

PSİKİYATRİ

Sağlık Kurulu El Kitabı

Editör: Doç. Dr. Hülya ERTEKİN

ARTİKEL AKADEMİ: 361

Sağlık Bilimleri Temel Alanı

Psikiyatri Sağlık Kurulu El Kitabı

Editör: Doç. Dr. Hülya ERTEKİN

Çanakkale 18 Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi

ISBN 978-625-6627-85-7

Birinci Basım Temmuz- 2025

Kapak: Artikel Akademi

Ofset Hazırlık: Artikel Akademi

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 - 2025

Akademik etik kurallara
bağlı kalınarak yapılacak olan alıntılar ve tanıtım maksadıyla yapılacak
olan kısa alıntılar dışında, yazılı izni alınmadan, tümünün veya bir
kısımının 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

PSİKİYATRİ

Sağlık Kurulu El Kitabı

Editör: Doç. Dr. Hülya ERTEKİN

YAZARLAR:

Ceren ÖZAĞAÇHANLI

İlhan Ahmet ÇETİNER

Kamuran KARAKÜLAH

Mahmut SELÇUK

Muhammet SEVİNDİK

Muhammed Çağrı ZENGİN

Oğuzhan ŞENEL

Ömer Faruk UYGUR

artikol
akademi

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ.....	7
1. BÖLÜM	
ZEKA İŞLEV BOZUKLUKLARI.....	9
Muhammed Çağrı ZENGİN	
2. BÖLÜM	
DUYGUDURUM BOZUKLUKLARININ SAĞLIK KURULLARINDA DEĞERLENDİRİLMESİ.....	25
Ömer Faruk UYGUR & Oğuzhan ŞENEL	
3. BÖLÜM	
ANKSİYETE BOZUKLUKLARI (PANİK BOZUKLUK, YAYGIN ANKSİYETE BOZUKLUĞU, AGORAFOBİ) VE TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞUNUN SAĞLIK KURULUNDA DEĞERLENDİRİLMESİ Ömer Faruk UYGUR & Ceren ÖZAĞAÇHANLI	41
4. BÖLÜM	
SOMATOFORM BOZUKLUKLAR, OBSESİF-KOMPULSİF BOZUKLUKLAR VE YEME BOZUKLUKLARININ SAĞLIK KURULUNDA DEĞERLENDİRİLMESİ.....	55
Ömer Faruk UYGUR & Ceren ÖZAĞAÇHANLI	
5. BÖLÜM	
ŞİZOFRENİ	71
İlhan Ahmet ÇETİNER	

6. BÖLÜM

SANRISAL BOZUKLUK 91

Mahmut SELÇUK

7. BÖLÜM

KİŞİLİK BOZUKLUKLARININ SAĞLIK KURULLARINDA
DEĞERLENDİRİLMESİ..... 101

Muhammet SEVİNDİK

8. BÖLÜM

PSİKOAKTİF MADDE KULLANIMINA BAĞLI
RUHSAL VE DAVRANIŞSAL BOZUKLUKLAR SAĞLIK KURULLARINDA
DEĞERLENDİRİLMESİ..... 109

Kamuran KARAKÜLAH

ÖNSÖZ

Ruh sağlığı, bireyin yalnızca kendi yaşam kalitesini değil, aynı zamanda toplumsal işlevselliğini ve sosyal uyumunu da doğrudan etkileyen temel bir bileşendir. Günümüzde, psikiyatrik hastalıkların tıbbi, sosyal ve hukuki yönleri giderek daha karmaşık hâle gelirken, psikiyatri uzmanlarının sağlık kurulu değerlendirmelerindeki rolü de artan bir önem kazanmaktadır.

Bu kitap, psikiyatri sağlık kurulu değerlendirmeleri sırasında karşılaşılan temel kavramları, yasal düzenlemeleri, tanı gruplarını sistematik bir şekilde ele almayı amaçlamaktadır. Sağlık kurulu başvurularında iş gücü kaybı, maluliyet alanlarında ruhsal hastalıkların nesnel ve bilimsel bir temelde değerlendirilmesi büyük önem taşır. Bu bağlamda eserimiz, klinik bilgiyle mevzuatın kesiştiği noktada, pratik bir kılavuz olma niteliği taşımaktadır.

Kitapta emeği geçen tüm meslektaşlarıma ve yayınlanma sürecinde sınırsız destek sağlayan Artikel Akademi Yayın Yönetmeni Aysel AKDAŞ’a teşekkür ederim. Kitabın, ruh sağlığı alanında daha sistemli, etik ve bilimsel bir kurumsal değerlendirme sürecine katkı sunması dileğiyle...

