (1)**

Bu bölümde bipolar I bozukluk, bipolar II bozukluk ve siklotimi tanı kriterlerine yer verilecektir. DSM-5'te yer alan diğer bipolar ve ilişkili bozukluklar ve tanı kriterlerindeki bu hastalık ile daha iyi açıklanamamaktadır kısımlarında yer alan diğer psikiyatrik hastalıklar ayırıcı tanı yapılması gereken durumlara ve diğer psikiyatrik hastalıklara işaret etmektedir. Yani tanı konulmadan önce ayırıcı tanıları gözden geçirirken mutlaka akılda tutulması gereken durum ve hastalıklardır. Acil servis koşullarında kesin tanı koymak için gerekli veri elde edilemeyebilir, risk değerlendirmesi yapılarak öncelikle en tehlikeli durumların dışlanması hayati önemdedir ve psikiyatrik sendromun net tanımlanması yatış gerekliliği ve tedavi seçimine ışık tutacaktır.

## Mani Dönemi

- A.** Kabarmış, taşkın ya da çabuk kızan, olağandışı ve sürekli bir duygudurumun ve amaca yönelik etkinlikte ve içsel güçte, olağandışı ve sürekli bir artışın olduğu ayrı bir dönemin, en az bir hafta süreyle (ya da hastaneye yatmayı gerektirmişse herhangi bir süre), neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunması.
- B.** Duygudurum bozukluğunun olduğu ve içsel güçte ya da etkinlikte artma olduğu dönem boyunca, aşağıdaki belirtilerden üçü (ya da daha çoğu) (çabuk kızan bir duygudurum varsa dördü) belirgin bir derecede vardır ve bunlar olağan davranışlardan önemli ölçüde değişiktir:
1. Benlik saygısında abartılı bir artış ya da büyüklük düşünceleri.
  2. Uyku gereksiniminde azalma (örn. yalnızca üç saatlik bir uykuyla kendini dinlenmiş olarak duyumsar).
  3. Her zamankinden daha konuşkan olma ya da konuşmaya tutma.
  4. Düşünce uçuşması ya da düşüncelerin sanki birbirleriyle yarışıyor gibi birbiri ardı sıra geldiğine ilişkin öznel yaşantı.
  5. Dikkat dağınıklığı (kişinin dikkati, önemsiz ya da ilgisiz bir dış uyarana kolaylıkla dağılır) olduğu bildirilir ya da öyle olduğu gözlenir.
  6. Amaca yönelik etkinlikte artma (toplumsal olarak, işte ya da okulda ya da cinsel bağlamda) ya da psikodevinsel kışkırtma (ajitasyon) (bir amaca yönelik olmayan anlamsız etkinlik).
  7. Kötü sonuçlar doğurabilecek etkinliklere aşırı katılma (örn. aşırı para harcama, düşüncesizce cinsel girişimlerde bulunma ya da gereksiz iş yatırımları yapma).
- C.** Duygudurum bozukluğu, toplumsal ya da işle ilgili işlevsellikte belirgin bir düşmeye neden olacak denli ya da kişinin kendisine ya da başkalarına bir kötülüğünün dokunmaması için hastaneye yatırılmasını gerektirecek denli ağırdır ya da psikoz özellikleri vardır.
- D.** Bu dönem, bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç, başka bir tedavi) ya da başka bir sağlık durumunun fizyoloji ile ilgili etkilerine bağlanamaz.

**Not:** Antidepresan tedavi (örn. ilaç tedavisi, elektrokonvülsif terapi) sırasında ortaya çıkan ve söz konusu tedavinin fizyoloji ile ilgili etkilerinin

ötesinde sendrom düzeyinde süren tam bir mani dönemi, bir mani dönemi için, dolayısıyla ikiüçlü I bozukluğu tanısı için yeterli bir kanıttır.

**Not:** A-D tanı ölçütleri bir mani dönemini oluşturur. İkiüçlü I bozukluğu tanısı konabilmesi için yaşam boyu en az bir mani dönemi geçirilmiş olması gerekir.

## Hipomani Dönemi

- A.** Kabarmış, taşkın ya da çabuk kızan, olağandışı ve sürekli bir duygudurumun ve amaca yönelik etkinlikte ve içsel güçte, olağandışı ve sürekli bir artışın olduğu ayrı bir dönemin, en az dört ardışık gün süreyle, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunması.
- B.** Duygudurum bozukluğunun olduğu ve içsel güçte ya da etkinlikte artma olduğu dönem boyunca, aşağıdaki belirtilerden üçü (ya da daha çoğu) (çabuk kızan bir duygudurum varsa dördü) sürmüştür, bunlar olağan davranışlardan önemli ölçüde değişik ve belirgin derecede olmuştur:
1. Benlik saygısında abartılı bir artış ya da büyüklük düşünceleri.
  2. Uyku gereksiniminde azalma (örn. yalnızca üç saatlik bir uykuyla kendini dinlenmiş olarak duyumsar).
  3. Her zamankinden daha konuşkan olma ya da konuşmaya tutma.
  4. Düşünce uçuşması ya da düşüncelerin sanki birbirleriyle yarışıyor gibi birbiri ardı sıra geldiğine ilişkin öznel yaşantı.
  5. Dikkat dağınıklığı (kişinin dikkati, önemsiz ya da ilgisiz bir dış uyarana kolaylıkla dağılır) olduğu bildirilir ya da öyle olduğu gözlenir.
  6. Amaca yönelik etkinlikte artma (toplumsal olarak, işte ya da okulda ya da cinsel bağlamda) ya da psikodevinsel kışkırtma (ajitasyon) (bir amaca yönelik olmayan anlamsız etkinlik).
  7. Kötü sonuçlar doğurabilecek etkinliklere aşırı katılma (örn. aşırı para harcama, düşüncesizce cinsel girişimlerde bulunma ya da gereksiz iş yatırımları yapma).
- C.** Bu dönem, kişinin belirtisiz olduğu zamanlarda olduğundan çok daha değişik, işlevsellikte belirgin bir değişikliğin görüldüğü bir dönemdir.
- D.** Duygudurum ve işlevsellikte olan değişiklik başkalarınca gözlenebilir.

- E.** Bu dönem, toplumsal ya da işle ilgili işlevsellikte belirgin bir düşmeye neden olacak denli ya da kişinin kendisine ya da başkalarına bir kötülüğünün dokunmaması için hastaneye yatırılmasını gerektirecek denli ağır değildir. Psikoz özellikleri varsa, söz konusu dönem, tanım olarak, mani dönemidir.
- F.** Bu dönem, bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç, başka bir tedavi) ya da başka bir sağlık durumunun fizyoloji ile ilgili etkilerine bağlanamaz.

**Not:** Antidepresan tedavi (örn. ilaç tedavisi, elektrokonvülsif terapi) sırasında ortaya çıkan ve söz konusu tedavinin fizyoloji ile ilgili etkilerinin ötesinde sendrom düzeyinde süren tam bir hipomani dönemi, bir hipomani dönemi tanısı için yeterli bir kanıttır. Ancak bir ya da iki belirti (özellikle antidepresan kullanımından sonra ortaya çıkan çabuk kızamada artış, sinirlilik ya da kışkıрма belirtileri) bir hipomani dönemi tanısı için ne yeterli sayılmalı, ne de ikiüçlü bozukluğa yatkınlığın bir göstergesi olarak görülmelidir.

**Not:** A-F tanı ölçütleri bir hipomani dönemini oluşturur. İkiüçlü I bozukluğunda hipomani dönemleri sık görülür, ancak ikiüçlü I bozukluğu tanısı konabilmesi için hipomani dönemlerinin olması gerekli değildir.



<b>Manik veya Hipomanik Dönem Değerlendirme Soruları (2)</b>	
Kabarmış, taşkın ya da çabuk kızan, olağandışı ve sürekli bir duygudurum	<ul style="list-style-type: none"><li>• Çevrenizdeki insanların her zamanki halinizden farklı olduğunuzu düşündükleri, normal halinize göre daha heyecanlı, enerjik veya yüksek ruh halinizin olduğu bir zaman oldu mu? Bu nasıl bir şeydi? Ne kadar sürdü?</li><li>• Arka arkaya birkaç gün boyunca çevrenizdekilerin sizin her zamanki halinize göre daha sinirli olduğunuzu düşündükleri, normalden daha sinirli hissettiğiniz zamanlar oldu mu?</li><li>• Bu durum üzüldüğünüz zamanlardaki halinizden farklı mıydı? Nasıl bir farklılık vardı? Ne kadar sürdü?</li><li>• Bu durumlardan herhangi biri nedeniyle hastanede yatırılarak takip edilmeniz gerekti mi?</li></ul>
Benlik saygısında abartılı bir artış ya da büyüklük düşünceleri	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ruh haliniz normale göre daha yüksek/sinirli olduğunda kendinizi nasıl hissettiniz? Kendinizi her zamankinden daha özgüvenli ya da daha akıllı hissettiniz mi? Özel yetenekleriniz veya sezgileriniz olduğunu düşündünüz mü? Bu nasıl bir durumdu?</li><li>• Çevrenizdeki kişilerin sizi her zamankinden daha çekici bulduğunu hissettiniz mi? Her zamankinden daha fazla cinsel istek veya cinsel aktiviteniz oldu mu?</li></ul>

Uyku ihtiyacının azalması	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ruh halinizin anormal derecede yüksek/sinirli olduğu dönemde çok az uykuya ihtiyaç duyuyormuş gibi göründünüz mü? Bu durum sizin için ne kadar normal? Ruh haliniz anormal derecede yüksek/sinirli olduğunda ne kadar kontrol edebiliyordunuz? Çok az uyumanıza rağmen kendinizi yine de dinlenmiş, hatta normalden daha enerjik hissettiniz mi?</li> </ul>
Konuşkanlıkta artış	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ruh haliniz anormal derecede yüksek/sinirli olduğunda, normalden daha konuşkan mıydınız? Başkaları bunu size belirtti mi? Ne dediler?</li> <li>Çok hızlı veya çok fazla konuştuğunuz çevrenizdekiler sizi anlamakta zorlanıyor muydu? Konuşmanızı bölmekte zorlandılar mı? Bu durum normaldeki konuşmalarınızdan farklı mı?</li> </ul>
Düşünce uçuşması ya da düşünceler birbiriyle yarışıyor gibi öznel yaşantı	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ruh haliniz anormal derecede yükselmiş/sinirli olduğunda, düşünceleriniz yarışıyor gibi ya da normalden daha hızlı gibi hissettiniz mi? Zihniniz sürekli düşüncelerle dolu gibi hissettiniz mi? Bu durum nasıldı?</li> </ul>
Dikkatte kolay çelinebilirlik	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ruh haliniz anormal derecede yükselmiş/sinirli olduğunda, bir şeye odaklanmakta veya odağınızı sürdürmekte sorun yaşadınız mı? Dikkati kolayca dağılıyor muydu? Bu durum normalde olduğundan farklı mıydı? Nasıl farklılıklar vardı?</li> </ul>

Amaca yönelik etkinlikte ve içsel güçte, olağandışı ve sürekli bir artış	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ruh haliniz anormal derecede yükselmiş/sinirli olduğunda, alışılmadık düzeyde enerji artışınız olmuş muydu? Bu nasıldı? Alışılmadık derecede huzursuz olduğunuzu, hareketsiz oturamadığınızı veya aşırı hareketlilik olmuş muydu? Bu süreçte alışılmadık derecede üretken (veya verimsiz) miydiniz? Nasıl bir farklılık vardı? Ruh haliniz anormal derecede yükselmiş/sinirli olduğunda sizin için tipik bir gün nasıldı? Bu durumun normal halinizden nasıl bir farkı vardı?</li> </ul>
Riskli etkinliklere aşırı katılım	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ruh haliniz anormal derecede yüksek/sinirli olduğunda, dürtülerinizin ve muhakeme yeteneğinizin kontrolünü kaybettiğinizi düşünüyor musunuz?</li> <li>Kötü sonuçlar doğurabilecek veya riskli şeyler yaptınız mı? Birkaç örnek verebilir misin?</li> </ul>

### Tanı Kriterleri Özeti

<b>Bipolar ve İlişkili Bozukluklar Tanı Kriterleri(2)</b>		
<b>Bipolar Bozukluk-I</b>	<b>Bipolar Bozukluk-II</b>	<b>Siklotimi</b>
<p>Temel tanısal özellikler:</p> <p>A. Yaşam boyu en az 1 manik dönem</p> <p>B. Manik dönem ilaçların, maddelerin ya da tıbbi hastalıkların etkilerine bağlı değildir</p> <p>Not: Bipolar I bozukluk tanısı koymak için bir depresyon epizodu gerekli değildir</p>	<p>Temel tanısal özellikler:</p> <p>A. Yaşam boyu en az 1 hipomanik dönem</p> <p>B. Yaşam boyu en az 1 majör depresif dönem</p> <p>C. Hipomanik ve depresif dönem(ler) ilaçların, maddelerin veya tıbbi hastalıkların etkilerine bağlı değildir.</p>	<p>Temel tanısal özellikler</p> <p>A. 2 yıldan uzun süredir çok sayıda hipomanik ve depresif semptom</p> <p>B. Hipomanik dönemler ve majör depresif dönemler için tanı ölçütlerinin karşılanmaması</p> <p>C. 2 yıllık süreçte 8 hafta ve daha uzun süren semptomsuz dönem yok</p>

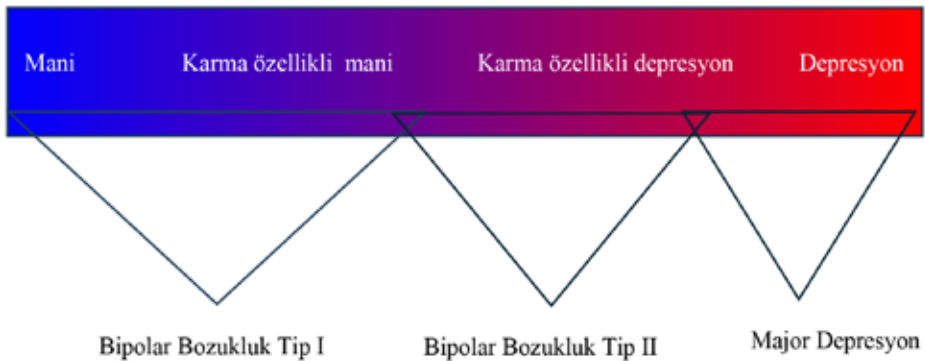
<b>Diğer tanımlanmış bipolar ve ilişkili bozukluklar</b>	<b>Madde/ilacın yol açtığı bipolar ve ilişkili bozukluklar</b>	<b>Başka bir tıbbi duruma bağlı bipolar ve ilişkili bozukluklar</b>
<p><b>Örnekler:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Majör depresif dönemler + hipomanik dönemlerin süre kriterlerini karşılamayan kısa hipomanik semptom dönemleri (2-3 gün)</li> <li>• Majör depresif dönemler + hipomanik dönemler için semptomatik kriterleri karşılamayan hipomanik semptom dönemleri</li> <li>• Daha önce majör depresif dönem geçirmemiş hipomanik dönemler öyküsü</li> <li>• Semptomların 2 yıldan daha az devam ettiği kısa süreli siklotimi</li> </ul>	<p>Tanı için ipuçları:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Söz konusu madde/ilaca maruz kalma (veya bu maddenin/ilacın çekilmesi) sırasında veya hemen sonrasında duygudurum bozukluğu (mani, hipomani, depresyon) gelişir</li> <li>• İlgili madde/ilacın duygudurum bozukluğuna neden olabilir</li> <li>• İlgili madde/ilaca maruziyet sona erdikten hemen sonra duygudurum bozukluğu ortadan kalkar</li> </ul>	<p>Tanı için ipuçları:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mani, hipomani veya depresyon mevcut veya yeni teşhis edilen tıbbi hastalık bağlamında gelişir</li> <li>• Tıbbi hastalık duygudurum bozukluğuna neden olabilir</li> </ul>

## KLİNİK BULGULAR

- Bipolar bozukluk yeterli düzeyde tedavi edilemediğinde önemli yeti yitimine neden olan, yineleyen duygudurum dönemleri ile giden, bilişsel alanda ve işlevsellikte bozulmaya neden olan kronik seyirli sistemik bir hastalıktır (3, 4).
- DSM-5'ten önce bipolar bozukluklar 'Duygudurum bozuklukları' başlığı altında depresif bozukluklarla aynı sınıfta yer alırken, DSM-5'te ise iki grup arasındaki farka (manik ve hipomanik sendrom) vurgu yapılarak

bipolar ve ilişkili bozukluklar ayrı bir başlık altında yer almıştır ve karma dönem tanı ölçütlerinin yeterince tanımlayıcı ve kapsayıcı olmamasından dolayı, karma belirtiler hem depresyon hem de mani için gidiş belirteci olarak tanımlanmıştır. Karma durumlar duygudurum, psikomotor etkinlik ve düşünce akışı belirtilerine göre saf mani ve saf depresyondan ve birbirinden farklılaşan, inhibe mani, fakir düşünceli mani, manik stupor, depresif-anksiyöz mani, uyarılmış depresyon ve fikir uçuşmalı depresyonu içermektedir (5, 6).

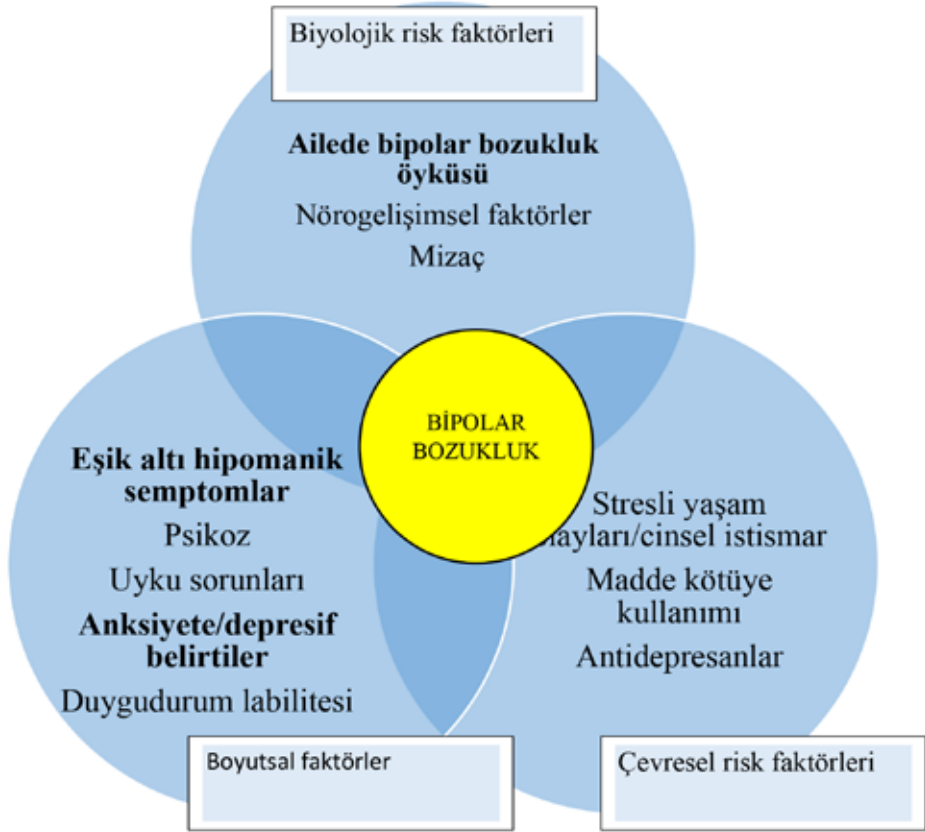
- DSM-5'ten önce karma dönemin ayrı bir tanımı varken, DSM-5 ile birlikte karma dönem tanımı kaldırılmış, depresyon ve mani için diğer ucun eşik altı ve örtüşmeyen semptomları 'karma özellikli' belirleyicisi ile tanımlanmıştır. Karma durumların tanısı güç olabilmektedir fakat tanımak ve akılda tutmak önemlidir çünkü, mevcut kanıtlar karma özelliklere sahip manik/hipomanik veya depresif dönemleri olan bipolar bozukluk seyrinin, saf manik/hipomanik veya depresif dönemleri olan hastalara göre farklı klinik özellikler ile ilişkili olduğunu göstermektedir. Bu özellikler daha erken başlangıç yaşı, psikotik belirtilerin sıklığının artması, daha yüksek intihar riski, daha fazla komorbidite oranları, remisyona ulaşma süresinin daha uzun olması gibi hastalığın daha şiddetli seyrine, prognozun daha kötü olmasına neden olan özelliklerdir (7, 8).
- DSM-5 ile 'karma özellikli' belirleyicisi ile aslında kategorik bir yaklaşımdan boyutsal bir yaklaşıma geçişi temsil etmektedir. Manik, hipomanik veya depresif dönem tanısı alan kişiler, karma özellikli belirleyicisine ilişkin kriterleri karşılayabilir (7-9).



- Bipolar depresif epizodlar majör depresyona benzer, bipolar bozukluk tanısı için manik ve hipomanik dönemler gerekir, duygudurum değişimleri önceden tahmin edilemeyen düzensiz ve dağınık dönemler halinde ortaya çıkmaktadır, duygudurum ve davranışta belirgin bir değişiklik ile karakterizedir.
- Başlangıç yaşı genellikle 15 ila 25 yaş arasındadır ve hastalık başlangıcı en sık depresif epizod şeklinde görülür. Duygudurum dönemlerinin sıklığı ve seyri kişiden kişiye değişebilir, çevresel faktörler ve hastaların yatkınlıkları belirleyici olabilmektedir (10, 11).
- Manik epizodda olan bir hastayı muayene ederken, hastanın zihinsel ve ruhsal durumunun farkında olmak, hasta ile görüşmede gerekli esneklik ve tutarlılığı sağlamak gerekir. Hastayı gördüğümüz andan itibaren ruhsal durum muayenesi başlar ve manik/hipomanik epizod lehine duygu, düşünce ve davranış ile ilişkili bulgular elde edilir.
- Manik/hipomanik epizodda ‘bireyin kendisine göre ve hastalık dönemi öncesine göre’ belirgin değişimler görülür. Hastanın duygudurumu öforik, iritabl, ve duygulanımı labil (oynak) olabilir.
- Özgüven artışı, kendini özel ve üstün görme, olası sonuçlarını göz önünde bulundurmadan keyif veren aktivitelere katılım artışı, cinsel istek artışı görülür. Psikomotor hareketlilik konuşma hız ve miktarı artmıştır. Tüm bu belirtiler öyküde artmış ya da yeni başlayan alkol-madde kullanımı, kumar oynama, ihtiyacından fazla, ödeyebileceği miktardan fazla alışveriş yapma, tehlikeli biçimde araç kullanma, riskli cinsel davranışlar, sinirlilik artışı, saldırganlık gibi çeşitli biçimlerde görülebilir (5, 12).
- DSM-5’te tanı mani hipomani ayırımında psikotik bulgu varlığı ve yatış gerekliliği vurgulanmıştır, tanı için 1 haftadan daha kısa süreli klinik tablo varsa hastaneye yatış gerektirecek kadar ağır bir tablo bulunması kriteri yer almaktadır.
- Klinik tablonun çok hızlı şekilde şiddetlenebileceği akılda tutulmalıdır. Hipomani ve mani ayırımında süre dışında işlevselliğin etkilenme düzeyi oldukça önemlidir. İşlevsellik kişilerarası, sosyal ve mesleki alanlarda değerlendirilmelidir. Birçok hastada muhakeme yetisinde bozulma, sanrı ve varsanı gibi psikotik belirtiler görülür. Psikotik belirtiler varsa hastalık döneminin mani olduğu unutulmamalıdır.
- Bipolar bozukluğu olan kişilerin yaşam süresi genel popülasyondan daha

kısadır. Bipolar bozukluğu olan hastalarda genel popülasyona göre artmış intihar riski, eşlik eden obezite, kardiyovasküler ve metabolik hastalıklar, birlikte ortaya çıkan diğer kronik sağlık sorunları ve sigara içmeye bağlı komplikasyonlarla ilişkilidir. Genel popülasyonda yıllık intihar oranı % 0.014 iken bipolar bozukluk tanısı bulunan bireylerde yaklaşık% 0.9'dur. Bipolar bozukluğu olan kişilerin yaklaşık% 15 ila% 20'si intiharla ölmektedir. (2, 11)

### Bipolar Bozukluğun Risk Faktörleri ve Prodromal Belirtileri (13)



### Bipolar Bozukluğun Risk Faktörleri ve Prodromal Belirtileri

- ✓ Bipolar bozukluk için cinsel istismarı içeren stresli yaşam olayları, antidepresan kullanımı veya madde kötüye kullanımı (kokain veya alkol kötüye kullanımı gibi) gibi çeşitli çevresel risk faktörleri öne sürülmüştür.
- ✓ Biyolojik risk faktörleri arasında ailede bipolar bozukluk öyküsü veya

çocukluktaki gelişim geriliği gibi nörogelişimsel faktörler yer alır. Ailede bipolar bozukluk öyküsü, bipolar bozukluk için en güçlü risk faktörlerinden biridir.

- ✓ Erken başlangıçlı ve/veya psikotik belirtileri olan depresif dönemler de bipolar bozukluğa dönüşümü öngörüyor gibi görünmektedir. Risk faktörleri ile prodromal semptomlar arasındaki etkileşim bipolar bozukluğa yol açabilir, ancak kesin mekanizmalar halen bilinmemektedir.
- ✓ Mani veya hipomani dönemi öyküsü olması mevcut depresif döneme bipolar depresyon tanısı konulmasını sağlar fakat bipolar bozukluk seyrinde ilk duygudurum dönemi depresif dönemdir ve bipolar ile unipolar depresyon tanı kriterleri aynı olduğundan mevcut depresif dönemin bipolar bozukluk olarak seyretme riskiyle ilişkili bulunan belirtileri incelemek önemlidir. (2, 13)

<b>Mevcut depresif dönemin bipolar bozukluk olarak seyretme riski ile ilişkili bulunan faktörler</b>
Ailede bipolar bozukluk öyküsü olması
Erken başlangıç yaşı (<25 yaş)
Yaşam boyu depresif dönem sayısının fazla olması ( $\geq 5$ )
Antidepresan ilaç tedavisine yanıt vermeyen (veya tedavi sırasında kötüleşen) depresif hastalarda geçmiş manik veya hipomanik dönemlerin sorgulanması da önemlidir
Atipik özellikler
Psikomotor retardasyon
Depresyonda psikotik belirtiler olması
İşlevsellikte bozulma
Karma özellikler
Önceki hipomanik belirtiler

### **Tanı aşamasında dikkat edilecek hususlar**

- Bipolar bozukluk şüphesi olan hastaların değerlendirilmesi, psikiyatrik ve genel tıbbi öykü, mental durum muayenesi ve fizik muayene ile başlamalıdır. Kronik bir hastalık ya da bir hastalığın tedavisi ruhsal bir



bozukluğa; ruhsal bozukluk ya da ruhsal hastalığın tedavisi kronik bir hastalığa neden olabileceği gibi, hastalığın kendisi de psikiyatrik bir hastalık gelişimine neden olabilir (14).

- Bipolar bozukluğu olan hastalar acil servislere şiddetli ajitasyon, kontrol edilemeyen, şiddet içeren davranışlar, gerçeği değerlendirmenin bozulduğu ve saldırganlığa neden olabilecek psikotik tablo ile gelebilirler. İlk aşamada bu durumlar hızlıca gözden geçirilmeli ve hastanın kendisine veya başkalarına zarar verebilecek riskli durumlar kontrol altına alınmalıdır (2).
- Mevcut duygudurum epizodunun BB-I, BB-II tanısı konulmadan önce, tedavi seçimini, klinik seyri direkt olarak etkileyeceğinden, ayırıcı tanısı yapılmalıdır. DSM-5'te ayırıcı tanısı yapılması gereken durumlar başka bir tıbbi duruma bağlı bipolar ve ilişkili bozukluk, madde ya da ilaç kullanımının yol açtığı bipolar ve ilişkili bozukluk başlıkları ile vurgulanmıştır. Pratikte bu ayrımı yapmak güç olabilese de manik/hipomanik ya da benzeri tablolara yol açabilen tıbbi durumlar ile ilaç ve maddeler gözden geçirilmelidir. Duygudurum bozukluğunun tıbbi bir duruma sekonder ortaya çıktığına dair bazı klinik özellikler arasında geç başlangıç yaşı, ailede duygudurum bozukluğu öyküsü olmaması, atipik özellikler görülmesi, tedaviye yanıtızlık veya atipik yanıt alınması, belirtilerin tıbbi bir durumdan sonra başlaması yer alır (5, 12).
- Tıbbi duruma bağlı duygudurum bozukluğu görülen hastalıklar : nörolojik hastalıklar (Tümörler, travmatik beyin hasarı ve kronik travmatik ensefalopati, serebrovasküler hastalıklar, nörodejeneratif hastalıklar, multipl sklerozis, epilepsi), kardiyovasküler hastalıklar, endokrin ve metabolik hastalıklar (tiroid disfonksiyonu, Cushing Sendromu, vitamin B12 eksikliği), enfeksiyonlar (HIV, sifiliz), kanserler (12).
- Psikotik özellik olduğunda ise genel tıbbi duruma bağlı psikotik bozukluklar akla gelmelidir, genel tıbbi duruma bağlı psikotik bozukluk tanısının konulabilmesi için öncelikle deliryum tanısının dışlanması gerekir. Psikotik bozukluğa neden olabilecek tıbbi durumlar: Otoimmün hastalıklar (sistemik lupus eritematozus, hashimoto ensefalopatisi, paraneoplastik limbik ensefalit, anti-NMDA reseptör ensefaliti), genetik hastalıklar, endokrin hastalıklar (hipotiroidizm, tirotoksikoz, hipo/hiperkortizolizm), enfeksiyon hastalıkları (HIV, nörosifiliz, Herpes

simplex ensefaliti, Creutzfeldt-Jakob Hastalığı), metabolik hastalıklar (Wilson hastalığı, akut aralıklı porfiri), nörobilişsel bozukluklar (Alzheimer Hastalığı, frontotemporal demans, Lewy cisimcikli demans, Parkinson Hastalığı, beyin tümörü, epilepsi, Huntington Hastalığı), vitamin eksiklikleri (Wernicke- Korsakoff Sendromu), psikoza neden olabilen ilaç ve maddeler (ağır metaller, alkol, amantadin, antikolinergikler, antiretroviraller, benzodiazepinler, disülfiram, dijital, esrar, halüsinojenler, interferon, kortikosteroidler, L-dopa, pentazosin, simetidin, uyarıcılar (amfetamin, kokain, metilfenidat), yeni psikoaktif maddeler) (15).

- Psikiyatrik değerlendirmede mevcut psikiyatrik semptomlar intihar düşünceleri, niyeti planı da dahil olmak üzere ayrıntılı olarak sorgulanmalıdır.
- Manik/hipomanik dönemlerden önce madde kullanımı, antidepresan kullanımı ve kortikosteroid tedavisinin değerlendirilmesi özellikle önemlidir. Hastanın içgörüsü (mevcut hastalık dönemini ve tedavi gerekliliğini ne ölçüde kabullendiği) düzeyi ve sosyal destek ağının kalitesi de değerlendirilmelidir.
- Aile üyeleriyle ve diğer yardımcı kişilerle görüşmek gerekir çünkü hastalar hipomanik dönemleri sorun olarak görmeyebilir ya da geçmişteki ruhsal değişiklikleri yeterli düzeyde hatırlayamayabilirler.
- Mevcut psikotik özellikler, mevcut psikiyatrik semptomlarla ilişkili olarak işlevselliğinin nasıl etkilendiği, hızlı döngü, geçmiş manik, karma, hipomanik ve depresif dönemler, madde kullanım geçmişi, ve geçmiş tedavi yanıtları ve tedavi uyumunu bozan durumlar sorgulanmalıdır. BB-I veya BB-II'nin doğru tanısına yönelik ilk adım, mevcut veya geçmişteki manik, hipomanik ve depresif dönemlerin tanımlanmasıdır (2).
- Majör depresif bozukluk ve eşik altı hipomani semptomları ile gelen hastalara sıklıkla yanlış teşhis konur. Depresyondaki bir hastada (hipo)manik belirtiler ve ailede bipolar bozuklukla öyküsü mutlaka sorgulanmalıdır. Depresyonu olan tüm hastalara antidepresan reçete edilmemelidir. Major depresyon nedeniyle antidepresan tedavi alan tüm hastalar, anormal davranış aktivasyonu veya psikomotor hızlanma belirtileri açısından izlenmelidir.
- Karma özellikli depresyonu olan hastalarda antidepresan kullanımı

depresyona eşlik eden eşik altı mani semptomlarının alevlenmesine neden olabilir. Karma özelliklere sahip bir depresif epizodla başvuran bir kişi için, depresif belirtilerin tedavisinde etkinliği kanıtlanmış ajanların (örn. lityum, antikonvülsan duygudurum dengeleyiciler, atipik antipsikotikler) eklenmesi düşünülebilir (7, 16).

- Siklotimi, erken başlangıçlı, süregelen, spontan ve tepkisel duygudurum dalgalanmaları ile karakterizedir ve çeşitli kaygılı ve dürtüsel davranışla ilişkilidir, çeşitli ve karmaşık bir klinik tabloyla seyretmektedir. Duygudurumda tepkisellik ve instabilitenin yanı sıra bunların psikolojik, davranışsal ve kişilerarası sonuçları siklotiminin temel özellikleri olarak düşünülmelidir. B ve C küme kişilik bozuklukları için DSM-5 kriterleri bu özelliklerin çoğunu farklı bir perspektiften tanımlamaktadır (17).

## Epidemiyoloji

- Bipolar bozukluk dünya çapında yaklaşık 40 milyon kişiyi etkilemektedir ve yaşam boyu yaygınlığının %3 ila %7 olduğu tahmin edilmektedir (2, 11).
- Bipolar bozukluk için ortalama başlangıç yaşı başlangıç yaşı genellikle 15-25 yaş arasındadır, ülkemizde yapılan çalışmalarda bipolar bozukluk başlangıç yaşı 23.8-27.7 aralığında saptanmıştır. Fakat belirtiler başladıktan sonra tedavi başvurusuna kadar geçen süre uzun olduğundan (ortalama 9 yıl) başlangıç yaşını belirlemek zor olabilmektedir, başlangıç yaşı 15-24 ve 45-54 yaşları arasında pik yapar, bimodal dağılım gösterir (3, 11).
- Yaşam boyu yaygınlık oranlarının BB-I bozukluk için %0-2.4, BB-II bozukluk için %0.3-4.8, siklotimi için %0.5-6.3, hipomani için %2.6-7.8 aralığında olduğu düşünülmektedir (18).

## Eş Tanılar

- Komorbidite iki ya da daha fazla hastalığın birlikte ortaya çıkması anlamına gelir fakat psikiyatrik hastalıklar ile diğer tıbbi hastalıklar arasındaki ilişkinin komorbidite ile sınırlı tutulmaması gerektiği ve sık karşılaşılan durumlar akılda tutulmalıdır. Kronik bir hastalık ya da bir hastalığın tedavisi ruhsal bir bozukluğa; ruhsal bozukluk ya da ruhsal

hastalığın tedavisi kronik bir hastalığa neden olabileceği gibi, hastalığın kendisi de psikiyatrik bir hastalık gelişimine neden olabilir (14).

- Bipolar bozuklukta yaşam boyu diğer tıbbi ya da psikiyatrik hastalık eş tanı oranlarının yaklaşık %90 dolaylarında olduğu görülmektedir (19).
- Bipolar bozukluğu olan kişilerde yaşam süresi yaklaşık 12-14 yıl azaldığı kardiyovasküler nedenli mortalite oranlarının genel popülasyona göre 1.6- 2 kat arttığı bildirilmiştir. Kardiyovasküler hastalıkların ise genel popülasyona göre ortalama 17 yıl daha erken ortaya çıktığı düşünülmektedir. Metabolik sendrom (%37), obezite (%21), sigara kullanımı (%45) ve tip 2 diyabet (%14) komorbiditeleri bipolar bozukluğu olan bireylerde mortalite riskini etkileyen faktörlerdendir (11).
- Bipolar bozuklukta başka bir psikiyatrik hastalık eş tanısının bulunması klinik seyir ve tedavi yanıtını olumsuz etkilemektedir. Eş tanısı olan hastalarda hastalığın başlangıç yaşı daha erkendir, intihar girişimi de daha yüksek oranda görülmektedir, klinik belirtiler ise daha çok karma belirtilerden oluşmaktadır.
- BB tanılı hastalarda en yaygın görülen psikiyatrik eş tanılar anksiyete bozuklukları, alkol-madde kullanım bozuklukları (AMKB), obsesif kompulsif bozukluk (OKB), dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB), kişilik bozuklukları ve yeme bozukluklarıdır (4).

### **Tedavi Yaklaşımları**

- Bipolar bozukluğun tedavisi akut dönem, sürdürüm dönemi ve koruyucu dönem tedavisi olarak 3 aşamada ele alınabilir.
- Akut evrede mani/hipomani, depresyon dönemi ve karma belirtilerin bulunduğu dönemler gibi dönemlerde hedef belirtilerin ortadan kaldırılmasıdır. Belirtilerin geçtiği ya da çok gerilediği fakat depresme (relaps) riskinin yüksek olduğu dönem sürdürüm evresidir ve hedef yatışan belirtilerin alevlenmesini önlemektir. Koruyucu evrede ise hedef yeni hastalık epizodlarının ortaya çıkmasını yani rekürrensi (depresmeyi) önlemektir. Hipomani ve mani farklı klinik tablolar olarak tanımlansalar da benzer şekilde tedavi edilmektedir. Bu kısımda akut dönem tedavisine yer verilecektir.
- Bipolar bozukluğu olan hastaların %50'sinden fazlası tedaviye uyum

sorunları yaşamakta tedavilerini sürdürememektedir. Bu durumda hastalığı kabullenmeyle ilgili sorunlar, hastalığın sosyal ve psikolojik etkileri ile baş etmede yaşanan güçlükler, ilaç yan etkileri etkili olmaktadır.

- Manik dönemdeki hastaya erken tanı konulması ve uygun tedavi seçimi tıbbi yararına ek olarak sosyal ve psikolojik komplikasyonları önleme ve tedavi işbirliği açısından büyük yarar sağlamaktadır.
- Manik epizodun görünümleri yalnızca hafif bilişsel ve duygudurum belirtileri olan hastalardan, ciddi dezorganize davranış kliniğine kadar farklı şekillerde ortaya çıkabilmektedir.
- Hipomanik dönemlerde de belirtilerin daha az şiddetli olması nedeniyle üretkenlik artışından söz edilebilmektedir.
- Manik ve karma özellikli dönemlerde antidepresan ilaçların verilmesi kontrendikedir ve bu noktada ayırıcı tanı yapılmadan uykusuzluk yakınması bulunan hastaya sedatif etkili antidepresan verilmemesi gerektiği hatırlanmalıdır (5, 10, 11).
- Riskli durumlar ve hastanın iş birliği içinde olmaması hastaneye yatırılmayı ve daha hızlı sonuç alınacak tedavilerin tercih edilmesini gerektirir. Öncelikle klinik tabloyu tetikleyebilecek ve şiddetlendirebilecek faktörlerin kontrol edilmesi gerekmektedir. (örn. kullanıyor ise antidepresan ilaçların kesilmesi, alkol-madde kullanımına engel olunması, tiroid hormonu alan hastalarda düzey tetkikinin yapılması gibi) tedavi bundan sonra düzenlenmelidir (10).
- Manik döneminin tedavisinde duygudurum dengeleyiciler (lityum, valproik asit, karbamazepin), antipsikotikler, hipnosedatifler, elektrokonvülsif tedavi (EKT), vagal sinir uyarımı, transkraniyal manyetik stimülasyon (TMS) gibi terapötik nöromodülasyon tedavileri, psikososyal girişimler ve psikoterapötik yaklaşımlar gibi uygulamalar bulunmaktadır (10).
- Mani ve hipomani tedavisinde hem antipsikotikler hem de duygudurum düzenleyiciler etkilidir. Çoğu antipsikotik antimaniktir ve çoğu duygudurum düzenleyici manideki psikotik semptomları azaltır. İlaç karşılaştırma ile ilgili verilerin az olması nedeniyle etkinlik açısından bir ilacın diğerine üstünlüğü hakkında öneride bulunulamamaktadır fakat dolaylı karşılaştırmanın yapılabildiği bir çoklu tedavi metaanalizinde olanzapin, risperidon, haloperidol ve ketiapinin en iyi etkinlik ve

kabul edilebilirliğe sahip olduğu öne sürülmüştür. Cochrane, olanzapin monoterapisinin lityum ve valproattan daha etkili olduğunu öne sürmektedir.

- İlk olarak antidepresan tedavi kesilmelidir, daha sonraki aşamalar ise hastanın antimanik ilaç kullanıp kullanmadığına göre şekillenmektedir. Tüm hastalarda klinik gereklilik durumuna göre kısa etkili benzodiazepinlerin (lorazepam veya klonazepam) tedaviye eklenmesi düşünülmelidir.

**A.** Hasta antimanik tedavi alıyorsa,

1. Eğer hasta antimanik tedavi olarak antipsikotik kullanıyorsa, öncelikle tedavi uyumu ve doz kontrol edilmeli ve gerekirse doz artırılmalıdır. Lityum veya valproat eklenmesi düşünülmelidir.
2. Eğer hasta antimanik tedavi olarak lityum kullanıyorsa, kan düzeyi kontrol edilmelidir ve lityum kan düzeyi akut dönem tedavisi için 1.0-1.2 mmol/L olacak şekilde doz artırılmalıdır ve/veya bir antipsikotik eklenmesi düşünülmelidir. (İdame tedavisinde 0,6-0,8 mmol/L aralığında tolere edilebilen en yüksek plazma düzeyi hedeflenmelidir.)
3. Eğer hasta antimanik tedavi olarak valproat kullanıyorsa kan düzeyi kontrol edilmelidir ve hasta tolere edebiliyorsa kan düzeyi 125mg/L olacak şekilde doz artırılmalıdır. Bir antipsikotik eklenmesi düşünülmelidir.
4. Lityum ve valproat kullanıyorsa plazma düzeyleri kontrol edilmeli ve bir antipsikotik eklenmelidir. Karbamazepin kullanıyorsa antipsikotik eklenmesi ve ilaç etkileşimi dolayısıyla daha yüksek dozlar gerekebileceği düşünülmelidir.

- B.** Hasta antimanik tedavi kullanmıyorsa, belirtiler şiddetliyse veya davranış bozukluğu varsa bir antipsikotik veya valproat veya lityum başlanması düşünülmelidir. Doğurganlık çağındaki kadınlarda valproattan kaçınmak gerekir, Lityum ise terapötik aralığı dar olan bir ilaçtır ve tedavi uyumunun iyi olacağı öngörülen hastalarda tercih edilmelidir. Lityumun karma durumlarda veya madde kötüye kullanımı ve hızlı döngülülük ve psikotik semptom varlığında daha az etkili olabilir (20).

<b>Manide İlaç Tedavisi (10, 20, 21)</b>				
	<b>Öncesinde ve İzlemede İncelenmeli</b>	<b>İlaç</b>	<b>Doz</b>	<b>Yan Etki</b>
<b>Duygudurum Dengelleyiciler</b>	TKS GFR TFT EKG	Lityum	300- 600 mg/gün, plazma düzeyine göre her 3-4 günde bir artırılır.  Kan düzeyi: 0,8–1,2 mEq/L olmalı  (Son dozdan 12 saat sonra kan alınmalıdır)  ACEİ, tiazid diüretikler ve NSAİD'ler ile kullanımda kan düzeyi ve toksisite riski artar.	Cilt GIS KVS Tiroid, paratiroid Nörolojik Böbrek üzerinde yan etkilere neden olabilmekte
	TKS KCFT BKI	Sodyum valproat	500mg/gün, tolerabilite ve plazma düzeyine göre artırılır.  Oral ve iv yükleme dozu 20-30mg/kg/gün  Tolere edilebiliyorsa kan düzeyi 125mg/L'ye artırılmalı önerilen doz 75-150mg/L  (Bir sonraki dozdan hemen önce kan alınmalıdır)	Trombositopeni, lökopeni Hepatotoksisite Hiperamonyemi Pankreatit Kadınlarda hiperandrojenizm Kilo alımı, tremor ve saç dökülmesi Teratojenite

Not: Manik dönemlere karşı koruyuculukları yüksek olmasına rağmen, akut etkileri geç başladığı için akut dönemde özellikle riskli ve acil durumlarda tek ilaç olarak kullanılmaları önerilmemektedir, tek ilaç olarak kullanılmaları durumunda akut mani dönemleri uzayabilmekte ve riskli durumlar hızlı kontrol edilememektedir. Bir istisna olarak, valproat hızlı titrasyon ve yükleme dozu uygulaması sayesinde daha hızlı etki başlangıcı avantajı sağlayabilir. Yalnızca hafif ve orta şiddetli dönemlerde, hastanın yakından izlenmesi kaydıyla, mani tedavisinde tek ilaç olarak kullanılmaları mümkündür, Maniyi takiben depresyon ortaya çıkması riskini azaltmada antipsikotiklere göre daha iyi bir seçenek oluştururlar.

Not: Lityumla bir arada birinci kuşak antipsikotikler, özellikle de haloperidol kullanıldığında yan etkilerde belirgin artış olduğundan birlikte kullanılmaları önerilmemektedir.

Not: Lityumun öforik manide daha etkili olduğu kabul edilmektedir. Eşlik alkol madde kullanımı ve nörolojik hastalık varlığında, karma dönem, hızlı döngülülük, iritabl mani gibi bazı dönem özellikleri olan hastalarda daha etkin olduğu bildirilmiştir. Antipsikotiklerle birlikte kullanıldığında antipsikotik dozları daha düşük tutulabilmesini, tedaviye hızlı yanıt alınmasını sağladığı bildirilmiştir.

	Öncesinde İncelenmeli	İlaç	Doz	Yan Etki
İkinci kuşak antipsikotikler	Glukoz lipit düzeyi	Aripiprazol	15mg/gün, gereği halinde 30mg/güne artırılır, 15mg'dan düşük dozlar etkili olmayabilir.	Metabolik yan etkiler
	TKS	Olanzapin	10mg/gün gereği halinde 15mg'a veya 20mg'a artırılır.	Ketiapin postür al hipotansiyon ile ilişkilidir.
	KCFT	Risperidon	2mg veya 3mg/gün lüzum halinde 6mg/gün'e artırılır.	Aripiprazol kullanımında akatizi görülebilmektedir
	BFT ve elektrolitler	Ketiapin	Manide paliperidon kullanımı iyi desteklenmemektedir.	Ketiapin ve aripiprazol ile prolaktin artışı beklenmez, olanzapin ile nadiren görülür. Risperidon ve BKAlarda çok yaygındır.
	TFT			
	Kan basıncı, nabız			
	Bel çevresi ve BKİ			
	PRL			
	EKG			

Not: Akut manik dönem tedavisinde olanzapin, risperidon, ketiypinin, aripiprazol ve asenapinin FDA tarafından onaylanmıştır. Olanzapin, aripiprazol, ketiypinin sürdürüm döneminde monoterapide ve duygudurum dengeleyicilerle birlikte kullanımı için de onaylanmıştır.



Birinci kuşak antipsikotikler		Haloperidol	5-10mg/gün, gereği halinde 15mg'a artırılır.	EPS yan etkileri Depresyon risk artışı
		Klorpromazin	Kas içi formu 25mg ampul Oral formu 100mg tabletler şeklinde	
Not: Yan etkileri nedeniyle uzun dönem kullanımları kısıtlıdır. Daha çok hızlı sonuç istenen durumlarda, özellikle de ajitasyon ve saldırgan davranışların hızlı kontrolünün gerektiği durumlarda tercih edilmektedirler				
Benzodiazepinler		Lorazepam	Günde 4mg'a kadar (Bazı merkezlerde daha yüksek dozlar kullanılır.)	
		Klonazepam	8mg/gün'e kadar	
Not: Ajitasyon ve anksiyeteyi azaltmak için, uykuyu düzenlemesi ve k0atatoninin yönetiminde kullanılır. Hasta fayda görüyorsa 7-10 gün kullanılabilirler.				

### Tedavi hedefleri- Acil servis tedavi önerisi

- Acil servislerde psikiyatrik hastalığı bulunduğu düşünülen kişilerde genel tıbbi değerlendirme yapılmaması sıkça karşılaşılan bir durum olmakla birlikte psikiyatrik epidemiyoloji, klinik özellikler, ayırıcı tanı yapılması gereken durumların bilinmesi ilk değerlendirmelerin önemini göstermektedir. Genel tıbbi durum değerlendirmesi ve mevcut komorbiditeler tanıda olduğu kadar tedavi seçiminde de yönlendirici olmaktadır.
- Hastanın kontrollü şekilde yakın takibi, çevre anamnezinin derinleştirilmesi, ailenin tedavi sürecinde iş birliğinin sağlanması ile mevcut dönemin hastanın mevcut atağının mani mi depresyon mu karma belirtili bir dönem mi yoksa herhangi birinin prodramal dönemi mi olduğuna karar vermek gerekir. Bu değerlendirmeler sonucunda dahi hastanın hangi tipte bir duygudurum epizodu yaşadığı tam olarak anlaşılabilir, hipomani tablosu mani tehlikesine bulunduğundan mani gibi tedavi edilmelidir. Şiddetli ajitasyon, intihar davranışı, şiddet içeren davranışlar, psikotik belirtiler öncelikle değerlendirilmelidir.
- Tedavinin belirlenmesinde duygulanım labilitesi, karma belirtiler, hızlı döngülü özellik öyküsü, diğer uçlara kayma öyküsü, eşlik eden psikotik belirti olup olmaması, alkol madde kullanımı öyküsü, psikiyatrik ve bedensel eş tanımlar gibi özellikler de etkili olabileğinden bu faktörlerin

değerlendirilmesi önemlidir.

- Akut mani ve depresyon tedavisinde temel hedef remisyon, tedavi sırasında diğer uca kaymanın önlenmesi, remisyon (düzelme) dönemlerinde relapsın (depreşmenin) önlenmesidir. Hastalık belirtilerinin tamamen ortadan kalkması, hastalık öncesi işlevselliğin geri kazanılması ve iyilik halinin en az 8 hafta boyunca sürdürülmesi remisyon anlamına gelmektedir. Diğer uca kaymanın önlenmesi, komorbid durumların ve bilişsel kayıpların tedavi edilmesi, tedavi uyumunun sağlanabilmesi için önemli olan hastalık ile ilişkili psikoeğitim verilmesi, hasta ve yakını ile tedavi iş birliğinin sağlanması da tedavi hedefleri arasındadır (10, 21).
- Akut davranışsal acil durumların saptanması, hasta ve çevresinin güvenliğinin sağlanması, ajite hastaların öykü alma ve tedavi sürecinde mümkün olduğunca sessiz ve az uyaran olan bir yerde izlenmesi gerekir.
- Eğer hastanın kısmen içgörüsü varsa ve tedavi işbirliği kurulabiliyorsa oral benzodiazepin ve antipsikotiklerle ajitasyon şiddeti azaltılabilir fakat hastanın şiddet eğilimi varsa, hasta ile iletişim ve tedavi işbirliği kurmak mümkün değilse parenteral antipsikotiklere ihtiyaç duyulur. Örneğin 5–10 mg haloperidol kas ya da nadiren damar içine, 25 mg klorpromazin kas içine, 50 mg ziklopentiksol kas içine uygulamada akut etkili, parenteral formu olan birinci kuşak antipsikotiklerdir. Nöroleptik malign sendrom riski ve ekstrapiramidal yan etkiler nedeniyle parenteral tedavi olabildiğince kısa tutulmalıdır (2, 10).
- Hastanın saldırgan davranışları acil müdahale ile kontrol altına alındıktan sonra yatış gerekliliği değerlendirilmelidir. Hastalığı ya da tedaviyi reddetme durumu, ayırıcı tanıda zorlanılan hastalar, psikotik özellikler olması, psikotik bulgu olsun veya olmasın ağır manik/depresif epizoddaki hastalar, intihar girişiminde bulunmuş olan veya intihar riski yüksek olan hastalar, ciddi psikiyatrik ve/veya bedensel komorbiditesi bulunan hastalar, yatış için yönlendirilmesi gereken durumlardır (5).
- İlaç seçiminde alkol madde kullanımı öyküsü (eş zamanlı yoksunluk veya entoksikasyon tedavisi yapılmalı), psikiyatrik ve bedensel eş tanılar, geçmiş tedaviler, ilaç etkileşimleri, ilaca uyum, ilaç yan etkileri, hasta tercihi, duygulanım labilitesi, karma belirtiler, hızlı döngülü özellik öyküsü, diğer uçlara kayma öyküsü, eşlik eden psikotik belirti olup olmaması etkili olmaktadır (6).

- Bazı sık görülen komorbid bedensel hastalıklarla ilgili öneriler,
  - Diabetes Mellitus ve metabolik sendrom varlığında, ikinci kuşak antipsikotik ve/veya sodyum valproat kullanan hastaların vücut kitle indeksi, açlık kan şekeri, lipid profili ve kan basıncı düzenli olarak takip edilmeli, artış saptananlarda mümkünse ilaç değişimi düşünülmelidir.
  - Hipertansiyon varlığında, diüretikler ve ACE inhibitörleri kan lityum konsantrasyonunu artırabilir, kalsiyum kanal blokerleri ise kan lityum konsantrasyonunu düşürebilir.
  - Tiroid hastalıkları varlığında, lityum tedavisi alırken hipotiroidi geliştiği saptanan hastalarda mutlaka lityumun kesilmesi gerekmektedir, TSH düzeyi 5-10 mU/L olan hastalar tiroid replasmanı başlanmadan izlenebilir. TSH 10 mU/L üzerinde saptanırsa klinik hipotiroidi çıkma ihtimali yüksek olduğundan, tiroid preparatı başlanması önerilir.
  - Astım varlığında, tedavide kullanılan glukokortikoid türevi ilaçların yüksek dozlarından kaçınılmalı ve beta blokerler gibi astım ataklarını tetikleyen ilaçların kullanımına dikkat edilmelidir.
  - KOAH tanılı kişilerde, antipsikotikler akut solunum yetmezliği ile ilişkilidir ve doz artışı ile risk artar, mümkün olan en düşük doz tercih edilmelidir. Hipnotiklerin süregelen kullanımlarında ise solunum sistemi komplikasyonu riski olduğundan kısa sürede kesilmesi planlanmalıdır.
  - Böbrek hastalıkları varlığında lityum kullanan hastalar GFR yoluyla düzenli olarak izlenmeli, GFR<60 ml/dk olduğunda proteinürinin derecesi de takip edilmelidir. DM ve HT tanıları olduğunda böbrek fonksiyonları daha yakından izlenmelidir.
  - Migren eş tanısı olan lityum kullanan hastalarda, analjezik kullanımı ile gelişebilecek böbrek fonksiyon bozuklukları ve kan lityum düzeyleri dikkatle izlenmelidir.
  - Multipl skleroz tanılı kişilerde steroid ile indüklenen mani durumunda steroid sozunun azaltılması ve lityum profilaksisi önerilebilir. Sfinkter kontrol bozukluğu olan kişilerde sıvı alımını azaltma eğilimi görülebilir, lityum çok dikkatli kullanılmalıdır (22).
- Bazı sık görülen komorbid psikiyatrik hastalıklarla ilgili öneriler
  - Anksiyete bozukluğu varlığında, duygudurum dönemine eşlik eden anksiyete belirtilerinin tedavisinde ağırlıklı olarak mani ya da

depresyon tedavisinde etkililiği kanıtlanmış yeni kuşak antipsikotikler tercih edilir. Ketiapin bipolar bozuklukta hem depresif belirtilerde hem de anksiyete belirtilerinde etkili bir seçenek olması nedeniyle öne çıkmaktadır.

- AMKB komorbiditesinde akut ve koruma dönem tedavisinde valproat ve yeni kuşak antipsikotiklerden ketiypin öne çıkmaktadır.
- OKB komorbiditesinde ikinci kuşak antipsikotiklerden ketiypin, risperidon, aripiprazol öne çıkmaktadır.
- DEHB komorbiditesinde mani döneminde stimülan kullanılmasının manik-psikotik belirtileri alevlendirme riski vardır ve duygudurum dengeleyici tedavi olmadan DEHB'ye yönelik tedavi düzenlenmemelidir (4).
- Unipolar depresyonda öncelikli tedavi seçeneği antidepresanlarken, bipolar depresyon lityum ve yeni kuşak antipsikotiklere daha iyi yanıt verir, antidepresanların bipolar depresyonda kullanımlarına ilişkin tutarsız veriler bulunmaktadır. Antidepresan ilişkili manik kayma ve döngü hızlanması riski olduğundan ilk seçenek değildir. Bipolar depresyonda FDA tarafından onaylanmış tedaviler, olanzapin- fluoksetin kombinasyonu, ketiypin ve lurasidondur (6).

#### Örnek Reçete

##### **Antipsikotik- Oral form**

Olanzapin 10mg

Risperidon 2-3mg

Aripiprazol 15mg

##### **Antipsikotik- İntramüsküler form**

Haloperidol 5-10mg

##### **Duygudurum Dengeleyici**

Lityum 300mg

Valproik asit+ Sodyum valproat 500mg

**KAYNAKLAR**

1. Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanımsal ve Sayımsal El Kitabı, (DSM-5) Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı. Beşinci Baskı ed. 2014: Hekimler Yayın Birliği.
2. Bobo, W.V., The Diagnosis and Management of Bipolar I and II Disorders: Clinical Practice Update. Mayo Clinic Proceedings, 2017. 92(10): p. 1532-1551.
3. Lut Tamam, M.E.D., Caner Yeşiloğlu, Duygudurum Bozukluklarının Epidemiyolojisi, in Duygudurum Bozuklukları Tanı ve Tedavisi, K. Altınbaş, Editor. 2020, Bahçivanlar Basım Sanayi A.Ş.: Konya. p. 1-9.
4. Altınbaş, K., Treatment of Comorbid Psychiatric Disorders with Bipolar Disorder. Noro Psikiyatr Ars, 2021. 58(Suppl 1): p. S41-S46.
5. Vahip, S., Bipolar Bozukluklar, in Aile Hekimleri için Psikiyatri, F. Akdeniz, Editor. 2017, BAYT Bilimsel Araştırmalar Basım Yayın ve Tanıtım Ltd. Şti.: Ankara. p. 73-90.
6. Altınbaş, K., Duygudurum Bozukluklarında Merak Edilen Konular. Psikiyatri Günlüğü, 2020. 2: p. 43-75.
7. Stahl, S.M., et al., Guidelines for the recognition and management of mixed depression. CNS Spectrums, 2017. 22(2): p. 203-219.
8. Solé, E., et al., Mixed features in bipolar disorder. CNS Spectrums, 2017. 22(2): p. 134-140.
9. Jain, R., V. Maletic, and R.S. McIntyre, Diagnosing and Treating Patients With Mixed Features. The Journal of Clinical Psychiatry, 2017. 78(8): p. 1091-1102.
10. Atagun, M.I. and T. Oral, Acute and Long Term Treatment of Manic Episodes in Bipolar Disorder. Noro Psikiyatr Ars, 2021. 58(Suppl 1): p. S24-S30.
11. Nierenberg, A.A., et al., Diagnosis and Treatment of Bipolar Disorder: A Review. JAMA, 2023. 330(14): p. 1370-1380.
12. Atılan Fedai, Ü., Genel Tıbbi Duruma Bağlı Duygudurum Bozuklukları, in Genel Tıpta Psikiyatri, P. Güzel Özdemir and A. Sünnetçioğlu, Editors. 2023, Nobel Tıp Kitabevleri: İstanbul. p. 289-304.
13. Vieta, E., et al., Early Intervention in Bipolar Disorder. American Journal of Psychiatry, 2018. 175(5): p. 411-426.
14. Tapan Çelikkaleli, Ş., Genel Tıpta Psikiyatriye Giriş Ve Önemi, in Genel Tıpta Psikiyatri, P. Güzel Özdemir and A. Sünnetçioğlu, Editors. 2023, Nobel Tıp

- Kitabevleri: İstanbul. p. 6-7.
15. Aydın, A., Genel Tıbbi Duruma Bağlı Psikotik Bozukluklar, in Genel Tıpta Psikiyatri, P. Güzel Özdemir and A. Sünnetçioğlu, Editors. 2023, Nobel Tıp Kitabevleri. p. 259-272.
  16. Vieta, E. and M. Valenti, Mixed states in DSM-5: implications for clinical care, education, and research. *J Affect Disord*, 2013. 148(1): p. 28-36.
  17. Perugi, G., E. Hantouche, and G. Vannucchi, Diagnosis and Treatment of Cyclothymia: The “Primacy” of Temperament. *Current Neuropharmacology*, 2017. 15(3): p. 372-379.
  18. Duygudurum Bozuklukları, in Kaplan & Sadock Psikiyatri Davranış Bilimleri/ Klinik Psikiyatri, A. Bozkurt, Editor. 2016, Güneş Tıp Kitabevleri: Ankara. p. 347-387.
  19. ALTINBAŞ, K., <Bipolar Bozukluk Tarihsel Kavram Gelişimi ve Epidemiyolojisi. pdf>. Türkiye Klinikleri, 2019. 1. Baskı. Ankara: p. 3-8.
  20. Bipolar Bozukluk, in Maudsley Psikiyatride Reçeteleme Rehberi. 2022, EMA Tıp Kitabevi Yayıncılık: İstanbul. p. 247-305.
  21. Akkaya, C., Bipolar Mani Tanı ve Tedavisi, in Duygudurum Bozuklukları Tanı ve Tedavisi, K. Altınbaş, Editor. 2020, Bahçivanlar Basım Konya. p. 185-213.
  22. Oral, T. and B. İnce, Bipolar Bozuklukta Bedensel Hastalıklar: Nasıl tanırız? Nasıl tedavi ederiz? . *Psikiyatride Guncel Yaklaşımlar - Current Approaches in Psychiatry*, 2017. 7(3): p. 186-198.

## 3. BÖLÜM

### ŞİZOFRENİ VE PSİKOZLA GİDEN BOZUKLUKLAR

**Uzm. Dr. Gizem EMEKDAR**

*Samsun Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi,*

*Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği*

*gizememekdar@gmail.com*

*<https://orcid.org/0000-0001-5923-8249>*

#### İLK PSİKOTİK ATAK VE ŞİZOFRENİ

##### **Olgu örneği psikiyatrik görüşme**

*23 yaşında erkek hasta, ortaokul mezunu, bekar, çalışmıyor, anne ve babası ile birlikte ilçe merkezinde, kendilerine ait bir evde yaşıyor. Hasta babası ve kolluk kuvvetleri eşliğinde zorla hastaneye getirilmiş.*

**Doktor:** Hoşgeldiniz, şikayetiniz nedir?

**Hasta:** Benim şikayetim yok, iyiyim, zorla getirdiler beni bunlar. Ben istemedim gelmeyi, zaten gerek de yok. Ben dedim hep dedim Allah var Muhammed geldi İsa mesih sen de biliyorsun hepiniz engelsiniz görmedin mi sen de babam da içinde ben geçince hepsi bakıyor hepsine gitsin mehdi geldi topunuz ölü bilmiyorsanız biliyorsunuz ben gidiyorum yanımda cinler oluşuyor yeşil damardan yeşil serumdan verdiler hoppp oldu zaten mehdiliğimi alacaklardı zehirle ilaçla ben durmam burada senle de konuşmam ne konuşacağız anlamadın mı anladın duydum ben bilirim Allah söyledi hep bana sensin dedi mehdi dedi

**Doktor:** Anlattıklarınızdan bazı sesler duyduğunuzu anlıyorum. İlk ne zaman başladı? Nasıl sesler bunlar? Neden bahsediyorlar?

**Hasta:** Kötüler nasıl konuşur kötü kendi başını bana zarar verecek ama ses

Allah'ın sesi Allah nasıl söyler işte öyle, beni anlatıyor mehdisin diyor sen diye dua etme biziz artık diyor. Yapmam gereken şeyler var hepinizi kurtarmam lazım hep günah hep kötülük bana zarar benim girmem lazım bırak gelirler kötüler beni zehirleyemezsiniz bırakın gideyim. Yeter bu kadar, konuşmam ben artık sorup durma sen de.

**Doktor:** Peki, teşekkür ederim anlattıklarınız için. Daha sonra konuşmak isterseniz ben burada olacağım. İzin verirsiniz babanızla da görüşmek isterim.

**Hasta:** Görüş tabii o da sen de görüşeceksiniz hepiniz zaten biliyorsunuz ne varsa görüşün hadi

Hasta kolluk kuvvetleri eşliğinde dışarı çıkar.

**Doktor:** Geçmiş olsun, oğlunuzun durumu hakkında sizden bilgi almak isterim.

**Hastanın babası:** Saçma sapan şeyler söylüyor, karman çorman anlaşılıyor bile. Evden çıkmıyor, yemiyor, içmiyor. Evi kırdı döktü, üzerimize yürüyor, ne yaptıysak ikna edemedik hastaneye gelmeye. Mecbur kaldık, zorla getirdik.

**Doktor:** Anlamsız konuşmaları oluyor dediniz, neler söylüyor?

**Hastanın babası:** “Hepiniz bana düşmansınız, bana engel oluyorsunuz. Siz olmasanız ben nerelerde olurum. Siz zaten ben küçükken beni zorla kaçırdınız, gerçek annem babam değilsiniz. Biliyorum, beni zehirleyecekler. Bir şeyinizi istemem. İsa da Muhammed de bir hepsi benim mehdiyim ben melekler cinler hep bana görünüyorlar hep. Allah konuştu benle senle de konuştu biliyorsunuz”, şeklinde anlamsız laflar ediyor.

**Doktor:** İlk ne zaman başladı şikayetleri?

**Hastanın babası:** Oğlum neredeyse 1 yıldır değişti. Önceleri işten atıldı diye içine kapandı, bunalıma girdi o yüzden oldu zamanla düzeler sandık fazla üstelemedik. Ama giderek kötüleşti. Odasından hatta yataktan çıkmıyordu, hiçbir iş yapmıyordu, doğru düzgün kimseyle konuşmuyordu, banyo bile yapmaz oldu. Son 2 aydır anlamsız şeyler anlatmaya, kendi kendine konuşmaya, sanki karşısında biri var gibi el kol işaretleri yapmaya, kendi kendine gülmeye başladı, giderek kötüleşti. Şüphencilik ve korkularda var korkudan uyumuyor bazen, bizden bile şüpheleniyor. 1 aydır hastaneye götürmeye çalışıyoruz ikna edemiyoruz en son eşyaları kırdı, üzerimize yürümeye bize vurmaya kalktı. Mecbur kaldık, savcılığa gittik, hastaneye getirilip zorunlu tedavi edilsin diye dilekçe verdik. Savcının yazısıyla ambulans ile polisle geldik.



**Doktor:** Kendisine, size ya da başkalarına karşı zarar verici davranışı ya da bir söylemi oldu mu?

**Hastanın babası:** Evdeki eşyaları kırdı, beni itti vurmaya çalıştı, hastaneye getireceğimizi öğrenince itiş kakış oldu ama ciddi bir zarar görmedik. Kendisi korkuyor sürekli, yemiyor içmiyor, çok kilo verdi, sağlığı daha da bozulacak diye biz de çok korkuyoruz.

**Doktor:** Daha önceleri bu şikayetlere benzer şikayetleri oldu mu?

**Hastanın babası:** Hayır, hiç böyle anlamsız davranışları garip konuşmaları olmazdı. Çocukluğundan beri kendi halinde biriydi, işinde gücünde idi, insanlarla iletişimi iyiydi. Daha önce hiç böyle sorunlar yaşamamıştı.

**Hastanın babası:** Önemli bir hastalığı var mı? Sürekli kullandığı ilaç var mı?

**Hastanın babası:** Bir hastalığı ya da kullandığı ilaç yok.

**Doktor:** Alkol, madde veya sigara kullanımı var mı?

**Hastanın babası:** Sigara kullanıyor, son zamanlarda günde 2 pakete çıkardı. Alkol ya da madde kullanmaz.

**Doktor:** Ailenizde psikiyatrik hastalığı olan var mı?

**Hastanın babası:** Benim abimde bipolar bozukluk var, halasının oğluna da şizofreni tanısı koydular.

## OLGU ÖZETİ

43 yaşında erkek hasta, 1 yıl önce başlayan içe kapanma ve 1 aydan uzun süredir devam eden dağınık konuşma, işitsel ve görsel varsanılar, zarar görme ve büyüklük sanrıları ile birlikte günlük yaşam etkinliklerinde, kişilerarası ilişkilerinde ve genel olarak işlevselliğinde belirgin bozulma olması sebebiyle “ilk psikotik atak” olarak değerlendirildi. Ayırıcı tanı yapılarak (hasta görüşmesi ve yakınından alınan anamnez ışığında, hastalık süresi ve işlevsellikteki belirgin bozulma da değerlendirildiğinde) “şizofreni” tanısı konuldu. Özgeçmişinde psikiyatrik bozukluk ve alkol ve/veya madde kötüye kullanımı saptanmadı, soygeçmişinde şizofreni ve bipolar bozukluk mevcuttu.

<b>Hasta ve Yakınının Anlattıkları</b>	<b>Tanıya Yönelik Psikiyatrik Belirti ve Bulgular</b>
<p>“Hepiniz bana düşmansınız, bana engel oluyorsunuz. Siz olmasanız ben nerelerde olurum. Siz zaten ben küçükken beni zorla kaçırdınız, gerçek annem babam değilsiniz. Biliyorum, beni zehirleyeceksiniz. Bir şeyinizi istemem. İsa da Muhammed de bir hepsi benim mehdiiyim”</p>	<p>Zarar görme ve büyüklük sanrıları</p>
<p>“ben geçince hepsi bakıyor... ben gidiyorum yanımda cinler oluşuyor yeşil damardan yeşil serumdan verdiler ... ben bilirim Allah söyledi hep bana sensin dedi mehdi dedi ”</p> <p>“ben melekler cinler hep bana görünüyorlar hep. Allah konuştu benle senle de konuştu biliyorsunuz”</p>	<p>Görsel ve işitsel varsanılar</p>
<p>“Ben dedim Allah var Muhammed geldi İsa mesih sen de biliyorsun hepiniz engelsiniz görmedin mi sen de babam da içinde ben geçince hepsi bakıyor hepsin gitsin mehdi geldi topunuz ölü bilmiyorsanız biliyorsunuz ben gidiyorum yanımda cinler oluşuyor yeşil damardan serumdan verdiler hoppp zaten mehdiliğimi alacaklardı”</p> <p>“Kötüler nasıl konuşur kötü kendi başını bana zarar verecek ama ses Allah’ın sesi Allah nasıl söyler işte öyle, beni anlatıyor mehdisin diyor sen diye dua etme biziz artık diyor. Yapmam gereken şeyler var hepinizi kurtarmam lazım hep günah hep kötülük bana zarar benim girmem lazım bırak gelirler kötüler beni bırakın gideyim.”</p>	<p>Dağınık konuşma: Teğetsel konuşma, konudan sapma, düzensizlik, mantık dışılık ve dilbilgisel hatalar</p>
<p>“Oğlum neredeyse 1 yıldır değişti. Önceleri işten atıldı diye içine kapandı, bunalıma girdi o yüzden oldu zamanla düzelir sandık fazla üstelemedik. Ama giderek kötüleştii. Odasından hatta yataktan çıkmıyordu.”</p>	<p>Negatif belirtiler: avolüsyon, asosyallik, ilgi-istek kaybı</p>
<p>“Hiç bir iş yapmıyordu, doğru düzgün kimseyle konuşmuyordu, banyo bile yapmaz oldu.”</p>	<p>İşlevsellik kaybı, özbakımda azalma</p>

**DSM 5 TANI ÖLÇÜTLERİ**

- A. Aşağıdaki 5 belirtiden en az 2 tanesinin (en az biri 1., 2. ya da 3. madde olmak kaydıyla ) bulunması gerekir ve her biri bir aylık sürenin önemli bir kesiminde (tedavi edildiyse daha kısa bir süre olabilir) yer alır .
1. Sanrılar
  2. Varsanılar
  3. Dağınık konuşma (konudan sık sık sapma, anlaşılmaz konuşma vb.)
  4. İleri derecede dağınık davranış ya da katatoni
  5. Negatif belirtiler (duygusal katılımda azalma ya da kalkışamama).
- B. Bu bozukluk başladığından beri geçen zamanın önemli bir kısmında iş, kişilerarası ilişkiler, kendine bakım gibi alanlardan en az birinde işlevsellik düzeyi bu bozukluk başlamadan önceki düzeyin belirgin olarak altındadır.
- C. Bulgular en az 6 aydır vardır. Bu 6 aylık sürenin en az 1 aylık kısmında A tanı ölçütleri sağlanır.
- D. Şizoafektif bozukluk, psikozla giden depresyon bozukluğu ve bipolar bozukluk tanıları dışlanır.
- E. Bu bozukluk bir maddenin ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojik etkilerine bağlanamaz.
- F. Otizm spektrum bozukluğu ya da çocuklukta başlayan bir iletişim bozukluğu öyküsü varsa; belirgin sanrılar ya da varsanılar en az bir aylık bir süreyle varsa ayrıca şizofreni tanısı da konulur (1).

**KLİNİK BELİRTİLER VE BULGULAR**

- Şizofreni kişinin algılamasını, düşünmesini, dikkatini, duygularını, davranışlarını, hareketlerini ve yargılamasını etkileyen bir hastalıktır (2,3,4).
- Varsanı uyaran olmadan algılamının olmasıdır ve beş duyudan her birinin varsanısı olabilir. Şizofrenide en sık görülen varsanı tipi işitme varsanılarıdır (2). Görme varsanıları, dokunma varsanıları, koku varsanıları ve tat varsanıları da eşlik edebilir. Özellikle koku veya tat varsanıları olan vakalarda nörolojik hadiseler bakımından ayırıcı tanı dikkatle yapılmalı (2,3,4).

- Sanrılar dış gerçeklikle ilgili yanlış çıkarımlara dayanan ve aksi yöndeki açık kanıtlara karşılık değiştirilemeyen inanışlardır (2,3,4). Sanrılar arasında en çok zarar görme (perseküsyon) sanrıları görülürken, kıskançlık sanrıları (jaluzik sanrılar), büyüklük sanrıları (grandiyöz sanrılar) ve erotomanik sanrılar da diğer sık görülen sanrılardır (2,3,4).
- Negatif belirtiler normalde bulunması gereken işlevlerin olmaması ya da kaybidir. Duygu dışavurumunda azalma (duygulanımda düzleşme ve konuşmada azalma) ve motivasyon eksikliği (avolüsyon, asosyalite ve anhedoni) (2,3).
- Dezorganizasyon (dağınıklık) belirtileri; düşünce yapısındaki bozukluklar (hastanın bir süre serbest konuşmasına izin vererek anlaşılır, özellikle sanrıları veya varsanıları ile ilgili kısımlardan bahsederken konuşmada dağınıklık, düzensizlik, mantık dışılık ve dilbilgisel hatalar belirginleşir.) ve dağınık davranışlar (belirsiz tekrarlayıcı el, yüz veya tüm vücut hareketleri, bazen katatoni şeklinde görülebilir.) (2).
- Bilişsel zorluklar, içgörü eksikliği ve özbakımda azalma da sıklıkla görülen belirtilerdir.

### Psikotik belirtileri değerlendirme soruları

Zaman zaman başkalarının duymadığı sesler duyduğunuz olur mu? Cevap Evet ise;

- Nasıl sesler bunlar? İnsan sesi mi? Ne söylüyorlar?
- Ne zamandır bu sesleri duyuyorsunuz? Ne sıklıkta?
- Bu sesler size ne hissettiriyor? Bu sesler hakkında ne düşünüyorsunuz?

Başkalarının görmediği şeyler gördüğünüz olur mu? Cevap Evet ise;

- Nasıl görüntüler bunlar, neye benziyorlar? Ne yapıyorlar ?
- Ne zamandır bu görüntüleri görüyorsunuz ? Ne sıklıkta?
- Bu görüntüler size ne hissettiriyor? Bu görüntüler hakkında ne düşünüyorsunuz?

Başkalarının size kötülük yaptığını ya da yapmaya çalıştığını düşündüğünüz olur mu? (Başkalarının size zarar vereceğini düşündüğünüz olur mu?) Cevap Evet ise;

- Kim bu kişiler? Size nasıl zarar vereceklerini düşünüyorsunuz? Amaçlarının ne olduğunu düşünüyorsunuz?
- Ne zamandır bu düşünceler geliyor?
- Bu düşünceler size ne hissettiriyor? Bu düşünceler hakkında ne düşünüyorsunuz?

Başkalarından farklı özel bir gücünüz ya da göreviniz olduğunu düşündüğünüz olur mu? Cevap Evet ise;

- Nasıl bir güç ya da göreviniz olduğunu düşünüyorsunuz? Bunların neden size verildiğini/olduğunu düşünüyorsunuz? Neden başkası değil de siz?
- Ne zamandır bu düşünceler geliyor?
- Bu düşünceler size ne hissettiriyor? Bu düşünceler hakkında ne düşünüyorsunuz? Bu düşünceler davranışlarınızı nasıl etkiliyor?

Eşinizin (veya partnerinizin) sizi aldattığını düşündüğünüz oldu mu? Cevap Evet ise;

- Ne oldu da böyle düşündünüz? Sizi aldattığına dair nasıl işaretler olduğunu düşündünüz? Sizden başka bu konuda bilgisi olan ya da sizin düşüncelerinizi paylaşan bir var mı?
- Ne zamandır bu düşünceler geliyor?
- Bu düşünceler size ne hissettiriyor? Bu düşünceler davranışlarınızı nasıl etkiliyor?

### **Tanı aşamasında dikkat edilecek hususlar**

- Psikotik belirtilerin hem şizofreni dışındaki psikotik bozukluklarda hem genel toplumda görülmesinin nadir olmadığı, örneğin genel toplum örnekleminde yaşam boyu varsanı sıklığının %5.2 gibi önemli oranlarda bulunduğu bilinmektedir (2). Herhangi bir psikotik belirti ya da bulgunun var olması şizofreni tanısı için yeterli değildir (1,2,3).
- Şizofreni tanısı çoğu zaman tek görüşmede kesin olarak konulamaz ve uzunlamasına bir takip süreci sonrasında tanı konulması gerekir. Bu yüzden hasta ve/veya yakınlarına önemli bir psikiyatrik hastalık olduğu, bunun psikotik bir bozukluk olduğu, bu hastalıkların ilk dönem tedavilerinin benzer olduğu, bu nedenle de tedaviye başlanması gerektiği, ancak hastalığın tanısının kesinleşmesi ve uzun vadede nasıl

seyredeceğinin anlaşılması için zaman ve takip gerektiği bilgisinin verilmesi daha uygundur (1, 2, 3).

- Hastanın psikotik bir atak geçirdiğine karar verdikten sonra, özellikle ilk kez böyle bir dönem olduğu anlaşıldı ise, hasta ilk psikotik atak olarak değerlendirilmeli, gerekli tedavi ve müdahaleler yapılmalıdır. İzlem sürecinde ayırıcı tanı yapılarak sonrasında kesin tanı konulmalıdır (3).

## Epidemiyoloji

- Şizofreni sıklığı toplumdan topluma değişmekle birlikte, nokta prevalansı 1000'de 4,6 ve yaşam boyu hastalık riski yaklaşık %0,7 olarak bildirilmiştir (5). Psikotik bozuklukların tamamı dahil edildiğinde ise yaşam boyu yaygınlık % 2,5-3,5 arasında bildirilmektedir (2).
- Şizofreni erkeklerde kadınlardan daha sık ve yaygındır. Başlangıç yaşı ortalaması yaklaşık olarak erkeklerde 19 iken kadınlarda 23'tür (2).

## Eş Tanılar

- Şizofreni hastalarında, anksiyete bozuklukları genel topluma göre 2-3 kat fazla görülür (2).
- Şizofreni hastalarında, yaşam boyu depresyon görülme sıklığı ise genel toplumdan 29 kat daha fazladır (2).
- Hastalarda yaşam boyu özkıyım riski ise yaklaşık % 5'tir (2).

## Tedavi Yaklaşımları

- Şizofrenin her evresinde ilaçlar başta gelen tedavi aracıdır. Akut psikotik atakta tedavinin amacı; en kısa sürede hastalık belirtilerini yatıştırmak ve doğabilecek zararı önlemektir. Antipsikotik ilaçlar, etkili oldukları en düşük dozda kullanılmalıdır. Hem antipsikotik dozu arttıkça etkinliğin arttığına dair bir kanıt yoktur hem de doz arttıkça yan etkiler daha fazla artmaktadır. Çoklu antipsikotik kullanımından da benzer nedenlerle mümkün olduğunca kaçınılmalıdır (3, 6).
- İlaçlara dirençli, ilaç tedavisi ile ajitasyonu azaltılamayan, özkıyım riski yüksek ya da katatonik hastalarda elektro konvulzif tedavi (EKT) önemli bir tedavi seçeneğidir (2, 3).

**Tedavi hedefleri**

- 1) Tedavide hedef hem pozitif belirtilerin hem negatif belirtilerin tamamen düzelmesi ve kişinin mümkün olduğu kadar eski işlevsellik düzeyine ulaşmasıdır (2, 3).
- 2) Belirtilerde tam düzelme ile birlikte ilaçlara bağlı yan etkilerin en aza indirilmesi ve kontrol altında tutulması da önemlidir (2, 3, 6).
- 3) İlk psikotik ataktan sonra en az 2 yıl süreyle yeterli dozda tedaviye devam edilmelidir. 2 yıl boyunca yeni bir atak gözlenmezse çok yavaş bir şekilde aylar boyunca doz azaltılarak ve düzenli kontrol muayeneleri ile kesme sürecine geçilebilir (2, 3, 6).
- 4) Yinelemeler sıklıkla gözlenir. Yineleme durumunda atak tedavisi ve sonrasında sürdürüm tedavisi ile yaşam boyu sürecek yinelemeyi önleme amacıyla sürdürüm tedavi süreci gerekecektir (2, 3).

**Örnek Reçete****Atipik Antipsikotikler**

- 1) Olanzapin 10-20 mg
- 2) Amisülpirid 400-800 mg
- 3) Risperidon 2-8 mg
- 4) Klozapin 200-500 mg
- 5) Paliperidon 6-12 mg
- 6) Ziprasidon 80-160 mg
- 7) Lurasidon 80-160 mg
- 8) Aripiprazol 10-30 mg

## KISA PSİKOTİK BOZUKLUK

### Olgu örneği psikiyatrik görüşme

*21 yaşında kadın hasta, lise mezunu, bekar, üniversite sınavına hazırlanıyor, annesi, babası ve kardeşleri ile birlikte şehir merkezinde, kendilerine ait bir evde yaşıyor.*

**Doktor:** Hoşgeldiniz, şikayetiniz nedir?

**Hasta:** Ben bir hafta önce çok sıkıntılı şeyler yaşadım. Şimdi iyiyim aslında ama yine de size muayene olmak istedim.

**Doktor:** Çok sıkıntılı şeyler yaşadım, dediniz. Neler oldu, biraz bahseder misiniz?

**Hasta:** Etrafımdaki herkes bana kötülük yapacak sanıyordum. Ben kime dokunursam onun benim yüzümden yanacağını düşünüyordum. Bana büyü yapıldığını, lanetlendiğimi, kime dokunsam ona da lanetin bulaşacağını düşünüyor, korkuyordum. Sürekli yaptıklarımı tekrarlayan sesler duyuyordum kafamın içinde. Annemle babam durumumu fark edince, doktora getirmeye çalıştılar ama korkumdan evden çıkamadım. 5-6 gün devam etti böyle sonra birden geçti hepsi. Şimdi düşününce mantıksız geliyor, büyüye de inanmam aslında ama nasıl oldu ise bunları yaşadım ve bunları yaşarken gerçek olduklarından o kadar emindim ki evden kaçmayı hatta kendimi öldürmeyi bile düşünüyordum. 1 haftadır daha iyiyim, eski halime döndüm gibi. Ama yine aynı şeyleri yaşamaktan korkuyorum.

**Doktor:** Bu şikayetler başlamadan önce hayatınızda önemli bir olay yaşandı mı?

**Hasta:** Geçen ayki üniversite hazırlık sınavlarında çok düşük puanlar aldım, ailem çok sinirlendi. Böyle giderse okuyamayacağımı söylediler. Kurs parası için çok emek veriyorlar. Kendimi çok kötü hissettim, her şey üstüme geliyordu sanki. Ne yapacağımı bilmiyordum, çok çalışmama rağmen sınavlar iyi değildi. Kendimi iyi hissetmiyordum, kafam bayağı karıştı.

**Doktor:** Bir haftadır iyiyim dediniz. Son 1 hafta içinde zarar göreceğinize ya da başkalarının zarar göreceğine dair herhangi bir düşünceniz oldu mu?

**Hasta:** Hayır, olmadı.

**Doktor:** Sizi rahatsız eden, korkutan ya da endişelendiren, olağandan farklı



düşünceleriniz oluyor mu?

**Hasta:** Hayır, bir haftadır beni endişelendiren tek şey ya bunları yeniden yaşarsam düşüncesi.

**Doktor:** Son 1 hafta içinde başkalarının görmediği şeyler gördüğünüz oldu mu?

**Hasta:** Hayır.

**Doktor:** Son 1 hafta içinde başkalarının duymadığı sesler duyduğunuz oldu mu?

**Hasta:** Hayır.

**Doktor:** Geçmişte hiç psikiyatri başvurunuz olmuş muydu? Bir tedavi görmüş müydünüz?

**Hasta:** Lisede sınava hazırlanırken anksiyete bozukluğu tanısıyla 3 ay kadar ilaç kullanmıştım. Sonrasında bir şikayetim ya da psikiyatriste başvurum olmadı.

**Doktor:** Bildiğiniz bir hastalığınız ya da tıbbi sorunuz var mı? Sürekli kullandığınız bir ilaç var mı?

**Hasta:** Bildiğim bir hastalığım yok. İlaç da kullanmıyorum.

**Doktor:** Alkol, madde veya sigara kullanımınız var mı?

**Hasta:** Ara sıra özel günlerde bir ya da 2 kadeh şarap içerim. Sigara ya da madde kullanmadım hiç.

**Doktor:** Ailenizde psikiyatrik hastalığı olan var mı?

**Hasta:** Annemde anksiyete bozukluğu var, ilaç kullanıyor. Halam bipolar bozukluk hastası.

**Doktor:** Benim sormak istediklerim şimdilik bu kadar. Sizin konuştuklarımıza ilaveten söylemek istediğiniz herhangi bir şey var mı?

**Hasta:** Hayır, çok teşekkür ederim dinlediğiniz için. Anlatmak bile rahatlattı.

**Doktor:** Ben teşekkür ederim.

## OLGU ÖZETİ

21 yaşındaki kadın hastaya, 2 hafta kadar önce başlayan ve 5-6 gün kadar devam edip sonrasında kendiliğinden düzelen zarar görme sanrıları, zarar verme sanrıları ve işitsel varsanıları olması nedeniyle “kısa psikotik bozukluk” tanısı konuldu. Özgeçmişinde anksiyete bozukluğu mevcuttu. Alkol ve/veya madde

kötüye kullanımı saptanmadı, soy geçmişinde annede anksiyete bozukluğu, halada bipolar bozukluk mevcuttu.

<b>Hastanın Anlattıkları</b>	<b>Tanıya Yönelik Psikiyatrik Belirti ve Bulgular</b>
“Etrafımdaki herkes bana kötülük yapacak sanıyordum. Ben kime dokunursam onun benim yüzümden yanacağını düşünüyordum. Bana büyü yapıldığını, lanetlendiğimi, kime dokunsam ona da lanetin bulaşacağını düşünüyorum, korkuyordum.”	Perseküsyon sanrıları
“Sürekli yaptıklarımı tekrarlayan sesler duyuyordum kafamın içinde.”	İşitsel varsanılar

## DSM 5 TANI ÖLÇÜTLERİ

- A. Aşağıdaki 4 belirtiden 1 ya da daha fazlasının (en az biri 1., 2. ya da 3. madde olmak kaydıyla) bulunması gerekir.
1. Sanrılar
  2. Varsanılar
  3. Dağınık konuşma (konudan sık sık sapma, anlaşılmaz konuşma vb.)
  4. İleri derecede dağınık davranış ya da katatoni
- B. 1 gün ile 1 ay arasındaki bir süre boyunca devam ettikten sonra belirtiler düzelir ve kişi hastalık öncesi işlevselliğine tam olarak döner.
- C. Bu bozukluk psikozla giden herhangi bir ruhsal hastalıkla daha iyi açıklanamaz ve bir maddenin ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojik etkilerine bağlanamaz (1).

## Klinik Belirtiler ve Bulgular

- Şizofrenide görülen belirti ve bulgulara benzer şekilde sanrılar, varsanılar,

dağınık konuşma ve dağınık davranış veya katatoni görülebilir (2, 3).

- 1 aydan kısa sürmesi ve bu belirtilerin tam olarak düzelmesi ve sonrasında kişinin eski işlevselliğine tam olarak dönmesi beklenir (2, 3).

### **Psikotik belirtileri değerlendirme soruları**

Zaman zaman başkalarının duymadığı sesler duyduğunuz olur mu? Cevap Evet ise;

- Nasıl sesler bunlar? İnsan sesi mi? Ne söylüyorlar?
- Ne zamandır bu sesleri duyuyorsunuz? Ne sıklıkta?
- Bu sesler size ne hissettiriyor? Bu sesler hakkında ne düşünüyorsunuz?

Başkalarının görmediği şeyler gördüğünüz olur mu? Cevap Evet ise;

- Nasıl görüntüler bunlar, neye benziyorlar? Ne yapıyorlar?
- Ne zamandır bu görüntüleri görüyorsunuz? Ne sıklıkta?
- Bu görüntüler size ne hissettiriyor? Bu görüntüler hakkında ne düşünüyorsunuz?

Başkalarının size kötülük yaptığını ya da yapmaya çalıştığını düşündüğünüz olur mu? (Başkalarının size zarar vereceğini düşündüğünüz olur mu?) Cevap Evet ise;

- Kim bu kişiler? Size nasıl zarar vereceklerini düşünüyorsunuz? Amaçlarının ne olduğunu düşünüyorsunuz?
- Ne zamandır bu düşünceler geliyor?
- Bu düşünceler size ne hissettiriyor? Bu düşünceler hakkında ne düşünüyorsunuz?

Başkalarından farklı özel bir gücünüz ya da göreviniz olduğunu düşündüğünüz olur mu? Cevap Evet ise;

- Nasıl bir güç ya da göreviniz olduğunu düşünüyorsunuz? Bunların neden size verildiğini/olduğunu düşünüyorsunuz? Neden başkası değil de siz?
- Ne zamandır bu düşünceler geliyor?
- Bu düşünceler size ne hissettiriyor? Bu düşünceler hakkında ne düşünüyorsunuz? Bu düşünceler davranışlarınızı nasıl etkiliyor?

Eşinizin (veya partnerinizin) sizi aldattığını düşündüğünüz oldu mu? Cevap Evet ise;

- Ne oldu da böyle düşündünüz? Sizi aldattığına dair nasıl işaretler olduğunu düşündünüz? Sizden başka bu konuda bilgisi olan ya da sizin düşüncelerinizi paylaşan bir var mı?
- Ne zamandır bu düşünceler geliyor?
- Bu düşünceler size ne hissettiriyor? Bu düşünceler davranışlarınızı nasıl etkiliyor?

### **Tanı aşamasında dikkat edilecek hususlar**

- Psikotik belirtilerin ortaya çıktığı dönemde bu belirtilere yol açabilecek bir genel tıbbi sorun ya da madde kullanımı olup olmadığının değerlendirilmesi ayırıcı tanı açısından önemlidir (2).
- Belirtilerin, psikozla giden başka bir psikiyatrik hastalığın seyri sırasında ortaya çıkmadığına emin olunmalıdır (2, 3).
- İyileştikten sonra da hastanın kontrol muayeneleri ile yeni belirti ve bulguların ortaya çıkıp çıkmadığı açısından takip edilmesi gerekir. Uzunlamasına seyirde başka bir psikiyatrik hastalığın ortaya çıkma riski bulunmakla birlikte, hastaların önemli bir kısmında izole tek bir kısa psikoz bozukluğu olarak tanı stabilitesini sürdürür (2).

## **Epidemiyoloji**

- Kısa psikoz bozukluğunun yaygınlığı ile ilgili çalışmalarda % 5,8 - 20 arasında değişen oranlar bildirilmiştir (2).
- Kadınlarda ve düşük sosyoekonomik düzeye sahip topluluklarda daha sık görülür (2).

## **Tedavi Yaklaşımları**

- Akut dönemde tedavinin amacı; en kısa sürede hastalık belirtilerini yatıştırmak ve doğabilecek zararı önlemektir. Antipsikotik ilaçlar, etkili oldukları en düşük dozda kullanılmalıdır (2, 3, 6).
- Tanının kısa psikotik bozukluk olduğuna karar verildikten sonra tedavi azaltılarak sonlandırılır (2).

## **Tedavi hedefleri**

- Hastalık öncesi işlevselliğe dönme ve belirtilerde tam düzelmeye için kural olduğu gibi tedavinin de esas hedefidir. Tanıdan emin olunan vakalarda idame tedavi gerekmez (2)
- İzlem sürecinde herhangi bir psikiyatrik hastalık ya da bozukluk saptanırsa, o hastalık için gereken şekilde tedavi düzenlenir (2, 3).

## **Örnek Reçete**

### **Atipik Antipsikotikler**

- 1) Olanzapin 10-20 mg
- 2) Amisülpirid 400-800 mg
- 3) Risperidon 2-8 mg
- 4) Paliperidon 6-12 mg
- 5) Ziprasidon 80-160 mg
- 6) Lurasidon 80-160 mg
- 7) Aripiprazol 10-30 mg

## SANRILI BOZUKLUK

### Olgu örneği psikiyatrik görüşme

*49 yaşında erkek hasta, üniversite mezunu, evli, 3 çocuk babası, bir devlet okulunda öğretmenlik yapıyor, eşi ve çocukları ile birlikte şehir merkezinde, kiralık bir evde yaşıyor.*

**Doktor:** Hoşgeldiniz, şikayetiniz nedir?

**Hasta:** Benim şikayetim yok aslında. Büyük kızım ve eşim çok ısrar etti, onları kıramadım o yüzden geldim.

**Doktor:** Sizce, kızınız ve eşiniz bize başvurmanızı hangi nedenlerle önermiş olabilir?

**Hasta:** Sinirliymişim, durduk yere olay çıkarıyormuşum. Ben kabul etmiyorum bunları. Ben 27 yıllık öğretmenim, bunca sene ne öğretmen arkadaşlarımla ne de öğrencilerle hiçbir sorun yaşamadım, herkes tanır bilir beni. Ben durduk yere sinirlenmiyorum. Benim huzurumu kaçırdılar. Anlatmak zor böyle şeyleri ama doktordan da saklanmaz şimdi. Ben ailemi çocuklarımı severim, eşimle de 25 yıldır evliyiz. Ama 3 yıldır bir haller oldu eşime. Sürekli komşuyla işaretleşmeler, ben evden çıkınca haber verip eve çağırılmalar, yıllardır böyle. Eve yine kimi alacak korkusundan evden çıkamaz işe gidemez oldum. En yakınlarım bile bana inanmıyorlar ama biliyorum, eşim beni aldatıyor. Ben ne zaman evden çıksam ya balkona çamaşır asıyor ya perdeyi çekiyor ya da çamaşır makinesini çalıştırıp işaret veriyor. İlk 3 yıl önce başladı, o zamanlar eski evimizdeydik. Bizim binada üniversite öğrencileri vardı. Ben işe giderken bir adamın bizim eve baktığını farkettim, uzaktan takip ettim. Eşim de balkona çıktı çamaşır asmaya başladı. Tam çamaşır asması bitti içeri girdi, bakan adam telefonla bizim apartmandaki öğrencilerden birine haber verdi eminim. Ben anladım eşimin beni aldattığını, koşarak eve gittim. Biliyorum ki adamı eve alacak. Eşim korktu tabii beni görünce, evi aradım kimseyi bulamadım. Anladı geleceğimi saklandı, gelmedi tabii. Eşimle kavga ettik, inkar etti. Ama ben biliyorum beni aldattığını. Aileler araya girdi, ona hak verdiler ama ben emindim. Komşularla da kavga ettim, karakolluk olduk. Hepsi inkar etti tabii. Sonra mecbur taşındık o apartmandan. Ama alışmış durur mu, yine başladı işaretleşmelere, komşuları eve almaya. Sinirlenince de sinirlendi oluyor. Aldatılan bir insan sinirlenmez mi? Ben yine sakin kaldım.

**Doktor:** Eşinizin sizi aldattığından emin olduğunuzu söylediniz. Bunu düşünmenize ne neden oldu? Bu konuda delilleriniz var mı?

**Hasta:** Sürekli işaretleyiyor, tüm mahalle biliyor konuşuyor benimle alay ediyorlar, rezil rüsva olduk. Delilim de var tabii, eve kayıt cihazı koydum, ses kaydı aldım. Siz de dinleyin bakın.

**Hasta telefonunu çıkararak cızırtılı bir ses kaydı dinletir. Arka planda televizyon sesi, tabak çanak takırtıları vb. gündelik sesler dışında herhangi bir konuşma sesi vb. yoktur.**

**Hasta:** Buyurun işte siz de duydunuz, adamı eve alıyor, gülüşüyorlar, konuşuyorlar, benimle alay ediyorlar, siz de duydunuz işte.

**Doktor:** Ses kaydında sizin bahsettiğiniz gibi konuşma sesi ya da gülüşmeler duymadım ben. Çeşitli tıkırtılar, cızırtı ve televizyon sesi dışında bir şey duyulmuyor. Size öyle gelmiş olabilir mi?

**Hasta:** Olur mu, konuşuyorlar işte beni nasıl aldattığını kandırdığını anlatıp gülüşüyorlar, duydunuz işte siz de. Herkes duyuyor, biliyor, inkar ediyor. Eminim ben, bu ses kaydıyla mahkemeye vereceğim eşimi artık boşanacağım.

**Doktor:** Eşinizin sizi aldattığına dair düşünceleriniz ne zamandır var? Sürekli mi bu düşünceler ara ara değiştiği oluyor mu?

**Hasta:** 3 yıl önce başladı, dediğim gibi. Başından beri eminim beni aldattığından, niye değişsin düşüncem, doğru tek.

**Doktor:** Geçmişte hiç psikiyatri başvurunuz olmuş muydu? Bir tedavi görmüş müydünüz?

**Hasta:** Hayır, ilk kez geliyorum.

**Doktor:** Bildiğiniz bir hastalığınız ya da tıbbi sorununuz var mı? Sürekli kullandığınız bir ilaç var mı?

**Hasta:** Bildiğim bir hastalığım yok. İlaç da kullanmıyorum.

**Doktor:** Alkol, madde veya sigara kullanımınız var mı?

**Hasta:** Hiç birini kullanmam.

**Doktor:** Ailenizde psikiyatrik hastalığı olan var mı?

**Hasta:** Annemde anksiyete bozukluğu var, ilaç kullanıyor. Başka kimsede psikiyatrik bir hastalık yok.

**Doktor:** Benim sormak istediklerim şimdilik bu kadar. Sizin konuştuğularımıza ilaveten söylemek istediğiniz herhangi bir şey var mı?

**Hasta:** Anlattım durumumu, benim tek sıkıntım eşimin beni sürekli aldatması, başka bir sorun yok. Ben hasta değilim zaten, ilaç falan vermeyin lütfen, kullanmam kesinlikle.

**Doktor:** Sizin için bir mahsuru yoksa eşiniz ve kızınızla da görüşmek isterim.

**Hasta:** Eşim gelmedi, kızım burada, kızıyla konuşabilirsiniz. Hatta ben de isterim görüşmenizi. Ben çıkayım yalnız görüşün, daha rahat anlatsın.

**Doktor:** Peki, görüşmek üzere.

**Doktor:** Hoş geldiniz. Babanızla bir görüşme yaptık, sizden de babanızın durumu hakkında bazı bilgiler almak isterim.

**Hastanın kızı:** Babam sürekli annemi onu aldatmakla suçluyor. Başlarda herkes bir şüphelendi acaba olabilir mi diye düşündü ama çok anlamsız şeyler söylüyor. 3 yılda 3 kere taşındık. Her yeni taşındığımız apartmanda, aradan 1 hafta bile geçmeden annemi suçlamaya başlıyor. Komşularla işaretleştğini, onları eve aldığını iddia edip olay çıkarıyor. Ne yaptysak ikna olmadı. Hatta en son taşındığımız apartman sakinlerinden hiçbiri erkek değildi. Bu sefer de alt kattaki komşunun evinde erkek sakladığını, annemin de o adamı eve aldığını söylemeye başladı. En sonunda bunun bir hastalık olduğunu düşündük, doktora gelmesi için ısrar ettik. Yine gelmiyordu da ben çok ısrar ettim yalvardım, ondan geldi. Bir de ses kaydı dinletip duruyor herkese, aldatıldığının deliliymiş. Babama sorarsanız annemin bir adamla konuşma sesleri gülüşmeler geliyormuş. Ama ses kaydında hiç öyle bir şey yok. Kime dinletse ben öyle bir şey duymadım diyor, yine de ikna edemiyoruz. Ailece perişanız, lütfen bize yardım edin.

## OLGU ÖZETİ

49 yaşındaki erkek hastaya, 3 yıl önce başlayan eşine karşı kıskançlık sanrıları ve bununla uyumlu işitsel varsanılar ve sanrısız algılamalar ile birlikte kişilerarası ilişkilerinde belirgin bozulma olması ve işlevselliğinde bozulma olması sebebiyle “sanrısız bozukluk” tanısı konuldu. Özgeçmişinde psikiyatrik bozukluk ve alkol ve/veya madde kötüye kullanımı saptanmadı, soygeçmişinde annede anksiyete bozukluğu mevcuttu.



<b>Hastanın Anlattıkları</b>	<b>Tarıya Yönelik Psikiyatrik Belirti ve Bulgular</b>
<p>“İlk 3 yıl önce başladı, o zamanlar eski evimizdeydik. Bizim binada üniversite öğrencileri vardı. Ben işe giderken bir adamın bizim eve baktığını farkettim, uzaktan takip ettim. Eşim de balkona çıktı çamaşır asmaya başladı. Tam çamaşır asması bitti içeri girdi, bakan adam telefonla bizim apartmandaki öğrencilerden birine haber verdi eminim. Ben anladım eşimin beni aldattığını, koşarak eve gittim. Biliyorum ki adamı eve alacak. Eşim korktu tabii beni görünce, evi aradım kimseyi bulamadım. Anladı geleceğimi saklandı, gelmedi tabii. Eşimle kavga ettik, inkar etti. Ama ben biliyorum beni aldattığını. Aileler araya girdi, ona hak verdiler ama ben emindim. Komşularla da kavga ettim, karakolluk olduk. Hepsi inkar etti tabii. Sonra mecbur taşındık o apartmandan. Ama alışmış durur mu, yine başladı işaretleşmelere, komşuları eve almaya.”</p>	<p>Sanrısal algılamalar Kıskançlık/ aldatılma sanrıları</p>
<p>“...eve kayıt cihazı koydum, ses kaydı aldım. Siz de dinleyin bakın... adamı eve alıyor, gülüşüyorlar, konuşuyorlar, benimle alay ediyorlar, siz de duydunuz işte.”</p>	<p>Kıskançlık sanrılarını destekler nitelikte işitsel varsanılar</p>
<p>“Eve yine kimi alacak korkusundan evden çıkamaz işe gidemez oldum.”</p>	<p>Sanrıya bağlı işlevsellik kaybı</p>
<p>“Komşularla da kavga ettim, karakolluk olduk.” “...bu ses kaydıyla mahkemeye vereceğim eşimi artık boşanacağım.”</p>	<p>Sanrıya bağlı kişiler arası ilişkilerde bozulma</p>

## DSM 5 TANI ÖLÇÜTLERİ

- A. En az 1 aydır devam eden bir ya da birden daha fazla sanrı vardır.
- B. Şizofreninin A tanı ölçütü hiçbir zaman karşılanmamıştır (varsanı varsa bile belirgin değildir ve sanrısız konu ile ilgilidir).
- C. Sanrı ya da sanrılarının etkisi veya sonuçları haricinde işlevsellik belirgin olarak bozulmamıştır.
- D. Depresyon ya da mani dönemleri varsa, sanrısız dönemler bu dönemlerden daha uzundur.
- E. Bu bozukluk bir maddenin ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojik etkilerine bağlanamaz ya da başka bir ruhsal hastalık ile daha iyi açıklanamaz (1).

## Klinik Belirtiler ve Bulgular

- Hastalarda tek ya da birbirleri ile bağlantılı sistematize birden çok sanrı bulunur. Varsanı eşlik etmez ya da varsanı varsa bile sanrılarla ilişkili ve onları destekler niteliktedir (3, 4).
- Sanrılar kişinin hayatını belirgin şekilde etkiler, bunun dışında hastada belirgin bir bozukluk (bilişsel bozukluk, dağınık konuşma, dağınık davranışlar ya da negatif belirtiler gibi) görülmez (3).
- En sık zarar görme paranoyası görülürken kıskançlık paranoyası ikinci en sık grubu oluşturur (3, 4).

### Psikotik belirtileri değerlendirme soruları

Zaman zaman başkalarının duymadığı sesler duyduğunuz olur mu? Cevap Evet ise;

- Nasıl sesler bunlar? İnsan sesi mi? Ne söylüyorlar?
- Ne zamandır bu sesleri duyuyorsunuz? Ne sıklıkta?
- Bu sesler size ne hissettiriyor? Bu sesler hakkında ne düşünüyorsunuz?

Başkalarının görmediği şeyler gördüğünüz olur mu? Cevap Evet ise;

- Nasıl görüntüler bunlar, neye benziyorlar? Ne yapıyorlar ?
- Ne zamandır bu görüntüleri görüyorsunuz ? Ne sıklıkta?
- Bu görüntüler size ne hissettiriyor? Bu görüntüler hakkında ne düşünüyorsunuz?

Başkalarının size kötülük yaptığını ya da yapmaya çalıştığını düşündüğünüz olur mu? (Başkalarının size zarar vereceğini düşündüğünüz olur mu?) Cevap Evet ise;

- Kim bu kişiler? Size nasıl zarar vereceklerini düşünüyorsunuz? Amaçlarının ne olduğunu düşünüyorsunuz?
- Ne zamandır bu düşünceler geliyor?
- Bu düşünceler size ne hissettiriyor? Bu düşünceler hakkında ne düşünüyorsunuz?

Başkalarından farklı özel bir gücünüz ya da göreviniz olduğunu düşündüğünüz olur mu? Cevap Evet ise;

- Nasıl bir güç ya da göreviniz olduğunu düşünüyorsunuz? Bunların neden size verildiğini/olduğunu düşünüyorsunuz? Neden başkası değil de siz?
- Ne zamandır bu düşünceler geliyor?
- Bu düşünceler size ne hissettiriyor? Bu düşünceler hakkında ne düşünüyorsunuz? Bu düşünceler davranışlarınızı nasıl etkiliyor?

Eşinizin (veya partnerinizin) sizi aldattığını düşündüğünüz oldu mu? Cevap Evet ise;

- Ne oldu da böyle düşündünüz? Sizi aldattığına dair nasıl işaretler olduğunu düşündünüz? Sizden başka bu konuda bilgisi olan ya da sizin düşüncelerinizi paylaşan bir var mı?
- Ne zamandır bu düşünceler geliyor?
- Bu düşünceler size ne hissettiriyor? Bu düşünceler davranışlarınızı nasıl etkiliyor?

## **Tanı aşamasında dikkat edilecek hususlar**

- Kliniğe hakim olan tek ya da birbiri ile bağlantılı birden fazla sanrının etkileridir. Varsanılar eşlik ediyorsa mutlaka sanrısız içerikle ilişkili, onları destekler nitelikte olmalıdır (3).
- Şizofreni hastalarından farklı olarak, hastalarda belirgin yıkım görülmez ve hastaların işlevselliğini bozan sanrılarının etkileridir (2, 3, 4).

## **Epidemiyoloji**

- Sanrılı bozukluğun toplumdaki yaygınlığı % 0,002 - 6 arasında, yaşam boyu yaygınlığı ise yaklaşık % 0,2 olarak bildirilmektedir (3).
- Kadınlarda daha sık görülür (2).

## **Eş Tanılar**

- Hastaların yaklaşık yarısında başka bir ruhsal hastalık eşlik eder (3).
- Eş tanı olarak en sık görülen ruhsal hastalık grubu duygudurum bozukluklarıdır (3).

## **Tedavi Yaklaşımları**

- Tedavide genel yaklaşım şizofreni tedavisine benzer olmakla birlikte tedavi yanıt oranları şizofreni hastalarına kıyasla düşük olup yaklaşık %50 olarak bildirilmiştir (3, 6).

## **Tedavi hedefleri**

- 1) Tedavide hedef pozitif belirtilerin düzelmesi ve kişinin mümkün olduğu kadar eski işlevsellik düzeyine ulaşmasıdır (2, 3).
- 2) İlaçlara bağlı yan etkilerin en aza indirilmesi bir diğer önemli hedeftir (3, 6).

## **Örnek Reçete**

### **Atipik Antipsikotikler**

- 1) Olanzapin 10-20 mg
- 2) Amisülpirid 400-800 mg

- 3) Risperidon 2-8 mg
- 4) Klozapin 200-500 mg
- 5) Paliperidon 6-12 mg
- 6) Ziprasidon 80-160 mg
- 7) Lurasidon 80-160 mg
- 8) Aripiprazol 10-30 mg

## KAYNAKLAR

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5. baskı. Arlington: American Psychiatric Association; 2013.
2. Esen-Danacı A, Böke Ö, Saka MC, Erol A, Ulusoy-Kaymak S. Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar Temel Kitap. 2. baskı. Ankara; Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları; 2018.
3. Öztürk O, Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 13. baskı. Ankara:Nobel Tıp Kitapevleri; 2015.
4. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan & Sadock Psikiyatri Davranış Bilimleri/ Klinik Psikiyatri. 11. baskı. Bozkurt A, editör. Ankara: Wolters Kluver/Lippincott Williams & Wilkins; 2016.
5. McGrath J, Saha S, Chant D, Welham J. Schizophrenia: a concise overview of incidence, prevalence, and mortality. Epidemiol Rev. 2008; 30:67–76.
6. Taylor D, Barnes TRE, Young AH. Psikiyatride Reçeteleme Rehberi. 14. baskı. İstanbul: EMA Tıp Kitapevi; 2022.



## 4. BÖLÜM

### ANKSİYETE BOZUKLUKLARI

**Uzm. Dr. Sena UĞUR ÖZDEMİR**

*Çanakkale Devlet Hastanesi,*

*Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği*

ugursena@gmail.com

<https://orcid.org/S0009-0000-9202-8446>

#### YAYGIN KAYGI BOZUKLUĞU

##### **Olgu örneği psikiyatrik görüşme**

*38 yaşında erkek hasta, üniversite mezunu, evli, 5 yaşında bir erkek çocuğu var, muhasebeci; eşi ve çocuğuyla birlikte merkezde, kendilerine ait bir evde yaşıyor.*

**Doktor:** Merhaba, bugün buraya gelmenize neden olan şikayetinizi öğrenebilir miyim?

**Hasta:** Merhaba doktor hanım. Son zamanlarda sürekli endişeliyim. Gün içinde birçok şeye özellikle de işime odaklanmakta zorlanıyorum ve sürekli kötü bir şeyler olacakmış gibi hissediyorum.

**Doktor:** Anlıyorum. Endişelerinizin ne kadar süredir devam ettiğini söyleyebilir misiniz?

**Hasta:** Uzun süredir şikayetlerim var ancak yaklaşık 1 yıldır bu şekilde hissediyorum. Gün geçtikçe daha da kötüleşiyor gibi.

**Doktor:** Endişelerinizin hayatınızı nasıl etkilediğini biraz açabilir misiniz? Günlük işlerinizi yaparken zorlanıyor musunuz?

**Hasta:** Evet, çok zorlanıyorum. İş yerinde konsantre olamıyorum, daha önce kolaylıkla yaptığım işleri yapmak için çok çaba gösteriyorum ama çoğu zaman dikkatimi toplayamıyorum ve sanki zihnim bomboşmuş gibi hissediyorum. Uzun zamandır aynı işi yapmama rağmen sanki bundan sonra başarısız olacaktım, artık işimde iyi olamayacağım gibi korkularım oluyor.

**Doktor:** Bu durum ailenizi, özel hayatınızı yada sosyal ilişkilerinizi nasıl etkiliyor?

**Hasta:** Evde çocuğumla ilgilenmek istiyorum ancak ona karşı çok tahammülsüzüm. Bir anda sinirleniyorum ve sonra pişman olacağım ani tepkiler veriyorum. Ayrıca, oğlum benimle oyun oynamak istese de ben yapamıyorum çünkü sürekli yorgun hissediyorum.

**Doktor:** Son zamanlarda uykularınızda bir değişiklik var mı? Gün içinde kaç saat uyuyorsunuz?

**Hasta:** Genelde 3-4 saat ancak uyuyabiliyorum. Gece boyunca sık sık uyanıyorum ve uyandıktan sonra tekrar uyumak çok zor oluyor.

**Doktor:** Anlıyorum. Endişelerinizin belirli konular üzerinde yoğunlaştığını söyleyebilir misiniz, yoksa genel bir endişe mi yaşıyorsunuz?

**Hasta:** Genelde her şey hakkında endişeliyim. İşim, ailem, sağlığım. Her şey beni endişelendiriyor.

**Doktor:** Peki, hiç aniden nedensiz başlayan, birkaç dakika sürüp kendiliğinden geçen yoğun kaygı atakları, çarpıntı, nefes darlığı, titreme, baş dönmesi gibi fiziksel rahatsızlıklar hissettiğiniz, ölecekmiş gibi korktuğunuz ataklar yaşadınız mı?

**Hasta:** Hayır, hatırlamıyorum böyle bir şey yaşadığımı. Benim kaygılarım genelde sürekli devam ediyor, hep kötü bir haber alacaktım, başıma kötü bir şey gelecekmiş gibi gerginlik içindeyim.

**Doktor:** Şu an yaşadığımız bu endişe ve kaygılar günlük yaşamınızı, işinizi veya sosyal ilişkilerinizi ne kadar etkiliyor?

**Hasta:** Oldukça fazla etkiliyor. İşimde performansım düştü ve bu yüzden iş arkadaşlarım ve patronumla sorunlar yaşamaya başladım. Sinirli olduğum için eşimle sık sık tartışmaya başladık ve oğlumun da benden korktuğunu hissediyorum.

**Doktor:** Peki bu şikayetlerle birlikte, hayattan keyif alamama, sürekli mutsuz hissetme, isteksizlik gibi şikayetleriniz oluyor mu?



**Hasta:** Sanırım yaklaşık son 1-2 aydır yaşadığım bu sorunlar nedeniyle mutsuzum, içimden eskiden yapmayı sevdiğim birçok şeyi yapmak gelmiyor, kimseyle görüşmek, hobilerimle eskisi gibi uğraşmak istemiyorum.

**Doktor:** Daha önce ruhsal bir şikayetiniz oldu mu? Psikiyatriste gittiniz mi?

**Hasta:** Dönem dönem huzursuz olduğum, daha kaygılı hissettiğim zamanlar oldu ama o zaman kendim spor yaparak, sevdiğim uğraşlarla meşgul olarak atlatmıştım. Hiç psikiyatriste gitmedim.

**Doktor:** Hiç aklınızdan ölümle ilgili düşünceler, zarar verme düşüncesi geçtiği olur mu? Yada geçmişte hiç intihar girişiminde bulundunuz mu?

**Hasta:** Hayır hiçbir zaman düşünmedim, hatta hep kendi ölmekten de, sevdiklerimi kaybetmekten de korkarım.

**Doktor:** Bilinen bir tıbbi hastalığınız, düzenli kullandığınız bir tedavi var mı?

**Hasta:** Migren teşhisi almıştım. Ancak düzenli ilaç kullanmıyorum. Gerekliğinde ağrı kesici kullanıyorum.

**Doktor:** Anladım. Alkol, herhangi bir madde veya sigara kullanıyor musunuz?

**Hasta:** Yaklaşık 3 aydır iş yerinde yaşadığım sıkıntılar sonrası günde 5-6 adet sigara içmeye başladım. Alkol nadiren kullanırım. Daha önce hiç madde kullanmadım.

**Doktor:** Ailenizde psikiyatrik hastalığı olan var mı?

**Hasta:** Annem uzun yıllardır depresyon tedavisi görüyor, erkek kardeşimin de benim gibi kaygıları nedeniyle psikiyatriste gittiğini biliyorum.

## OLGU ÖZETİ

28 yaşında erkek hastaya, 6 ay önce başlayan kaygı ve endişe hali, sürekli diken üstünde olma, gerginlik, kolay yorulma, odaklanma güçlüğü, irritabilite, uyku bozukluğu ile birlikte mesleki ve sosyal işlevselliğinde bozulma olması sebebiyle “Yaygın kaygı bozukluğu” tanısı konuldu. Öyküsünde psikiyatrik bozukluk ve alkol madde bağımlılığı saptanmadı, ailesinde depresyon ve kaygı bozukluğu mevcuttu.

Hasta şikayetleri	Tanıya Yönelik Psikiyatrik Belirtiler
“Son zamanlarda sürekli endişeliyim. İşim, ailem, sağlığım...Herşey beni endişelendiriyor.”	Birtakım olaylar yada etkinliklerle ilgili aşırı bir kaygı ve endişe
“Sürekli kötü bir şeyler olacaktı gibi hissediyorum”	Sürekli diken üstünde olma
“İş yerinde konsantre olamıyorum, daha önce kolaylıkla yaptığım işleri yapmak için çok çaba gösteriyorum ama çoğu zaman dikkatimi toplayamıyorum ve sanki zihnim bomboşmuş gibi hissediyorum.”	Odaklanmakta güçlük çekme yada zihnin boşalması
“Çocuğumla ilgilenmek istiyorum ancak ona karşı çok tahammülsüzüm. Bir anda sinirleniyorum ve sonra pişman olacağım ani tepkiler veriyorum.”	İrritabilite
“Oğlum benimle oyun oynamak istese de ben yapamıyorum çünkü sürekli yorgun hissediyorum.”	Kolay yorulma
“Genelde 3-4 saat ancak uyuyabiliyorum. Gece boyunca sık sık uyanıyorum ve uyandıktan sonra tekrar uyumak çok zor oluyor.”	Uyku bozukluğu
“İşimde performansım düştü ve bu yüzden iş arkadaşlarım ve patronumla sorunlar yaşamaya başladım. Sinirli olduğum için eşimle sık sık tartışmaya başladık.”	İşlevsellik kaybı
“Yaklaşık altı aydır bu şekilde hissediyorum.”	En az 6 aydır belirtilerin devam ediyor olması

## DSM 5 TANI ÖLÇÜTLERİ

- A. En az 6 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.
1. Huzursuzluk ya da gergin ya da sürekli diken üzerinde olma.
  2. Kolay yorulma.
  3. Odaklanmakta güçlük çekme ya da zihnin boşalması.
  4. Kolay kızma (irritabilite).
  5. Kas gerginliği.
  6. Uyku bozukluğu (Uykuya dalmakta ya da uykuyu sürdürmekte güçlük çekme ya da dinlendirmeyen bir uyku uyuma).
- D. Kaygı, kuruntu ya da bedensel belirtiler, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda işlevsellikte azalmaya neden olur.
- E. Bu bozukluk, bir maddenin ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.
- F. Bu bozukluk, başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz (panik bozuklukta panik atakları olacağına ilişkin kaygı, toplumsal kaygı bozukluğunda olumsuz değerlendirilme, obsesif kompulsif bozuklukta bulaşma ya da diğer obsesyonlar, ayrılık kaygısı bozukluğunda bağlandığı kişilerden ayrılık, travma sonrası stres bozukluğunda travmatik olayların anımsatıcıları, anoreksiya nervozada kilo alma, bedensel belirti bozukluğunda bedensel yakınmalar, beden algısı bozukluğunda algılanan görünüm kusurları, hastalık kaygısı bozukluğunda önemli bir hastalığı olma, ya da şizofreni ya da sanrılı bozuklukta sanrısız inançların içeriği) (1).

## KLİNİK BULGULAR

- Yaygın anksiyete bozukluğunun temel özellikleri motor gerginlik ya da huzursuzluğun eşlik ettiği sürekli aşırı kaygı ve endişedir.
- Yaygın kaygı bozukluğundaki kaygı sağlıklı kaygıdan niceliksel olarak

farklıdır, daha şiddetli, daha sık, daha yaygın ve uzun sürelidir. Kontrolü güçtür, kişiler sürekli kötü bir şey olacağına dair bir korku içindedirler, bu durum yaşamın pek çok alanında işlevsellikte bozulmaya neden olur.

- Motor gerginlik; en sık titreme, huzursuzluk ve baş ağrıları gibi belirtilerle ortaya çıkar (2).
- Risk faktörleri arasında kadın cinsiyet, düşük sosyoekonomik düzey ve çocukluk çağı travmaları (fiziksel ve cinsel istismar, ihmal, aile içi şiddet) yer alır (3).
- Birinci basamak sağlık kuruluşlarında sık karşılaşılan bir ruhsal bozukluktur. Yaygın anksiyete bozukluğu olan kişiler genelde kaygı yakınmasından çok bedensel bir belirti ile pratisyen hekim ya da dahiliye uzmanına başvurabilirler. Bu nedenle tanı konması zaman alır. Ancak özgül psikiyatrik olmayan tıbbi bir bozukluk nadiren saptanır (4).

<b>Yaygın Anksiyete Bozukluğu Değerlendirme Soruları</b>
Farklı ortamlarda bir çok etkinlikle ilgili aşırı bir kaygı ve endişe yaşıyor mu? Cevap Evet ise;
Bu kaygı ve endişeye huzursuzluk, kolay yorulma, odaklanamama, sinirlilik, kas gerginliği, uyku bozukluğu belirtilerinden en az üçü eşlik ediyor mu?
Bu kaygıları en az 6 aydır yaşıyor mu?
Bu kaygı mesleki ya da sosyal işlevselliği olumsuz etkiliyor mu?

### **Tanı Aşamasında Dikkat Edilecek Hususlar**

- Diğer kaygı bozukluklarında olduğu gibi yaygın kaygı bozukluğu hem tıbbi hem de psikiyatrik bozukluklardan ayırt edilmelidir.
- Ayırıcı tanıda nörolojik, endokrinolojik, metabolik ve ilaca bağlı bozuklukların düşünülmesi gerekir.
- Bu tanıyı koymak için en önemlisi durumlara ya da konulara bağlı kaygı ve endişenin diğer ruhsal bozukluklarla ilişkisiz olduğunu saptamaktır.

### **Epidemiyoloji**

- Yaygın kaygı bozukluğuna sahip kadınların erkeklere oranı yaklaşık 2/1'dir (5). Yaygın kaygı bozukluğu yaşam boyu yaygınlığı %5-8 arasında değişmektedir (6).

- Ortalama başlangıç yaşı diğer kaygı bozukluklarına göre nispeten daha ileri dönemdedir. Genellikle erken ve orta erişkinlikte 30'lu yaşlarda başlar (5, 6).

### **Eş Tanılar**

- Yaygın kaygı bozukluğu olan hastaların %50-90'ında sosyal fobi, özgül fobi, panik bozukluk ya da depresif bozukluk gibi başka ruhsal bozukluklar sıklıkla eşlik eder.
- Hastaların yaklaşık %25'inde panik bozukluk gelişebilir.
- Panik bozukluktan beklenmedik panik atakların yokluğu ile ayırt edilir.
- Bu hastalar kronik ağrı sendromu, astım, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, irritabl barsak sendromu gibi fiziksel hastalıklar açısından da risk altındadırlar.
- Kendi kendine tedavi etme yöntemleri alkol madde kullanım bozuklukları görülme riskini artırır (7).

### **Tedavi Yaklaşımları**

- Tedaviye başlamadan önce hastanın anksiyete bozuklukları konusunda bilgilendirilmesi tedavi sürecini olumlu etkiler.
- Ardından hastalara yaşam tarzı değişiklikleri konusunda öneriler sunulabilir; egzersiz, uyku hijyeni, sağlıklı beslenme, alkol-madde, sigara, kafein kısıtlaması veya azaltılması konusunda bilgilendirme yapılabilir.
- Psikiyatri dışı hekimlerin hastaları bir psikiyatristle görüşme yönünde cesaretlendirmesi önemlidir.
- Tedavide psikoterapiler (özellikle de bilişsel davranışçı psikoterapi-BDT) ve ilaçlar benzer etkinliktedirler. Kombine tedavinin tek başına ilaç veya tek başına BDT'den üstün olduğu gösterilmiştir.
- İlk seçenek ilaçlar seçici serotonin geri alım inhibitörü ve serotonin-noradrenalin geri alım inhibitörleridir. Buspiron anksiyete bozuklukları içinde sadece yaygın anksiyete bozukluğu için etkinliği gösterilmiş bir ilaçtır. Benzodiazepinler tedavide etkilidirler ancak bağımlılık riski nedeniyle yalnızca akut dönemde ve kısa süreli kullanımda tercih edilebilir.(4)

### **Tedavi Hedefleri**

1. Yaygın kaygı bozukluğu olan hastaların yalnızca 1/3'ü psikiyatrik tedavi arayışı içindedir.
2. Hastalığın bedensel belirtileri için tedavi arayışında olan çoğu hasta pratisyenlere, dahiliye uzmanlarına, kardiyologlara gider.
3. Psikiyatrik eş tanı sıklığı yüksek olduğundan klinik gidişi ve sonlanışı tahmin etmek zordur.
4. Tedavi kesilirken ilaç dozlarının tedricen azaltılması önerilmektedir. İlaç sonlandırma süreci en az 2-3 ay kadar sürmelidir.
5. Yinelemeler gözlenebilir. Yineleme durumunda benzer tedavi basamakları uygulanabilir. Yaygın kaygı bozukluğu tüm yaşam boyunca devam edebilen kronik bir durumdur.

### **Acil servis tedavi önerisi**

Nefes egzersizleri

Gevşeme egzersizleri

Psikoeğitim

Psikiyatriste yönlendirme

### **Örnek Reçete**

#### **SSRI grubu ilaçlar**

Essitalopram 10 mg/gün

Sertralin 50 mg/gün

Paroksetin 20 mg/gün

Sitalopram 20 mg/gün

**KAYNAKLAR**

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Washington,DC: American Psychiatric Association; 2013.
2. Sadock, B. J., & Sadock, V. A. Kaplan & Sadock's concise textbook of clinical psychiatry. Lippincott Williams & Wilkins. 2014
3. Moreno-Peral, P., Conejo-Ceron, S., Motrico ,E., Rodrigues-Morejon, A., Fernandes, A., Garcia-Campayo, J. et al. Risk factors for the onset of panic and generalized anxiety disorders in the general adult population: A systematic review of cohort studies. *J Affect Disord*, 2014; 168, 337-348.
4. Gülpek D., Yaygın anksiyete bozukluğunda güncel gelişmeler. *Psikiyatride Güncel*, 2021; 11:2, 113-124.
5. Kessler, RC., Wang PS. The Descriptive Epidemiology of Commonly Occurring Mental Disorders in the United States. *Annu Rev Public Health*, 2008Roest, AM., Martens, EJ., ; 29:115-129.
6. Vesga-Lopez, O., Schneier F, Wang S, Heinberg, R., Liu, SM., Hasin DS, Blanco, C. Gender differences in Generalized Anxiety Disorders: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. (NESARC). *J Clin Psychiatry*,2008; 69:10, 1606-1616.
7. Garcia-Campayo, J., Cabellaro,F., Perez, M., Lopez, V. Prevalence and clinical features of newly diagnosed generalized anxiety disorders. Patients in Spanish primary care settings: The GADAP study. *Actas Esp Psiquiatr*, 2012;40:3, 105-113.

## PANİK BOZUKLUK

### Olgu örneği psikiyatrik görüşme

*24 yaşında kadın hasta, lise mezunu, evli, 3 yaşında bir kız çocuğu var, ev hanımı; eşi, çocuğu ve kayınvalidesiyle birlikte merkezde, kendilerine ait bir evde yaşıyor.*

**Doktor:** Hoşgeldiniz, şikayetinizi öğrenebilirmiyim?

**Hasta:** Yaklaşık 1 yıl önce, evde çocuğumla oynarken, aniden kalbim çok hızlı çarpmaya başladı, önce geçer diye düşündüm, ancak geçmedi, başım dönmeye, ellerim titremeye başladı, o an yüzümün uyuştüğünü hissettim. Ölüyorum, kalp krizi veya felç geçiriyorum diye düşündüm. Evde kayınvalidem vardı, ona haber verdim ve ambulans çağırmasını istedim. Acil serviste tansiyonumu ölçtüler, EKG çektiler, birkaç kan tahlili yaptılar, bir serum taktılar ve korkulacak bir hastalığım yok dediler ve eve gönderdiler.

**Doktor:** Bu söylediğiniz aniden başlayan çarpıntı, baş dönmesi, titreme ve yüzünüzde uyuşma şikayetiniz ne kadar sürdü?

**Hasta:** Acil servise gittiğimizde çarpıntım devam ediyordu, ama diğer şikayetler geçmişti, tam olarak süresini hatırlamıyorum.

**Doktor:** Benzer bir şikayetiniz oldu mu sonrasında?

**Hasta:** Evet maalesef buna benzer ataklar yaşadım, haftada 3-4 kez acil servise başvurdum, hepsinde benzer şeyler yapıldı. Bir sorunum olmadığı psikiyatriste gitmem gerektiği söylendi.

**Doktor:** Peki ataklar olmadığında nasıl hissediyorsunuz?

**Hasta:** Sürekli bir korku içerisindeyim, sanki yine o belirtiler başlayacakmış gibi hissediyorum, diken üstündeyim. Hiç bir şey yapamaz oldum, sürekli tansiyonumu ölçüyorum, nabzımı sayıyorum. Ev işi yapamıyorum, çocuğumla ilgilenemiyorum. Evde yalnız kalamaz oldum, yalnız başıma bir odada bile kalamıyorum.

**Doktor:** Kendinizi kalabalık yerlerde, açık alanlarda veya kapalı alanlarda bulunmaktan korkarken buluyor musunuz?

**Hasta:** Evet otobüse binemiyorum. En son bindiğim zaman çok bunaldığımı hissettim, hemen ilk durakta kendimi dışarı zor attım. Pazara, markete gidip evimin alışverişini yapamıyorum, kalabalıkta sanki yine o ataklar gelecekmiş



ve ben oradan kaçamayacakmışım gibi hissediyorum. Gitmek zorunda kalırsam da kayınvalidemin benimle gelmesini istiyorum.

**Doktor:** Toplu taşıma ve kalabalıklıkla ilgili bu korkularınız ne zaman başladı?

**Hasta:** Emin değilim sanırım 9 ay kadar önceydi. Atakların kalabalığın içinde ya da hastaneye gidemeyeceğim bir anda olmasından korkmaya başladım.

**Doktor:** Acil dışında başka bir doktora gittiniz mi?

**Hasta:** Gitmez olurmuyum, bende kesin kötü bir hastalık var doktorlar anlamıyor diye düşünüyordum, dahiliye, kardiyoloji, nöroloji hepsine gittim. Tüm tahliller, tetkikler yapıldı. Hepsi normalmiş. Beni buraya yönlendirdiler.

**Doktor:** Daha önce bu şikayetlere benzer bir şikayetiniz oldu mu?

**Hasta:** Hayır ilk defa oldu.

**Doktor:** Peki bu şikayetlerle birlikte, hayattan keyif alamama, mutsuzluk, isteksizlik gibi şikayetleriniz oldu mu?

**Hasta:** Aslında gayet iyiydim, ama bu şikayetler başladıktan sonra bu söylediklerinizin hepsini yaşıyorum. Hatta uyku bozuldu, uykuya dalamıyorum, iştahım azaldı. İlk atak olduktan sonra tüm bu sıkıntıları yaşıyorum.

**Doktor:** Daha önce ruhsal bir şikayetiniz oldu mu? Psikiyatriste gittiniz mi?

**Hasta:** Olmuştur, ama hiç psikiyatriste gitmedim, birkaç gün sürüp geçmiştir. Başka psikolojik bir sorunum da olmadı.

**Doktor:** İntihar düşünceniz oldu mu?

**Hasta:** Yok olmadı, ölümden çok korkuyorum.

**Doktor:** Geçmişte intihar girişiminiz oldu mu?

**Hasta:** Hayır hiç denemedim, düşünmedim.

**Doktor:** Hayatınızın herhangi bir döneminde en az 4 gün süren; enerji artışı, uyku miktarında azalma, konuşma miktarında artış, para harcama miktarında artış, normalden daha özgüvenli olma, normalde yapmayacağınız aktivitelerde bulunma gibi bir durum yaşadınız mı?

**Hasta:** Hayır tam olarak öyle bir dönemim olmadı. 1-2 gün süren uykusuzluk, daha enerjik olma gibi durumlar olmuştur ama.

**Doktor:** Bu şikayetlerin en az 4 gün sürmesi ve aynı zamanda bu şikayetler sebebiyle günlük hayatınızın olumsuz etkilenmesi gerekmektedir.

**Hasta:** O düzeyde bir sıkıntım olmadı.

**Doktor:** Bilinen bir tıbbi hastalığınız var mı?

**Hasta:** Bildiğim yok, zaten bütün tahlillerimde temiz.

**Doktor:** Alkol, madde veya sigara kullanıyor musunuz?

**Hasta:** Günde 1 paket sigara içiyorum son 1 aydır, şikayetler başlamadan 3 ay önce günde 10 adet sigaraya düşmüştüm, ama hastalıkla beraber arttı, 17 yaşında başladım sigaraya. Alkol madde kullanmıyorum.

**Doktor:** Ailenizde psikiyatrik hastalığı olan var mı?

**Hasta:** Annem ve ablam depresyon tedavisi görüyor.

## OLGU ÖZETİ

24 yaşında kadın hastaya, 1 yıl önce başlayan panik ataklar, beklenti anksiyetesi, kaçınma belirtileri ile birlikte işlevselliğinde bozulma olması sebebiyle DSM 5 tanı ölçütlerine göre; “Panik bozukluk” ayrıca 9 aydır eşlik eden toplu taşıma araçlarını kullanma, kalabalık bir yerde bulunma durumlarında yoğun bir kaygı duyması, kaçınma davranışları olması ya da eşlikçiye gereksinim duyması nedeniyle “Agorafobi” tanısı konuldu. Öyküsünde psikiyatrik bozukluk ve alkol madde bağımlılığı saptanmadı, ailesinde depresyon mevcuttu.

Hasta şikayetleri	Tanıya Yönelik Psikiyatrik Belirtiler
<p>“Aniden kalbim çok hızlı çarpmaya başladı, önce geçer diye düşündüm, ancak geçmedi, başım dönmeye, ellerim titremeye başladı, o an yüzümün uyuştüğünü hissettim. Ölüyorum, kalp krizi veya felç geçiriyorum diye düşündüm.”</p> <p>“Buna benzer ataklar yaşadım, haftada 3-4 kez acil servise başvurdum.”</p>	Tekrarlayan panik ataklar
<p>“Sürekli bir korku içerisindeyim, sanki yine o belirtiler başlayacakmış gibi hissediyorum, diken üstündeyim.”</p>	Beklenti anksiyetesi

“Evde yalnız kalamaz oldum, yalnız başıma bir odada bile kalamıyorum. “	Kaçınma
“Hiç bir şey yapamaz oldum. Ev işi yapamıyorum, çocuğumla ilgilenemiyorum”	İşlevsellik kaybı
“Yaklaşık 1 yıl önce”	En az 1 aydır belirtilerin devam ediyor olması

## DSM 5 TANI ÖLÇÜTLERİ

A. Yineleyen beklenmedik panik atakları. Bir panik atağı, dakikalar içinde doruğa ulaşan ve o sırada aşağıdaki belirtilerden en az dördünün ortaya çıktığı, yoğun bir korku ya da içsel sıkıntının bastırıldığı bir durumdur:

1. Çarpıntı, kalbin küt küt atması ya da kalp hızının artması
2. Terleme
3. Titreme ya da sarsılma
4. Nefesin daraldığı ya da boğuluyor gibi hissetme
5. Nefesin tıkanıdığı duyumu
6. Göğüs ağrısı ya da göğüste sıkışma
7. Bulantı ya da karın ağrısı
8. Baş dönmesi, ayakta duramama, sersemlik ya da bayılacak gibi olma hissi
9. Titreme, üşüme, ürperme ya da ateş basması hissi
10. Uyuşmalar
11. Gerçekdışılık ya da kendine yabancılaşma hissi
12. Denetimini yitirme ya da “çıldırma” korkusu
13. Ölüm korkusu

B. Ataklardan en az birinden sonra, aşağıdakilerden biri ya da her ikisi de en az bir ay süreyle olur:

1. Başka panik atakların olacağı ya da bunların olası sonuçlarıyla (örn. Kalp krizi geçirme, “çıldırma”) ilgili olarak sürekli bir kaygı duyma
2. Ataklarla ilgili olarak, uyum bozukluğuyla giden davranış

değişiklikleri (örn. Spor yapmaktan ya da tanıdık olmayan durumlardan kaçınmagibi panik atak geçirmekten kaçınmak için tasarlanmış davranışlar) gösterme.

- C. Bu bozukluk bir maddenin ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.
- D. Bu bozukluk, başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz. (1)

## AGORAFOBİ

Hasta şikayetleri	Tanıya Yönelik Psikiyatrik Belirtiler
“Otobüse binemiyorum. En son bindiğim zaman çok bunaldığımı hissettim, hemen ilk durakta kendimi dışarı zor attım.”	Toplu taşıma araçlarını kullanırken belirgin korku ya da kaygı duyma
“Pazara, markete gidip evimin alışverişini yapamıyorum, kalabalıkta sanki yine o ataklar gelecekmiş ve ben oradan kaçamayacakmışım gibi hissediyorum.”	Kalabalık ve kapalı alanlarda bulunurken belirgin korku ya da kaygı duyma
“Atakların kalabalığın içinde ya da hastaneye gidemeyeceğim bir anda olmasından korkmaya başladım.”	Kaçmanın zor olabileceği ya da yardım alamayabileceği düşündüğü durum ve ortamlardan kaçınma
“9 ay kadar önceydi.”	En az 6 aydır belirtilerin devam ediyor olması

## DSM 5 TANI ÖLÇÜTLERİ

- A. Aşağıdaki beş durumdan ikisi ya da daha çoğu ile ilgili olarak belirgin korku ya da kaygı duyma.
1. Toplu taşıma araçlarını kullanma (örn. Otomobiller, otobüsler, trenler, gemiler, uçaklar.).
  2. Açık yerlerde bulunma (örn. Otoparklar, alışveriş merkezleri, köprüler).

3. Kapalı yerlerde bulunma (örn. Mağazalar, tiyatrolar, sinemalar).
  4. Sırada bekleme ya da kalabalık bir yerde bulunma.
  5. Tek başına evin dışında olma.
- B. Kişi, kaçmanın güç olabileceği ya da panik benzeri ya da yetersizleştiren ya da utanç veren diğer belirtilerin olması durumunda yardım alamayabileceğini düşündüğü için bu durumlardan korkar ya da 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 da 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 korku, kaygı ya da kaçınma açıkça aşırı bir düzeydedir.
- I. Korku, kaygı ya da kaçınma, başka bir ruhsal bozukluğun belirtileriyle daha iyi açıklanamaz.

Agorafobi tanısı, panik bozukluğu olup olmadığına bakılmaksızın konur. Klinik hem panik bozukluk hem agorafobi için tanı ölçütlerini karşılıyorsa, her iki tanı birlikte konmalıdır (1).

## **KLİNİK BULGULAR**

- Panik bozukluğun temel belirtileri nedensiz ve aniden ortaya çıkan “yineleyici panik atakları” ve “beklenti anksiyetesi” dir.
- Panik atak sırasında hastalarda şiddetli korku hali ve huzursuzluk söz konudur. Ayrıca eşlik eden bedensel semptomlar söz konusudur (çarpıntı, nefes darlığı, göğüs ağrısı, terleme gibi) ve ölüm korkusu, kontrolü kaybetme, aklını yitirme düşünceleri gibi bilişsel belirtiler eşlik

etmektedir.

- Bu belirtiler 10-40 dakika arasında sürer, belirtiler genellikle hızla başlar, şiddeti giderek artar ve başladıktan birkaç dakika sonra en şiddetli noktaya ulaşır, sonrasında belirtilerin şiddeti hafifleyerek kendiliğinden sonlanır. Hastalar bu belirtileri kalp krizi geçirdiği, bayılacağı, kontrolünü kaybedeceği veya öleceği şeklinde ifade eder.
- Hastalar atak sırasında yapmakta oldukları etkinlikleri sürdürmez, buldukları ortamdan kaçmak veya uzaklaşmak isterler (2).
- Beklenti anksiyetesi; tekrar panik atak geçireceği ile ilgili ve bu atakların sonuçlarıyla ilişkili süregelen bir endişe halidir. Hastalar yeniden panik atak geçirecekleri ve bu atakların sonuçlarıyla (kalp krizi, felç, ölüm, aklını yitirme vb. ) ilgili sürekli bir endişelilik hali içindedirler. Bununla birlikte hastalarda sürekli nabız sayma, egzersizden kaçınma, yalnız kalamama, günlük hayatını panik ataklar doğrultusunda yönlendirme gibi çeşitli uyum bozucu davranış değişiklikleri ortaya çıkar (3).

<b>Panik bozukluk değerlendirme soruları</b>
Beklenmedik, nedensiz ve birdenbire gelen, yoğun korku-huzursuzluk atak, dönem veya nöbetleri yaşadınız mı? Cevap Evet ise;
Bu ataklar en rahatsız edici haline birkaç dakikada ulaşıyor mu?
Bu atakları defalarca yaşadınız mı?
Bu ataklardan sonra yeniden atak geçirmekten endişelendiniz mi?

### **Tanı aşamasında dikkat edilecek hususlar**

- Panik bozukluk, belirtilerinin fiziksel niteliği nedeniyle kronik bedensel hastalıklarla karışabilir.
- Bunun yanında panik bozukluk ile bazı tıbbi hastalıklar arasında bir ilişki olduğu da bilinmektedir. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı, diabetes mellitus, irritabl barsak sendromu, hipertansiyon ve koroner kalp hastalıkları bunlardan bazılarıdır (4).
- Kaygı belirtileri olan kişilerde koroner kalp hastalığı gelişme riskinde %26, kardiyak nedenli ölüm riskinde ise %48 artış görüldüğü bildirilmiştir (5).

## **Epidemiyoloji**

- Panik bozukluk kadınlarda erkeklerden daha yüksek oranlarda görülür. Panik bozukluğu yaşam boyu yaygınlığı %1,5-3,8 arasında değişmektedir. Başlangıç yaşı genellikle erken erişkinlik dönemidir.
- Panik bozukluğun ileri yaşlarda özellikle 45 yaş ve sonrasında başlaması olağan değildir. Bu tür hastalarda başka bir ruhsal veya tıbbi hastalık olabileceği akla gelmelidir (6).

## **Eş Tanılar**

- Hastaların %30'undan fazlasında panik ataklarına sekonder agorafobik kaçınmalar gelişmektedir. Hastalar bu açıdan mutlaka değerlendirilmelidir.
- Hastaların bir kısmında sağlık anksiyetesi, bedensel belirti bozuklukları gelişebilir.
- Depresyon ve alkol kullanım bozukluğu komorbiditesi de sık olarak karşımıza çıkar (2).

## **Tedavi Yaklaşımları**

- Panik bozuklukta psikoeğitim tedavide önemli basamaklardan biridir.
- Psikoeğitimde hedefler; atakların oluş mekanizması, zararsız olduklarının belirtilmesi, beklenti odaklı alınan tedbirlerin alınmaması gerektiği, kaçınma belirtileri varsa buna yönelik önerilerin sunulması, ilaç kullanımı, yan etkileri, tedavi süresi gibi konuları içermelidir.
- Hastalara yaşam tarzı değişiklikleri konusunda öneriler sunulabilir; egzersiz, uyku hijyeni, sağlıklı beslenme, alkol-madde, sigara, kafein kısıtlaması veya azaltılması, bağımlılık düzeyindeyse gerekli tedaviler konusunda bilgilendirme yapılmalıdır.
- Tedavide BDT ve ilaçlar benzer etkinliktedirler. Kombine tedavinin tek başına ilaç veya tek başına BDT'den üstün olduğu gösterilmiştir.
- İlk seçenek ilaçlar seçici serotonin geri alım inhibitörleridir. Benzodiazepinler birinci sıra ilaçlar olmasa da akut dönemde ve kısa süreli kullanımda tercih edilebilir (7).

## **Tedavi hedefleri**

1. Tedavide hedef tam remisyondur.
2. Panik atakların, beklenti anksiyetesinin, kaçınma davranışlarının tamamen sona ermesi beklenir.
3. Tedavi kesilirken ilaç dozlarının tedricen azaltılması önerilmektedir. İlaç sonlandırma süreci en az 2-3 ay kadar sürmelidir.
4. Yinelemeler gözlenebilir. Yineleme durumunda benzer tedavi basamakları uygulanabilir.

## **Acil servis tedavi önerisi**

Nefes egzersizleri

Gevşeme egzersizleri

Psikoeğitim

Psikiyatriste yönlendirme

## **Örnek Reçete**

### **SSRI Grubu ilaçlar**

Essitalopram 10 mg/gün

Essitalopram 10 mg/gün

Paroksetin 20 mg/gün

### **Akut dönemde kısa süreli**

Alprazolam 0,25-1 mg

Lorazepam 1-2,5 mg

## **KAYNAKLAR**

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Washington,DC: American Psychiatric Association; 2013.
2. Sadock, B. J., & Sadock, V. A. Kaplan & Sadock's concise textbook of clinical psychiatry. Lippincott Williams & Wilkins. 2014
3. Ertekin, E. Son on yılda panik bozukluğu hakkında neler öğrendik? *Psikiyatride Güncel*, 2021; 11:2, 125-136.



4. Meuret, AE., Kroll, J., Ritz, T., Panic disorder comorbidity with medical conditions and treatment implications. *Annu Rev Clin Psychol*, 2017;13, 209-240.
5. Roest, AM., Martens, EJ., de Jonge, P., Denollet, J. Anxiety and risk of incident coronary heart disease: a meta-analysis. *J Am Coll Cardiol*, 2010; 56:1, 38-46.
6. De Jonge, P., Roest, AM., Lim, CC. , Florescu, SE., Bromet, EJ., Stein, DJ. et al. Cross-national epidemiology of panic disorder and panic attacks in the world mental health surveys. *Depress Anxiety*, 2016; 33:12,1155-1177.
7. Caldirola, D., Alciati, A., Riva, A., Perna, G., Are there advances in pharmacotherapy in panic disorders? A systematic review of the past five years. *Expert Opin Pharmacother*. 2018; 19:12, 1357-1368.

## TOPLUMSAL (SOSYAL) KAYGI BOZUKLUĞU

### Olgu örneği psikiyatrik görüşme

*24 yaşında erkek hasta, üniversiteye giriş sınavında yüksek bir puanla kazandığı iyi bir üniversitenin dört senelik bölümünde altıncı senesini okuyan bir öğrenci, annesi ve babasıyla birlikte yaşıyor.*

**Doktor:** Merhaba, hoş geldiniz. Bugün buraya gelmenize neden olan şikayetiniz nedir?

**Hasta:** Merhaba, teşekkür ederim. Uzun süredir sosyal ortamlarda çok fazla kaygı yaşıyorum. İnsanlarla konuşmak, kalabalık yerlere gitmek veya bir sunum yapmak zorunda kaldığımda çok gergin hissediyorum.

**Doktor:** Anladım. Bu kaygıyı ne zaman fark ettiniz? Şikayetleriniz ne kadar süredir devam ediyor?

**Hasta:** Uzun süredir var, lisede başladı ama son birkaç yıldır daha da arttı. Şu an okulda özellikle bir sunum yapmam gerektiğinde ve sosyal hayatımda bu kaygılarla başa çıkmakta zorlanıyorum.

**Doktor:** Bu tür durumlarda yaşadığınız fiziksel ve duygusal belirtiler nelerdir?

**Hasta:** Kalbim hızla çarpıyor, ellerim titriyor, terliyorum ve midemde bir düğüm hissediyorum. Ayrıca çok utanacağım ya da rezil olacağım bir şey yapmaktan korkuyorum. Sanki yüzümün kızardığını, ellerimin titrediğini anlayıp insanlar benimle alay edecekmiş gibi hissediyorum.

**Doktor:** Bu belirtiler sizi nasıl etkiliyor? Sosyal hayatınızda ve okulda ne gibi zorluklarla karşılaşılıyorsunuz?

**Hasta:** Derse gitmekten çekiniyorum çünkü derse katılıp bir şeyler söylemem gerekirse diye korkuyorum. Devamsızlıktan dolayı okulum uzadı, derslerde aktif olmadığım için notlarım iyi değil. Özellikle grup çalışmasına katılmam ya da sunum yapmam gereken derslere hiç katılamıyorum. Sosyal etkinliklerden kaçınıyorum. Bu yüzden arkadaşlarım da azaldı. Bu durum beni çok yalnız hissettiriyor.

**Doktor:** Peki, bu durumla nasıl başa çıktınız şimdiye kadar? Psikiyatriste gittiniz mi?

**Hasta:** Başlangıçta görmezden gelmeye çalıştım ama işe yaramadı. Birkaç kez internetten araştırdım ve nefes egzersizleri yapmayı denedim ama pek bir

faydasını görmedim. Şimdiye kadar profesyonel bir yardım almadım.

**Doktor:** Peki bu şikayetlerle birlikte, hayattan keyif alamama, enerji düşüklüğü, mutsuzluk, isteksizlik gibi şikayetleriniz oldu mu?

**Hasta:** Evet, yaklaşık 1 yıldır okul hayatımdaki sorunlar sonrası kendime güvenim azaldı, umutsuzum, sürekli mutsuz hissediyorum, içimden hiçbir şey yapmak gelmiyor.

**Doktor:** Son zamanlarda uyku düzeniniz ve iştahınız nasıl? Kilonuzda bir değişiklik farkettiler mi?

**Hasta:** Uyku bozuldu, uykuya dalmam saatler sürüyor, gece de sık uyanıyorum. İştahım azaldı, mide bulantısı nedeniyle yemek yiyemiyorum, tartılmadım ama kıyafetlerim bollaştı sanırım zayıfladım.

**Doktor:** Hiç intihar düşünceniz oldu mu?

**Hasta:** Hayır olmadı, kendime zarar verecek bir şey yapmayı düşünmedim.

**Doktor:** Alkol, madde veya sigara kullanıyor musunuz?

**Hasta:** Günde 1 paket sigara içiyorum. Uyuşturucu madde hiç kullanmadım. Ama alkol kullanıyorum, özellikle gerildiğim zamanlarda beni rahatlatıyor. Son zamanlarda kendimi yatıştırmak için biraz daha fazla alkol içmeye başladım.

**Doktor:** Ne sıklıkta alkol tüketirsiniz? Bir günde miktar olarak ortalama ne kadar tüketiyorsunuz?

**Hasta:** Son zamanlarda gün aşırı bazen her gün içiyorum. Yaklaşık 3-4 tane bira içiyorum.

**Doktor:** Bilinen bir tıbbi hastalığınız var mı?

**Hasta:** Bildiğim bir hastalığım yok.

**Doktor:** Ailenizde psikiyatrik hastalığı olan var mı?

**Hasta:** Annem ve kardeşim kaygı bozukluğu nedeniyle ilaç kullanmıştı.

## OLGU ÖZETİ

24 yaşında erkek hastaya, uzun yıllar önce başlayan ve birkaç yıldır artan toplumsal ortamlarda kaygı ve endişe hissetme, olumsuz değerlendirilecek şekilde davranmaktan ve kaygı belirtileri göstermekten korkma, sosyal ortamlardan kaçınma şikayetleri ile birlikte işlevselliğinde bozulma olması sebebiyle “Toplumsal kaygı bozukluğu” tanısı konuldu. Ayrıca eşlik eden

mutsuzluk, enerji düşüklüğü, isteksizlik, umutsuzluk düşünceleri, uyku ve iştahta azalma şikayetleri nedeniyle “Major depresif bozukluk” tanısının eşlik ettiği, aynı zamanda hastanın, kendini tedavi etme, rahatlatma amacıyla tükettiği alkol miktarının riskli alkol tüketimi sınırında olduğu saptandı. Ailesinde anksiyete bozukluğu mevcuttu.

Hasta şikayetleri	Tanıya Yönelik Psikiyatrik Belirtiler
“Uzun süredir sosyal ortamlarda çok fazla kaygı yaşıyorum. İnsanlarla konuşmak, kalabalık yerlere gitmek veya bir sunum yapmak zorunda kaldığımda çok gergin hissediyorum. “	Toplumsal durumlarda belirgin bir korku ya da kaygı duyma
“Kalbim hızla çarpıyor, ellerim titriyor, terliyorum ve midemde bir düğüm hissediyorum. Ayrıca çok utanacağım ya da rezil olacağım bir şey yapmaktan korkuyorum. Sanki yüzümün kızardığını, ellerimin titrediğini anlayıp insanlar benimle alay edecekmiş gibi hissediyorum”	Olumsuz olarak değerlendirilecek bir biçimde davranmaktan ya da kaygı duyduğuna ilişkin belirtiler göstermekten korkma
“Derse gitmekten çekiniyorum çünkü derse katılıp bir şeyler söylemem gerekirse diye korkuyorum. Özellikle grup çalışmasına katılmam ya da sunum yapmam gereken derslere hiç katılamıyorum. Sosyal etkinliklerden kaçınıyorum.”	Toplumsal durumlardan kaçınma ya da yoğun bir korku ya da kaygı ile bunlara katlanma
“Devamsızlıktan dolayı okulum uzadı, derslerde aktif olmadığım için notlarım iyi değil. Arkadaşlarım da azaldı.”	İşlevsellik kaybı
“Uzun süredir var, lisede başladı ama son birkaç yıldır daha da arttı.”	En az 6 aydır belirtilerin devam ediyor olması

## DSM 5 TANI ÖLÇÜTLERİ

- A. Kişinin, başkalarınınca değerlendirilebilecek olduğu bir ya da birden çok toplumsal durumda belirgin bir korku ya da kaygı duyması. (Karşılıklı konuşma, tanımadık insanlarla karşılaşma, yemek yerken gözlenme, başkalarının önünde konuşma yapma gibi)

- B. Kişi, olumsuz olarak değerlendirilecek bir biçimde davranmaktan ya da kaygı duyduğuna ilişkin belirtiler göstermekten korkar.
- C. Söz konusu toplumsal durumlar, neredeyse her zaman korku ya da kaygı doğurur.
- D. Söz konusu toplumsal durumlardan kaçınılır ya da yoğun bir korku ya da kaygı ile bunlara 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 bir 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 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 korku, kaygı ya da kaçınma bu durumla açıkça ilişkisizdir ya da aşırı bir düzeydedir (1).

## KLİNİK BULGULAR

- Toplumsal kaygı bozukluğu, sosyal ortamlarda bir veya daha fazla sosyal veya performans durumuyla ilişkili yoğun kaygı ve korku ile karakterizedir.
- Toplumsal kaygı bozukluğu olan kişiler diğer insanlar tarafından izleneceği, onların yanında rezil olacağı, utanacağı davranışlar sergileyebileceği ve insanlar tarafından olumsuz değerlendirilebileceği, başkaları tarafından reddedilebileceği korkusu yaşarlar. Bu sebeple diğer insanlarla iletişime girmekten kaçınır, izlendiği kaygısıyla toplum içinde konuşamama, yemek yiyememe, tuvaletleri kullanamama, sosyal aktivitelere katılamama gibi davranış kalıpları geliştirirler.
- Bu kişilerde sosyal ortamlarda bulduklarında genellikle çarpıntı,

titreme, terleme, kızarma gibi fiziksel kaygı belirtileri görülür.

- Kişi yaşadığı bu kaygı ve korkuyu aşırı ve mantıksız bulur. Bazı kişilerde başkalarını kırma ve bu nedenle başkaları tarafından reddedilme korkusu olur (2).
- Toplumsal kaygı bozukluğu olan kişiler korktukları sosyal ortamlardan kaçınırlar yada yoğun bir sıkıntıyla bu ortamlarda katlanırlar (3).
- Toplumsal kaygı bozukluğu olan kişiler diğer ruhsal bozukluklara göre daha nadir psikiyatriste başvururlar.
- Çocukluk ve erken ergenlik döneminde başlayan toplumsal kaygı bozukluğunun kişinin üretken olduğu, yaşam boyu ihtiyaç duydukları sosyal becerileri öğrendikleri ve geliştirdikleri bir dönemde başlaması kişinin eğitimini, başarısını, sosyal ilişkilerini etkiler.
- Mesleki işlevsellikte, sosyal ilişkilerde ve akademik performansta bozulmalar sıklıkla görülür (4).

<b>Toplumsal Kaygı Bozukluğu Değerlendirme Soruları</b>
Kendinizi sosyal durumlardan kaçınırken buluyor musunuz?
Sosyal durumlardan korkar veya utanır mısınız?
Bu kaygıları en az 6 aydır yaşıyor mu?
Bu kaygı mesleki ya da sosyal işlevselliği olumsuz etkiliyor mu?

### **Tanı Aşamasında Dikkat Edilecek Hususlar**

- Psikiyatrik başvuru genelde şikayetlerin başlamasından 15-20 yıl sonra, 30'lu yaşlarda olmaktadır. (5) Bu gecikmenin nedeni bu kişilerin belirtileri kişiliklerinin bir parçası olarak görmesi, bunun tedavi edilebilir bir bozukluk olduğunu bilmemeleri ile açıklanabilir (4).
- Toplumsal kaygı bozukluğu olan hastalar yaşadıkları kaygı nedeniyle zararlı baş etme yöntemleri geliştirebilirler, yüksek miktarda alkol-madde kullanımı mevcut olabilir.
- Aynı zamanda eşlik eden duygudurum bozuklukları ve diğer kaygı bozuklukları açısından değerlendirme yapılmalıdır. Depresyonun eşlik ettiği vakalarda belirtiler gözden kaçabilir (6).

## **Epidemiyoloji**

- Hastalık erken başlangıçlıdır, geç çocukluk veya erken ergenlik döneminde, genelde 10'lu yaşlarda başlar nadiren 30 yaş sonrasında başlayabilir.
- Kadınlarda erkeklere göre daha erken başlangıç gösterir. Toplum temelli çalışmalarda kadınlarda erkeklere oranla daha sık görüldüğü saptansa da klinik örneklerde bu durumun tersi de görülmektedir (5, 7).
- Birçok hasta için bu bozukluk kroniktir ve en inatçı kaygı bozukluğu olarak kabul edilmektedir (5, 6).

## **Eş Tanılar**

- Araştırmalarda toplumsal kaygı bozukluğu olan bireylerde %90'a varan oranlarda psikiyatrik eş tanı saptanmıştır.
- En sık gözlenen komorbid bozukluk major depresif bozukluktur.
- Diğer anksiyete bozuklukları, madde kullanım bozukluğu ve çekingen kişilik bozukluğu da eşlik edebilir ve işlevsellik bu durumlarda daha çok bozulur.
- Birçok olguda komorbiditenin sonradan meydana geldiği ve toplumsal kaygı bozukluğuna ikincil olarak geliştiği kabul edilmektedir (2).

## **Tedavi Yaklaşımları**

- Tedavidepsikoterapi, farmakoterapi veya her ikisi birlikte kullanılmaktadır.
- Psikoterapide başvuru korkulan duruma maruziyet alıştırmalarının korkutucu geldiği hastalar için başlangıçta farmakoterapi tercih edilebilir, kaygı azaldığında psikoterapi hasta için daha kabul edilebilir bir seçenek haline gelebilir.
- Farmakoterapi ile daha hızlı iyileşme sağlanırken, bilişsel davranışçı terapinin etkilerinin daha kalıcı olduğu gösterilmiştir (6).
- Tedavide ilk basamak ilaçlar seçici serotonin geri alım inhibitörleridir (SSGİ). Düşük yan etki riski ve eşlik eden depresyon ve anksiyete ile ilişkili diğer bozuklukların tedavisinde de ek yarar sağlamalarından dolayı tercih edilirler.
- Tedavi ile dört hafta sonra yeterli yanıt gözlenmeyen hastalarda doz artışı

önerilmektedir.

- Hızlı rahatlama gerektiren belirtileri olan hastalarda veya ilk basamak tedaviye yanıt vermeyen hastalarda benzodiyazepin veya pregabalin eklenmesi seçenek olarak değerlendirilebilir.
- Tedaviye cevap vermeyen dirençli olgularda fenelzin veya moklobemid gibi monoamin oksidaz inhibitörleri kullanılabilir.
- Performans durumlarıyla ilişkili toplumsal kaygı bozukluğu olan hastalarda performanstan yaklaşık 1 saat önce 20-40 mg propranolol alınması önerilebilir (2).

### **Tedavi Hedefleri**

1. Toplumsal kaygı bozukluğu olan hastaların tedaviye başvuru oranları düşüktür ve başvuru genelde belirtilerin başlamasından uzun yıllar sonra olmaktadır.
2. Farmakoterapinin yanıt alındıktan sonra en az üç ile altı ay sürdürülmesi gerektiği ve kademeli olarak azaltılabileceği çalışmalarda gösterilmiştir (8).
3. Tedaviye yanıt yokluğunda tedavi uyumsuzluğu ve eşlik eden durumlar dikkate alınmalıdır.
4. SSGİ ile başlangıç tedavisine yanıt alınmadığında alternatif bir SSGİ veya venlafaksin gibi serotonin noradrenalin gerialım inhibitörü (SNGİ) denenebilir.
5. Etkili tedavi için farmakolojik tedavinin psikoterapi ile desteklenmesi gereklidir (8,9).

### **Örnek Reçete**

#### **SSRI Grubu ilaçlar**

Essitalopram 10 mg/gün

Essitalopram 10 mg/gün

Paroksetin 20 mg/gün

#### **SNRI Grubu ilaçlar**

Venlafaksin 75 mg/gün

Duloksetin 60 mg/gün



**Akut dönemde kısa süreli**

Alprazolam 0,25-1 mg

Lorazepam 1-2,5 mg

**Performans anksiyetesi için**

Propranolol 20-40 mg/gün

**KAYNAKLAR**

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Washington,DC: American Psychiatric Association; 2013.
2. Öztürk, HM, Erberk Özen, N,. Sosyal anksiyete bozukluğunda yeni gelişmeler. *Psikiyatride Güncel*, 2021; 11:2, 137-146.
3. Kolat, U., Kolat, E., Erden SÇ, Uzun UE, Akçakaya, RÖ, Sevindik, CS. Personality dimensions in patient with social phobia. *Alpa Psychiatry*. 2015; 16:2, 122-129.
4. Dilbaz, N. Sosyal anksiyete bozukluğu: Tanı, epidemiyoloji, etiyoloji, klinik ve ayırıcı tanı. *J Clin Psy*. 2000; 3,3-21
5. Schneier,F., Goldmark, J. Social anxiety disorder. Stein, DJ, Vythilingum B. (eds) *A anxiety disorders and gender*. Switzerland: Springer International Publishing;2015.49-67.
6. Leichsenring, F. Leweke, F. Social anxiety disorder. *NEJM*. 2017;376:23,2255-2264.
7. Hidalgo, RB., Barnett, SD., Davidson, JR. Social anxiety disorder in review: two decades of progress. *IJNP*. 2001;4:3,279-298.
8. Blanco, C., Bragdon, LB., Scheneier,FR, Liebowitz, MR. The evidence-based pharmacotherapy of social anxiety disorder. *Int J Neuropsychopharmacol*. 2013;16:1,235-249.
9. Taylor, DM., Barnes TR., Young AH. *The Maudsley Prescribing Guidelines in Psychiatry*. Wiley Blackwell; 2018.