Editör
Doç. Dr. Hülya ERTEKİN

1. BÖLÜM

ZEKA İŞLEV BOZUKLUKLARI

Uzman Dr. Muhammed Çağrı ZENGİN

Şanlıurfa Eğitim Araştırma Hastanesi,

ORCID-ID:0000-0001-6531-0091

TANIM

Zekâ işlev bozukluklarına sahip bireyler için uluslararası alanda tanımlama, teşhis ve sınıflandırma sistemlerinde farklılıklar bu üç aşama arasında net bir ayırım yapma ihtiyacını göstermiştir. Önceden zekâ geriliği olarak bilinen zihinsel yetersizlik, Amerika Zihinsel ve Gelişimsel Yetersizlikler Birliği (AAIDD) tarafından; 22 yaşından önce ortaya çıkan hem zihinsel işlevsellikte hem de uyumlu davranışlarda önemli sınırlamalarla karakterize olan bilişsel ve sosyal kısıtlamalarla karakterize bir yetersizlik olarak tanımlanmaktadır. Birey 22 yaşına gelmeden önce başlangıç yaşı kriteri, önemli beyin gelişiminin 20’li yaşlarda da devam ettiğini gösteren son araştırmalara dayanmaktadır. Gelişmiş görüntüleme teknikleri kullanılarak yapılan araştırmalar, insan beyninin kortikal gri madde hacmi, korpus kallozum ve beyaz madde dahil olmak üzere bir dizi kritik bölgesinin erken yetişkinlik döneminde büyümeye ve gelişmeye devam ettiğini belgelemiştir. Zihinsel engellilik bazı bölgesel farklılıklarla birlikte nüfusun %1 ila %3’ü arasında bildirilen bir prevalansa sahiptir. Zihinsel yetersizliği olan çoğu kişi, altta yatan biyolojik bir nedenin tanımlanma olasılığının daha düşük olduğu hafif zihinsel yetersizliğe sahiptir; oysa ağır ve çok ağır derecede zihinsel yetersizliği olan kişilerin küçük bir yüzdesinde, altta yatan biyolojik bir nedenin tespit edilmesi kuvvetle muhtemeldir. Down sendromu ve frajil X sendromu gibi genetik nedenler; alkol veya uyuşturucu kullanımı, kötü beslenme, enfeksiyonlar (toxoplazma, CMV) veya preeklamsi gibi gebelik sırasında yaşanan sağlık problemleri; zorlu doğum, hipoksi, prematür doğum gibi perinatal problemler; menenjit, ensefalit, şiddetli kafa travması gibi doğum

sonrası nedenler; yetersiz uyarıcı çevre, aşırı yoksulluk, eğitim olanaklarına erişememek gibi çevresel ve psikososyal nedenler gibi birçok neden zihinsel yetersizliğin sebebi olabilir .

Sınıflandırmaya Özgü Klinik Özellikler

Zihinsel yetersizlik teşhisinin temel amaçları, bir bireyde zihinsel yetersizlik varlığını doğru bir şekilde saptamak ve raporlamak; ilgili yardımlar, destekler ve hizmetler için uygunluğu belirlemek; insidans ve prevalansı takip etmek ve zihinsel yetersizliği olan bireylerin yaşamlarının önemli yönlerini araştırmaktır. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı'na (DSM-V) göre, entelektüel işlevdeki eksiklikler arasında akıl yürütme, problem çözme, planlama, soyut düşünme, yargılama, akademik öğrenme ve deneyimden öğrenme yer almaktadır. DSM-5 zihinsel yetersizliğin seviyeleri IQ skoruna göre değil de uyumsal işleyiş temeline göre belirlenmektedir. Önceki tanı kılavuzlarından farklı olan bu değişiklik uyumsal işlevin gereken destek düzeyini belirlemesi nedeniyle DSM-5 tarafından kabul edilmiştir. DSM-5'e göre zihinsel yetersizliğin düzeyini belirleme, işlevselliğin kavramsal bir alanda (örn. akademik beceriler), sosyal alanda (örn. ilişkiler) ve pratik bir alanda (örn. Kişisel hijyen) değerlendirmesini içermektedir. AAIDD'nin El Kitabının 12. Baskısında zihinsel yetersizlik sınıflandırmasının bir teşhis olmadığı, teşhis sonrası isteğe bağlı bir düzenleme şeması olduğu vurgulanır. Zihinsel işlevlerin değerlendirilmesi için güvenilir, geçerli ve bireysel olarak uygulanan, kapsamlı ve standartlaştırılmış, genel nüfusa göre normlandırılmış ve tam ölçekli bir IQ puanı veren bir testin kullanılması gerekir. Adaptif davranışın değerlendirilmesi için güvenilir, geçerli ve bireysel olarak uygulanan, kapsamlı ve standartlaştırılmış, genel popülasyona göre normlandırılmış ve üç adaptif davranışın (kavramsal, sosyal ve pratik) her birinin bir ölçüsünü veren bir testin kullanılması gerekir. Tüm test puanları, kullanılan spesifik, bireysel olarak uygulanan test için standart ölçüm hatasına dayalı %95 güven aralığı dikkate alınarak yorumlanmalıdır. Klinik yargı, değerlendirme sürecinin en önemli bir parçasından birisidir. Böylece zihinsel yetersizliğine ilişkin biyomedikal, psikoeğitimsel, sosyokültürel ve adalette, her bir perspektif, kullanılan temel kavramlar, engelliliğin algılanan yeri, tanımlanan risk faktörleri ve ilgili müdahaleler ve destekler aracılığıyla kimliğin bütüncül bir şekilde anlaşılmasına katkıda bulunacak, kişi merkezli, özerkliği destekleyen, kapsayıcı bir ortam sağlayan, koordineli ve sonuç odaklı destek sistemleri ağı oluşturulabilecektir.