## 5. BÖLÜM

### OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK VE İLİŞKİLİ BOZUKLUKLAR

**Dr. Öğr. Üyesi Duygu GÖZTAŞ**

*Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Tıp Fakültesi,  
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı.*

[drduygugoktas@gmail.com](mailto:drduygugoktas@gmail.com)

<https://orcid.org/0009-0006-7559-0350>

#### OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK

##### **Olgu örneği psikiyatrik görüşme**

*30 yaşında kadın hasta, lise mezunu, evli, ev hanımı, 2 çocuk sahibi, eşi ve çocuklarıyla ilçede yaşıyor.*

**Doktor:** Merhaba hoşgeldiniz, buraya gelişi nedeniniz nedir?

**Hasta:** Hocam ben önceden beri titiz birisiyim, bu durum önceleri sorun oluşturmuyordu ancak, son dönemlerde temizlendiğinden emin olamayıp tekrar tekrar ellerimi yıkıyorum, sildiğim yeri tekrar siliyorum, işim hiç bitmiyor, eve kimsenin gelmesini istemiyorum, ben de misafirlğe gidemiyorum. Eşim ve çocuklarım da bu durumdan çok şikayetçiler, artık kurtulmak istiyorum.

**Doktor:** Peki bu tekrarlayıcı davranışlarınızın nedeni nedir?

**Hasta:** Mikrop kapacağım, hastalanacağım, bunu evdekilere de bulaştıracacağım gibi geliyor. Temiz olduğundan emin olmazsam bir yere dokunamıyorum, bu nedenle emin olana kadar siliyorum. Eşim ve çocuklar eve gelince hemen banyoya sokup kıyafetlerini değiştirmelerini istiyorum. Kendim de dışarı çıkarsam, eve geldikten sonra 1-2 saat banyo yapıyorum, bu nedenle

dışarı çıkmak istemiyorum.

**Doktor:** Bu düşünceleriniz ve davranışlarınız size aşırı ya da anlamsız geliyor mu?

**Hasta:** Aslında mantıksız olduğunun farkındayım ama aklıma bu düşünceler geldiğinde mantıklı davranamıyorum, çok huzursuz hissediyorum.

**Doktor:** Şikayetleriniz ne zaman başladı?

**Hasta:** Yaklaşık 1 yıldır böyleyim ama son 2-3 aydır daha da arttı, günlük hayatımı çok etkilemeye başladı.

**Doktor:** Şikayetlerinizin başlamasına neden olan bir durum oldu mu?

**Hasta:** Aslında evet oldu. Annem yaklaşık 2 yıl önce kanser tanısı aldı ve tedavi sürecinde hep ben ilgilendim. Doktoru, annemin enfeksiyon kapmamasını, yediklerine, içtiklerine dikkat etmesi gerektiğini söyledi. Bu tedavisi 1 yıla yakın sürdü, şimdi iyileşti şükür, ama bende bu mikrop kapma düşüncesi takıntı olarak kaldı.

**Doktor:** Başka aklınıza istemeden gelen, sizi kaygılandıran düşünceleriniz var mı?

**Hasta:** Bazen de eğer temizlenmek için ellerimi yıkamazsam ya da banyo yapmazsam kötü bir şey olacaktıymış, kontrolümü kaybedecekmişim gibi geliyor. Böyle hissettiğimde kalp atışım hızlanıyor, ellerim titriyor. Hatta bu nedenle 1 kez acile de gittiğim oldu. Tetkiklerim yapıldı, önemli birşey olmadığı, bir psikiyatriste gitmem gerektiği söylendi.

**Doktor:** Peki bahsettiğiniz kirlenme ve mikrop bulaşması ile ilgili düşünceler gün içinde aklınıza ne sıklıkta geliyor ve ne kadar vaktinizi alıyor?

**Hasta:** Aslında çoğu zaman aklımda diyebilirim, her dokunduğum eşyada mikrop olup olmadığı, yeterince temiz olup olmadığını düşünüyorum ama evimde daha rahatım. Evden çıkmazsam rutin temizliğim 3-4 saat sürüyor. Sonra başka işlere başlıyorum, sürekli iş yapıyorum ancak bitiremiyorum. Evden çıkmak zorunda kaldığımda bu süre daha da uzuyor. Bu nedenle de evden pek çıkamıyorum, komşularım da sanırım durumumu anladıklarından gelmiyorlar. Annem de halime hem üzüyor, hem kızıyor.

**Doktor:** Daha önce de benzer yakınmalarla, bahsettiğiniz acil servis dışında doktor başvurunuz oldu mu?

**Hasta:** Hayır, hastaneye gitmeyi pek sevmem, ilaçlara karşı da biraz ön yargılıyım ama artık mecbur kaldığım için geldim.

**Doktor:** Bu şikayetlerle birlikte, hayattan keyif alamama, mutsuzluk, isteksizlik gibi şikayetleriniz oldu mu?

**Hasta:** Evet oluyor. Artık birçok şeyden eskisi gibi keyif alamıyorum, isteksizliğim var. Evdekilerin her hareketi bana batıyor, çabuk sinirleniyorum, kendimi çok yorgun hissediyorum.

**Doktor:** Kendinize zarar verme düşünceniz oldu mu hiç?

**Hasta:** Yok, olmadı ama Allah korkum olmasa düşünürdüm belki.

**Doktor:** Geçmişte intihar girişiminiz oldu mu?

**Hasta:** Hayır olmadı.

**Doktor:** Daha önce ruhsal bir şikayetiniz oldu mu?

**Hasta:** Lisedeyken babam vefat etmişti, ondan sonra kendimi mutsuz, isteksiz hissettiğim bir dönem olmuştu ama doktora gitmeden 1-2 ayda kendiliğinden geçmişti.

**Doktor:** Birden ortaya çıkan, tekrarlayıcı, istemsiz kas hareketleriniz ya da ses çıkarmalarınız yani tikleriniz var mı?

**Hasta:** Hayır.

**Doktor:** Daha önce oldu mu?

**Hasta:** Hayır, olmadı.

**Doktor:** Bilinen bir tıbbi hastalığınız var mı?

**Hasta:** Hayır, yok

**Doktor:** Alkol, madde veya sigara kullanıyor musunuz?

**Hasta:** Hayır, hiç kullanmadım.

**Doktor:** Ailenizde psikiyatrik hastalığı olan var mı?

**Hasta:** Doktora gidip tanı alan yok ama babam da çok kuralcı, kimsenin yaptığı işi beğenmeyen, gergin bir insandı. Temizlikle ilgili değil ama sanırım o da takıntılıydı.

## OLGU ÖZETİ

30 yaşında kadın hastaya, son 1 yıldır olan ve 2-3 aydır artan mikrop bulaşma ve bulaştırma, kirlenme obsesyonları, temizlik kompulsiyonları, hiçbir şeye dokunmamak için evden çıkmama, misafir kabul etmeme şeklinde

kaçınma davranışları, işlerini bitirmekte zorlanması ve ailesiyle ilişkilerinin bozulması işlevselliğin bozulduğunu göstermektedir. Bu bulgularla DSM-5 tanı kriterlerine göre obsesif kompulsif bozukluk (OKB) tanısı kondu. Ayrıca kişinin temizlenememe hissi nedeniyle zaman zaman yoğun anksiyete yaşadığı, son dönemlerde de depresyon belirtilerinin eşlik ettiği anlaşıldı. Alkol, madde kullanımı olmayan hastanın babasında da obsesif özellikler olduğu öğrenildi

Hastanın Şikayetleri	OKB'ye Yönelik Psikiyatrik Belirtiler
Mikrop bulaşma, bulaştırma korkusu	Obsesyonlar
Tekrarlayıcı yıkama, silme, temizleme davranışları	Kompulsiyonlar
Ev işlerinin uzun zaman alması ve işlerini bitirmekte zorlanma, aile ilişkilerinde bozulma	İşlevsellikte azalma
'Düşüncelerin ve davranışların mantıksız olduğunun farkındayım'	İçgörüsü iyi

## DSM 5 TANI ÖLÇÜTLERİ

- A. Obsesyonların, kompulsiyonların ya da her ikisinin birlikte varlığı
- B. Obsesyonlar ya da kompulsiyonlar kişinin zamanını alır ve işlevselliğini bozar.
- C. Bu belirtiler, bir maddenin (kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç) ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.
- D. Bu bozukluk, başka bir ruhsal bozukluğun belirtileriyle daha iyi açıklanamaz.

*Varsa belirtiniz:* İçgörüsü iyi ya da oldukça iyi / İçgörüsü kötü/ İçgörüsü yok/ sanrısız inanışlar

*Varsa belirtiniz:* Tikle ilişkili (1).

## KLİNİK BULGULAR

- Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) obsesyonlar ve kompulsiyonlarla karakterize, sinsi başlangıçlı, kronik ve ilerleyici nitelikte bir ruhsal hastalıktır.
- Obsesyonlar, kişinin rahatsız edici bulduğu, sıkıntı hissi yaratan, yineleyici düşünce, dürtü ya da düşlemlerdir. Obsesyonların genellikle görülme sıklığı bulaşma, şüphe, simetri (düzen), saldırganlık, cinsel ve dinsel içerikli obsesyonlar şeklindedir. Olguların çoğunda iki ya da daha fazla obsesyon tipi bir arada görülür (2).
- Kompulsiyonlar ise sıklıkla obsesyona tepki olarak, kişinin kaygısını azaltmak için kendisini yapmak zorunda hissettiği tekrarlayıcı davranışlar ya da zihinsel eylemlerdir. Bu tür davranışları yapmak için mantıklı bir gerekçeleri olmamasına rağmen, eğer bunları yapmazsa kötü bir şey hatta bir felaket olacağını düşünürler. Bazen de kaçınma şeklinde (çizgilere basmama, belli yerlere dokunmama, bazı kelimeleri söylememe vs ) görülebilir. Sık olarak görülen kompulsiyonlar kontrol etme, yıkama, sayma, sorma-anlatma ya da dua etme, simetri ve düzen, biriktirme kompulsiyonları şeklindedir (3).
- Obsesyon ve kompulsiyonlar zaman alıcıdır ve kişinin alışılmış düzenini, işle ilgili işlevlerini, sosyal etkinliklerini veya ilişkilerini önemli ölçüde engeller.
- OKB’de içgörü, kişinin obsesif kompulsif inanışlarının gerçekliğinin ayırımında olup olmamasına göre belirlenir. İçgörüsü az olan hastalarda, hastalığın daha erken yaşlarda başladığı, tedaviye direncin daha sık görüldüğü, işlevselliğin daha kötü olduğu gösterilmiştir (4).

### Obsesif kompulsif bozukluk değerlendirme soruları

Zihninizden atamadığımız, yineleyici ve hoş olmayan düşünceleriniz, dürtü ya da hayalleriniz var mı? Cevap evet ise

Bu düşüncelerden kurtulmak için yaptığımız yineleyici davranışlar ya da zihinsel eylemleriniz var mı? Cevap evet ise

Bu davranışlar ya da zihinsel eylemleri yapmadığınızda kendinizi çok huzursuz hissedersiniz mi?

Bu düşünceler ya da eylemler günlük işlerinizi ve yaşantınızı etkiler mi?

## Tanı Aşamasında Dikkat Edilecek Hususlar

- OKB tanısı koyabilmek için hastadan ayrıntılı bir öykü almak, gözlem ve ruhsal durum muayenesi yeterlidir.
- OKB DSM-4'de Anksiyete Bozuklukları grubu içinde yer alırken DSM-5'te "Obsesif Kompulsif ve İlişkili Bozukluklar" adlı yeni bir tanı kategorisi oluşturulmuş ve bu tanı kategorisine obsesif kompulsif bozukluk, tik bozuklukları, beden dismorfik bozukluğu, trikotillomani, deri yolma bozukluğu ve biriktiricilik bozukluğu dahil edilmiştir (1).

## OKB'ye Eşlik Eden Tanılar

- OKB tanısı alan hastaların 2/3 ünde eşlik eden başka bir psikiyatrik hastalık olduğu bildirilmiştir. En sık eşlik eden hastalık ise major depresif bozukluktur (5).
- Sosyal fobi, özgül fobiler, yaygın anksiyete, beden dismorfik bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu, tik bozuklukları ve kişilik bozuklukları da OKB'ye sıklıkla eşlik etmektedir (6).

## Epidemiyoloji

- OKB, genellikle geç ergenlik/erken yetişkinlik döneminde başlar, belirtiler 20'li yaşlarda yerleşir (7).
- OKB yaygınlığı genel popülasyonda %2-3 oranında görülen bir hastalıktır. Kadınlarda daha sık ya da kadın erkek eşit oranda görüldüğü bildirilmiştir (8).

## Tedavi Yaklaşımları

- OKB hastalarında tedavi için doğru kaynağa başvuru gecikebilmektedir. OKB hastalığının, başvurduğu hekim tarafından bilinmesi, tanının netleştirilerek, hızla müdahale edilmesi, hastalığın kronikleşmemesi ve yeti yitimi açısından önemlidir.
- OKB'de tedavinin ilk ve çok önemli basamağı psikoeğitimidir. Psikoeğitim ile amaç, hasta ve yakınlarının tedavide işbirliği içinde olmalarını ve başa çıkma becerilerinin geliştirilmesini sağlamaktır. Hastalığın doğası, düşünce-duygu -davranış süreçleri arasındaki ilişki, hastalığın seyri ve



tedavi seçenekleri hakkında bilgi verilir.

- İlaç tedavisi ve Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) ilk sıra seçenek olarak önerilir. Aynı ayrı ya da kombine edilerek uygulanır.
- İlaç tedavisinde fluvoksamin, fluoksetin, paroksetin, sertralin ve klomipramin en çok kullanılan ilaçlardır. Önceleri klomipramin ilk sıra tercih edilirken, yan etki ve güvenilirlik profili nedeniyle selektif serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI) ilk tedavi seçeneği olmuştur (9).
- Antipsikotik ilaçlar hastanın kliniğine göre düşük dozda eklenebilir. Benzodiyazepinler ise kısa süreli olarak, tedavi uyumunu artırmak amaçlı kullanılabilir ancak uzun süre kullanımdaki bağımlılık riski kullanımını sınırlar.

### **Tedavi Hedefleri**

- Tedavide hedef tam remisyon ve klinik iyileşme olmakla birlikte bu amaca ulaşılması zaman almakta ve her hastada mümkün olmamaktadır.
- Bu nedenle tedavi hedefleri arasında belirtilerin şiddet ve sıklığını azaltmak, hastanın işlevselliğini ve yaşam kalitesini artırmak, hastaların tedavi konusunda işbirliği yapabilmesini sağlamak ve stresör durumlara karşı baş etme becerisi geliştirmesine yardımcı olmak yer alır.
- İyilik haline ulaşıldıktan sonra da idame tedavi en az 1-2 yıl sürdürülmeli, hızlı ilaç kesiminden kaçınılmalıdır.
- İlaç kesildikten sonra yinelemeler gözlenebilir. Yineleme durumlarında, daha önceki faydalı olan tedaviler büyük olasılıkla etkili olacaktır. Etkili olmaması durumunda tedavi basamakları sırayla tekrar uygulanır.
- Psikoeğitim

### **Örnek Reçete**

#### **Trisiklik Antedepresanlar**

Klomipramin 75 mg/gün

#### **SSRI Grubu İlaçlar**

Fluoksetin 20 mg/gün

Fluvoksamin 100 mg/gün

Sertralin 50 mg/gün

Paroksetin 20 mg/gün

Essitalopram 10 mg/gün

Sitalopram 20 mg/gün

## KAYNAKLAR

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed (DSM-5). Arlington: American Psychiatric Publishing; 2013.
2. Rasmussen SA, Eisen jL. The epidemiology and clinical features of obsessive compulsive disorder. Psychiatr Clin North Am. 1992;15(4):743-58.
3. Foa EB, Kozak Mj, Goodman WK, Hollander E, Jenike MA, Rasmussen SA. DSM-IV field trial: obsessive-compulsive disorder. Am j Psychiatry. 1995;152(1):90-6.
4. Bellino S, Patria L, Ziero S, Bogetto F. Clinical Picture of obsessive-compulsive disorder with poor insight: a regression model. Psychiatry Res. 2005;13(2-3):223-31
5. Demal U, Lenz G, Mayrhofer A, Zapotoczky HG, Zitterl W. Obsessive compulsive disorder and depression. A retrospective study on course and interaction. Psychopathology. 1993;26(3-4):145-50.
6. Ames D, Cummings JL, Wirshing WC, Quinn B, Mahler M. Repetitive and compulsive behavior in frontal lobe degenerations. J Neuropsychiatry Clin Neurosci. 1994;6(2):100-13.
7. Ruscio AM, Stein DJ, Chiu WT, Kessler RC. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. Mol Psychiatry 2010;15(1) :53-63
8. Sadock B, Sadock VA. Comprehensive textbook of psychiatry 8th. Ed. vol:2, Lippincott Williams & Wilkins New York. 2007;1768-80.
9. Koran LM, Hanna GL, Hollander E, Nestadt G, Simpson HB. Practice guideline for the treatment of patients with obsessive-compulsive disorder. Am J Psychiatry 2007;164(7):5-53

## BİRİKTİRİCİLİK BOZUKLUĞU OLGU ÖRNEĞİ

*52 yaşında erkek hasta, esnaf, evli, 2 çocuğu var, eşi ve çocuklarıyla merkezde kendilerine ait bir apartman dairesinde yaşıyor. Hastanın eşi danışmanlık almak için başvurdu.*

**Doktor:** Hoşgeldiniz, sizi buraya getiren şikayetiniz nedir?

**Hastanın eşi:** Ben kendim için değil ama eşim hakkında konuşmak için başvurudum. Kendisini gelmesi için ikna edemedim.

**Doktor:** Anladım, konuşmak istediğiniz konu nedir?

**Hastanın eşi:** Eşimle 25 yıldır evliyiz, kendisi esnaf. Evlendiğimizden beri gereksiz şeyler almayı çok sever, aldıklarının hepsinin kendince bir nedeni vardır ama hiç de kullanmaz. İndirimden aldığını söyler, şu zaman lazım olur vs diye hiçbirşeyi atmama izin vermez. Başlarda ben o evden gidince gizli gizli atıyordum, kızıp söyleniyordu ama bir şekilde devam ediyordum. Bu durumu anlayınca aldığı şeyleri salona koyup, kapının anahtarını yanına almaya başladı. Salon eşyalarla doldu taşı, içinde oturulamaz hale geldi, sonra sırayla çocukların odasına ve oturma odasına, mutfığa koymaya başladı ama diğer odadakileri biz kısmen de olsa o görmeden elden çıkarıyoruz. Ona rağmen her yerde birşeyler var, eşyalar üstümüze geliyor, eve misafir alamıyorum, eşyalardan hareket alanımız azaldı. Çocuklar çok kızıyor, kavga ediyoruz ama ikna olmuyor.

**Doktor:** Eşyaları biriktirme nedeni olarak nasıl bir açıklama yapıyor? Neden elden çıkaramıyor?

**Hastanın eşi:** Örneğin çok eski tarihli evrakları lazım olur diye atmıyor, oysa ki hiçbirinin geçerliliği yok artık. Çocukların oyuncakları var, kamp aletleri var, deterjanlar var indirimden kilo kilo alıyor, kullandığı ilaçların kutuları var. Aklına ne gelirse, parası neye yeterse, bazen de dağıtılan broşürleri vs alıp geliyor. Size göstermek için odaların fotoğraflarını çektim. Bakmak ister misiniz?

**Doktor:** Evet bakmak isterim. Peki eşiniz biriktirme davranışının sorunlu olduğunu kabul etmiyor mu?

**Hastanın eşi:** Arada bir kabul ediyor gibi oluyor, bundan sonra almayayım, seçerek işe yaramayanları atalım diyor ama hep erteliyor. Zorla yaptırmak

istediğimizde de çok gergin oluyor, kararsız kalıyor bir türlü azalmıyor eşyalar. Çoğu zaman da kabul etmiyor, ben ne yaptığımı biliyorum siz karışmayın diyor.

**Doktor:** Evlilik öncesinde de biriktirme alışkanlığı var mıymış?

**Hastanın eşi:** Kayınvalidemin dediğine göre varmış ama bu kadar değilmiş tabi.

**Doktor:** Daha önce hiç psikiyatri başvurusu oldu mu?

**Hastanın eşi:** Bizim zorumuzla 2 yıl önce gitti ama bizim yanında girmemizi kabul etmedi. Doktorla ne konuştuysa artık bir tedaviye gerek görmedi dedi. Dışardan zaten bir sıkıntısı yok ki, sıkıntısı evin içinde. Konuşmasıyla herkesi ikna eder.

**Doktor:** Peki, sizin gözlemediğiniz başka bir ruhsal yakınması var mı?

**Hastanın eşi:** Son aylarda çok gergin, dikkati dağınık ve sürekli morali bozuk, işe gitmek istemiyor, uykuya zor dalıyor.

**Doktor:** Bilinen bir tıbbi hastalığı var mı?

**Hastanın eşi:** Tansiyonu var, ilaç kullanıyor.

**Doktor:** Alkol, madde veya sigara kullanıyor mu?

**Hastanın eşi:** Yok kullanmıyor.

**Doktor:** Ailesinde psikiyatrik hastalığı olan var mı?

**Hastanın eşi:** Benim bildiğim yok.

## OLGU ÖZETİ

52 yaşında erkek hasta, 25 yıldan fazladır olan giderek şiddeti artan aşırı edinme, nesnelere elden çıkaramama, elden çıkaramadıklarının salonda ve kısmen evin diğer odalarında yığınlar oluşturduğunun fotoğraflar ile de anlaşılması, bu durumun kişiyle yaşayanların yaşam alanını sıkıntıya sokması nedeniyle biriktiricilik bozukluğu tanısı kondu. Eşinden alınan öyküden ayrıca depresif yakınmalarının olduğu, alkol madde bağımlılığının olmadığı, ailesinde psikiyatrik hastalık olmadığı anlaşıldı.

Hasta yakınının bildirdiği şikayetler	Tanıya Yönelik Psikiyatrik Belirtiler
Gereksiz eşyaları atmak istememe, erteleme, atması istendiğinde yoğun gerginlik yaşaması	Elden çıkarmakta güçlük
Lazım olacağı düşüncesi, elden çıkarmak için erteleme davranışları	Nesneleri saklamasının gerektiği algısı
Odaların bir kısmının kullanılamaz halde olması	Birikme ve yığınlar oluşması
Evde güvenli alanın azalması, aile içi ilişkilerin bozulması	İşlevsellik kaybı

## DSM 5 TANI ÖLÇÜTLERİ

- A. Gerçek değeri ne olursa olsun, sahip olduklarını elden çıkarmakta ya da onlarla ilişkisini kesmekte sürekli olarak bir güçlük çekme.
- B. Bu güçlük, söz konusu nesnelere saklamanın gerekliliği algısından ve onları elden çıkartmanın yarattığı sıkıntıdan kaynaklanır.
- C. Elden çıkarma güçlüğü, bu nesnelere birikmesi ile sonuçlanır, ortalığa yığılır ve büyük ölçüde kullanım amaçlarından uzaklaşır. Yaşam alanlarında bir yığıntı yoksa, bu ancak üçüncü kişilerin girişimleriyle sağlanmıştır.
- D. Biriktiricilik, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya neden olur.
- E. Biriktiricilik, başka bir sağlık durumuna bağlanamaz
- F. Biriktiricilik, başka bir ruhsal bozukluğun belirtileriyle daha iyi açıklanamaz

Varsa belirtiniz: Aşırı edinme ile giden: Sahip olduklarını elden çıkarmakta güçlüğü, gereksinilmeyen nesnelere aşırı edinme ya da artık yaşanacak bir boşluk kalmaması eşlik ediyorsa.

Varsa belirtiniz: İçgörüsü iyi ya da oldukça iyi/İçgörüsü kötü /İçgörüsü yok/sanrısız inanışlar (1).

## KLİNİK BULGULAR

- Biriktiricilik bozukluğunun temel belirtisi, kişinin değerine ve gerekliliğine bakmaksızın nesnelere elden çıkarmama durumudur. Nesnelere, duygusal olarak bağlandıkları ve bırakmak istemedikleri saplantılı eşyalara dönüşür ve elden çıkaracakları hissi kişide yoğun bir anksiyete yaratır.
- Aşırı edinme davranışı ise daha çok satın alma ya da bedava dağıtılan nesnelere toplanıp biriktirilmesi şeklinde olmaktadır.
- Başka bir sorun elden çıkarılmayan ya da aşırı edinilen eşyaların belirsiz bir düzen içerisinde yığılmasıdır. Ev ortamındaki aşırı eşya birikimleri; düşme, gıda kontaminasyonu, yangın veya olası acil durumlarda kullanılacak kaçış yollarının engellenmesi gibi kişisel güvenliği tehdit eden sorunlara yol açmaktadır
- Sonuç olarak bu kişiler iş, sağlık, iyilik hali, sosyal ve kişilerarası ilişkiler dahil olmak üzere, hayatlarının birçok alanında belirgin işlevsel bozulma yaşarlar (2).

### Tanı aşamasında dikkat edilecek hususlar

- Biriktiricilik bozukluğu olan kişi ve ailelerinin sağlık kuruluşlarına yardım aramak için başvuruları nadirdir. Bu nedenle tanı çoğu zaman aynı binada yaşayan bir komşunun ihbarında, Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri (TRSM) gezici ekip ev ziyaretlerinde ya da Büyükşehir/İl/ İlçe Belediyelerine ve Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı kuruluşlarına yapılan ihbarlar sonucunda konulabilmektedir.
- Bozukluğun belirlenmesinde ön koşul hanede biriktirilen eşyaların niteliği ve haneyi işgal etme düzeyidir.
- Daha önceleri obsesif kompulsif bozukluğun bir alt kümesi veya obsesif kompulsif kişilik bozukluğunun sekiz tanı ölçütünden birisi olarak kabul edilmekte olan biriktiricilik bozukluğu DSM 5 ile birlikte ilk kez ayrı bir bozukluk olarak tanımlanmıştır (1).

### Epidemiyoloji

- Biriktiricilik bozukluğu çocukluk ve ergenlik döneminde, özellikle de 12-13 yaşlar civarında başlayan, yaşam boyu sürebilen ya da

yaşam olayları ile tetiklenebilen kronik bir rahatsızlıktır. Tanı alma yaşı 50’li yaşlardır (2).

- Yaygınlığının %1,7-3,6 arasında olduğu tahmin edilmektedir. Fakat birçok hastada içgörü olmadığı ve gerekmedikçe tedavi aranmadığı göz önüne alındığında, gerçek yaygınlık daha yüksek olabilir (3).
- Belirtilerin kademeli olarak ilerlediği ve yaşla birlikte şiddetlendiği bilinmektedir.
- Bekar, yalnız yaşayan, boşanmış ya da hiç evlenmemiş olan kişilerde daha sık görülmektedir (4).

### **Eş Tanılar**

- Biriktiricilik bozukluğu olan hastaların çoğuna başka bir ruhsal bozukluk eşlik etmektedir. En sık eşlik eden hastalıklar, major depresif bozukluk, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, sosyal fobi ve yaygın anksiyete bozukluğudur (4).

### **Tedavi Yaklaşımları**

- Biriktiricilik bozukluğunun tedavisi ile ilgili üzerinde uzlaşa sağlanmış bir tedavi kılavuzu henüz geliştirilememiştir.
- Biriktiricilik bozukluğu olan kişiler dirençli hasta grubudur ve psikiyatri hekimine muayene olma konusunda ikna etmek oldukça zordur.
- Bu nedenle kişinin ailesi, arkadaşları, akrabalarıyla birlikte, yerel yönetimler, sosyal hizmetler ve il sağlık müdürlüğünün ekip çalışması içinde olması önemlidir.
- Biriktiricilik bozukluğu olan kişinin tedaviye başlamasından sonra yapılması gerekli en önemli müdahale, ailenin sağlıklı ve güvenli bir ortamda yaşamalarını sağlamaktır.
- Motivasyonel görüşmelerle kişilerin sorunlarını çözme konusunda davranış değişikliğini ortaya çıkaran, olumlu değişiklikler yapma motivasyonunu arttırmayı amaçlayan kısa, kişi merkezli, yönlendirici bir danışmanlık yapılması amaçlanır.
- Farmakolojik tedavisi için ise SSRI grubu antidepresanlar ve uyarıcı ilaçlar (metilfenidat ve atomoksetin) iki ana grubu oluşturur (2).

- Bilişsel davranışçı terapi (BDT) ile kişileri istifleme davranışına iten nedenlerin anlaşılması, karar alma becerilerinin güçlendirmesi ve ilişki becerilerinin geliştirilmesi üzerine çalışılır (5).

### **Tedavi hedefleri**

1. Biriktirilen şeylerin önemli bir miktarından kurtulmak ve evi yaşanır hale getirmek ilk hedefdir.
2. Sonrasında kişilerin tedavi motivasyonunu artırmak ve biriktirme davranışının ortadan kalkmasını sağlamak hedeflenir.
3. Kronik bir hastalık olduğundan yineleme olabilir, düzenli psikiyatrik takip gerekir.

### **Birinci basamakta tedavi önerisi**

- Hastalık tanındığında çalışılan kurumun sosyal hizmet birimiyle iletişime geçilmesi ve ekip çalışması için öneriler alınması gerekir.
- Başvuran, aile üyeleriye hastalığın şiddetine göre neler yapılacağı konusunda bilgilendirme ve yönlendirme yapılması önem taşır.
- Bu hastalık, sadece kişileri değil, varsa onlarla birlikte yaşayan insanları, aynı apartmandaki ev sahiplerini, hatta biriktirilen eşyalar çöp niteliğindeyse yaydığı koku ve enfeksiyon riski nedeniyle tüm mahalleyi ilgilendiren bir halk sağlığı sorunudur. İleri vakalarda multidisipliner yaklaşım gerekir.

Örnek Reçete

### **Trisiklik Antedepresanlar**

Klomipramin 75 mg/gün

### **SSRI Grubu İlaçlar**

Fluoksetin 20 mg/gün

Fluvoksamin 100 mg/gün

Sertralin 50 mg/gün

Paroksetin 20 mg/gün

Essitalopram 10 mg/gün

Sitalopram 20 mg/gün



## KAYNAKLAR

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed (DSM-5). Arlington: American Psychiatric Publishing; 2013.
2. Ramsey KA, Myers NS, Reagan S, McGuire JF, Obsessive-Compulsive Spectrum Disorders. Reference module in Neuroscience and Biobehavioral Psychology. Elsevier, 2021.
3. Grisham JR, Frost RO, Steketee G, Kim HJ, Hood S. Age of onset of compulsive hoarding. J Anxiety Disord. 2006;20(5):675-86.
4. Kress VE, Stargell NA, Zoldan CA, Paylo MJ. Hoarding disorder: Diagnosis assessment and treatment Journal of Counseling and Development 2016;94:83-90
5. Frost RO, Hartl TL. A cognitive-behavioral model of compulsive hoarding. Behav. Res Ther. 1996;34(4):341-50.

## BEDEN DİSMORFİK BOZUKLUĞU

### Olgu örneği psikiyatrik görüşme

*21 yaşında kadın hasta, üniversite öğrencisi, bekar, anne, baba ve 2 kardeşiyle birlikte yaşıyor. Polikliniğe annesiyle başvurdu.*

**Doktor:** Hoşgeldiniz, şikayetiniz nedir?

**Hasta:** Annem anlatsın, o getirdi beni.

**Doktor:** Sizden dinlemeyi tercih ederim ama sizin için uygunsa önce annenizden dinleyebilirim.

**Hasta:** Evet anlatsın.

**Hastanın annesi:** Hocam birkaç yıldır kızımda bir takıntı oluştu. Sürekli aynaya bakıyor, kendisini beğenmiyor. Alnında çocukluktan kalma küçük bir yara izi var, isterseniz siz de bakın bunu tekrar tekrar inceliyor, burnunu beğenmiyor, çenem büyük diyor, göz altları çukurmuş öyle diyor. Biz ne kadar öyle olmadığını söylesek de bize inanmıyor. Sürekli bunlarla ilgili soru soruyor, cevap veriyorum ama ikna olmuyor. Kaç kere doktora gitti, doktor krem veriyor, kullanıyor, bir süre sonra yine başa dönüyor. Ne yapacağımızı şaşırдық. Lütfen, siz söyleyin bunlar kafaya takılacak şeyler mi?

**Doktor:** Peki bu durum, kızınızın derslerini ya da günlük yaşantısını etkiliyor mu?

**Hastanın annesi:** Tabi, bu yüzden açık öğretim yazdı, sürekli insanlardan kaçıyor, misafir gelince odasından çıkmıyor. Hatta bu yüzden burun ve çene ameliyatı olmak bile istedi ama babası çok kızdığı için olamadı.

**Doktor:** Peki siz bu konuda ne düşünüyorsunuz? Yüzünüzde sevmediğiniz yerler mi var?

**Hasta:** Ben görselliğe önem veren birisiyim, bu yüzden her gün aynada bakımımı yaparım, kremlerimi sürerim, kusurlarımın görünmesini istemem, annem biraz abartıyor. Yara izi için gittim çünkü gerçekten bir yara izim var, size öyle gelmeyebilir ama bana kötü görünüyor. Ameliyat da olmak istedim evet ama herkes oluyor estetik ameliyat ne var bunda?

**Doktor:** Peki bu sizin ifadenize göre ‘kusurlarınız’ nedeniyle açıktan okuduğunuz, insan ilişkilerinizin azaldığı doğru mu?

**Hasta:** Ben kendimi iyi hissetmediğim zaman kimseyle görüşmek istemiyorum. Aynı dersler açık öğretimde de var bu nedenle böyle okumayı tercih ettim.

**Doktor:** Peki bahsettiğiniz ‘kusur’lar ne zamandır sizi rahatsız ediyor?

**Hasta:** 15 yaşındayken bir arkadaşım alnımdaki izin çok çirkin olduğunu söylemişti. Önceden de yaram olduğunun farkındaydım ama demek ki insanlar da farkediyor diye daha çok dikkatimi çekti. Ergenlikten sonra kendime daha çok bakmaya başladım, dikkat ettikçe insanların tepkilerine göre bazı kusurlarım olduğunu farkettim.

**Doktor:** Peki sosyal ortamlarda ya da bir performans sergilemeniz gereken ortamlarda kaygılanır mısınız?

**Hasta:** Bazen.

**Doktor:** Bu kaygılardan dolayı mı misafirliği ya da okul ortamını sevmiyorsunuz?

**Hasta:** Yok, genel olarak sevmiyorum.

**Doktor:** Bahsi geçen kusurlarınız dışında, zihninizden atamadığınız, yineleyici düşünceleriniz var mı?

**Hasta:** Hayır, yok

**Doktor:** İntihar düşünceniz oldu mu?

**Hasta:** Yok olmadı.

**Doktor:** Geçmişte intihar girişiminiz oldu mu?

**Hasta:** Hayır olmadı.

**Doktor:** Daha önce ruhsal bir şikayetiniz oldu mu?

**Hasta:** Hayır olmadı.

**Doktor:** Bilinen bir tıbbi hastalığınız var mı?

**Hasta:** Yok.

**Doktor:** Alkol, madde veya sigara kullanıyor musunuz?

**Hasta:** Hayır.

**Doktor:** Ailenizde psikiyatrik hastalığı olan var mı?

**Hasta:** Yok.

## OLGU ÖZETİ

21 yaşında kadın hastaya, annesinden ve kendisinden alınan öyküde 15 yaşından beri olan yara izi ile başlayıp, sonrasında burun, çene, gözaltı gibi diğer yüz bölgeleriyle ilgili kusuru olduğu düşüncesi ve bu nedenle aynaya bakma, soru sorma, doktora gitme şeklinde kompulsif uğraşısının olması, okul ve sosyal ortamlardan uzaklaşma gibi yaşantısını etkilemesi ve başka tıbbi durumla açıklanamaması nedeniyle DSM 5'e göre beden dismorfik bozukluk tanısı kondu. Ayrıca kişinin beden kusurlarıyla aşırı uğraşını kabul etmemesi nedeniyle, içgörüsünün kötü olduğu anlaşıldı. Başka psikiyatrik hastalığının ve alkol madde kullanımının olmadığı anlaşıldı.

<b>Hasta şikayetleri</b>	<b>Tanıya Yönelik Psikiyatrik Belirtiler</b>
15 yaşından beri olan yara izi, burun, çene, gözaltı ile ilgili kusuru olduğu şeklindeki abartılı düşünceler	Bedeniyle ilgili algı kusuru
Bu kusurlarından dolayı sürekli aynaya bakma, soru sorma, doktora gitme, karşılaştırma	Dış görünümüyle ilgili kompulsif davranışlar
Okula açıktan devam etme, ortamlardan kaçınma	İşlevsellikte bozulma

## DSM 5 TANI ÖLÇÜTLERİ

- A. Dış görünümünde, başkalarınınca gözlenebilir olmayan ya da başkalarınınca önemsenmeyecek, bir ya da birden çok kusuru, olduğundan abartılı bir biçimde algılaması ve bununla uğraşması
- B. Kişinin, bu bozukluğun gidişi sırasında bir dönem, dış görünümüyle ilgili kaygılarından ötürü tekrarlayıcı davranışlarda ya da zihinsel eylemlerde bulunması
- C. Bu düşüncel uğraşların, toplumsal, mesleki ya da işlevselliğin diğer alanlarında bozulmaya neden olması
- D. Dış görünümle ilgili bu düşünsel uğraşların, başka bir mental bozuklukla daha iyi açıklanmaması gerekmektedir.

*Varsa belirtiniz:* Kas algısı bozukluğu ile giden

*Varsa belirtiniz:* içgörü; iyi, kötü, yok/sanrısız inanış (1).

## KLİNİK BULGULAR

- Beden Dismorfik Bozukluğu (BDB)'nin başlıca klinik özelliği, kişinin kusuru olduğunu düşündüğü bir beden bölgesi ile aşırı uğraşısı, ya da kusuru varsa bile bunu abartması durumudur.
- Kişiler bu uğraşları nedeniyle iş ve toplumsal ilişkilerinde kısıtlama, kaçınma davranışlarına girmektedirler ve bu da işlevselliği bozan bir durumdur.
- Hastalarda sık sık aynada görünümünü kontrol etmek ya da çevresindekileri “kusur” a inandırma ya da “kusur” hakkında onlar tarafından ikna edilmek istemeleri nedeniyle sorular sorma, aşırı bakım yapmak, aşırı egzersiz yapmak şeklinde kompulsif davranışlar vardır.
- BDB genellikle yüz veya baş bölgesiyle ilgilidir. Cilt, baş ve burun ile ilgili endişeler en yaygın olanlarıdır (2).
- Kas dismorfisi ise özellikle erkeklerde görülen, vücudunun yeteri kadar kaslı olmadığını düşünme ile karakterize ve genellikle daha şiddetli bir BDB biçimidir. Bu kişiler anabolik androjenik steroidlerin kötüye kullanımı, şiddet davranışı ve intihar açısından daha yüksek riske sahiptir (2).
- BDB ile ilgili içgörü tipik olarak zayıftır, ancak iyi içgörüden, içgörünün

yokluğuna kadar değişebilen derecelerde olabilir (2).

- BDB kronik bir seyir izler ve birden çok alanda belirgin işlevsellik kaybına yol açar. Özellikle stresli dönemlerde belirtilerde şiddetlenme olabilir.

### **Beden dismorfik bozukluğu değerlendirme soruları**

Görüntün ya da bedeninin bir parçası ile ilgili çok endişeli misin? Cevap evet ise

Bedeninle ilgili neyi sevmiyorsun?

Bu durum (beden parçası) hakkında çok düşünüyor musun ve bundan ötürü yaptığın tekrarlayıcı davranışlar var mı?

Diğer insanlar bununla ilgili çok endişelendiğini söylüyor mu?

Bu sorun yaşamını nasıl etkiliyor? Endişen, aileni veya arkadaşlarını etkiliyor mu?

### **Tanı aşamasında dikkat edilecek hususlar**

- BDB hastaları, belirtilerinden utandıkları için gizleme eğilimleri ve hastalığın psikiyatrik olduğunu inkar etmeleri nedeniyle psikiyatri dışı hekimlere daha çok başvururlar. Başvuruları da fiziksel kusurlarını kaldırmak amacıyla cildiye, plastik cerrahi, diş hekimliği gibi bölümlere en çok olur (3).
- Klinisyenlerin BDB belirtilerini tanımaları ve anamnez görüşmesi sırasında bahsettikleri kusurların ve isteklerinin bahsi geçen duruma orantısız olması, yoğun ve günlük yaşamı etkileyen bir hoşnutsuzluk halini alması durumunda BDB tanısı akla gelmelidir.
- BDB sosyal anksiyete bozukluğu, OKB, psikotik bozukluklar ve trikotillomani ile karışabilir (2).
- İyi bir öykü ve muayene doğru tanıyı anlamamızda yeterli olacaktır.

### **Epidemiyoloji**

- BDB genellikle ergenlik döneminde başlar ancak yıllarca tanı konamayabilir.
- BDB'nin yaygınlığı konusunda kesin bilgi elde etmek güç olmakla birlikte, son çalışmalarda hastalığın prevalansının yetişkinlerden oluşan topluluk örneklemelerinde %1,9 ve psikiyatrik hastalarda %5,8-7,4

arasında olduğu tespit edilmiştir (4).

- Cinsiyet dağılımı açısından bakıldığında; kimi çalışmalar BDB'nin erkeklerde, kimi çalışmalar kadınlarda daha sık görüldüğünü, kimileri de hastalığın her iki cinsiyette de eşit oranlarda dağılım gösterdiğini bildirmektedir (5).

### **Eş Tanılar**

- BDB'de en sık görülen eş tanılar; major depresyon, sosyal fobi, madde kullanım bozukluğu ve OKB olarak bulunmuştur (6).
- Ayrıca BDB hastalarında intihar eğiliminin yüksek olduğu bulunmuştur. Hastalar bu açıdan mutlaka değerlendirilmelidir (7).

### **Tedavi Yaklaşımları**

- Tedavide öncelikle hasta ve hekim arasında iyi bir güven ilişkisi kurulması gerekir.
- İlaç tedavisi olarak SSRI grubu antidepresanlar, psikoterapi olarak ise bilişsel davranışçı (BDT) terapi ilk basamak tedavi olarak kabul edilir (8).
- BDT, hastaların temel endişelerini ele alan psikoeğitim, bilişsel yeniden yapılandırma, maruz bırakma (exposure) ve tepkiyi engelleme (response prevention) gibi çeşitli modüllerden oluşmaktadır (8).

### **Tedavi hedefleri**

1. Kişinin bedeniyle ilgili tekrarlayıcı davranışlarının ortadan kalkması
2. İşlevselliğin artması
3. Eşlik eden depresif belirtiler, özkıyım düşünceleri varsa ortadan kalkması
4. Hastalığıyla ilgili içgörü kazanmasıdır.
5. İyileşme döneminin sonrasında hastaların en azından 1 yıl süreyle tedaviye devam etmesi önerilmektedir (7).

### **Birinci basamakta tedavi önerisi**

Psikoeğitim

Psikiyatriste yönlendirme

SSRI grubu antidepresanlar

Örnek Reçete

### **SSRI Grubu ilaçlar**

Fluvoksamin 100-300 mg

Fluoksetin 20-80 mg

Essitalopram 10-20 mg

Serralin 50-200 mg

Sitalopram 20-60 mg

### **KAYNAKLAR**

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed (DSM-5). Arlington: American Psychiatric Publishing; 2013.
2. Kelly MM, Phillips KA. Body dysmorphic disorder. In: Geddes JR, An dreasen NC, Goodwin Gm, eds. New Oxford Textbook Of Psychiatry. 3 rd ed. Oxford: Oxford university Press; 2020. p.1031-41.
3. Phillips KA, McElroy SL, Keck PE, Pope HG, Hudson JI. Body dysmorphic disorder; 30 cases of imagined ugliness. Am J Psychiatry. 1993;150:302-302.
4. Schneider SC, Turner Cm, mond J, Hudson JL. Prevalence and correlates of body dysmorphic disorder in a community sample of adolescents. Aust N z J Psychiatry. 2017;51(6):595-603. doi: 10.1177/0004867416665483
5. Veale D, Gledhill LJ, Christodoulou P, Hodsoll J. Body dysmorphic disorder in different settings: A systematic review and estimated weighted prevalence. Body Image. 2016;18:168-86.
6. Gunstad J, Philips KA. Axis I comorbidity in body dysmorphic disorder. ComprehensivePsychiatry, 2003;44:270-276.
7. Krebs G, Fernández de la Cruz L, mataix-Cols D. Recent advances in understanding and managing body dysmorphic disorder. Evid Based ment Health. 2017;20(3):71-5.
8. Veale D, Anson M, Miles S, Pieta M, Costa A, Ellison N. Efficacy of cognitive behaviour therapy versus anxiety management for body dysmorphic disorder: a randomised controlled trial. Psychother Psychosom. 2014;83(6):341-53.

## TRİKOTİLLOMANİ

### Olgu örneği psikiyatrik görüşme

*22 yaşında kadın hasta, üniversite öğrencisi, bekar, yurttta kalıyor.*

**Doktor:** Hoşgeldiniz, şikayetiniz nedir?

**Hasta:** Bende ortaokul döneminden beri olan saç yolmalarım var. Saçımda açılmalar oluştu. Bu nedenle cildiye doktoruna gittim, bazı ilaçlar verdi ama psikiyatriye de gitmem gerektiğini söyledi.

**Doktor:** Saçlarınızı kendiniz mi çekiyorsunuz?

**Hasta:** Evet

**Doktor:** Vücudunuzdaki başka bölgelerdeki kıllarınızı da çektiğiniz oluyor mu?

**Hasta:** Hayır.

**Doktor:** Ne zaman, nasıl başladı bu durum?

**Hasta:** Ortaokulda sınavlara hazırlık döneminde ders çalışırken başladı.

**Doktor:** Peki, çekmeyi durdurmaya çalışıyor musunuz?

**Hasta:** Evet, çekmeyeceğim diyorum ama çok gergin hissediyorum kendimi, çekince rahatlıyorum, sonra yine çekiyorum.

**Doktor:** Saç koparmanıza neden olan tetikleyici durumlar var mı? En çok ne zaman oluyor?

**Hasta:** Boş kaldığımda, televizyon izlerken, ders çalışırken, canım sıkkın olduğunda daha çok oluyor. Farkında olmadan elim saçıma gidiyor sonra farkına varıp pişman oluyorum ama kendime engel olamıyorum.

**Doktor:** Bu şikayetleriniz yaşantınızı etkiliyor mu?

**Hasta:** Evet, arkadaşlarım farkedecek diye saçlarımdaki açılan alanları saklamaya çalışıyorum, saç modelimi ona göre yapıyorum, bazen şapka takıyorum. Ailemin yanındayken sürekli uyarıyorlar zaten, onlarla vakit geçirmek istemiyorum.

**Doktor:** Daha önce ruhsal bir şikayetiniz oldu mu? Psikiyatriste gittiniz mi?

**Hasta:** Bu nedenle gittim aslında. Bir ilaç verildi, pek faydası olmadı.

**Doktor:** Ne kadar süre kullandınız ilacı?

**Hasta:** 6 ay kadar kullandım ama faydası olmayınca bıraktım.

**Doktor:** Başka bir ruhsal şikayetiniz var mı şuan?

**Hasta:** Kendimi mutsuz, gergin hissediyorum, bu duruma moralim



bozuluyor, kafaya takıyorum.

**Doktor:** Bu mutsuzluk hissi sizi gün boyu etkiliyor mu? Günlük hayatınıza devam edebiliyor musunuz?

**Hasta:** Hayır gün içinde iyi hissettiğim zamanlar var tabii, okuluma gidiyorum, arkadaşlarımla mutluyum ama çoğu arkadaşım durumumu bilmiyor, anlayacaklar diye gergin oluyorum, moralim bozuluyor bazen.

**Doktor:** İntihar düşünceniz oldu mu hiç?

**Hasta:** Hayır hiç olmadı

**Doktor:** Bilinen tıbbi hastalığınız var mı?

**Hasta:** Bildiğim yok.

**Doktor:** Alkol, madde veya sigara kullanıyor musunuz?

**Hasta:** Hayır, kullanmadım hiç.

**Doktor:** Ailenizde psikiyatrik hastalığı olan var mı?

**Hasta:** Annemde OKB tanısı var, tedavi alıyor. Teyzemde de yine benim gibi saç yolma ve tırnak yeme davranışları var.

## OLGU ÖZETİ

22 yaşında kadın hastaya, ortaokul döneminde başlayan saç koparma, bu davranışına direnmeye çalışma ama başarılı olamama, bu davranışının günlük yaşantısını etkilemesi işlevselliğini bozması sebebiyle DSM 5 tanı ölçütlerine göre trikotillomani tanısı konuldu. Kişinin başka psikiyatrik hastalığının olmadığı, aile öyküsünde annede OKB, teyzesinde de olası trikotillomani olduğu düşünüldü. Alkol madde kullanımının olmadığı öğrenildi.

Hasta şikayetleri	Tanıya Yönelik Psikiyatrik Belirtiler
‘Saçlarımı yoluyorum’	Tekrarlayan saç yolması davranışı
‘Çekmeyeceğim diyorum ama çok gergin hissediyorum kendimi, çekince rahatlıyorum’	Saç yolma davranışını durdurmaya yönelik girişimler
Çoğu arkadaşım durumumu bilmiyor, anlayacaklar diye gergin oluyorum,	Sosyal alanda etkilenme

## DSM 5 ÖLÇÜTLERİ

- A. Saç yitimine neden olacak şekilde kişinin saçını yineleyici olarak yolması
- B. Saç çekmeyi azaltmak ya da durdurmak için girişimler
- C. Saç yolmanın klinik açıdan belirgin sıkıntıya ve toplumsal ve mesleki alanlar gibi diğer önemli işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olması
- D. Saç yolma veya saç dökülmesinin başka bir tıbbi nedene (dermatoloji hastalık vb) bağlanamaması
- E. Saç yolmanın başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz (1).

## Klinik Bulgular

- Trikotillomaninin temel özelliği, kişinin yineleyici bir şekilde vücudunun herhangi bir bölgesindeki kılları yolmasıdır. En sık saçlı deri, kaşlar ve kasık bölgesinde gözlenmektedir (2).
- Trikotillomanide çekme davranışı ile ilgili farkındalığın olup olmamasına bağlı olarak otomatik ve odaklanmış tip şeklinde iki farklı tip tanımlanmıştır.
- Otomatik tipte çekme davranışı herhangi bir farkındalık olmadan başlar, bireyler başka şeylerle meşgulken ya da sıkıldıklarında saç çekerler, eylem sırasında ya da eylem tamamen tamamlandıktan sonra hareketin farkına vardıklarını söylerler.
- Odaklanmış tip çekme ise amaca yöneliktir, bu tipte hastalar diğerlerinden daha “farklı” olduğunu hissettikleri saç telini arayıp çekerler ya da olumsuz bir olay ya da duygulanım sonrasında çekme davranışında bulunurlar. Odaklanmış çekmenin, bireyleri, olumsuz duygu ve düşüncelerden uzaklaştırdığı düşünülmektedir (3).
- Kişiler saç yolma davranışına karşı koymaya çalışırken yoğun gerginlik hissi yaşadıklarını, saçın yolunması ile birlikte rahatlama hissi ortaya çıktığından bahsederler.
- Trikotillomanisi olan bireyler genellikle açıklık olan alanları gizleme eğilimindedirler. Farklı saç/elbise stilleri, şapka, bere, peruk vs. kullanarak saç kaybını saklamaya ve saç kaybından kurtulmaya çalışırlar.

**Trikotillomani değerlendirme soruları**

Saçınızı ya da vücudunuzun herhangi bir bölgesindeki kılları yineleyici bir şekilde yolar mısınız? Cevap evet ise

Saç yolma davranışınızı azaltmaya ya da durdurmaya çalışır mısınız?

Saç/kıl yolma davranışınız yaşantınızı etkiliyor mu?

**Tanı aşamasında dikkat edilecek hususlar**

- Tanı için iyi bir öykü ve muayene önemlidir. Öyküde yolmanın şiddeti, sıklığı, süresi, yolunan yer, yolma dürtüsünün özellikleri, hastanın direnci, tanıya eşlik eden bozukluklar, günlük hayatına etkisi, davranışını tetikleyen durumlar araştırılır.
- Bazen hastalar saçlarını bilerek çektiklerini inkar edebilirler, bu durumda dermatolojik hastalıkların dışlanması için konsültasyon gerekir.
- Çekme bölgesinin fizik muayenesi tanı ve ayırıcı tanıda yardımcıdır. Trikotillomanide düzensiz şekilde saç dökülmesi vardır, bazı kılların kökünden koptuğu bazı kılların ise değişik uzunluklarda kırıldığı gözlenir.
- Trikotillomanideki tekrarlayan davranışlar en çok OKB ile karışmasına neden olabilir. Ancak trikotillomanide obsesif düşünceler yoktur ve kompulsif davranışlar da sadece saç yolma ile sınırlıdır.

**Epidemiyoloji**

- Kadınlarda daha sık görülür. Hastalığın başlama yaşı genellikle erken ya da orta ergenlik dönemi olarak ortalama 12-13 yaş civarındadır (4).
- Yaşam boyu prevalansının %1-3 arasında değiştiği gösterilmiştir (5).

**Eş Tanılar**

- Trikotillomaniye en sık eşlik eden hastalıklar majör depresyon, anksiyete bozukluğu, madde kullanım bozukluğu ve obsesif kompulsif bozukluk (6).
- Kıl çekmeye bağlı yaralar ve enfeksiyonlar olabileceği, ayrıca trikofaji (kılı yutma) durumunda kişilerde trikobezoar oluşabileceği unutulmamalıdır.

## **Tedavi Yaklaşımları**

- Trikotillomanide en iyi tedavi yönteminin ne olduğu konusunda halen tam görüş birliği yoktur.
- Tedaviyle ilgili yakın zamanda yapılan metaanalizde N- asetilsistein başta olmak üzere glutamaterjik ajanların, naltreksonun, antipsikotik ilaçların, kannabinoid agonistlerinin etkinliği gösterilmiştir. SSRI grubu antidepressanlar ve klomipraminin etkin olmadığı bildirilmiştir (7).
- Alışkanlığı tersine çevirme terapisi trikotillomanide etkinliği kanıtlanmış bir tedavidir. Bu terapiye kişilere farkındalık eğitimi, karşıt yanıt geliştirme eğitimi, sosyal destek ve uyaran kontrolü basamakları uygulanır.
- Bunun dışında eşlik eden psikiyatrik bozukluklar varsa ona yönelik tedavi planı uygulanmalıdır.

## **Tedavi hedefleri**

- Trikotillomanideki kıl çekme davranışlarının azaltılması ve tamamen geçmesi
- İşlevsellikte düzelme
- Varsa ek psikiyatrik bozuklukların (depresyon, anksiyete, madde kullanımı vs) düzelmesi

## **Birinci basamakta tedavi önerisi**

- Psikoeğitim
- Alışkanlığı tersine çevirmeye yönelik müdahaleler
- Psikiyatriste ve dermatoloğa yönlendirme

## **KAYNAKLAR**

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed (DSM-5). Arlington: American Psychiatric Publishing; 2013.
2. Woods DW, Flessner CA, Franklin mE, Keuthen NJ, Goodwin RD, Stein DJ, et al; Trichotillomania Learning Center-Scientific Advisory Board. The Trichotillomania Impact Project (TIP): exploring phenomenology, functional impairment, and

- treatment utilization. J Clin Psychiatry. 2006;67(12):1877-88.
3. Flessner CA, Conelea CA, Woods DW, Franklin ME, Keuthen NJ, Cashin SE. Styles of pulling in trichotillomania: exploring differences in symptom severity phenomenology, and functional impact Behav Res Ther. 2008 ;46(3):345-57
  4. Christenson GA. Trichotillomania: from prevalence to comorbidity. Psychiatry Times. 1995;12:44-8
  5. Odlaug BL, Grant JE. Impulse-control disorders in a college sample: results from the self-administered Minnesota Impulse Disorders Interview (MIDI). Prim Care Companion J Clin Psychiatry. 2010;12(2):PCC.09m00842.
  6. Grant JE, Chamberlain SR. Trichotillomania. Am J Psychiatry. 2016;173(9):868-74.
  7. Farhat LC, Olfson E, Nasir M, Levine JLS, Li F, Miguel EC, et al. Pharmacological and behavioral treatment for trichotillomania: An updated systematic review with meta-analysis. Depress Anxiety. 2020;37(8):715 27.

## TİK BOZUKLUKLARI

### Olgu örneği psikiyatrik görüşme

*32 yaşında, erkek, üniversite mezunu, memur olarak çalışıyor, evli, bir çocuk babası, merkezde eşi ve çocuklarıyla yaşıyor.*

**Doktor:** Merhaba, sizi buraya getiren neden nedir?

**Hasta:** Tiklerim nedeniyle başvurdum.

**Doktor:** Tik olarak tanımladığınız şeyler nedir?

**Hasta:** İstemsiz olarak göz kırpmaya, omuzda atma, boğaz temizleme, burun çekme oluyor.

**Doktor:** Bu şikayetleriniz ne zamandır var?

**Hasta:** Net hatırlamıyorum ama 10-11 yaşlarındaki beri var. İlk zamanlar sadece göz kırpmaya ve yüzümde hareketler vardı, diğerleri sonradan eklendi. Bir dönem doktora gitmiştim, ilaç vermişti ancak pek faydası olmadığı için tekrar başvurmamıştım.

**Doktor:** Şimdi tekrar başvurmanıza neden olan nedir?

**Hasta:** Belki yeni gelişmeler vardır ya da bu sefer tedavi işe yarar diye düşündüm. O zamanlar küçüktüm uzun süre kullanmadım ilaçları.

**Doktor:** İlk başvurunuz ne zaman oldu, aynı nedenle mi başvurmuşunuz?

**Hasta:** 15 yaşındaydım, tiklerim vardı, derslerde de zorlanıyordum, stresliydim, içe kapanıktım öğretmen anneme söylemiş bu nedenle gitmiştik.

**Doktor:** Size nasıl bir tedavi uygulandı?

**Hasta:** İlaç verildi ama 1-2 ay kullanıp devam etmedim. Faydası olmamıştı. Bir daha da gitmedim.

**Doktor:** Tiklerinizin başlamasına neden olan bir durum var mı?

**Hasta:** Başlatan bir neden olduğunu hatırlamıyorum, aniden başladı.

**Doktor:** Gün içinde bu şikayetleriniz ne sıklıkta oluyor?

**Hasta:** İşteyken o kadar olmuyor, boş kaldığımda, gergin olduğum zamanlarda artıyor.

**Doktor:** Başka bir şikayetiniz var mı?

**Hasta:** Genel olarak stresli bir yapım var ama belirgin başka şikayetim yok.

**Doktor:** Zihninizden atamadığınız, yineleyici ve hoş olmayan düşünceleriniz, dürtü ya da hayalleriniz var mı?

**Hasta:** Birkaç yıl önce emin olamama düşüncelerim olmuştu, yaptığım işi emin olamayıp tekrar kontrol ediyordum. Evden çıkarken ocağı, suyu kontrol edip öyle çıkıyordum. İlk evlendiğim yıllardı, evlilik sorumluluğu beni strese sokmuştu, sonra eşimin de desteğiyle bunu aştım. Arada yine şüphe geliyor ama kendimi kontrol edebiliyorum.

**Doktor:** Bilinen bir tıbbi hastalığınız var mı?

**Hasta:** Bildiğim yok.

**Doktor:** Alkol, madde veya sigara kullanıyor musunuz?

**Hasta:** Günde 1 paket sigara içiyorum. Alkol nadiren alırım. Madde kullanımım olmadı.

**Doktor:** Ailenizde psikiyatrik hastalığı olan var mı?

**Hasta:** Bildiğim yok.

## OLGU ÖZETİ

32 yaşında erkek hasta 10'lu yaşlarından beri olan motor ve vokal tikleri nedeniyle başvurdu. Hastaya yakınmalarının ergenlik döneminde başlaması, motor ve vokal tiklerinin 1 yıldan uzun süredir devam etmesi nedeniyle DSM

5 tanı kriterlerine göre Tourette Sendromu tanısı kondu. Önceki öyküsünden kişide ergenlik döneminde olası dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, birkaç yıl önce de obsesif kompulsif bozukluk olabileceği düşünüldü. Alkol, madde bağımlılığı olmadığı, ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü olmadığı belirlendi.

Hasta şikayetleri	Tanya Yönelik Psikiyatrik Belirtiler
İstemsiz olarak göz kırpma, omuzda atma, boğaz temizleme, burun çekme oluyor	Motor ve vokal tikler
10'lu yaşlarından beri devam ediyor	1 yıldan uzun süreli 18 yaşından önce başlangıç olması

## DSM 5 TANI ÖLÇÜTLERİ

### Kronik Motor ya da Vokal Tik Bozukluğu

- A. Hastalık sırasında tekil ya da çoğul motor ya da sesle ilgili tikler
  - B. Tiklerin sıklığı artıp azalabilir ancak ilk başladığından beri, bir yıldan daha uzun sürmüştür.
  - C. On sekiz yaşından önce başlamıştır.
  - D. Bu bozukluk bir maddenin ya da başka bir sağlık durumunun (fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.
  - E. Tourette bozukluğu tanı ölçütleri hiçbir zaman karşılanmamıştır.
- Varsa belirtiniz: Motor/ vokal tiklerle giden

### Geçici tik bozukluğu

- A. Tekil ya da çoğul motor ya da vokal tikler
- B. Tikler, ilk başladığından beri, bir yıldan daha kısa sürmüştür.
- C. On sekiz yaşından önce başlamıştır.
- D. Bu bozukluk bir maddenin yahut başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

- E. Tourette bozukluğu ve kronik tik bozukluğu tanı ölçütleri hiçbir zaman karşılanmamıştır.

### **Tourette Bozukluğu**

- A. Hastalığın gidişi sırasında bir zaman hem çoğul motor, hem de bir ya da daha çok vokal tik olmuştur.
- B. Tiklerin sıklığı artıp azalabilir ancak ilk başladığından beri, bir yıldan daha uzun sürmüştür.
- C. On sekiz yaşından önce başlamıştır.
- D. Bu bozukluk bir maddenin yahut başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz (1).

### **Klinik Bulgular**

- Tikler istemsiz olarak, ani başlayan, tekrarlayıcı, karşı konulamaz hareketler ve ses çıkarmalar olarak tanımlanır.
- Klinik olarak basit, karmaşık, geçici ve kronik olmak üzere alt gruplara ayrılırlar (2).
- En sık izlenen basit motor tikler göz kırpma, omuz silkme, yüz buruşturma, burun kıvrırma, ani kafa atımları ya da herhangi bir vücut parçasını aniden çekme gibi basit hareketlerdir (2).
- Karmaşık motor tikler ise koklama, zıplama, dokunma, ekopraksi (başkasının davranışını tekrarlama) kendine vurma, alkışlama, çömelme, kendi etrafında dönme, kopropaksi (müstehten davranışlar veya jestler) şeklindeki hareketlerden oluşmaktadır (2).
- Basit vokal tiklere burun çekme, öksürme, havlama, boğaz temizleme, hayvan sesleri gibi anlamsız sesler örnek olarak gösterilebilir (2).
- Karmaşık vokal tikler ise kelimelerin ve ifadelerin konuyla ilgisiz olarak tekrarlanması, koprolali (müstehten kelimelerin kullanım) ve ekolali (başkasının sözlerini tekrarlama) şeklinde görülebilir (2).
- Tiklerin şiddeti ve sıklığı birçok durumdan etkilenebilir. Stres, yorgunluk, heyecan enfeksiyonlar ile tikler artabilir. Kendisini rahat, gevşemiş hissettiği zamanlarda ise azalabilir, uyku sırasında çoğu zaman kaybolur (2).



- Tourette sendromu ise 12 aydan uzun süren çoğul motor tikler ve en az bir vokal tik varlığı ile karakterizedir. Genellikle tikler 3-8 yaşları civarında motor tikler şeklinde başlar, yıllar içerisinde de vokal tikler eklenir.

<b>Tik bozuklukları değerlendirme soruları</b>
İstemsiz olarak, ani başlayan, tekrarlayıcı kas hareketleriniz var mı? Cevap evet ise
İstemsiz olarak, ani başlayan, tekrarlayıcı ses çıkarmalarınız var mı?
İlk ne zaman başladı?
Ne kadar süredir devam ediyor?

### **Tanı aşamasında dikkat edilecek hususlar**

- Tikler için spesifik bir laboratuvar testi mevcut değildir. Tanı için öykü, gözlem ve klinik muayene yeterlidir. Sadece diğer durumları dışlamak için bazı testler, nörolojik muayene ve beyin görüntüleme yapılması gerekebilir.
- Öyküde eşlik eden sorunların olup olmadığı, psikiyatrik ve nörolojik hastalıklar açısından aile öyküsü, tiklerin başlangıç zamanı, sıklığı, tetikleyici durumların olup olmadığı ve enfeksiyonlarla olan ilişkisi araştırılmalıdır. Aile, iş ve sosyal yaşantısına etkisi olup olmadığı, geçmişte aldığı psikiyatrik tedavi öyküsü öğrenilmelidir.
- Çoğu zaman tikleri muayene esnasında da fark edebiliriz. Akla getirtilebilme özelliği nedeniyle tiklerle ilgili sorular sorulduğunda hastada tiklerin ortaya çıktığı gözlenebilir. Bazen de tik şiddetini tespit ve takip etmek için videoya alma yöntemi önerilebilir (3).
- DSM 5 hazırlığı sırasında tik bozuklukları nörogelişimsel bozukluklar başlığı altında sınıflandırılmaktaydı, fakat OKİB başlığı altına da eklenmiştir (1). Bunun nedeni tik bozukluklarının (TB), OKB ile yakından ilişkili olması ve etiyolojik olarak örtüştüğünün düşünülmesidir.

### **Epidemiyoloji**

- Sıklıkla çocukluk çağında ortaya çıkmakla beraber stresli durumlarda yetişkinlik döneminde de ortaya çıkabilirler (2).

- Okul çağında geçici basit tik sıklığı % 4-24 olarak bildirilmektedir. Erkeklerde 3:1 ila 4:1 oranında kızlardan daha sık görüldüğü bildirilmiştir (4).

### **Tedavi Yaklaşımları**

- Tedavide amaç tikleri tamamen ortadan kaldırmak değil, artık önemli sorunlara neden olmayacak dereceye kadar kontrol altına almaktır.
- Hastanın ve ailenin hastalığın seyri, doğası hakkında bilgilendirilmesi tedavinin birinci basamağıdır. Komplike olmamış olgularda genellikle bu yaklaşım yeterli olmaktadır.
- Semptomlar şiddetli olduğunda davranışsal ve farmakolojik tedaviler uygulanır.
- Davranışsal terapilerde, alışkanlıkların tersine çevrilmesi terapisi, maruz bırakma (exposure), tepki önleme yöntemleri ve öfke ile başa çıkma yöntemleri, gevşeme egzersizleri uygulanabilir (5).
- Tiklerin farmakolojik tedavisinde en sık kullanılan ilaçlar haloperidol, pimozid ve alfa-2 adrenerjik agonisti olan klonidin ile guanfasindir (5).
- Son yıllarda atipik antipsikotikler de kullanılmaya başlanmıştır (5).
- Bunun dışında eşlik eden OKB, DEHB tanısı varsa bunların tedavi edilmesi de tiklerde düzelme sağlayabilmektedir (5).

### **Birinci basamak tedavi önerisi**

- Psikoeğitim
- Davranışsal öneriler

### **Örnek reçete**

#### **Antipsikotik ilaçlar**

Haloperidol 1- 5 damla (0,5-1 mg)

Pimozid 1-2 mg

Risperidon 0.5- 1 mg

**KAYNAKLAR**

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. (DSM-5). Arlington: American Psychiatric Publishing; 2013.
2. Perrotta G. Tic disorder: definition, clinical contexts, differential diagnosis, neural correlates and therapeutic approaches. *J Neurosci Rehab.* 2019;1-6.
3. Robertson MM, Eapen V, Singer HS, Martino D, Scarf JM, Paschou P et al. Gilles de la Tourette syndrome. *Nat Rev Dis Primers.* 2017;3:16097.
4. Scharf JM, Miller LL, Gauvin CA, Alabiso J, Mathews CA, Ben-Shlomo Y. Population prevalence of Tourette syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Mov Disord.* 2015;30(2):221–228.
5. Pringsheim T, Holler-Managan Y, Okun MS, Jankovic J, Piacentini J, Cavanna AE et al. Comprehensive systematic review summary: treatment of tics in people with Tourette syndrome and chronic tic disorders. *Neurology* 2019;92(19):907–915.



## 6. BÖLÜM

### TRAVMA VE İLİŞKİLİ BOZUKLUKLAR

**Doç. Dr. Halil İbrahim TAŞ**

*Ordu Üniversitesi Tıp Fakültesi,*

*Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı*

tashalilibrahim@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0001-5849-9068>

#### TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU

##### **Olgu örneği psikiyatrik görüşme**

*32 yaşında, erkek hasta, üniversite mezunu, evli, iki çocuğu var, polis; eşi ile birlikte şehir merkezinde yaşıyor.*

**Doktor:** Hoş geldiniz, sizi bugün buraya getiren şikayetinizi öğrenebilir miyim?

**Hasta:** Huzursuzluk, gerginlik, kabus görme, çabuk sinirlenme oluyor. Yaşadığım olaylarla ilgili anıları aklımdan çıkaramıyorum.

**Doktor:** Bu şikayetleriniz ne zamandan bu yana mevcut?

**Hasta:** Yaklaşık bir yıldır şikayetlerim var. Ancak bu belirtileri son 6 aydır daha az şiddetli yaşıyorum.

**Doktor:** Belirtiler bir anda mı başladı? Yoksa öncesinde herhangi bir olay yaşadınız mı?

**Hasta:** Yaklaşık bir yıl önce terör olayları nedeniyle polis olarak görev yaparken, bulunduğumuz zırhlı aracın yanında mayın patladı. Bu patlama esnasında yanımızda bulunan beyaz araç içinde bulunan sivil vatandaşların hepsi yaşamını yitirdi.

**Doktor:** Çok üzgünüm, peki size bir şey oldu mu?

**Hasta:** Aracımız zırlı olduğu için hafif yaralarla patlamayı atlattık. Ancak yanımızda bulunan ve hatta bir ara göz göze geldiğimiz sivil araçtaki masum insanların hepsi terör mayını sonucunda maalesef öldü. Özellikle araçta bulunan 6 yaşındaki bir çocuğun bakışları gözümün önünden hiç gitmiyor.

**Doktor:** Peki bu patlamadan sonra neler yaşadınız?

**Hasta:** Bir süre olayın şokunu yaşadım. Yaşadığım olayı anlamlandırmakta güçlük çektim. Aradan bir hafta geçtikten sonra görev yerimi değiştirdiler. Ancak o süreç içinde yaşadıklarımı tam olarak hatırlamıyorum.

**Doktor:** Anladığım kadarıyla şok süreciniz yaklaşık bir hafta sürdü. Peki daha sonra neler yaşadınız?

**Hasta:** Bundan sonra yaşadığım patlama olayı sık sık istemeden aklıma gelmeye başladı. Aklıma geldikçe iç sıkıntısı, huzursuzluk, sanki olayı tekrar yaşıyormuş gibi hissediyordum.

**Doktor:** Bunun dışında sıkıntınız var mıydı?

**Hasta:** Olayla ilgili suçluluk yaşamaya başladım.

**Doktor:** Olayda sizin suçunuz yok gibi görünüyor ama neden öyle bir his oldu sizde?

**Hasta:** Aslında teröristlerin döşediğı mayın patladı. Ancak sivil bir aracın içinde ölen 5 kişi ve özellikle bunlardan birisinin küçük bir çocuk olması çok etkiledi beni. Aslında suçum olmasa da o yaştaki küçük bir çocuğun terör saldırısında yok olması çok acıydı. Yine de onun ölmesi bende suçluluk duygusu oluşturdu. Gerçi tüm sivillerin ölmesi çok acı ama.

**Doktor:** Daha sonra neler yaşadınız?

**Hasta:** Olayın olduğı yer ve olayı hatırlatan tüm durumlardan kaçmaya başladım. Özellikle bunları hatırlatan durumlarda iç sıkıntım, gerginliğim, huzursuzluğum artıyordu. Bunun dışında terleme ve çarpıntı şikayetlerim de artıyordu.

**Doktor:** Peki olayı tam olarak hatırlıyor musunuz?

**Hasta:** Aslında hayır. Yani olayın belli kısımlarını parça parça hatırlıyorum. Resim olarak gözümün önüne geliyor. Ancak hatırladıkça sıkıntım çok daha fazla yoğunlaşıyor. Ayrıca olay ile ilgili suçluluk dışında öfke duygusu da yaşamaya başladım. Özellikle orada sivil halk varken ölmelerini göze alan terör örgütü üyelerinin sanki barışı istiyormuş gibi konuşmaları çok ciddi öfke uyandırıyor.

**Doktor:** Peki, moraliniz ve genel ruh haliniz nasıl?

**Hasta:** Bu olaydan sonra hayattan zevk alamama, isteksizlik, iştah kaybı, enerji kaybı, insanlardan uzaklaşma, eskiden sevdiğim etkinliklere katılmayı hiç istememe şikayetlerim de başladı. Bunun dışında intihar düşünceleri de ara ara aklıma geliyor.

**Doktor:** İntihar düşünceleri nedeniyle hayatınıza son vermeyi planladınız mı?

**Hasta:** Ölssem de kurtulsam düşünceleri oluyor, bir plan yapmadım. Çocuklarım ve ailem için böyle bir şey yapmayacağım. Ancak düşüncesi bile insanı bunalıyor.

**Doktor:** İç sıkıntısı ve huzursuzluktan bahsetmişsiniz. Bu durum sürekli oluyor mu?

**Hasta:** Sürekli değil ancak özellikle ani sesler duyduğumda, irkildiğimde daha sıklıkla oluyor. Bu durumun geçmesi saatler alıyor.

**Doktor:** Yaşadığınız olaydan sonra tekrar işe başladınız mı?

**Hasta:** İşe başlamak istedim ancak kendimi işe hiç veremedim. Hatta aile ilişkilerimde de bozulma oldu. Eskisi gibi çocuklarımla ilgilenemiyorum. Ayrıca eşimle de ilgilenemiyorum. Aslında genel olarak tüm sosyal ve iş alanlarında verimim düştü. Bu nedenle istirahat raporları almaktayım. Görev yerim de değişti.

**Doktor:** Peki görüşmemizin başında 6 aydır şikayetlerimde azalma var dediniz. Bunun sebebi nedir?

**Hasta:** Olaydan sonra psikiyatriye başvurmuştum. O dönemde ilaç tedavisi, psikoterapi ve EMDR tedavisi başlanmıştı. Bu tedavi yöntemleri ile şikayetlerimin yaklaşık yarısı azaldı. Ancak halen devam ediyor.

**Doktor:** Peki neden tedaviye orada devam etmediniz?

**Hasta:** Çünkü görev yerim değişti ve artık burada yaşıyorum. Orada tedaviyi sürdürmem çok zor.

**Doktor:** Anlıyorum bundan sonraki süreçte benzer tedavileri uygulamaya devam edeceğiz.

**Hasta:** Peki

**Doktor:** Herhangi bir kronik hastalığınız var mı? Herhangi bir ilaç kullanıyor musunuz?

**Hasta:** Kronik hastalığım yok, herhangi bir ilaç kullanmıyorum.

**Doktor:** Ailenizde psikiyatrik hastalığı olan var mı?

**Hasta:** Hayır

**Doktor:** Alkol, madde, sigara kullanıyor musunuz?

**Hasta:** Hayır kullanmıyorum.

## OLGU ÖZETİ

32 yaşında erkek hasta, yaklaşık bir yıldır huzursuzluk, gerginlik, kabus görme, keyifsizlik, isteksizlik, çabuk irkilme şikayetleri mevcut. Daha önce 6 ay süreyle ilaç ve psikoterapi tedavileri alarak belirtilerinde gerileme olsa da, halen şikayetleri devam ediyor. Bu yakınmalar nedeniyle işlevsellikte bozulması mevcut. DSM-5 tanı sistemine göre travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) tanısı konuldu. Öyküsünde ve aile hikayesinde herhangi bir özellik yok.

Hasta şikayetleri	Tanıya Yönelik Psikiyatrik Belirtiler
Kabus görme, geçmişe dönüşler, travma ile ilgili sıkıntı verici anılar	Yeniden yaşama belirtileri
Travmayı hatırlatan düşünceler, insanlar, yerler ve duygulardan kaçma isteği	Kaçınma belirtileri
Korku, öfke, suçluluk duyguları, insanlardan kopma ve yabancılaşma duyguları, travmanın bir kısmını hatırlayamama, mutluluk ve sevgi duygusunu yaşamakta zorlanma	Travmatik olaya ilişkin bilişlerde ve duygu durumunda olumsuz değişiklikler (küntleşme)
Çabuk irkilme, huzursuzluk, tetikte olma hali, öfke patlamaları	Travmatik olaylarla ilgili uyarılma ve tepki gösterme
Bir yıldır devam eden şikayetler	Travmatik olaydan sonra en az bir aydır belirtilerin olması



**DSM 5 TANI ÖLÇÜTLERİ**

**A.** Aşağıdaki yollardan biriyle gerçek ya da göz korkutucu bir biçimde ölümle, ağır yaralanmayla karşılaşmış ya da cinsel saldırıya uğramış olma

1. Travmatik olayı doğrudan deneyimlemek
  2. Başkalarının başına gelen olaylara doğrudan şahit olmak
  3. Bir aile yakınının ya da yakın bir arkadaşının başına travmatik olayın geldiğini öğrenmek
  4. Travmatik olayın/olayların caydırıcı ayrıntılarına tekrar tekrar veya aşırı maruz kalma

**B.** Travmatik olayın meydana gelmesinden sonra başlayan, travmatik olay/olaylar ile ilişkili aşağıdaki saldırı belirtilerinden birinin (veya daha fazlasının) varlığı:

1. Travmatik olayın/olayların tekrarlayan, istemsiz ve müdahaleci üzücü anıları
2. İçeriği ya da duygulanımı travmatik olay ile ilişkili, yineleyici sıkıntı veren düşler
3. Bireyin travmatik olay tekrarlıyormuş gibi hissettiği veya davrandığı disosiyatif reaksiyonlar
4. Travmatik olayın bir yönünü simgeleyen veya andıran iç veya dış uyaranlarla karşılaşınca yoğun veya uzun süreli psikolojik sıkıntı yaşama
5. Travmatik olayın bir yönünü simgeleyen veya anımsatan iç veya dış uyaranlarına belirgin fizyolojik tepkiler verme

**C.** Aşağıdakilerden birinin ya da her ikisinin birlikte olmasıyla belirli travmatik olaydan sonra ortaya çıkan, travmatik olaya/olaylara ilişkin uyaranlardan sürekli bir biçimde kaçınma:

1. Travmatik olayla ilgili ya da yakından ilişkili, sıkıntı veren anılar, düşünceler ve duygulardan kaçınma ya da bunlardan uzak durma çabaları
2. Travmatik olayla ilgili veya bunlarla yakından ilişkili üzücü hatıraları, düşünceleri veya duyguları uyandıran dış hatırlatıcılardan (insanlar, yerler, konuşmalar, aktiviteler, nesnelere, durumlar) kaçınma veya bunlardan kaçınmaya yönelik çabalar

**D.** Aşağıdakilerden ikisinin (ya da daha çoğunun) olmasıyla belirli,

travmatik olayın/olayların ortaya çıkmasından sonra başlayan ya da kötüleşen, travmatik olaya ilişkin bilişlerde ve duygu durumunda olumsuz değişiklikler olması:

1. Travmatik olayın/olayların önemli bir yönünü hatırlayamama
2. Kendisi, başkaları veya dünya hakkında kalıcı ve abartılı olumsuz inançlar veya beklentiler (örneğin, “ben kötüyüm”, “Kimseye güvenilemez”, “Dünya tamamen tehlikeli”)
3. Travmatik olayın/olayların nedeni veya sonuçları hakkında bireyin kendisini veya başkalarını suçlamasına neden olan ısrarcı, çarpık bilişler
4. Kalıcı olumsuz duygusal durum (ör. Korku, korku, öfke, suçluluk veya utanç)
5. Önemli faaliyetlere olan ilginin veya katılımın belirgin şekilde azalması
6. Başkalarından kopukluk veya yabancılaşma duyguları
7. Sürekli bir biçimde, olumlu duygular yaşayamama

**E.** Aşağıdakilerden ikisi (ya da daha çoğu) ile belirli, travmatik olayın ortaya çıkmasıyla başlayan ya da kötüleşen, travmatik olay/olaylar ile ilişkili, uyarılma ve tepki gösterme biçiminde belirgin değişiklikler olması:

1. İnsanlara ya da nesnelere karşı sözel ya da sözel olmayan saldırganlıkla dışa vurulan, kızgın davranışlar ve öfke patlamaları
2. Sakınmaksızın davranma ya da kendine zarar veren davranışlarda bulunma
3. Her an tetikte olma
4. Abartılı irkilme tepkisi gösterme
5. Odaklanma güçlükleri
6. Uyku bozukluğu

**F.** Bu bozukluğun süresi (B, C, D ve E ölçütleri) bir aydan daha uzundur.

**G.** Rahatsızlık, klinik olarak önemli sıkıntıya veya sosyal, mesleki veya diğer önemli işleyiş alanlarında bozulmaya neden olur.

**H.** Rahatsızlık, bir maddenin (örneğin ilaç, alkol) veya başka bir tıbbi durumun fizyolojik etkilerine atfedilemez (1).