İnsan işlevselliğine çok boyutlu bir yaklaşım beş boyutu kapsar: zihinsel

işlevsellik, uyumlu davranış, sağlık, katılım ve kapsam. Çok boyutlu bir insani işlevsellik modeli, bu beş boyutu etkileşimli destek sistemleri ve insani işlevsellik sonuçlarıyla bütünleştirir. Engelliliğin kavramsal çerçevesi ve tanımı, yıllar içinde ağırlıklı olarak tıbbi bir modelden, engelliliğin tıbbi, sosyal ve işlevsel yönlerini kapsayan ve işlevsel olarak birleştiren daha geniş bir modele doğru evrilmiştir. Bu nedenle Dünya Sağlık Örgütü (WHO), Tıbbi engellilik modeline sosyal, toplumsal ve çevresel bileşenleri ekleyerek bütüncü bir yaklaşımla Uluslararası İşlevsellik, Engellilik ve Sağlık Sınıflandırmasını geliştirmiştir.

Dünya Sağlık Örgütü Uluslararası İşlevsellik, Engellilik ve Sağlık Sınıflandırması	
Normal fonksiyon	Normal fonksiyon eksikliği
Vücut fonksiyonu: vücudun fizyolojik fonksiyonları	Vücutla ilgili problemler önemli bir sapma veya kayıp olarak işlev görür
Vücut yapıları: vücudun anatomik kısımları	Önemli bir sapma veya kayıp olarak yapıdaki sorunlar
Etkinlik: bir görevin veya eylemin bir birey tarafından yürütülmesi	Aktivite sınırlaması: Bir bireyin faaliyetleri yürütürken yaşayabileceği zorluklar
Katılım: bir yaşam durumuna dahil olma	Katılım kısıtlamaları: Bir bireyin yaşam durumuna katılımında yaşayabileceği sorunlar
İşlevsellik: vücut işlevlerini, vücut yapılarını, aktiviteleri ve katılımı kapsamak için kullanılan küresel bir terim	Engellilik: Vücut fonksiyonları, vücut yapıları, aktivite sınırlamaları ve katılım kısıtlamaları ile ilgili sorunları kapsamak için kullanılan küresel bir terim

Zihinsel yetersizlik için yaygın olarak kabul gören tanım ve sınıflandırma sistemleri, kavramsal, sosyal ve pratik alanlar açısından uyarlanabilir işlevselliği dikkate almaktadır. Uyum sağlamadaki eksiklikler, kişisel bağımsızlık ve sosyal sorumluluk için gelişimsel ve sosyokültürel standartların karşılanamamasına neden olur. Bir dizi faktör, ev, okul, iş ve toplum gibi birden fazla ortamda iletişim, sosyal katılım ve bağımsız yaşam gibi günlük yaşamın bir veya daha fazla aktivitesinde uyarlanabilir işlevselliği kolaylaştırabilir veya engelleyebilir. Entelektüel işlevsellik düzeyi, iletişim yeteneği, örgün eğitim için fırsat ve destek, sosyalleşme kişilik sosyo-kültürel deneyimler mesleki fırsat komorbid ruh sağlığı koşulları ilişkili tıbbi durumlar aile, kurum ve toplum temelli destek sistemlerine erişim adaptif fonksiyonlara modifiye edilebilecek faktörlerdir.