## KLİNİK BULGULAR

- TSSB’de genel olarak klinik özellikle üç ana başlık altında tanımlanabilmektedir. Bunlardan bir tanesi artmış uyarılmışlık belirtisidir. TSSB’nin genel olarak en sık görülen belirtisi olup strese verilen ilk yanıt olarak dikkat çekmektedir. Uykuya dalmakta ve sürdürmekte güçlük, öfke patlamaları, konsantre olamama, gerginlik, aşırı irkilme yanıtı ve huzursuzluk şeklinde kendini göstermektedir. Genellikle kişinin tedavi arayışı bu belirtilere bağlı olmaktadır.
- Travmatik olayı yeniden yaşantılamalarda klinik belirtiler olarak göze çarpmaktadır. Tekrar tekrar gözünün önüne gelen travmatik anılar, tekrarlayıcı düşünceler, hatıralar, düşünceler, yanılsamalar ve geriye dönme (flashback) şeklinde yeniden yaşantılamalar şeklinde görülmektedir. Olayı anımsatan veya simgeleyen durumlarda kişi ciddi sıkıntı ve gerginlik hissi yaşamaktadır. Bu yaşantılar geçmişte yaşanılmış olan olayla doğrudan veya dolaylı olarak ilişkilidir.
- Üçüncü ana başlık ise kaçınma ve küntleşme belirtileridir. Kaçınma durumu travma ile ilişkili düşünce, konuşma, duygu, etkinlik ve insanlardan kaçınma, dış dünya ile ilgili olumsuz inanışların olduğu bilişler, depresif şikayetlerin ışığında dış dünya ile bağlantıda sınırlılık ve içe kapanma belirtileri görülmektedir. Zaman içinde bellek, algı ve bilgi işlemede süreç bozulmaktadır. Kişi TSSB nedeniyle kendisine gelen uyaranları tanımlayıp ayırtırmadan bir tepki vermektedir. Verilen bu tepkiler ise geçmiş travmatik yaşantıların ışığında belirlenmektedir. Kişi uyarı karşısında, korku, endişe, kızgınlık, öfke, dona kalma veya saldırma gibi öngörülemeyen bir şekilde ortaya çıkmaktadır (2).

<b>TSSB değerlendirme soruları</b>
Başınıza gelen en kötü olay neydi?
Hayatınızı tehlikeye attı mı?
Saldırıya uğradınız mı?
Fiziksel ya da cinsel istismara uğradınız mı?
Yaşadığınız bir travmatik olay ise neler hissettiniz?
Yaşadığınız travmatik olay ile ilgili konuşmaktan kaçıyor musunuz?
Yaşadığınız travmatik olay istemeden aklınıza geliyor ve sıkıntı yaşıyor musunuz?

## Tanı aşamasında dikkat edilecek hususlar

Özellikle travmatik olayın tanımı iyi yapılmalıdır. Kişinin yaşadığı olayın TSSB olarak değerlendirilmesi için kişinin ölüm, ağır yaralanma veya cinsel istismar durumlarıyla ya kendisinin yaşaması ya şahit olması ya da sevdiği birinin başına geldiğini öğrenmesi şeklinde olmalıdır. Diğer ayırıcı tanıları da dışlamak gerekmektedir.

## Epidemiyoloji

- Erişkin nüfusta TSSB'nin yaşam boyu yaygınlığı %1 ile %12,3 arasında değişmektedir. Genel nüfus içerisinde yaşamın herhangi bir döneminde prevalans oranları düşük iken travmatize toplumlarda travmanın şiddetine göre bu oran artar. Genç nüfusta travmaya maruz kalma ve TSSB gelişim oranı yüksektir. İngiltere'de yapılan bir çalışmada gençlerin %15-82,5'i travmatik bir olay yaşadığı, %1,3-8,1'inin ise yaşamları boyunca TSSB geliştirdiği bildirilmiştir (3).
- Kadınlarda TSSB gelişme riski erkeklere göre iki kat daha yüksek olduğu bildirilmektedir. Ulusal Eşitlik Çalışmasında (National Comorbidity Survey) yaşam boyu TSSB yaygınlığının %7.8 olduğu; en sık görülen travma biçiminin erkeklerde savaş ile ilişkili travmaları yaşamak ve tanık olmak, kadınlarda ise tecavüz yada cinsel tacize uğramak olduğu saptanmıştır (4).

## Eş Tanılar

- TSSB tanısı ile takip edilen kişilerin önemli bir kısmında en az bir psikiyatrik bozukluğun eşlik ettiği bildirilmektedir. TSSB sıklıkla duygudurum bozuklukları, psikoaktif madde kötüye kullanımı, kişilik bozuklukları, somatoform bozukluklar, dissosiyatif bozukluklar, yeme bozuklukları, cinsel işlev bozuklukları ve psikotik bozukluklar ile sıklıkla birliktelik göstermektedir (5).
- Kessler ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, psikiyatrik bozukluklar %27,9 ile %51,9 oranında TSSB'ye eşlik etmiştir. Erkeklerde en sık görülen bozukluk alkol kötüye kullanımı olup bunu depresyon, davranım bozukluğu ve madde kötüye kullanımı izlemektedir. Kadınlarda ise en sık görülen bozukluk depresyon olup bunu basit fobi, sosyal fobi ve alkol

kötüye kullanım izlemektedir. TSSB olgularında madde kötüye kullanımı %73, depresyon %26, antisosyal kişilik bozukluğu %31, distimi %21 ve OKB %10 oranında saptanmıştır (4).

### **Tedavi Yaklaşımları**

- Travma ve belirtileri ile ilgili psiko eğitim verilmesi
- Depresyon belirtileri için antidepresanlar
- Psikotik belirtiler için antipsikotikler
- Anksiyete belirtileri için anksiyolitikler
- Ruhsal sorunların olağan üstü duruma verilen olağan, anlaşılabilir bir tepki olduğunu açıklamak, yalnız ve tek olmadığını belirtmek
- Kişinin yaşadıklarını tanıması için belirtilerin neden-sonuç ilişkilerini açıklamak
- Travma ile ilgili felaketleştirmenin bilişsel olarak ele alınması (Bilişsel Davranışçı Terapi)
- Hipnoterapi
- Gevşeme egzersizleri
- Göz hareketleri ile duyarsızlaştırma ve yeniden işleme (EMDR) tedavisi

### **Tedavi hedefleri**

1. Depresyon ve anksiyete belirtilerin kontrolü
2. Dürtüsel davranışların kontrolü
3. Özkıyım düşüncelerinin önlenmesi
4. Günlük problemler ile baş etme eğitimi
5. Kişilerarası ilişkiler, rol değişimi ve benlik saygısı ile ilgili beceri kazanma
6. Travma ile ilgili anıların yeniden işlenmesi

#### **Örnek Reçete**

Sertralin 50 mg/gün (depresyon ve anksiyete belirtileri için)

Ketiyapin 100 mg (psikotik belirtiler için)

Trazodon 100 mg (uykusuzluk için)

Propranolol 40 mg (kabus ve sıçramalar için)

## AKUT STRES BOZUKLUĞU

### Olgu örneği psikiyatrik görüşme

*19 yaşında, kadın hasta, üniversite öğrencisi, bekar, şehir merkezinde devlet yurdunda yaşıyor.*

**Doktor:** Hoş geldiniz, sizi bugün buraya getiren şikayetinizi öğrenebilir miyim?

**Hasta:** Önümde gerçekleşen trafik kazasından sonra korku, endişe, çarpıntı, huzursuzluk hissi yaşıyorum.

**Doktor:** Ne zaman kazaya şahit oldunuz?

**Hasta:** 5 gün önce yurttan çıktıktan sonra okula giderken her zaman kullandığım yolda yaya geçidinden geçmekte olan birisine araç çarptı. Kanlar içinde yere yığılan kişi ambulans gelene kadar olay yerinde yaşamını yitirdi.

**Doktor:** Araç çarparken gördünüz mü?

**Hasta:** Her anına şahit oldum. Yaya geçidinden ben de geçmek üzereydim aslında. Ancak araç yavaşlamadı bile. Araç çarptıktan sonra genç adam metrelerce uzağa savruldu. Kafasından kan geliyordu. Hemen müdahale etmek istedik ancak iş işten geçmişti.

**Doktor:** Peki olaydan sonra neler hissettiniz?

**Hasta:** Önce şoka girdim. Ne yapacağımı bilemedim. Yaralının yanına gidip nabzına bakmak bile aklıma gelmedi. Olaydan sonra yurda geri döndüm ve ağlamaya başladım.

**Doktor:** Daha sonra ne oldu?

**Hasta:** Daha sonra şahit olduğum olay sürekli gözümün önüne gelmeye başladı. Hiç aklımdan çıkmıyordu. Olay aklıma geldikçe sanki olayı tekrar yaşıyormuşum gibi hissetmeye başladım. Aklımdan olayı atmaya çalıştıkça daha çok gelmeye başladı. Ayrıca çarpıntı, terleme, gerilme hissi, rüyalarda olay ile ilgili kabus görme, zamanı yavaşlamış gibi hissetme belirtileri başladı.

**Doktor:** Olay yerine tekrar gittiniz mi?

**Hasta:** Üniversitemin yolu olduğu için mecburen o yolu kullanmak zorundayım. Ancak oradan her geçişimde tekrar olayı yaşıyormuş gibi oluyorum ve oradan geçmek istemiyorum. Hatta en son çareyi yolu uzatarak başka yerden gitmekte buldum.

**Doktor:** Arkadaşlarınız veya aileniz ile bu yaşadığınız olayı paylaştınız mı?

**Hasta:** Aslında başta paylaştım ve iyi geliyor gibiydi. Ancak paylaştıkça tekrar hatırlamaya başlıyorum ve çarpıntı gerginlik belirtileri tekrarlıyor. Bu yüzden paylaşmaktan ve anlatmaktan vazgeçtim. Ayrıca eskisi kadar konsantre olamıyorum. Dikkat ve yoğunlaşmamda sorunlar da başladı.

**Doktor:** Peki bu durum sosyal hayatınızı nasıl etkiliyor?

**Hasta:** Okula bile gitmek istemiyorum. Arkadaşlarımla konuşmak istemiyorum. Sürekli tedirgin olduğum için de derslerime çalışamıyorum.

**Doktor:** Herhangi bir kronik hastalığınız var mı? Herhangi bir ilaç kullanıyor musunuz?

**Hasta:** Kronik bir hastalığım yok, herhangi bir ilaç kullanmıyorum.

**Doktor:** Ailenizde psikiyatrik hastalığı olan var mı?

**Hasta:** Ailemde psikiyatrik hastalığı olan veya uyku ile ilgili bir problemi olan bildiğim kadarı ile yok.

**Doktor:** Alkol, madde, sigara kullanıyor musunuz?

**Hasta:** Hayır kullanmıyorum.

## OLGU ÖZETİ

19 yaşında kadın hasta, yaşadığı ölümcül trafik kazasına şahit olduktan hemen sonra başlayan, 6 gündür devam eden çarpıntı, huzursuzluk, endişe, dışarı çıkmak istememe, okula giderken olay yerini gördüğünde yoğun sıkıntı yaşama şikayetleri ile başvurdu. Bu şikayetleri nedeniyle işlevsellikte belirgin bozulması mevcut. Alkol-madde kullanımı yok. DSM-5' e göre akut stres bozukluğu tanısı kondu.

<b>Hasta şikayetleri</b>	<b>Tanıya Yönelik Psikiyatrik Belirtiler</b>
Gündüz aşırı uykululuk	Travmatik olayın tekrarlayıcı şekilde istenmeden gelen anıları
Kabus görme	Olayın acı veren şekilde tekrarlayan rüyalarla görülmesi
Olayı tekrar yaşıyormuş gibi geri dönüşler	Dissosiyatif reaksiyonlar
Her zaman kullandığı yolu kullanırken yaşadığı iç sıkıntısı, huzursuzluk, çarpıntı terleme gibi belirtiler	Travmatik olaya benzeyen ya da sembolize eden durumlarda ağır ve uzamış psikolojik sıkıntı ya da belirgin fizyolojik tepkiler
Olay ile ilgili ailesi ve arkadaşları ile konuşurken yaşadığı sıkıntı nedeniyle konuyu değiştirme veya bulunduğu ortamdaki kaçma isteği	Travma ile ilgili dışsal anımsatıcılardan (kişiler, yerler, konuşmalar, aktiviteler, nesnelere, durumlar) kaçınma
Derslerine yoğunlaşamama ve dikkat eksikliği	Konsantrasyon güçlüğü
	En az 3 gün ile bir ay arasında belirtilerin devam etmesi

## DSM-5 TANI ÖLÇÜTLERİ

Tanı için A B C D E ölçütlerinin karşılanması gereklidir.

**A.** Aşağıdaki yollardan biriyle gerçek ya da göz korkutucu bir biçimde ölümle, ağır yaralanmayla karşılaşmış ya da cinsel saldırıya uğramış olma

1. Travmatik olayı doğrudan deneyimlemek
2. Başkalarının başına gelen olaylara doğrudan şahit olmak
3. Bir aile yakınının ya da yakın bir arkadaşının başına travmatik



olayın/olayların geldiğini öğrenmek

4. Travmatik olayın sıkıntı verici ayrıntılarına aşırı maruz kalma

**B.** Aşağıdaki 14 belirtiden en az 9'unun varlığı

- Olayın tekrarlayıcı bir şekilde istenmeden gelen anıları
- Olayın acı veren şekilde tekrarlayan rüyalarla görülmesi
- Dissosiyatif reaksiyonlar (flashback atakları)
- Travmatik olaya benzeyen ya da sembolize eden durumlarda ağır ve uzamış psikolojik sıkıntı ya da belirgin fizyolojik tepkiler
- Israrlı bir şekilde olumlu duyguları yaşayamama
- Kendisi ya da çevresindekilere yönelik gerçeklik algısının değişmesi
- Travmatik olayın önemli yönlerini hatırlamama (dissosiyatif amnezi)
- Travma ile ilgili anı, düşünce ya da duygulardan kaçınma
- Travma ile ilgili dışsal anımsatıcılardan (kişiler, yerler, konuşmalar, aktiviteler, nesnelere, durumlar) kaçınma
- Uyku bozukluğu
- Öfke patlamaları
- Hipervijilans
- Konsantrasyon bozukluğu
- Abartılı irkilme yanıtı

**C.** Belirtilerin süresi 3 gün ile 1 ay arasında olmalı

**D.** İşlevsellikte bozulma

**E.** Başka bir hastalığa veya madde kullanımına bağlı olmamalı (1).

## **KLİNİK BULGULAR**

- Travmatik olaya şahit olma
- Olay sonrasında en az 3 gün olmak koşulu ile istenmeden gelen hatırlamalar, rüyada yaşadığı olayı kabus olarak görme, olayın olduğu ana geri dönüş yaşama.
- Kendisi veya çevresindekilere yönelik zaman algısında bozulma ve olayın

belli kısımlarını hatırlayamama şeklinde dissosiyatif belirtiler.

- Travmatik olayın anı, düşünce ve duygulardan kaçınma ile travma ile ilgili hatırlatıcı unsurlardan kaçma isteği.
- Öfke patlaması, uyku bozukluğu, konsantrasyon güçlüğü gibi aşırı uyarılmışlık belirtileri.

<b>Akut stres bozukluğu değerlendirme soruları</b>
Ölümcül olabilecek, ciddi yaralanmaya neden olabilecek travmatik bir olay yaşadınız mı?
Travmatik olaydan sonra uyku sorunu yaşıyor musunuz?
Travmatik olaydan sonra yaşadığınız olay sık sık aklınıza geliyor mu?
Travmatik olaya benzeyen durumlarda bedensel veya ruhsal sıkıntı yaşıyor musunuz?
Travmatik olay ile ilgili gerçeklik dışı durumlar yaşıyor musunuz?
Travmatik olayı aklınıza getirecek durumlardan kaçıyor musunuz?
Travmatik olaydan sonra uyku bozukluğu, gerginlik hissi veya konsantrasyon güçlüğü yaşıyor musunuz?

### **Tanı aşamasında dikkat edilecek hususlar**

- Tanı için travmatik olayı yaşamak, şahit olmak veya sevdiği birisinin başına geldiğini öğrenmiş olmak gereklidir.
- Tanı için travmatik olayın ölümcül, ciddi bir yaralanma veya cinsel saldırı şeklinde olması gereklidir.
- Travmatik olaydan sonra yaşanan belirtilerin süresi en üç gün olmalı ancak bir ayı geçmemelidir.
- Ayırıcı tanıda mutlaka psikiyatrik muayene hem ayırıcı tanı açısından hem de eşlik eden diğer psikiyatrik bozukluklar için önemlidir.

### **Epidemiyoloji**

- Akut stres bozukluğunun (ASB) yaygınlık oranları çalışmaların desenine ve travmanın türüne göre değişkenlik göstermektedir. Akut stres bozukluğunun geçici doğası nedeniyle yaygınlık çalışmaları karmaşık

olup yaygınlığı saptamak güçleşmektedir.

- DSM-5 kriterlerine göre kişiler arası şiddete bağlı travmalarda %20-50 arasında akut stres bozukluğu gelişirken, kişiler arası şiddetin dışlandığı travmalarda bu oran %20'yi geçmemektedir (6). Taşıt kazaları sonrasında gelişen ASB değerlendirildiği bir metaanalizde öz bildirim ölçeklerine göre değerlendirilen ASB prevalansı %17, yapılandırılmış klinik görüşmelerle tanı konan ASB prevalansı %15 olarak bulunmuştur (7). Ülkemizde 2011 yılında Ankara'da yaşanan patlama sonrasında 197 kişi ile yapılan çalışma sonucunda ASB tanısı yaygınlığı %37 olarak bulunmuştur (8).

## **Eş Tanılar**

Akut stres bozukluğu depresyon ve anksiyete bozukluğu ile sıklıkla birlikte görülmektedir.

## **Tedavi Yaklaşımları**

- Belirtilere yönelik tedavi
- Olay ve olay ile ilgili duyguları paylaşmak
- Olayı kabul etmesine yardımcı olmak
- Cesaretlendirmek ve desteklemek
- Basit ancak önemli konularda alternatiflere yönelmek
- Bilişsel davranışçı terapi, hipnoterapi

## **Tedavi hedefleri**

1. Depresyon, anksiyete ve dissosiyatif belirtilerin kontrol altına alınması
2. Psikoeğitim
3. Stresle baş etme becerilerinin öğretilmesi
4. Gevşeme egzersizleri
5. Travma ile ilgili bilgilerin yeniden işlenmesi

## UYUM BOZUKLUĞU

### Olgu örneği psikiyatrik görüşme

*54 yaşında, kadın hasta, ilkokul mezunu, evli, iki çocuk sahibi, ev hanımı; eşi ile birlikte şehir merkezinde yaşıyor.*

**Doktor:** Hoş geldiniz, sizi bugün buraya getiren şikayetinizi öğrenebilir miyim?

**Hasta:** Uykuya dalmakta ve sürdürmekte güçlük yaşıyorum, keyifsizim, bıkınlık var, gelecekte umudum kalmadı.

**Doktor:** Bu şikayetleriniz ne zaman başladı?

**Hasta:** Yaklaşık 45 gündür hastanede yatıyorum ve hastanede yatmaya başladıktan sonra bu düşünce ve duygular başladı.

**Doktor:** Uzun süredir hastanede yatıyorsunuz bu durum sizi yormuş olmalı. Neden hastanede uzun süredir yatıyorsunuz?

**Hasta:** Evet bu kadar uzun süredir hastanede kalmak gerçekten psikolojimi bozdu. Yüksek tansiyon, şeker yüksekliği, kansızlık, ritim bozukluğu gibi şikayetler nedeniyle uzun süredir tedavi kullanıyordum. Ancak şikayetler tam olarak düzelmediği için hastanede yatarak tedavi görmemin iyi olacağı söylendi. Fakat bir şikayetimi düzeltirken diğer şikayetlerimin olması üzerine yatış sürecim uzadı.

**Doktor:** Tedavinizi kullanmıyor musunuz?

**Hasta:** İlaçlarımı düzenli kullanıyorum aslında ama kilo da aldıktan sonra tedavi sürecimde düzensizlik oldu.

**Doktor:** Peki mutsuz ve umutsuz olduğunuzu belirttiniz. Bunun sebebi ne olabilir?

**Hasta:** Uzun zamandır farklı farklı hastalıklarım nedeniyle tedavi kullanıyorum ve bir şekilde dengeli gidiyordum. Ancak son dönemde kullandığım ilaçlar da fayda etmemeye başladı. Hastanede yatmama rağmen kan değerlerimden bazıları düzelirken bazı kan değerlerim bozuluyor. Kalp ritim bozukluğu nedeniyle felç geçirme ihtimalim olduğu için de gerekli tetkik ve incelemeler yapılıyor. Ancak süreç çok uzadı ve hala bir yol alamadığımızı düşünüyorum. Bu nedenle de hastalıklarımın düzelmesi konusunda umudum azaldı.

**Doktor:** Ancak gördüğüm kadarı ile doktorlar ve diğer sağlık çalışanları çok ilgililer ve sizin daha iyi olmanız için gayret içindeler.

**Hasta:** Evet kesinlikle çok ilgililer ama yine de insanın hastanede kalıyor

olması ve yakınlarımlarımın refakatçi olarak benimle uğraşmak zorunda kalmaları canımı sıkıyor.

**Doktor:** Peki uykuya dalma ve sürdürme güçlüğünüz ne zamandan bu yana var?

**Hasta:** Uykusuzluğum da hastanede yattıktan sonra başladı. Her uyanışında evimden farklı bir yerde olmak gerçekten canımı sıkıyor.

**Doktor:** Peki bu duygularınız gün içinde hep aynı mı seyrediyor?

**Hasta:** Aslında çoğu zaman moralsiz ve keyifsizim. Ancak bazen gün içinde düzelecekmişim, her şey yoluna girecekmiş ve evime sağlık içinde dönecekmiş gibi hissettiğim zamanlar oluyor. Ancak mutsuz olduğum anlar daha fazla.

**Doktor:** Yaşadığınız sıkıntı gündelik durumunuzu nasıl etkiliyor?

**Hasta:** İlaçlarımı bile içmek istemiyorum. Zaten tedaviden fayda görmeyeceğimi düşünüyorum. Yakınlarıma yük olduğumu düşünüyorum. Hastaneye yattığım ilk dönemde oyalanacak bir şeyler buluyordum. Şimdi ise her şey boş gelmeye başladı. Ailemle bile yeterince ilgilenemiyorum.

**Doktor:** Sigara, alkol veya madde kullanıyor musunuz?

**Hasta:** Hayır kullanmıyorum.

## OLGU ÖZETİ

54 yaşında kadın hasta, hastanede yattığı uzun süre içinde keyifsizlik, çökkünlük, umutsuzluk, uyku bozukluğu gibi psikiyatrik belirtileri başlıyor. Bu şikayetlerden sonra hem aile ilişkilerinde hem de tedavi ile ilgili motivasyonunda düşme olması işlevsellik kaybı olarak değerlendirildi.

Hasta şikayetleri	Tanıya Yönelik Psikiyatrik Belirtiler
Uykuya dalmakta ve sürdürmekte güçlük	Uyku bozukluğu
Keyifsizlik, moralsizlik	Depresif belirtiler
Umutsuzluk, iyileşme konusunda eskisi kadar direncinin olmaması	Hastalığının iyileşmesi konusunda motivasyon kaybı ve gelecek ile ilgili olumsuz inanışlar
	Tüm belirtilerin hastane yatışından sonraki ilk üç ay içinde başlamış olması

## DSM-5 TANI ÖLÇÜTLERİ

- A.** Tanımlanabilir tetikleyici etkene tepki olarak, bu nedenlerin ortaya çıkmasından sonraki üç ay içinde duygusal ya da davranışsal tepkiler olması
- B.** Bu belirtiler ya da davranışlar, aşağıdakilerden biri ya da her ikisi ile belirli olması ile klinik açıdan önemlidir:
1. Belirtilerin ağırlığını ve görünümünü etkileyebilecek dış bağlam ve kültürel etkenler göz önünde bulundurulduğunda, tetikleyici etkenin ağırlığı ya da yoğunluğu ile orantısız, belirgin bir sıkıntı
  2. Toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte ileri derecede düşme
- C.** Tetikleyici etkenle ilişkili bu bozukluk başka bir ruhsal hastalığın tanı ölçütlerini karşılamaz ve daha önceden var olan bir ruhsal bozukluğun yalnızca bir alevlenmesi değildir
- D.** Belirtiler olağan yaş göstermez
- E.** Tetikleyici etken ya da bunun getirdiği sonuçlar bir kez ortadan kalkınca belirtiler 6 aydan daha uzun sürmez (1).

## KLİNİK BULGULAR

- Uyum Bozukluğu (UB), ASB ve TSSB ile birlikte etiyolojisinde stres yaratan bir yaşam olayının şart koşulduğu psikiyatrik bozukluklardandır
- UB, zorlayıcı bir durum ya da olaya karşı verilen emosyonel yanıtla karakterize bir grup klinik tabloyu içermektedir. Zorlayıcı olay tıbbi hastalıklar, ekonomik ya da kişilerarası ilişkiler, ortam değişikliği gibi durumları içermektedir.
- Ortaya çıkan belirtiler, anksiyöz ya da depresif duygudurumu ya da davranım sorunlarını içerebilir. Ancak bu belirtiler diğer psikiyatrik bozuklukların tanı kriterlerini karşılamayacak düzeydedir. Eğer tanı olarak depresyon veya anksiyete bozukluğu gibi bir psikiyatrik durumu karşılıyorsa tanı UB değildir.
- Tanım gereği belirtilerin zorlayıcı durum ya da olay ile karşılaştıktan sonraki ilk üç ay içerisinde ortaya çıkması ve olay ya da durum ortadan kalktıktan sonraki altı ay içerisinde kaybolması gerekir.

<b>Uyum bozukluğu değerlendirme soruları</b>
Ruhsal şikayetleriniz yaşamınızda stres yaratan bir olaydan veya durumdan sonra mı başladı?
Belirtilerinize neden olan olay veya durum son üç ay içinde mi oldu?
Bu belirtileriniz daha önce olan psikiyatrik bozukluğunuzun devamı niteliğinde mi?
Bu belirtileriniz neden olan olay veya durum ortadan kalktıktan sonraki 6 içinde tamamen düzeldi mi?
Yaşadığınız belirtiler hayatınızı nasıl etkiliyor? İş hayatınızı/ okul hayatınızı/ ev işlerinizi yapmakta zorluğa yol açıyor mu?

### **Tanı aşamasında dikkat edilecek hususlar**

- Stres (ruhsal zorlanma) oluşturacak bir etkenin olması gereklidir. Stres etkenin kişide beklenenden daha fazla sıkıntı belirti göstermesi önemlidir. Stres etkeninin başlangıcından sonraki 3 ay içerisinde belirti ve bulguların başlaması gerekliliktir.
- Ruhsal zorlanma yaşayan kişideki belirtiler başka bir psikiyatrik bozukluk tanı kriterlerini karşılamamalıdır. Tanım gereği ruhsal zorlanma ortadan kalktıktan sonra 6 içinde belirtilerin yok olması gerekmektedir.

### **Epidemiyoloji**

Klinik uygulamalarda sıkça karşımıza çıkan uyum bozukluğu tanısının yaygınlığı %7-35 arasında değişmektedir (9). Uyum bozukluğu hastanede yatarak tedavi gören hastalarda en sık karşılaşılan psikiyatrik tanı olup hastanede yatan hastalardaki oranı %13.7 olarak bildirilmiştir (10). Covid-19 salgını döneminde yapılan bir çalışmada karantina altına alınan bireylerde uyum bozukluğu oranı %14 olarak değerlendirilmiştir (11).

### **Eş Tanılar**

Uyum bozukluğunda en sık komorbid durumlar madde kullanım bozuklukları ve kişilik bozukluklarıdır. Hastanede yatan kişilerde uyum bozukluğu tanısı alanlarda Organik Mental Bozukluk komorbiditesi sık olarak bulunmuştur (12).

## **Tedavi Yaklaşımları**

- Çok farklı semptom kümesi olduğundan tek bir tedavi şekli yoktur
- Psikoterapi ya da ilaç tedavisi çoğu zaman gerekemeyebilir ve kendiliğinden düzelmeler sıktır
- Tedavideki esas amaç belirtilerin azaltılması ve önceki işlevsellik düzeyine getirmektir
- Stresi tolere edemeyen kişilerde uzun süreli tedavi gerekebilmektedir
- Hasta duygu ve düşüncelerini açıkça tartışması konusunda cesaretlendirilmelidir
- Zorlanmaya ilişkin endişeleri normalize edilip bu endişelerin anlaşılabilir olduğu vurgulanmalıdır
- Bireysel psikoterapinin yanında benzer durumlarla karşı karşıya kalmış kişilerde grup psikoterapisi özellikle yararlı olabilir

## **Tedavi hedefleri**

1. UB tedavisi için semptomların doğasını ve şiddetini, kötü premorbid işlevsellik ve kalıcı stresörler gibi kötü gidişat ile ilişkili risk faktörlerini iyi değerlendirmek gerekmektedir
2. Stres etkeni ortadan kalkana kadar duruma uygun tedavi yaklaşımları ile kişinin işlevselliğinin düzeltilmesi

### **Örnek Reçete**

Sertralin 50 mg

Essitalopram 10 mg

## **KAYNAKLAR**

1. American Psychiatric Association (APA) Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5. Washington: APA; 2013.
2. Özgen F, Aydın H. Travma Sonrası Stres Bozukluğu; *Klinik Psikiyatri*, 1999;1:34-41.
3. Lewis SJ, Arseneault L, Caspi A, Fisher HL, Matthews T, Moffitt TE, et al. The epidemiology of trauma and post-traumatic stress disorder in a representative cohort



- of young people in England and Wales. *The Lancet Psychiatry*, 2019;6(3): 247-256.
4. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E. Posttraumatik Stress Disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*, 1995;52:1048-1060.
  5. Davidson JRT, Connor KM. Management of posttraumatic stress disorder: diagnostic and therapeutic issues. *J Clin Psychiatry*, 1999;60(18):33-38.
  6. Geoffrion S, Goncalves J, Robichaud I, Sader J, Giguere CE, Fortin M, et al. Systematic review and meta-analysis on acute stress disorder: Rates following different types of traumatic events. *Trauma Violence Abuse*, 2022;23(1): 213-223.
  7. Dai W, Liu A, Kaminga AC, Deng J, Lai Z, Yang J, et al. Prevalence of acute stress disorder among road traffic accident survivors: a meta-analysis. *BMC psychiatry*, 2018;18(1): 1-11.
  8. Taymur İ, Sargin AE, Özdel K, Türkçapar HM, Çalışgan L, Zamki E, ve ark. Endüstriyel Bir Patlama Sonrasında Akut Stres Bozukluğu ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu Gelişiminde Olası Risk Faktörleri. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 2014;51(1): 23-29.
  9. Doruk A, Çelik C, Özdemir B, Özşahin A. Uyum bozukluğu ve yaşam olayları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*.2008;9(4):197-202.
  10. Siverstone PH. Prevalence of psychiatric disorders in medical inpatients. *J Nerv Ment Dis*, 1996;184(1):43-51.
  11. Dragan M, Grajewski P, Shevlin M. Adjustment disorder, traumatic stress, depression and anxiety in Poland during an early phase of the COVID-19 pandemic. *Eur J Psychotraumatol*, 2021;12(1):1860356.
  12. Bisson JI, Sakhuja D. Adjustment disorders. *Psychiatry*, 2006;5(7):240-242.



## 7. BÖLÜM

### DİSOSİYATİF BOZUKLUKLAR

**Doç. Dr Hülya ERTEKİN**

*Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi,  
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı  
md.ertekin@gmail.com  
<https://orcid.org/0000-0003-4787-5333>*

**Dr. Hekim ATAY**

*Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi,  
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı  
hkmatay@gmail.com  
<https://orcid.org/0009-0005-2963-4343>*

**Dr. Eda KÖKSALAN**

*Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi,  
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı  
edakoksalan7@gmail.com  
<https://orcid.org/0009-0002-5011-2337>*

**Dr. Gökay ELDEN**

*Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi,  
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı  
gokayyelden@gmail.com  
<https://orcid.org/0005-2983-5372>*

## DİSOSİYATİF KİMLİK BOZUKLUĞU

### Olgu örneği psikiyatrik görüşme

*25 yaşında, kadın hasta, lise mezunu, hiç evlenmemiş, işsiz, anne ve erkek kardeşiyle şehir merkezinde yaşıyor.*

**Doktor:** Hoş geldiniz, sizi bugün buraya getiren şikâyetiniz nedir?

**Hasta:** Kafamın içinde konuşan birçok ses var, dikkatimi dağıtıyorlar. Onlarla tartışıyorum. Buna bağlı ruh halim de sürekli değişiyor. Ayrıca çevreme göre yaptığım bir sürü şeyi hatırlayamıyordum.

**Doktor:** Bu şikâyetleriniz ne zaman başladı?

**Hasta:** Ben 14 yaşındayken başladı.

**Doktor:** Şikâyetleriniz ne kadar sıklıkla oluyor?

**Hasta:** Bu şikâyetlerim 13 yıldır var, artıp azalıyorlar. Ama genellikle her gün oluyor.

**Doktor:** Şikâyetleriniz gün içinde nasıl seyrediyor?

**Hasta:** Gün içinde de dalgalı. Bazen hiç olmuyor, sonra aniden başlıyor.

**Doktor:** İlk kez 14 yaşında başladığınızı söylediğiniz şikâyetleriniz nelerdi?

**Hasta:** O zaman liseye başlamıştım. Derslerde dalıp gidiyordum. Derslerim çok kötüydü. Defalarca öğretmenlerle tartışınca annem beni çocuk psikiyatristine götürdü. Oradaki doktor neden tartıştığımı sordu; ben de öğretmenlerin yalan söylediğini, çünkü ödev vermedikleri halde ödev verdik dediklerini, yapmadığım şeyleri yaptığımı söylediklerini belirttim.

**Doktor:** Peki bu şikâyetleriniz zamanla nasıl seyretti?

**Hasta:** İşte sonra çocuk psikiyatrisine düzenli gittim. Lisenin bitişine doğru kafamda konuşan tartışan sesler oluşmuştu. Lise boyunca bazı zamanları unuttuğuma da ikna olmuşum. Arkadaşlarım bana “yine içine cin kaçtı” falan diyorlardı. Çünkü bazen etrafımı tanımıyordum. Sonra yetişkin psikiyatriden takip edildim. Şikâyetlerim genellikle bu şekilde devam etti. Son 1 aydır da çok fazla olmaya başladı. Kafamın içindeki seslerden bıktım.

**Doktor:** Bazen etrafınızın değiştiğini ya da size tuhaf geldiğini hissettiğiniz oldu mu?

**Hasta:** Evet bu da oluyor! Hatta bir ara sanki etraf küçülmüş gibi hissetmişim.

**Doktor:** Kafanızın içinde bir sürü ses olduğunu söylemişsiniz. Bunlardan

bahsetmek ister misiniz?

**Hasta:** Beni en çok huzursuz eden de bu. Seslerin sahipleri bile var. Üç kişinin sesi var. Zeynep kibar biri, beni kötü şeylere karşı uyarır sürekli. Mert'i sevmem. Çok sinirli, sadece kendini düşünüyor. Ondan korkuyorum, o konuşunca içimdeki sıkıntı artıyor. Diğer sesi tanımıyorum. Çok konuşmuyor zaten. Bu sesler son bir aydır o kadar arttı ki kendimi tanıyamıyorum artık. İçimde bir sürü ben varmış gibi hissediyorum.

**Doktor:** Sizce bu sesler gerçek mi yoksa beyninizde oluşan sesler mi?

**Hasta:** Hayır gerçek değil. Dışardan gelen sesler gibi değil.

**Doktor:** Yakın zamanda hatırlayamadığınız bir olay oldu mu?

**Hasta:** İki gün önce sosyal medyada paylaştığım bir fotoğrafı hatırlayamıyorum. Dün kendi profilime girince fark ettim. Önce şifremi çaldılar diye korktum ama fotoğrafın bana ait olduğunu görünce kafam karıştı. İçimde bir sıkıntı ve öfke oluştu.

**Doktor:** Gösterdiğiniz fotoğrafın altına yazılar yazmışsınız. Sakıncası yoksa okuyabilir misiniz?

**Hasta:** Tabii, *“Şimdi bana hesap ver, herkes yaptığından sorumludur. İçimdeki insan sevgisi iyi ki var, ama bunun da bir sınırı var! Bu ezmeye çalıştığın kişi diken olup ayağına batar.”*

**Doktor:** Bu yazıyı hatırlıyor musunuz?

**Hasta:** Hayır, bu kafamdaki Mert'in sözlerine benziyor. O hep böyle sinirli ve net konuşur.

**Doktor:** Şikayetlerinizin siz yaklaşık 14 yaşınızdayken başladığınızı belirttiniz. Ondan önceki hayatınızdan bahsedebilir misiniz?

**Hasta:** Aslında hiç bahsetmek istemiyorum.

**Doktor:** Neden bahsetmek istemiyorsunuz?

**Hasta:** Çünkü pek güzel değildi. Peki anlatayım. Kendimi bildim bileli annem ve babamın kavgalarına şahit oldum. Sanki ben evde yoktum. Kavgalar bazen fiziksel şiddete dönüşüyordu. Defalarda babamın annemi dövdüğüne şahit oldum. Beni de döverlerdi. Ben 11 yaşıma geldiğimde boşandılar. Bazen babamda bazen annemde kalırdım. Babam alkol bağımlısı olmuştu. Arkadaşlarımı eve çağırır sabaha kadar içerlerdi...

**Doktor:** Neden sustuğunuzu sorabilir miyim?

**Hasta:** Ben 13 yaşındayken babamın eve çağırdığı bir arkadaşımın tacizine

uğradım. Kimseye söyleyemedim.

**Doktor:** Bu sizin için hem yaşanması hem de anlatılması zor bir durum olmalı. Benimle paylaştığınız için teşekkür ederim. Bugün her şeyi anlatmak zorunda değilsiniz. İsterseniz ileriki görüşmelerimizde bu konuda konuşabiliriz.

**Hasta:** Tamam

**Doktor:** Alkol ya da madde kullanımınız oldu mu?

**Hasta:** Ben hayatımda ne alkol ne da madde kullandım. Sadece günde bir paket sigara içiyorum.

**Doktor:** Bildiğiniz bir hastalığınız ya da düzenli ilaç kullanımınız var mı?

**Hasta:** Hayır

**Doktor:** Ailenizde psikiyatriye giden var mı?

**Hasta:** Olmaz mı? Annem ve babam ikisi de sürekli giderler. İkisine de kaygılı depresyon tanısı konulmuş. Ayrıca babam alkol bağımsı.

## OLGU ÖZETİ

27 yaşında kadın hasta, gün içindeki bazı zaman dilimlerini hatırlayamama, kafasında kişiliği ve isimleri farklı sesler duyma onlarla tartışma, bunlara bağlı duygulanımda değişiklikler, çevresine karşı oluşan algı bozuklukları şikayetleri mevcut. Bu şikayetler çocukluk dönemindeki yaşadığı travma sonrası başlamış, giderek şiddetlenmiştir. Şikayetler hemen her gün ve gün boyu sürmekte, hastanın duygulanım, bilinç, bellek, algı ve bilişsel süreçlerinde dalgalanmalar oluşturarak işlevselliğini bozmaktadır. Öyküsünde şikayetlerine neden olacak alkol veya madde kullanımı, başka tıbbi hastalıklar (Ör: epilepsi vb.), ruhsal hastalıklar saptanmadı. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı'nda (DSM-5) tanı sistemine göre hastaya disosiyatif kimlik bozukluğu (DKB), tanısı konuldu.

Hasta şikayetleri	Tanıya Yönelik Psikiyatrik Belirtiler
Hafıza boşlukları veya amnezi- kendinden kopuk hissetme- beden dışı deneyimler	Kimlikte ayrışma
İki veya daha fazla farklı kişiliğin veya kimliğin varlığı- kimlikler arasında ses, tavırlar ve hatta fiziksel özelliklerde farklılıklar- her kimliğin kendine özgü bir adı, kişisel geçmişi ve özellikleri olması	Kimlikte ayrışma/Alter kişilikler
Kişisel bilgilere ilişkin amnezi- travmatik olsun veya olmasın, önemli kişisel olayları hatırlayamama- kişisel eşyalar arasında yabancı nesnelere veya yazılar bulma	Bellekte yineleyici boşluklar
Dünyanın garip veya gerçek dışı olduğunu hissetmek- kişinin kendi hayatına dışarıdan bakan bir gözlemci gibi hissetmesi	Depersonalizasyon
Çevrenin garip veya gerçek dışı olduğu hissi	Derealizasyon
Ani duygusal değişimler	Duygusal belirtiler
Derslerine ve işlere odaklanamama	İşlevselliğin bozulması

## DSM 5 TANI ÖLÇÜTLERİ

- A. İki ya da ikiden çok ayrı kişilik durumu ile belirli kimlik bölünmesi. Bu durum, kültürlerde cin çarpması yaşantısı olarak tanımlanır. Kimlikte bu bölünme, kendilik duygusunda ve eylemlerini yönetebilirlik algısında sürekliliğin belirgin olarak bozulmasını kapsar ve 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 bir 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 bir uygulamanın bir bölümü değildir.
- Not: Çocuklarda bu belirtiler imgesel oyun arkadaşları ya da başka düşlemsel oyunlarla daha iyi açıklanamaz.
- E. Bu belirtiler, bir maddenin (örn. alkol esrikliği sırasında ortaya çıkan bilinç kararmaları ya da davranış kargaşaları) ya da başka bir sağlık durumunun (örn. kompleks parsiyel katılmalar) fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz

## KLİNİK BULGULAR

- DKB, iki veya daha fazla farklı kişilik kimliğinin varlığı ile karakterize edilen karmaşık bir psikolojik durumdur. Bu kimliklerin benzersiz isimleri, kişisel geçmişleri ve bireysel özellikleri olabilir. DKB olan kişiler genellikle dürtüsellik, kendine zarar verici eylemler ve hatta kendine zarar verme gibi davranışsal semptomlar sergiler (1).
- Ruh haliyle ilgili belirtiler anksiyete, kendinden kopma hissi ve ruh hali değişimlerini içerebilir. Psikolojik düzeyde, bilinç değişikliği, depresyon nöbetleri ve geri dönüşlerle karşılaşabilirler. Ek olarak, etkilenenlerin hafıza kaybı veya bilinç kaybı yaşaması yaygındır (2).
- Çoklu kişilik durumları DKB'nin belirtileridir. Temel semptomlar arasında hafıza kaybı, ayrışma, farklı kişiliklerle değişen kimlikler, hafıza kaybı ve yabancı nesnelere gibi hafıza sorunları, duyarsızlaşma, derealizasyon, beklenmedik duygusal değişiklikler, belirgin nedenleri olmayan fiziksel hisler ve sesler duyma gibi davranışlar yer alır. Bu semptomların şiddeti ve kombinasyonu bireyler arasında farklılık gösterir. Hem değerlendirme hem de terapi için bir ruh sağlığı uzmanının yardımı gereklidir (3).

<b>DKB değerlendirme soruları</b>
Geriye dönük hatırlayamadığınız ya da başkası tarafından size hatırlatılan zaman dilimleri, olaylar, kişiler oluyor mu?
Bazen nasıl gittiğinizi hatırlayamadığınız yerler oluyor mu?
Bazen aynaya bakarken kendinizi tanıyamadığınız oluyor mu?



Bazen kendinizi farklı kişilik ve karakterde olan farklı iki insanmış gibi hissettiğiniz oluyor mu?
Kafanızda birden çok sesin olduğunu, bu seslerin tartıştığını, hatta bu seslerin kendilerine has isim ve kişilikleri olduğunu fark ettiğiniz oldu mu?
Bazen etrafın tuhaf ve değiştiğini hissediyor musunuz?
Bazen kendinize dışardan bakıyormuş gibi hissettiğiniz oluyor mu?
Ani duygusal değişimler yaşıyor musunuz?
Bu ani duygusal değişimler davranışlarınıza yansıyor mu?
Bu ani duygusal değişimleri kontrol etmekte zorlanıyor musunuz?
Bir işe odaklanmakta zorluk çekiyor musunuz?
Günlük iş ve görevlerinizi yerine getirebiliyor musunuz?
Kendinize zarar verdiğiniz oluyor mu?
İntihar düşüncesi ya da girişiminiz oldu mu?
Tüm bu şikayetleriniz hayattaki işlevselliğinizi nasıl etkiliyor?

### **Tanı aşamasında dikkat edilecek hususlar**

- Disosiyatif kimlik bozukluğu karmaşık bir psikolojik durum olmasından dolayı bu bozukluk yıllarca yanlış tanı ve tedavilere maruz kalmaktadırlar (4). En yaygın ayırıcı tanımlar arasında sınırda kişilik bozukluğu, histriyonik kişilik bozukluğu ve hatta şizofreni ve şizoaffektif bozukluk gibi birincil psikotik bozukluklar yer almaktadır. Daha önce de belirtildiği gibi, DKB'li hastalar genellikle sınırda kişilik bozukluğu olan hastalarda da görülen dissosiyasyon ve amnezi semptomlarıyla başvururlar.
- Çoğu zaman, hastaların semptomları, halüsinasyonlarla karıştırıldığı için psikoz semptomları olarak kabul edilir ve bu da genellikle antipsikotik ilaçların kullanımını hızlandırır. Travmanın odak noktası olduğu düşünüldüğünde, travma sonrası stres bozukluğu da bir ayırıcı tanıdır. En yaygın ayırıcı tanı ise borderline kişilik bozukluğudur (5). Oyun arkadaşları uydurmak veya diğer hayali oyunlarda yer almak çocuğun semptomlarının nedeni olamaz. Rahatsızlık ne genel bir tıbbi durumdan (kompleks parsiyel nöbetler gibi) ne de bir maddenin ani fizyolojik etkilerinden (etki altındayken bayılma veya mantıksız davranışlar gibi) kaynaklanır.

- Cinsiyet disforisi bazen az bilinen bir psikiyatrik durum olan DKB ile karıştırılmaktadır (6). Hastalar, alterlerin ve gizli travmanın varlığı göz önüne alındığında, kendine zarar verme davranışı açısından artan risk altında kalırlar (7).
- Kendine zarar verme düşünceleri, zayıf dürtü kontrolü veya akut ruh hali düzensizliği ile mücadele eden hastalar için yatarak tedavi ve günlük tedavi programları da önerilebilir. Ruh hali stabilizasyonu için ilaçlar eklenebilir.
- DKB tanısı için birden fazla kaynaktan alınan ayrıntılı bir öykü ve zaman içinde birden fazla boylamsal değerlendirme esastır. Bununla birlikte, DKB'yi teşhis etmek için bazı değerlendirme araçları geliştirilmiştir. Duygu Düzenlemede Zorluklar Ölçeği (DESR), disosiyatif yaşantıları tarama hedefiyle geliştirilmiş bir ölçek olan Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (Dissociative Experiences Scale – DES) kullanılabilir. Ayrıca çocukluk ve ergenlik döneminde istismar ve ihmal yaşantılarını geriye dönük sorgulayan bir öz bildirim ölçeği olan Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇTQ-28) de kullanılabilir.

## Epidemiyoloji

Dissosiyatif bozuklukların (DB) uluslararası genel popülasyon çalışmalarında yaşam boyu yaygınlığı %9-18 olarak bildirilmiş olup, en ağır DB olan disosiyatif kimlik bozukluğu (DKB) genel popülasyonun yaklaşık %1-1,5'inde görülmektedir (8). Yapılan çalışmalarda DB kriterlerini karşıladığı tespit edilen hastaların yalnızca %16,7'si DB tanısı almıştır (9). Tanının atlanması ya da eksik teşhisin sonucu olarak, DKB hastaları DKB tanısı almadan önce ortalama 5-12,4 yıl başka bir ruhsal hastalık tedavisi almaktadır (4).

## Eş Tanılar

En sık görülen komorbiditeler travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), majör depresif bozukluk, somatik semptom bozukluğu ve madde kullanım bozuklukları ile yüksek oranda intihar dışı kendine zarar verme ve intihar girişimidir.

## Tedavi Yaklaşımları

- Psikoterapiler

- DKB'nin birincil tedavisi olarak kabul edilirler.
- Bilişsel davranışçı terapi (BDT), olumsuz düşünce kalıplarını ve davranışları ele alarak tedavide kullanılmaktadır.
- Travma odaklı bilişsel davranışçı terapi (TF-CBT), travmayla ilişkili olumsuz düşünce kalıplarını ve davranışları ele almak ve depresyon ve anksiyete gibi eşlik eden hastalıkları etkili bir şekilde tedavi etmek için kapsamlı ve kişiselleştirilmiş bir tedavi stratejisi olarak kullanılmaktadır.
- Hipnoterapi, travmatik anılara erişmek ve bunları bütünleştirmek için kullanılır. Alterler arasındaki iletişimi kolaylaştırmaya yardımcı olabilir. Her hastaya uygun olmayabilir.
- Farmakoterapiler
  - DKB için özel olarak geliştirilmiş bir ilaç yoktur. Ketiyapin ve olanzapin gibi atipik antipsikotikler dissosiyasyon, duygudurum düzensizliği ve halüsinasyonları tedavi etmek için kullanılırken, SSRI ve SNRI'lar gibi antidepresanlar sıklıkla depresyon ve TSSB için önerilir. Egzersizin orta ya da yüksek eforlu olması önerilir.
- Yatarak tedavi
  - Kendine veya başkalarına zarar verme riski varsa bazen gereklidir. DKB olan kişilerde intihar düşüncesi, risk değerlendirmesi, alter keşfi ve ilaç ve terapiyi birleştiren entegre bir tedavi planını içeren çok yönlü bir yaklaşım gerektirir.
- Aile terapisi
  - Destekleyici bir aile ortamı tedavide önemli bir yer kaplamaktadır. Aile terapisi aile üyelerinin DKB hakkında eğitilmesine yardımcı olur. Dinamiklerin iyileştirilmesine ve destek sağlanmasına yardımcı olabilir.
- Tedavi hedefleri
- Disosiyatif belirtilerin azaltılması
- Hastanın tam işlevselliği ve sosyalliğine tekrar kavuşması
- İntihar girişiminin önlenmesi
- DKB'ye bağlı gelişebilecek komplikasyonların önlenmesi

## KAYNAKLAR

1. Drescher, J., What Are Dissociative Disorders? <https://www.psychiatry.org/patients-families/dissociative-disorders/what-are-dissociative-disorders>, October 2022.
2. Gillig, PM., Dissociative identity disorder: a controversial diagnosis, Psychiatry (Edgmont), 2009 Mar;6(3):24-9.
3. Saxena M, Tote S, Sapkale B. Multiple Personality Disorder or Dissociative Identity Disorder: Etiology, Diagnosis, and Management, Cureus, 2023 Nov 19;15(11):e49057.
4. Spiegel, D., et al., Dissociative disorders in DSM-5. Depression and anxiety, 2011; 28.12: E17-E45.
5. Brand, BL., Lanius, RA., Chronic complex dissociative disorders and borderline personality disorder: disorders of emotion dysregulation?, Borderline Personality Disorder Emotional Dysregulation, 2014;1:13.
6. Soldati, L., et al., Gender dysphoria and dissociative identity disorder: a case report and review of literature. Sexual medicine, 2022; 10.5: 100553-100553.
7. Rabasco, A., Andover, M. S., The interaction of dissociation, pain tolerance, and suicidal ideation in predicting suicide attempts. Psychiatry Research. 2020 Feb; 284:112661.
8. Sar, V., Epidemiology of dissociative disorders: An overview. Epidemiology research international, 2011; 2011.1: 404538.
9. Foote, B., et al. Prevalence of dissociative disorders in psychiatric outpatients. American Journal of Psychiatry, 2006; 163.4: 623-629.

## DİSSOSİYATİF AMNEZİ

### Olgu örneği psikiyatrik görüşme

*27 yaşında, kadın hasta, muhasebeci, nişanlı, depresyede, şehir merkezinde anne, baba ve kız kardeşiyle birlikte yaşıyor.*

**Doktor:** İyi günler, bugün sizi buraya getiren şikayetinizi öğrenebilir miyim?

**Hasta:** Bir süredir gergin hissediyorum. İş yerinde yaptığım iş odaklanamıyorum. Buraya gelmemdeki en önemli sebep geçen 1 hafta aileme haber vermeden İzmir'e gitmişim. Bir pansiyonda kalmışım, farklı bir isim

vermişim pansiyon sahibine. Hemşire olduğumu, görev için orada olduğumu söylemişim, ailem beni zar zor bulmuş, telefon kapalıymış, polise haber vermişler, o sayede bulunmuşum. O günleri hiç hatırlamıyorum doğrusu. Ben böyle bir insan değildim.

**Doktor:** Bu olayda olduğu gibi, hiç insanların size yaptığınızı söylediği şeyleri hatırlamadığınız başka durumlar da oldu mu?

**Hasta:** Evet, yapmadığımı söyleyince ikna olmuyorlar.

**Doktor:** Bir süredir böyle olduğunu söylediniz bu şikayetleriniz yaklaşık olarak ne zamandır var?

**Hasta:** Bilmiyorum uzun zamandır sanırım. İnsanlar yaşanmayan şeyleri olmuş gibi söylediğinde başlarda şaşırıyordum ama artık huzursuz olmaya başladım. Bu yüzden tartıştığım kişiler oldu.

**Doktor:** Şikayetleriniz öncesinde sizi etkileyen, sıkıntıya sokan bir olay yaşadınız mı?

**Hasta:** Hayır sanırım ama emin değilim.

**Doktor:** Hayatınıza dair hafızanızda boşluklar var mı? Hayatınızdaki bazı önemli olayları hatırlamadığınız oluyor mu?

**Hasta:** Evet, bazı anları hatırlamakta güçlük çekiyorum.

**Doktor:** Hiç bu konuda yardım aldığınız oldu mu?

**Hasta:** Aylar önce ailem zorla nörolojiye götürmüştü. Bir sürü tetkik yapıldı. Anormal bir durum olmadığını söylediler ama psikiyatriye yönlendirmişlerdi. Ben o zamanlar ihtiyaç duymadım ama artık herkes çok üstüme gelmeye başladı.

**Doktor:** Zorla götürdüklerini söylüyorsunuz. Ailenizin sizin için endişelendiği bazı konular varmış anladığım kadarıyla. Sizce onları endişelendiren şeyler neler olabilir?

**Hasta:** Bazı şeyler hakkında konuşmaya çalıştılar ama hiçbir şey hatırlayamadım, benim için tamamen boşluktu.

**Doktor:** Sizi rahatsız etmeyecekse bu konuları biraz açabilir misiniz?

**Hasta:** Haberlerde görmüşsünüzdür depremi. Gerçi ben pek haber izlemem. Ailem o depremde evimizin yıkıldığını bizim günlerce çadırda kaldığımızı söylüyor.

**Doktor:** Siz bu konuda neler hatırlıyorsunuz?

**Hasta:** Böyle bir şey olsa unutmam mümkün mü? Söyledikleri şeyler

tamamen boşluk. Sadece birkaç üzücü haber görmüştüm ama dediğim gibi haber izlerken çok huzursuz olduğumdan pek izleyemem.

**Doktor:** Maalesef ülkemizde çok yıkıcı bir felaket yaşandı, bir çoğumuz bunu haberlerde gördük tanık olduk. Maalesef bazıları bu korkunç olayı çok yakından deneyimlemek zorunda kaldı.

**Hasta:** Öyle, bu konuda pek konuşmak istemiyorum

**Doktor:** Siz ne zaman ne kadarını konuşmak isterseniz her zaman yardımcı olmak isterim. İzin verirseniz başka konularda sormak istediklerim var.

**Hasta:** Teşekkür ederim, sorabilirsiniz.

**Doktor:** Hiç sizi tanıdığınızı söyleyen ama sizin hatırlamadığınız kişiler oluyor mu?

**Hasta:** Aslında işyerinde garip bir adam var. Sadece 1-2 kere işte görmüştüm ama kendisi nişanlandığımızı söyleyip duruyor. Böyle bir şeyin olmadığını anlatmakta çok zorlandım. Ailem bile onu savundular. Neyse ki çok üstüme gelmediler.

**Doktor:** Hiç sahip olduğunuz eşyaları hatırlayamadığınız oluyor mu?

**Hasta:** Evet bazı şeyleri aldığımı hiç hatırlamıyorum.

**Doktor:** Hatırlamadığınız İzmir gezisinden söz etmişsiniz. Peki, onun dışında, kendinizi nasıl yaptığınızı veya tam olarak nereye gittiğinizi hatırlamadığınız başka bir yerde bulduğunuz oldu mu?

**Hasta:** Son zamanlarda işe gitmek dışında çok fazla dışarıya çıkmadım. Zaten ailem de beni pek yalnız bırakmıyor. Bilmediğim bir yere gitmek beni huzursuz eder. Bazen işe gitmekte bile zorlanıyorum.

**Doktor:** İşe gitme konusunda sizi zorlayan ne oluyor?

**Hasta:** İş yerinde sürekli sayılarla uğraşmak zorundayım. Bazen odaklanmakta çok zorlanıyorum Her şeyi birbirine karıştırıyorum. İnsanlar daha önce bu konularda çok yetenekli olduğumu söylüyor ama ben sürekli hatalar yapıyorum. Bu da beni işe gitmekten çok soğuttu.

**Doktor:** Evde nasıl zaman geçiriyorsunuz, kendinizi nasıl hissediyorsunuz?

**Hasta:** Evim zemin katta bahçeli. En rahat olduğum yer genelde bahçe oluyor.

**Doktor:** Uykularınız nasıl?

**Hasta:** Uykuya dalmakta çok zorlanıyorum. Bazı geceler hiç uyumadığım

oluyor. Yatakta dönüp duruyorum.

**Doktor:** Geceleri zihninizden neler geçiyor, sizi huzursuz eden şeyleri açmak ister misiniz?

**Hasta:** Herkes yattığında huzursuz hissediyorum. Güvende hissedemiyorum. Aslında neden öyle hissettiğimi ben de anlayamıyorum. Bazen uyumaktan korkuyorum.

**Doktor:** Bilinen kronik bir hastalığınız, ilaç kullanımınız var mı?

**Hasta:** Hayır hastalığım yok ilaç kullanmayı hiç sevmem. Daha önce kendi isteğimle pek doktora da gitmedim.

**Doktor:** Daha önce hiç doktora başvurma ihtiyacı hissettiğiniz oldu mu?

**Hasta:** Son zamanlara kadar olmamıştı. Ama herkes hatırlamadığım şeyler konusunda üstüme geldikçe bu huzursuzluktan kurtulmak istedim.

**Doktor:** Hiç intihar etmeyi düşündüğünüz veya buna yönelik plan yaptığınız oldu mu?

**Hasta:** Hayır ölmekten hep korkarım.

**Doktor:** Ailenizde psikiyatrik bir hastalığı olan var mı?

**Hasta:** Kız kardeşim depresyon nedeniyle bir süre ilaç kullanmıştı.

**Doktor:** Ailenizde intihar sonucu hayatını kaybeden biri var mı?

**Hasta:** Hayır yok

**Doktor:** Alkol, sigara, madde kullanımınız var mı?

**Hasta:** Hayır sigaradan çok rahatsız oluyorum, alkol ya da madde de hiç kullanmadım.

## OLGU ÖZETİ

27 yaşında kadın hasta, 1 buçuk yıl önce depremde evlerini kaybetmiş. Yakınlarında can kaybı olmamış ancak o süreçte uzun süre yardım bekleyip çadırda yaşamışlar. Hasta yaşanan olayları ve o dönemi hatırlamıyor. O dönemde hafıza sorunu için nörolojiye başvurulmuş. Nörolojik muayenesi, kan tetkikleri, EEG ve MR çekimleri yapılmış. Ancak anormallik saptanmamış. Hasta iş hayatına tekrar döndüğünde eski becerilerinde kayıplar yaşamaya başlamış. Odaklanma sorunu, hesaplamada zorluklar yaşamış. Hatırlamadığı anılar sorgulandıkça huzursuzluğu artmış. Huzursuzluk, gerginlik haliyle uykuya dalmakta zorluklar yaşamış. Son dönemde yaşanan dissosiyatif fügen

nedeniyle endişeleri artması üzerine psikiyatriye başvurmuş. Hastanın mevcut şikayetleri nedeniyle işlevselliği bozulmaya başlamış. Öyküsünde herhangi bir kronik hastalığı, sürekli kullandığı bir ilaç yoktu. Alkol-madde kullanımı yoktu. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı'nda (DSM-5) tanı sistemine göre hastaya disosiyatif amnezi tanısı konuldu.

Hasta şikayetleri	Tanıya Yönelik Psikiyatrik Belirtiler
Depreme dair yaşadığı anları hatırlamama, nişanlandığı kişiye dair anları hatırlamama	otobiyografik bellekte kayıplar
Hesaplama alanındaki becerilerinde zorluklar	Becerilerde/alışkanlıklarda dalgalanmalar
Deprem anında yaşanan olayları hatırlayamama	Hatırlanmayan davranış
Uykuya dalmakta zorluk	Uykusuzluk
Huzursuzluk gerginlik hissi	Belirgin sıkıntı
İş arkadaşlarıyla eskisi gibi iletişim kuramama	İlişkilerde açıklanamayan değişimler
İş konusunda işlevselliğinde bozulmalar	İşlevsellikte kayıp
Nişanlısını hatırlayamama	Kendisiyle önemli etkileşimler yaşanan kişileri hatırlayamama
Aniden evden ayrılıp, başka bir şehirde, farklı bir kimlikte 1 hafta geçirmesi	Dissosiyatif füğ

## DSM 5 TANI ÖLÇÜTLERİ

- Sıradan bir unutkanlıkla açıklanamayacak bir biçimde, genellikle travmatik ve stresli nitelikte, önemli otobiyografik bilgileri hatırlayamama.
- 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 (örn. alkol ya da kötüye kullanılan başka bir madde, bir ilaç) ya da nörolojiyi ilgilendiren bir durumun ya da başka bir sağlık durumunun (örn. kısmi kompleks parsiyel nöbetler, geçici global amnezi, kapalı kafa travması/travmatik beyin hasarının sonuçları, nörolojiyi ilgilendiren başka bir durum) fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.
- D. Bu bozukluk, dissosiyatif kimlik bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu, akut stres bozukluğu, bedensel belirti bozukluğu, major ya da hafif nörobilişsel bozukluk ile daha iyi açıklanamaz (1).

## KLİNİK BULGULAR

- Dissosiyatif amnezinin ayırt edici özelliği, genellikle travmatik veya stresli nitelikte olan ve belirgin beyin patolojisi veya madde kullanımı olmadığına sıradan unutkanlıkla açıklanamayan önemli kişisel bilgileri hatırlayamama durumudur.
- Dissosiyatif amnezi hastaları, tipik olarak, kişisel yaşam öykülerine ilişkin hafızalarının, yeni bilgileri öğrenme ve saklama yeteneklerinden çok daha fazla etkilenmesi bakımından nörolojik amnestik sendromlu hastalardan farklıdır (2).
- Dissosiyatif amnezi dissosiyatif bozuklukların en yaygın olarak kabul edilir. Travmaya maruz kalmanın şiddeti ile amnezi insidansı arasında doğrudan bir ilişki olduğu görülmektedir. Amnestik epizodun, hastalara yönetilemez veya olumsuz görünen bir yaşam durumundan çıkmak için bir mekanizma sunarak koruyucu bir işlev gördüğü varsayılmaktadır (2).
- Dissosiyatif amnezi füğ ile birlikte ortaya çıkabilir. Dissosiyatif füğ, evden veya kişinin günlük faaliyetlerinin alışılmış yerinden aniden ve beklenmedik bir şekilde uzaklaşmasıdır. Ayrıca, kişi geçmişinin bir kısmını veya tamamını hatırlayamaz. Amnezi ile birlikte, kişi kimliği konusunda kafası karışıktır veya hatta yeni bir kimlik edinebilir. Rahatsızlık, bir maddenin veya genel bir tıbbi durumun doğrudan fizyolojik etkilerinden kaynaklanmaz. Dissosiyatif füğlerin dakikalardan aylara kadar sürdüğü tanımlanmıştır (3, 5).

- Dissosiyatif amnezi hastalarında, depresyon ve intihar düşüncesi açısından önemli bir risk vardır. Hastanın intihar riski mutlaka değerlendirilmelidir. Değerlendirmede geçmiş intihar girişimlerinin öyküsü ayrıntılı olarak alınmalıdır. Hastalara aile geçmişinde intihar öyküsü sorulmalıdır. Bu hastaların çoğunda daha önce yetişkin veya çocuklukta istismar veya travma öyküsü vardır (3).

<b>Dissosiyatif Amnezi değerlendirme soruları</b>
Hiç boşluk hissi, hafıza kaybı yaşadınız mı?
Hiç kayıp zamanlarınız oluyor mu? Zaman deneyiminde boşluklar oluyor mu?
Hiç bunu nasıl yaptığınızı veya tam olarak nereye gittiğinizi hatırlamadan önemli bir mesafe kat ettiniz mi?
Hiç insanların size yaptığınızı söylediği şeyleri hatırlamadığınız oluyor mu?
Hiç sahip olduğunuz eşyaları (giysiler, kişisel eşyalar, alışveriş sepetinizdeki yiyecekler, kitaplar, aletler, ekipmanlar, mücevherler, araçlar, silahlar vb.) hatırlayamadığınız oluyor mu?
Hiç bilmediğiniz yetenekleriniz ve becerileriniz olduğunun söylendiği veya kanıtlandığı oluyor mu?
Hayatınıza dair hafızanızda boşluklar var mı? Geçmişinize dair hafızanızın bazı kısımlarını hatırlamadığınız oluyor mu?
Hayatınızdaki bazı önemli olayları hatırlamadığınız oluyor mu? Örneğin, düğünler, doğum günleri, mezuniyetler, hamilelikler, çocukların doğumları vb.
Hiç sizi tanıdığını söyleyen ama sizin hatırlamadığınız kişiler oluyor mu?
Hiç birini dinlerken söylenenlerin bir kısmını ya da tamamını kaçırmış olduğunuzu farkettiğiniz oldu mu?
Kaybettiğiniz en uzun zaman dilimi nedir? Dakikalar? Saatler? Günler? Haftalar? Aylar? Yıllar?

### **Tanı aşamasında dikkat edilecek hususlar**

- Dissosiyatif amneziyi teşhis etmeden önce tıbbi durumları, madde kullanım bozukluklarını ve demans ve deliryum gibi bilişsel bozuklukları dışlamak için zihinsel durum muayenesi, tıbbi geçmiş ve fiziksel muayene

dahil kapsamlı bir psikiyatrik değerlendirme yapılmalıdır (8).

- Yapısal nedenleri dışlamak için MRI, nöbet bozukluğunu dışlamak için elektroensefalografi (EEG), uyuşturucu kullanımı gibi toksik nedenleri dışlamak için kan ve idrar testleri, dissosiyatif deneyimlerin doğasını daha iyi tanımlamak için psikolojik testler yardımcı olabilir (8).
- Ayırıcı tanılar arasında baş yaralanmaları, beyin lezyonları, beyin tümörleri, ensefalitler ve nöbetler gibi nörolojik kökenli hastalıklar yer alır. Herhangi bir madde kullanımını dışlamak esastır (6).
- Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DES), dissosiyatif amnezinin başlangıçtaki şiddetini değerlendirmek ve tedaviye verilen yanıtı zaman içinde izlemek için kullanılabilir. DES, amnezi, kimlik bozukluğu ve depersonalizasyon/derealizasyon şiddetini değerlendirmek ve izlemek için kullanılabilen 28 maddelik hastanın kendi doldurduğu bir ölçektir (7).

## Epidemiyoloji

Dissosiyatif amnezinin genel nüfusta yaklaşık %2-6 aralığında bulunduğu bildirilmiştir. Erkek ve kadınlar arasında görülme sıklığı açısından bilinen bir fark yoktur. Olguların genellikle geç ergenlik ve yetişkinlik döneminde başladığı bildirilmiş. Savaş ve sosyal afet zamanlarında sıklığının arttığı bilinmektedir (4).

## Eş Tanılar

- Dissosiyatif amnezi olan bireyler, yaşamlarının bir noktasında travma sonrası stres bozukluğu geliştirebilir. Bireyler intihar dışı kendine zarar verme ve diğer yüksek riskli davranışlarda bulunabilirler.
- Bu bireylerde majör depresif bozukluk birlikteliği sıktır. Komorbid somatizasyon bozukluğu ve konversiyon bozukluğu semptomları görülebilir. Dissosiyatif amnezi, maddeyle ilişkili bozuklukları, yeme bozuklukları ve cinsel işlev bozukluklarıyla birlikte görülebilir. En yaygın eşlik eden kişilik bozukluğu, genellikle obsesif-kompulsif, bağımlı ve borderline kişilik bozukluğudur (1).

## Tedavi Yaklaşımları

- Hastaya ve aileye dissosiyatif amnezi ve tedavisi hakkında psiko eğitim verilmesi

- Destekleyici Psikoterapi
- Psikodinamik Psikoterapi
- Bilişsel Davranışçı Terapi
- Psikofarmakolojik ve Somatik Terapiler
- Antidepresan ilaç tedavisi
- Kısa süreli benzodiazepin (İlaç destekli görüşmeler için)
- Grup Psikoterapisi

### **Tedavi hedefleri**

1. Hastanın işlevselliğinin artırılması
2. Hastanın stresli veya tehdit edici durumlardan uzaklaştırılması
3. Hastanın fiziksel ve psikolojik olarak güvende hissetmesi
4. Hastanın tolere edebileceği oranda unuttuklarını hatırlamaya cesaretlendirilmesi
5. Hastanın intihar girişiminin önlenmesi

### **KAYNAKLAR**

- 1- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., text revision). Arlington (VA): Author, p. 330-348, 2022.
- 2- Maldonado, J.R., “Dissociative Disorders”, Textbook Of Psychiatry Seventh Edition, Edited by: Laura Weiss Roberts, M.D., M.A. , American Psychiatric Association Publishing, Washington DC, p. 595-642, 2019.
- 3- Boland, Robert Joseph; Verduin, Marcia L.; and Ruiz, Pedro, “Kaplan & Sadock’s Synopsis of Psychiatry, 12th Edition” p. 1402-1441, 2022.
- 4- Sadock, Benjamin J., Virginia Alcott Sadock, Pedro Ruiz, and Harold I. Kaplan. Kaplan and Sadock’s Comprehensive Textbook of Psychiatry. 10th ed. Surrey, UK: Wolters Kluwer., p. 4777-4992, 2017.
- 5- Almaazmi BM, Aldweik AN, Mukhtar MA. Dissociative Amnesia: A Mist Over Psychosis. Cureus. 2023; 15(9): e44619.
- 6- Dissociative amnesia and dissociative fugue in a 20-year-old woman with schizoaffective disorder and post-traumatic stress disorder, Clouden TA. Cureus.

2020; 12(5): e8289.

- 7- Carlson EB, Waelde LC, Palmieri PA, Macia KS, Smith SR, McDade-Montez E. Development and Validation of the Dissociative Symptoms Scale. Assessment. 2018;25(1):84-98.
- 8- Staniloiu A, Markowitsch HJ, Dissociative amnesia. Lancet Psychiatry, 2014; 1(3):226-241.

## DEPERSONALİZASYON / DEREALİZASYON BOZUKLUĞU

### Olgu örneği psikiyatrik görüşme

*28 yaşında, kadın, bekar, üniversite mezunu, ithalat firmasında çalışıyor.*

**Doktor:** Hoş geldiniz, sizi bugün buraya getiren şikayetinizi öğrenebilir miyim?

**Hasta:** Bir süredir çevremdekilerle konuşurken sanki konuşan ben değilmişim gibi, işte çalışırken sanki vücudum mekanik olarak çalışıyormuş gibi hissediyorum.

**Doktor:** Bu şikayetleriniz sizde ne kadar süredir var?

**Hasta:** Yaklaşık 5-6 aydır daha sık yaşadığımı söyleyebilirim. Aslında öğrencilik yıllarımdan beri oluyor.

**Doktor:** Ne kadar sıklıkta oluyor peki?

**Hasta:** Her gün olmuyor arada bir ama mesela siz konuşmaya başlamadan önce de oldu. Karşınızda bir sandalyede oturduğumu biliyorum, ama bedenimde değilim gibi.

**Doktor:** Bu yaşantılar her seferinde ne kadar sürüyor?

**Hasta:** Devamlı olmadığını biliyorum, bazen çok kısa olmakla birlikte belki bir saat sürdüğü de oluyor.

**Doktor:** Bu duyularla ilgili ne hissediyorsunuz peki?

**Hasta:** Ne hissettiğimi ifade etmede bile çok büyük zorluk yaşıyorum. Kendi duygularımla olan bağım koptu sanki. Ölü gibi hissediyorum, hiçbir şey gerçek gibi gelmiyor.

**Doktor:** O anlarda vücudunuzda neler oluyor sizce?

**Hasta:** Sanki beynim durmuş, sislenmiş, vücudum uyuşmuş gibi.

**Doktor:** Çevreniz ile alakalı da duyumsamalar, değişik hisler yaşadığınız oluyor mu?

**Hasta:** İnsanların, eşyaların ve çevremdeki dünyanın gerçek olmadığı hissini duyuyorum. Geçen akşam markette kasada tam ödeme anında aklım o kadar yerinde değildi ki ne aldığımı ne yaptığımı nerede olduğumu bile fark edemedim. Sanki rüya görüyormuşum gibi market gerçek bir yer değilmiş gibiydi.

**Doktor:** O anda kendinizi algılayışınız nasıldı?

**Hasta:** Bir sinema filmi gibi ödeme yapmak için para çıkarmaya uğraşan birisi var ben onu izliyorum.

**Doktor:** Peki son zamanlarda sizi sıkıntıya sokabilecek yaşam olayı, zorlayıcı bazı olaylar, stres oluşturabilecek sebepler oldu mu?

**Hasta:** Uzun süredir stabil bir yaşantı sürmeye alışmışken son birkaç aydır firmanın küçülmeye gideceği için birçoğumuz her an işten çıkarılabiliriz.

**Doktor:** Bu durum devamlı sizin endişelendiriyor mu?

**Hasta:** Her zaman değil ama özellikle akşam eve yorgun gelmiş uykuya dalacakken bu konuyu düşünüyorum, firmadaki yerimi, insan kaynaklarının gözünden firma için önemim nedir diye... 5 dakika düşünmek için oturuyorum bir bakıyorum 3 saat geçmiş.

**Doktor:** Bu şikayetler iş veya ev hayatınızı nasıl etkiledi peki?

**Hasta:** İşlerimi yetiştirememeye ve hatalı etiketlemeler yapmaya başladım. Bu da hem beni hem iş arkadaşlarımı olumsuz etkiliyor. Bazen çok uzun süreler dalıp gittiğim için sonradan kendimi toparlamam zor oluyor. Arkadaşlarım da sık sık dalıp gittiğim için onları dinlemediğimi umursamadığımı düşünüp kırılıyorlar.

**Doktor:** Bu yaşantıları hissettiğiniz anda veya sonrasında bu duyguların gerçekliği hakkında ne düşünüyorsunuz?

**Hasta:** Gerçek olmadığını biliyorum, bu hislerden dolayı rahatsız oluyorum ve sıkıntı duyuyorum

**Doktor:** Alkol veya madde kullanıyor musunuz?

**Hasta:** Sigara da alkol de hiç kullanmadım.

**Doktor:** Herhangi bir kronik hastalığınız var mı? Düzenli kullandığınız bir ilaç var mı?

**Hasta:** Kronik hastalığım yok ama zaman zaman baş ağrıları, eklem ağrıları, baskı hissi çektiğim olur. Ağrı kesici kullanmam gereken şiddette oluyor.

**Doktor:** Ailenizde herhangi bir psikiyatrik hastalığı olan var mı?

**Hasta:** Ailemde benim bildiğim başvurup herhangi bir psikiyatrik tanısı konan birisi yok.

## OLGU ÖZETİ

28 yaşında kadın hasta, 6 aydır kendisinden uzaklaşma kendisine yabancılaşma duygusu, çevrenin gerçekdışı ve yabancı olduğu hissi içindedir. Bu yaşantıları dakikalar- saatler süren ve tekrarlayan epizodlar şeklinde oluyor. Bir süredir iş yeri ile ilgili yoğun bir stres faktörleri mevcut. Geçmişte de bu yaşantılar özellikle stresör faktörlerin yoğun olduğu günlük bunaltılarının olduğu dönemlerde ortaya çıkmış. Mevcut yakınmaları hastanın işlevselliğini bozmaktadır. Herhangi bir kronik hastalığı ve sürekli kullandığı ilaç yok. Sigara- alkol-madde kullanımı yok. Gerçeği değerlendirme yetisi korunmuş. DSM-5 tanı ölçütlerine göre Depersonalizasyon/Derealizasyon Bozukluğu tanısı konuldu.

Hasta şikayetleri	Tanıya Yönelik Psikiyatrik Belirtiler
	<b>Depersonalisasyon bulguları</b>
Konuşan kendisi değilmiş gibi hissetme	Kendinden kopmuş hissetme
Kendisini sinemada izliyor gibi algılama	Kendini gözlemliyormuş gibi hissetme
Vücutunda uyuşukluk hissi	Duygusal ve/ya da bedensel uyuşma
Dışarısının gerçek olmama hissi	Çevresinden kopmuş hissetme
	<b>Derealizasyon bulguları</b>
Rüya görüyormuş hissi	Gerçek dışılık hissi
Zaman algısının farkında olmama	Çarpık zaman hissi, Çarpık algılar hissi
	<b>İşlevsellik</b>
İşte sorunlar yaşama ve arkadaş ilişkilerinin bozulması	İşlevselliğin bozulması

## DSM 5 TANI ÖLÇÜTLERİ

- A. Sürekli veya tekrarlayan depersonalizasyon, derealizasyon veya her ikisinin yaşantılarının varlığı:
1. **Depersonalizasyon:** Kişinin düşünceleri, duyguları, duyuları, vücudu ya da eylemleriyle ilgili olarak gerçek dışılık, kopukluk ya da dışarıdan gözlemci olma deneyimleri (örn. algısal değişiklikler, zaman algısında çarpıklık, benliğin gerçek dışılığı ya da yokluğu, duygusal ve/ya da bedensel uyuşma).
  2. **Derealizasyon:** Çevreyle ilgili olarak gerçek dışılık veya kopukluk yaşantıları (örn. bireyler ya da nesnelere gerçekdışı, rüya gibi, sisli, cansız ya da görsel açıdan çarpık olarak yaşantılanır).
- B. Bu kendine yabancılaşma ya da gerçek dışılık yaşantıları sırasında gerçeği değerlendirme bozulmadan kalır.
- C. Semptomlar klinik olarak önemli sıkıntıya veya sosyal, mesleki veya diğer önemli işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur
- D. Bubozukluk, birmaddenin (örn. kötüye kullanılan birmadde, ilaç) ya da başka bir tıbbi durumunun (örn. nöbetler) fizyolojiyle ilgili etkilerine atfedilemez.
- E. Bu bozukluk, şizofreni, panik bozukluğu, major depresif bozukluk, akut stres bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu ya da diğer bir disosiyatif bozukluk gibi başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz (1).

## KLİNİK BULGULAR

- DSM-5 tanı kriterlerinde belirtildiği gibi, depersonalizasyon/derealizasyon bozukluğunun temel özelliği, depersonalizasyon (yani, kişinin kendisinden veya bedeninden gerçek dışılık, kopukluk veya yabancılaşma hislerinin kalıcı olması, genellikle kişinin kendi zihinsel süreçlerinin dış gözlemcisi olduğu hissi), derealizasyon (yani, çevreye ilişkin gerçek dışılık veya kopukluk deneyimleri) veya her ikisinin varlığıdır. A kriteri bu iki fenomenden birinin ya da ikisinin birden varlığına izin verir (2).
- Disosiyatif amnezi, disosiyatif füğ ve Disosiyatif kişilik bozukluğundan farklı olarak, depersonalizasyon bozukluğu olan kişi tüm anılarını



bozulmadan saklayabilir ve yine de hatırladığı şeyler aslında başına gelmemiş gibi onlardan ayrı hissedebilir (3).

- Derealizasyon ve depersonalizasyon belirtileri sırasında kişinin gerçeği değerlendirme yetisi bozulmaz.
- Depersonalizasyon /Derealizasyon Bozukluğu tanısı alan hastalar genellikle semptomlarından dolayı oldukça sıkıntı çekerler ve bu durum önemli bir bozukluğa neden olabilir. İntihar düşünceleri ve girişimleri hakkında dikkatli sorgulama önemlidir, çünkü hasta semptomlardan kaçış olmadığını hissedebilir (4).
- Depersonalizasyon /Derealizasyon Bozukluğunun genellikle ergenlik veya erken yetişkinlik döneminde ortaya çıktığı düşünülmektedir ancak insidans ve prevalans verileri net belirlenmemiştir (4).
- Depersonalizasyon bozukluğu epizodik, relaps/remitting veya kronik olabilir (5).

<b>Depersonalizasyon /Derealizasyon Bozukluğu değerlendirme soruları</b>
Bazen rüyadaymış gibi hissettiğiniz oluyor mu?
Bazen sanki bir başkası olmuşsunuz gibi geldiği, vücudunuz size ait değilmiş gibi hissettiğiniz oluyor mu?
Her şeyin gerçek dışı olduğu hissi geliyor mu?
Zaman zaman vücudunuzla bağlantınızın koptuğunu hissettiğiniz oluyor mu?
Zaman zaman şaşkınlık ve kafa karışıklıkları oluyor mu?
Kimi zaman, bir başkasını dinlerken sanki anlatılanların hiçbirini (ya da bir bölümünü) duymadığınızı fark ettiğiniz oluyor mu?
Zaman zaman ailenize ya da arkadaşlarınıza sanki yabancıymışlar gibi davrandığınızı söylüyorlar mı?
Bazen aynaya baktığınızda kendini tanıyamadığınız oluyor mu?
Bazen vücudunuzun değişmekte olduğu hissini duyduğunuz oluyor mu?
Kimi zaman insanların, eşyaların ve çevrenizdeki dünyanın gerçek olmadığı hissini duyuyor musunuz?
Zaman zaman aklınıza gelen bazı olayların gerçekten başınızdan geçip geçmediği konusunda kafanızın karıştığı oluyor mu?

## **Tanı aşamasında dikkat edilecek hususlar**

Depersonalizasyon, derealizasyon ya da her ikisinin birlikte olduğu yaşantıların sürekli veya yineleyici olarak varlığı, bu depersonalizasyon ve derealizasyon yaşantıları sırasında gerçeği değerlendirme yetisinin sağlam olması, bu belirtilerin ailesel ve toplumsal alanda işlevsellikte düşüşe yol açması, belirtilerin genel tıbbi durum veya ilaç- madde kullanımı ile ilişkisinin olmaması gereklidir. Tanıyı koyarken şizofreni, panik bozukluk, major depresif bozukluk, akut stres bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu veya diğer disosiyatif bozukluklarının tanı kriterleri karşılanmamalıdır.

## **Epidemiyoloji**

Genel popülasyonda geçici olan depersonalizasyon/derealizasyon semptomları yaygın olmakla birlikte depresyon ve anksiyeteden sonra en sık bildirilen üçüncü psikiyatrik semptomdur. Yaşam boyu prevalansı %26 ila %74 arasında değişmekte ve travmatik bir olay eşlik ettiğinde %31 ila %66 arasında görülmektedir. Depersonalizasyon/Derealizasyon bozukluğuna dair yapılan epidemiyolojik çalışmalar değerlendirdiğinde ve DSM-5 kriterlerine uygunluğuna göre yeniden ele alındığında genel nüfus yaygınlığı yaklaşık %2,5 civarında olduğu düşünülmektedir. Çalışmalar, depersonalizasyon/derealizasyon bozukluğu vakalarının yaklaşık %15'inin uyuşturucu kullanımıyla tetiklendiğini bulmuştur (6).

## **Eş Tanılar**

En sık major depresif bozukluk ve anksiyete bozukluklarıyla yaşam boyu birlikteliği yüksektir. Travma sonrası stres bozukluğu ile birliktelik düşüktür. En sık birlikte görülen 3 kişilik bozukluğu çekingen, borderline ve obsesif-kompulsif kişilik bozukluklarıdır (1).

## **Tedavi Yaklaşımları**

- Bilişsel davranışçı terapi
- Destekleyici terapi
- Psikodinamik terapi
- Antidepresan ilaç tedavisi : SSRI, Klomipramin

- Naltrekson
- TMS

### **Tedavi hedefleri**

- Psikoeğitim: Yaşadığı duruma bir isim vermek ve bozukluğun doğası ve seyri hakkında bilgi sağlamak
- Güvence vermek: Bozuklukla ilgili yaygın korkuların temeli olmadığını, psikotik bir bozukluğa dönüşmeyeceğini, bozukluğun kalıcı beyin hasarına bağlandığına dair bir kanıt olmadığını aktarmak
- İntihar girişiminin önlenmesi
- Hastanın işlevselliğinin düzelmesi

### **KAYNAKLAR**

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., text revision). Arlington (VA): Author, 2022, p. 330-348
2. Maldonado, J.R., “Dissociative Disorders”, Textbook Of Psychiatry Seventh Edition, Edited by: Laura Weiss Roberts, M.D., M.A. , American Psychiatric Association Publishing, Washington DC, p. 595-642. 2019
3. Mcdonell, M.A, “What Are Dissociative Disorders?” , Dissociative Disorders , Mason Crest, Broomall PA, p.11-31, 2014
4. Gentile JP, Snyder M, Marie Gillig P. Stress and trauma: Psychotherapy and Pharmacotherapy for Depersonalization/Derealization Disorder. Innov Clin Neurosci. 2014 Jul;11(7-8):37-41.
5. Boland, Robert Joseph; Verduin, Marcia L.; and Ruiz, Pedro, “Kaplan & Sadock’s Synopsis of Psychiatry, 12th Edition” (2022), p. 1402-1441
6. Sadock, Benjamin J., Virginia Alcott Sadock, Pedro Ruiz, and Harold I. Kaplan. 2017. *Kaplan and Sadock’s Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 10th ed. Surrey, UK: Wolters Kluwer., p. 4777-4992.



## 8. BÖLÜM

### BEDENSEL BELİRTİ BOZUKLUĞU ve İLİŞKİLİ BOZUKLUKLAR

**Dr. İrem BOLLUK**

*Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi,  
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı  
irembolluk@gmail.com  
<https://orcid.org/0000-0003-2538-6918>*

**Dr. Öğr. Üyesi Şükrü Alperen KORKMAZ**

*Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi,  
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı  
dralperen88@gmail.com  
<https://orcid.org/0000-0002-0684-3303>*

#### OLGU ÖRNEĞİ PSİKIYATRİK GÖRÜŞME

*48 yaşında, evli, iki çocuğu bulunan, ilkokul mezunu, ev hanımı,  
Çanakkale’de ailesi ile yaşamakta olan kadın hasta.*

**Doktor:** Hoş geldiniz, sizi bugün buraya getiren şikayetinizi öğrenebilir miyim?

**Hasta:** Hoş bulduk doktor hanım, geçmeyen karın ağrısı, özellikle karnımın alt tarafında baskı ve kramplar, yemek yedikten sonra olan yoğun şişkinlik, hazımsızlık ve ağrı, sık sık tekrarlayan kabızlıklar yaşıyorum. Bir süredir kendimi çok halsiz ve bitkin hissediyorum.

**Doktor:** Anlıyorum, bu şikayetler ne zamandır var?

**Hasta:** Yaklaşık iki senedir var, doktor hanım.

**Doktor:** Oldukça uzun bir süre, bu şikayetlerle ilgili daha önceleri neler yaptınız?

**Hasta:** Evet hocam çok uzun ve yorucu bir süreçti. Başlangıçta aile hekimine başvurduğum ancak muayenemi yapıp, birkaç kan tetkiki istedikten sonra bir problem göremediğini, yapabileceği bir şey olmadığını söyledi. Aynı doktora defalarca gittim ama her seferinde benzer cevaplar aldım.

**Doktor:** Hımm, doktor bir problem görmemesine rağmen sizin şikayetleriniz devam ediyordu anladığım kadarıyla, bu durum size ne hissettirdi?

**Hasta:** Doktor beyin beni anlamadığını veya genç ve tecrübesiz olması dolayısıyla tanı koymakta yetersiz kaldığını düşündüm. Şikayetlerim devam ediyordu, karın ağrılarım dolayısıyla uykularım bozulmaya başlamıştı, dayanamayacak durumdaydım. Aklıma o dönemde ciddi bir hastalığın belirtileri olabileceği geliyordu.

**Doktor:** Bu konuda neler yaptınız?

**Hasta:** Sonraki süreçte acil servise başvurmaya başladım; genel cerrahi, kadın doğum, onkoloji uzman hekimlerine gittim. Aylarca işe gider gibi hastaneye gidiyordum; endoskopi, kolonoskopi, MR'lar, diğer tahliller... Bütün bunlara rağmen hiçbir sorun olmadığı söylendi. Ama bu beni şaşırtıyordu.

**Doktor:** Belirtilerinizin kaynağı hakkında ne düşündünüz?

**Hasta:** Aslında bu konuyu çok düşündüm, hatta günümün büyük kısmı ağrılarımı düşünerek geçiyordu. Yıllarca ağrı ve kramplarla yaşadım; üstelik doktorlar dahil kimse bana inanmazken. Aylarca interneti araştırdım, yakınlarımla saatlerce nedeni hakkında konuştuk. Bağırsaklarımın düğümlendiğinden veya kanser olduğumdan neredeyse emin olmaya başlamıştım, internette okuduklarıma göre bağırsak kanserinin başlangıçtaki belirtilerini yaşıyordum ancak gittiğim her doktor bir şeyim olmadığını söyleyip durdu ve beni gönderdi.

**Doktor:** Belirtileriniz nedeniyle herhangi bir şeyden kaçındığınız oluyor mu?

**Hasta:** Evet, belli kurallarım oluşmuştu. Özellikle yemeklerden sonra oluşan kramp, şişkinliği yaşamamak için süt ve süt ürünleri tüketmiyordum. Sulu veya yarı katı gıdaları tercih ediyordum. Bir dönem bu sebeple kilo kaybettim. Halsiz olduğum için egzersizden kaçınıyordum, hatta sonrasında çocuklarımla parka gitmeyi dahi bıraktım.

**Doktor:** Şikayetleriniz günlük hayatınızı nasıl etkiledi?

**Hasta:** Sürekli ağrılar içinde olmam ve zamanın çoğunda yaşadığım halsizlik nedeniyle ev işlerini aksatmaya başladım. Öncesinde camları silmemeye, ütü yapmamaya başladım, sonrasında yemek yapmakta dahi zorlanmaya başladım. Bu durum eşimle de aramın bozulmasına sebep oldu tabii ki.

**Doktor:** Anladım, bu hastalık ev içindeki işlevselliğinizi ve aile ilişkilerinizi epeyce etkilemiş görünüyor. Şikayetlerinizin iki senedir devam ettiğini söylediniz; bu tarihte sizi etkileyecek bir olay yaşandı mı?

**Hasta:** Hımm, evet aslında doktor hanım, o yıl kaynanam banyo yaparken düştü ve kalçasını kırdı. Kızı da olmadığı için bütün bakımı bana kaldı. Yemeğini ben yediriyor, banyosunu ben yaptırıyor, tuvaleti ben temizliyordum. Zaten iki çocuğa ve bir eve bakmam gerekmiyormuş gibi, bir de bu durum beni çok yordu. Aslında kaynanamı severim, bir şikâyetim yok ondan ama yardım edecek kimsem olmadığı için çok yoruluyordum.

**Doktor:** Anlıyorum; bir hastaya bakım vermek, bakım veren için de oldukça zorlayıcı. Bu süreçte siz neler hissettiniz?

**Hasta:** Kendimi pek iyi hissettiğimi söyleyemem doktor hanım. Ama yine de kendi durumumdan bahsedemiyordum; şikâyet ediyormuş gibi görüneceğimi düşünüyordum. Kaynanamı sevmeme rağmen böyle düşündüğüm ve hissettiğim için kendimi suçlu hissediyordum.

**Doktor:** Bunları benimle paylaştığınız için teşekkür ederim. Görüşmeyi sonlandırmadan önce sormak istediğim birkaç soru var. Bilinen bir tıbbi hastalığınız veya düzenli kullandığınız ilaç var mı?

**Hasta:** Şikayetlerim devam etmesine rağmen, bilinen bir hastalığım yok doktor hanım, ilaç da kullanmıyorum.

**Doktor:** Alkol, uyuşturucu veya uyarıcı madde ya da sigara kullanıyor musunuz?

**Hasta:** Hayır, kullanmıyorum doktor hanım.

**Doktor:** Ailenizde herhangi bir psikiyatrik hastalığı olan var mı?

**Hasta:** Ailemde bildiğim kadarı ile herhangi bir psikiyatrik hastalığı olan yok.

**Doktor:** Verdiğiniz bilgiler için teşekkür ederim.

**OLGU ÖZETİ**

48 yaşında kadın hasta iki yıldır devam eden karın ağrısı, abdominal şişkinlik, karın alt kadranda kramplar, yemek sonrası hazımsızlık ve dolgunluk hissi, genel olarak güçsüzlük ve kalp çarpıntısı şikayetleri mevcut. Hastaya şikayetleri nedeniyle çok defa aile hekimi ve acil servis başta olmak üzere başvurularının bulunduğunu; cerrahi branşlar dahil olmak üzere pek çok uzman hekim tarafından değerlendirildiğini ifade ediyor. Hasta tanısız değerlendirme amacıyla endoskopi, kolonoskopi, abdominal BT, abdominal USG yapılmış olmasına rağmen mevcut şikayetleri açıklayacak organik patoloji görülmediği öğrenildi. Hastanın birden fazla işlevselliğini etkileyen fiziksel belirtilerinin olması, bu belirtiler üzerine davranışsal olarak aşırı zaman ve içsel güç harcaması, sağlığı ile ilgili kaygılar nedeniyle DSM-5 tanısı sistemine göre “Bedensel Belirti Bozukluğu (BBB)” ve eşlik eden majör depresif bozukluk (depresyon) tanısı konuldu.

<b>Hasta şikayetleri</b>	<b>Tanıya Yönelik Psikiyatrik Belirtiler</b>
Karın ağrısı ve şişkinlik, karın alt kadranda kramplar, yemek sonrası hazımsızlık ve dolgunluk hissi	GIS semptomları
Güçsüzlük ve halsizlik	Somatik semptomlar /anerji
Kalp çarpıntısı	Kardiyak semptomlar
Suçluluk hissi	Suçluluk hissi
Depresif hissetme	Depresif duygudurum
Uyku ve iştahta azalma	Vejetatif belirtiler
Ev işlerini yapamama, çocukları ile ilgilenememe	Anhedoni İşlevselliğin bozulması

**DSM-5 TANI ÖLÇÜTLERİ**

- 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:

- Kişinin belirtilerinin önemiyle orantısız, süreklilik gösteren *düşünceler*.
- Sağlıkla ya da belirtilerle ilgili, sürekli yüksek düzeyde bir *kaygı*.
- Bu belirtilere ya da sağlık kaygılarına *aşırı zaman ve içsel güç* harcanır.

C. En az 6 ay süre (Bedensel belirtiler bu sürede sürekli mevcut olmayabilir)

## KLİNİK BULGULAR

- Bedensel belirti bozukluğu olan hastalar sıkıntı verici ve gündelik hayatta belirgin bozulmalara yol açan bir veya birden fazla bedensel belirti tarif ederler ve henüz saptanmamış ciddi bir hastalıkları bulunduğu inanırlar. Tıbbi bir hastalığın olmadığına dair aksi kanıtlara rağmen ikna edilmeleri güçtür. Tarif edilen belirtiler özgün olabilir ve/veya diğer bir tıbbi durumla birliktelik gösterebilir. Başka bir tıbbi durum varlığında durumla ilgili düşünce, duygu ve davranışlar daha şiddetli olabilir.
- Belirtiler tek tek bakıldığında süreğen olmasa bile zihinsel uğraşı altı aydan uzun süredir mevcuttur. Bozukluğun gidişi genellikle dönemselidir. Dönemler aylar veya yıllar sürebilir ve uzun süreli iyilik dönemleri olabilir.
- Bu bozukluk tanısı için altta yatan tıbbi bir hastalık saptanmaması yeterli değildir; bu belirtilere yönelik aşırı kaygı, süreklilik gösteren düşüncüler (felaket senaryoları, ciddi bir hastalığın olduğuna dair yoğun inanış vb.) veya bu belirtilere yönelik aşırı zaman harcama (doktor doktor gezme, araştırma yapma, birilerine sorma vb.) belirtilerinden en az birisinin varlığı zorunludur.
- Tıbbi bir hastalığın varlığında da yine bu tanının konulabileceği unutulmamalıdır.
- Bedensel belirtilerin şiddetlenmesi ile psikososyal stresörler arasında ilişkisellik bulunabilir. Hastaların yaklaşık üçte biri ila yarısının belirgin düzelme gösterdiği düşünülmektedir.
- İyi prognoz yüksek sosyoekonomik düzey, tedaviye yanıt veren anksiyete veya depresyon eş tanısı, ani başlangıç, kişilik bozukluğunun ve bağılantılı

psikiyatri dışı tıbbi bir durumun olmaması ile ilişkilidir (3).

<b>Bedensel Belirti Bozukluğu değerlendirme soruları</b>
1) Son 6 ay içinde bedeninizle ilgili (bedensel) herhangi bir sıkıntı verici belirtiler (şikayetler) yaşadınız mı?
2) Sağlığınız ve/veya bu belirtilerin ciddiyeti konusunda endişeleniyor musunuz?
3) Belirti(ler)in ciddi bir fiziksel hastalığa işaret edebileceğinden korkuyor musunuz?
4) Belirti(ler)le baş etmek için neler yapıyorsunuz?
Yararlı olabilecek ilave sorular: “Belirtileriniz nedeniyle herhangi bir şeyden (örn. fiziksel egzersiz) kaçınıyor musunuz?” “Belirti(ler) için vücudunuzu tekrar tekrar kontrol ediyor musunuz?” “Belirtileriniz hakkında bilgi almak için internette araştırma yapıyor musunuz?” “Belirtileriniz için sık sık hekimlere danışıyor musunuz?”
Yaşadığımız bu belirtiler hayatınızı nasıl etkiliyor? İş/okul/ ev hayatınızı nasıl etkiledi?

### **Tanı aşamasında dikkat edilecek hususlar**

- Bedensel belirti bozukluğu tanısı konmadan önce, hastanın tıbbi öyküsünün alınması, detaylı sistem muayenesinin yapılması ve olası tıbbi patolojiye yönelik gerekli tetkiklerin tamamlanması elzemdir.
- DSM-5 tanı ölçütlerine göre kişinin bedensel belirtilerini yanlış yorumlamasına bağlı ciddi önemli bir hastalığı olduğu hakkında yanlış inanışla birlikte artmış zihinsel meşguliyetinin bulunması; bu duruma ikincil, kişide duygusal sıkıntı yaratacak ve hayatının önemli alanlarında işlevsellikte bozulmaya neden olacak ölçüde yoğun olmalıdır.
- Yapılan kapsamlı fiziksel muayene ve tetkikler sonrasında patolojik

bulgular saptanmamasına rağmen hastanın mevcut zihinsel uğraşının en az altı ay sürmesi gerekir. Mevcut inanın sanrı boyutunda olmaması ve izole olarak bedensel görünüş ile ilgili rahatsızlık hissi ile sınırlı olmaması ayırıcı tanı açısından anlamlıdır.

## Epidemiyoloji

- Bedensel belirti bozukluğu prevalansı bilinmemekle beraber; DSM-IV somatizasyon bozukluğuna göre (%1 den az gözlenmekteydi) daha fazla, ancak farklılaşmamış somatoform bozukluktan (ortalama %19 oranında görülmektedir) daha nadir olduğu düşünülmektedir (2).
- Bedensel belirti bozukluğu genel tıbbi nüfusta altı aylık prevalansın %4-6 olduğu ve %15'e kadar çıkabileceği belirtilmiştir (3).
- Kadınlar erkeklere göre daha fazla bedensel belirti bildirmekte ve bedensel belirti bozukluğunun kadınlarda daha fazla gözlendiği düşünülmektedir (4). Belirtiler en sık 20 ila 30 yaşları arasında görülmekle beraber her yaşta görülebilir. Siyahi bireylerde beyazlara oranla daha sık görüldüğüne dair çalışmalar mevcuttur.
- Sosyal statü, eğitim düzeyi, medeni durumun prevalansı etkilediği görülmemiştir. Bu hastalık yakınmaları, özellikle tip öğrencilerinin ilk 2 yılında yaklaşık %3 oranında ortaya çıkmakla beraber bu durum genellikle geçicidir (3).

## Eş Tanılar

- Bedensel Belirti Bozukluğu tıbbi hastalıklar, depresif bozukluklar ve anksiyete bozuklukları ile sıklıkla eş tanı gösterirler.
- Hastaların tahmini olarak %80'inde ek olarak depresif bozukluklar ve kaygı bozukluklarının bulunduğu düşünülmektedir (3).

## Tedavi Yaklaşımları

- Hasta düzenli aralıklarla aynı hekim tarafından takip edilmeli, yeni tetkik, sevk ve ek farmakoterapiden kaçınılmalıdır.
- Hastanın her muayenesinde bir belirti seçilerek bölgesel fizik muayene yapılabilir ve muayene bulguları hakkında bilgi verilebilir.

- Tıbbi bir hastalık tanısı konulmadığında genellikle belirtilere yönelik tedavileri faydasızdır. Bu nedenle gereksiz farmakolojik tedavileri önerilmemelidir.
- Bu bireyler, biyolojik veya birçok diğer faktöre bağlı olarak daha fazla ilaç yan etkisi yaşayabilirler; bu nedende dolayı da ilaç tedavisi başlanması konusunda dikkatli olunmalıdır.
- Hastaya ve ailesine tabloya yönelik psiko eğitim verilmelidir.
  - Terapiler etkilidir:
  - Bilişsel-Davranışçı Terapi
  - Grup Psikoterapileri
  - Bireysel İçgörütü Odaklı Psikoterapi
  - Davranışçı Terapi
  - Hipnoz
  - Antidepresan ilaç tedavisi (SSRI ve SNRI) genellikle eşlik eden depresif bozukluk ve anksiyete bozukluğunda faydalıdır. Yine de özellikle ağrıyla ilgili bedensel belirtilerde etkilidirler.

### **Tedavi hedefleri**

1. Beden ve hastalığa yönelik uygunsuz zihinsel uğraşının belirlenip; değiştirilmesi,
2. Bedensel aşırı uğraş (bedenini sık sık kontrol etme, belirtilerini şiddetini sorgulayıp durma) ve kaçınma davranışlarının azaltılması,
3. Rutin uğraşılara geri dönülebilmesi, başa çıkma yöntemlerinin güçlendirilmesi,
4. İşlevselliğin artırılması,
5. Tedavideki temel hedef belirtilerinin tamamen ortadan kaldırılması değil, işlevselliğin iyileştirilmesidir.

Örnek Reçete (Eşlik eden depresyon veya anksiyete bozukluğu varlığında)

### **SSRI Grubu ilaçlar**

Essitalopram 20 mg/gün

Sertralin 50 mg/gün

Paroksetin 30 mg/gün

Sitalopram 20 mg/gün

Fluoksetin 20 mg/gün

**SNRI Grubu İlaçlar (Ağrı ve ilişkili semptomları ön planda olan hastalarda)**

Venlafaksin 75 mg/gün

Duloksetin 60 mg/gün

**KAYNAKLAR**

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed, Washington DC, 2013.
2. Karamustafaloğlu O. Temel ve klinik psikiyatri. Güneş kitapevi, 2018.
3. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. Philadelphia, Lippincott Williams&Wilkins, 2017.
4. De Waal MWM, Arnold IA, Eekhof JA, Van Hemert A. Somatoform disorders in general practice prevalence, functional impairment and comorbidity with anxiety and depressive disorders. *Br J Psychiatry*. 2004;184:470-476.
5. Öztürk MO, Uluşahin A. Ruh sağlığı ve bozuklukları. Nobel Tıp Kitabevleri, 2018.
6. Sauer KS, Witthöft M, Rief W. Somatic Symptom Disorder and Health Anxiety: Assessment and Management. *Neurol Clin*. 2023;41(4):745-758.
7. Löwe B, Levenson J, Depping M, Hüsing P, Kohlmann S, Lehmann M, et al. Somatic symptom disorder: a scoping review on the empirical evidence of a new diagnosis. *Psychol Med*. 2022;52(4):632-648.

## HASTALIK KAYGISI BOZUKLUĞU OLGU ÖRNEĞİ PSİKİYATRİK GÖRÜŞME

*44 yaşında, evli, bir çocuğu bulunan, üniversite mezunu, memur, Çanakkale’de ailesi ile yaşayan kadın hasta.*

**Doktor:** Hoş geldiniz, sizi bugün buraya getiren şikayetinizi öğrenebilir miyim?

**Hasta:** Hoş bulduk doktor bey, aslında psikiyatrik bir problemim olduğunu düşünmüyorum. Ancak en son başvurmuş olduğum genel cerrahi uzmanı bir sürü tetkik yaptıktan sonra hiçbir problemim olmadığını söyledi ve beni psikiyatrye yönlendirdi.

**Doktor:** Anlıyorum, ne sebeple doktora başvurmuşunuz?

**Hasta:** Hocam, bir sene kadar önce en yakın arkadaşım duşta sağ memesinde leblebi büyüklüğünde bir sertlik fark etmiş ve tabii hızlıca muayene olmak için aile hekimine başvurmuş. Doktor bey muayenesi sonrasında genel cerraha sevk etmiş ve sebebinin meme kanseri olabileceğini belirterek biyopsi yapmışlar. Biyopsi sonucunda kanser tanısı sonrasında ameliyat olarak tedavi edilmişti. Bende de arkadaşımın bu tanısı sonrasında acaba ben de kanser olabilir miyim diye endişelenmeye başladım. Sık sık mememi kontrol eder oldum. Ufak bir kitle var gibi geldi, panikledim ve genel cerraha muayeneye gittim. Ama o endişelenmem gereken bir durum olmadığını söyledi, çünkü önemsiz bir geçici şişlik olduğunu söyledi. Ben ise acaba arkadaşım gibi olur muyum endişeleniyorum ve bu düşünceyi aklımdan çıkaramıyorum.

**Doktor:** Size kanser olduğunu düşündürecek neler var?

**Hasta:** Doktor Bey, ben görümcemi da bu hastalık nedeniyle kaybettim, görümcem iki sene bu hastalıkla mücadele etti ve iki sene önce, tam da benim olduğum yaşta, kaybettik onu. Kemoterapi ve ameliyat süreçleri hepimiz için travmatikti. O dönem yanında ben vardım, yaşadığı semptomları, yorgunluğunu, yüzünün renginin sapsarı oluşunu, ellerdeki titremeleri hatırlıyorum. Üstelik o tanı aldığı anda memesinde kitle yoktu, tamamen şans eseri mamografi tetkiki sırasında fark edildi. Bir de dediğim gibi arkadaşıma böyle bir tanı konulmuş olması, acaba ben de olabilir düşüncesine neden oldu. Artık bu düşünceyi zihnimden atamaz oldum. Genel cerrahi hekimi kanser değilsin demesi benim için yeterli olmadı.

**Doktor:** Anladığım kadarıyla o dönem görümcenizin bazı şikayetleri varmış,

peki sizin herhangi bir şikâyetiniz var mı?

**Hasta:** Aslında o dönem fark ettiğim sertlik birkaç ay sonra geçti, ancak şimdi de halsizlik ve yorgunluk yaşıyorum. Görümceme benzer şikâyetlerim olduğunu söyleyemem, ama bu durum kanser olmadığını göstermez.

**Doktor:** Haklısınız, hastalıklar bireylerde farklı semptomlarla kendini gösterebilir. Bu konu hakkında gayet bilgili olduğunuzu fark ettim, bilgilerinizin kaynağı nedir?

**Hasta:** Doktor Bey, neredeyse her gün internette bu konuda araştırma yapıyorum, makaleleri takip ediyorum. Ayda en az iki kere aile hekimime, genel cerraha veya randevu bulabilirsem onkoloji uzmanına başvuruyorum. Tabi ki her seferinde aynı sonuç.

**Doktor:** Ne kadar bir süredir bu hastalığa yönelik şüpheleriniz var?

**Hasta:** İlk sertliği fark ettiğimden itibaren kanser olduğuna yönelik yoğun bir kaygı yaşıyorum. Yaklaşık bir senedir diyebilirim.

**Doktor:** Peki gününüzün ne kadarlık bölümü bu endişelerle geçiyor?

**Hasta:** Her gün en az 2-3 saat bu konu hakkında düşünüyorum veya okuyorum diyebilirim. Her sabah duşta kendi meme muayenemi de yaparım.

**Doktor:** Oldukça uzun bir süre, bu durum günlük hayatınızı nasıl etkiledi?

**Hasta:** Pek iyi etkilediğini söyleyemem. Çalışan bir anneyim, ilgilenmem gereken iki çocuğum, eşim ve sürekli savaş alanı olan bir ev var. Ancak ben zamanımı bu endişelerle ve bilgisayarımın başında kanser ile ilgili araştırma yaparken harcıyorum. Çocuklarımla geçirdiğim zaman azaldı, ev işlerini aksatmaya başladım. Bu kaygılar nedeniyle tabi ki eşimle zaman geçiremiyorum ve bu durum aramızda soğukluğa neden oldu diyebilirim. Ama insan ölüme bu kadar yakinken bazı şeylere hevesi kalmıyor.

**Doktor:** Çalıştığınızdan bahsettiniz, iş yaşamınız nasıl etkilendi?

**Hasta:** Aslında işimi çok seviyorum ve oldukça başarılı olduğumu söyleyebilirim. Ancak son bir yıldır doktor muayenelerine gitmek ve tetkikler için çok fazla izin aldım; bu durumda çalışma arkadaşlarım ve müdürlerimle bazı problemler yaşamama sebep oldu.

**Doktor:** Bunları benimle paylaştığınız için teşekkür ederim. Görüşmeyi sonlandırmadan önce sormak istediğim birkaç soru var. Bilinen kronik hastalığınız ve düzenli kullandığınız ilaç var mı?

**Hasta:** Hayır doktor tarafından tanı konmuş bir hastalığım yok, ilaç da

kullanmıyorum. Aksine kan tetkiklerinin gayet iyi olduğu söylendi.

**Doktor:** Alkol, madde veya sigara kullanıyor musunuz?

**Hasta:** Hayır, kullanmıyorum.

**Doktor:** Ailenizde herhangi bir psikiyatrik hastalığı olan var mı?

**Hasta:** Ailemde bildiğim kadarı ile herhangi bir psikiyatrik hastalığı olan yok.

**Doktor:** Verdiğiniz bilgiler için teşekkür ederim.

## OLGU ÖZETİ

42 yaşında kadın hastanın, bir sene kadar önce kuzenin memesinde fark ettiği sertlik sonrasında meme kanseri tanısı konulmasının ardından, kendisinin de fark ettiği müphem bir şişliğin ardından kendisinin de kanser olacağına yönelik aşırı ve orantısız kaygıya eşlik eden yorgunluk ve halsizlik şikayetleri mevcut. Hasta bir yıldır günde en az 2-3 saatini bu konuda kaygıları ile geçirmekte olduğunu, sıklıkla aile hekimi ve uzman doktorlara muayenesi olmak amacıyla başvurduğunu, çok sayıda tetkik yaptırdığını, ancak başvurduğu her hekimin kanser olmadığını belirttiğini ifade ediyor. Yapılan görüşmede iki sene kadar önce ablasını meme kanseri nedeniyle kaybettiği öğrenildi. DSM-5 tanısı sistemine göre “Hastalık Kaygısı Bozukluğu” tanısı konuldu.

Hasta şikayetleri	Tanıya Yönelik Psikiyatrik Belirtiler
Günün 2-3 saatini hastalık düşüncesi ile geçirme	Aşırı düzeyde ve orantısız kaygı
İnternette saatlerce araştırma yapma Her gün yapılan meme muayene Sık doktor kontrolleri ve tetkikler	Sağlıkla ilgili aşırı uğraşı
Yorgunluk ve halsizlik	Anerji
Çocukları ile zaman geçirememesi, Ev işlerini aksatma, Marital problemler, İş yerinde problemler yaşama	İşlevselliğin bozulması



## DSM-5 TANI ÖLÇÜTLERİ

- 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 çıkma olasılığı yüksekse (örn, 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 (örn; hastalık bulgular için vücudunu sık sık tarar) ya da uygunsuz bir kaçınma içindedir (örn; doktora gitmekten ve hastanelerden kaçınır).
- E. Hastalıkla uğraşıp durma süresi en az 6 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.

## KLİNİK BULGULAR

- Hastalık kaygısı bozukluğu olan hastalar henüz saptanmamış ciddi bir hastalıkları olduğuna inanır; aksi kanıtlara rağmen ikna edilmeleri güçtür. Negatif tetkik sonuçlarına, var olduğuna inanılan hastalığın zaman içerisindeki iyi seyrine ve hekim tarafından verilen güvencelere rağmen hastalık inancı devam eder (2).
- Hastalıkla ilgili yoğun zihinsel uğraşları aileleri, arkadaşları ve çalışma arkadaşları ile ilişkilerini etkiler. Hastalar genellikle internette korkulan hastalıkları ile ilgili araştırmalar yapmaya düşkün olup, internette buldukları bilgilerden negatif sonuçlar çıkarırlar.
- Bedensel belirti bozukluğuyla ilgili en önem ayrımı bedensel belirtilerin yokluğudur; hastalık kaygısı bozukluğunda bedensel belirti ya hiç yoktur ya da varsa bile ağır değildir. Bedensel belirti bozukluğunda genellikle işlevselliği etkileyen birden fazla bedensel belirti görülür.
- Bu bozukluk son dönemde tanımlandığından, prognozu hakkında

güvenilir veri yoktur. Bedensel belirti bozukluğundaki gibi gidişi genellikle dönemseldir. Aylar veya yıllarca sürebilen hastalık dönemleri ve uzun süreli remisyon dönemleri olur. Hastalık kaygısı bozukluğunda; tedaviye yanıt veren kaygı veya depresyonun varlığı, belirtilerin ani başlaması, yüksek sosyoekonomik düzey, kişilik bozukluğunun olmaması ve psikiyatrik olmayan tıbbi bir durumun olmaması iyi prognoz ile ilişkilidir.

<b>Hastalık Kaygısı Bozukluğu değerlendirme soruları</b>
1) Son 6 ay içinde, önemli bir hastalığınız olduğunu veya olacağını düşündünüz mü?
2) Önemli bir hastalığınız olduğu veya olacağına yönelik düşünceler ile çok zaman geçirir misiniz?
3) Bu düşünceler ile baş etmek için neler yapıyorsunuz?
4) Yaşadığımız bu belirtiler hayatınızı nasıl etkiliyor? İş/okul/ ev hayatınızı nasıl etkiledi?

### **Tanı aşamasında dikkat edilecek hususlar**

- Hastalık kaygısı bozukluğunun diğer tıbbi durumlardan ayrılması tanı aşamasında önemlidir. Bu hastalara sıklıkla genellikle ayrıntılı tıbbi değerlendirmeleri yapılmaz ve “kronik yakınmacı” olarak değerlendirilirler.
- Hastalık kaygısı bozukluğu ile bedensel belirti bozukluğu tanıları sıklıkla karışabilir. Hastaların ayırıcı tanısında; hastalık kaygısı bozukluğunda hastalığa sahip olma korkusu ön plandayken, bedensel belirti bozukluğunda belirtiler hakkında yoğun endişe olması ön plandadır. Bedensel belirti bozukluğu genellikle 30 yaşından önce başlar, ancak hastalık kaygısı bozukluğunun başlangıç yaşı değişkenlik göstermektedir.
- Konversiyon bozukluğu, sıklıkla tek bir belirtiyi içerir; genellikle akut başlangıçlı ve dönemseldir. Depresif bozukluk ve anksiyete bozukluğu olan hastalarda da organik bir hastalığa yönelik kaygı görülebilir. Eğer depresif bozukluk ya da anksiyete bozukluğu tablosu ile bir hasta hastalık kaygısı bozukluğunun her ikisinin de tanı ölçütleri tam olarak karşılanıyorsa, hasta her iki tanıyı da almalıdır. Bazı panik bozukluk tanılı hastalar, bir hastalıkları olduğuna yönelik kaygı tarif edebilirler (örn; kalp hastalığı, koah), bu hastalarda detaylı tıbbi anamnezi alınması önemlidir.

## Epidemiyoloji

- Hastalık anksiyetesi bozukluğu nispeten yeni bir tanıdır, ilk olarak DSM-5'te yayınlanmıştır. Bu tanının yeniliği nedeniyle, bozukluğun yaygınlığı büyük ölçüde bilinmemektedir. Daha önce hipokondriyazis (DSM-IV tanısı olarak) tanısı almış hastaların yaklaşık %25'i hastalık kaygısı bozukluğu kriterlerini karşılamaktadır (4).
- Ayaktan tedavi ortamlarında hastalık kaygısı bozukluğunun tahmini yaygınlığı yaklaşık %0,75'tir ve genel popülasyonda yaklaşık %0,1'dir (5). Hastalık kaygısı bozukluğu, cinsiyet üstünlüğü olmaksızın ergenlerde yaygındır ve genellikle yaşla birlikte kötüleşir (4,6). Bozukluğun, işsiz ve daha az eğitilmiş kişilerde daha yaygın olduğu düşünülmektedir.

## Eş Tanılar

- Hastalık kaygısı bozukluğu yeni bir tanı olduğundan eş tanımlar net olarak bilinmemektedir. Hastalık kaygısı bozukluğu ile depresif bozukluklar ve kaygı bozuklukları (yaygın anksiyete bozukluğu, panik bozukluk ve obsesif kompulsif bozukluk vurgulanmakta) ile bir arada bulunabilmektedir.
- Hastalık kaygısı bozukluğu hastalarının yaklaşık üçte ikisinde en az bir başka majör ruhsal bozukluk eş tanısı söz konusudur (7). Hastalık kaygısı bozukluğu tanısı alan hastalar bedensel belirti bozukluğu ve kişilik bozuklukları açısından da değerlendirilmelidir.

## Tedavi Yaklaşımları

- Hastaya ve ailesine tabloya yönelik psikoeğitim verilmeli
- Psikoterapiler etkilidir:
- Bilişsel Davranışçı Terapi
  - Grup Psikoterapileri
  - Bireysel İçgörü Odaklı Psikoterapi
  - Davranışçı Terapi
  - Hipnoz
  - Antidepresan ilaç tedavisi (SSRI ve SNRI): Özellikle eş tanı depresyon ve anksiyete bozukluğu varlığında.

## **Tedavi hedefleri**

1. Hastalığa yönelik uygunsuz zihinsel uğraşının belirlenip; değiştirilmesi,
2. Sağlıkla ilgili aşırı uğraşının azaltılması,
3. Rutin uğraşlara geri dönülmesi, başa çıkma yöntemlerinin güçlendirilmesi,
4. İşlevselliğin artırılması.

## **Örnek Reçete**

### **SSRI Grubu ilaçlar**

Paroksetin 20 mg/gün

Fluoksetin 20 mg/gün

Sitalopram 20 mg/gün

Essitalopram 10 mg/gün

Sertralin 50 mg/gün

## **KAYNAKLAR**

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed, Washington DC, 2013.
2. Sadock BJ, Sadock VA, Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, Philadelphia; Lippincott Williams & Wilkins, 2017.
3. Öztürk MO, Uluşahin A. Ruh sağlığı ve bozuklukları. Nobel Tıp Kitabevleri, 2018.
4. Newby JM, Hobbs MJ, Mahoney AEJ, Wong SK, Andrews G. DSM-5 illness anxiety disorder and somatic symptom disorder: Comorbidity, correlates, and overlap with DSM-IV hypochondriasis. *J Psychosom Res.* 2017;101:31-37.
5. Scarella TM, Boland RJ, Barsky AJ. Illness Anxiety Disorder: Psychopathology, Epidemiology, Clinical Characteristics, and Treatment. *Psychosom Med.* 2019;81(5):398-407.
6. Bandelow B, Michaelis S. Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century. *Dialogues Clin Neurosci.* 2015;17(3):327-35.
7. Karamustafahoğlu O. Temel ve klinik psikiyatri. Güneş kitabevi, 2018.

## KONVERSİYON BOZUKLUĞU (FONKSİYONEL NÖROLOJİK BOZUKLUK)

### OLGU ÖRNEĞİ PSİKIYATRİK GÖRÜŞME

*22 yaşında, bekar, ilkokul mezunu, temizlik personeli, Çanakkale’de yalnız yaşamakta olan erkek hasta.*

**Doktor:** Hoş geldiniz, sizi bugün buraya getiren şikayetinizi öğrenebilir miyim?

**Hasta:** Hoş bulduk doktor hanım, üç gündür sağ kolumu hareket ettirmekte çok zorlanıyorum ve hissedemiyorum.

**Doktor:** Geçmiş olsun, bu konuda daha öncesinde bir sağlık kuruluşuna başvurduğunuz mu?

**Hasta:** Evet, tabi ki. Buraya gelmeden önce acil servise ve nöroloji uzman hekime başvurdum ancak çok sayıda tetkikten sonra bu durumu açıklayacak bir durum göremediklerini söylediler. En son muayene olduğum nöroloji uzmanının sorunun psikiyatrik olabileceğini söylemesi üzerine size başvurdum.

**Doktor:** Anladım, şikayetlerinizin üç gündür devam ettiğini söylemişsiniz. Şikayetler nasıl başladı?

**Hasta:** Evet, üç gün önce oldu ne olduysa. Biz Erzincanlıyız hocam, ailem de hala orada yaşıyor. Ben Çanakkale’ye çalışmak ve aileme destek olabilmek için geldim bir sene kadar önce. Üç gün öncesinde işten çıkmış eve doğru yürürken erkek kardeşim aradı. Kız kardeşimin kayıp olduğunu söyledi. Kız kardeşim evden kendi isteği ile kaçtığını ve onu aramamızı istemediğini söyleyen bir mektup bırakarak evi terk etmiş. Kız kardeşimle çok yakındık, Erzincan’da mutsuz olduğunu biliyordum ama böyle bir şey yapacağı aklımın ucundan bile geçmezdi.

**Doktor:** Hımm, anlıyorum. Sonrasında süreç nasıl gelişti?

**Hasta:** Telefonu kapattıktan sonrasında pek de hatırlamıyorum aslında. Sokağın ortasında bayılmışım. Çevredekiler ambulansı aramışlar ve hastaneye getirilmişim. Gözümü açtığımda ambulanstaydım ve sağ kolumu hissetmiyor, hareket ettiremiyordum. Bu durum o günden beri devam ediyor. Doktorlar da bir çözüm veya açıklama bulamadılar.

**Doktor:** Gün içinde bir kolunuzu kullanamamak sizin için zorlayıcı olabilir; bu durum günlük hayatınızı nasıl etkiledi?

**Hasta:** Şimdilik en büyük problem işim gibi görünüyor. Olaydan sonraki ilk gün iş yerime gittim ve durumu anlattım. Müdür Bey izin verdi sağ olsun, birkaç gün ama bıyık altından rol yaptığımı ima etti beni alaya aldı. Bu çok rahatsız ediciydi. Hareket ettirebiliyor olsam neden kullanmayayım kolumu. Benim için de hiç kolay değil bu durum. Kalem, çatal, kaşığı sol elimle tutmaya çalışıyorum. Evdeki işlerimi yapmakta da fazlaca zorlanıyorum. Doktorlar da sınırlarımda ve kaslarımda bir problem olmadığını söyleyip beni gönderiyorlar. Ama kolumu kullanamıyorum işte.

**Doktor:** Sizin için ne kadar zorlayıcı bir süreç olduğunu anlayabiliyorum. Bunları benimle paylaştığınız için teşekkür ederim. Görüşmeyi sonlandırmadan önce sormak istediğim birkaç soru var. Bilinen bir kronik hastalığınız ve düzenli kullandığınız ilaç var mı?

**Hasta:** Bugüne kadar doktora neredeyse hiç gitmedim. Bildiğim bir hastalığım yok doktor hanım, ilaç da kullanmıyorum.

**Doktor:** Alkol, madde veya sigara kullanıyor musunuz?

**Hasta:** Hayır, kullanmıyorum doktor hanım.

**Doktor:** Ailenizde herhangi bir psikiyatrik hastalığı olan var mı?

**Hasta:** Ailemde bildiğim kadarı ile herhangi bir psikiyatrik hastalığı olan yok.

**Doktor:** Verdiğiniz bilgiler için teşekkürler.

## OLGU ÖZETİ

22 yaşında, maddi sebepler nedeniyle ailesinden uzakta yaşamakta olan erkek hasta, kız kardeşinin evden kaçtığını belirten bir mektup aldıktan sonra bayılıp yere düştüğünü, neler olduğunu hatırlamadığı, kendine geldikten sonra sağ elinin tutmadığını belirtiyor. 112 eşliğinde acil servise getirilen hastada; yapılan nörolojik muayene ve çekilen beyin BT, MR ve üst ekstremitte EMG tetkiklerinde semptomları açıklayacak tıbbi bir neden saptanmıyor. Hasta acil servisten taburcu ediliyor. Patronunun kendisine birkaç gün izin vermiş olduğunu ancak rol yaptığını ima ettiğini ifade ediyor. DSM-5 tanısı sistemine göre “Konversiyon Bozukluğu” tanısı konuldu.

Hasta şikayetleri	Tanıya Yönelik Psikiyatrik Belirtiler
Senkop	Motor belirti
Sağ kolu hareket ettirememe	Motor kayıp/paralizi
Sağ kolda hissizlik	Duyusal belirti
İşini sürdürememe, öz bakımını gerçekleştirememe	İşlevselliğin bozulması

## DSM-5 TANI ÖLÇÜTLERİ

- Bir ya da birden çok, istemli devinsel (motor) ya da duyuşsal işlev değişikliği ile ilgili belirti.
- Klinik bulgular, söz konusu belirti ile bilinen nöroloji ya da genel tip durumlar arasında bağdaşmaz ve uyuşmazlık olduğuna ilişkin kanıtlar sağlar.
- Bu belirti ya da eksiklik başka bir sağlık durumu ya da ruhsal durumla daha iyi açıklanamaz.
- Bu belirti ya da eksiklik, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye sebep olur ya da sağlık açısından da değerlendirmeyi gerektirir.

## KLİNİK BULGULAR

- Konversiyon bozukluğu, DSM-5'te işlev gören nöroloji belirtisi bozukluğu (fonksiyonel nörolojik sendrom) olarak da adlandırılan, *istemli* motor ve duyuşsal işlevleri etkileyen bir başka tıbbi duruma işaret eden, ancak çatışmalar ve bazı stresörlerden önce geldiğinden psikolojik etkenlerden kaynaklandığı tahmin edilen bir hastalıktır (1).
- Konversiyon bozukluğundaki belirti ve semptomlar bilinen nörolojik hastalıklar veya diğer tıbbi durumların kalıplarıyla uyuşmaz. Semptomlar istenildiği zaman kontrol edilemez, madde kullanımına bağlı olarak ortaya çıkmaz, izole ağrı ya da cinsel belirtilerle sınırlı değildir. Birincil kazanç psikolojik olup; sosyal, mali ya da hukuki değildir.
- Tablo genellikle ani başlangıçlıdır, belirtiler genellikle kısa süreli olup,

şiddeti artıp azalabilir. En sık görülen konversif belirtiler paralizi, mutizm ve körlüktür. Duygudurum ve anksiyete bozukluğu belirtileri sıklıkla eşlik etmekle beraber, prognozu kötüleştirir.

- İyi prognoz göstergeleri akut başlangıç, başlangıç döneminde kolayca tanınan stresörün varlığı, hastalığın başlangıç ile tedaviye başlama zamanı arasındaki dönemin kısa olması, normal zekâ katsayısı düzeyinin olmasıdır. Paralizi, afoni ve körlük iyi prognoz ile ilişkili iken, tremor ve fonksiyonel nöbetler kötü prognostik etkenlerdir (1).

<b>Konversiyon Bozukluğu değerlendirme soruları</b>
1) Hareketlerinizi ve bedensel duyularınızı etkileyecek herhangi bir şikâyetiniz var mı?
2) Aniden gelişen kas güçsüzlüğünüz veya vücudunun bir bölgesinin tutamaması gibi belirtileriniz var mı?
3) Aniden gelişen duyu kaybınız (görme, işitme, tat gibi) oldu mu?
4) Bu konuda sağlık kuruluşlarına başvurur musunuz?
5) Sağlık kurulu başvurularınızda yapılan tetkiklerde durumunuzu açıklayacak sebep ne olarak bulundu?
6) Yaşadığınız bu belirtiler hayatınızı nasıl etkiliyor? İş/okul/ ev hayatınızı nasıl etkiledi?

### **Tanı aşamasında dikkat edilecek hususlar**

- Konversiyon bozukluğu tanısını koymadan önce hastanın belirtilerine yönelik detaylı fizik muayene yapılmalı gerekli tetkikler incelenmelidir. Ancak tıbbi durumlar dışlandıktan sonra hasta konversiyon bozukluğu tanısı alabilir. Stres etmeninin olması tanı koymak için ne yeterlidir ne de gereklidir. Nörolojik belirtiler genellikle anatomik ve fizyolojik olarak açıklanamazlar: hemi-anestezi, tünel görme, afonisi olan bir hastanın öksürme refleksinin olması, yürüyemeyen bir hastanın dans edebilmesi, mental bir görev verildiğinde tremorun frekansında, iskametinde ve vücut bölgesinde değişiklik olması, paralize elin yüze düşürülmesinde elin yüze değil yana düşmesi gibi... Konversiyon bozukluğunun tanısı konması, diğer nörolojik bir hastalığın varlığını ekarte ettirmez. Örneğin, psikojenik non-epileptik nöbetler (konversif nöbetler) geçiren bireye aynı zamanda epilepsi tanısı konulabileceği unutulmamalıdır. Benzer şekilde



Parkinson hastalığı olan bireyde fonksiyonel tremor da görülebilir.

- Tarif edilen belirtiler ile psikolojik faktörler arasında ilişkisellik kurulmalı; temaruz ve yapay bozukluk tanıları dışlanmalıdır. Temaruzda (simülasyon) bu belirtileri birey düzmece şekilde kendisi oluşturur ve amaç finansal bir sorundan kurtulma, finansal destek alma, bir cezadan kurtulma gibi kendisine açık ödüller sağlama amaçlıdır.
- Belirtilerin madde veya alkol kullanımına sekonder gerçekleşmediği gösterilmelidir.

## **Epidemiyoloji**

- Konversiyon bozukluğu her yaşta görülebilmeye rağmen; en sık 15-35 yaş arasında görüldüğü bilinmektedir (3). Ülkemizde yaygınlık oranı %4.5-32 olarak bulunmuştur(5). Erişkin hastalarda kadın erkek oranı 2'ye 1 ila 10'a 1 arasında olduğu gösterilmiştir. Kız çocuklarında erkeklere göre daha sık görülür (1).
- Risk faktörleri olarak düşük sosyoekonomik koşullar, kırsal nüfusta yaşamak, düşük eğitim düzeyi, yetersiz içgörü, düşük zeka düzeyi ve çatışmalara maruz kalan askeri personel olmak olarak gösterilmiştir (6).

## **Eş Tanılar**

- Anksiyete bozuklukları (özellikle panik bozukluk) ve depresif bozukluklar konversiyon bozukluğu ile bir arada görülmektedir. Hastaların yaklaşık %25-50'sinde kişilik bozukluğu ve anksiyete bozukluğu eş tanısı bulunmaktadır (2).
- Bedensel belirti bozukluğu, psikoz, madde kullanım bozukluğu ve alkol kullanımı da sıklıkla tabloya eşlik etmektedir. Konversiyon bozukluğu tanılı hastalarda kişilik bozuklukları genel topluma göre daha fazla görülmektedir. Özellikle B kümesi (antisosyal, borderline, narsisistik) kişilik bozuklukları ve konversiyon bozukluğu arasında komorbidite oranını %10-40 olarak değerlendirilmektedir. Konversiyon bozukluğu tablosuna nörolojik ve diğer tıbbi bozuklukların da eşlik edebileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

## **Tedavi Yaklaşımları**

- Hastaya ve ailesine tabloya yönelik psikoeğitim verilmeli
- Psikoterapiler etkilidir:

- Bilişsel Davranışçı Terapi
  - İçgörü odaklı Destekleyici Psikoterapi
  - Grup Terapisi
  - Aile Terapisi
  - Hipnoterapi
  - Fizik Tedavi: Özellikle motor belirtilerle giden ve yürüme bozukluğu olanlarda.
  - Antidepresan ilaç tedavisi (SSRI ve SNRI): Komorbiditelerde etkilidir.
- Anksiyolitikler

### **Tedavi hedefleri**

1. Sağlıklı başa çıkma yöntemlerinin güçlendirilmesi,
2. Duygularını ifade edebilme becerilerinin desteklenmesi,
3. Sosyal becerilerin desteklenmesi,
4. Rutin uğraşlara geri dönülmesi,
5. İşlevselliğin artırılması.

### **KAYNAKLAR**

1. Sadock BJ, Sadock VA, Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, Philadelphia, Lippincott Williams&Wilkins, 2017.
2. Karamustafaloğlu O. Temel ve klinik psikiyatri. Güneş kitapevi, 2018.
3. Chandrasekaran R, Goswami U, Sivakumar V, Chitralkha. Hysterical neurosis--a follow-up study. *Act Psychiatr Scand.* 1994;89:78-80.
5. Gülseren S, Özmen E, Önal C, et al. Konversiyon bozukluklu hastalarda belirti dağılımı ve sosyodemografik özellikler. *İzmir Devlet Hastanesi Tıp Dergisi* 1993;31 373-377.
6. Alkın T, Tunca Z. Konversiyon bozukluğu. Güle. C Köroğlu E, editörler. Psikiyatri Temel Kitabı. 2. Baskı Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 1998. p.537-44.
7. Öztürk MO, Uluşahin A. Ruh sağlığı ve bozuklukları. Nobel Tıp Kitabevleri, 2018.
8. Zhang MWB, Ho CSH, Cheok CCS, Yeong NB, Cheng L, Shankar R ve ark. Mastering Psychiatry: A core textbook for undergraduates. 2015, 4. edition, Singapur.
9. Espay AJ, Aybek S, Carson A, Edwards MJ, Goldstein LH, Hallett M, et al. Current Concepts in Diagnosis and Treatment of Functional Neurological Disorders. *JAMA Neurol.* 2018;75(9):1132-1141. <https://fndhope.org/>

## YAPAY BOZUKLUK

### OLGU ÖRNEĞİ PSİKİYATRİK GÖRÜŞME

*28 yaşında, bekar, lise mezunu, hemşire, Çanakkale’de anne ve babası ile yaşayan olan kadın hasta. Konsültasyonla danışılan bir hasta. Bradikardi yapan bir ilacı sağlık ekibinden habersiz şekilde odasında bulunurken aldığı fark edilmesi sonrasında değerlendirme yapıldı.*

**Doktor:** Hoş geldiniz, sizi bugün buraya getiren şikayetinizi öğrenebilir miyim?

**Hasta:** Hoş bulduk doktor hanım, son bir aydır olur olmadık yerlerde ve zamanlarda bayılıyorum. Bu sebeple çok kereler acil servise ve aile hekimime başvurduğum ama birkaç kan alıp, EKG çekip bir şeyim olmadığını söylediler. Ancak en son gelişimde kalbimde bir ritim bozukluğu olduğunu fark ettiler. Zaten kendimi bir süredir hiç de iyi hissetmiyordum, şaşırmadım.

**Doktor:** En son hastaneye gelişiniz nasıl oldu?

**Hasta:** Bir hafta kadar önce evde ailemle birlikte bayıldım, tabii ki fazlaca endişelendiler. Sonrasında acil servise geldik zaten. Devamını biliyorsunuz.

**Doktor:** Geçmiş olsun, bu sebeple kardiyoloji servisinde tedavi görüyorsunuz öyleyse. Doğru mu anlıyorum?

**Hasta:** Evet doğru, bir haftadır kardiyoloji servisindeyim.

**Doktor:** Hastane yatışları bazı hastalar için can sıkıcı ve yorucu olabiliyor, siz bu konuda ne düşünüyorsunuz?

**Hasta:** Hastanede olmaktan memnunum, hastalığımı anlamaları ve tedavi etmeleri önemli. Bayılırken kafamı da çarpabiliyordum. Hem zaten hayatım hastanede geçiyor. Hastanede hasta bakım personeli olarak çalışmam yetmiyormuş gibi, babamın hastalığı dolayısıyla da sık sık muayeneye olmak amacıyla hastaneye geliyoruz.

**Doktor:** Babanızın durumu nedir?

**Hasta:** Babamın kalp yetmezliği var doktor hanım, bir senedir de atrial fibrilasyonları olduğu söylendi. Sürekli bir torba ilaçla gezer, o kadar çok ilacı var ki...

**Doktor:** Çok sayıda ilacı takip etmek kolay değil, siz de babanıza destek olur musunuz?

**Hasta:** Tabi ki doktor hanım, bütün ilaçlarını ben takip ediyorum. Hangi ilacın ne için kullanıldığını öğrenmeye çalışıyorum. Yan etkileri, riskleri, hangi ilacın ne zaman nasıl alınması gerektiği, bunların hepsi aklımda.

**Doktor:** Babanızın ilaçları hakkında epey bilgili olduğumu anlıyorum, peki sizin kullandığınız ilaçlar var mı?

**Hasta:** Hayır yok, ilaç kullanmayı da pek sevmem zaten.

**Doktor:** Hımm, servis ekibinden odanızda çok sayıda ilaç bulduğunuzuzu öğrenmiştim halbuki. İlaçları odanızda buldurmanızın bir sebebi var mı?

**Hasta:** Özel bir sebebi yok, babamın ilaçlarıdır zaten. Çantamda unutmuş olmalıyım.

**Doktor:** Anlıyorum, bir süredir hastanede tedavi görüyorsunuz, çalışığınızı da söylediğimizi de hatırlıyorum. Bu durum işinizi nasıl etkiledi?

**Hasta:** Çalışığım kurumda bir problem yaşamıyorum, zaten sessiz sakin biriyimdir. İşimi yapıp hayatıma devam ederim, kimseyle bir tartışmaya girmem. Hasta olduğumu ve hastanede kaldığımı öğrenince nöbet listelerinin değişmesi gerekti yalnızca. Bunun dışında problem olmadı.

**Doktor:** Kalp atım hızınızın düşmesi yani bradikardiye neden olabilecek tıbbi bir sebep bulamadıklarını söyledi kardiyologlar. Siz ne düşünüyorsunuz?

**Hasta:** Bilemiyorum... Bir sebebi mutlaka olacaktır. Bence biraz daha tetkik etkilerinde gerçek sebep ortaya çıkar.

**Doktor:** Peki, bazen bradikardiye neden olabilecek sebeplerden birisi de dışarıdan alınan ilaçlardır. Acaba sizin için de böyle bir durum olmuş olabilir mi?

**Hasta:** Hayır, zannetmiyorum. Bir hastalığının olduğunu düşünüyorum ve acelem yok. Burada yattığım sürece yeterli değerlendirmeler yapılır.

**Doktor:** Bunları benimle paylaştığınız için teşekkür ederim. Görüşmeyi sonlandırmadan önce sormak istediğim birkaç soru var. Bilinen bir kronik hastalığınız var mı?

**Hasta:** Bilinen bir hastalığım yok doktor hanım.

**Doktor:** Alkol veya uyuşturucu madde kullanılır mısınız?

**Hasta:** Hayır, asla.

**Doktor:** Verdiğiniz bilgiler için teşekkürler.

## OLGU ÖZETİ

28 yaşında bir hastanede hemşire olarak çalışan kadın hasta tekrarlayan bayılma atakları nedeniyle acil servise başvuruyor. Hastanın yapılan fizik muayenesinde bradikardi saptanıyor, yapılan tetkiklerde semptomlara sebep olacak tıbbi patoloji gözlenmiyor. Hasta tanı ve takip amacıyla kardiyoloji servisine yatırılıyor. Yatışı süresince gün içinde nabzında değişkenlik olduğu fark ediliyor. Serviste yapılan araştırmada hastanın çantasında çok sayıda kalp ilacı bulunuyor. Bir öğrenci de çantasından bir ilacı çıkarıp ağzına attığını görüyor. Hasta psikiyatriye konsülte ediliyor. Alınan anamnezinde hastanın babasının kalp yetmezliği ve aritmi nedeniyle tedavi aldığı ve bulunan ilaçların ona ait olduğu öğreniliyor. İlaçların tamamı tedavi ekibi tarafından alıkonuyor ve bradikardi belirtileri tekrarlanmıyor. Bradikardi nedeninin babasına ait ilaca bağlı olduğu anlaşılıyor. DSM-5 tanısı sistemine göre “yapay bozukluk” tanısı konuldu.

Hasta şikayetleri	Tanıya Yönelik Psikiyatrik Belirtiler
Tekrarlayan bayılma atakları, aritmi	Yanıltıcı bedensel belirti
Başkasına ait ilaçları alarak semptomları oluşturması	Yanıltıcı hastalık oluşturma eylemi
Yapay belirtiler ile acil servise başvurma ve servise yatma	Kendini hasta olarak sunma
İşe gidememe	İşlevselliğin bozulması

## DSM-5 TANI ÖLÇÜTLERİ

### KENDİNE YÜKLENEN YAPAY BOZUKLUK

- Yanıltıcı (yanlış birkanı uyandırıcı), bedensel ya da ruhsal düzmece belirtiler çıkarma ya da yaralanmaya ya da hastalığa yol açma tutumu.
- Kişi, kendisini, başkalarına hasta, iş göremez ya da yaralı olarak sunar.
- Açık dış ödüllere olmasa bile yanıltma (yanlış birkanı uyandırma) davranışı belirgindir.
- Bu davranış, sanrılı bozukluk ya da diğer bir psikoz bozukluğu gibi başka bir ruhsal hastalıkla daha iyi açıklanamaz.

## **BİR BAŞKASINA YÜKLENE YAPAY BOZUKLUK (ÖNCEKİ ADI BAKIM VERENİN YAPAY BOZUKLUĞU)**

- A. Bir başkasına yanıltıcı (yanlış bir kanı uyandırıcı), bedensel yada ruhsal düzmece belirtiler çıkarma ya da yaralanmaya ya da hastalığa yol açma tutumu.
- B. Kişi, bir başkasına, diğerlerine hasta, iş göremez ya da yaralı olarak sunar.
- C. Açık dış ödülleri olmasa bile yanıltma (yanlış bir kanı uyandırma) davranışı belirgindir.
- D. Bu davranış, sanrılı bozukluk ya da diğer bir psikoz bozukluğu gibi başka bir ruhsal hastalıkla daha iyi açıklanamaz.

Not: Başına gelen değil, başkasına yükleyen kişi bu tanıyı alır.

## **KLİNİK BULGULAR**

- Yapay bozukluğu olan hastalar, çelişkili şekillerde bedenlerinde hastalık oluşturabilir veya bedenlerine zarar vererek veya vermeden yanlış bilgilerle bakım verenleri hasta olduğuna inandırabilir (1).
- Klinik tablonun normal dışı seyri ve görünümünden dolayı klinisyenin yapay bozukluktan şüphelenmesi, ayrıntılı geçmiş tıbbi öykü, geçmiş hastane kayıtları ve bütün bu verilerin ruh sağlığı uzmanının da bulunduğu multidisipliner bir ekip tarafından değerlendirilmesi tanılamanın esasını oluşturur (2,3).
- Tanı, açık dışsal ödüller olmaksızın sahte hastalık kurgusu oluşturma, belirtileri taklit etme ya da hastalığa sebep olmak için aldatma amaçlı davranışları gizlice yapmayı gerektirir. Amaç temaruzdaki gibi açık ödüller değildir (finansal kazanç sağlama veya cezadan kurtulma gibi). Temel motivasyon “hasta rolüne bürünme”dir.
- Yapay bozukluğu olan hastaların genellikle kötü bir prognoza sahip olduğu düşünülür. Karşı karşıya geldiklerinde hastaların çoğunluğu davranışlarını reddeder ve çok azı tedaviye onay verir (4). Birçok hasta, yapay belirtilerinin fark edilmesinin ardından tedavi ortamını terk eder.
- Yapay bozukluk yüksek morbidite ve mortalite ile ilişkilidir. Hastaların potansiyel olarak ölümcül kendi kendine zarar verme ve riskli prosedürlere girme durumları akılda tutulmalıdır (4).

**Yapay Bozukluk değerlendirme soruları****Tedavi ekibine sorulabilecek sorular: Yapay bozukluğu düşündürecek bulgular.**

- 1) Tedavilere tutarsız yanıt görüldü mü?
- 2) Hastanın öyküsünde tutarsız belirtiler gözlemlendi mi?
- 3) Taburculuk düşünüldüğünde belirtilerinde kötüleşme oldu mu?
- 4) Yatışın hemen ardından belirtilerinde hızlı düzelme gözlemlendi mi?
- 5) Diğer hastalar ve personelle yoğun bir ilişki içerisinde mi?
- 6) Diğer hastalarda görülen belirtiler ortaya çıkarıldı mı?
- 7) Eski tedavi kayıtlarıyla ilgili tutarsız bilgiler öyküde var mı?
- 8) Eşyaları arasında kendisine ait olmayan ilaç veya tıbbi bir ürün var mı?

**Tanı aşamasında dikkat edilecek hususlar**

- Yapay bozukluk tanısı şüphesi olduğunda, diğer olası etiyolojileri göz önünde bulundurmak önemlidir. Temaruz, yapay bozukluktan ayırt edilmesi en zor tanılardan biridir, çünkü birçok vakada motivasyonu belirlemek zor olabilir. Bu nedenle, parasal kazanç veya işten, hapis cezasından veya askerlik hizmetinden kaçınma gibi herhangi bir dış motivasyonu dışlamak önemlidir.
- Konversiyon bozukluğu ve bedensel belirti bozukluğu ile yapay bozukluk ayırımını yapmak için aldatıcı davranışa dair nesnel kanıt bulmak zorunludur.
- Sınırdaki kişilik bozukluğu olan hastalar genellikle aldatıcı davranışlar sergiler ve kendilerine zarar verme davranışı gösterirler. Ancak, bu hastalar genellikle kendilerine zarar verdiklerini kabul ederler. Ayrıca bu iki tanının birlikte görülebileceği unutulmamalıdır (5).

**Epidemiyoloji**

Yapay bozukluk hakkında kapsamlı bir epidemiyolojik çalışma bulunmamaktadır. Ancak psikiyatri konsültasyon hastalarının yaklaşık yüzde 0,8 ila 1'inin yapay bozukluğa sahip hastalardan oluştuğu düşünülmektedir (6).

Yapay bozukluk tanılı hastaların kadın erkek oranının 1:2 civarında olduğu tahmin edilmektedir. Yapay bozukluk, kadın hastalarda fiziksel belirtiler ve bulgular ile kendini göstermektedir, fiziksel belirtiler ile gelen tanılı hastalarda kadın erkek oranı 3:1'dir. Genellikle 20 ile 40 yaşlarında arasında, sağlık sektöründe çalışan veya eğitim almış kişilerde daha sık fiziksel belirtiler ile giden yapay bozukluk görülür (fictitious nurses). Yapay fiziksel bozukluklar her yaşta görülmekle beraber, belirtilerin 20'li veya 30'lu yaşlarda ortaya çıkma ihtimali yüksektir.

Beyaz, orta yaşlı, işsiz, bekâr, önemli bir sosyal ve aile bağı olmayan kişilerde yatkinlık yüksektir.

## Eş Tanılar

Yapay bozukluk tanısı alan pek çok kişinin eş psikiyatrik tanıları mevcuttur: örn, duygudurum bozukluklar, kişilik bozuklukları veya madde ilişkili bozukluklar (6).

## Tedavi Yaklaşımları

- Hastaya ve ailesine tabloya yönelik psikoeğitim verilmeli
- Terapiler faydalı olabilir:
- Bilişsel Davranışçı Psikoterapi
  - Dinamik Psikoterapiler
  - Hipnoz
  - Biyo-geribildirim

## Tedavi hedefleri

1. Morbidite ve mortalite riskini azaltmak,
2. Altta yatan duygusal ihtiyaçları göstermek veya altta yatan yapay bozukluk davranışın psikiyatrik tanısını koymak,
3. Başa çıkma yöntemlerinin güçlendirilmesi,
4. İşlevselliğin artırılması.



## Örnek Reçete

Farmakoterapi önerilmez. Psikoterapiye yönlendirilir. Fakat tedaviye devam etme oranı düşüktür.

## KAYNAKLAR

1. Freyberger H, Nordmeyer JP, Freyberger HJ, Nordmeyer J. Patients suffering from factitious disorders in the clinico-psycho-somatic consultation-liaison service: psychodynamic processes, psychotherapeutic initial care and clinico-interdisciplinary cooperation. *Psychother Psychosom.* 1994;62:108-122.
2. Cardona L, Asnes AG. Disclosure of caregiver-fabricated illness to a child: A team-based approach to communicating with pediatric patients. *Clin Child Psychol Psychiatry* 2019; 24: 494– 502.
3. Flaherty EG, MacMillan HL. Caregiver-fabricated illness in a child: a manifestation of child maltreatment. *Pediatrics* 2013; 132: 590–597.
4. Carnahan KT, Jha A. Factitious Disorder. [Güncellendi 2023 2 Ocak]. İçinde: *Stat Pearls* [İnternet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Ocak
5. Gregory RJ, Jindal S. Fictitious disorder on an inpatient psychiatry ward. *Am J Orthopsychiatry.* 2006;76 (1):31-36.
6. Sadock BJ, Sadock VA, Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. Philadelphia, Lippincott Williams&Wilkins, 2017.



## 9. BÖLÜM

### YEME BOZUKLUKLARI

**Uzm. Dr. Hilal SEZER SOYLU**

*Çanakkale Devlet Hastanesi,*

*Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği*

*drhilalsezer@gmail.com*

<https://orcid.org/0009-0006-0802-4682>

#### ANOREKSİYA NERVOZA

##### **Olgu örneği psikiyatrik görüşme**

*21 yaşında kadın hasta, Endüstri mühendisliği 3. sınıf öğrencisi, bekar, ailesiyle beraber şehir merkezinde, kendilerine ait bir evde yaşıyor.*

**Doktor:** Hoş geldiniz, size nasıl yardımcı olabilirim?

**Hasta:** 3 yıldır kilo vermeye çalışıyorum, beslenmeme dikkat ediyorum, kalori hesabı yapıyorum. Halen istediğim fiziksel görünüme ulaşabilmiş değilim. Karın bölgemdeki yağlardan kurtulamadım, fiziğimi beğenmiyorum. Spor da yapsam düzelmiyor. Ailem ve arkadaşlarım çok abarttığımı düşünüyorlar, artık bir psikiyatriste git diyor herkes. Psikolojik sorunum olduğunu sanmıyorum. Onların ısrarı ile geldim. Halsizliğim var sadece.

**Doktor:** 3 yıl önce sizi kilo verme sürecine başlatan neler oldu, anlatır mısınız?

**Hasta:** Üniversite sınavına hazırlık dönemi benim için çok stresli idi. Beslenmeme yeterince özen gösteremedim, o yıl epey kilo aldım fast food tüketmekten. 55 kilodan 65 e çıktım. Üniversiteye başladım. Kimsenin beni beğenmediğini fark ettim. Annem zaten böyle kilolu devam edersem kimsenin

beni beğenmeyeceğini söylemişti. Diyete başladım. Eski kiloma döndüm hatta 52 kiloya kadar düştüm ama istediğim ince görünümüne ulaşamadım.

**Doktor:** Şimdi kaç kilosunuz, boyunuz nedir? Fiziksel görünümünüzü nasıl buluyorsunuz?

**Hasta:** 1.68 boyundayım, 42 kiloyum. Hala karın bölgemde fazlalıklarım var.

**Doktor:** 52 kilodan 42 kiloya düşme süreciniz nasıl oldu?

**Hasta:** Diyetime dikkat etmeye çalışıyorum.

**Doktor:** Kilo verebilmek için ek yöntemleriniz ya da kullandığınız ilaçlar oldu mu?

**Hasta:** Spora çok dikkat ediyorum, yemeklerden sonra iki saat spor yapmazsam huzursuz oluyorum. En çok spordan fayda gördüm. Vücutta su tutmayı ve ödemi engelleyen idrar söktürücü ilaçlar da kullandım. İshal yapan da kullandım ama bunlar çok halsiz düşürdüklerinden bıraktım, spora devam ediyorum.

**Doktor:** Nasıl beslenirsiniz?

**Hasta:** Kalori sayımı benim için çok önemli, yağlı ve şekerli besinlerden uzak duruyorum.

**Doktor:** Peki tüm bu dönemler boyunca keyfiniz, moraliniz nasıldı?

**Hasta:** O ay tartıda düşme olmazsa kendimi hiç beğenmiyorum, çok mutsuz oluyorum. Aklım sürekli fazlalıklarımda oluyor, aynada kendimi bir türlü beğenmiyorum.

**Doktor:** Aileniz ve arkadaşlarınız ne diyorlar bu çabanız karşısında?

**Hasta:** Annem oldum olası beni eleştirir zaten, istediği mükemmel kız olamadım. Şimdi de yağlarım nedeniyle olamıyorum. Biraz fazla kilo verdiğimi düşündüğünden son dönemlerde endişeli gerçi. Babam çok karışmaz olaylara. Kardeşim yok. Pek arkadaşım da yok, son zamanlarda halsizlikler olunca devamsızlıktan gidemedim, aralarına katılamadım. Zaten sosyal aktiviteleri pek sevmiyorum. İnsanlarla yemek yemek ve kalabalık hoşuma gitmiyor, ardından spor da yapamıyorum arkadaşlarımla çıktırısam.

**Doktor:** Daha önce ruhsal bir yakınmanız oldu mu?

**Hasta:** Heyecanlı biri oldum hep. En iyisini yapmaya çalışmak beni kaygılandırır biraz. Ama son 1 yıldır kilo verme güçlüğü yaşadığım dönemler moral açısından da çökkünüm. Ama hastalık düzeyinde ve ilaç içmek gerekecek

kadar olmadım hiç.

**Doktor:** Sigara, alkol, madde kullanımınız var mı?

**Hasta:** Sosyal ortamda birkaç kez alkol kullandım ama karaciğerde yağlanma yaptığını öğrenince bıraktım.

**Doktor:** Bilinen ek tıbbi hastalığınız var mı?

**Hasta:** Adet görememe oldu son 2 yıldır, tespit edilen kadın hastalığı saptanmadı, kilo kaybına bağladılar.

**Doktor:** Ailede psikiyatrik tedavi alan var mı?

**Hasta:** Anneannemde kaygı bozukluğu var, annem de bir dönem temizlik takıntılıları olduğundan tedavi aldı. Teyzeme şizofreni tanısı konmuş 20 yaşında, ilaç kullanıyor.

## OLGU ÖZETİ

21 yaşında kadın hastaya, yaşına ve cinsiyetine göre olması beklenenden daha düşük kiloda olması, beklenenden daha az enerji alımı, kilo almaktan aşırı korkma, kilo almayı güçleştiren davranışlarda bulunma, vücut ağırlığı ve biçimine dair algıda bozulma olması nedeniyle ‘Anoreksiya Nervoza’ tanısı konuldu. Öyküsünde kaygılı bir mizaca sahip olduğu düşünüldü, ailesinde kaygı bozukluğu, obsesif-kompulsif bozukluk ve psikotik bozukluk spektrumlarında bireyler mevcuttu.

Hasta Şikayetleri	Tanıya Yönelik Psikiyatrik Belirtiler
3 yıldır kilo vermeye çalışıyorum, beslenmeme dikkat ediyorum, kalori hesabı yapıyorum.	Vücut ağırlığı ve biçimine dair algıda bozulma, düşük enerji alımı
Karın bölgemdeki yağlardan kurtalamadım, fiziğimi beğenmiyorum.	Beden algısında bozulma
O ay tartıda düşme olmazsa kendimi hiç beğenmiyorum, çok mutsuz oluyorum.	Düşük benlik saygısı, depresif belirtiler

Aklım sürekli fazlalıklarımda oluyor, aynada kendimi bir türlü beğenemiyorum.	Beden algısında bozulma
‘Spora çok dikkat ediyorum, yemeklerden sonra iki saat spor yapmazsam huzursuz oluyorum.’  ‘Vücutta su tutmayı ve ödemi engelleyen idrar söktürücü ilaçlar da kullandım. İshal yapan da kullandım.’	Kilo almayı telafi edici alışkanlıklar
Son 1 yıldır kilo verme güçlüğü yaşadığım dönemler moral açısından da çökkünüm.	Kilo verme güçlüğü ile artan depresif belirtiler

## DSM-5 TANI ÖLÇÜTLERİ (2)

- A. Gereksinimlerine göre enerji alımını kısıtlamaktadır. Bireyin yaşı, cinsiyeti, gelişimsel olarak izlediği yol ve vücut sağlığı bağlamında belirgin bir biçimde düşük bir vücut ağırlığının olmasına yol açmaktadır.
- B. Vücut ağırlığı kazanımından ya da şişmanlamaktan çok korkma ve belirgin bir biçimde düşük vücut ağırlığında olmasına karşın vücut ağırlığındaki yükselişi güçleştiren kısıtlama, çıkarma ya da telafi edici davranışlarda bulunmaktadır.
- C. Bireyin vücut ağırlığını ya da biçimini nasıl algıladığıyla ilgili bir bozukluk vardır, birey kendini değerlendirirken vücut ağırlığı ve biçimine yersiz bir önem yükler, o sıradaki düşük vücut ağırlığının önemini hiçbir zaman kavrayamaz.
1. Kısıtlayıcı Tip: Bu alt tür, daha çok diyet yaparak, neredeyse hiç yemek yemeyerek ve/ya da aşırı spor yaparak vücut ağırlığının kaybedildiği görünümleri tanımlamaktadır.
  2. Tıkınırcasına Yiyen/Çıkaran Tip: Son üç ay içinde yineleyen tıkınırcasına yeme ya da çıkarma (örn. kendi kendini kusturma ya da laksatif ilaçlar, diüretikler ya da lavmanın kötüye kullanılması) dönemleri bulunmaktadır

## KLİNİK BULGULAR

- Anoreksiya nervozanın vücut ağırlığında belirgin düşüklük haline rağmen beslenme davranışı, vücut kilosu ve enerji alımıyla aşırı meşgul olma, kilo almaktan aşırı derece korkma ve beden algısında çarpıtmaların varlığı ile karakterize beslenme bozukluğudur.
- Son üç ayda daha çok ağır diyet, neredeyse hiç yemek yememe ve aşırı spor sayesinde kalori kaybıyla seyreden ‘Kısıtlayıcı tür’ ve yineleyen yeme ve çıkarma atakları ile seyreden (kendi kendini kusturma, diüretik ya da lavman kullanımı vb.) ‘Tıkınırcasına yeme/çıkarma türü’ olmak üzere iki formda ilerleyebilir.
- Hastaların düşünce içeriği sürekli beslenme içeriği ile meşguldür, kalabalıkta yemek yememe, sürekli kalori hesaplama hali olabilir. Aşırı kilo verdikleri durumda bile çevreden gelen uyarılara aldırmayıp yememe davranışını sürdürürler, beden algıları bozulmuştur.
- Tanı koydurucu özgül fizik muayene ya da laboratuvar bulgusu olmamakla beraber aşırı kilo kaybı ile birlikte ödem, lanugo, hipotansiyon, bradikardi, hipotermi, deride kuruluk, kabızlık, alopesi, püeril görünüm, memelerde atrofi, süreğen olgularda osteoporoz olabilir.
- Endokrin bozukluklar ve amenore sıktır. İleri vakalarda yaşamı tehdit eden elektrolit bozuklukları, kardiyak aritmiler, bilinç bulanıklığı, kan şekerinde düşme ve hematolojik parametrelerde bozulma görülebilir (2, 3).

### Anoreksiya Nervozaya Değerlendirme Soruları

Son zamanlarda kilo kaybı, diyet uygulama ya da kilo vermeye dair telafi davranışlarınız oldu mu?

Kilo vermiş olmanıza rağmen yeterli olmadığını düşündüğünüz, çevreden tam tersi yönde fikir beyan edilse de kendinizi kilolu biri olarak hissettiğiniz oldu mu?

Son zamanlarda yemek yemeyi aşırı derecede kısıtladığınız ya da tıkınırcasına tek seferde çok yemek yediğiniz, sonrasında pişmanlık hissedip telafi edici davranışlar gösterdiğiniz oldu mu?

## Tanı Aşamasında Dikkat Edilecek Hususlar

Tam bir fizik muayene yapılmalı, tüm laboratuvar tetkikleri planlanmalı, genel tıbbi duruma dair değerlendirme yapılarak gerekirse ilgili branşlardan konsültasyon istenmeli, eşlik edebilecek telafi edici davranışlar sorgulanmalı, yatan hastalarda kimi zaman hastalar bu telafi edici davranışlar açısından savunucu tutum gözlendiğinde servis ekibi bu durumu tespit edip tedavi sürecinde bu durum ele alınmalıdır.

## Epidemiyoloji

- Hastalık genellikle ergenlik ya da erken erişkinlik döneminde başlar, yıllarca sürebilir. Kadın erkek oranı 1/6-1/10 arasında değişkenlik göstermektedir.
- Ruhsal bozukluklar arasında en ölümcül hastalık anoreksiya nevrozudur. Tanı konan hastaların %10' unun 10 yıl içerisinde kaybedilebildiği bilinmektedir (4).

## Eş Tanılar

- Süreç içerisinde hastanın belirtileri farklı yeme bozuklukları tabloları arasında geçiş yapabilir.
- Depresyon, anksiyete bozuklukları, obsesif-kompulsif bozukluk ve C kümesi kişilik bozuklukları (obsesif, bağımlı) en sık eş tanılar arasındadır (5).

## Tedavi Yaklaşımları

- Her hastadan ayrıntılı bir öykü alınmalı, hastaya tam bir fizik muayene yapılmalı, geniş laboratuvar tetkikleri uygulanmalıdır. Tedavi ortamı belirlenmeli (ayaktan/yatarak), işbirliği sağlanmalı, tedavi hedefleri belirlenmelidir.
- Tedavide temel olarak iç görü geliştirilmesi, motivasyon artırılması, iş birliği sağlanması hedeflenmelidir.
- Sağlıklı bir beslenme tutumu geliştirilmesini sağlamak, yeme ve çıkarma davranışlarını düzeltmek ana hedeflerdir..
- Başta bilişsel davranışçı psikoterapi olmak üzere çeşitli terapi yaklaşımları



kullanılabilir.

- SSRI ve atipik antipsikotiklerden yararlanılabilir (6).

### **Tedavi Hedefleri**

- Hastalığın başından itibaren görülen kilo değişimleri,
- Kısıtlı ve tıknırcasına yeme davranışları,
- Telifi amacıyla geliştirilen alışkanlıklar,
- Kilo ve görünüm konusundaki temel inançlar,
- Bir gün boyunca yediği yiyecekler,
- Hastalığının nasıl başlamış olabileceğine dair düşünceleri,
- Hastalığın ilerlemesinde ve süreğen hale gelmesinde etkili olabilecek kişiler arası ilişkiler,
- Eşlik edebilen diğer psikiyatrik hastalıklarla (örneğin; depresyon, madde kullanımı vb.) ilgili değerlendirme yapılmalıdır (7).
- Özellikle genç hastalarda aileden de bilgi almak yararlı olabilir (8).