Uyarlanabilir İşleyiş Alanları	
ALAN	ANAHTAR BİLEŞENLER VEYA İŞLEVLER
Kavramsal	Hafıza, dil, okuma, yazma, matematiksel akıl yürütme, pratik bilgi edinme, problem çözme, yeni durumlarda yargılama
Sosyal	Başkalarının düşünceleri, duyguları ve deneyimleri hakkında farkındalık; empati, kişilerarası iletişim becerileri; arkadaşlık geliştirme yeteneği, Sosyal yargı
Pratik	Bakım; iş sorumlulukları, para yönetimi, rekreasyon, davranışın kendi kendini yönetmesi, okul ve iş görevi organizasyonu

Ülkemizde, Engellilik oranlarının değerlendirilmesi işlemleri, 30.03.2013 tarih ve 28603 sayılı Resmî Gazetede yayınlanarak yürürlüğe giren “Engellilik Ölçütü, Sınıflandırması ve Engellilere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmelik” hükümleri kapsamında yapılır. Bu kapsamda organ

veya vücut sistemlerine göre bölümlere ayırarak, hangi durumda ne kadar engellilik oranı verilmesi gerektiği hususunda bir oran cetveli hazırlanmıştır.

Entelektüel Yetersizlik Engel Oranları:

Zekâ Düzeyi (IQ)	Tanım	Engel Oranı (%)
50–69 arası (hafif)	Hafif Düzeyde zihinsel yetersizlik	40
35–49 arası (orta)	Orta Düzeyde zihinsel yetersizlik	50
20–34 arası (ağır)	Ağır Düzeyde zihinsel yetersizlik	80
20 ve altı (çok ağır)	Çok Ağır zihinsel yetersizlik	90

Bu oranlar, bireyin adaptif davranış becerileri ve günlük yaşam aktivitelerindeki yetersizlik ile değerlendirilir. Yani sadece IQ’ya değil, bireyin işlevselliğine de bakılır. Ağır düzeyde zihinsel yetersizlik ve çok ağır zihinsel yetersizlik, ağır düzeyde çalışma gücü kaybına neden olan durumlardır. Hafif zihinsel yetersizlik ve orta zihinsel yetersizlik orta düzeyde çalışma gücü kaybına neden olan durumlardır.

Zihinsel Yetersizlikte Sınıflandırmaya Özgü Klinik Bulgular Tablosu

Ağırlık Düzeyi	Kavramsal Alan	Toplumsal Alan	Uygulamalı alan
Hafif IQ, 50-70 arasındadır	Karmaşık dil ve akademik becerileri edinme ve anlamada zorluk çekerler Sınıf düzeyine eşdeğer akademik becerilere ulaşabilirler Dil zorluğuna ek olarak, hafif zihinsel engelli kişiler aritmetik ve yazma becerilerinde de zorluk çekerler Uygun destekle okuma, yazma ve matematikte temel beceriler geliştirebilirler Çoğu basit mektuplar yazabilir ve basit bir iş başvurusunu tamamlayabilir Planlama, organize etme, öncelik belirleme ve soyut düşünme gibi yönetici işlevlerde eksiklikler ve sınırlamalar vardır -Kısa süreli hatırlama gerektiren görevlerde sınırlamalar göstermektedirler	Başkaları tarafından manipüle edilme riski altındadır Sosyal söylem ve etkileşimlerin normlarını doğru bir şekilde yargılama veya anlama konusunda sınırlı yetenek gösterirler Sosyal durumlardaki davranışları başkaları tarafından olgunlaşmamış veya uygunsuz olarak değerlendirilebilir Araba kullanmayı ve toplu taşımayı da öğrenebilirler Sağlık hizmeti ve yasal kararlar alma konusunda yardıma ihtiyaç duyarlar Yetişkin olduklarında temel mesleki becerileri edinebilirler ve akademik veya kavramsal becerilerin uygulanmasını gerektirmeyen işlerde çalışabilirler	Günlük ev işleri, pratik ve kişisel bakım faaliyetleri için ihtiyaç duydukları becerilerin çoğunu edinebilirler -Ücretli bir işte çalışabilecek ve günlük yaşam aktivitelerinde bağımsızlıklarını sürdürebilecek kadar yeterli becerilere sahip olabilirler -Beklenen zamanda işe gelme, görevi başında kalma ve iş arkadaşlarıyla uygun sosyal etkileşimlerde bulunma gibi basit istihdamla ilgili becerileri öğrenebilirler -Yetişkin olarak 9-11 yaşlarındaki zihinsel yaşta işlev görür -Kişisel bakım, alışveriş, yemek hazırlama ve para yönetimi gibi günlük yaşam aktivitelerinde aralıklı desteğe ihtiyaç duyarlar