### **Acil Servis Tedavi Önerileri**

- En kısa sürede muayene ve laboratuvar incelemeleri tamamlanmalıdır.
- Şiddetli kilo kaybı, hipotermi, hipotansiyon ve elektrolit dengesizliği gibi hayatı tehdit eden durumlar varlığında erken dönem müdahaleleri ve replasmanları yapılmalı, hastanın genel durumuna göre Psikiyatri servisine ya da yoğun bakıma yatışı sağlanmalıdır.

### **Örnek Reçete**

- Fluoksetin 20 -40 mg/gün
- Sertralin 50-100 mg/gün
- Aripiprazol 5 mg/gün

### **KAYNAKLAR**

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5-TR). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013.
2. Johnson L, et al. Clinical findings in anorexia nervosa. Int J Clin Pract. 2018.

3. Smith J, et al. The prevalence of anorexia nervosa. J Eat Disord. 2020.
4. Williams R, et al. Epidemiology of anorexia nervosa. Curr Opin Psychiatry. 2017.
5. Marucci S, et al. Anorexia nervosa and comorbid psychopathology. 2018.
6. Taylor M, et al. Anorexia nervosa treatment approaches. Adv Eat Disord. 2021.
7. Davis A, et al. Cognitive behavioral therapy for anorexia nervosa. Clin Psychol Rev. 2016.
8. Miller N, et al. Anorexia nervosa: medical complications and management. Am J Med. 2015.
9. Mehler P, et al. Emergency room presentations of people with anorexia nervosa. 2023.

## BULİMİYA NERVOZA

### Olgu örneği psikiyatrik görüşme

*23 yaşında kadın hasta, üniversite mezunu, bekar, çalışmıyor, ev arkadaşıyla beraber şehir merkezinde bir rezidansta kirada yaşıyor.*

**Doktor:** Merhaba, hoş geldiniz. Size nasıl yardımcı olabilirim?

**Hasta:** Merhaba. Aslında burada olmaktan biraz çekiniyorum ama son zamanlarda yaşadıklarım beni gerçekten endişelendiriyor. Yemekle ilgili bazı sorunlarım var.

**Doktor:** Ne gibi sorunlar, biraz açar mısınız?

**Hasta:** Yemek yedikten sonra kendimi çok suçlu hissediyorum, bunu telafi etmek için bazen kusuyorum. Uzun zaman oldu ve kontrol edemediğim için çok üzülüyorum.

**Doktor:** Anlıyorum. Bu durum sizi oldukça rahatsız etmiş olmalı. Bu sorun ne zaman başladı ve bu süreçte neler yaşadığınızı biraz daha detaylı anlatabilir misiniz?

**Hasta:** Yaklaşık bir yıl önce, üniversite son sınıfta başladı. Her zaman kilo konusunda endişeliydim ama o zamanlar daha da kötüleşti. Sosyal medyada gördüğüm ince ve kusursuz vücutlar yüzünden kendimi hep yetersiz hissettim. Hiçbir zaman aşırı kilolu olmadım ama çok zayıf da olmadım. İlk başta diyet yapmaya başladım ama sonra kendimi yemek yedikten sonra suçlu hissederken buldum ve kusarak rahatlamaya çalıştım. Bu, bir alışkanlık haline geldi ve şimdi

ne zaman çok yemek yesem hemen kusma ihtiyacı hissediyorum.

**Doktor:** Bu süreçte, yeme alışkanlıklarının dışında, duygusal olarak kendinizi nasıl hissettiniz?

**Hasta:** Kendimi sürekli yetersiz ve değersiz hissediyorum. Okulu bitirdim ama iş de bulamadım. Yemek yediğimde bir anlık mutluluk yaşıyorum ama sonra hemen suçluluk ve pişmanlık hissediyorum. Bu döngü beni çok yoruyor. Sık sık kendimi yalnız ve mutsuz hissediyorum. İnsanlarla olan ilişkilerimde de sorunlar yaşamaya başladım. Yemek konusunda bu kadar takıntılı olduğum için arkadaşlarımla dışarı çıkmak veya ailemle yemek yemek bile istemiyorum.

**Doktor:** Anlıyorum. Bu duygular oldukça zorlayıcı olabilir. Peki, bu durumla başa çıkmak için başka neler yapıyorsunuz?

**Hasta:** Bazen aşırı egzersiz yapıyorum. Bir yandan da yemek yeme konusunda çok katı kurallar koyuyorum kendime. Ama ne kadar uğraşırsam uğraşayım, yine de kontrolümü kaybettiğimi hissediyorum. Kimseyle de paylaşmıyorum, yargılanmaktan korkuyorum.

**Doktor:** Bu endişeleriniz oldukça anlaşılır. Yemek yeme bozuklukları genellikle kişinin kendine dair olumsuz düşüncelerini ve duygularını yansıtabilir. Bu durumu aşmak için profesyonel yardım almak çok önemli. Öncelikle, yaşadığınız bu belirtiler, bulimia nervoza adı verilen bir yeme bozukluğuna işaret ediyor olabilir.

**Hasta:** Bulimia nervoza mı? Tam olarak ne anlama geliyor bu?

**Doktor:** Bulimia nervoza, kişinin tekrarlayan tıkanırcasına yeme atakları yaşadığı ve ardından kilo alımını önlemek için telafi edici davranışlarda bulunduğu bir yeme bozukluğudur. Bu davranışlar genellikle kendini kusturma, aşırı egzersiz yapma veya laksatif gibi ilaçlar kullanma şeklinde olabilir. Bu durum hem fiziksel hem de duygusal sağlığını ciddi şekilde etkileyebilir.

**Hasta:** Bu gerçekten ciddi bir durum gibi görünüyor. Peki, bu durumdan nasıl kurtulabilirim? Gerçekten bir çözüm var mı?

**Doktor:** İlk adım, bu durumu kabul etmek ve profesyonel yardım almaya istekli olmaktır ki bunu zaten yapıyorsunuz. Tedavi sürecinde genellikle psikoterapi ve gerektiğinde ilaç tedavisi kullanılır. Psikoterapi yöntemleri yeme bozukluğuna neden olan düşünce ve davranış kalıplarını değiştirmenize yardımcı olabilir.

**Hasta:** Bu sürece başlamak için kendimi çok yetersiz hissediyorum.

**Doktor:** Bu süreçte birlikte çalışarak, sağlıklı bir yeme alışkanlığı ve pozitif bir beden imajı geliştirebiliriz. Ayrıca, gerektiğinde bir diyetisyenle de çalışabiliriz. Diyetisyen, sağlıklı bir yeme planı oluşturmanıza ve bu planı uygularken size destek olabilir.

**Hasta:** Bu konuda bana yardımcı olduğunuz için çok teşekkür ederim

## OLGU ÖZETİ

23 yaşında kadın hastaya, 1 yıl önce başlayan yeme atakları, yemek yemeyle ilgili denetiminin kalktığı duygusu, kilo almaktan sakınmak için gelişen kendini kusturma şeklinde telafi edici davranışlar, vücut biçiminden ve ağırlığından yersiz biçimde etkilenen kendilik değerlendirmesi, bu durumun Anoreksiya Nervoza tablosundaki gibi beden algısında ağır bozulma hali olmadan ortaya çıkması ile ‘Bulimiya Nervoza’ tanısı konuldu.

Hasta Şikayetleri	Tanıya Yönelik Psikiyatrik Belirtiler
Yemek yedikten sonra kendimi çok suçlu hissediyorum, bunu telafi etmek için bazen kusuyorum.	Tekrarlayan tıkanırcasına yeme atakları ve telafi edici davranışlar (kusma)
Sosyal medyada gördüğüm ince ve kursoruz vücutlar yüzünden kendimi hep yetersiz hissettim.	Vücut ağırlığı ve biçimi ile ilgili aşırı değerlendirilmiş düşünceler
Yemek yediğimde bir anlık mutluluk yaşıyorum ama sonra hemen suçluluk ve pişmanlık hissediyorum.	Yeme ile ilişkili suçluluk ve pişmanlık duyguları
Sık sık kendimi yalnız ve mutsuz hissediyorum. İnsanlarla olan ilişkilerimde de sorunlar yaşamaya başladım.	Depresif belirtiler ve sosyal işlevsellikte azalma
Bazen aşırı egzersiz yapıyorum. Bir yandan da yemek yeme konusunda çok katı kurallar koyuyorum kendime.	Aşırı egzersiz ve katı diyet kuralları ile telafi edici davranışlar

## DSM-5 TANI ÖLÇÜTLERİ (1)

A-Yineleyici tıknırcasına yeme dönemleri. Bir tıknırcasına yeme dönemi şu iki madde ile belirlidir:

- Benzer koşullarda, benzer sürede, çoğu kişinin yiyebileceğinden açıkça daha çok yiyeceği, ayrı bir zaman biriminde (örn. herhangi iki saatlik bir sürede) yeme.
- Bu dönem sırasında yemek yemeye ilgili denetiminin kalktığı duyumunun olması (örn. kişinin yemek yemeyi durduramadığı duygusu, ne ya da ne denli yediğini denetleyemediği duygusu)

B-Kilo almaktan sakınmak için, kendi kendini kusturma, laksatif ilaçları, idrar söktürücü ilaçları ya da diğer ilaçları yanlış yere kullanma, neredeyse hiç yememe ya da aşırı spor yapma gibi yineleyen, uygunsuz ödünleyici davranışlarda bulunma.

C-Bu tıknırcasına yeme davranışlarının ve uygunsuz ödünleyici davranışların her ikisi de ortalama 3 ay içinde, en az 1 haftada 1 kez olmuştur.

D-Kendilik değerlendirmesi, vücut biçiminden ve ağırlığından yersiz bir biçimde etkilenir.

E-Bu bozukluk, yalnızca anoreksiya nervoza dönemleri sırasında ortaya çıkmamaktadır.

## KLİNİK BULGULAR

- Bulimiya nervoza dönem dönem aşırı yemek yeme, kilo alma ve bir yandan da kilo almayı durdurma amacıyla ortaya çıkan çıkarma davranışlarıyla seyreden bir bozukluktur (2).
- Sürekli aşırı yemek yiyen ve şişman olan hastalardan farklı olarak bu kişiler ataklar halinde aşırı yemek yer, kilo almayı önlemek için yediklerini kusar, ishal ya da idrar söktürücü ilaçlar kullanabilir (3).
- Çoğu zaman fazla kilolu olmayıp kilo almak konusunda endişelidirler (4).
- Beden algısı, güzellik, çirkinlik kavramları ile aşırı uğraş halinde olup yemek yemek ve yememek arasında bocalayarak sürdürürler (5).
- Hastalar yeme biçiminden yakınıyor, kendini eleştiriyor, suçlar. Çoğu zaman duygudurum çökkündür (6).

- Bulimiya nervoza nöbetler halinde seyreden, yıllar boyunca çok kez yineleyen, aralıklı süregelen bir rahatsızlıktır.

<b>Bulimiya Nervoza Değerlendirme Soruları</b>
Son zamanlarda ataklar halinde gelen yemek yeme dönemleriniz oldu mu? Yemek yeme atakları esnasında suçluluk, pişmanlık, kilo almaktan korkup bu durumu engelleyebilecek telafi edici davranışlarınız oldu mu?
Kendi bedeninizi, kilonuzu nasıl buluyorsunuz, kilolu ya da zayıf olmak sizin için ne ifade ediyor?
Yeme ataklarınızı tetikleyen ruhsal etmenler neler?

### Tanı Aşamasında Dikkat Edilecek Hususlar

Telafi edici davranışların olması ile tıknırçasına yeme bozukluğundan ayrımı yapılmalı, beslenme şekline neden olan sosyal ve çevresel etmenler anlamaya çalışılmalı, eşlik eden ruhsal hastalıklar dikkate alınmalıdır.

### Epidemiyoloji

- Olguların hemen hemen %75'i 22 yaşından önce başlar, kadınlarda daha sıktır.
- DSM-5 tanı ölçütlerinin uygulandığı çalışmalarda, BN yaygınlığının %30 arttığı gösterilmiştir (4).

### Eş Tanılar

- Depresyon, alkol-madde kötü kullanımı/bağımlılığı, dürtü kontrol bozuklukları (örneğin; kleptomani, trikotillomani) ve B kümesi kişilik bozuklukları (borderline, histrionik en sık eş tanılar arasındadır (7).

### Tanı ve Tedavi Yaklaşımları

- Ayrıntılı bir öykü alınması, fizik muayene yapılması, tüm laboratuvar tetkiklerinin yapılması, tedavi ortamının belirlenmesi (ayaktan/yatarak), süreç boyunca işbirliğinin sağlanması, tedavi hedeflerinin belirlenmesi ilk aşamada planlanması gereken uygulamalardır.

**Tedavi Hedefleri**

- Hedef kilo aralığını saptama, kusma ve diğer telafi edici davranışlara yönelik yaklaşımlar belirleme, yeme bozukluğuna neden olan bilişlerin tespiti ve değiştirilmesi, yeme bozukluğunu tetikleyen dış olayların tespiti ve giderilmesi, düşük benlik saygısının ele alınması ve bozuk beden algısı ile çalışma tüm hastalarda ele alınması gereken hususlardır (8).

**KAYNAKLAR**

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5-TR). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013.
2. Jones A, et al. Understanding bulimia nervosa. Int J Eat Disord. 2021.
3. Smith B, et al. The impact of social media on body image. J Psychol Res. 2020.
4. Taylor C, et al. Cognitive behavioral therapy for eating disorders. Clin Psychol Rev. 2022.
5. Williams D, et al. The role of self-esteem in eating disorders. Psychiatry Clin Neurosci. 2020.
6. Brown E, et al. Pharmacological treatments for bulimia nervosa. J Clin Psychopharmacol. 2021.
7. Muacevic A, et al. Hospitalization outcomes and comorbidities of bulimia nervosa: a nationwide inpatient study. 2018.
8. Smith B, et al. Effective treatment goals for bulimia nervosa. J Clin Psychol. 2021.

## TIKINIRCASINA YEME BOZUKLUĞU

### Psikiyatrik Görüşme Olgusu Örneği

*38 yaşında kadın hasta, evli, üç çocuğu var, ailesiyle beraber şehir merkezinde eşinin ailesine ait aile apartmanında yaşıyor, ortaokul mezunu, çalışmıyor.*

**Doktor:** Merhaba, size nasıl yardımcı olabilirim?

**Hasta:** Merhaba. Nerden başlayacağımı bilemiyorum. Belki de anlaşılmıştır. Çok kiloluyum gördüğünüz üzere, hatta obezim. Yıllardır böyle ama artık tansiyon ve şeker hastalığım baş gösterdi, aile hekimim size yönlendirdi.

**Doktor:** Anlıyorum, aile hekiminiz neler gözlemlemiş olabilir? Siz bu durumu nasıl ele alıyorsunuz, neler yaşadığınızı biraz daha detaylı anlatabilir misiniz?

**Hasta:** Evlendim yedi yıl içinde arka arkaya üç doğum yaptım. En küçük kızım 11 yaşında. Doğumlar arasında kilo veremedim. Çocuk bakmak, ev işlerine yetişmek, eşimden ve ailesinden destek görememek, üç çocukla her işe tek başına yetişmek derken kendime hiç zaman ayıramadım. Eşim zaten vardiyalı gececi çalışır. Çocuklar yattıktan sonra tek mutluluğum gece televizyon izlemek ve yemek yemek oldu. Herkes yatınca tatlı, tuzlu, hamur işi ne varsa bir bakmışım yiyivermişim. Neler neler yediğime ben bile sonradan şaşıyorum ama o an beni hiçbir şey durduramıyor, sanki yediklerimi kontrol eden ben değilim.

**Doktor:** Boyunuz ve kilonuz nedir?

**Hasta:** Boyum 1.60 vardır, tartılmak içimden hiç gelmiyor. En son 107 kiloydum. Ah ben böyle miydim 52 kiloydum evlendiğimde.

**Doktor:** Bu süreçte, kendinizi nasıl hissettiniz? Yemek yeme alışkanlıklarınız dışında, duygusal olarak neler yaşadınız?

**Hasta:** Sürekli mutsuz hissediyorum. Yemek yediğimde bir anlık rahatlama yaşıyorum ama sonra hemen pişmanlık ve suçluluk hissediyorum. Bu döngü beni çok yoruyor ama kıramıyorum.

**Doktor:** Anlıyorum. Bu duygular oldukça zorlayıcı olabilir. Bu durumla başa çıkmak için başka neler yapıyorsunuz?

**Hasta:** Bazen bir yürüyüş yapayım diyorum ama çok zor geliyor. Çok hareketsizim hep evdeyim. Bazen yemecem artık diyorum kendi kendime ama



ne kadar uğraşırsam uğraşayım, yine de kontrolümü kaybediyorum. Bu durumu kimseyle paylaşamıyorum, insan içine çıkmaz, hanımlar arası günlere bile gitmez oldum. Kimse beni anlamaz ki, görseler şaşakalırlar zaten ne hızlı yuttun gitti diye.

**Doktor:** Peki yemek yedikten sonra kilo almayı önlemek için telafi edici uygulamalar oluyor mu hiç?

**Hasta:** Nasıl mesela?

**Doktor:** Örneğin kendinizi kusturmaya çalışmak, ishal yapan ya da idrarı söken ilaçlar kullanmak ya da aşırı hareket halinde olmak, spor yapmak gibi.

**Hasta:** Ay yok hiç bir şey yaptığım yok bu kadar yiyip.

**Doktor:** Kendinizi nasıl hissediyorsunuz, biraz aile içi meselelerden de bahsettiniz gerçi, bu yemek ataklarıyla beraber hayattan keyif alamama, mutsuzluk, isteksizlik gibi durumlar da oluyor mu?

**Hasta:** Bunlar artık bende kronikleşti. Hiçbir şeyden keyif almıyorum ki. Çocuklarım olmasa ölsün umrum olmaz.

**Doktor:** Hayattan keyif alamama ya da başka nedenlerle daha önce tedavi aldığınız oldu mu?

**Hasta:** Yıllar önce bir kez gittim ama verilen ilaçları da düzenli içmedim tekrar gitmedim. Benim hastalığım ne doktor bey?

**Doktor:** Bu anlattıklarınızdan ‘Tıkınırcasına yeme bozukluğu’ dediğimiz bir yeme bozukluğunuz olduğunu anlıyorum. Tıkınırcasına yeme bozukluğu, kişinin belirli zaman dilimlerinde aşırı miktarda yemek yediği ve bu yemek yeme kontrolünü kaybetme durumu yaşadığı bir yeme bozukluğudur. Bu ataklar sırasında kişi normalde yemesi gereken miktarın çok üzerinde yemek yer ve ardından yoğun bir suçluluk ve pişmanlık hissi yaşar. Bu durum, hem fiziksel hem de duygusal sağlığını ciddi şekilde etkileyebilir

**Hasta:** Etkilemez olur mu doktor bey, dertlendikçe yedim, yedikçe dertlendim. Kilonları aldım insan içine çıkamaz oldum. Artık yardım almak istiyorum. Sağlığım da elvermiyor artık yemeğe, bir yerden tedaviye başlamam lazım.

**Doktor:** Evet. İlk adım bu durumu kabul etmek ve profesyonel yardım almaya istekli olmaktır ki bunu zaten yapıyorsunuz. Tedavi sürecinde genellikle psikoterapi ve gerektiğinde ilaç tedavisi kullanılır. Psikoterapiler yeme bozukluğuna neden olan düşünce ve davranış kalıplarını değiştirmenize yardımcı

olabilir. Düşünce ve davranışlarınızın nasıl birbirini etkilediğini anlamanıza yardımcı olur. Örneğin, yemek yeme konusundaki olumsuz düşüncelerinizin, yeme ataklarına ve ardından pişmanlık hissine yol açtığını fark edebilirsiniz. Terapi süreci, bu olumsuz düşünceleri tanımlamayı ve bunları daha sağlıklı düşüncelerle değiştirmeyi hedefler. Aynı zamanda, yeme davranışınızı daha iyi yönetmenizi sağlayacak stratejiler geliştirmenize yardımcı olur.

**Hasta:** İnşallah doktor bey, ilaç ve terapi ne derseniz uygulamaya hazır ve istekliyim.

**Doktor:** İstekli olmanıza sevindim. Ayrıca sigara, alkol, madde kullanımınız var mı?

**Hasta:** Hiç yoktur.

**Doktor:** Ailenizde psikiyatrik hastalığı olan var mı?

**Hasta:** Ablam ve annem depresyondan tedavi aldılar bildiğim.

## OLGU ÖZETİ

38 yaşında kadın hastaya benzer koşul ve sürede çoğu kişinin yiyebileceğinden daha çok yeme, bu esnada yemek yeme ile ilgili denetiminin ortadan kalktığı duygusu, olağandan hızlı yeme, başkalarından utandığı için geceleri kendi başına yeme, sonrasında yoğun pişmanlık ve suçluluk duyguları olması, kilo vermeye sebep olabilecek telafi edici davranışlarının olmaması nedeniyle ‘Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu’ tanısı kondu. Öyküde sosyal desteği yetersiz olup depresif belirtiler tarifleyen hastanın anne ve kardeşinde de depresif bozukluk tanısı ile tedavi öyküsü mevcuttu.

Hasta Şikayetleri	Tanıya Yönelik Psikiyatrik Belirtiler
Gece televizyon izlemek ve yemek yemek, tatlı, tuzlu, hamur işi ne varsa yiyorum.	Yineleyici tıkınırcasına yeme dönemleri
Sürekli mutsuz hissediyorum. Yemek yediğimde bir anlık rahatlama yaşıyorum ama sonra hemen pişmanlık ve suçluluk hissediyorum.	Yeme ile ilişkili suçluluk ve pişmanlık duyguları

Ne kadar uğraşırsam uğraşayım, yine de kontrolümü kaybediyorum.	Yeme kontrolünün kaybı
Yemek yedikten sonra kilo almayı önlemek için hiçbir şey yapmıyorum.	Telafi edici davranışların olmaması

## DSM-5 TANI ÖLÇÜTLERİ (1)

**A-** Yineleyici tıknırcasına yeme dönemleri. Bir tıknırcasına yeme dönemi bu maddelerin her ikisi ile belirlidir:

- Benzer koşullarda, benzer sürede, çoğu kişinin yiyebileceğinden açıkça daha çok yiyeceği, ayrı bir zaman biriminde (örn. herhangi iki saatlik sürede) yeme
- Bu dönem sırasında, yemek yemeyle ilgili denetiminin kalktığı duyusunun olması (örn. kişinin yemek yemeyi durduramadığı duygusu, ne ya da ne denli yediğini denetleyemediği duygusu)

**B-** Tıknırcasına yeme dönemlerine bu maddelerden en az üçü:

1. Olağandan çok daha hızlı yeme.
2. Rahatsızlık verecek düzeyde tokluk hissedene dek yeme.
3. Bedensel açlık duymuyorken aşırı ölçülerde yeme.
4. Ne denli yediğinden utandığı için kendi başına yeme.
5. Daha sonra kendinden tiksime, çökkünlük yaşama ya da büyük bir suçluluk duyma.

**C-** Tıknırcasına yeme ile ilgili olarak belirgin bir sıkıntı duyulur.

**D-** Bu tıknırcasına yeme davranışları, ortalama 3 ay içinde en az haftada 1 kez olmuştur

**E-** Tıknırcasına yemeye, bulimiya nervozada olduğu gibi yineleyen uygunsuz ödünleyici davranışlar eşlik etmez ve tıknırcasına yeme, yalnızca bulimiya nervroza ya da anoreksiya nervozanın gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır.

## KLİNİK BULGULAR

- Yineleyici tıknırcasına yeme dönemleri, bu dönemlerde benzer koşullarda diğer kişilerin yiyebileceğinden daha fazla yiyeceği denetimi kaybettiği

duygusu ile yeme, çoğu zaman sonrasında eşlik eden pişmanlık ve çökkünlük duygusu ile daha hızlı, sıklıkla tek başına ve rahatsız edecek düzeyde tok hissedene dek aşırı miktarda yeme atakları ile seyreden yeme bozukluğudur.

- Son 3 ay içerisinde en az haftada bir kez yeme atakları gerçekleşmiştir.
- Bulimia nervozadakine benzer şekilde yeme atakları olup farklı olarak çıkarma davranışları ve telafi edici davranışlar görülmez.
- Hastaların bir kısmı normal kiloda olup hekime başvurmazken bir kısmı kilolu ya da obez görünümde olup yardım arayışında olabilir.
- Bir kısım hasta bu yakınmalarla cerrahi kliniklere başvuruda bulunabilir (2).

<b>Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu Değerlendirme Soruları</b>
Son 3 ay içerisinde en az haftada bir kez olacak şekilde tekrarlayan yeme atakları yaşadınız mı? Cevap evet ise;
Bu ataklar esnasında benzer sürede çoğu kişinin yiyebileceğinden çok yiyeceği denetiminizin kalktığı duygusu ile yediğiniz oldu mu?
Bu ataklara olağandan hızlı, bedensel açlık duymuyorken rahatsız hissedecek düzeyde tokluk hissedene dek yeme, utandığınız için tek başına yeme, sonrasında çökkünlük ya da suçluluk hissetme hali eşlik etti mi?

### **Tanı Aşamasında Dikkat Edilecek Hususlar**

Telafi edici davranışların olmaması ile Bulimia nervozadan ayrımı yapılmalı, beslenme şekline neden olan sosyal ve çevresel etmenler anlamaya çalışılmalı, eşlik eden ruhsal hastalıklar dikkate alınmalıdır.

### **Epidemiyoloji**

Yaşam boyu yaygınlığına bakıldığında kadınlarda %3.5, erkeklerde ise %2 oranlarında görüldüğü bilinmektedir. Vakaların yarıdan fazlasının 20'li yaşların erken dönemlerinde başladığı bilinmektedir (3).

### **Eş Tanılar**

Diğer yeme bozuklukları, duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları ve dürtü denetim bozuklukları ile komorbiditesi sıktır (4).

## Tedavi Yaklaşımları

Diyet yaklaşımlarından ziyade sağlıklı beslenme hakkında psikoeğitim çalışmaları yapılması, duygusal yemeye neden olan durumların tespit edilip bunlara alternatif eylemlerin hayata geçirilmesi planlanmalıdır (5).

## Tedavi Hedefleri

- Düzenli yeme paterni oluşturulması, sağlıklı beslenmenin öğretilmesi
- Tıkinmayı tetikleyen durumların tespit edilip uyaran kontrolü sağlanması
- Duygusal yemenin önlenmesi
- Olumsuz beden algısı ile çalışma
- Düşük benlik saygısı ile çalışma

## Örnek Reçete

- Fluoksetin 20 mg/gün
- Sertralin 50 mg/gün

## KAYNAKLAR

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5-TR). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013.
2. Kornstein SG, Kunovac JL, Herman BK, Culpepper L. Recognizing Binge-Eating Disorder in the Clinical Setting: A Review of the Literature. Prim Care Companion CNS Disord. 2016 May.
3. Keski-Rahkonen A. Epidemiology of binge eating disorder: prevalence, course, comorbidity, and risk factors. Curr Opin Psychiatry. 2021.
4. Citrome L. Binge-Eating Disorder and Comorbid Conditions: Differential Diagnosis and Implications for Treatment. J Clin Psychiatry. 2017.
5. Iqbal A, Rehman A. Binge Eating Disorder. 2024 Jan.



## 10. BÖLÜM

### UYKU-UYANIK BOZUKLUKLARI

**Doç. Dr. Ömer Faruk UYGUR**

*Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi,*

*Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı*

*drofuygur@hotmail.com*

<https://orcid.org/0000-0003-2376-5113>

#### UYKUSUZLUK BOZUKLUĞU (İNSOMNİ)

##### **Olgu örneği psikiyatrik görüşme**

*38 yaşında, kadın hasta, üniversite mezunu, evli, 2 yaşında bir erkek çocuğu var, mühendis; eşi ve çocuğu ile birlikte şehir merkezinde yaşıyor.*

**Doktor:** Hoş geldiniz, sizi bugün buraya getiren şikayetinizi öğrenebilir miyim?

**Hasta:** Uykusuzluk, kalitesiz bir uyku, özellikle de uykuya dalamama, birçok şey denedim ama bir türlü uyumayı başaramıyorum. Gece yeterince uyuyamadığım içinde gündüz yorgun halsiz oluyorum.

**Doktor:** Başınızı yastığa koyduğunuzda uykuya dalmanız ne kadar sürüyor?

**Hasta:** Çok uzun sürüyor, en az 2-3 saat sonra uykuya dalabiliyorum.

**Doktor:** Peki, uykuya daldıktan sonra gece uyanıyor musunuz?

**Hasta:** Gece bir iki kez uyanıyorum, bazen tuvalet ihtiyacı için kalkıyorum, sonra hemen uyuyabiliyorum, bazen de uyandıktan sonra tekrar uyuyamıyorum.

**Doktor:** Sabahları sanki alarm kurmuş gibi kendiliğinden erkenden uyanıyor musunuz?

**Hasta:** Sabahları erken uyanmıyorum, uykuya geç daldıktan sonra sabah kalkmakta zorlanıyorum, işe gecikebiliyorum, eğer hafta sonu veya izinli

olduğum bir gün ise bazen öğlene kadar uyuyorum.

**Doktor:** Anladığım kadarı ile uykuya dalmakta zorluk yaşıyorsunuz ve bazı günlerde uyuduktan sonra tekrar uyanıp uyuyamıyorsunuz, zaman zaman da sabah kalkmakta zorlanıyor ve işe gecikiyorsunuz. Uykusuzluktan dolayı da gündüzleri halsiz ve yorgun oluyorsunuz. Uykunuzdan pek memnun değilsiniz.

**Hasta:** Evet doktor bey doğru.

**Doktor:** Uyku ile ilgili bu sorunlarınız ne zamandır var, haftada kaç gece bu sorunları yaşıyorsunuz?

**Hasta:** Yaklaşık 2 yıldır bu sorunla uğraşıyorum, haftada en az 3-4 gece uykusuz kalıyorum.

**Doktor:** Uykusuzluk şikayetiniz nasıl başladı peki?

**Hasta:** 2 yıl önce iş ile ilgili yoğun bir temponun olduğu dönemdi, hazırlamam gereken projeler ile ilgili endişelerimin olduğu günlerdi, o günlerden sonra 1-2 hafta uykuya dalmakta zorlandığım günler oldu. Sanırım o günlerden sonra başladı.

**Doktor:** Sonra nasıl devam etti? Uykunuz düzelmedi mi?

**Hasta:** O dönem başlangıç oldu galiba, sonrasında kendimi adeta kısır bir döngünün içinde buldum, geceleri yatağa gittiğimde yine mi uyuyamayacağım, yine aynı şeyler mi olacak diye sürekli kaygılanmaya başladım. Uykuya dalmak için saatlerce yatakta bekliyordum. Bazen televizyonu açıp uyumaya çalışıyordum bazen de müzik dinleyerek uyumaya çalışıyordum. Ancak bunlar pek işe yaramadı. Uykusuzluğum devam etti.

**Doktor:** Anladığım kadarı ile stresli bir dönem sonrası uykusuzluğunuz başlamış, sonrasında bu sorunun üstesinden gelmek için bir takım davranışlarda bulunmuşsunuz ancak pek işe yaramamış. Uykusuzluğunuz devam etmiş.

**Hasta:** Evet, doktor bey, sanırım sorunu düzeltiyim derken daha da kötüleştirdim.

**Doktor:** Peki, uyumak için yeterli koşullara sahip misiniz? Çalışma düzeniniz nasıl? Vardiyalı çalışıyor musunuz?

**Hasta:** Uyumak için yatak odamda herhangi bir sorun yoktu, hatta bu sorun başladıktan sonra yatak odama ışığı geçirmeyen odayı tamamen karanlık yapan perdelerden taktım. Ben hafta içi 8-5 mesaisi olarak devlet kurumunda çalışıyorum, hafta sonu tatil oluyor ve vardiyalı çalışmıyorum.

**Doktor:** Uykusuzluk şikayetinizden dolayı gün içerisinde halsiz ve yorgun olduğunuzu ve bazen de bu yüzden işe geciktiğinizi söylediniz. Peki bu



şikayetiniz hayatınızı başka hangi yönlerden etkiliyor?

**Hasta:** Evet, doktor bey uykusuzluk yüzünden halsizlik, yorgunluk ve bazen de işe gecikiyorum. Ayrıca uykusuz kaldığım günlerden sonra çok sinirli ve dikkatsiz oluyorum. Hayatım oldukça kötü etkilendi, iş arkadaşlarımda yine uyuyamadın mı diye sık sık bana soruyorlar.

**Doktor:** Uykusuzluk ile ilgili durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz, bu sorun ile ilgili zihninize ne gibi düşünceler geliyor?

**Hasta:** En başta söylediğim gibi gece yatağa gittiğimde beni bir korku ve endişe sarıyor, yine uyuyamayacağım gibi düşünceler zihnimi kaplıyor. Sonra başlıyor senaryolar, uyuyamazsam yarın işte ne yaparım, nasıl verimli olurum, işten kesin kovulurum, bu sorun sürekli devam edecek, hiç düzelmeyeceğim gibi düşünceler ekleniyor.

**Doktor:** Anladım, oldukça zor olmalı, uykusuzluk ile beraber uykusuzluğun sonuçlarına yönelik karamsar düşünceler sizi rahatsız ediyor. Bu tür düşünceler ne kadar gerçekçi peki, mesela uykusuzluktan dolayı işten kovulduğunuz oldu mu hiç?

**Hasta:** Hayır, bu sorundan dolayı işten kovulmadım, işte birtakım zorluklar yaşıyorum, ancak ben işini titizlikle yapan çok hassas biriyimdir. Hep iş yerinde başarılı olarak bilinen, ödüllendirilen biriyim.

**Doktor:** O zaman uykusuzluğun sonuçları ile ilgili yaptığınız işten kesin kovulurum düşüncesi biraz abartılı, yanlış bir düşünce gibi sanki uykusuzluğu felaketleştirme gibi bir şey.

**Hasta:** Sanırım, doğru, bu sorun beni etkiliyor ama işten kovulma gibi de bir sonuca yol açmadı.

**Doktor:** Uykusuzluktan dolayı herhangi bir doktora başvurduunuz mu?

**Hasta:** Aile hekimine bu sorunumdan bahsetmiştim, o da bana atarax diye bir ilaç yazmıştı, ancak pek işe yaramadı, sersemlik yaptı. Bir kere de psikiyatri doktoruna gittim, o da bir ilaç yazmıştı ismini tam hatırlamıyorum, o ilaç biraz işe yarar gibi oldu ancak çok iştahımı açtığı için bıraktım.

**Doktor:** Sizin gibi uykusuzluk sorunu olan hastalarımız, bazen etraflarından duydukları bazı ilaçları veya besin takviyesi gibi şeyleri deniyorlar siz hiç böyle bir şey kullandınız mı?

**Hasta:** Evet kullandım, aynı sorunu yaşayan bir arkadaşım bana kullandığı bir karışımdan bahsetti, o karışımdan bir dönem kullandım ama aile hekimim kan tahlili yaptığında karaciğer enzimlerimde yükseklik gördü, ben ona kullandığım

bu karışımdan bahsedince bırakmamı söyledi. Sonra kullanmadım karaciğer enzimlerimde normale geldi. Doktor tavsiyesi dışında ilaç kullanmak gerçekten yanlışmış onu bizzat yaşamış oldum.

**Doktor:** Bazen kötü tecrübeler yaşayabiliyoruz. Sizin gibi uykusuzluktan yakınıp ilaç dışı takviye bir takım şeyleri kullanıp karaciğeri zarar gören hastalarımız olabiliyor. Aile hekiminize bu konudan bahsetmeniz ve kullandığınız karışımı bırakmanız çok iyi olmuş.

**Hasta:** Dediğiniz gibi doktor bey, iyi ki o karışıma daha fazla devam etmemişim.

**Doktor:** 2 yıldır uykusuzluk şikayetinizin olduğunu söylediniz, peki bu süre boyunca en az 2 hafta boyunca süren hemen her gün gün boyunca mutsuz, hayattan zevk alamadığınız, kendinizi keyifsiz hissettiğiniz bir dönem oldu mu?

**Hasta:** Ara ara keyifsiz olduğum günler oldu ama o kadar uzun sürmüyor. Uykusuzluk ile ilgili bahsettiğim endişeler daha çok beni rahatsız ediyor.

**Doktor:** Uykusuzluk dışında başka kaygılandığınız şeyler oluyor mu? Örneğin çocuklarınız veya eşiniz ile ilgili?

**Hasta:** Her annede olduğu kadar çocuklarım ile ilgili endişelerim olur ama hastalık boyutunda olduğunu düşünmüyorum.

**Doktor:** İş yerinde titiz olduğunuzu söylediniz, yanlış hatırlamıyorsam hassas biri olduğunuzdan bahsettiniz. Birde yoğun bir dönem sonrası uykusuzluk başladı dediniz. Geçmişte kaygılı veya stresli olduğunuz günlerde de uykusuzluk yaşar mıydınız? Genel olarak uykunuz nasıldı? Sizce kişilik yapınızı uykunuzu nasıl etkiliyor?

**Hasta:** Aslında ben çok iyi uyuyan biri değilimdir, mesela eşim hemen başını yastığa koyar koymaz uyur, ben öyle değilim, iş yerinde stresli bir gün geçtiyse veya bir sonraki gün önemli bir toplantı varsa gece uyuyamam, aklımda düşünceler sürekli dönüp durur. Ama hiç bu kadar uzun uykusuz kaldığım dönem olmamıştı. Obsesif diyorsunuz sanırım kılı kırk yaran biriyim. Böyle olmam sanırım iş yerinde beğeniliyor ama uykumu kötü etkiliyor. Annemde böyledir, iyi uyuyan biri değildir. O da kafaya takar her şeyi.

**Doktor:** Uykusuzluk, kişilik özellikleri ve genetik aktarım ile ilişkili olabiliyor. Sizdeki durumda bunların bir araya gelmesi sonucu oluşmuş gibi görünüyor. Peki geceleri uyurken bacaklarınızda sizi rahatsız eden değişik hisler oluyor mu? Kabus görme, uyurgezerlik, horlama, aniden nefessiz kalıp uyanma

veya karabasan gibi şeyler oluyor mu uykunuzda?

**Hasta:** Olmuyor.

**Doktor:** Herhangi bir kronik hastalığınız var mı? Herhangi bir ilaç kullanıyor musunuz?

**Hasta:** Kronik hastalığım yok, herhangi bir ilaç kullanmıyorum.

**Doktor:** Ailenizde psikiyatrik hastalığı olan var mı?

**Hasta:** Annem de uykusuzluk sorunu yaşar ara ara ilaç kullanıyor sanırım.

**Doktor:** Alkol, madde, sigara kullanıyor musunuz?

**Hasta:** Hayır kullanmıyorum.

## OLGU ÖZETİ

38 yaşında kadın hasta, 2 yıldır ve haftada 3-4 gece olan uykuya dalamama ve geceleri uykuyu sürdürmede güçlük yaşaması mevcut. Bu yakınmalar nedeniyle işlevsellikte bozulması oluyor. DSM 5 tanı sistemine göre uykusuzluk bozukluğu, Uluslararası uyku bozukluğu sınıflandırma sistemine göre ise kronik uykusuzluk tanısı konuldu. Öyküsünde obsesif kişilik özellikleri olduğu, ara ara stresle tetiklenen uykusuzluk şikayetlerinin olduğu, uykusuzluğu ile baş edebilmek için bazı şeyler denediği, ancak işe yaramadığı, annesinde de obsesif kişilik özellikleri olduğu ve annesinde de uykusuzluk şikayetlerinin ara ara olduğu öğrenildi.

Hasta şikayetleri	Tanıya Yönelik Psikiyatrik Belirtiler
Uykuya dalamama, uyku kalitesinde düşme	Uykunun başlamasında gecikme, uyku latansında uzama, uykunun kalitesinde yetersizlik
Gece uykudan uyanma ve tekrar uykuya dalamama	Uykuyu sürdürme güçlüğü
Uykusuzluğun sonuçları ile ilgili yoğun kaygı	Uykusuzluğun sonuçlarını katastrofize etme
Gün içerisinde halsizlik, yorgunluk, sinirlilik, dikkatsizlik	İşlevselliğin bozulması
2 yıldır, hafta da en az 3-4 gece	En az 3 ay ve haftada en az 3 gece olması

## DSM -5 TANI ÖLÇÜTLERİ

**A.** Başlıca yakınma, aşağıdaki belirtilerden birinin (ya da daha çoğunun) eşlik ettiği, uykunun niceliği ya da niteliğiyle ilgili bir memnuniyetsizlik yakınmasıdır:

Uykuyu başlatmakta (uykuya dalmakta) güçlük.

Uykuyu sürdürmekte güçlük, sık uyanmalarla ya da uyanmalardan sonra yeniden uyumakta sorun yaşıyor olmakta belirlidir.

Sabah erken uyanma, uandıktan sonra yeniden uyuyamama.

**B.** Uyku bozukluğu, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili, okulla ilgili işlevsellik alanlarında, davranışsal olarak ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.

**C.** Uyku bozukluğu, haftada en az üç gece ortaya çıkar.

**D.** Uyku bozukluğu, en az üç aydır vardır.

**E.** Uyku bozukluğu, uyku uyumak için elverişli bir ortam olmasına karşın ortaya çıkmaktadır.

**F.** Uyku bozukluğu, başka bir uyku-uyanıklık bozukluğu (örn. narkolepsi, solunumla ilişkili bir uyku bozukluğu, yirmi dört saatlik düzenle ilgili bir uyku-uyanıklık bozukluğu, bir parasomni) ile daha iyi açıklanamaz ve yalnızca başka bir uyku-uyanıklık bozukluğunun gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır.

**G.** Uykusuzluk, bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç) fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

**H.** Eş zamanlı bulunan ruhsal hastalıklar ve sağlık durumları önde gelen uykusuzluk yakınmasını yeterince açıklamaz (1).

## KLİNİK BULGULAR

- Kronik uykusuzluk bozukluğu, günlük aktivitede bozulma ile birlikte en az üç ay boyunca haftada üç kez uykuya dalmada veya uykuyu sürdürmede zorluk veya sabah erken uyanma veya dinlendirici olmayan uyku deneyimi olarak tanımlanmaktadır.
- Uykusuzluğun gündelik yaşama yansıyan en yaygın bulguları arasında yorgunluk, motivasyon güçlüğü, dikkatsizlik ve olaylar karşısında tepkisellik yer alır. Bu bulgular ile ilişkili olarak hastaların yaşam, okul

ve mesleki alandaki işlevselliklerinde düşme, verimsizlik gözlenir.

- Uyku sorunları ile ilgili yoğun uğraş ve kaygı, gün boyunca devam eder özellikle akşam saatlerinde daha da belirginleşir. Hastaların gece yaşadıkları bu performans anksiyetesi uykularını daha da bozar. Uyuyabilmek için yaptıkları birtakım uyumsuz davranışlar uykusuzluğun sürmesine neden olur. Bazı hastalar ayrıca yatak ve yatak odası gibi uyku ile ilişkili ipuçlarına karşı koşullu bir uyarılmışlık gösterirler. Bu koşullu uyarılmışlık hali uykularının kaçmasına neden olurken, uyumak için bilinçli bir çaba içine girerler. Oysa uyumak için hem zihinsel hem fizyolojik olarak sakinlik gerekir (2,3).
- Psikofizyolojik uykusuzluk, akut zorlayıcı bir yaşam olayı sonrası başlayan ve sonrasında uyuyamama ile ilgili gerginlik ve kaygının uykusuzluğu sürdürdüğü bir uykusuzluk türüdür.

<b>Uykusuzluk bozukluğunu değerlendirme soruları</b>
Uykuya dalmakta sorun yaşıyor musunuz?
Uykuya dalmanız ne kadar sürüyor?
Uykuya daldıktan sonra gece uyandıığınız oluyor mu? Eğer uyanıyorsanız tekrar uyuyabiliyor musunuz?
Sabahları sanki alarm kurmuş gibi kendiliğinden erken uyandıığınız ve tekrar uyuyamadığınız oluyor mu?
Uykusuzluk yakınmaları hayatınızı nasıl etkiliyor? İş hayatınızı/ okul hayatınızı/ ev işlerinizi yapmakta zorluğa yol açıyor mu?
Uykusuzluk şikayetiniz en az 3 aydır ve haftada en az 3 gece ortaya çıkıyor mu?
Uykuya dalmadan önce veya uykudayken anormal davranışlar veya sorunlar oluyor mu? (örneğin bacaklarda huzursuzluk yaratan farklı hisler, kabus, uyurgezerlik, horlama, nefessiz kalıp aniden uyanma vb.)

### **Tanı aşamasında dikkat edilecek hususlar**

Uykusuzluk yakınmasının süresi, elverişli bir ortam olmasına karşın uykusuzluk şikayetlerin olması, işlevsellikte bozulmanın olması ve başka bir tıbbi durumla ile uykusuzluğun daha iyi açıklanamaması tanı aşamasında dikkat edilmesi gereken önemli unsurlardır.

## Epidemiyoloji

- Uykusuzluk en yaygın uyku bozukluğudur: Yetişkinlerin üçte biri (%30-36) en az bir gece uykusuzluk semptomu bildirmektedir ve kronik uykusuzluk bozukluğunun yaygınlığı %6 ila %10 arasında olduğu tahmin edilmektedir (4).
- Kadınlarda erkeklere göre iki kat daha fazla uykusuzluk bozukluğu görülür. Epidemiyolojik çalışmaların hemen hepsinde artan yaşla birlikte uykusuzluk bozukluğunun arttığı gösterilmiştir. 65 yaşından sonra uykusuzluk belirtisinin %50'lere ulaştığı bildirilir (5).

## Eş Tanılar

Uykusuzluğun tıbbi ya da psikiyatrik bozukluklar ile eş zamanlı bulunma oranı yüksektir. Psikiyatrik hastalıklar ile %30-40, nörolojik hastalıklar ile %4-11, uyku ile ilişkili solunum bozuklukları ile %5-9 oranında ek tanı olarak uykusuzluk bozukluğu görülmektedir (5).

## Tedavi Yaklaşımları

- Uyku ve uykusuzluk ile ilgili psikoeğitim verilmesi
- Uyku hijyeninin sağlanması
- Uyku günlüğü
- Uykusuzluk ile ilgili felaketleştirme bilimsel olarak ele alınması (Bilişsel Davranışçı Terapi)
- Uykusuzluğu sürdüren davranışların ortadan kaldırılması (Bilişsel Davranışçı Terapi)
- Gevşeme egzersizleri
- Uykusuzluk sonuçlarına yönelik kaygılarını azaltmak için düşük doz seçici serotonin geri alım inhibitörü
- Melatonin yatmadan 30 dakika önce
- Düzenli egzersiz

## Tedavi hedefleri

1. Uykuya dalma süresinin azaltılması
2. Uykuyu sürdürebilmenin artırılması

3. Uykunun hem nitel hem de nicel olarak kalitesinin artırılması
4. Tedavi seçenekleri olarak öncelikle bilişsel davranışçı terapi gibi ilaç dışı yaklaşımların uygulanması

Örnek Reçete

Ramelteon 4-8 mg/gün

Melatonin 1-3 mg/gün

## İDİYOPATİK AŞIRI UYKULULUK (İDİYOPATİK HİPERSOMNİ)

**Olgu örneği psikiyatrik görüşme**

*22 yaşında, kadın hasta, üniversite öğrencisi, bekar, şehir merkezinde ailesi ile birlikte yaşıyor.*

**Doktor:** Hoş geldiniz, sizi bugün buraya getiren şikayetinizi öğrenebilir miyim?

**Hasta:** Aşırı uyuma. O kadar çok uykum oluyor ki gündüz gözümü bile açamıyorum, sabahları kalkmakta zorlanıyorum.

**Doktor:** Gece uykusuzluk yaşıyor musunuz?

**Hasta:** Hayır, doktor bey gece olunca hemen uykum geliyor, kolaylıkla uykuya dalabiliyorum ancak sabah kalkamıyorum, gün içerisinde de derslerde hep uykum geliyor.

**Doktor:** Gece uykudan uyanıyor musunuz?

**Hasta:** Hayır, gece uykum kesintisiz bir şekilde oluyor.

**Doktor:** Peki, yaklaşık olarak bir gün boyunca toplam ne kadar uyuyorsunuzdur?

**Hasta:** Sanırım 12 saat olabilir, belki de daha fazla, akşam 9 gibi yatıyorum sabah 10 gibi ancak kalkabiliyorum, gündüz de ara ara yine uyuyorum.

**Doktor:** Gündüz uyku atağı olduğunda ne kadar süre uyuyorsunuz? Gündüz uykularınız dinlendirici oluyor mu?

**Hasta:** Gündüz uykum geldiğinde kendimi engelleyemiyorum, yaklaşık 1 saat kadar uyuyorum. Hayır dinlendirici olmuyor.

**Doktor:** Aşırı uykululuk şikayetiniz ne zamandır var?

**Hasta:** Yaklaşık 6 aydır.

**Doktor:** Aşırı uykululuk yakınmanız öncesindeki gecelerde uykusuz kaldığınız dönem oldu mu?

**Hasta:** Olmadı doktor bey.

**Doktor:** Aşırı uykululuk hali hayatınızı nasıl etkiliyor?

**Hasta:** Çok kötü oluyorum, okulda dersleri dinleyemiyorum, derslere gecikiyorum, araba kullanamıyorum. Çok yorgun oluyorum. Hayatımı çok etkiliyor.

**Doktor:** Yoğun duygular yaşadığınızda örneğin gülme ve heyecan durumlarında aniden, geçici ve kısa süreli yere düştüğünüz oldu mu?

**Hasta:** Olmadı doktor bey.

**Doktor:** Toplum arasında karabasan olarak bilinen, uykudan aniden uyanıp vücudunuzu hareket ettiremediğiniz zamanlar oldu mu?

**Hasta:** Uzun zaman önce bir iki kere karabasan yaşamıştım. İlk yaşadığımda ölüyorum diye korkmuşum ama sonrakilerde pek etkilenmemiştim.

**Doktor:** Bazen insanlar uykuya dalarken veya uyanırken korkutucu hayaller görürler, hiç öyle bir şey yaşadınız mı?

**Hasta:** Halüsinasyon demek istiyorsunuz sanırım, yok öyle bir şey hiç yaşamadım.

**Doktor:** Aşırı uykululuk şikayetinizden dolayı herhangi bir doktora gittiniz mi?

**Hasta:** Dahiliye doktoruna gitmiştim, bazı tahliller yaptılar ama tahlillerin hepsinin temiz olduğunu söylediler. Aile hekimime birde bu konudan bahsetmiştim. O da psikiyatriste yönlendirdi. Psikiyatriste gittiğimde bu durum için uyku laboratuvaru olan bir kliniğe başvurmamın iyi olabileceğinden bahsetti. Uykululuğumu azaltmak için bir ilaç yazdı, 1 kutu kullandım sonra gidip tekrar yazdıramadım.

**Doktor:** Uyanık kalabilmeniz için verdiği ilacı hatırlıyor musunuz? İşe yaradı mı?

**Hasta:** İsmi tam hatırlamıyorum ama 200 mg'dı sabah kullanmam gerektiğini söyledi, o ilaç sayesinde biraz daha uyanık kalabildim.

**Doktor:** Uyku laboratuvaru olan bir kliniğe gittiniz mi?

**Hasta:** Evet, sonrasında nöroloji polikliniğine başvurduğum, uyku kliniğinde 1 gün yattım, bazı kayıtlar aldılar ben uyurken, bir de gündüz bazı kayıtlar alındı.



**Doktor:** Peki, bu kayıtlara ilişkin raporlarınız yanınızda mı? Bakabilir miyim?

**Hasta:** Evet doktor bey, yanımda getirdim, buyurun.

**Doktor:** Teşekkür ederim..... Biraz inceleyeyim.... Size gece polisomnografisi ve gündüz polisomnografisi yapmışlar, anladığım kadarı ile gece ve gündüz uykuya dalmanız çok kısa bir sürede 2-3 dakika içinde olmuş, günlük toplam 13-14 saate yakın uyku süreniz kaydedilmiş ve gündüz uyku ataklarınız sırasında hızlı göz hareketleri denen uyku evresi ile uyku başlangıcı hiç yaşamamışsınız.

**Hasta:** Umarım sonuçlar kötü değildir.

**Doktor:** Hastalığınızı netleştirmek için uyku kliniğinde bir gün kalmanız iyi olmuş, gündüz yapılan kayıtlarla da hastalığınız netleştirilmeye çalışılmış.

**Hasta:** Anladım. Umarım daha iyi olurum.

**Doktor:** Peki son 6 aydır en az 2 hafta boyunca süren hemen her gün, gün boyunca mutsuz, hayattan zevk alamadığınız, kendinizi keyifsiz hissettiğiniz bir dönem oldu mu?

**Hasta:** Hayır olmadı ama son dönemde hayat kalitemin olumsuz etkilenmesi canımı çok sıkıyor. Bu durum düzelmeyecek mi diye korkuyorum.

**Doktor:** Herhangi bir kronik hastalığınız var mı? Herhangi bir ilaç kullanıyor musunuz?

**Hasta:** Kronik bir hastalığım yok, herhangi bir ilaç kullanmıyorum.

**Doktor:** Ailenizde psikiyatrik hastalığı olan veya aşırı uykululuk şikayeti olan var mı?

**Hasta:** Ailemde psikiyatrik hastalığı olan veya uyku ile ilgili bir problemi olan bildiğim kadarı ile yok.

**Doktor:** Alkol, madde, sigara kullanıyor musunuz?

**Hasta:** Hayır kullanmıyorum.

## OLGU ÖZETİ

22 yaşında kadın hasta, 6 aydır hem gece hem gündüz olan aşırı uykululuk, gündüz uyku atakları, halsizlik, yorgunluk, derslerine kendini verememe ve okula gecikme şikayetlerinden yakınıyor. Bu şikayetleri nedeniyle işlevsellikte belirgin bozulması mevcut. Bu yakınmaları için yapılan kan tahlillerinde

herhangi bir bozukluk saptanmamış. Alkol-madde kullanımı yok. Psikiyatrik herhangi bir bozukluk saptanmadı. Uyku laboratuvarında gece polisomnografisi ve gündüz polisomnografisi sonuçlarına göre; gece ve gündüz uyku latansı (uykuya dalma süresi) 2-3 dakika içinde oluyor, günlük toplam 13-14 saate yakın uyuyor ve gündüz uyku ataklarının hiçbiri REM başlangıçlı olmuyor.

Uluslararası uyku bozukluğu sınıflandırma sistemine göre hastaya idiyopatik hipersomni tanısı konuldu.

Hasta şikayetleri	Tanıya Yönelik Psikiyatrik Belirtiler
Gündüz aşırı uykululuk	Gündüz ve gece toplam uyku süresinde artma (12-14 saat arası)
Sabah uyanamama	Gündüz ve gece toplam uyku süresinde artma (12-14 saat arası)
Gün içerisinde uyku atakları	Dinlendirici olmayan uzun (1 saatten fazla) gündüz uyku atakları
Gün içerisinde halsizlik, yorgunluk, sinirlilik, dikkatsizlik	İşlevselliğin bozulması
6 aydır gündüz ve gece aşırı uykululuk	En az 3 aydır süregelen ve önüne geçilemeyen aşırı uykululuk olması

## ULUSLARARASI UYKU BOZUKLUKLARI-3 TANI ÖLÇÜTLERİ

**Tanı için A, B, C, D, E, F ölçütlerinin karşılanması gereklidir.**

- A.** En az 3 aydır süregelen ve önüne geçilemeyen aşırı uykululuk tablosu
- B.** Katapleksinin olmaması
- C.** Standart teknik ile yapılan çoklu uyku latansı testinde ikiden az REM başlangıçlı uyku periyodunun olmaması ya da hiç olmaması
- D.** Aşağıdakilerden en az birinin varlığı
  1. Standart çoklu uyku latansı testinde ortalama uyku latansı  $\leq 8$  dakika olması
  2. Yirmi dört saatteki toplam uyku süresi  $\geq 660$  dakika (tipik olarak 12-14 saat) olması
- E.** Yetersiz uyku sendromunun dışlanması

- F. Aşırı uykululuk halinin veya çoklu uyku latansı testinin bulgularının başka bir uyku bozukluğu, başka bir hastalık, ilaç veya madde kullanımı ile açıklanamaması (6).

## KLİNİK BULGULAR

- Uzamış gece uykusu, sabah uyanmakta güçlük ve gündüz aşırı uykululuk en belirgin yakınmalardır.
- Gece uykuya kolaylıkla dalabilirler, gece uykuları kesintisizdir. Uzun gece uykusuna rağmen sabah uyku mahmurluğu vardır. Sabahları yorgun, konfü ve huzursuz olabilirler.
- Gündüz aşırı uykululuk durumu, gündüz uzun ve dinlendirici olmayan uyku ataklarına neden olur.
- İdiyopatik hipersomni katableksi görülmez, ancak hastaların yaklaşık dörtte birinde uyku paralizi görülür.
- Klinik tablo, mutlaka polisomnografi ve çoklu uyku latansı testi ile desteklenmelidir. Ayırıcı tanıda yetersiz uyku sendromu, narkolepsi ve uykuda solunum bozuklukları araştırılmalıdır (7).

• İdiyopatik Aşırı Uykululuk (Hipersomni) değerlendirme soruları
Gece aşırı uyuyor musunuz?
Sabah kalkmakta zorlanıyor musunuz?
Gündüz engelleyemediğiniz, süregelen uyku atakları oluyor mu?
Sabah kalktığınızda kendinizi yorgun veya uyku mahmuru gibi hissediyor musunuz?
Aşırı uykululuk yakınmaları hayatınızı nasıl etkiliyor? İş hayatınızı/ okul hayatınızı/ ev işlerinizi yapmakta zorluğa yol açıyor mu?
Yoğun duygular yaşadığınızda örneğin gülme ve heyecan durumlarında aniden, geçici ve kısa süreli yere düştüğünüz oldu mu?
Aşırı uykululuk yakınmaları en az 3 aydır ortaya çıkıyor mu?
Aşırı uykululuk yakınmanız öncesindeki gecelerde uykusuz kaldığınız dönem oldu mu?
Herhangi bir ilaç kullanıyor musunuz?
Herhangi bir madde kullanıyor musunuz?

Uykuya dalmadan önce veya uykudayken anormal davranışlar veya sorunlar oluyor mu?

(örneğin horlama, nefessiz kalıp aniden uyanma vb.)

### Tanı aşamasında dikkat edilecek hususlar

- Aşırı uykululuk yakınmasının süresi, işlevsellikte bozulmanın olması ve yetersiz uyku sendromu, başka bir tıbbi durum veya madde kullanımı ile aşırı uykululuğun daha iyi açıklanamaması tanı aşamasında dikkat edilmesi gereken önemli unsurlardır. Ayrıca, tanının polisomnografi ve çoklu uyku latansı ile desteklenmesi önemlidir.
- Narkolepsi ve uyku apnesi ayırıcı tanıda mutlaka sorgulanması gereken hastalıklardır. Gündüz uyku atakları, narkolepsiden farklı olarak 1 saatten uzundur ve dinlendirici değildir. Otonom disfonksiyon da sıklıkla görülmekte olup en sık görülen şikayetler ortostatik ve vazomotor semptomlardır.
- Atipik depresyon başta olmak üzere bazı psikiyatrik bozukluklarda aşırı uykululuğa yol açabilir. Ayırıcı tanıda mutlaka psikiyatrik muayene hem ayırıcı tanı açısından hem de eşlik eden diğer psikiyatrik bozukluklar için önemlidir (7).

### Epidemiyoloji

- Santral hipersomnolans bozuklukları, kalıcı veya epizodik olarak gündüz aşırı uykululuk olarak ortaya çıkan bir grup bozukluktur. Bunlar arasında narkolepsi tip 1 ve 2, idiyopatik hipersomni, Kleine-Levin sendromu, tıbbi bir bozukluğa bağlı hipersomni, ilaç veya maddeye bağlı hipersomnia, psikiyatrik bozukluklarla ilişkili hipersomni ve yetersiz uyku sendromu yer alır (8).
- Yaygınlığı kesin olarak bilinmemekle birlikte uyku merkezlerine başvuran hastalara göre idiyopatik hipersomninin narkolepsiye oranı 1/10 veya 1/5' tir (9).
- Kadınlarda daha sık görülmektedir. Genellikle 15-25 yaş arası başlamaktadır. Hastalık kroniktir ancak az da olsa bazı hastalarda ilerleyen yıllarda hastalık kendiliğinden düzelebilmektedir (7,8).

## Eş Tanılar

- Aşırı uykululuk tıbbi ya da psikiyatrik bozukluklar ile eş zamanlı bulunabilir.
- Depresyon ve anksiyete normal popülasyona göre daha sık görülür. A
- Ayrıca baş ağrısı, ortostatik hipotansiyon ve Raynaud fenomeni gibi belirtiler hastalığa eşlik edebilir (8).

## Tedavi Yaklaşımları

- Belirtilere yönelik tedavi
- Psikostimülan ilaçların kullanımı

## Tedavi hedefleri

1. Uyanık kalınan sürenin artırılması
2. Uyku hijyeninin sağlanması

### Örnek Reçete

Modafinil 100- 400 mg/gün (sabah ve/veya öğlen)

Metilfenidat 10-60 mg/gün (sabah ve/veya öğlen)

## HUZURSUZ BACAK SENDROMU

### Olgu örneği psikiyatrik görüşme

*48 yaşında, kadın hasta, ortaokul mezunu, evli, dört çocuk sahibi, ev hanımı; eşi ile birlikte şehir merkezinde yaşıyor.*

**Doktor:** Hoş geldiniz, sizi bugün buraya getiren şikayetinizi öğrenebilir miyim?

**Hasta:** Uykusuzluk, uykuya dalamıyorum, sabahları oldukça yorgun kalkıyorum.

**Doktor:** Yatağa gittiğinizde sizi uyumaktan alıkoyan neler oluyor?

**Hasta:** Yatağa gittiğimde özellikle bacaklarımda ağrılar ve sızılar oluyor, huzursuz oluyorum.

**Doktor:** Peki, ağrı, sızı ve huzursuzluk sadece bacaklarınızda mı oluyor?

**Hasta:** Evet genellikle bacaklarımda oluyor.

**Doktor:** Bacaklarındaki ağrı, sızı ve huzursuzluk sabahları oluyor mu? Daha çok günün hangi vakitlerinde oluyor?

**Hasta:** Sabahları olmuyor, ne zaman akşam olsa yatağa gitsem başlıyor.

**Doktor:** Sizi rahatsız eden ağrı, sızı ve huzursuzluk hissi bacaklarınızı hareket ettirince veya yürüyünce değişiyor mu?

**Hasta:** Evet, bacaklarımı sallayınca veya biraz yürüyünce ağrılar hafifliyor sanki.

**Doktor:** Peki bacaklarındaki ağrı, sızı ve huzursuzluk hissi uykunuzu nasıl etkiliyor?

**Hasta:** Bacaklarımdaki ağrı, sızı ve huzursuzluk hissinden dolayı uykuya dalamıyorum, uyku kalitem bozuluyor ve sabahları yorgun kalkıyorum.

**Doktor:** Bu şikayetleriniz ne kadar süredir var?

**Hasta:** Sanırım yaklaşık 1 yıldır var.

**Doktor:** Herhangi bir hastalığınız var mı, ilaç kullanıyor musunuz?

**Hasta:** Herhangi bir hastalığım yok, ara ara baş ağrım için ağrı kesici kullanırım.

**Doktor:** Bacaklarınızda herhangi bir şişlik veya damar belirginleşmesi veya cilt renginde herhangi bir değişiklik fark ettiniz mi?

**Hasta:** Hayır, herhangi bir şişlik veya farklı görünür bir şey bacaklarımda yok.

**Doktor:** Sigara, alkol veya madde kullanıyor musunuz?

**Hasta:** Hayır kullanmıyorum.

**Doktor:** Son dönemde kan tahlilleri yaptırdınız mı?

**Hasta:** Dahiliye ve aile hekimliğinde yaptırmıştım. Temiz çıktı demişlerdi.

**Doktor:** Ailenizde de bacaklarda geceleri olan ağrı, sızı veya huzursuzluk şikayetleri olan birileri var mı?

**Hasta:** Evet, kız kardeşimde de benzer şikayetler vardı.

**Doktor:** Sizin uykuya dalmanızı engelleyen bu şikayetleriniz hayat kalitenizi nasıl etkiliyor?

**Hasta:** Özellikle dediğim gibi uykuya dalmamı engelliyor ve sabahları yorgun kalkıyorum. Uykusuz kalınca da daha sinirli ve gergin oluyorum. Sabahları ev işlerini yapmakta zorlanıyorum.

**Doktor:** Anladım, oldukça zor olmalı, peki son zamanlarda moraliniz,

keyfiniz nasıl, kendinizi nasıl hissediyorsunuz?

**Hasta:** Moralim keyfim iyi ama bu sorunu bazen kafaya takıyorum, ne zaman düzelir, düzelmez mi diye aklıma takılıyor.

**Doktor:** Bu şikayetlerinizden dolayı herhangi bir tıbbi yardım aradınız mı?

**Hasta:** Aile hekimime bahsetmiştim, o tahlillerim temiz çıkınca nörolojiye veya psikiyatriye gitmemi önermişti ama gidemedim. İlk defa size başvurdum.

## OLGU ÖZETİ

48 yaşında kadın hasta, yaklaşık 1 yıldır geceleri olan bacaklarda ağrı, sızı ve huzursuzluk hissi nedeniyle başvuruyor. Bacaklarındaki ağrı, sızı ve huzursuzluk hissi bacaklarını hareket ettirince azalıyor. Bu şikayetinden dolayı uykuya dalmakta sorun yaşıyor ve sabahları yorgun kalkıyor. Daha önce bu sorunu için başvurduğu aile hekiminin yaptığı kan tahlilleri normal aralıklarda çıkmış. Herhangi bir hastalığı ve sürekli kullandığı bir ilacı yokmuş. Hastanın kız kardeşinde de benzer şikayeti varmış. Hastaya uluslararası uyku bozuklukları sınıflandırma sistemine göre huzursuz bacaklar sendromu (HBS) tanısı konuldu.

Hasta şikayetleri	Tanıya Yönelik Psikiyatrik Belirtiler
Geceleri bacaklarda olan ağrı, sızı ve huzursuzluk hissi	Gündüz saatlerinden ziyade, genelde veya tamamen şikayetlerin akşam veya gece saatlerinde başlaması
Bacakları hareket ettirince ağrı, sızı ve huzursuzluğun azalması	Hareketle en azından kısmen azalma veya tamamen rahatlama
Uykuya dalmakta güçlük	Uyku latansında uzama
Sabah yorgun uyanma	Uykusuzluğun gündüz belirtileri

## ULUSLARARASI UYKU BOZUKLUKLARI-3 TANI ÖLÇÜTLERİ

**F.** Bacaklarda nahoş ve rahatsız edici hislerin eşlik ettiği ya da bu hislere bağlı olduğu düşünülen bacakları hareket ettirme ihtiyacı. Aşağıdaki belirtiler karşılanmalıdır:

1. Yatma ve oturma gibi hareketsizlik ya da dinlenme dönemlerinde başlama veya kötüleşme
  2. Yürüme veya esnetme-germe gibi hareketlerle, en azından hareket esnasında kısmi ya da tamamen rahatlama
  3. Gündüz saatlerinden ziyade, genelde veya tamamen akşam veya gece saatlerinde ortaya çıkma
- B.** Yukarıdaki özellikler başka bir tıbbi veya davranışsal durum ile daha iyi açıklanamamalıdır ( Ör. Bacak krampları, pozisyonel rahatsızlık, myalji, venöz staz, bacak ödemi, artrit, ayak sallama alışkanlığı)
- C.** Huzursuz bacaklar sendromu belirtileri endişeye, strese ve uyku bozukluğuna yol açmalı veya mental, fiziksel, sosyal, iş, okul, davranışsal ve işlevselliğin diğer önemli alanlarında bozulmaya neden olmalıdır (6).

## KLİNİK BULGULAR

- HBS, özellikle akşamları, sıklıkla nahoş ve rahatsız edici hisler sonrasında, bacaklarda dayanılmaz şekilde hareket ettirme gereksinimi ve hareket ettirmeyle geçici rahatlamanın olduğu yaygın görülen uyku ile ilişkili hareket bozukluğudur (10).
- HBS hastaları belirtilerini tanımlarken hareket gereksinimi, karıncalanma, ağrı, sızı, huzursuzluk, kramp, bacak üzerinde bir şey sürünüyor hissi, çekilme ve elektrik hissi gibi kelimeler kullanmaktadır. Şikayetler genellikle bilateral olsa da unilateral olarak da görülebilmektedir. Sıklıkla diz ve ayak bileği arasında belirtiler olurken kollarda da belirtiler görülebilir (11).
- Hastaların tamamında yakınmalara bağlı olarak uyku bozukluğu ortaya çıkar. Hastalar genellikle uykuya dalma güçlüğü ile başvururlar.
- HBS'nin birincil (ailesel veya idiyopatik) ve sekonder (herhangi bir tıbbi duruma bağlı) olmak üzere iki farklı formu bulunmaktadır. Vakaların büyük çoğunluğu birincil form olup kalıtsal geçiş hastalığının ortaya çıkmasında önemli bir etmendir. Hastaların büyük bir kısmının ailesinde de HBS vardır. Otozomal dominant geçişin olduğu düşünülmektedir.
- Sekonder HBS, idiyopatik HBS ile karşılaştırıldığında genellikle 45 yaş üzerinde başlar ve progresif ilerler. 45 yaşından önce HBS, erken



başlangıçlı HBS olarak bilinir ve kandaki demir düzeyiyle yakından ilişkili değildir ve yaşla birlikte daha yavaş bir seyir gösterir (12).

- Tıbbi nedenlere bağlı olarak da HBS görülmektedir. HBS'ye neden olabilen tıbbi durumlar arasında demir eksikliği anemisi, gebelik, kronik böbrek yetmezliği, ilaç kullanımı nöropatiler ve Parkinson hastalığı yer alır.
- Hastalığın patofizyolojisinde en çok kabul gören demir ve dopamin metabolizmasıdır. Dopamin sentezinde görev alan tirozin hidroksilaz aktivitesi için demir gereklidir. Merkezi sinir sistemindeki demir depolarının azalması dopamin üretimini azaltarak spinal uyarılmışlığı artırmaktadır (10).

### **HBS değerlendirme soruları**

Özellikle akşamları veya geceleri olan sizi rahatsız eden bacaklarınızda ağrı, sızı, huzursuzluk, yanma, karıncalanma hissi veya gerilme hissi oluyor mu?

Akşamları veya geceleri olan sizi rahatsız eden bacaklarındaki ağrı, sızı, huzursuzluk, yanma, karıncalanma veya gerilme hissi siz bacaklarınızı hareket ettirince azalıyor mu veya tamamen kayboluyor mu?

Akşamları veya geceleri olan sizi rahatsız eden bacaklarındaki ağrı, sızı, huzursuzluk, yanma, karıncalanma veya gerilme hissi uykuya dalmanızı güçleştiriyor mu?

Birinci derece yakınlarınızda benzer şikayetleri olan bireyler var mı?

Bacaklarınızda herhangi bir şişlik veya damar belirginleşmesi veya cilt renginde herhangi bir değişiklik fark ettiniz mi?

Herhangi bir rahatsızlığınız var mı? Sürekli kullandığınız bir ilaç var mı?

Akşamları veya geceleri olan sizi rahatsız eden bacaklarındaki ağrı, sızı, huzursuzluk, yanma, karıncalanma veya gerilme hissi hayatınızı nasıl etkiliyor? İş hayatınızı/ okul hayatınızı/ ev işlerinizi yapmakta zorluğa yol açıyor mu?

### **Tanı aşamasında dikkat edilecek hususlar**

- Bacaklarda olan şikayetlerin dinlenme halinde ve özellikle akşam veya gece olması gerekiyor. HBS'li hastanın bacaklarını hareket ettirmesi ile rahatsız edici hislerin azalması veya tamamen geçmesi beklenir.

- Demir eksikliği anemisi, gebelik, kronik böbrek yetmezliği, ilaç kullanımı HBS etyolojisinde mutlaka ele alınmalıdır.
- Trisiklik antidepresanlar, seçisi serotonin geri alım inhibitörleri, serotonin noradrenalin geri alım inhibitörleri ve antihistaminikler HBS'ye neden olabilecek bazı ilaçlardır.
- Hipnik jerkler, pozisyonel rahatsızlık, bacak krampları, antipsikotiklere bağlı akatizi, myalji, venöz staz, bacaklarda ödem, ayak sallama alışkanlığı, nöropatiler ve anksiyetenin neden olduğu huzursuzluk ayırıcı tanıda dikkat edilmesi gereken durumlardır (10).
- Nöropati, ayaklarda ve bacaklarda ağrı ve yanma şeklinde olur, hareket ettirme gereksinimi genellikle olmaz, geceleri kötüleşebilir ancak hareketle ve ovalama ile rahatlamaz. HBS ile nöropatiler birlikte de olabilir. HBS'li tüm hastalarda serum demiri, demir bağlama kapasitesi ve ferritin düzeyleri değerlendirilmelidir (10).

## Epidemiyoloji

- Epidemiyolojik çalışmalarda HBS yaygınlığı %5-10 olarak bulunmuştur. Herhangi bir yaşta görülebilmeye karşın genellikle ileri yaşlarda daha sık görülür. Kadınlarda erkeklere oranla iki kat daha fazla görülür (10, 12).
- Gebelik belirtilerin başlamasına veya kötüleşmesine yol açabilir. HBS'li hastaların %50-60'ının birinci derece bir akrabasında da HBS belirtileri mevcuttur (10,12,13).

## Eş Tanılar

- HBS'li hastalarda anksiyete ve depresyon sıklıkla görülebilmektedir.
- Hem çocuk hem yetişkin HBS'li hastalarda dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu daha yaygın görülmektedir.

## Tedavi Yaklaşımları

- Altta yatan nedenlerin belirlenmesi
- Kullanılan ilaçların mutlaka gözden geçirilmesi
- Antidepresan kullanımı gerekiyorsa dopamin agonist etkisi olan

bupropiyon tercih edilebilir

- Ferritin düzeyinin ölçülmesi
- Uyku hijyeninin sağlanması
- Uyumadan önce sıcak duş
- Germe egzersizleri
- Masaj
- Zihinsel aktiviteyi artıracak uğraşlar
- Aşırı fiziksel aktivite, yorgunluk, alkol, nikotin ve kafein kullanımından kaçınma

### **Tedavi hedefleri**

1. İkincil HBS nedenlerinin tedavi edilmesi
2. Bacaklardaki anormal hislerin tamamen düzeltilmesi
3. Uykunun hem nitel hem de nicel olarak kalitesinin artırılması
4. Tedavi seçenekleri olarak öncelikle altta yatan durumun düzeltilmesi gerekiyorsa demir replasmanı

### **Örnek Reçete**

Demir replasmanı (ferritin düzeyi 45-50 µg/L üzerinde olacak şekilde demir replasmanı)

C vitamin replasmanı (demir emilimini artırmak için)

Pramipeksol 0.125-1 mg yatmadan 1-2 saat önce (etkinlik elde edilinceye kadar 2-3 günde bir artırılabilir)

Levodopa 50-200 mg/gün yatmadan 1-2 saat önce

Rotigotin 1-3 mg/gün yatmadan 1-2 saat önce

Ropinorol 0.25-3 mg/gün (13).

### **KAYNAKLAR**

1. American Psychiatric Association (APA) Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5. Washington: APA; 2013.
2. Uygun OF, Uygun H, Chung S, Ahmed O, Demiroz D, Aydın EF, et al. Validity and reliability of the Turkish version of the Glasgow Sleep Effort Scale. *Sleep Med.*

2022;98:144-151.

3. Uygur ÖF, Orhan FÖ, Uygur H, Kandeger A, Hursitoglu O. Psychometric properties of the Turkish version of the Anxiety and Preoccupation about Sleep Questionnaire in clinical and non-clinical samples. *Sleep Sci.* 2022;15(1):68-74.
4. de Lange MA, Richmond RC, Eastwood SV, Davies NM. Insomnia symptom prevalence in England: a comparison of cross-sectional self-reported data and primary care records in the UK Biobank. *BMJ Open.* 2024;14(5):e080479.
5. Yetkin S. Uykusuzluk (İnsomni). *Uyku Bozuklukları Tanı ve Tedavi Kitabı*. Editörler: Akıncı E, Orhan FÖ, Demet MM. Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, Ankara, Baskı 2, s. 67-84. 2016.
6. American Academy of Sleep Medicine (AASM) The International Classification of Sleep Disorders, Third Edition (ICSD-3). Darien, IL; American Academy of Sleep Medicine 2014.
7. Akıncı E, Orhan FÖ. Santral Hipersomnolans Bozuklukları. *Uyku Bozuklukları Tanı ve Tedavi Kitabı*. Editörler: Akıncı E, Orhan FÖ, Demet MM. Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, Ankara, Baskı 2, s. 87-98. 2016.
8. Trotti LM, Arnulf I. Idiopathic Hypersomnia and Other Hypersomnia Syndromes. *Neurotherapeutics.* 2021;18(1):20-31.
9. Dye TJ. Idiopathic Hypersomnia and Kleine-Levin Syndrome: Primary Disorders of Hypersomnolence Beyond Narcolepsy. *Semin Pediatr Neurol.* 2023;48:101082.
10. Demirci K, Demirci S. Uyku ile ilişkili Hareket Bozuklukları. *Uyku Bozuklukları Tanı ve Tedavi Kitabı*. Editörler: Akıncı E, Orhan FÖ, Demet MM. Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, Ankara, Baskı 2, s. 135-138. 2016.
11. Kouri I, Junna MR, Lipford MC. Restless Legs Syndrome and Periodic Limb Movements of Sleep: From Neurophysiology to Clinical Practice. *J Clin Neurophysiol.* 2023;40(3):215-223.
12. Broström A, Alimoradi Z, Lind J, Ulander M, Lundin F, Pakpour A. Worldwide estimation of restless legs syndrome: a systematic review and meta-analysis of prevalence in the general adult population. *J Sleep Res.* 2023;32(3):e13783.
13. Akıncı E. Özgül uyku bozuklukları: Huzursuz bacaklar sendromu ve narkolepsi. *Türkiye Psikiyatri Derneği Sürekli Eğitim/ Sürekli Mesleki Gelişim Dergisi.* 2016;6(2):128-136.

## 11. BÖLÜM

### ALKOL-MADDE KULLANIM BOZUKLUKLARI

**Uzm.Dr. Mehmed Burak ERDAŞ**

*Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi,*

*Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği*

*dr.mehmedburakerdas@gmail.com*

<https://orcid.org/0000-0002-4639-0652>

#### ALKOL KULLANIM BOZUKLUĞU

##### **Olgu örneği psikiyatrik görüşme**

*32 yaşında, bekar, çocuğu bulunmayan, lise mezunu, devlet memuru, Muş'ta yalnız yaşamakta olan erkek hasta.*

**Doktor:** Hoş geldiniz, sizi bugün buraya getiren şikayetinizi öğrenebilir miyim?

**Hasta:** Hoş bulduk, son dönemlerde alkol kullanım miktarımın artışından dolayı tarafınıza başvurdum.

**Doktor:** Anlıyorum, ne kadar süredir alkol tüketiyorsunuz.

**Hasta:** 30 senedir alkol tüketmekteyim fakat sosyal ortamlarda tüketirdim, son 1 yıldır ise kendi başıma bile içer oldum.

**Doktor:** Anlıyorum, peki son 1 yıldır günde ne kadar alkol tüketmektesiniz ve günün hangi saatlerinde tüketmektesiniz?

**Hasta:** Genellikle akşamları iş çıkışında alkol tüketmeye başlamakla birlikte sabahları da alkol tüketmek istesem de işyerimde aktif olarak çalıştığımdan tüketmiyorum fakat hafta sonları uyandıktan birkaç saat sonra alkol tüketimine başlayabiliyorum. Son 1 yıldır haftanın 5-6 günü günde 6-7 kutu bira içiyorum

fakat süreç içerisinde artık yetersiz geldiğini hissetmeye başladım.

**Doktor:** Sizi alkol kullanmaya iten bir sebep var mı? Bazı insanlar canları sıkkin olduğu için bazı insanlar ise üzüntülü olduğu için içerler. Sizde içmenize neden olabilecek ve sizi buna zorlayan bir nedeniniz var mı?

**Hasta:** Hayır ben daha önceleri dediğim gibi sadece arkadaş ortamında sosyal olarak nadiren alkol kullanan biriydim. Alkolü ben zararsız ve biraz daha iyi hissettirdiği için günde 1-2 adet tüketsem de bir şey olmaz diyerek günlük kullanmaya başladım.

**Doktor:** Hiç daha önce alkol kullanımınızla ilgili tedavi aldınız mı? Alkol kullanımı azaltmayı ve bırakmayı denediniz mi?

**Hasta:** Hayır daha önce alkol kullanımım sebebiyle herhangi bir tedavi almadım. Aslında sürekli kullanımımı kontrol altında tutmak için girişimlerim oldu fakat emeklerim yetersiz kaldı, aynı zamanda bazı alkol içmediğim günler oldu fakat o günler alkol kullanmaya yönelik engelleyemediğim isteğim oldu, bazı geceler başedemediğimden tekel bayileri kapalı olmasına rağmen alkolü temin edebilmek amaçlı birçok yere başvurdum.

**Doktor:** Alkol kullanımının mesleki ve sosyal yaşamınız üzerine etkileri oldu mu?

**Hasta:** Tabiki mesleki yaşamım üzerinde özellikle sabahları uyanamama işe geç kalma ve gün içinde yorgunluk oluyor, sosyal yaşamımda ise arkadaş çevremden uzaklaştım, onlarla bir araya geldiğimde eskisi kadar tahammüllü olamadığımı farkettim. Aslında bu durumu onlar da farkettiler ve benimle ilişkileri eskisi gibi olmadı hiç.

**Doktor:** Peki süreç içerisinde alkol kullanım miktarınız arttı mı? Yoksa hemen hemen haftanın her günü 6-7 kutu bira olarak mı devam etti.