Ağırlık Düzeyi	Kavramsal Alan	Toplumsal Alan	Uygulamalı alan
Orta IQ, 35-50 arasındadır	Çocuklarda temel dil becerilerinin edinim hızı yavaştır Dilin edinimi ve gelişimi, öğrenme ve akademik becerilerde yeterlilik kazanma yeteneği sınırlıdır Okuma, yazma, matematik ve temel kavramları anlamayı gerektiren diğer becerilerde önemli sınırlamalar gösterir Bazı temel beceriler geliştirebilirler, örneğin görsel kelime okuma, bilgiyi kopyalama ve sayıyı öge sayısına eşleştirme yeteneği İlkokulun erken dönemine eşdeğer akademik beceriler edinebilirler	Sosyal iletişimde, kişilerarası etkileşimlerde ve yaş ve sosyal bağlam için beklenen davranış normlarını anlamada zorluk yaşarlar Sürekli destekle, anlamlı aile ve kişisel ilişkiler geliştirebilirler. Sosyal karar alma ve sosyal muhakemede sınırlamaları vardır Uyumsuz davranışların gelişimi önemli bir endişe kaynağıdır ve bu durum sosyal etkileşimlerde ve ilişkilerde zorluğa daha fazla katkıda bulunabilir	Yetişkin olarak günlük yaşam aktivitelerinde bağımsızlıklarını koruyabilmek ve kazançlı bir işte çalışmaya devam edebilmek için önemli düzeyde sürekli desteğe ihtiyaç duyarlar Devam eden destek ve eğitimle temel günlük yaşam ve iş becerileri edinebilirler. Günlük aktivitelerde ve iş ile ilgili görevleri yerine getirirken sürekli gözetim ve rehberliğe ihtiyaç duyarlar. Yetişkin olarak yaklaşık 6-8 yaşlarında zihinsel işlevlerini yerine getirirler Yemek yeme, giyinme, tuvalet ihtiyacını giderme ve kişisel hijyen gibi öz bakım ve günlük yaşam görevlerinde göreceli bağımsızlığa ulaşabilir

Ağırlık Düzeyi	Kavramsal Alan	Toplumsal Alan	Uygulamalı alan
Ağır IQ, 20-35 arasındadır	Zihinsel işlevlerdeki şiddetli eksikliğe ek olarak, zihinsel ve adaptif işlevleri daha da sınırlayan motor bozuklukları ve diğer ilişkili durumlar da olabilir Dil ve iletişim yetenekleri önemli ölçüde sınırlıdır. Temel ihtiyaçlarını iletmek için sıklıkla jestler kullanırlar. İlkokulun erken dönemine eşdeğer akademik beceriler edinebilirler Konuşma dilinde önemli sınırlamaları vardır; iletişim tek kelime veya ifadelerin kullanımıyla sınırlı olabilir İletişim yetenekleri, destekleyici iletişim yöntemlerinin kullanımıyla geliştirilebilir. Sayı, miktar, zaman, para yönetimi ve problem çözme kavramlarını anlamada önemli sınırlamaları vardır	Sosyal etkileşimleri ve ilişkileri büyük ölçüde yakın aile üyeleri ve bakıcılarla sınırlıdır Kendilerinin veya başkalarının refahını etkileyebilecek sağlam yargılarda bulunma veya kararlar alma yeteneğine sahip değildirler ve sürekli gözetim gerektirirler Kendine zarar verme de dahil olmak üzere uyumsuz davranışlar, şiddetli zihinsel engellilik sorunu olan kişilerde önemli bir endişe kaynağıdır	Günlük yaşam aktivitelerinde kapsamlı, düzenli, tutarlı ve yaşam boyu desteğe ihtiyaçları vardır ve bakıma bağımlıdırlar Öz bakım ve kişisel hijyen dahil olmak üzere günlük yaşamın tüm aktivitelerinde yoğun desteğe ihtiyaç duyar Yetişkin olarak 3 ila 5 yaş arasındaki zihinsel yaşta işlev görürler

Ağırlık Düzeyi	Kavramsal Alan	Toplumsal Alan	Uygulamalı alan
Çok Ağır IQ, 20 ve altı	Yaklaşık 3 yaşında zihinsel engellilik işlevini yerine getirir ve tüm ortamlarda yüksek yoğunluklu, yaygın desteğe ihtiyaç duyarlar Öz bakım, idrar ve dışkı tutma, iletişim ve hareket kabiliyetinde önemli kısıtlamaları vardır. Tam bir bakım veya hemşirelik bakımına ihtiyaç duyabilirler ve tamamen bakıma bağımlıdırlar -Akademik veya kavramsal becerilerde önemli eksiklikler vardır. Yoğun ve sürekli öğretim ve yardımla, ilişkili motor veya duysal bozuklukları olmayan ağır zeka geriliğine sahip bir kişinin öz bakım için bir miktar kapasite geliştirmesi mümkündür	Motor ve duysal bozukluklar gibi motor, adaptif veya sosyal becerilerin edinilmesini ve kullanımını daha da sınırlayan diğer bozukluklarla da ilişkilidir. Bazıları, artırıcı iletişim yöntemlerini kullanarak sözel olmayan iletişim için bir miktar kapasite geliştirebilir. -Tanıdık kişilere veya bakıcılara jestler ve yüz ifadeleriyle duysal ipuçlarıyla yanıt verebilir	Sürekli gözetime ihtiyaç duyar ve günlük yaşamın tüm yönlerinde tamamen bakıma bağımlıdır.