**Hasta:** Hayır, öncelikle 1-2 kutu bira ile başladı fakat bir süre sonra bana verdiği rahatlama keyif hissini alamaz oldum ve süreç içerisinde günde 6-7 kutu biraya kadar yükselttim alkol tüketimimi, gerçi bu miktar da artık eskisi kadar iyi hissetmiyor beni.

**Doktor:** İçmediğinizde isteğinizin olduğunu belirttiniz fakat başka ne gibi değişiklikler oluyor alkolü tüketmediğiniz günler?

**Hasta:** Son aylarda içmediğim günler kendimi çökkün hissediyorum, terleme miktarım çok artıyor ve zaman zaman ellerimde titremeler farkediyorum, ayrıca midemde bir huzursuzluk olduğunu iştahımın olmadığını ve uyumun da pek

iyi olmadığını farkettim o dönemler.

**Doktor:** Anlıyorum daha önce kendinizi çökkün veya kaygılı hissettiğiniz, uykunuzla ilgili sorunlarınız olduğu dönemler oldu mu?

**Hasta:** Hayır kendimde fettiğim böyle şikayetler olmadı.

**Doktor:** Anlıyorum. Bilinen bir hastalığınız var mı ve ailenizde alkol kullanan bireyler var mı?

**Hasta:** Bilinen bir hastalığım yok ve ailemde de alkol tüketen kişiler olmadı.

**Doktor:** Anladım. Verdiğiniz bilgiler için teşekkür ederim.

## OLGU ÖZETİ

32 yaşında erkek hasta son bir yıldır alkol tüketim miktarının artmasından ve alkolü tüketmediğinde meydana gelen içme isteğinden, uykusuzluk ve ellerde titreme, midede hazımsızlık şikayetlerinden yakınmakta. Alkolü kullanmayı bırakmaya çalışmasına rağmen başarısız girişimlerinin olması, alkol kullanmadığı dönemlerde kullanmaya yönelik güçlü bir istek duyması, sosyal ilişkilerinde alkol kullanım miktarının artması sonrası kişilerarası sorunların olması, süreç içerisinde istediği iyilik haline ulaşabilmesi için alkol miktarını artırması ve alkolü içmediği dönemlerde uyku düzensizliklerinin olması, ellerde titreme, terleme miktarının artması, midede hazımsızlık- bulantı tarzı yoksunluk semptomlarının olması nedeniyle DSM-5 tanı sistemine göre “Alkol kullanım bozukluğu” tanısı konuldu.

<b>Hasta şikayetleri</b>	<b>Tanıya Yönelik Psikiyatrik Belirtiler</b>
Alkol tüketiminin günlük olması	Kullanım bozukluğu belirtisi
Alkolü tekrarlayıcı şekilde başarısız bırakma girişimleri	Craving(Aşerme)
Alkolü tüketim miktarının süreç içerisinde artması	Tolerans
Alkol tüketiminin bırakıldığı dönemlerde terleme titreme	Yoksunluk bulguları
Kişilerarası sorunlar	Sosyal işlevsellik
Uyku ve iştahta azalma	Vejetatif belirtiler/Yoksunluk bulguları

## DSM-5 TANI ÖLÇÜTLERİ

- On iki aylık bir süre içinde, aşağıdakilerden *en az ikisi* ile kendini gösteren, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da işlevsellikte düşmeye yol açan, sorunlu bir madde kullanım örüntüsü (1):
  1. Çoğu kez, istendiğinden daha büyük ölçüde ya da daha uzun süreli olarak alkol alınır
  2. Alkol kullanmayı bırakmak ya da denetim altında tutmak için sürekli bir istek ya da sonuç vermeyen çabalar vardır
  3. Alkol elde etmek, alkol kullanmak ya da yarattığı etkilerden kurtulmak için gerekli etkinliklere çok zaman ayrılır
  4. Alkol kullanmaya içinin gitmesi ya da alkol kullanmak için çok büyük bir istek duyma ya da kendini zorlanmış hissetme
    5. İşte, okulda ya da evdeki konumunun gereği olan başlıca yükümlülüklerini yerine getirememe ile sonuçlanan, yineleyici alkol kullanımı
  6. Alkol etkilerinin neden olduğu ya da alevlendirdiği, sürekli ya da yineleyici toplumsal ya da kişilerarası sorunlar olmasına karşın alkol kullanımını sürdürme
    7. Alkol kullanımından ötürü önemli bir takım toplumsal, işle ilgili etkinliklerin ya da eğlenme-dinlenme etkinliklerinin bırakılması ya da azaltılması
  8. Yineleyici bir biçimde, tehlikeli olabilecek durumlarda alkol kullanma
  9. Büyük bir olasılıkla alkol neden olduğu ya da alevlendirdiği, sürekli ya da yineleyici bedensel ya da ruhsal bir sorunu olduğu bilgisine karşın alkol kullanımı
  10. Tolerans
  11. Yoksunluk

## KLİNİK BULGULAR

- Alkol kullanım bozukluğu olan kişilerde alkol tüketmeye karşı oldukça güçlü istek dikkat çekmektedir.
- Çoğu zaman kontrollü alkol tüketiminin sağlanamaması ile karşılaşılır.



- Alkol tüketimini azaltınca veya kesince ortaya çıkan terleme, titreme tarzı bedeni yoksunluk bulguları ve bu semptomları yatıştırmak için tekrar alkol alımı,
- Süreç içerisinde tolerans gelişimi ve buna bağlı alınan alkol miktarını artırma,
- Mesleki ve sosyal işlevsellik sorunları,
- Alkolü bıraktıktan sonra tekrar başladığında bağımlılık semptomlarının hızla ortaya çıkması alkol kullanım bozukluğunda görülen klinik özelliklerdir.
- Bazı alkol kullanım bozukluğu olan hastalarda alkolü bırakmaya bağlı genellikle 2-7 gün sonra ortaya çıkan bir akut beyin sendromu olan deliryum tremens olarak adlandırılan klinik tablo görülebilir (2).

<b>AKB değerlendirme soruları</b>
Ne zamandır ve ne sıklıkta alkol kullanmaktasınız?
Alkol kullanımını azaltmayı ve bırakmayı denediniz mi?
Alkol kullanımını azalttığınızda ve bıraktığınızda kendinizde hissettiğiniz değişiklikler neler oluyor?
Bu süreç aile, iş ve sosyal yaşamınızı etkiledi mi?

## Epidemiyoloji

- Alkol bağımlılığı gelişmemiş ülkelere oranla gelişmiş ülkelerde daha sık karşımıza çıkan bir sağlık sorunudur,
- Batı ülkelerinde yaygınlığı %10-15 düzeylerinde olup erkek cinsiyette anlamlı olarak daha sıktır,
- Dünya Sağlık Taraması Çalışmasına göre ülkemizde alkol kullanım bozukluğunun oranı %1,1 olarak saptanmıştır.
- Alkol kullanım bozukluğu en sık 22 ila 35 yaşları arasında görülmekle beraber her yaşta görülebilmektedir (3, 4).

## Eş Tanılar

- Alkol kullanım bozukluğu olan bireylerde sıklıkla başka psikoaktif maddelere de bağımlılık görülebilmektedir.

- Hastaların önemli bir kısmında duygudurum bozuklukları ve diğer ruhsal bozukluklar bulunabilmekte olup değerlendirme sürecinde bu durumun muhakkak gözönünde bulundurulması gerekmektedir.
- Aynı zamanda alkol kullanım bozukluğu olan popülasyonunun önemli bir kısmında antisosyal kişilik özellikleri de bulunabilmektedir.
- Alkol kullanımına bağlı bilişsel fonksiyonlar da etkilenebileceğinden uzun yıllar alkol kullanım bozukluğu olan şahıslarda demansın da olabileceği akılda tutulmalıdır.
- Alkol kullanım bozukluğu olan şahıslarda alkolik siroz da olabileceği unutulmamalıdır (2, 5).

### **Tedavi Yaklaşımları**

- Hastanın gerekli görülen akut tedavisi yapıldıktan sonra uzun süreli takiplerine-kontrollerine devamlılığının sağlanması.
- İlaç tedavilerine uyumun sağlanması.
- Tedavi isteğini artıracak yaklaşım içerisinde olunması.
- Hastaya ve ailesine yönelik psikososyal tedaviler ve psikoeğitim verilmesi.
- Koruyucu önlemlere önem verilmesi.

### **Tedavi hedefleri**

1. İlaç tedavileri ile madde isteğini azaltarak hastanın tedavi motivasyonu ve tedaviye uyumunun artırılması
2. Psikososyal tedaviler ile yeniden madde kullanmayı önlemek
3. Hastaya yaşam becerileri kazandırmak, sosyal desteğini kuvvetlendirmek, evsizlik, işsizlik gibi sorunlara çözüm üretmek
4. Fiziksel ve ruhsal ek hastalıkların tedavisi sağlanması
5. İşlevselliğin artırılması

### **Alkol Kesilme Sendromu**

Düzenli olarak ve uzun zamandır alkol kullanımı olan bireyler alkol tüketimini bıraktığında ortaya çıkan nörolojik, otonomik, psikojenik bulgulardır. Nörolojik semptomlar; ellerde ve göz kapaklarında titreme, miyoklonik

kasılmalar, dizartrik konuşma, başağrısı, nadiren de olsa görülebilen grand mal epileptik nöbetlerdir. Taşikardi, terleme miktarında artış, ateş, hipertansiyon ise otonomik semptomlardır. Anksiyete, ajitasyon, bellek ve uyku problemleri ise ruhsal semptomlar karşımıza çıkmaktadır (2).

## **Deliryum Tremens**

Alkol bağımlılığı olan bireylerde alkolü bıraktıktan sonra veya beslenme yetersizliği, kafa travması, enfeksiyon etkisi ile ortaya çıkabilen akut beyin sendromudur. Tedavi edilmediği takdirde mortalite riski yüksektir. Deliryum Tremens tablosu genellikle alkol tüketiminin bırakılmasından sonra 1 hafta içinde başlayabilmektedir. Genç yaş ve daha az süredir kronik alkol tüketiminin olması Deliryum Tremens açısından koruyucudur. Klinik tablonun meydana gelmesinde GABA ve NMDA reseptörlerinde meydana gelen değişiklikler sorumlu tutulmaktadır. Deliryum Tremens'te kişi yer ve zaman oryantasyonunda bozukluk, konfüzyon, dikkat problemleri, ajitasyon, görsel-işitsel ve dokunsal halüsinasyonlar, referansiyal ve paranoid sanrılar görülebilmektedir (2).

### **Örnek Reçete :**

#### **Alkol yoksunluğu tedavisi**

Hidrasyon(Günde 5-6 litre sıvı tüketimi, iv yoldan izotonik verilebilir)

B, C ve folik asit vitamini desteği( B1 vitamin desteği en önemlisi olup ülkemizde saf B1 preparatı bulunmamaktadır. 1 ampul Bemiks'te 25 mg B1 vitamini bulunmaktadır. Bemiks ampul 1x4, Redoxon ampul 1x1, Folbiol 5 mg tablet 1x1)

Merkezi Sinir Sisteminde aşırı duyarlılığın azaltılması amacı ile (Diazepam ampul 10 mg/2ml 1x1- Diazepam uzun yarı ömürlü olduğundan dolayı tercih edilmekte olup lüzum halinde 6 saatte bir 20 mg'a kadar kullanılabilir. Hepatik hasar varlığı durumunda Lorazepam (Ativan Expidet) kullanılmaktadır lüzum halinde 4 saatte 2 mg'a kadar kullanılabilir. Süreç içerisinde tedricen azaltılarak kesilir.)

Eşlik eden agresyon ajitasyon ve uyku problemleri var ise antipsikotik gruptan Haloperidol oral veya im yoldan uygulanabilir. (Nörodol ampul 5 mg 1x1 veya Nörodol tablet 2 mg 1x1)

İdame tedavide ise;

Akamprosat (NMDA reseptörleri üzerine etki ederek aşermeyi anlamlı

şekilde azaltır. Alkol alımı sonlandıktan ve yoksunluk belirtileri ortadan kalktıktan sonra kiloya göre doz ayarlanımı yapılarak başlanabilir. 66 kg>X Campral 2x1, 66 kg<X 3x1 )

Naltrekson (Opioid reseptör antagonisti, alkolün ödül sistemi üzerindeki etkisini ve aşermeyi azaltır. Nokrev 50 mg 1x1)

Disülfiram (Aldehit dehidrogenaz enzimi inhibisyonu ile vücutta asetaldehit birikmesini sağlayarak alkol alan kişide rahatsızlık hissine yol açar. Antabus 500 mg 1x1 )

SSRI/SNRI grubu serotonerjik ajanlar (Eşlik eden duygudurum bozukluklarına yönelik, Sertralin 50 mg/gün, Essitalopram 10 mg/gün, Venlafaksin 75 mg/gün) (2).

### **Deliryum Tremens Tedavisi**

Diazepam 24 saatte 10 mg 2-4 defa im veya iv

Agresyon-Ajitasyon, halüsinasyon-sanrı eşlik ediyorsa Haloperidol(Nörodol) im 5 mg 24 saatte maksimum 15 mg/gün

Hidrasyon ve vitamin desteği (%5 Dekstrozlu izotonik sıvı içerisine B1, C vitamini takviyesi) ,

Elektrolit takibinin düzenli yapılması gerekirse potasyum ve magnezyum desteği önerilmektedir (2).

### **KAYNAKLAR**

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed, Washington DC, 2013.
2. Öztürk MO, Uluşahin A. Ruh sağlığı ve bozuklukları. Nobel Tıp Kitabevleri, Ankara, 15.Baskı, 2018.
3. W.H.O, WHO Global Status Report on Alcohol 2004, in Country profiles: Turkey. 2004,WHO:Geneva
4. Türkcan A. Türkiye’de alkol kullanımı ve bağımlılığının yaygınlığı üzerine bir gözden geçirme, Türk Psikiyatri Dergisi. 1999;10(4), 310–318.
5. Schuckit, MA, Tipp JE, Bergman M, Reich W, Hesselbrock VM, Smith TL. Comparison of induced and independent major depressive disorders in 2,945 alcoholics. *The American journal of psychiatry*, 1997;154 7, 948-57 .

## OPIOİD KULLANIM BOZUKLUĞU

### Olgu örneği psikiyatrik görüşme

*19 yaşında, bekar, üniversite öğrencisi, Van'da yalnız yaşamakta olan kadın hasta.*

**Doktor:** Hoş geldiniz, sizi bugün buraya getiren şikayetinizi öğrenebilir miyim?

**Hasta:** Teşekkür ederim, eroin ve metamfetamin kullanmaktayım bundan kurtulmak istiyorum bu nedenle geldim.

**Doktor:** Ne kadar zamandır eroin ve metamfetamin kullanmaktasınız? Bu konuda daha öncesinde bir sağlık kuruluşuna başvurduğunuz mu?

**Hasta:** Hayır, daha önce herhangi bir hastaneye başvurum olmadı. Yaklaşık 3 yıldır eroin kullanmaktayım, son bir senedir de zaman zaman metamfetamin kullanımım oluyor.

**Doktor:** Peki daha önce hiç madde kullanımını bırakmayı ve azaltmayı denediniz mi?

**Hasta:** Evet daha önce kendi çabamla bunu çok denedim fakat hepsi başarısızlıkla sonuçlandı. Süreç içerisinde azaltmayı bırakın kendimi normal hissedebilmek için kullandığım madde miktarı giderek artış gösterdi.

**Doktor:** Buraya bugün kendi iradenizle mi geldiniz? Bazen bazı kişiler ailesinin isteği üzerine onlara artık karşı koyamadığından dolayı tarafımıza başvurmakta.

**Hasta:** Hayır hocam ben artık çok yoruldum o nedenden dolayı kendi isteğimle tedavi olmaya geldim.

**Doktor:** Yoruldum derken neyi kastediyorsunuz?

**Hasta:** 3 yıl önce maddeyi kullanmaya başladığım süreçte çok kısa zaman geçmesine rağmen artık eroin bulmadan yapamaz oldum, süreç içerisinde maddeyi bulmak ve maddi açıdan ona ulaşmak da eskiye nazaran daha güçleşti. Maddeyi bulamadığım süreçte yaşadığım sorunlar beni oldukça rahatsız etmekte. Ayrıca maddi yükün yanında manevi olarak da kendimi ruhsal olarak çökkün hissetmekteyim, uyku ve iştah düzenim bozuldu, öz bakımında azalma da oldu, aynı süreçte bu durumdan dolayı ailemle ve arkadaş çevremle de yaşadığım sorunlar benim kendimi yalnız hissetmeme neden oldu.

**Doktor:** Maddeyi ne şekilde kullanmaktasınız?

**Hasta:** Eroini folyo ile tüketmekteyim, metamfetamini ise pipe aracılığıyla.

**Doktor:** Hiç daha önce damar yoluyla yani intravenöz kullanımınız oldu mu?

**Hasta:** Hayır damar yoluyla kullanımım hiç olmadı.

**Doktor:** Alkol veya sigara kullanıyor musunuz?

**Hasta:** Alkol kullanımım yok fakat günde bir paket sigara tüketmekteyim.

**Doktor:** Maddeyi bulamadığım süreçte yaşadığım sorunlar diyorsunuz bunlar neler paylaşır mısınız?

**Hasta:** Maddeyi bulamadığım süreçte, maddeyi tüketmeye aşırı güçlü bir istek hissetmekteyim, yoğun vücut ağrılarım olmakta ve bu ağrılar sebebiyle de uyku ve iştahım azalmakta, esneme miktarım artıyor ve burnum çok akıyor o dönemlerde, dikkat ve konsantrasyonum bozuluyor, hayata adapte olamıyorum maddeyi bulup kullanana kadar ve bu süreçte sürekli maddeyi aramaya yönelik aktivitelerim oluyor.

**Doktor:** Anlıyorum sizi peki sizde ve ailenizde bilinen herhangi bir psikiyatrik hastalığı olan var mı?

**Hasta:** Bende ve ailemde bildiğim kadarı ile herhangi bir psikiyatrik hastalığı olan yok.

**Doktor:** Peki verdiğiniz bilgiler için teşekkürler.

## OLGU ÖZETİ

19 yaşında, üniversite öğrencisi, kadın hasta. Üç yıldır çekme soluma yöntemiyle opioid kullanımı ve zaman zaman metamfetamin kullanımı olmakta. Şahıs maddeyi kullanmadığı süreçte maddeyi kullanmaya yönelik güçlü istekten, maddeyi arama davranışından, yaygın vücut ağrıları, uyku ve iştah bozukluğu, burun akıntısı, dikkat ve konsantrasyon bozukluğundan ve yaşama adapte olamamaktan yakınmakta. Aynı zamanda bu durumdan ötürü ailesi ve sosyal çevresinden soyutlandığı belirtmekte. Bu şikayetleri sebebiyle işlevselliğinde bozulma olan hastaya; DSM-5 tanısı sistemine göre “Opioid kullanım bozukluğu” tanısı konuldu.

<b>Hasta şikayetleri</b>	<b>Tanıya Yönelik Psikiyatrik Belirtiler</b>
Maddeyi kullanmaya yönelik duyulan aşırı istek	Craving(Aşırma)
Kullanmadığı dönemlerde yaşadığı vücut ağrıları, esneme artışı, göz yaşarması	Yoksunluk
Giderek kullanılan madde miktarının artış göstermesi	Tolerans
Günlük rutin görevlerine odaklanamama ve yerine getirememe, öz bakımını gerçekleştirememe	İşlevselliğin bozulması

### **DSM-5 TANI ÖLÇÜTLERİ**

- On iki aylık bir süre içinde, aşağıdakilerden en az ikisi ile kendini gösteren, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da işlevsellikte düşmeye yol açan, sorunlu bir madde kullanım örneği (1):
  1. Çoğu kez, istendiğinden daha büyük ölçüde ya da daha uzun süreli olarak madde alınır
  2. Madde kullanmayı bırakmak ya da denetim altında tutmak için sürekli bir istek ya da sonuç vermeyen çabalar vardır
  3. Madde elde etmek, madde kullanmak ya da yarattığı etkilerden kurtulmak için gerekli etkinliklere çok zaman ayrılır
  4. Madde kullanmaya içinin gitmesi ya da alkol kullanmak için çok büyük bir istek duyma ya da kendini zorlanmış hissetme
  5. İşte, okulda ya da evdeki konumunun gereği olan başlıca yükümlülüklerini yerine getirememe ile sonuçlanan, yineleyici madde kullanımı
  6. Madde etkilerinin neden olduğu ya da alevlendirdiği, sürekli ya da yineleyici toplumsal ya da kişilerarası sorunlar olmasına karşın madde kullanımını sürdürme
  7. Madde kullanımından ötürü önemli bir takım toplumsal, işle ilgili etkinliklerin ya da eğlenme-dinlenme etkinliklerinin bırakılması ya da azaltılması
  8. Yineleyici bir biçimde, tehlikeli olabilecek durumlarda madde kullanma

9. Büyük bir olasılıkla maddenin neden olduğu ya da alevlendirdiği, sürekli ya da yineleyici bedensel ya da ruhsal bir sorunu olduğu bilgisine karşın madde kullanımı

10. Tolerans

11. Yoksunluk

### **Klinik Bulgular**

- Opioidi almak için güçlü bir istek ya da zorunluluk hissi
- Opioid kullanımına karşı devamlı bir istek veya kullanımını kontrol etmekte ya da azaltma çabasındaki başarısızlık
- Opioid yoksunluk belirtilerini azaltmak veya engellemek için tekrar tekrar kullanmak
- İstenilen etkiye ulaşmak için yüksek miktarlarda opioid kullanımı
- Opioid kullanımından dolayı önemli hobilerin ya da ilgi alanlarının bırakılması veya azaltılması
- Zararın farkında olmasına rağmen madde kullanmaya devam etmesi klinikte dikkat çekmektedir.
- Opioid kullanım bozukluğunda ayrıca intoksikasyonun ve yoksunluğun klinik özelliklerine bakıldığında opioid kullanım bozukluğunda akut zehirlenme sürecinde hafif öföri veya uyuşukluktan komaya kadar dikkat çeken bilinç durumu olabilir.
- Miyotik pupiller, azalmış bağırsak sesleri, düşük nabız ve kan basıncı ile hipoventilasyon olabilir.
- Opioid kullanım bozukluğunda yoksunlukta ise opioidi kullanmak için güçlü bir istek, hapşırık, burun akıntısı, göz yaşarması, kas-karın ağrıları, diyare, esneme, uyku düzeninin bozulması, dilate pupiller, üşüme, hipertansiyon ve yüksek nabız olabilmektedir (2,3).

#### **Opioid Kullanım Bozukluğu Değerlendirme Soruları**

1) Ne zamandır ve ne sıklıkla opioid kullanmaktasınız?

2) Daha önce maddeyi bırakmayı veya kullanımını azaltmayı denediniz mi?



3) Maddeyi bıraktığınızda veya kullanımını azalttığınızda kendinizde ne gibi değişiklikler deneyimlediniz?
4) Bu konuda daha önce herhangi bir sağlık kuruluşuna başvurunuz oldu mu?
5) Bu süreç aile, iş ve sosyal yaşamınızı etkiledi mi?

## Epidemiyoloji

- Opioid kullanım bozukluğu dünya çapında giderek artan bir halk sağlığı sorunu olarak karşımıza çıkmakta. Birleşmiş Milletler Uyuşturucu ve Suç Ofisi'nin 2017 yılında yayınladığı raporda dünyada yaklaşık 30 milyon kişinin madde kullanım bozukluğu olduğunun ve içlerinde ise en büyük yıkıma yol açanın opioidler olduğu belirtilmiştir. Aynı ofis aynı zamanda 2015 yılındaki verileriyle opioid kullanımının prevalansının % 0.7 olduğunu belirtmiştir (4).
- Risk faktörleri olarak düşük sosyoekonomik koşullar, kırsal nüfusta yaşamak, düşük eğitim düzeyi belirtilmiştir.

## Eş Tanılar

- Opioid kullanım bozukluğu olan şahıslarda kannabis, amfetamin ve benzodiazepin türevlerine de bağımlılık yüksek oranda eşlik etmektedir.
- Opioid kullanım bozukluğuna duygudurum bozuklukları da sıklıkla eşlik edebilmekte olup hastaları unipolar depresyon ve bipolar afektif bozukluk gibi rahatsızlıklara yönelik değerlendirmenin de yararlı olacağı düşünülmekte.
- Madde kullanım bozukluğu olan bireylerin önemli bir kısmında antisosyal kişilik örüntülere de sıklıkla rastlanılabilmekte
- Duygudurum bozukluklarına nazaran daha az olsa da psikotik hastalıkların da komorbid olarak görülebileceği akılda tutulmalıdır.
- Aynı zamanda intravenöz madde kullanımı olan bireylerde vasküler ülserlerin, HIV ve Hepatit tanılarının da madde kullanım bozukluğuna eşlik edebileceği unutulmamalıdır (2,3).

## **Tedavi Yaklaşımları**

- Hastanın gerekli görülen akut tedavisi yapıldıktan sonra uzun süreli takiplerine-kontrollerine devamlılığının sağlanması.
- İlaç tedavilerine uyumun sağlanması.
- Tedavi isteğini artıracak yaklaşım içerisinde olunması.
- Hastaya ve ailesine yönelik psikososyal tedaviler ve psikoeğitim verilmesi.
- Koruyucu önlemlere önem verilmesi.

## **Tedavi hedefleri**

1. İlaç tedavileri ile madde isteğini azaltarak hastanın tedavi motivasyonu ve tedaviye uyumunun artırılması
2. Psikososyal tedaviler ile yeniden madde kullanmayı önlemek
3. Hastaya yaşam becerileri kazandırmak, sosyal desteğini kuvvetlendirmek, evsizlik, işsizlik gibi sorunlara çözüm üretmek
4. Fiziksel ve ruhsal ek hastalıkların tedavisi sağlanması
5. İşlevselliğin artırılması hedeflenir (2,3,5).

## **Opioid Yoksunluk Sendromu**

Opioid bağımlılığı olan şahsın opioidi kullanımını bırakmasının ardından kısa süre sonra başlayan bunaltı ve gerginlik hissi ile kendini gösterir. Süreç ilerledikçe rinore, esneme, dilate pupiller, tüy köklerinde kabarıklık, vücudun genelinde kramplar, iştahsızlık ,diyare, uyku bozukluğu ve ajitasyon dikkat çekmektedir (2,3).

## **Örnek Reçete**

### **Opioid Yoksunluk Tedavisi**

Hidrasyon

Nonsteroid antiinflamatuvar ilaçlar (Mide koruyucular ile alınmasına dikkat edilmelidir.)

Parsiyel opioid agonisti olan Buprenorfin/Nalokson(Suboxone), bağımlılık düzeyine göre doz ayarlaması yapılabilir genellikle 8 mg/2 mg Buprenorfin/

Nalokson 1x1 yeterli olabilmektedir.

Opioid reseptör agonisti olan Metadon 40 mg 1x1 (Sentetik bir narkotik olan ilaç ülkemizde bulunmamaktadır)

İdame tedavisinde de Buprenorfin/Nalokson(Suboxone) tedavisine devam edilmekte olup

SSRI/SNRI grubu ilaçlar (Eşlik eden depresif epizodlara yönelik)

Olanzapin/Ketiapin tarzı sedatif etkili antipsikotikler (Uyku bozuklukları ve eşlik eden duygudurum bozukluklarına yönelik) kullanılabilir (2,3,5).

## KAYNAKLAR

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed, Washington DC, 2013.
2. Öztürk MO, Uluşahin A. Ruh sağlığı ve bozuklukları. Nobel Tıp Kitabevleri, Ankara, 15.Baskı, 2018.
3. Karamustafaloğlu O. Temel ve Klinik Psikiyatri. Güneş Kitapevi, Ankara, 2018.
4. United Nations Off ice on Drugs and Crime, World Drug Report 2015.
5. Evren C(ed). Opioid Kullanım Bozukluğunda Tanı ve Tedavi Kılavuzu, Düşünen Adam Kitaplığı-3, İstanbul Yerküre Tanıtım ve Yayıncılık Hizmetleri A.Ş., 2017.



## 12. BÖLÜM

### ACİL PSİKİYATRİK DURUMLAR

**Uzm. Dr. Merve ÖZDOĞAN**

*Gaziantep Şehir Hastanesi,*

*Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği*

merveozdogan197@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0001-5617-7508>

#### İNTİHAR

##### **Olgu örneği psikiyatrik görüşme**

*25 yaşında kadın hasta, üniversite mezunu, bekar, yalnız yaşıyor. Bir ilçe devlet hastanesi acilinde yaklaşık 3 aydır pratisyen hekim olarak çalışıyor. 3 kardeşin 1.si, annesi, babası ve kardeşleri 6 Şubat 2023 depremi sonrasında Hatay'dan Kayseri'ye taşınmış. Çalışma hayatı başlamadan önce kendisi de Hatay'da ailesinin yanında yaşıyormuş. İlaç içerek intihar girişimi olması sonrasında arkadaşının refakatinde ambulans ile acile getirilmiş.*

**Doktor:** Merhaba, ben psikiyatri uzmanıyım. Acil servise geliş nedeninizi öğrenebilir miyim?

**Hasta:** Yaklaşık 2 haftadır psikiyatrik tedavi alıyorum. Sertralin ve mirtazapin etken maddeli ilaçları kullanıyorum. 6 Şubat depreminde evimiz ağır hasar aldı. Deprem sonrası ilk 1 ay çok kötüydüm. Eve giremiyordum, uyuyamıyordum. Sürekli deprem günü yaşananlar aklıma geliyordu, sanki tekrar tekrar depremi yaşıyor gibi hissediyordum. Depremden 15 gün sonra Kayseri'ye taşındık. Sanırım ortam değişikliği de iyi geldi. Şikayetlerim düzeldi. Sonra ben ilçe devlet hastanesine atandım, 3 ay önce. Ailemden ayrılmak, tekrar deprem bölgesine gelmek bana iyi gelmedi. Başlangıçtaki kadar kötü değildim. Ama yine uykuya dalmakta zorlanmaya başladım. Hiçbir şeyden keyif alamıyorum. Eskiden çok

aktif ve sosyal biriydim ama artık hiçbir şey yapmak istemiyorum. Sadece ev ile iş arasında bir hayatım var. Acildeki nöbetlerim çok yoğun geçiyor. Sürekli kaygılıyım, hata yapmaktan çok korkuyorum. İşime odaklanmakta zorlanıyorum, sürekli bir şeyleri unutuyorum. 2 kez bileklerimi çizdim. İntihar etmek gibi bir amacım yoktu ama sanki rahatladığımı hissettim. Sonrasında destek almaya karar verdim. Depresyon tanısı aldım ve 2 haftadır ilaç kullanıyorum. Uykum biraz düzene girdi ancak diğer şikayetlerim devam ediyor. Doktor ilaçların ortalama 2-3 haftada etki etmeye başlayacağını söylemişti. 1 hafta önce bir hasta yakını ile tartışmam oldu. Sonrasında her şey anlamsız gelmeye başladı. Aslında böyle olayları acilde sık yaşıyoruz, maalesef alıştık. Ama bu sefer hasta yakınının söyledikleri çok ağır geldi. Yaptığım iş çok anlamsız gelmeye başladı. Bu kadar zorlanmama rağmen mesleğimi sevdiğim için devam etme gücü bulabiliyordum ama şimdi bu da kalmadı. 1 haftadır aklıma ölümle ilgili düşünceler sık sık geliyordu. En sonunda ilaç içerek her şeyi sonlandırmaya karar verdim.

**Doktor:** İnsanın çok zorlandığı olaylar sonrasında, çaresiz ve umutsuz hissettiği depresif dönemlerde, ölümle ilgili düşünceler aklına gelebilir. Sanırım siz de böyle bir dönemden geçiyorsunuz. İlaç içtiğinizi söylediniz. O anı biraz anlatabilir misiniz acaba, nasıl oldu?

**Hasta:** Nöbetten çıkıp eve gelmişim. Çok yorgundum ama uyuyamıyordum. Uyku ilacımı içtikten sonra ani bir kararla iki ilacımdan da birer kutu içtim, ölmek istedim. Anlık bir şeydi. Tesadüfen arkadaşım ziyarete gelmiş. Yakın arkadaşım olduğu için evin yedek anahtarını ona vermişim. Geldiğimden beri bana destek olmaya çalışıyor. Ben kapıyı açmayınca şüphelenmiş. İçeride beni uyandıramayınca da ambulansa haber vermiş.

**Doktor:** 2 kez bileklerinizi çizdiğinizden ve şimdi de fazla miktarda ilaç içtiğinizden bahsettiniz. Bunlardan önce hiç kendinize zarar verme davranışınız olmuş muydu?

**Hasta:** Hayır.

**Doktor:** Şu anda nasıl hissediyorsunuz?

**Hasta:** Çok pişmanım. Ailem duyunca çok üzülecek. Zaten çok zor zamanlar geçirdiler.

**Doktor:** Ailenize haber vermeyi düşünüyor musunuz?

**Hasta:** Evet, mecburen söyleyeceğim. Sanırım bir süre yanımda olmalarına, desteklerine ihtiyacım var.

**Doktor:** Tekrar kendinize zarar verme ile ilgili düşünceniz veya bir planınız var mı?

**Hasta:** Hayır. Bir daha asla böyle bir şey yapmam.

**Doktor:** İzin verirsiniz birkaç cevabını merak ettiğim sorum daha olacak.

**Hasta:** Tabii.

**Doktor:** Depresyon tanısıyla tedavi aldığınızı söylemiştiniz. Ailenizde psikiyatrik tedavi alan başka kimse var mı?

**Hasta:** Hayır, bildiğim kadarıyla yok.

**Doktor:** Hiç kendine zarar verme davranışı olan intihar eden birisi var mı?

**Hasta:** Yok.

**Doktor:** Anladım. Sigara, alkol veya madde kullanımınız var mı?

**Hasta:** Sigara veya madde hiç kullanmadım. Alkol 2-3 ayda bir ancak 1-2 bira kullanıyorum.

**Doktor:** Bilinen bir bedensel hastalığınız var mı?

**Hasta:** Hayır, yok.

**Doktor:** Depresyon kişinin hayata daha karamsar bakmasına, çökkün hissetmesine, ilgi-istek kaybına neden olan, aktivitelerden keyif almayı önleyen, uyku veya iştahta bozulmalara neden olabilen, dikkat ve bellek gibi yetilerde bozulmaya neden olabilen bir ruhsal hastalıktır. İlaçlar, psikoterapi, EKT gibi tedavi seçenekleri mevcut. Yatarak veya ayaktan tedavi edebiliriz sizi.

## OLGU ÖZETİ

25 yaşında, depresyon tanısı almış olan kadın hasta henüz psikiyatrik tedavinin etki etmesi için yeterli süre geçmemiş. Yaşadığı stresör sonrasında ilaç içerek suisid girişiminde bulunmuş. Planlı bir girişim olmadığını, ani bir kararlar yaptığını, pişman olduğunu ifade ediyor. Hali hazırda aktif intihar düşüncesi/planı tariflemiyor. Ailesine desteğinin iyi düzeyde olan hastanın alkol-madde kullanım bozukluğu, soygeçmişinde psikiyatrik özellik saptanmadı.

Hasta şikayetleri	Tanıya Yönelik Psikiyatrik Belirtiler
İntihar amacıyla fazla miktarda ilaç içme	Suisid girişimi
“1 hafta önce bir hasta yakını ile tartışmam oldu. Sonrasında her şey anlamsız gelmeye başladı. Aslında böyle olayları acilde sık yaşıyoruz, maalesef alıştık. Ama bu sefer hasta yakınının söyledikleri çok ağır geldi. Yaptığım iş çok anlamsız gelmeye başladı. Bu kadar zorlanmama rağmen mesleğimi sevdiğim için devam etme gücü bulabiliyordum ama şimdi bu da kalmadı. 1 haftadır aklıma ölümle ilgili düşünceler sık sık geliyordu. En sonunda ilaç içerek her şeyi sonlandırmaya karar verdim.”	Yakın zamanda yaşanan stresör olaylar
“Sonra ben ilçe devlet hastanesine atandım, 3 ay önce. Ailemden ayrılmak, tekrar deprem bölgesine gelmek sanırım bana iyi gelmedi. Başlangıçtaki kadar kötü değildim. Ama yine uykuya dalmakta zorlanmaya başladım. Hiçbir şeyden keyif alamıyorum. Eskiden çok aktif ve sosyal biriydim ama artık hiçbir şey yapmak istemiyorum. Sadece ev ile iş arasında bir hayatım var. Acildeki nöbetlerim çok yoğun geçiyor. Sürekli kaygılıyım, hata yapmaktan çok korkuyorum. İşime odaklanmakta zorlanıyorum, sürekli bir şeyleri unutuyorum.	Yaklaşık 3 aydır devam eden depresif şikayetler ve işlevsellikte bozulma
“2 kez bileklerimi çizdim. İntihar etmek gibi bir amacım yoktu ama sanki rahatladığımı hissettim.”	Self mutilatif davranışlar



## İntihar Riskinin Değerlendirilmesi

- Bir kişinin neden intihar girişiminde bulunacağı ile ilgili tek bir temel açıklama yoktur. İntihar düşünceleri ve davranışları, bireysel, biyolojik, psikolojik, sosyal, kültürel ve çevresel faktörlerin etkileşimi ile ortaya çıkan karmaşık olgulardır. Bu nedenle risk faktörleri ve koruyucu faktörler bağlamsal bir bakış açısıyla değerlendirilmelidir (1).
- İlgili risk faktörlerini inceleyen bir meta-analiz çalışması intihar düşünce ve davranışlarının halen şans seviyesinden(%50) yalnızca biraz daha iyi şekilde yordanabildiğini göstermiştir. Bu durumun sebebinin çok az çalışmada çoklu risk faktörlerinin birleşik etkisinin incelenmesiyle ilgili olduğu düşünülmüştür (2). Günümüzde birçok alanda kullanılan Machine Learning'in en önemli avantajlarından biri, farklı yöntemlerle (örneğin genetik, beyin görüntüleme, klinik özellikler) elde edilen verileri birleştirme olanağıdır. Bu yaklaşımın pratik uygulamalarda yer almaya başlamasının tahmin doğruluğunu arttıracığı düşünülmektedir (3)
- Risk faktörlerinin yordayıcılığı düşük olsa da intiharı öngören faktörlerin belirlenmesi, klinisyenlerin yüksek riskli bireyleri daha iyi tespit etmelerine ve intiharı önleme programlarının etkinliğini arttırmalarına yardımcı olabilir (4).
- Bununla intihar davranışıyla karşılaşan her hekimin vakayı risk faktörleri ve koruyucu faktörler açısından doğru bir şekilde değerlendirebilmesi önem taşımaktadır.
- İntihar riskinin değerlendirilmesinde uyulması gereken en önemli temel ilkelerden birisi intihar düşüncesi/davranışı ile ilgili soru sorabilmektir. Soru sormanın hastaya zarar vermediği, aksine fayda sağladığı çalışmalarla gösterilmiştir. Hasta ile etkin dinleme, koşulsuz kabul, saygı, samimiyet ve empatiyi içeren olumlu bir terapötik ilişki kurabilmek, hastanın mahremiyetinin korunmasına dikkat etmek yine uyulması gereken ilkelerdendir. Değerlendirme sürecinin belgelendirilmesi hem tedavi ve takip süreci hem de adli süreçler açısından önemlidir. Risk değerlendirmesi yapılırken koşulların, algıların ve değer yargılarının kişiden kişiye değişkenlik gösterebileceği ve yine risk değerlendirmesinin zaman içinde de değişkenlik gösterebileceği, bu nedenle hekimin muayenesinin rutin bir parçası halinde yinelenmesi gerektiği unutulmamalıdır (5).
- Yapılan bir çalışmada depresyonu olan yetişkin hastalarda, intihar

eğiliminin ana klinik belirleyicileri geçmiş intihar girişimleri ve intihar düşüncesi, depresyon şiddetinin daha fazla olması ve umutsuzluk, psikotik semptomların varlığı, uyku bozuklukları ve remisyona kadar geçen sürenin daha uzun olması şeklinde raporlanmıştır. Ayrıca bedensel hastalıkların, ailede intihar davranışı bulunmasının, yetiştirilme tarzının, intihar ile ilgili araçlara ulaşımın kolay olmasının ve medyada intihar davranışına maruz kalma gibi durumların da intihar riskiyle ilişkili olduğu saptanmıştır (8).

- Bir meta-analiz çalışması yaş, cinsiyet, ırk ve etnik köken, medeni durum, eğitim düzeyi, istihdam durumu, din, sosyoekonomik statü gibi demografik faktörlerin intihar eğilimine etkisinin genel kanının aksine zayıf olduğunu, klinik olarak anlamlı düzeyde olmadığını belirtmiştir. Demografik özellikler ve psikopatolojinin etkileşimli bir ilişkiye sahip olabileceğini veya tek bir faktörle (örneğin cinsiyetin erkek olması) ilişkili riskten ziyade, demografik bir profille (örneğin düşük eğitim düzeyine sahip, iki yetişkin çocuğu olan yaşlı bir erkek) ilişkili riski bilmenin klinik olarak daha anlamlı olduğunu ileri sürmüştür. (9)

<b>İntihar davranışı değerlendirme soruları (10)</b>
Böyle durumlarda insanın aklına ölümle ilgili düşünceler gelebilir, sizde bu tarz düşünceler oluyor mu? Oluyorsa nasıl düşünceler bunlar?
Ölsem de kurtulsam gibi düşünceler mi, yoksa hayatınızı sonlandırmayı düşündüğünüz de oluyor mu?
Kendinizi öldürme ile ilgili hiç plan yaptınız mı? Nasıl?
Kendinizi öldürmekle ilgili bir hazırlık yaptınız mı? Nasıl?
Daha önce kendinizi öldürmeyi denediniz mi? Nasıl yaptınız?
Kendinizi öldürme düşünceleri ile ilgili zorlanırsanız yardım ya da destek alabileceğiniz birileri var mı?

İNTİHAR DAVRANIŞI İLE İLGİLİ RİSK FAKTÖRLERİ	
Kısa vadeli/acı risk faktörleri	Uzun vadeli/süreğen risk faktörleri
Yoğun ve sürekli intihar düşünceleri	Geçmiş intihar girişimlerinin olması
Ayrıntılı intihar planları	Düşük sosyoekonomik/sosyokültürel düzey
İntihara yönelik hazırlıkların olması (borçlarını kapatma, vasiyetname hazırlama, veda mektubu, intihar için kullanılacak araçların ulaşılabilirliği vs.)	Ailede intihar davranışı öyküsü
Yüksek anksiyete ve panik ataklar	Çocukluk çağında olumsuz yaşantıların olması
Disfori/ajitasyon/öfke/aci- liyet duygusu	Travma öyküsü
Suçluluk duygusu/umut- suzluk	Süreğen zorlayıcılar
Uykusuzluk	Dürtüsellik ve süreğen saldırganlık
Alkol/madde intoksikas- yonu	Katı bilişsel stile sahip olmak
Akut zorlu yaşam olayları	Kişilerarası ilişki sorunları
Önemli kayıpların yıldönümleri	Kişilik bozukluğunun bulunması
Psikotik belirtiler	Alkol/madde kullanım bozuklukları
Psikiyatrik bir hastalığın bulunması	Sosyal desteğin yetersiz olması
Yakın zamanda yatarak te- davi görme	Tıbbi hastalıklar
Yakın zamanda intihar gi- rişiminde bulunmak	Önemli kayıplar

(5) Devrimci Özgüven H, Eskin M. İntihar riskinin değerlendirilmesi. In: Devrimci Özgüven H, Sercan M, editors. İntiharı Anlama ve Müdahale-Temel Kitap. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları; 2019. p. 180–98 kaynağından uyarlanmıştır.

## Epidemiyoloji

- İntihar önemli bir küresel halk sağlığı sorunu olup Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2019 verilerine göre tüm nedenlere bağlı ölümlerin %1,3'ünü oluşturur. Yaşa göre standardize edilmiş intihar hızı dünyada yüz binde 9.2 iken Türkiye'de yüz binde 2.4'tür. Her yıl yaklaşık 700.000 kişinin intihar nedeniyle öldüğü ve bunun 20 katı daha fazla intihar girişiminin gerçekleştiği bildirilmiştir (10,11).
- Dünya çapında en sık kullanıldığı saptanan intihar yöntemleri tarım ilaçları, ası ve ateşli silahlardır (12). TÜİK 2023 verilerine göre, ülkemizde sık kullanılan yöntemlerin başında ise ası gelmektedir. Sıklık sırasına göre ateşli silahlar, yüksekte atlama, kimyasal maddeler, kesici aletler asıyı izler (13).

## Eş Tanılar

- Psikiyatrik hastalıklar intihar ile ilgili değiştirilebilen en önemli risk faktörlerinden olduğu için, tedavileri intiharın önlenmesi bakımından çok önemlidir. İntihar eden kişilerin yaklaşık yüzde 90'ında, başta depresyon olmak üzere, bir psikiyatrik hastalık bulunduğu saptanmıştır (14). Hastalar bu açıdan mutlaka değerlendirilmelidir.
- Depresyon dışında bipolar bozukluk depresyon/karma dönemler, şizofreni, alkol/madde kullanım bozuklukları ve özellikle B kümesi kişilik bozuklukları intihar açısından riskli psikiyatrik durumlardır (14,15).

## Tedavi Yaklaşımları

- İntihar riski yüksek olan, ayaktan tedavi konusunda işbirliği kurulamayan, altta yatan bir psikiyatrik hastalığı olan vakalarda hastaneye yatış hem hastayı hem hekimi koruyacaktır (5).
- Yatarak tedaviyi kabul etmeyen hastaların süreçleri konusunda farklı görüşler mevcuttur. Ülkemizde Ruh Sağlığı Yasası'nın bulunmaması

bu konuda net bir tutum geliştirilememesine neden olmaktadır. İntihar girişiminde bulunan bir kişinin sağlıklı düşünemeyebileceği fikri, tedavi red formunun imzalanmasının geçerliliği konusunda farklı görüşler ortaya çıkmasına neden olmaktadır. İntihar riski yüksek olan ve yatarak tedaviye onay vermeyen hastaların zorunlu bir şekilde hastane yatışının yapılabileceği (TMK 432. madde gereğince) yönünde görüşler mevcuttur (16).

- Farmakoterapi, diyalektik davranışçı terapi ve sorun çözme terapisi gibi bilişsel davranışçı terapi yaklaşımları EKT gibi tedavi seçenekleri konusunda hasta bilgilendirilmelidir. Tedavideki öncelik altta yatan psikiyatrik hastalığın tedavisidir (17).

### **İntiharın Önlenmesi**

- İntihara meyilli kişilerde sosyal destek ağlarının etkinleştirilmesi, intihar araçlarına erişimin olmadığı güvenli bir ortamın sağlanması önemlidir. İntiharın önlenmesinden yalnızca sağlık çalışanları değil toplumun tüm üyelerinin (toplum/siyasi liderlerin yanı sıra dini/sivil kuruluşlar gibi) yetki ve sorumlulukları vardır (18).
- İntihar davranışı ciddi bir halk sağlığı sorunudur. Alınacak önlemlerin ulusal hatta küresel nitelik taşıması gerekmektedir. Bazı ülkelerde bulunan intiharı önleme programlarının etkinlikleri tartışmalı olsa da genel hedeflerin gözden geçirilmesi faydalı olacaktır. Bu hedefler şu şekilde özetlenebilir (19):
  - Eğitimler düzenlemek ve bu sırada risk gruplarına müdahalede bulunmak,
  - İntiharın ve ruhsal hastalıkların medyaya yansımaları denetlemek,
  - Yardım arayışında bulunanlara karşı toplumda oluşan damgalanmayı azaltmak,
  - Depresyon ve diğer ruhsal hastalıkların takibinin ve tedavisinin kalitesini arttırmak,
  - Yardım kaynaklarına ulaşım yollarını arttırmak,
  - İntihar araçlarına ulaşma yollarını kısıtlamak.

## KAYNAKLAR

1. Ma J, Batterham PJ, Calear AL, Han J. A systematic review of the predictions of the Interpersonal–Psychological Theory of Suicidal Behavior. *Clin Psychol Rev* [Internet]. 2016 Jun;46:34–45. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2016.04.008>
2. Franklin JC, Ribeiro JD, Fox KR, Bentley KH, Kleiman EM, Huang X, et al. Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis of 50 years of research. *Psychol Bull* [Internet]. 2017;143(2):187–232. Available from: <https://doi.apa.org/doi/10.1037/bul0000084>
3. Pigioli A, Delvecchio G, Turtulici N, Madonna D, Pietrini P, Cecchetti L, et al. Machine learning and the prediction of suicide in psychiatric populations: a systematic review. *Transl Psychiatry* [Internet]. 2024 Mar 9;14(1):140. Available from: <https://www.nature.com/articles/s41398-024-02852-9>
4. Large M, Myles N, Myles H, Corderoy A, Weiser M, Davidson M, et al. Suicide risk assessment among psychiatric inpatients: a systematic review and meta-analysis of high-risk categories. *Psychol Med* [Internet]. 2018 May 6;48(7):1119–27. Available from: [https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S0033291717002537/type/journal\\_article](https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S0033291717002537/type/journal_article)
5. Devrimci Özgüven H, Eskin M. İntihar riskinin değerlendirilmesi. In: Devrimci Özgüven H, Sercan M, editors. *İntiharı Anlama ve Müdahale-Temel Kitap*. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları; 2019. p. 180–98.
6. Riera-Serra P, Navarra-Ventura G, Castro A, Gili M, Salazar-Cedillo A, Ricci-Cabello I, et al. Clinical predictors of suicidal ideation, suicide attempts and suicide death in depressive disorder: a systematic review and meta-analysis. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* [Internet]. 2023 Nov 28; Available from: <https://doi.org/10.1007/s00406-023-01716-5>
7. Grover C, Huber J, Brewer M, Basu A, Large M. Meta-analysis of clinical risk factors for suicide among people presenting to emergency departments and general hospitals with suicidal thoughts and behaviours. *Acta Psychiatr Scand* [Internet]. 2023 Dec 30;148(6):491–524. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/acps.13620>
8. Hawton K, van Heeringen K. Suicide. *Lancet* [Internet]. 2009 Apr;373(9672):1372–81. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S014067360960372X>
9. Huang X, Ribeiro JD, Musacchio KM, Franklin JC. Demographics as predictors

- of suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis. Tran US, editor. PLoS One [Internet]. 2017 Jul 10;12(7):e0180793. Available from: <https://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0180793>
10. Suicid data [Internet]. World Health Organization. [cited 2024 Jul 1]. Available from: <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/data-research/suicide-data>
  11. Suicide mortality rate (per 100 000 population) [Internet]. World Health Organization. [cited 2024 Jul 1]. Available from: <https://data.who.int/indicators/i/F08B4FD/16BBF41>
  12. Suicide [Internet]. World Health Organization. [cited 2024 Jul 1]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
  13. Ölüm ve Ölüm Nedeni İstatistikleri [Internet]. TÜİK(Türkiye İstatistik Kurumu). 2023 [cited 2023 Jul 1]. Available from: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Indexp=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2023-53709>
  14. Henriksson MM, Aro HM, Marttunen MJ, Heikkinen ME, Isometsa ET, Kuoppasalmi KI, et al. Mental disorders and comorbidity in suicide. *Am J Psychiatry* [Internet]. 1993 Jun;150(6):935–40. Available from: <http://psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/ajp.150.6.935>
  15. Rihmer Z, Kiss K. Bipolar disorders and suicidal behaviour. *Bipolar Disord* [Internet]. 2002 Sep 4;4(s1):21–5. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1034/j.1399-5618.4.s1.3.x>
  16. Hacimusalar Y. Acilde intihar girişimine yaklaşım. In: Öncü F, Hacimusalar Y, editors. *Acil Psikiyatri*. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları; 2021. p. 167–77.
  17. Wasserman D, Rihmer Z, Rujescu D, Sarchiapone M, Sokolowski M, Titelman D, et al. The European Psychiatric Association (EPA) guidance on suicide treatment and prevention. *Eur Psychiatry* [Internet]. 2012 Feb 15;27(2):129–41. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22710852>
  18. Rihmer Z, Nemeth A, Kurimay T, Perczel-Forintos D, Purebl G, Dome P. [Recognition, treatment and prevention of suicide in adulthood - Guideline]. *Neuropsychopharmacol Hung* [Internet]. 2017 Mar;19(1):45–51. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28467958>
  19. Aydemir Ç. İntihar davranışında tedavi stratejileri ve intiharın önlenmesi. In: Devrimci Özgüven H, Sercan M, editors. *İntiharı Anlama ve Müdahale-Temel Kitap*. Ankara; 2019. p. 237–47.

## AJİTASYON- SALDIRGANLIK

### Olgu örneği psikiyatrik görüşme

*38 yaşında erkek hasta, lise mezunu, bekar, çalışmıyor, ablasıyla beraber şehir merkezinde kendilerine ait bir evde yaşıyor.*

*Acil servise komşularının şikayeti üzerine kolluk kuvveti ve ablasının refakatinde ambulans ile gelen hasta, hasta olmadığını düşündüğü ve bu nedenle hastanede kalmak istemediği için gitmesine engel olmaya çalışan güvenlik görevlileri ve sağlık personeliyle tartışma yaşamış. Bu sırada bir güvenlik görevlisine vurmuş ve bilgisayarı kırmış. Çevresine zarar verme riski olan hasta 4 ekstremitesinde tespit edilmek üzere fiziksel kısıtlama yoluyla kontrol altına alınmış.*

**Doktor:** Merhaba, ben psikiyatri doktoruyum. Olanları konuşmak ister misiniz? Durumu anlayabilirsem size yardımcı olabileceğimi düşünüyorum.

**Hasta:** Önce ayaklarımı ve kollarımı çözün. Bu insan haklarına aykırı. Bunu yapan herkesi şikayet edeceğim. Burası ne biçim bir hastane. Ben reşit bir insanım. Beni burada zorla tutamazsınız.

**Doktor:** Öğrendiğim kadarıyla bilgisayarı kırmışsınız ve bir çalışana saldırmışsınız. Sizin ya da bir başkasının zarar görmesini önlemek ve herkesin güvende olmasını sağlamak için tedbir amacıyla bu şekilde tespite alınmışsınız.

**Hasta:** Ben niye birine bir şey yapayım. Deli miyim ki beni böyle bağlıyorsunuz? Beni burada zorla tutmaya çalıştılar o yüzden yaptım. Sizi zorla tutsalar siz de böyle davranmaz mıydınız?

**Doktor:** Haklısınız, bir hastalığım olmadığını düşünsem, kimse bana inanmasa ve beni zorla hastaneye getirselersiz ben de sizin gibi öfkelenebilirdim. Bu şekilde öfkelendiğiniz zaman sakinleşmenizi sağlayacak bir şey var mı?

**Hasta:** Sakinleşmek istemiyorum, evime gitmek istiyorum. Ben hasta falan değilim.

**Doktor:** En azından bu konuyu sakince konuşabilir miyiz sizce? Bu şekilde olanları anlamakta biraz zorlanıyorum.

**Hasta:** Olur ama beni dinleyecekseniz konuşalım.

**Doktor:** Bu şekildeyken rahat edemiyor olmalısınız. Tespitinizi sonlandıralım isterim ama hem sizin hem de diğer kişilerin güvenliğinden endişe ediyorum az



önce yaşananlar nedeniyle.

**Hasta:** Çözerseniz kimseye bir sey yapmayacağım.

**Doktor:** Sizin ve çevredekilerin güvenliğinden sorumluyum. Eğer zarar vermeye yönelik bir davranışınız olursa tespiti tekrarlamak zorunda kalacağım.

**Hasta:** Tamam. Söz.

Hastanın tespiti çözülür ve görüşmeye devam edilir

**Doktor:** Şu an nasılsınız? Konuşabilir miyiz?

**Hasta:** Ne konuşacağız?

**Doktor:** Acil servise geliş nedeniniz nedir?

**Hasta:** Ben gelmedim ki, bir anda polisle ambulans geldi. Kendimi burada buldum. Niye getirdiklerini ben de bilmiyorum.

**Doktor:** Peki niye getirdikleri konusunda bir tahmininiz var mı? Polisle ambulans neden gelmiş olabilir.

**Hasta:** Komplo kurdular bize. Evimizi almaya çalışıyorlar. Ama buna izin vermeyeceğim.

**Doktor:** Kimin evinizi almaya çalıştığını düşünüyorsunuz?

**Hasta:** Üst kattakiler. Bizi kaçırıp dubleks hale getirecekler. Zaten bize hep düşmanlardı. Babam öldükten sonra numara yapmayı bıraktılar, gerçek yüzleri açığa çıktı.

**Doktor:** Bu kanıya nasıl vardınız?

**Hasta:** Pis bir koku veriyorlar evin içine, lağım kokusu. Güya biz rahatsız olup çıkacağız. Ama yağma yok onlara bırakmayacağım evi.

**Doktor:** Ablanızla yaşadığınız söylemişsiniz. O ne düşünüyor bu konuda?

**Hasta:** İnanmıyor bana. Gözünü boyamışlar onun.

**Doktor:** O bahsettiğiniz kokuyu almıyor mu?

**Hasta:** Onun evde olmadığı zamanlarda veriyorlar.

**Doktor:** İkinizin de evden çıkmanızı istiyorlarsa neden sadece sizi rahatsız etmeye çalışıyorlar sizce?

**Hasta:** Onu kendilerine sormak lazım.

**Doktor:** Peki bu durumun acile gelmenizle nasıl bir bağlantısı var?

**Hasta:** Yine koku geldi. Ben de evin içindeki kitapları toplayıp tutuşturdum. İtfaiyeyi, polisi falan aramış. Benim daha önceki hastane yatış raporlarımı

gösterince ambulans da geldi.

**Doktor:** Daha önce hastanede yatarak tedavi gördüğünüzü anlıyorum. Sebebi neydi?

**Hasta:** Paranoid şizofreni dediler. Ama 10 yıl önceydi. Artık iyileştim.

**Doktor:** Tedavi alıyor musunuz bu hastalıkla ilgili?

**Hasta:** 2 yıl önce bıraktım. İyiyim artık.

**Doktor:** Nasıl bir hastalık bu?

**Hasta:** Şüpheler oluyordu. İş yerindekiler arkamdan konuşuyorlar, beni attırmak için plan yapıyorlar sanıyordum. Ama öyle bir şey yokmuş. Artık öyle bir şey yok.

**Doktor:** Aslında paranoid şizofreni şeker hastalığı gibidir. Süreğen bir hastalık olduğu için ilaçları veya psikiyatri takibini bırakmayı önermiyoruz. İlaç kullanımını bıraktığınızda geçmişte bahsettiğinize benzer şüpheler, kaygılar tekrarlayabilir.

**Hasta:** Bunlar şüphe değil. Doğruyu söylüyorum ben.

**Doktor:** Siz veya bir başkası ciddi zarar görebilirdi. Polisle ve ambulans ile gelmişsiniz. Eski yatış evraklarınızı göstermişsiniz. Bir hastalığınız olduğunu düşündükleri için de karakola değil hastaneye getirmişler sizi. Bu konuyla ilgili gözlem ve araştırma yapmak durumundayız.

**Hasta:** Araştırın. Siz de bir şey olmadığını göreceksiniz zaten.

**Doktor:** Bu konuda bir yanlışlık yapmamak ve yakından gözlemlerle doğru bir değerlendirme yapmak için bir süre psikiyatri servisinde yatışınızı yapmamız gerekiyor. Siz ne düşünüyorsunuz bu konuda?

Yatarak tedavi konusunda bilgi verilen hastanın yatışı kabul etmeyip tekrar hastaneden kaçmaya çalışması üzerine, hastaya haloperidol 10 mg ve biperiden 5 mg intramusküler uygulanarak güvenlik görevlileri eşliğinde tecrit odasına alındı. Yaklaşık 1 saat sonra ajitasyonunun gerilediği görülen ancak halen yatarak tedavi görmeyi kabul etmeyen hastanın TMK 432. maddesi kapsamında psikiyatri servisine yatışı yapıldı.

## OLGU ÖZETİ

38 yaşında erkek hasta, 10 yıl önce paranoid şizofreni tanısı almış. Hastalığının başlangıç döneminde bir kez hastanede yatarak tedavi görmüş. 2

yıl önce ilaçlarını bırakan ve tedaviyi reddeden hastanın son dönemde giderek şiddetlenen şüpheliği olduğu öğrenildi. Hezeyanları doğrultusunda toplum güvenliğini tehlikeye attığı düşünülen ve yatarak tedavi olmayı kabul etmeyen hastanın TMK 432. maddesi gereğince psikiyatri servisine zorunlu olarak yatışı yapıldı. Hastadan alınan öyküye ek olarak beraber yaşadığı ablasıyla da görüşülerek anamnez ayrıntılandırıldı.

Hasta Şikayetleri	Tanıya Yönelik Psikiyatrik Belirtiler
Acil serviste çalışanlara saldırma, eşyalara zarar verme, kaçmaya çalışma	Ajitasyon / Saldırganca davranış
Üst katta oturan komşusunun eve pis bir koku vererek kardeşini ve kendisini evden çıkartmayı düşünüyor	Paranoid hezeyan(sanrı)
Evi yakmaya çalışmış	Dezorganize davranış-Toplum güvenliğini tehlikeye atan davranış / Hastaneye yatış endikasyonu

### Ajitasyonun Değerlendirilmesi

- Ajitasyon fiziksel, psikososyal ve gelişimsel etkenlerden dolayı hastanın duygusal ve davranışsal düzenlemelerindeki dengesizliğin habercisi olarak ele alınabilir ve saldırganlığa doğru ilerleyebilen bir spektrum boyunca ortaya çıkar (1). Bu yazıda ajite bir hastaya yaklaşım, güvenliğin sağlanması, genel tıbbi değerlendirme ve psikiyatrik değerlendirme basamakları üzerinden ele alınmıştır.
- İlk olarak hastanın üst aramasının yapılması hem hastanın hem de çalışanların güvenliğinin sağlanabilmesi adına uygulanabilecek pratik bir yöntemdir. Sakin kalamama, aşırı/amaçsız/tekrarlayıcı sözel veya motor aktivite, konfüzyon, paranoyak/şüpheli bir tutum içinde olma, öfkeli ve yüksek ses tonu, yoğun göz teması, gergin bir vücut postürü, alkol/madde etkisinde olma gibi saldırganlık potansiyeli ile ilgili ipuçları fark edildiğinde diğer çalışanların uyarılması ve duruma yönelik tedbirlerin alınması ajitasyonun kontrol edilebilmesindeki en önemli noktalardan

biridir. Saldırganlık riski bulunan hasta ile yalnız görüşülmemelidir. Hasta ile 1-2 kol boyu mesafe korunmalıdır. Hem hasta hem de çalışan için çıkış yolu üzerinde engel olmaması önemlidir. Personelin uyarıcı, kışkırtıcı kelimeler ve resimler içeren kıyafetler giymemeleri, tutuş imkanı veren aksesuarları (küpe, kolye, kravat, kimlik kartı askılığı gibi) kullanmamaları, uzun saçlı olanların saçlarını toplu kullanmaları alınabilecek pratik önlemlerdendir (1-3).

- Hastanın durumu ayırıcı tanıya izin vermiyorsa, aksi kanıtlanana kadar tıbbi bir durum varsayılmalıdır (4). Psikiyatrik semptomlara katkıda bulunabilecek ya da psikiyatrik duruma eşlik eden genel tıbbi durumu saptamak hem bu duruma müdahale imkanı sağlayacak hem de psikiyatrik duruma müdahalede kullanılacak tedavi seçimi ile ilgili kararları etkileyecektir. Daha önce hastanın genel tıbbi durumuna dair anormal bir bulgu saptanamaması durumunda kullanılan “tıbbi açıdan temiz” terimi yerine “tıbbi stabilite” teriminin kullanılması önerilmektedir. Ancak kişinin tıbbi açıdan stabil olduğunu gösteren kriterler halen net bir şekilde tanımlanmamıştır. Pratikte genel olarak aşağıdaki durumlarda genel tıbbi durumla ilişkili bozukluklar mutlaka ayırıcı tanıda yer almalıdır (5):
  - ✓ 65 yaş üzeri tüm hastalar,
  - ✓ 45 yaş üstü yeni başlangıçlı psikiyatrik belirtilerin olan hastalar,
  - ✓ Bilinç/yönelim bozukluğunun bulunması,
  - ✓ Ani başlayan psikotik/afektif/deliryal belirtilerin olması,
  - ✓ Görsel varsanların/yanılsamaların ön planda olması,
  - ✓ Anormal vital bulguların olması,
  - ✓ Nörolojik muayenede anormal belirtilerin olması ve/veya kafa travması öyküsünün bulunması,
  - ✓ Psikiyatrik bir tanı için atipik belirtilerin bulunması,
  - ✓ Psikiyatrik belirtilerle tıbbi hastalık belirtilerinin ortaya çıkması ya da alevlenmesinin benzer zamanlı olması,
  - ✓ Psikoaktif özellik taşıyan ya da santral etkili ilaç kullanma öyküsü,
  - ✓ Geçmiş tıbbi hastalık ya da madde kullanım öyküsünün bulunması,
  - ✓ İstenilen tetkiklerde (tam kan sayımı, elektrolitler, böbrek fonksiyon testleri ve karaciğer transaminaz seviyeleri, görüntüleme yöntemleri, toksik madde taraması vb.) anormal bulguların olması,

✓ İleri derecede düşük sosyoekonomik düzey

- Psikiyatrik değerlendirilmenin ilkeleri rutin psikiyatrik muayeneden farklı değildir. Ancak odak noktası, acil tıbbi durumlara ve güvenliğe yönelik yaklaşımların belirlenmesi ve uygun yönlendirmenin yapılması olmalıdır. Psikiyatrik açıdan anamnezin derinleştirilmesi, gerektiğinde ajitasyonun yatışması sonrasında ertelenebilir. Hastanın acile geliş şekli (kendisi, yakınlarının refakatinde, ambulans ile, kolluk kuvveti eşliğinde gibi), durumla ilgili kendi açıklaması, eşlik eden varsa durumla ilgili açıklamaları, hastanın genel görünümü, gerçeği değerlendirme yetisinin bozulup bozulmadığı, anamnezin güvenilirliği süreci daha iyi anlama ve yönetme konusunda yardımcı olacaktır. Mümkün olduğunca hastaya isteği dışında yapılan uygulamalardan kaçınılması ve iş birliği kurulmaya çalışılması önemlidir. Yapılan değerlendirilmenin ve işlemlerin belgelendirilmesi, hem hasta hem hekim için koruyucu olacaktır (3,4).
- Gürültü, kalabalık, personel veya diğer hastalarla çatışma gibi huzursuzluğu artırma riski olan ortam ile ilgili sorunların, hastanın cinsiyetinin erkek olması, eğitim düzeyinin düşük olması gibi hastanın demografik özellikleriyle ilgili durumların ve yakın zamanda stresli bir yaşam olayının olması, daha önce saldırganlık öyküsünün olması, konfüzyon, psikotik belirtiler, madde kullanımı gibi klinik özelliklerle ilgili bazı durumların ajitasyon riskini arttırdığı bildirilmiştir (6). Ayrıca bunama ve deliryum, mental retardasyon ve gelişimsel bozukluklar, katatoni, mani, şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar, alkol-madde kullanım bozuklukları ve kişilik bozuklukları ajitasyon riski daha yüksek olan psikiyatrik tanılardır (7,8).

### **Tedavi Yaklaşımları**

- İlk olarak hastanın fiziksel konforunun sağlanması, dış uyaranların kontrol altına alınması (kalabalık, gürültü gibi) gibi çevresel değişikliklerin yapılması, tehlike oluşturabilecek nesnelerin ortamdan kaldırılması, hastanın kişisel alanına saygı gösterilmesi ve güvenli mesafenin (1-2 kol mesafesi) korunması önerilmektedir. Hastanın kendisini ifade etmesine izin verilmesi, duygu ve ihtiyaçlarının anlaşılması, basit ve anlaşılır bir dil kullanılması ve hastaya karşı dürüst olunması, nazik ve kararlı bir

tutum sergilenmesi, koşul ve kurallar belirtilerek sınır çizilmesi, seçenek sunularak hastanın kendi terapötik sürecine katılmasına izin verilmesi, hastaya içinde bulunduğu durumun aktarılması ve çözüm yollarının olduğu konusunda ikna edilmesi yollarıyla sözel iletişim kurmaya çalışmanın ajitasyonun önlenmesi konusunda etkili teknikler olduğu belirtilmiştir (4,9).

- Yatıştırıcı, açıklayıcı ve destekleyici bir tutumla kurulan iletişim ile sakinleşmeyen hastanın medikal tedavi ile sedasyon ve kontrolünün sağlanmaya çalışılması önerilmektedir. Bu amaçla ajitasyonun psikotik belirtilerden kaynaklandığı durumlarda tipik veya atipik antipsikotikler, psikotik olmayan ajitasyon durumlarında ise benzodiazepinler öncelikle düşünülebilir (10,11).
- Ajitasyonun etiyolojisi netleşmediğinde aksi kanıtlanana kadar tıbbi bir durumun varlığını göz önünde bulundurmakta fayda vardır. Bu durumda kontrendike bir durum söz konusu değilse antipsikotik ajanların tercih edilmesi daha uygun olacaktır (4).
- Haloperidol en sık kullanılan ajanlardan biri olup <3mg/gün dozlarda yan etki açısından daha güvenlidir. Daha yüksek dozlarda EPS yan etki riski nedeniyle antikolinergik etkisi olan biperiden gibi ajanlara ihtiyaç duyulabilmektedir. İntravenöz uygulamanın EPS yan etki riski daha düşük olsa da kardiyak yan etkilerinin olabilmesi nedeniyle önerilmemektedir. Ülkemizdeki formları göz önüne alındığında oral tedaviyi kabul eden hastalarda olanzapin de kullanılabilir seçenektir. Psikotik bozukluğa bağlı ajitasyonda antipsikotiklere benzodiazepin eklenmesinin antipsikotik monoterapisine göre daha etkili olduğu bildirilmiştir. Ancak olanzapin gibi sedatif antipsikotiklerle beraber benzodiazepin verilmesi solunum depresyonu açısından riskli olabilir. Benzodiazepinlerle solunum depresyonu, aşırı sedasyon, ataksi ve paradoksal disinhibisyon gibi durumların ortaya çıkabileceği unutulmamalıdır. Alkol, benzodiazepinler, barbitüratlar veya opioidler gibi diğer santral sinir sistemi depresörleriyle intoksikasyona uğramış hastalarda veya solunum fonksiyonu bozuk olan, travmatik beyin hasarından şüphelenilen hastalarda benzodiazepin sınıfındaki ilaçların kullanımından kaçınılmalıdır. Alkol/benzodiazepin yoksunluğuyla ilişkili durumlarda ise deliryum tremens veya epileptik nöbet gibi riskleri azaltmak için kontrendike bir durum yoksa ilk tedavi

seçeneği olarak benzodiazepinler düşünülmelidir. Uyarıcı madde intoksikasyonu durumunda sedasyon sağlamak için, yine nöbet riskini göz önünde bulundurarak antipsikotikler yerine benzodiazepinler kullanılabilir (6,8,11,12).

- Klorpromazin yan etki profili nedeniyle özellikle tanının netleşmediği durumlarda tercih edilmemelidir (1).
- Ketaminin ajitasyonda etkinliği olduğu bildirilse de yan etki profili göz önünde bulundurulduğunda antipsikotiklerin daha avantajlı olduğu düşünülmüştür (1).
- Farmakolojik tedavide amaç belli düzeyde sedasyonun sağlanması ile hızlı bir şekilde ajitasyonun kontrol altına alınmasıdır (12). Sözel iletişim veya medikal tedavi yoluyla hastanın ajitasyonunda gerileme sağlanamazsa yumuşak tecrit odası seçeneği değerlendirilmelidir. Uyanmaların azaltılması ve hastanın güvenliğinin sağlanması adına koruyucu duvarları ve donanımlı kapıları olan bu odanın sürekli gözlemlenebilir nitelikte olması gerekir. Hasta tecritteyken takibi yapılmalı, vital bulguları aralıklarla değerlendirilmeli ve ihtiyaçları sorgulanmalıdır (6,9).
- Sözel iletişim teknikleriyle veya medikal tedavi ile sakinleştirilemeyen hastanın kendisine veya çevresindekilere zarar verme riskinin olması, tedavi reddi nedeniyle medikal tedavinin uygulanamaması gibi durumlar söz konusu olduğunda fiziksel tespit seçeneği düşünülmelidir. Fiziksel tespite alınan hasta, 15 dakikalık aralıklarla değerlendirilmeli, vital bulguları takip edilmeli, dolaşım kontrolü yapılmalı ve ihtiyaçları dikkate alınmalıdır (6, 9).
- Hasta kısıtlayıcı yöntemler ile tehdit edilmemeli, kısıtlama yöntemleri cezalandırma yöntemi olarak kullanılmamalı ve hiçbir zaman ilk seçenek olarak düşünülmemelidir. Kısıtlama yöntemleri, işbirliği kurulana kadar hastanın ve çevredekilerin güvenliğinin sağlanabilmesi için uygulanan geçici çözümlerdir. Uygulanma gerekçesi ve sürecin her aşaması hastaya açıklanmalıdır. Sürecin başlangıcından itibaren hastaya kısıtlamanın nedeni konusunda bilgi verilmeli ve alternatif tedavi seçeneklerine uyum sağlaması için fırsat tanınmalıdır (5).
- Hastanın kendisine ve/veya çevresine zarar verme riskinin olduğu durumlarda, kişinin veya yakınlarının onayı olmasa bile TMK 432. madde kapsamında toplum güvenliğini sağlayabilmek hastaneye yatışı

yapılabilmektedir.

- TMK 432. madde: Akıl hastalığı/zayıflığı, alkol/uyuşturucu madde bağımlılığı, ağır tehlike arz eden bulaşıcı hastalık veya serserilik sebeplerinden biriyle toplum için tehlike oluşturan her ergin kişi, kişisel korunmasının başka şekilde sağlanamaması halinde, tedavisi, eğitimi ve ıslahı için elverişli bir kuruma yerleştirilir veya alıkonulabilir. Görevlerini yaparken bu sebeplerden birinin varlığını öğrenen kamu görevlileri, durumu yetkili vesayet makamına (sulh hukuk mahkemesi) bildirmek zorundadır. İlgili kişi durumu elverir elvermez kurumdan çıkarılır.
- Toplum için tehlike oluşturan kişilerin zorunlu olarak tedavilerinin yapılabileceği yasa ile bildirilirken kendisine zarar verme riski olan kişilerle ilgili zorunlu tedavi durumu yasada yer almamaktadır. Ruh Sağlığı Yasası'nın olmamasıyla ilgili bu durum hekimlerin yasal sorumlulukları ve tıbbi görüşleri arasında kalmalarına yol açabilmektedir. Farklı görüşler olsa da pratikte kendine zarar verme riski yüksek hastalar da TMK 432. madde kapsamında değerlendirilebilmektedir (13).

## KAYNAKLAR

1. Curry A, Malas N, Mroczkowski M, Hong V, Nordstrom K, Terrell C. Updates in the Assessment and Management of Agitation. Focus (Madison) [Internet]. 2023 Jan;21(1):35–45. Available from: <https://psychiatryonline.org/doi/10.1176/appi.focus.20220064>
2. Enez Darçın A. Acil psikiyatride güvenlik önlemleri. In: Öncü F, Hacımusalar Y, editors. Acil Psikiyatri. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları; 2021. p. 23–33.
3. Wheat S, Dschida D, Talen MR. Psychiatric Emergencies. Prim Care Clin Off Pract [Internet]. 2016 Jun;43(2):341–54. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pop.2016.01.009>
4. Garriga M, Pacchiarotti I, Kasper S, Zeller SL, Allen MH, Vázquez G, et al. Assessment and management of agitation in psychiatry: Expert consensus. World J Biol Psychiatry [Internet]. 2016 Feb 17;17(2):86–128. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/15622975.2015.1132007>
5. Wilson MP, Hamrick E, Stiebel V, Nordstrom K. Contemporary Practices for Medical



- Evaluation of the Psychiatric Patient in the Emergency Department. *Focus (Madison)* [Internet]. 2023 Jan;21(1):28–34. Available from: [https:// psychiatryonline.org/doi/10.1176/appi.focus.20220063](https://psychiatryonline.org/doi/10.1176/appi.focus.20220063)
6. Vieta E, Garriga M, Cardete L, Bernardo M, Lombraña M, Blanch J, et al. Protocol for the management of psychiatric patients with psychomotor agitation. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2017 Dec 8;17(1):328. Available from: <http://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-017-1490-0>
  7. Siddiqui W, Gupta V, Huecker MR. Agitation [Internet]. StatPearls Publishing. 2023. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK493153/>
  8. Mantovani C, Migon MN, Alheira FV, Del-Ben CM. Manejo de paciente agitado ou agressivo. *Rev Bras Psiquiatr* [Internet]. 2010 Oct;32(suppl 2):96–103. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44462010000600006&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462010000600006&lng=pt&tlng=pt)
  9. Richmond JS, Berlin JS, Fishkind AB, Holloman G, Zeller S, Wilson M, et al. Verbal De-escalation of the Agitated Patient: Consensus Statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA De-escalation Workgroup. *West J Emerg Med* [Internet]. 2012 Feb 1;13(1):17–25. Available from: <http://www.escholarship.org/uc/item/55g994m6>
  10. Zeller SL, Rhoades RW. Systematic reviews of assessment measures and pharmacologic treatments for agitation. *Clin Ther* [Internet]. 2010 Mar;32(3):403–25. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.clinthera.2010.03.006>
  11. Wilson MP, Pepper D, Currier GW, Holloman GH, Feifel D. The Psychopharmacology of Agitation: Consensus Statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA Psychopharmacology Workgroup. *West J Emerg Med* [Internet]. 2012 Feb 1;13(1):26–34. Available from: <http://escholarship.org/uc/item/5fz8c8gs>
  12. Bak M, Weltens I, Bervoets C, De Fruyt J, Samochowiec J, Fiorillo A, et al. The pharmacological management of agitated and aggressive behaviour: A systematic review and meta-analysis. *Eur Psychiatry* [Internet]. 2019 Apr 15;57:78–100. Available from: [https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S0924933800009305/type/journal\\_article](https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S0924933800009305/type/journal_article)
  13. Beştepe EE, Yalçın M. Acilde psicotik hastaya yaklaşım. In: Öncü F, Hacimusalar Y, editors. *Acil Psikiyatri*. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları; 2021. p. 69–89.



## 13. BÖLÜM

### ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI

**Prof. Dr Nurullah BOLAT**

*Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi,  
Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Anabilim Dalı  
nurullahbolat@comu.edu.tr  
<https://orcid.org/0000-0002-7646-6339>*

**Dr. Saliha BÜLÜÇ**

*Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi,  
Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Anabilim Dalı  
bulucsaliha@gmail.com  
<https://orcid.org/0009-0008-7442-3117>*

**Dr. Beyza KAYMAZ**

*Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi,  
Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Anabilim Dalı  
kaymazbeyzaa@gmail.com  
<https://orcid.org/0009-0008-6947-2571>*

**Dr. Senem YAPAR**

*Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi,  
Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Anabilim Dalı  
senemyapar@gmail.com  
<https://orcid.org/0009-0000-8090-4824>*

## OTİZM SPEKTRUM BOZUKLUKLARI

*Dr. Saliha BÜLÜÇ & Prof. Dr. Nurullah BOLAT*

### **Olgu örneği psikiyatrik görüşme**

4 yaş 2 aylık erkek çocuk hasta, görüşmeye annesiyle birlikte geldi. Anne, baba ve tek çocuk birlikte yaşıyorlar. (Anneyle olan görüşmeden bir kesit sunulmuştur.)

**Doktor:** Hoş geldiniz, bugün geliş şikayetinizi öğrenebilir miyim?

**Hastanın annesi:** Konuşması geciktiği için geldik, konuşurken İngilizce kelimeler söylüyor, bazen de anlaşılmaz konuşmaları oluyor. Soru sorduğumuzda cevap vermiyor. Duymuyor gibi davranıyor. Bir de çok hareketli, hiç yerinde durmak istemiyor, sadece bir şeyler izlerken sakin kalıyor.

**Doktor:** Siz karşılıklı konuşmak, iletişim kurmak istediğinizde nasıl davranıyor? Kendisi gelip sizinle konuşmaya çalışıyor mu?

**Hastanın annesi:** Oğlum genelde yalnız kalmayı seviyor, tek başına vakit geçiriyor. Bizimle gelip konuşmaya çalışmıyor. Biz onunla karşılıklı konuşmaya çalıştığımızda pek ilgilenmiyor. Konuşurken de genelde kendi kendine İngilizce ya da anlaşılmaz bir şeyler söylüyor.

**Doktor:** Peki oğlunuza ismiyle seslendiğiniz zaman size bakar mı, sizinle göz teması nasıldır? Bir şeye ihtiyacı olduğu zaman nasıl ifade eder, her hangi bir şeyi parmağıyla işaret ederek gösterebilir mi?

**Hastanın annesi:** İsmiyle seslendiğimiz zaman pek dönüp bakmaz, nadiren tepki verir. Göz teması da kurmuyor. Genelde elimizden tutup istediği şeyin yanına götürüyor. Parmağıyla hiç işaret etmedi ama biz gösterdiğimizde nadiren bakabiliyor. Ancak kendi istediği şeyler dışında gösterdiklerimizle pek ilgilenmiyor. Her hangi bir şeyi getirmesini istediğimizde çoğunlukla tepki vermiyor. Mesela kumandayı verir misin ya da kalemi tutar mısın dediğimizde nadiren yapıyor.