DEĞERLENDİRME:

Değerlendirme psikiyatrik muayene ile yapılır. Zihinsel yetersizliği olan kişinin değerlendirmesinde başlıca amaç tanıya ve sınıflamaya yönelik değerlendirme sorularının sorulması, geçerli ve bireysel olarak uygulanan, tam ölçekli bir IQ puanı veren bir testin kullanılması ile değerlendiren hekimin klinik yargısı kapsamlı analiz edilerek engel oranı ve kapasite durumunu içeren rapor düzenlenir. Bu raporun kapsamı gereken temel bölümler aşağıdaki gibidir:

- Kimlik ve Tanıtıcı Bilgiler: Adı, soyadı, T.C. kimlik numarası, Doğum tarihi, yaşı, cinsiyeti, başvuru tarihi
- Psikiyatrik Değerlendirme: Başvuru nedeni ve öyküsü, psikiyatrik hastalık geçmişi, alınan tedaviler, ilaç kullanımı
- Madde Kullanımı: Alkol, sigara, madde kötüye kullanımı (kullanım süresi, sıklığı)
- Tıbbi Özgeçmiş & Aile Öyküsü: Fiziksel hastalıklar, nörolojik öykü. Ailede ruhsal hastalık varlığı.
- Ruhsal Durum Muayenesi (RDM): Görünüm, konuşma, duygulanım, duygudurum, düşünce süreci, algı, bilişsel işlevler, içgörü, düşünce içeriği, algı, uyku, iştah, enerji düzeyi
- Zihinsel yeterlilik değerlendirmesi: Karar verme, riskleri değerlendirme, kendi işlerini yürütebilme becerisi
- Uygulanan zekâ testinin bölüm skorları ve toplam skor sonuçları
- Tanı ve Sonuç: DSM-5 ya da ICD-10 koduyla belirtilir
- Engel oranı (varsa, yüzdelik olarak)
- Kapasite durumu (çalışabilir, çalışamaz, asker olur/olmaz, ehliyet alabilir/almaz gibi)
- Uzmanın Bilgileri: Raporu düzenleyen uzmanın adı-soyadı, unvanı (Psikiyatri Uzmanı), kurum adı, kaşe, imza, tarih

Kullanılan Ölçekler-Testler

Kullanılan zekâ testleri, bireyin genel zihinsel kapasitesini, bilişsel işlevlerini, öğrenme potansiyelini ve bazı durumlarda duygusal-sosyal uyumunu değerlendirmek amacıyla kullanılır. Bu testler yaş gruplarına ve değerlendirme amacına göre farklılık gösterir. Çocuklar için en sık kullanılan zekâ testleri:

- WISC-R (Wechsler Intelligence Scale for Children - Revised), 6 – 16 yaş aralığında, sözel ve performans bölümleri içerir. Türkiye’de uzun yıllar en yaygın kullanılan testtir.
- Denver II, 0-6 yaş aralığında, Gelişimsel tarama testi; zekâ testi değil ama bilişsel gelişimi izlemek için kullanılır.

Erişkinler için en sık kullanılan zekâ testleri:

- **WAIS-IV** (Wechsler Adult Intelligence Scale), 16-90 yaş aralığında, WISC’in yetişkin versiyonudur. En yaygın kullanılan bireysel yetişkin zekâ testidir.
- Leiter-3, 3 – 75 yaş aralığında, Dil becerisi gerektirmez, otizm ve dil problemi olan bireyler için idealdir.

Zekâ testleri mutlaka bu konuda eğitim almış **psikologlar** ya da **psikiyatristler** tarafından uygulanmalı ve yorumlanmalıdır. Testin geçerliliği için uygulama kurallarına tam uyulması gerekir. WISC-R ve WAIS-IV, Türkiye standardizasyonu yapılmıştır. Her ikisi de **bireysel olarak** uygulanır. Hem **sözel (verbal)** hem **performans (non-verbal)** alt testleri içerir. Zekâ puanını **IQ olarak** verir (genel zeka düzeyi + alt alan puanları).