**Doktor:** Peki evde nasıl vakit geçirir, oyuncaklarla nasıl oynar? Yaşıtlarıyla ilişkisi nasıldır?

**Hastanın annesi:** Çoğunlukla pek yerinde durmuyor, hep hareket ediyor, sadece video açınca biraz sakinleşiyor. Evde çoğunlukla çizgi film seyrediyor. Oyuncaklarıyla pek oynamaz. Arabaları var, eline alıp sallayabiliyor ya da oyuncakların küçük parçalarını çıkarır onlara bakar. Bazen oyuncaklarını yan yana diziyor, oyuncaklarıyla oyun kurmuyor. Çevresindeki çocukların yanlarına

gidip bazen onları seyredebiliyor ama onlarla oyun oynamıyor.

**Doktor:** Peki sizi hiç taklit eder mi ya da kedi köpek gibi bazı hayvanların taklitlerini yapabilir mi? Bay bay yapmak, öpücük atmak gibi bazı taklit becerileri nasıldır?

**Hastanın annesi:** Son 2 aydır köpek taklidi yapıyor, hav hav deyip sesini çıkarabiliyor, biz teşvik edersek bay bay yapabiliyor ancak elini ters sallıyor.

**Doktor:** Bazen çocukların yaptığı tekrarlayıcı ve ritmik hareketler olabiliyor. Kendi etrafında dönmek, öne arkaya sallanmak, elleri sallamak gibi. Böyle bir hareketi hiç gözlemlediniz mi?

**Hastanın annesi:** Evet, video izlerken ya da kendi kendine vakit geçirirken yapabiliyor. Genelde kanat çırpır gibi ellerini sallıyor. Bazen odanın bir ucundan diğer ucuna defalarca gidip gelebiliyor. Dikkatini dağıttığımızda bunları yapmayı bırakıyor.

**Doktor:** Peki yüksek seslerden rahatsız olma, ağrı/ısıya duyarsızlık, bazı nesnelere aşırı koklama dokunma ya da rahatsız olmak gibi çeşitli duyuşsal tepkiler fark ettiniz mi?

**Hastanın annesi:** Düşün alanları gibi gürültülü yerlere gidemiyoruz, hemen tepki gösteriyor, kulaklarını kapatıyor ve ağlıyor. Onun dışında fark etmedim.

**Doktor:** Anladım, yardımcı olabilmek için oğlunuzun gelişim öyküsünü de almam gerekiyor. Doğumu nasıl olmuştu, kaç haftalık doğdu, gebelik sürecinde, doğum sırasında ve sonrasında herhangi bir sağlık sorunu yaşad mı?

**Hastanın annesi:** 39 haftalık, sezaryenle, 3900 gram doğdu. Gebeliğimde düşük olabilir demişlerdi o yüzden stresli geçirdim. Açıkçası planlı bir gebelik değildi o yüzden çok istemiyordum da. Doğum sonrasında bir sağlık sorunu yaşamadık.

**Doktor:** Doğum sonrasında bugüne kadar oğlunuzun bakım verenleri kimlerdi?

**Hastanın annesi:** İlk 6 ay ben baktım ama ilk zamanlar kendimi iyi hissetmiyordum. Evliliğimle ilgili sorunlarım vardı bu nedenle mutsuzdum. Başlarda oğlumla pek ilgilenemedim. 6 ay sonrasında işe dönmem gerekti. Sonrasında da hep bakıcılar baktı ama orada da sorun yaşadık. Bir kaç kere bakıcı değiştirmek zorunda kaldık. Kimseye tam alışamadı. Hep huzursuz bir bebektir, çok ağlardı, sakinleştirmek zordu.

**Doktor:** Peki gelişimini düşünürsek, desteksiz oturmaya, emeklemeye ve

yürümeye sırasıyla ne zaman başlamıştı?

**Hastanın annesi:** 5 aylıkken oturabiliyordu, 9 ay civarı emeklemeye başlamıştı, 1 yaş gibi de yürümeye başladı.

**Doktor:** Peki ilk kelimeleri ne zaman başlamıştı, hangi kelimelerdi?

**Hasta annesi:** Yaklaşık 2 buçuk yaşında İngilizce kelimeleri oldu, video izlemeyi seviyor, çok hareketli olup durmadığı için bizde video açıyoruz. Videolar genelde İngilizce oluyor, oradan öğrendi sanırım. İlk başta bir iki kelime söylüyordu sonra çizgi filmlerden duyduğu cümleleri tekrar etmeye başladı. Bir kaç tane basit Türkçe kelime de öğrendi ama genelde çizgi filmlerdeki cümleleri tekrarlıyor. Son 3 aydır ‘su ver’ gibi basit birkaç cümlesi var.

**Doktor:** Hem sizin hem de eşinizin ailesini düşünersek psikiyatrik bir hastalığı bulunan biri var mı?

**Hastanın annesi:** Oğlum doğduktan sonra bir süre sonra depresyon tanısıyla ilaç kullanmaya başladım, hala kullanmaya devam ediyorum. Onun dışında bildiğim kadarıyla yok.

## OLGU ÖZETİ

4 yaş 2 aylık erkek çocuk, konuşma gecikmesi şikayeti nedeniyle annesiyle polikliniğimize başvurdu. Alınan gelişimsel öyküde; annenin gebeliğinin ilk trimesterinde düşük tehdidi nedeniyle stresli bir gebelik süreci geçirdiği öğrenildi. Olgunun sezaryen ile zamanında 3900gr ile her hangi bir doğum komplikasyonu olmadan doğduğu öğrenildi. Hastanın bilinen bir kronik hastalığının olmadığı ve hastanede yatış gerektiren bir durum yaşamadığı söylendi. Hasta 2 aylıkken başını dik tutmaya başlamış, 5 ay civarı desteksiz oturmaya başlamış, 9 aylıkken emeklemiş, 1 yaş civarı yürümeye başlamış. İlk kelimelerini 2,5 yaşında İngilizce kelimeler olarak söylemiş, sonrasında basit Türkçe kelimeler öğrenmiş. Son 3 aydır 2 kelimeli cümleler kurmaya başlamış ancak kendi kendine konuşma şeklinde, ailenin anlamadığı konuşmaları varmış. Ara ara çizgi filmlerden duyduğu cümleleri tekrar etmekteymiş. Bebeklik döneminde ise huzursuz ve sakinleştirilmesi zor bir bebek olup kucağa alınmaktan hoşlanmamış.

Hastanın aile öyküsünde; baba 40 yaşında öğretmen, anne 35 yaşında muhasebeci olup anne ve babanın psikiyatrik hastalık öyküsü bulunmadığı öğrenildi. Annesinin gebeliği istemediği, her iki ebeveyninde cinsiyet beklentisi olmadığı öğrenildi. Evliliklerinde yaşadıkları sorunlar ve düşük tehdidi nedeniyle

anneninin hamileliğini stresli geçirdiği, doğum sonrasında depresif belirtilerinin olduğu, bebeğe bakım vermektan kaçındığı öğrenildi. İlk 6 ay anneninin bakım verdiği sonrasında anne çalışmaya başladığı için bakımıcının bakım verdiği ancak sık bakıcı değişimi yaşadıkları öğrenildi. Bu süreçte hastanın ekrana maruz kalma süresinin fazla olduğu, gün içerisinde 6-7 saatleri bulduğu öğrenildi.

Yapılan psikiyatrik görüşmede; hasta ismiyle seslenildiğinde çoğunlukla bakmadı, göz teması kısıtlı kurdu. İnsan yüzünden ziyade nesnelere uzun uzun gözlemlemeyi tercih etti. Karşılıklı iletişim ve etkileşim kurma çabalarına çoğunlukla tepkisiz kaldı. Görüşme sırasında çoğunlukla kendi halinde vakit geçirdi. Karşılıklı iletişim başlatmadı, karşılıklı iletişim başlatıldığında ise iletişimi sürdürmedi. Bu sırada konudan bağımsız, tam anlamı olmayan konuşmaları oldu, görüşme sırasında 2 kelimeli cümlesi olmadı. Kalıp olarak tekrarladığı İngilizce kelimeleri (oh no, fire truck) olup izlediği videolar kaynaklı olduğu düşünüldü. Görüşme sırasında sürekli hareket halinde olup, dikkat süresi çok kısaydı. Hastanın ortak dikkat gelişimi kısıtlı olup kendi ilgilendiği bir nesneyi parmağıyla işaret ederek ilgisini paylaşmadı, benim işaret ettiğim nesnelere ise baktı. Görüşmede verilen tek basamaklı komutları çoğunlukla uygulayamadı. Basit taklide dayalı becerileri (atipik bay bay yapması, köpek taklidi) anneninin birkaç ısrarı sonucu yapabildi. Oyuncakları işlevsel kullanmayıp, oyuncakların ışıklı parçalarıyla ilgilenip, yan yana dizdi. Daha öncesinde başlayan ancak son 2 yıldır artmış şekilde olan; çırpınma şeklinde ellerini sallama stereotipik motor hareketi görüşme sırasında da gözlemlendi.

Ebeveynle yapılan görüşme, muayene odasındaki hasta gözlemi sonrasında, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı (DSM-5) tanı kriterlerine göre hastada Otizm Spektrum Bozukluğu (OSB) olduğu düşünüldü.

<b>Hasta şikayetleri</b>	<b>Tanıya Yönelik Psikiyatrik Belirtiler</b>
İsmiyle seslenildiğinde bakmama, göz temasındaki yetersizlik	Toplumsal etkileşim için kullanılan sözel olmayan iletişim davranışlarında eksiklikler
Kendi halindelik, karşılıklı iletişim başlatıp sürdürmemesi, karşılıklı iletişim ve etkileşimde yetersizlik	Toplumsal-duygusal karşılıklık eksikliği

Verilen komutlara uymama, kendini ifade edememe, anlaşılır kelimesinin olmaması	Alıcı ve ifade edici dilde eksiklikler
Yaşıtlarına ilginin kısıtlı olması, sembolik oyun kuramama	İlişkiler kurma, ilişkilerini sürdürme ve ilişkileri anlama eksiklikleri
Parmakla işaret ederek bir nesneyi gösterememe	Ortak dikkat başlatmada kısıtlılık
Çırpınma şeklinde elleri sallama, oyuncakları dizerek oynamak, kalıp cümleler	Basmakalıp, yineleyici devinsel (motor) eylemler, nesne kullanımları ve konuşma
Yüksek seslerden rahatsız olma	Duyusal hassasiyet

## DSM 5 ÖLÇÜTLERİ

A. O sırada ya da öyküden alınan bilgilere (ayrıntılılamaktan çok örnekleyen) göre, aşağıdakilerle kendini gösteren, değişik biçimleriyle toplumsal iletişim ve toplumsal etkileşimde süregiden eksiklikler:

1. Sözelimi, olağandışı toplumsal yaklaşım ve karşılıklı konuşmama, ilgilerini, duygularını ya da duygulanımını paylaşmama, toplumsal etkileşimi başlatamama ya da toplumsal etkileşime girememeye dek değişen aralıkta, toplumsal-duygusal karşılıklık eksikliği.
2. Sözelimi, sözel ve sözel olmayan tümleşik iletişim yetersizliğinden, göz iletişimi ve beden dilinde olağandışılıklara ya da el-kol devinimlerini anlama ve kullanma eksikliklerine, yüz ifadesinin ve sözel olmayan iletişimin hiç olmamasına dek değişen aralıkta, toplumsal etkileşim için kullanılan sözel olmayan iletişim davranışlarında eksiklikler.
3. Sözelimi, değişik toplumsal ortamlara göre davranışlarını ayarlama güçlüklerinden, imgesel oyunu paylaşma ya da arkadaş edinme güçlüklerine, yaşıtlarına ilgi göstermemeye dek değişen aralıkta, ilişkiler kurma, ilişkilerini sürdürme ve ilişkileri anlama eksiklikleri.

B. O sırada ya da öyküden alınan bilgilere (ayrıntılılamaktan çok örnekleyen) göre, aşağıdakilerden en az ikisi ile kendini gösteren, sınırlı, yineleyici davranış örüntüleri, ilgiler ya da etkinlikler:

1. Basmakalıp ya da yineleyici devinsel (motor) eylemler, nesne



- kullanımları ya da konuşma (örn. yalın devinsel basmakalıp davranış örnekleri, oyuncakları ya da oynar nesnelere sıraya dizme, yankılama [ekolali], kendine özgü deyişler).
2. Aynılık konusunda direnme, sıradanlık dışına esneklik göstermeme ya da törensel sözel ya da sözel olmayan davranışlar (örn. küçük değişiklikler karşısında aşırı sıkıntı duyma, geçişlerde güçlükler yaşama, katı düşünce örüntüleri, törensel selâmlama davranışları, her gün aynı yoldan gitmek ve aynı yemeği yemek isteme).
  3. Yoğunluğu ve odağı olağandışı olan, ileri derecede kısıtlı, değişkenlik göstermeyen ilgi alanları (örn. alışılmadık nesnelere aşırı bağlanma ya da bunlarla uğraşıp durma, ileri derecede sınırlı ya da saplantılı ilgi alanları).
  4. Duyusal girdilere karşı çok yüksek ya da düşük düzeyde tepki gösterme ya da çevrenin duyusal yanlarına olağandışı bir ilgi gösterme (örn. ağrı/ısıya karşı aldırıışsızlık, özgül bir takım seslere ya da dokulara karşı ters tepki gösterme, nesnelere aşırı koklama ya da nesnelere aşırı dokunma, ışıklardan ya da devinimlerden görsel büyülenme).
- C. Belirtiler erken gelişim evresinde başlamış olmalıdır (toplumsal gerekler sınırlı yeterliğin üzerine çıkana dek tam olarak kendini göstermeyebilir ya da daha sonraki yıllarda, öğrenilen yöntemlerle maskelenebilir).
- D. Belirtiler, toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında klinik açıdan belirgin bir bozulmaya neden olur.
- E. Bu bozukluklar, anlıksal yetiyitimi (anlıksal gelişimsel bozukluk) ya da genel gelişimsel gecikme ile daha iyi açıklanamaz. Anlıksal yetiyitimi ve otizm açılımı kapsamında bozukluk sıklıkla bir arada ortaya çıkar. Otizm açılımı kapsamında bozukluk ve anlıksal yetiyitimi eştanı tanısı koymak için toplumsal iletişim genel gelişim düzeyine göre beklenenin altında olmalıdır. (1)

## KLİNİK BULGULAR

- Otizm spektrum bozukluğu; toplumsal iletişim ve etkileşimlerde yetersizliklerin olduğu, sınırlı, tekrarlayıcı davranışlar ve kısıtlı ilgi alanları ile seyreden, çocukluk çağı nörogelişimsel bozuklukları içinde yer alan bir klinik tablodur (2).

- Otizm spektrum bozukluğunda yaşamın farklı dönemlerinde farklı klinik belirtiler gözlemlenebilmektedir (3).
- Ancak otizmlı olgularda klinik belirtiler yaşamın ilk 2 yılında genellikle ortaya çıkmaktadır. Olguların yaklaşık 2/3'ü 2 yaşından önce iletişim becerilerinde eksiklikler nedeniyle başvurmaktadır.
- Olguların 1/3'e yakını erken dil becerilerini edinir fakat 15-24 aylar arasında sosyal etkileşimde ve dil konuşma becerilerinde kayıp yaşar (4).
- Klinik belirti grupları: sosyal yetersizlikler, sözel iletişimsel kısıtlılık, tekrarlayıcı ilgiler ve davranışlar, dikkat ve yürütücü işlevler olarak ele alınabilir (3).
- Sosyal becerilerdeki yetersizlik: Sosyal etkileşimleri düzenlemek için kullanılan sözel olmayan iletişim ve etkileşim becerilerindeki eksiklikleri içermektedir. Otizm spektrum bozukluğu belirtileri olan çocuklar gelişimsel seviyesine uygun akran ilişkileri geliştirmekte zorlanırlar. Çevresindeki kişilerle keyif ve ilgi paylaşımının kendiliğinden olması kısıtlıdır. OSB olan çocukların sözel olmayan iletişimsel becerileri kullanımı (göz teması, jest ve mimikler, vücut duruşu gibi) OSB olmayan çocuklardan daha azdır. Erken yaşlardan itibaren ortak dikkat eksikliği, işaret etme eksikliği, başkalarıyla ilgisini paylaşma eksiliği mevcuttur (4).
- Sözel iletişimsel kısıtlılık: OSB'li bireylerin birbirlerinden farklı olsa da çeşitli düzeylerde iletişimsel problemleri vardır. Nörotipik gelişen çocuklar 1 yaşındayken kendi ismini bilir ve çoğunlukla çevresinde konuşan kişileri izler. 'Bana ver', 'hadi gel' gibi basit komutları anlar. Bir yaş çocuklar da birkaç kelime ya da bol heceleme şeklinde sesler duyulur. 18 aylıkken dile olan ilgi artar, karşısındaki erişkini dinler, yakın aile bireylerini bilir. Beden organlarının bazılarını tanımaya başlar, çevresindeki kişilerin sık kullandıkları nesnelere bilir. 18-24 aylıkken iki kelimelik cümleler ortaya çıkmaya başlar, yaş arttıkça uzun cümlelerle ve karşılıklı konuşmanın artması beklenir. 2-3 yaş arasındaki çocuğa çevresinde nesnelere sorulduğunda onları gösterebilir. 3-4 yaş arasındaki çocukların 4-5 kelimelik uzun cümleler kurması beklenir. 6 yaşında bir çocuk yetişkin konuşma seviyesine yaklaşır. Dil becerilerinde ifade edici dil becerisine ek olarak pragmatik, semantik ve algılayıcı dili, soyut kavramları, mizahı, gaf ve ironiyi, imalı sözleri anlamak da önemlidir. OSB'li bireylerde bu becerilerin bir kısmı hiç gelişmezken bir kısmı

gecikmeli olarak gelişme gösterir ancak kısıtlılıklar mevcuttur (3).

- Tekrarlayıcı ilgiler ve davranışlar: OSB’li çocuklarda motor stereotipi diyebileceğimiz sallanma, dönme, el çırpma, kanat çırpma şeklinde kollarını sallama, el ovuşturma, tuhaf el hareketleri, parmak ucunda yürüme sıktır. Ayrıca işlevsel olmayan objelerle tekrarlayıcı oyunlar (su şişesi, kablo vb.), tipik oyuncuğa ve oyuna ilgi göstermeme, objelerin bütününden çok ayrıntısıyla meşgul olma sıktır. Tekrarlayıcı törensel davranışlar olabilir, ‘aynı’ işlerin ‘aynı’ şekilde yapılmasında ısrarcı olabilirler ve rutinleri bozulduğunda ya da değişiklik yapılması gerektiğinde kaygı yaşayabilirler (3).
- Ayrıca DSM-5’de ele alındığı gibi bu bireylerde duyuusal hiposensivite ve hipersensivite söz konusudur. Tat, koku, dokunsal alanlarda çeşitli düzeylerde duyarlılıklar görülebilir (5).

#### **OSB değerlendirme soruları (7)**

Çocuğunuzla konuşmaya çalıştığınızda karşılık verir mi? Konuşmayı ne kadar sürdürebilir?

Çocuğunuz ismiyle çağırdığınızda size yanıt verir mi? Size bakar mı?

Çocuğunuzla göz teması kurabiliyor musunuz?

Çocuğunuz çoğunlukla kendi halinde midir yoksa kendisi gelip sizinle iletişim kurmaya çalışır mı?

Çocuğunuz yaşıtı diğer çocuklara ilgi gösterir mi? Onlarla oyun oynamaya çalışır mı?

Çocuğunuz basit komutları yerine getirir mi?

Çocuğunuzun kendi etrafında dönmek, öne arkaya sallanmak, elleri sallamak gibi ritmik ve tekrarlayıcı hareketler yaptığını gördünüz mü?

Çocuğunuz ne olduğunu merak ettiği bir şeyi işaret parmağıyla gösterir mi? İsteklerini nasıl ifade eder?

Çocuğunuza aynı odada bulunan bir eşyayı işaret ettiğinizde, gösterdiğiniz eşyaya bakar mı?

Çocuğunuzun bazı seslerden aşırı derecede rahatsız olduğunu gözlemlediniz mi?
Çocuğunuzun kaçındığı ve maruz kaldığında ise rahatsızlık duyduğu bazı tat, koku ve dokular var mıdır?
Çocuğunuzun hep aynı tarz yemekleri yemek, aynı kıyafetleri seçmek, aynı yoldan yürümek gibi belli rutinleri var mıdır? Rutinleri değişmesi gerektiğinde nasıl tepki gösterir?
Çocuğunuzun alışılmışın dışında sürekli ilgilendiği, değişkenlik göstermeyen bir ilgi alanı var mıdır? (Tarihi olaylar, araba plakaları, harfler ve sayılar gibi)
Çocuğunuzun tekrarlayıcı konuşmaları ya da söyleneni tekrarlaması var mıdır?
Çocuğunuz hiç hayali oyun oynar mı? (Örneğin telefonu alıp karşısında biri varmış gibi konuşur mu veya oyuncak bebeğinin altını temizliyormuş gibi yapar mı?)
Çocuğunuz arabayı sürerek oynamak gibi amacına uygun olarak oyuncakları kullanır mı?
Çocuğunuz bir şeyler yapmaya çalışırken sizin dikkatinizi çekmek için çaba gösterir mi?
Çocuğunuza baktığınızda veya güldüğünüzde o da size güler mi?
Çocuğunuzla etkileşime girmeye çalıştığınızda ne kadar sürer?
Çocuğunuz bay bay yapabilir mi? Öpücük atabilir mi? Çocuğunuz sizi taklit edebilir mi?

### Tanı aşamasında dikkat edilecek hususlar

- Otizm spektrum bozuklukları için tanısal değerlendirmenin önemli bir kısmı klinik muayene ve ebeveynle yapılan görüşmeden edinilen bilgi ve gelişim öyküsüdür.
- Nöropsikolojik değerlendirme, dil konuşma becerilerinin değerlendirilmesi ve muayene eden hekimin gerekli gördüğü tıbbi incelemelerin yapılması

gerekmektedir. Ayrıca çocuk ve ailenin etkileşimlerini gösteren doğal ortam video kayıtları tanı koymada yardımcı olabilmektedir (5).

- Psikiyatrik değerlendirme yapılırken aileden alınacak bilgiler; temel başvuru sebebi, problemlerin başladığı tarih, ilk profesyonel başvurunun yapıldığı zamanki şikayetler, bugüne dek olan tanı ve tedavi öyküsü, gelişimsel öykü (motor, sosyal-iletişimsel), sosyal öykü (hamilelik ve doğum sonrasında annenin ruhsal durumu, bakım verenler ve çevresel koşullar), fiziksel hastalık öyküsü, prenatal, perinatal, postnatal risk faktörleri, ailedeki psikiyatrik hastalık öyküsü, çocuğun günlük yaşantısı ve bakım koşulları, doğal ortam davranışları, şuan ki adaptif davranışların durumu (sosyal iletişimsel beceriler, öz bakım, bağımsızlık becerileri), düzenleyici işlevler (uyku, iştah) sorgulanmalıdır (3).
- Psikiyatrik görüşme sırasında çocuğu gözlemlemek muayenenin en önemli kısımlarından biridir. Gözlem hem yapılandırılmamış bir ortamda (genelde muayene odası veya oyun odası) hem de yapılandırılmış bir ortamda (gelişim/zeka testi yapan psikoloğun sunduğu gözlem raporu) ile mümkündür. Yapılandırılmamış ortam çocuğun sosyal-duygusal potansiyelini belirlemek de önemli iken, yapılandırılmış ortam da zihinsel becerilerini ortaya koyar (3).
- Klinik değerlendirmede ölçeklerden de faydalanılabilir. Taramada, tanısal değerlendirmede, OSB semptomlarının şiddetinin değerlendirilmesinde ve işlev düzeyini ölçmekte kullanılan çeşitli ölçekler bulunmaktadır. Ülkemizde tarama amaçlı en sık Değiştirilmiş Erken Çocukluk Dönemi Otizm Tarama Ölçeği (M-CHAT), semptom şiddetini ölçmek için ise en sık Çocukluk Otizmi Derecelendirme Ölçeği (CARS), Otizm Davranış Kontrol Listesi (ABC), Sosyal İletişim Ölçeği (SCQ) ölçekleri kullanılmaktadır (5).
- Çocuklarda yaş küçüldükçe ayırıcı tanıda güçlükler yaşanabilmektedir. Çok küçük yaşlarda ruhsal gelişimin bir alanında sorun varsa, genelde başka alanlarda da yetersizlikler görülebilmektedir. Tanısal olarak OSB ile en sık ayırıcı tanı gerektiren durumlar; konuşma ve dil bozuklukları, zihinsel yetersizlik, tepkisel bağlanma bozukluğu, görme ve işitme engeli, çok erken başlangıçlı şizofreni, selektif mutizm, landau kleffner sendromudur (3).

## Epidemiyoloji

- Amerika Birleşik Devletlerinin Hastalık Kontrol Merkezi (center for disease control and prevention) 2023 yılında yayınlanan otizm raporuna göre otizm prevalansı 1/36 olarak bildirilmiştir.
- Hastalık Kontrol Merkezi 2023 otizm raporunda OSB tanısı almış 8 yaşındaki 4.663 OSB'li çocuk arasında ortanca tanı yaşı 49 ay olarak bulunmuştur. OSB'nin erkek çocuklarında kız çocuklarına göre yaklaşık 4 kat daha fazla görüldüğü bildirilmiştir (6).

## Eş Tanılar

- OSB'li bireylerin genel nüfusa oranla daha fazla psikiyatrik komorbid durum yaşadığı birçok çalışmada gösterilmiştir. Yapılan bir çalışmada OSB tanılı bireylerin %70-96'sında en az bir psikiyatrik komorbid durumun olduğunu gösterilmiştir (8).
- OSB ile en sık görülen komorbid durumlar; dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB), depresif bozukluklar, bipolar bozukluk, anksiyete bozuklukları, obsesif kompulsif bozukluk (OKB), psikotik bozukluklar, tik bozuklukları, uyku bozuklukları, öğrenme bozuklukları, travma sonrası stres bozukluğu, okul reddi ve beslenme problemleridir (3).
- Son zamanlarda yayınlanan bir meta analiz çalışmasında OSB'liler de 11 klinik eş tanının sıklığı araştırılmıştır ve en sık görülen komorbid durumun DEHB olduğu saptanmıştır (9).
- OSB'ye pek çok tıbbi bozukluk da eşlik edebilmektedir. Bütün tıbbi bozukluklar içinde en sık görülen komorbidite epilepsidir. Epilepsi dışında pek çok kromozomal anomalinin, duysal bozuklukların, nörokütanöz hastalıkların, metabolik hastalıkların ve mitokondriyal bozuklukların otizm ile komorbiditesi olabilmektedir (3).

## Tedavi Yaklaşımları

- OSB tedavisinde temel semptomları hedef alan davranışsal ve eğitsel müdahaleler yer almaktadır. Tanılama yapıldıktan sonra öncelikle aileye OSB hakkında psikoeğitim verilir. Yapılan çalışmalara göre ekrana maruz kalma süresi ne kadar uzun olursa, çocuğun OSB geliştirme riskinin o kadar yüksek olduğu bulunmuştur. Ayrıca erken yaşlarda ekrana maruz

kalan çocukların OSB geliştirme riskinin, daha geç yaşlarda maruz kalan çocuklara kıyasla daha yüksek olduğu bulunmuştur (10). Bu nedenle ailelere psikoeğitim verilirken ekran maruziyetinin azaltılması ve sosyal uyaranların artırılması hakkında önerilerde bulunulur. Hastalar eğitsel müdahaleler için özel eğitim merkezlerine yönlendirilir (4). Etkinliğine dair en çok kanıt bulunan eğitsel yaklaşım ise Uygulamalı Davranış Analizi (ABA)'dır (5).

- Farmakolojik müdahaleler ise OSB'nin temel belirtilerini iyileştirmemekle beraber, eşlik eden psikiyatrik durumlar varlığında kullanılabilir (3). OSB tanısı olan çocuklar farmakolojik tedavilere daha duyarlıdır ve gelişimsel gecikmesi veya farklılıkları olmayan çocuklardan daha fazla yan etki görülebilmektedir. Bu nedenle ilaçlar daha düşük dozlarda başlanmalı ve dozlar daha yavaş artırılmalıdır.
- Komorbid DEHB varlığında metilfenidat, atomoksetin, guanfasin, klonidin kullanılabilir. Agresyon, irritabilite ve kendine zarar verme davranışlarında; risperidon ve aripiprazol FDA tarafından onaylanan ilaçlardır. FDA tarafından onaylanmamış olmasına rağmen alanyazındaki bilimsel kanıtlara dayanarak gerek hallerde kullanılan ajanlar da bulunmaktadır. Bu ajanlar; diğer atipik antipsikotikler (olanzapin, klozapin, ketiapin, ziprasidon), haloperidol, antiepileptik ilaçlar, alfa-2 agonistler, N-asetilsistein, duyugudurum düzenleyiciler, SSRI, beta blokörler ve naltreksondur. Anksiyete, depresyon ve OKB de SSRI ve SNRI'lar kullanılabilir. Uyku sorunlarında ise melatonin kullanılabilir (5).

### **Tedavi hedefleri**

Sözel ve sözel olmayan iletişim ve etkileşim becerilerinde gelişme, tekrarlayıcı davranışların azalması, öz bakım becerilerinin gelişimi ve günlük hayattaki işlevselliğin artırılması hedeflenmektedir.

## KAYNAKLAR

1. Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El kitabı, Gözden Geçirilmiş Beşinci Baskı (DSM-5-TR), Tanı Ölçütleri Başvuru El kitabından, çev. Köroğlu E, Boylam Psikiyatri Enstitüsü, Esenkale Yayıncılık, Ankara, 2022
2. Açıkkel SB, Çetinkaya M, Taşkiran C, Çakmak FH, Aydos BS, Işıldar Y, Parental Characteristics Affecting the Age at Diagnosis of Autism Spectrum Disorder: An Observational Cross-sectional Study, Turk J Child Adolesc Ment Health 2022;29(1):29-34
3. Motavalli M, Otizm Spektrum Bozuklukları Tanı ve Takip, Simurg Art Yayınları, 3.baskı, İstanbul, 2023
4. Kılıçarslan F, Kutuk MO, Otizm Spektrum Bozuklukları, Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Güncel Yaklaşımlar ve Temel Kavramlar, Akademisyen Kitapevi, s.259-275, 2024
5. Tanıdır C, Mukaddes NM, Otizm Spektrum Bozuklukları, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği Yayınları, s.126-149, 2021
6. Prevalence and Characteristics of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years — Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2020. Surveillance Summaries / March 24, 2023 / 72(2);1-14
7. Kara B, Mukaddes NM, Altinkaya I, Guntepe D, Gokçay G, Ozman M. Using the modified checklist for autism in toddlers in a wellchild clinic in Turkey: Adapting the screening method based on culture and setting. Autism 2014; 18: 331-338.
8. Zoë W. Hawks and John N. Constantino, Neuropsychiatric “comorbidity” as causal influence in autism, J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2020 February ; 59(2): 229-235.
9. Lai MC, Kasseer C, Besney R, Bonato S, Hull L, Mandy W et al, Prevalence of co-occurring mental health diagnoses in the autism population: a systematic review and meta-analysis, Lancet Psychiatry, 2019 Oct;6(10):819-829.
10. Sarfraz S, Shlaghya G, Narayana S, Mushtaq U, Ameenm B, Nie C et al. Early Screen-Time Exposure and Its Association With Risk of Developing Autism Spectrum Disorder: A Systematic Review, Cureus, 2023 Jul; 15(7): e42292.



## DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU

*Dr. Beyza KAYMAZ & Prof. Dr. Nurullah BOLAT*

### **Olgu örneği psikiyatrik görüşme**

Görüşmeye önce çocuk alınmıştır ve çocuk anneden ayrı olarak değerlendirilmiştir. Doktorun çocukla ilgili gözlem notları olgu özetindedir. Aşağıda anneye görüşmeden bir kesit paylaşılmıştır. Paylaşılan kesit psikiyatrik görüşmenin tamamını kapsamamaktadır.

**Doktor:** Merhaba, hoş geldiniz. Oğlunuzdan biraz bahseder misiniz, küçükken nasıl bir çocuktu ve büyüdüğüne ne tür gelişmeler oluyor?

**Anne:** Berke 7 yaşında, yaratıcı, neşeli, hareketli bir çocuk. Küçükken de çok hareketliydi ve çok kez kaza atlattı. Zor bir bebektir, uyku sorunları vardı ve arada öfke nöbetleri olurdu. Şimdi yerinde sakin ve sessizce durmakta sorun yaşıyor, zaman zaman öfke patlamaları oluyor ve üzülendiğinde ya da sinirlendiğinde sakinleşmesi uzun sürüyor. Ödev ya da bir iş yaptırmak çok zor, verilen görevi tamamlayamadan kısa sürede dikkati dağılıyor ve sıkılıp bırakıyor.

**Doktor:** Bahsettiğiniz güçlükler ne zamandır var?

**Anne:** Benzer sorunları anaokulunda da yaşamıştık ama anaokulunda sınıf öğretmeni tolere edebiliyordu. Akademik beklentiler de 1. sınıftaki gibi değildi. Buraya da okul tarafından yönlendirildik. Sınıf öğretmeni Berke'nin okuldaki durumunu anlatan kapalı zarfta bir yazı gönderdi ve size yazıyı iletmemi istedi.

(Gelen yazıda sınıf öğretmeni Berke'yi "Akademik becerileri yaşitlarına yakın olmasına karşın derslerde dikkati çabuk dağılıyor, sıra arkadaşıyla derslerde konuşup sınıfın düzenini bozduğu için en önde tek oturtmak durumunda kaldım. Grup oyunlarında araya girer, sırasını bekleyemez, arkadaşları tarafından uyarıldığında da öfkelenip ağlar ve sakinleşmesi güçtür." şeklinde tarif etmişti.)

**Doktor:** Gebelik döneminiz, gebelik sonrası döneminiz ve oğlunuzun erken gelişim süreçleri nasıldı?

**Anne:** Gebelik dönemimde bir sıkıntı yaşamadım. İlk çocuğumuzdu, planlı ve isteyerek olmuştu. 36.5 haftalık gebeyken suyum azaldığı için sezaryen şeklinde doğum yaptım. Berke'nin bir hafta kuvözde kalması gerekti. Gelişim takibi normaldi. (Anneden alınan ayrıntılı erken gelişim öyküsünde Berke'nin 2 yaşına kadar anne sütü aldığı öğrenildi. Yürümesi ve ilk kelimesi 12. ayda, iki

kelimeli cümlesi 2. yaşta gözlemlenmişti. Tuvalet eğitimini 3 yaşında almıştı ve zorlanma yaşanmamıştı. Kreşe gitmemişti, birincil bakım vereni hep annesi olmuştu, dönem dönem anneanne ve babaanne de kısa süreli bakım vermişti.)

**Doktor:** Ailenizden bahseder misiniz? Kendinizden, Berke'nin babasından, varsa kardeşinden gibi.

**Anne:** Ben ev hanımıyım, lise mezunuyum. Berke tek çocuğumuz. Eşim asker ve dönem dönem 3 aylık görevlendirmeler sebebiyle yılın bir kısmını bizden uzakta geçiriyor. Bizim yanımızda olduğu dönemde eşim haftanın iki günü nöbet tutuyor. Eşimin yoğun iş temposu nedeniyle Berke'nin bakımını ve eğitimini benim takip etmem gerekiyor. Eşimin mesleği dolayısıyla sık şehir değişikliği yapmak durumunda kaldık ve kendi ailelerimizden uzakta yaşıyoruz. Özellikle Berke'nin bebeklik ve okul öncesi çocukluk döneminde desteksiz kaldığımdan çok zorluk çektim. Dönem dönem de kendimi yalnız, yorulmuş ve depresif hissediyorum.

## OLGU ÖZETİ

Berke, 7 yaşında erkek çocuk, yaşına uygun gelişim düzeyinde görünüyordu. Görüşmeye annesi ile birlikte okulun yönlendirmesi üzerine gelmişti. Anne ile görüşme esnasında Berke çoğu kez anneye konuşmanın arasına girdi. Berke ile yapılan yalnız görüşme boyunca sandalyenin kollarından tutup sallandı. Konuşması hızlıydı, göz teması süresi kısaydı. Sorulan soruları zaman zaman dinlemiyordu ve tekrarlanmasını istiyordu. Sorulan sorulardan çok duvardaki resimlerle ilgiliydi. Görüşme sonrasında Berke hastanemizin psikoloğuna zeka testi yapılması için yönlendirildi. Yapılan zeka testi sonucuna göre zeka düzeyinin normal düzeyde olduğu saptandı. Zeka testinin alt ölçekleri incelendiğinde bazı alt ölçeklerden çok yüksek aldığı bazı alt ölçeklerden de kapasitesine göre çok daha düşük aldığı dikkat çekmekteydi. Bu da test sırasında zaman zaman dikkatinin toplamakta güçlük yaşadığı şeklinde yorumlandı.

Görüşmecii gözlemleri, psikometrik veriler, anneden ve okuldan alınan bilgiler birbiriyle uyumluydu. Yapılan değerlendirme sonucu dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu(DEHB) tanısı kondu.

<b>Hasta şikayetleri</b>	<b>Tanıya Yönelik Psikiyatrik Belirtiler</b>
<p>Verilen görevde kısa sürede dikkatin dağılması, görevi sıkılıp bırakma ve tamamlanamama</p> <p>Derslerde dikkatini sürdürmekte güçlük</p> <p>Sorulan soruları dinleyememe ve tekrarlanmasını isteme</p> <p>Doğrudan kendisine doğru konuşulurken aklının başka yerde olması, dinlemiyor gibi görünme</p> <p>Yapılan zeka testinde dikkatini sürdürmememe</p>	Dikkatsizlik belirtisi
<p>Sessiz durması gereken yerlerde sakince ve sessizce duramama</p> <p>Derste çoğu kez konuşma</p> <p>Görüşmede oturduğu yerde kıpırdanması, sallanması</p>	Aşırı hareketlilik belirtisi
<p>Sıra bekleyememe</p> <p>Oyunların ya da etkinliklerin arasına girme</p> <p>Başkalarının sözünü kesme</p>	Dürtüsellik belirtisi
<p>Öfke patlamaları ve sonrasında sakinleşmekte güçlük</p>	Duygu düzenleme güçlüğü
<p>Çocuğun 7 yaşında olması</p>	12 yaşından önce birkaç belirti
<p>Yaşanan güçlüklerin hem okul hem evde gözlemlenmesi</p>	Belirtilerin iki ya da daha çok ortamda varlığı

Okul tarafından çocuk psikiyatrisine yönlendirilmiştir.	İşlevsellik bozulması
Öğretmenin sıra değişikliği gibi çeşitli çözüm yöntemlerine karşın mevcut sorunların devam ediyor olması	
Oyunlarda arkadaşlarıyla yaşadığı sorunlar sonucu akranları tarafından dışlanması	
Annesiyle ödev zamanlarında yaşadığı çatışmalar sonucu anne çocuk iletişiminin bozulması, annenin kendini yorulmuş hissetmesi	
Çocuğun psikososyal gelişiminde değersizlik ve yetersizlik duygusunun gelişmesi	

## DSM 5 TANI ÖLÇÜTLERİ

A. Aşağıdakilerden (1) ve/ya da (2) ile belirli, işlevselliği ya da gelişimi bozan, süregiden bir dikkatsizlik ve/ya da aşırı hareketlilik-dürtüsellik örüntüsü:

1. Dikkatsizlik: Gelişimsel düzeye göre uygun olmayan ve toplumsal ve okulla/işle ilgili etkinlikleri doğrudan olumsuz etkileyen, aşağıdaki altı (ya da daha çok) belirti en az altı aydır sürmektedir: Not: Belirtiler, yalnızca, karşıt olmanın, karşı gelmenin, düşmanlık tutumunun ya da verilen görevleri ya da yönergeleri anlayamamanın bir dışavurumu değildir. Yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde (17 yaşında ve daha büyük olanlarda) en az beş belirti olması gerekir.
  - a. Çoğu kez, ayrıntılara özen göstermez ya da okul çalışmalarında (derslerde), İşte ya da etkinlikler sırasında dikkatsizce yanıtlar yapar.
  - b. Çoğu kez, iş yaparken ya da oyun oynarken dikkatini sürdürmekte güçlük çeker.

- c. Çoğu kez, doğrudan kendisine doğru konuşulurken, dinlemiyor gibi görünür.
  - d. Çoğu kez, verilen yönergeleri izlemez ve okulda verilen görevleri, sıradan günlük işleri ya da işyeri sorumluluklarını tamamlayamaz.
  - e. Çoğu kez, işleri ve etkinlikleri düzenlemekte güçlük çeker.
  - f. Çoğu kez, sürekli bir zihinsel çaba gerektiren işlerden kaçınır, bu tür işleri sevmez ya da bu tür işlere girmek istemez.
  - g. Çoğu kez, işi ya da etkinlikleri için gerekli nesnelere kaybeder.
  - h. Çoğu kez, dış uyaranlarla dikkati kolaylıkla dağılır.
  - i. Çoğu kez, günlük etkinliklerinde unutkanlıktır.
2. Aşırı hareketlilik ve dürtüsellik: Gelişimsel düzeye göre uygun olmayan ve toplumsal ve okulla/işle ilgili etkinlikleri doğrudan olumsuz etkileyen, aşağıdaki altı (ya da daha çok) belirti en az altı aydır sürmektedir: Not: Belirtiler, yalnızca, karşıt olmanın, karşı gelmenin, düşmanlık tutumunun ya da verilen görevleri ya da yönergeleri anlayamamanın bir dışavurumu değildir. Yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde (17 yaşında ve daha büyük olanlarda) en az beş belirti olması gerekir.
- a. Çoğu kez, kıpırdanır ya da ellerini ya da ayaklarını vurur ya da oturduğu yerde kıvrınır.
  - b. Çoğu kez, oturmasının beklendiği durumlarda oturduğu yerden kalkar.
  - c. Çoğu kez, uygunsuz ortamlarda, ortalıkta koşturur durur ya da bir yerlere tırmanır. (Not: Yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde, kendini huzursuz hissetmekle sınırlı olabilir.)
  - d. Çoğu kez, boş zaman etkinliklerine sessiz bir biçimde katılamaz ya da sessiz bir biçimde oyun oynayamaz.
  - e. Çoğu kez, “her an hareket halinde”dir, “kıcına bir motor takılmış” gibi davranır.
  - f. Çoğu kez aşırı konuşur.
  - g. Çoğu kez, sorulan soru tamamlanmadan yanıtını yapıştırır.
  - h. Çoğu kez sırasını bekleyemez.
  - i. Çoğu kez, başkalarının sözünü keser ya da araya girer.

- B. On iki yaşından önce birkaç dikkatsizlik ya da aşırı hareketlilik-dürtüsellik belirtisi olmuştur.
- C. Birkaç dikkatsizlik ya da aşırı hareketlilik-dürtüsellik belirtisi iki ya da daha çok ortamda vardır.
- D. Bu belirtilerin, toplumsal, okulla ya da işle ilgili işlevselliği bozduğuna ya da işlevselliğin niteliğini düşürdüğüne ilişkin açık kanıtlar vardır.
- E. Bu belirtiler, yalnızca, şizofreni ya da psikozla giden başka bir bozukluğun gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır ve başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz (1).

## KLİNİK BULGULAR

- DEHB temel özellikleri hiperaktivite, dikkatsizlik ve dürtüsellik olan nörogelişimsel bir bozukluktur (1). DEHB’li çocuklar akranlarına kıyasla hareketsiz ve sessiz olmaları gerektiğinde huzursuz, kıpır kıpır ve gürültücü olurlar. Bu yapılandırılmış (sınıf gibi) ve yapılandırılmamış (oyun alanı gibi) durumlarda geçerlidir.
- Kendileriyle konuşulduğunda göz teması süreleri kısadır. Akademik ve sosyal alanda yönergelere uymakta güçlük yaşarlar. Onlara verilen yönergelerin sık sık tekrarlanması gerekir. Yönergelerin de detaylarını kaçırabilirler.
- Okuldaki çalışmalarda dikkatsizlik sebebiyle hatalar yaparlar. Organizasyon becerileri zayıftır. Kitaplar, notlar ve ödevler gibi okul çalışmaları için çok önemli olan şeyleri ve aynı zamanda da kişisel değeri olan eşyalarını kaybederler. Genellikle etkinliklere en son başlayan (çoğunlukla gerekli malzemeleri bulamadıkları veya hayale daldıkları için) ve en son bitiren (odaklanamama nedeniyle) onlar olurlar. Soruları dinlemeden cevaba atarlar, sorulara cevapları bağırarak verirler, başkalarının sözünü keserler. Dikkatsiz ve kazalara eğilimlidirler (2).
- Temel belirtilerin bir parçası olmasa da, duygu düzenleme güçlüğü (öfke patlamaları, sakinleşmekte zorluk gibi) ve yürütücü işlev bozuklukları (davranış inhibisyonu, çalışma belleği, plan yapma, organize olma gibi) DEHB’de yaygın görülür ve işlevsellikte anlamlı bozulmalara neden olur (3,4).
- DEHB’de belirtiler gelişim düzeyine göre değerlendirilmelidir. DEHB’li

bireyler bebeklikten itibaren zor mizaç özellikleri gösterebilir. Okul öncesi dönemde duygu düzenleme güçlükleri (öfke sorunları), kazalar, uyku sorunları, konuşma gecikmesi ve bozuklukları psikiyatri başvuru nedenleri olabilir. Bu dönemde aşırı hareketlilik, uykuya geçiş sorunları, inatlaşma, akran sorunları, etkinlikleri tamamlayamama, ön plana çıkar ve aşırı hareketlilik en belirgin ve muhtemelen en çok zorlayan özellik olur.

- Okul döneminde dikkatsizlik, çocuk sınıfın talepleriyle yüzleştğinde daha belirgin hale gelir. Vakaların çoğunda ergenliğe ve yetişkinliğe doğru hiperaktivite azalır. Hiperaktivite yerini içsel huzursuzluğa bırakır, sosyal durumlarda belirgin hale gelen dikkatsizlik ve dürtüsellik bireyi en çok zorlayan özellik haline alır (2,4,5). Tedavi edilmeyen DEHB belirtilerine de zamanla başka psikiyatrik bozukluklar eklenebilir (1).
- DEHB’li çocuklar gelişim süreci boyunca ciddi sosyal, akademik ve psikolojik bozulma yaşarlar. Akranları ve yetişkinler tarafından reddedilebilir ve onlar tarafından olumsuz bir şekilde muamele görebilirler. Bu çocukların ebeveynleri önemli ölçüde stres ve yetersizlik duygusu yaşarlar. Çocuk yönetimi sorunları, sosyal izolasyonu ve evlilikteki uyumsuzluğu artırabilir (2).

**Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu değerlendirme soruları**

Çocuğunuz çoğu zaman dikkatini ayrıntılara veremez mi, dikkatsizce hatalar yapar mı?

Çocuğunuzun çoğu zaman üzerine aldığı görevlerde kolayca dikkati dağılır mı?

Çocuğunuz çoğu zaman görevleri düzenlemekte ya da planlamakta zorluk çeker mi?

Çocuğunuz çoğu zaman kendisine konuşulduğunda dinlemediği gibi görünür mü?

Çocuğunuz çoğu zaman yönergelere uymaz mı, görevlerini tamamlamakta güçlük yaşar mı?

Çocuğunuz çoğu zaman zihinsel çaba gerektiren işlerden kaçınır mı?

Çocuğunuz çoğu zaman bir şeyler kaybeder mi?

Çocuğunuzun çoğu zaman dikkati dış uyaranlarla kolayca dağılır mı?
Çocuğunuz çoğu zaman unutkan mıdır?
Çocuğunuz çoğu zaman kıpır kıpır mıdır?
Çocuğunuz çoğu zaman oturması beklenen durumlarda oturmakta zorlanır mı?
Çocuğunuz çoğu zaman sessiz sakince oyun oynayamaz, gürültücü müdür?
Çocuğunuz çoğu zaman ‘’motor takılmış’’ gibi hareket halinde midir?
Çocuğunuz çoğu zaman çok konuşur mu?
Çocuğunuz çoğu zaman sorulan soru tamamlamandan cevabı yapıştırır mı?
Çocuğunuzun çoğu zaman sıra beklemekte zorlanır mı?
Çocuğunuz çoğu zaman söz kesip araya girer mi, başkalarının oyunlarının arasına girer mi?

### Tanı aşamasında dikkat edilecek hususlar

- Değerlendirme aşamasında, ayrıntılı bir klinik, gelişimsel ve tıbbi öykü alınmalıdır. Birden fazla kaynaktan bilgi toplanmalıdır (ev, okul gibi) ve mevcut semptomların başka bir hastalıkla daha iyi açıklanıp açıklanmadığı araştırılmalıdır.
- Tanı klinik değerlendirmeye dayanmaktadır (5). Tanı için DSM 5 TR veya ICD 11 tanı kriterleri takip edilmelidir (4).
- Derecelendirme ölçeklerinin kullanılması hekimin birden fazla ortamdaki eksikliklerle ilgili ek bilgiler edinmesine yardımcı olabilir. Ayrıca zaman içinde müdahalelerin yanıtını izlemede yararlı olabilir (6). Hiçbir ölçek tek başına tanı koydurmaz ve tanı koyduran bir biyobelirteç yoktur. Çocuk ve ergenlerde çocuk psikiyatrisi, erişkinlerde erişkin psikiyatristi tanı koyma yetkisine sahiptir (4,5,6).
- DEHB tanısı için ilk olarak olası tıbbi ve biyolojik sorunlar dışlanmalıdır. DEHB’ye neden olabilecek veya DEHB semptomlarını taklit edebilecek bir bozukluğun bulunup bulunmadığı (demir eksikliği anemisi, B12 vitamini ve folat eksikliği, tiroit hastalıkları, işitme ve görme kusurları, genetik hastalıklar, absans epilepsi nöbeti, uyku bozuklukları, kurşun zehirlenmesi, yakın zamanda geçirilmiş enfeksiyonlar, ilaç yan etkileri gibi) araştırılmalıdır (5,7).



- Poliklinik ortamında hiperaktivite gözlemlenmemesi DEHB tanısını dışlamaz. Ayrıca bazı çocuklar doğrudan sorulduğunda yaşadığı güçlükleri inkar edebilir ya da herhangi bir sorundan şikayetçi olmayabilir. Tanı için farklı ortamlardaki gözlemler dikkate alınmalıdır (8).

## Epidemiyoloji

- Okul çağında, genel popülasyonu temsil eden epidemiyolojik örneklere dayalı DEHB prevalansı %5,3'tür. Prevalans coğrafi bölgeye göre belirgin bir şekilde farklılık göstermez.
- Bazı bireylerde, semptom şiddeti ergenlik döneminde azalır ancak DEHB'li çocukların üçte ikisi yetişkinlikte klinik veya subklinik seviyelerde semptomları korur. Erken yetişkinlikte, DEHB prevalansı yaklaşık %2,5'tir ve daha büyük yaşlarda %1'e kademeli olarak düşer (4).
- DEHB'li çocukların klinik örneklemini takip eden uzunlamasına çalışmalar, semptomlarda genel bir düşüş gözlemlemiştir. Meta-analitik veriler, bozukluğun yetişkinlikte %15'inin tam tanı kriterleriyle, %40-60'ının kısmi düzelmelerle devam edeceğini tahmin etmektedir (3). DEHB'li bireylerin sadece %56,8'i 14 yaşından önce tanı almaktadır (4).
- DEHB erkek çocuklarda toplumda 2.5-3 kat, klinikte ise 6-9 kat daha sık gözlemlenmektedir. Toplum ve klinik örneklemdaki cinsiyet farkının erkek çocuklarda hiperaktivite ve yıkıcı davranışların daha kolay fark edilmesine bağlı olduğu düşünülmektedir. Yaş ilerledikçe erkek baskınlığı azalmaktadır. Gözlemlenen bu azalma belirtilerin yaşla ve gelişimle olan değişimiyle ilişkilendirilebilir (5,9).
- Klinik başvuru nedenleri kızlarda daha çok dikkat sorunları ve içselleştirme problemleriyken (depresyon, anksiyete gibi) erkeklerde daha çok yıkıcı davranışlar ile olmaktadır (9).

## Eş Tanılar

- DEHB'li bireylerde yaşam boyu %70-80 komorbid ruhsal durum mevcuttur (4).
- En sık komorbid durumlar arasında yıkıcı davranış bozuklukları(%30-80), öğrenme bozuklukları(%15-40), anksiyete bozuklukları(%25-35), major depresif bozukluk(%15-20) yer almaktadır. DEHB'ye eşlik eden

diğer tanılar bipolar bozukluk, madde kullanım bozuklukları, uyku bozuklukları, tik bozuklukları, özgül konuşma bozuklukları ve gelişimsel koordinasyon bozukluklarıdır (5).

### **Tedavi Yaklaşımları**

- Aileye ve öğretmene DEHB hakkında psiko eğitim verilmelidir.
- Çocuk, ergen ve yetişkinlerde farmakoterapi birinci basamak tedavidir. Farmakoterapide komorbid bir durum yoksa ilk önce stimülan (metilfenidat, amfetamin ve türevleri) ilaç tedavileri denir, ikinci basamakta stimülan olmayan (atomoksetin, viloksazin, klonidin, guanfasin gibi) ilaç tedavileri denenebilir. Verilen tedaviler komorbid tanılar kapsayıcı olmalıdır. DEHB’de ilaç tedavileri temel olarak dopamin ve noradrenalin nötotransmitter sistemleri üzerinden etki göstermektedir (4,10).
- Okul öncesi DEHB olgularında ilk tercih davranışçı terapilerdir (4,10).
- Psikososyal tedavi yöntemleri (davranışçı terapiler/ebeveyn eğitim programları, sosyal beceri eğitimi, bilinçli farkındalık eğitimi, aile terapisi ve okul merkezli girişimler), düzenli fiziksel egzersiz önerilmektedir. Omega 3 ve 6 yağ asitleri takviyesi ve katkı maddelerinden uzak diyetin tedavinin desteklenmesinde kısıtlı olumlu etkileri olabileceğine dair görüşler olmakla birlikte bazı kılavuzlarda önerilmemektedir (3,5,10).
- Farmakoterapi uygulanmasıyla ilgili ailenin ve okulun bilgilendirilmesi önemlidir. İlaç tedavisinin düzenli kullanılması, tedavi etkinliğinin takibi ve farmakoterapiyle gelişebilecek olası yan etkilerin kontrolü için aile bilgilendirilip, yönlendirilmelidir.

### **Tedavi Hedefleri**

- DEHB belirtilerinin azaltılması ve kontrolü
- Aile ve okula DEHB’li bireylere uygun davranış yaklaşımlarının kazandırılması
- Çocuğun stigmatizasyondan, benlik saygısı gelişimini engelleyecek ve yetersizlik duygusuna sebep olacak durumlardan korunması
- Akranları tarafından dışlanma durumunun ve sosyal izolasyonun engellenmesi

- Aile dinamikleri dikkate alınarak (mevcut vakada babanın sürecin çok dışında kalması dikkat çekicidir) ebeveyn ve çocuk arasında yaşanabilecek çatışmaları yönetme becerilerinin aileye kazandırılması
- Çocuğun uygun eğitsel müdahaleyle eğitim açığının kapatılması

### Örnek Reçete

**Örn. 1** Kısa etkili Metilfenidat 3 x 5 mg (sabah 5 mg, öğlen 5 mg olacak şekilde, okul saatlerine göre kullanabileceği gibi uykuyu kaçırmadığı taktirde akşam 3. doz kullanılabilir)

**Örn. 2** Uzun etkili Metilfenidat 1x 18 mg

**Örn. 3** Atomoksetin (kilo x 0,5 mg başlanıp 1 hafta sonra kilo x 1,2 mg a çıkılır)

**Örn. 4** Guanfasin (1 x1 mg başlanıp 1 hafta sonra 1 x 2 mg doza çıkılabilir)

### KAYNAKLAR

1. American Psychiatric Association (APA) Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5TR. Washington: APA; 2022.
2. Schachar R, Tannock R, Syndromes of Hyperactivity and Attention Deficit. Child and Adolescent Psychiatry. Edited by: M. Rutter, E. Taylor, Blackwell Publishing, USA, Fourth edition. s. 399-418. 2005.
3. Posner J, Polanczyk GV, Sonuga-Barke E. Attention-deficit hyperactivity disorder. Lancet Lond Engl. 08 Şubat 2020;395(10222):450-62.
4. Faraone SV, Bellgrove MA, Brikell I, Cortese S, Hartman CA, Hollis C, vd. Attention-deficit/hyperactivity disorder. Nat Rev Dis Primer. 22 Şubat 2024;10(1):1-21.
5. Tufan AE, Kütük ÖM, ve ark. Türkiye Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Tanı ve Tedavi Konsensus Raporu. Ercan ES, Dilbaz N, Specta ajans ve yayıncılık, 2022
6. Majarwitz DJ, Perumareddi P. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Across the Spectrum: From Childhood to Adulthood. Prim Care Clin Off Pract. 01 Mart 2023;50(1):21-36.
7. Ercan ES, Mukaddes NM, Yazgan Y, Akay AP, Gündoğdu ÖY, Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları. Editörler:

- A.P. Akay, E.S .Ercan, Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği 4. Baskı. s. 33-55. 2021.
8. Waslick B, Greenhill LL, Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. Textbook of Child and Adolescent Psychiatry. Edited by: J.M. Wiener, M.K. Dulcan , The American Psychiatric Publishing, USA, Third edition. s. 485-508, 2004
9. Spetie L, Arnold EL, Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. Lewis's Child and Adolescent Psychiatry A Comprehensive Textbook. Edited by: A. Martin, F.R. Volkmar, M. Lewis, Lippincott Williams& Wilkins, USA, 4th edition. 430-454. 2007
10. Overview . Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management . Guidance .NICE [Internet]. NICE; [a.yer 08 Temmuz 2024].

## ÖZGÜL ÖĞRENME BOZUKLUĞU

*Dr. Senem YAPAR & Prof. Dr. Nurullah BOLAT*

### **Olgu örneği psikiyatrik görüşme**

**8 yaşında kız hasta 2.sınıf, 3 kardeşin 2.si (10 yaş abla, 3 yaş erkek kardeş), annesi ev hanımı babası memur, anne baba ve kardeşleriyle şehir merkezinde yaşıyorlar.**

(Anne, baba ve çocukla yapılan görüşmeden kesit)

**Doktor:** Hoş geldiniz, sizi bugün buraya getiren şikayetinizi öğrenebilir miyim?

**Anne:** Hoş bulduk, bizi kızımın öğretmeni yönlendirdi. Geçen seneki okulunda okuma yazmayı tam öğrenemedi, bu sene okulunu değiştirdik. Okuldan geldikten sonra ben çalıştırdım, okuma yaparken isteksizliği başladı, çok zorlanıyor, bazen harfleri unutuyor, yazısı çok kötü, harfleri karıştırıyor, okuma ve yazmada çok zorlanınca onların üstüne düştük ama matematiği de kötü. Acaba okuldan kaynaklı mı dedik ama okul değiştirmemize rağmen aynı şekilde devam ediyor.

**Doktor:** Peki daha önce herhangi bir nedenle kızınız için psikiyatriye başvurunuz oldu mu?

**Baba:** Hayır bu ilk gelişimiz.

**Doktor:** 1.sınıfa gitmeden önce kreş ya da anaokuluna gitti mi?

**Baba:** Kızımız 4 yaşındayken eşim hamileydi, o dönem kreşe gönderdik. Kreşe ilk başlarda gitmek istemedi sonrasında kreşi sevdi. Kreşte bir yakın arkadaşı vardı, sürekli onunla oynardı.

**Doktor:** Okul öncesi döneminde öğretmenler kızınız için neler söylerdiler?

**Anne:** Okula alışmasının uzun sürdüğünü ve başlarda oyunlara katılmak istemediğini söylediler. Ama biraz zaman geçirince uyumlu, sakin, nazik bir çocuk dediler. Oyunlarda kurallara uyduğunu ama yönergeye ihtiyaç duyduğunu, bazı yeni şeyleri öğrenmekte zorlandığını, çok sık olmasa da renkleri ve bazı eşyaların isimlerini karıştırdığını söylediklerini hatırlıyorum.

**Doktor:** Peki sizin fark ettiğiniz başka zorlandığı konular var mı?

**Anne -Baba:** Ayakkabılarını uzun süre ters giydi geçen sene bile arada karıştırdığı oluyordu, bir de çabuk unutuyor, aslında çok çabalayan bir çocuk ama hatırlamakta zorlanıyor. Yapamayınca da hevesi iyice azaldı. Bize artık, sanki yapamayacağını düşünüyor gibi geliyor. Bu da onu iyice içine kapattı.

**Doktor:** Ödevleri yapma sürecinizden bahsedebilir misiniz, ödev yapması ne kadar sürüyor, bu süreçte dikkati nasıl?

**Anne:** Okuldan geldikten 1 saat sonra ben yardımcı oluyorum. Geçen sene ilk dönem ödevlerini o getiriyordu. Özellikle 2.dönemden sonra ve bu sene ben sormayınca söylemiyor. Sonra oflayarak ödevlerini çıkarıyor, çoğunlukla ödevini eksik hatırlıyor. Grup mesajlarından ödevlerini takip ediyorum. Başlamamız bazen yarım saati buluyor başladıktan sonra dikkatle beni dinliyor ama önceki günlerle ilgili beraber çalıştığımız bir şeyle ilgili olduğunda onun hatırlamasını bekliyorum ama sanki o ilk kez duymuş gibi tepki veriyor. Böyle olunca konuların üstünden tekrar geçmemiz gerekiyor ve uzun sürüyor.

**Doktor:** Çoğu zaman kızınızda yerinde duramama, sık sık hareket etme ihtiyacı, konudan bağımsız konuşma, sabırsızlık gibi belirtiler gözlemliyor musunuz? Gözlemliyorsanız sizce en çok nerede oluyor?

**Anne:** Yok genelde sakin bir çocuktur. Her kardeşle olduğu kadar ablasıyla tartışmaları oluyor. Okul başarısı dışında gerçekten çok uyumlu sakin, anlayışlı bir çocuktur. Kardeşine karşı çok şefkatlidir.

**Doktor:** Geçen seneki sınıf öğretmeni kızınız için neler söylerdiler?

**Anne-Baba:** İlk dönem kreşteki gibi alışmakta zorlandı ama derslere karşı hevesi vardı. Öğretmeni dersi dinlediğini, sınıfın düzenini bozmadığını, sakin çekingen bir çocuk olduğunu, herhangi bir davranış sorunu olmadığını söyledi.

İlk dönemin sonunda öğretmeni bizi çağırıp kızımın harfleri tam öğrenemediğini sık karıştırdığını, hece birleştirmesini yapamadığını, okumasını istediğinde okumadığını, tahtadaki yazıyı çoğu zaman defterine geçirmedeğini, defterinin çok düzensiz olduğunu söyledi. Matematikte de aynı durum olduğunu rakamları karıştırdığını söyledi. Öğrenme sorunu olabileceğinden bahsetti. Biz bunun geçici bir durum olduğunu düşündük, okula yeni başlamıştı, çekingen bir çocuk zamanla öğrenir diye düşündük. İkinci dönemde de öğretmenin görüşü bu şekildeydi. Kızımız ikinci dönemin sonlarına doğru okula çok gitmek istemiyordu, “karnım ağrıyor” demeye başlamıştı. Doktora gittiğimizde bunun psikolojik olabileceğini söylediler. Yeni dönem başka okula geçirdik sorunlar aynı devam ediyor.

**Doktor:** Sizce kızınızın, güçlü olduğu alanlar neler?

**Anne-Baba:** Çok güzel resim yapar bazen onun yaptığına insanlar şaşırıyor. Geçen sene resim yarışmasında ilde dereceye girdi.

**Doktor:** Doğumu ve sonrasını anlatabilir misiniz?

**Anne:** Doğumunda hiçbir sorun olmadı. Normal doğum, 38 haftalık doğdu. Sonrasında hemen taburcu olduk. 1.5 yaşına kadar anne sütü ile beslendi. Bütün taramalardan geçti, aşılarını oldu.

**Doktor:** Yürümeye ne zaman başladı?

**Baba:** 1 yaşında yürüdü.

**Doktor:** İlk kelimelerini ne zaman söyledi ve hangi kelimeleri söyledi?

**Anne -Baba:** İlk baba dedi sonra dede mama, anne dedi. Konuşması biraz geç oldu. Tek kelimeler söylemeye 2 yaşında başladı. Ama bize derdini anlatabilen bir çocuktü, ablasıyla oyunlar oynardı.

**Doktor:** “Anne gel “gibi iki kelimeli cümle kurmaya ne zaman başladı?

**Anne -Baba:** 2.5 yaşında 2 kelimeyi yan yana getiriyordu. Çekingen bir çocuktü, geç konuşmasının onunla ilgili olduğunu düşündük. Oyun parkında tanımadığı çocukların arasına çok gitmezdi, ablasıyla ve sık gördüğü çocuklarla oynardı.

**Doktor:** Tuvalet eğitimini ne zaman verdiniz?

**Anne:** 2 yaşından sonra hemen öğrendi, zorlanmadı.

**Doktor:** Kızınızın herhangi bir tıbbi rahatsızlığı var mı?

**Anne-Baba:** Yok, tahlillerine göre gayet sağlıklı.

**Doktor:** Ailede psikiyatrik hastalığı olan var mı?

**Anne-Baba:** Ablası 4.sınıfa gidiyor ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu var. 1.sınıftayken tanı aldı, concerta 27 mg kullanıyor.

**Not:** Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğinde görüşmeler aile ile beraber ve çocukla yalnız olacak şekilde iki aşamalıdır. Sıralama çocuğun yaşı ve gelişimine göre değişebilir.

Çocukla yapılan yalnız görüşme: Odaya ilk girdiğinde gergin ve çekingendi. Okuma ve okuduğunu anlama, söyleneni yazma, harfler, matematik becerileri, öncelik-sonralık ilişkileri, saat çizimi, sağ sol ayrımı değerlendirildi. Yapmasını istenen her işlemde “ben yapamıyorum, bilmiyorum ki” gibi söylemleri oldu. Okuma hızı çok yavaştı, hece birleştirmede sorunlar yaşadı, bazı harfleri yanlış okudu ve okuduğunu anlamadı. Yazmada “b, d” karıştırdı, noktalı harflerin noktalarını koymadı. Büyük küçük harf kullanımı kurallara uygun değildi, kelimeler arasındaki boşluklar düzensizdi. Basit toplama ve çıkarma işleminde zorlandı, parmak hesabı yaparken karıştırdı. Görüşmede hiperaktivite gözlenmedi, görüşmeciyi dikkatle dinledi. Kaygısı görüşme boyunca sürmedi. Görüşme esnasında iletişimi sürdürdü.

## OLGU ÖZETİ

8 yaşında kız hastada geçen sene örgün eğitime başladığından beri, sözcük okumanın yanlış ve çok yavaş olması, okuduğunu anlayamama, yazmada harfleri karıştırma ve yazılı anlatım güçlükleri, sayı algısı ve hesaplama güçlükleri mevcuttu. Akademik başarısı hastanın yaşına göre beklenenin altında olarak saptandı. Öyküsünde başka psikiyatrik bozukluğu, herhangi bir kronik hastalığı, sürekli kullandığı bir ilaç yoktu. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı (DSM-5) tanı kriterlerine göre özgül öğrenme bozukluğu (ÖÖB) tanısı konuldu.

Hasta şikayetleri	Tamya Yönelik Psikiyatrik Belirtiler
Sözcükleri sesli okurken, yanlış ya da yavaş ve duraksayarak okur, sözcükleri seslendirmede güçlük yaşar.	Sözcük okumanın yanlış ya da yavaş ve çok çaba gerektirmesi

Sırayı, çıkarımları, derin anlamları anlayamaz.	Okunanı anlama güçlüğü
B, d harflerini karıştırma, eksik harf kullanımı	Harf harf söyleme /yazma güçlükleri
Sayıların büyüklüğünü ve aralarındaki ilişkiyi anlayamama	Sayı algısı, sayı gerçekleri ve hesaplama güçlükleri
Matematik problemlerini çözmekte zorlanma	Sayısal akıl yürütme güçlükleri

## DSM 5 TANI ÖLÇÜTLERİ

**A.** Gerekli girişimlerde bulunulmuş olmasına karşın, en az altı aydır süren, aşağıdaki belirtilerden en az birinin varlığı ile belirli, öğrenme ve okul becerilerini kullanma güçlükleri:

1. Sözcük okumanın yanlış ya da yavaş ve çok çaba gerektiriyor olması (**örn.** tek tek sözcükleri yüksek sesle okurken, yanlış ya da yavaş ve duraksayarak okur, sıklıkla sözcükleri kestirir(öngörür), sözcükleri seslendirmede güçlük yaşar).
2. Okunanın anlamını anlama güçlüğü (**örn.** düzyazıyı düzgün okuyabilir ancak sırayı, ilişkileri, çıkarımları ya da derin anlamları anlamaz).
3. Harf harf söyleme/ yazma güçlükleri (ünlü ya da ünsüz harfleri ekleyebilir, çıkarabilir ya da bunların yerini değiştirebilir).
4. Yazılı anlatım güçlükleri (**örn.** cümleler içinde birden çok dilbilgisi ya da noktalama yanlışı yapar; paragraf düzenlemesi kötüdür; görüşlerinin yazılı anlatımı açık değildir).
5. Sayı algısı, sayı gerçekleri ya da hesaplama güçlükleri (**örn.** sayıları, bunların büyüklüğünü ve ilişkilerini anlaması kötüdür; yaşitlarının matematik dersinden öğrendiklerinden değişik olarak, tek rakamlı sayıları eklerken parmak hesabı yapar; sayısal hesaplamaların ortasında kaybolur ve işlemleri değiştirebilir).
6. Sayısal usamlama (akıl yürütme) güçlükleri (**örn.** nicel sorunları çözmek için matematiksel kavramları, gerçekleri ya da işlemleri uygulamakta güçlük çeker).



- B.** Etkilenen okul becerileri, kişisel olarak uygulanan geçerli başarı ölçümleri ve kapsamlı klinik değerlendirme ile doğrulandığı üzere, kronolojik yaşa göre beklenenden önemli ölçüde ve ölçülebilir derecede altındadır ve okul ya da işle ilgili başarıyı ya da günlük yaşam etkinliklerini ileri derecede bozar. On yedi yaşında ve üzerinde olan kişilerde, geçerli değerlendirmelerin yerine, işlevselliği bozan, belgeli öğrenme güçlükleri öyküsü kullanılabilir.
- C.** Öğrenme güçlükleri okul yıllarında başlar, ancak etkilenen okul becerileriyle ilgili gerekler, kişinin sınırlı kapasitesini aşmadıkça tam olarak kendini göstermeyebilir. (örn. zaman sınırlaması olan testler, dar bir zamanda uzun ve karmaşık raporları okuma ya da yazma, okulda aşırı yüklenme).
- D.** Öğrenme güçlükleri, anlık yeti yitimleri, düzeltilmemiş görme ya da duyma keskinliği, diğer ruhsal ve sinirsel bozukluklar, ruhsal-toplumsal güçlükler, okulda kullanılan dili tam bilmeme ya da eğitsel yönergelerin yetersizliği ile daha iyi açıklanamaz.

**Not :** Dört tam ölçütü, kişinin öyküsü (gelişimsel, tıbbi, aile, eğitim), okuldan edinilen bilgiler ve ruhsal-eğitsel değerlendirmenin klinik açıdan bir araya getirilmesiyle karşılanacaktır(1).

## KLİNİK BULGULAR

- ÖÖB yaşa, zeka düzeyine ve alınan uygun eğitime rağmen akademik becerilerin beklenenin önemli derecede altında olması durumudur. ÖÖB, bir veya daha fazla alanın işlevinde bozulmaya yol açan, çocukluk çağında sık görülen nörogelişimsel bir bozukluktur. ÖÖB okuma, yazılı anlatım ve matematik bozukluklarının birlikte veya ayrı ayrı bulunması ile karakterizedir (1).
- Okuma bozukluğu, sözcük tanıma zorluğu, yavaş ve yanlış okuma, okunan metni anlama güçlüğü ve heceleme zorluğu ile karakterizedir (2). Yazılı anlatım bozukluğu, yazım hataları, dilbilgisi ve noktalama hataları ile yavaş yazmayı içerir. En çok karıştırdığı harf ve rakamlar: b-d, m-n, i-i, g-y, g-ğ, 2-5, 6-9 şeklindedir. Çocuk ters yazabilir ya da yazdığını

tersten okuyabilir. Yazma ve okuma performansı arasında yüksek bir korelasyon vardır (3).

- Matematik bozukluğu kendini sayısal gerçeklere hakim olma, kullanılan sembol ve işaretleri anlama, matematiksel akıl yürütme veya hesaplama becerilerindeki zorluklarla gösterir (2).
- Genellikle örgün eğitime başladığı dönemle belirtiler ortaya çıkar.
- ÖÖB genler ve çevrenin etkisi ile ortaya çıkan ve yaşam boyu süren yapısal bir bozukluktur (4). Çocuklarda bu durum okul performansını bozar, ergenlikte okuma yazma becerisi gelişse de yaşlılarından geridir (2).
- Öğrenme bozuklukları müdahale edilmediğinde düşük akademik başarı tek sorun değildir. ÖÖB olan bireyler psikiyatrik bozukluk riskinde artma, genel ruh sağlığında bozulma, işsizlik, eksik istihdam ve okulu bırakma gibi sorunlarla karşı karşıya kalırlar (5).
- Özgül öğrenme bozukluğu olup da telafi edici eğitim almayan çocuklar devam eden başarısızlık ve bunu takip eden hayal kırıklığı nedeniyle, utanma ve değersizlik duygusunu yaşarlar. Daha büyük çocuklar sınırlı ve depresif olabilir; ayrıca düşük benlik saygısı gösterirler (2).

<b>Özgül Öğrenme Bozukluğu değerlendirme soruları</b>
En az 6 aydır yeterli eğitim almasına rağmen okul başarısı sınıf seviyesinin altında mı?
Sözcük okuması yanlış ya da çok çaba gerektiriyor mu?
Okuduğunu anlamakta zorlanıyor mu?
Yazı yazarken harf eksikliği ya da harf karıştırma yapar mı?
Cümlede birden fazla dilbilgisi hatası yapar mı?
Matematiksel kavramları, kuralları ya da işlemleri uygulamada zorlanır mı?
Yaşadığı öğrenme zorluğu hayatını nasıl etkiliyor? (Ev, okul, yaşlılarıyla olan ilişkisinde)

### **Tanı aşamasında dikkat edilecek hususlar**

- ÖÖB'de akademik becerilerin öğrenilmesinde devamlılık gösteren bir güçlük vardır. Tanılamada klinisyen hastanın eğitimsel, gelişimsel, tıbbi

ve aile öyküsünü alır. Alınan öykü, okuldan alınan bilgiler ve kişinin ruhsal durum muayenesi bir arada değerlendirilerek tanılanır. Tanı klinik olarak konulur.

- Değerlendirme için psikometrik testlerden yararlanır. Psikometrik testlerde ÖÖB var ya da yok denebilecek bir kesim noktası yoktur, yapılan testler ancak öykü ve klinik ile değerlendirildiğinde anlamlıdır (3). Okuma, yazma ve matematik düzeylerini saptamak için “Özgül Öğrenme Güçlüğü Test Bataryası” kullanılabilir (4). Özgül Öğrenme Güçlüğü Bataryası’nda okuma ve okuduğunu anlama, yazma, harfler, matematik becerileri, öncelik sonralık ilişkileri, Gesell gelişim figürleri, saat çizme, sağ sol ayrımı değerlendirilir (6).
- Öğrenme güçlükleri okul yıllarında başlar ancak etkilenen akademik becerilere duyulan ihtiyaç, kişinin kapasitesini tam aşmadıkça kendini göstermeyebilir. İlerleyen dönemlerde akademik yük arttıkça tanılanabilir (2).
- Akademik başarısızlık birçok hastalıkla ilişkili olabilir. Hasta öğrenme güçlüğüne diğer sebepleri açısından değerlendirilmelidir. Zihinsel kısıtlılık ile ayırmada klinik değerlendirme ve zeka testi performansı kullanılabilir. Zihinsel kısıtlılık profilinde testteki tüm alanlarda düşük skorlar görünmesine karşın ÖÖB’de bazı alt testlerde tutarsız düşük skorlar gözlenir.
- ÖÖB’de en çok etkilenen bilişsel alanlar çalışma belleği, işlem hızı ve sözel kavrama alanıdır (4). Duyu organları ile ilgili bozukluklar ve nörolojik bozukluklar tıbbi değerlendirme ile dışlanmalıdır. Çevresel etmenler dikkate alınmalıdır (2).

## Epidemiyoloji

- DSM-5’te ÖÖB yaygınlığı farklı dil ve kültürlerdeki okul çağı çocukları arasında %5-15 olarak bildirilmiştir. Erkek çocuklar **ÖÖB’den** daha sık etkilenir ve erkek/kız oranı 2:1 ile 3:1 arasında değişir (1).
- Ülkemizde 7-11 yaşlarındaki çocuklarla yapılan bir çalışmada ÖÖB prevalans oranı %6,6; okuma bozukluğu %4, matematik bozukluğu %3,6 ve yazılı anlatım bozukluğu %1,8 olarak bildirilmiştir (7).

## Eş Tanılar

- ÖÖB'ye sıklıkla başka ruhsal bozukluklar eşlik eder. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu(DEHB), anksiyete bozuklukları, depresif bozukluk, davranım bozukluğu ve iletişim bozuklukları sıklıkla ÖÖB ile komorbidite gösterir (7, 8). Bu tanılardan en sık eşlik edeni çeşitli çalışmalarda DEHB olarak gösterilmiştir. Ülkemizde yapılan bir çalışmada eş tanı DEHB oranı %54.8 olarak bildirilmiştir (7).
- Komorbiditesi olan hastalar, komorbiditesi olmayanlara göre genellikle daha ciddi nörobilişsel bozukluk, olumsuz akademik deneyim ve sosyal sonuçlar gösterirler. Komorbiditesi olanların tedaviye yanıtı daha düşüktür (9).

## Tedavi Yaklaşımları

- Sadece ÖÖB'ye özgü ilaç tedavisi ya da özel bir diyet yoktur (4).
- "Öğrenme güçlüğü risk grubunda" olduğu düşünülen çocuklara destek eğitim programları ile bilişsel süreçler, kavramlar, ince motor ve koordinasyon becerilerini geliştirme amaçlı özel eğitim uygulamaları önerilmektedir (10).
- Çocuğun güçlü ve zayıf yanları değerlendirilip kişisel eğitim programı düzenlenir. Programın temelinde eğitimsel müdahaleler yer alır. Tekniklerin seçimi etkilenen alanlara bağlıdır. Erken yıllarda sözel iletişim becerilerini ve temel okuma, yazma ve matematik becerilerini geliştirmeye yoğunlaşılır. Ortaokul döneminde çocukların temel yetilerin yanında kavramları, eleştirel düşünmeyi ve problem çözmeyi de öğrenmeleri gerekir. Program aynı zamanda çocuğun psikososyal ve duygusal gelişimine yönelik bileşenleri de içermelidir. Ebeveyn danışmanlığı ile müdahale edilmelidir (9).
- İlköğretim sürecinde tanı konulan çocuklar çoğunlukla genel eğitim sınıfında kaynaştırma öğrencisi olarak yer alır. Modeller arasında çocuğun gereksinimine göre geçişler yapılabilir (10).
- ÖÖB'ye DEHB, anksiyete bozuklukları, depresyon veya diğer psikiyatrik bozukluklar eşlik ettiğinde, tedavi komorbid psikiyatrik bozukluklara uygun psikiyatrik tedaviyi de içermelidir (3).

## Tedavi hedefleri

Akademik becerilerinin yaş ve zeka seviyesine göre beklenen düzeye yaklaşması, okul ve sosyal alanda işlevselliğinin artırılması, akranlarla ilişkilerinin ve benlik saygısının gelişimi hedeflenir.

## KAYNAKLAR

1. American Psychiatric Association (APA) Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5TR. Washington: APA; 2022.
2. Gökçen C, Karadağ M. Özgül Öğrenme Bozuklukları. Kaplan Sadock Psikiyatri Davranış Bilimleri/Klinik Psikiyatri. Editör: Bozkurt A, Güneş Tıp Kitabevi. Ankara, Baskı 11. s. 1181-1190. 2016.
3. Gokten ES, Duman NS. An Umbrella Disorder: Specific Learning Disorder/Semsiye Bir Bozukluk: Ozgul Ogrenme Bozuklugu. Turk J Child Adolesc Ment Health. 01 Kasım 2020;27(3):126-34.
4. Kılıç BG. Özgül Öğrenme Bozukluğu. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları. Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği. Ankara 4.baskı. s. 87-94. 2021.
5. APA. What Are Specific Learning Disorders? [Internet]. [a.yer 24 Haziran 2024]. Erişim adresi: <https://www.psychiatry.org:443/patients-families/specific-learning-disorder/what-is-specific-learning-disorder>
6. Erden, G., Kurdoğlu, F., & Uslu, R. İlköğretim Okullarına Devam Eden Türk Çocuklarının Sınıf düzeylerine Göre Okuma Hızı ve Yazım Hataları Normlarının Geliştirilmesi. Türk Psikiyatri Dergisi. 2002; 13(1), 5–13.
7. Büber A, Başay Ö, Şenol H. The prevalence and comorbidity rates of specific learning disorder among primary school children in Turkey. Nord J Psychiatry. Ağustos 2020;74(6):453-60.
8. Margari L, Buttiglione M, Craig F, Cristella A, de Giambattista C, Matera E, vd. Neuropsychopathological comorbidities in learning disorders. BMC Neurol. 13 Aralık 2013;13(1):198.
9. Polat Tüysüz B. Özgül Öğrenme Bozukluğu. Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi - Güncel Yaklaşımlar ve Temel Kavramlar. Akademisyen Kitabevi ,Ankara Cilt 1. Baskı 1. s. 293-299. 2020.
10. Girli A. Öğrenme Güçlüğü Olan Çocukların Eğitimleri. Öğrenme Güçlükleri. Editör:S.S. Yıldırım Doğru. Eğiten Kitap. Ankara, Baskı 1. s. 227-266. 2012.