WAIS-IV, en güncel versiyondur, elde edilen puanlar, kişinin genel zihinsel işlevselliği ve bilişsel profili hakkında detaylı bilgi verir. Bu puanlar sadece bir “IQ skoru” değil; aynı zamanda bireyin güçlü ve zayıf yönlerini de gösteren alt test puanlarını da içerir. Tam Ölçekli Zekâ Puanı (FSIQ), genel zekâ düzeyini gösterir. Ortalama: 100, Standart sapma: 15’tir. Test skoru >130 ise üstün zekâ, 109–90 ortalama, 80-89 düşük ortalama, 79-70 sınır zeka, <70 zihinsel yetersizlik anlamına gelir. Alt Testler, Her indeks farklı alt testlerden oluşur. Örn: VCI → Benzerlikler, Sözcük Dağarcığı, Bilgi. Her alan için ortalama: 100 Kişinin güçlü ve zayıf yönlerini analiz etmek için kullanılır. Öğrenme güçlüğü, dikkat eksikliği, zihinsel yetersizlik gibi durumların anlaşılmasına yardımcı olur. 4 Temel Bilişsel İndeks (Alt Alanlar): VCI: Sözel anlama – Dil ve genel bilgi, PRI: Algısal akıl yürütme – Görsel-mekânsal analiz, WMI: Çalışma belleği – Kısa süreli bellek, dikkat, PSI: İşleme hızı – Hızlı bilgi işleme, görsel tarama

İşlevsel değerlendirmeye yönelik sorulacak sorular

Kavramsal alanı değerlendirmek için sorulacak sorular

Beceri Alanı	Soru
Hafıza	“Masa, elma, kedi, kitap, araba” → Hatırladıklarını yaz.
Hafıza	İlk okul öğretmeninin adını hatırlıyor musun?
Dil	“Bir taşla iki kuş vurmak” ne anlama gelir?
Dil	Hayalindeki mesleği anlatır mısın?
Okuma	“Ali sabah erkenden kalktı...” → Ali ne yaptı?
Yazma	“En sevdiğim gün...” paragrafı yaz.
Matematiksel Akıl Yürütme	2 kalem ve 1 defter kaç TL eder?
Pratik Bilgi Edinme	Musluk bozulursa ne yaparsın?
Problem Çözme	Okul servisini kaçırdın. Ne yaparsın?
Yeni Durumda Yargılama	Tanımadığın ülkeye taşındın. İlk gün ne yaparsın?

Sosyal alanı değerlendirmek için sorulacak sorular

Beceri Alanı	Soru
Başkalarının Düşünceleri, Duyguları ve Deneyimleri Hakkında Farkındalık	Bir arkadaşın üzgün görünüyorsa ne hissediyor olabilir? Sınıfta biri konuşurken diğerlerinin onu dinlememesi hakkında ne düşünürsün? Bir kişi sana kızgınsa bu onunla ilgili ne anlatır?

Empati	Bir arkadaşın sınavdan düşük not aldı. Ona ne söylemek isterdin? Yeni bir okula gelen biriyle ilk gün nasıl ilgilenirdin? Bir arkadaşın ağlıyorsa ne yaparsın?
Kişilerarası İletişim Becerileri	Grupla çalışırken herkes konuşmak istiyor. Ne yaparsın? Sana hoşuna gitmeyen bir şey söylendiğinde nasıl tepki verirsın?
Arkadaşlık Geliştirme Yeteneği	Yeni biriyle tanışmak için neler yaparsın? Hiç arkadaşını kaybettin mi? Neden olduğunu düşünüyorsun?
Sosyal Yargı	Başkasının eşyasını izinsiz almak sence ne anlama gelir? Biri okulda yalnız kalıyorsa diğerleri ne yapmalı?

Tabloyla Özetleme

Pratik alanı değerlendirmek için sorulacak sorular	
Beceri Alanı	Soru
Bakım (Kişisel bakım, hijyen vb.)	Her sabah güne nasıl hazırlanırsın? Diş fırçalamak, üst baş düzeni gibi şeyleri yapar mısın? Kıyafetlerini ne sıklıkla değiştirirsin ve temizliğini nasıl sağlarsın?
İş Sorumlulukları (Ev işleri, görev alma vb.)	Evde hangi görevlerde sana düşen işler var? Bunları düzenli yapar mısın? Çöpü dışarı çıkarmak ya da sofrayı kurmak gibi görevleri hatırlamak için ne yaparsın?
Para Yönetimi	Aylık para kazanıyorsun diyelim. Bunu nasıl kullanırsın? Bir şeyi çok istiyorsun ama pahalı. Ne yaparsın? Hiç para biriktirmeyi denedin mi? Nasıl?
Rekreasyon (Boş zamanları değerlendirme, hobi geliştirme vb.)	Boş zamanlarında neler yaparsın? Sürekli aynı şeyleri mi yoksa çeşitli aktiviteler mi? Hiç yeni bir hobi edinmeye çalıştın mı? Ne hissettin?
Davranışın Kendi Kendini Yönetmesi	Bir şey seni çok sinirlendirdiğinde ne yaparsın? Hatalı bir şey yaptığını fark ettiğinde nasıl düzeltmeye çalışırsın?
Okul ve İş Görevi Organizasyonu	Bir işi sıraya koyman gerekse nasıl önceliklendirirsin? Ödevlerini ve sınav tarihlerini nasıl hatırlarsın? Not alır mısın?

Zihinsel yetersizlik 22 yaşından önce ortaya çıkan hem zihinsel işlevsellikte hem de uyumlu davranışlarda önemli sınırlamalarla karakterize olan bilişsel ve sosyal kısıtlamalarla karakterize bir yetersizliktir
Zihinsel yetersizliğin düzeyini belirleme, işlevselliğin kavramsal bir alanda (örn. akademik beceriler), sosyal alanda (örn. ilişkiler) ve pratik bir alanda (örn. Kişisel hijyen) değerlendirmesini içermektedir.
Zihinsel yetersizlik de tanı ve sınıflama anemnez, ruhsal durum muayenesi, zeka testi sonuçları ve klinisyenin yargısı ile yapılır
- Hafif Zihinsel yetersizlik, IQ, 50 ile 70 arasındadır, engel oranı %40'tır. - Orta Zihinsel yetersizlik, IQ, 35 ile 50 arasındadır, engel oranı %50'dir. - Ağır Zihinsel yetersizlik, IQ, 20 ile 35 arasındadır, engel oranı %80'dir. - Çok ağır Zihinsel yetersizlik, IQ, 20 altındadır, engel oranı %90'dır.
WAIS-IV, Türkiye'de en sık kullanılan yetişkin zeka testidir, Türkçe geçerlilik ve standardizasyonu yapılmıştır. Zeka puanını IQ olarak verir
İşlevsel değerlendirmeye yönelik sorulan sorular bireyin kavramsal, sosyal ve beceri alanlarını değerlendirir.

KAYNAKLAR

1. Criteria [Internet]. Available from: <https://www.aaid.org/intellectual-disability/definition>
2. Patel DR, Cabral MD, Ho A, Merrick J. A clinical primer on intellectual disability. Transl Pediatr. 2020;9(Suppl 1):S23.
3. Patel DR, Apple R, Kanungo S, Akkal A. Narrative review of intellectual disability: definitions, evaluation and principles of treatment. Pediatric Medicine. 2018;1(0).
4. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan and Sadock's Pocket Handbook of Clinical Psychiatry. 6th ed. Lippincott Williams & Wilkins.
5. Osório FL, Loureiro SR, Hallak JEC, Machado-de-Sousa JP, Ushirohira JM, Baes CVW, et al. Clinical validity and intrarater and test-retest reliability of the Structured Clinical Interview for DSM-5 – Clinician Version (SCID-5-CV). Psychiatry Clin Neurosci. 2019;73(12):754–760.
6. Schalock RL, Luckasson R, Tassé MJ. Intellectual disability: Definition, diagnosis, classification, and systems of supports. 12th ed. American Association on Intellectual and Developmental Disabilities.
7. Schalock RL, Luckasson R, Tassé MJ. An overview of intellectual disability: Definition, diagnosis, classification, and systems of supports (12th ed.). Am J Intellect Dev Disabil. 2021;126(6):439–442.
8. World Health Organization. Intellectual Disability WHO-EM/MNH/221/E [Internet]. Available from: www.emro.who.int/mnh
9. Sezgin N, Baştuğ G, Yargıcı Karaağaç S, Yılmaz B. WECHSLER Yetişkinler İçin Zekâ Ölçeği Gözden Geçirilmiş Formu (WAIS-R) Türkiye Standardizasyonu: Ön Çalışma 1. Ankara Üniversitesi Dil ve Tarih-Coğrafya Fakültesi Dergisi. 2014;54:451–480.

2. BÖLÜM

DUYGUDURUM BOZUKLUKLARININ SAĞLIK
KURULLARINDA DEĞERLENDİRİLMESİ

Doç. Dr. Ömer Faruk UYGUR

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi

ORCID-ID:0000-0003-2376-5113

Uzman Dr. Oğuzhan ŞENEL

Bingöl Devlet Hastanesi

ORCID-ID:0000-0002-3237-5275

1. Duygudurum Bozuklukları Tanımı

Duygudurum bozuklukları, dünya genelinde oldukça sık karşılaşılan, farklı klinik görünüm sergileyen, çeşitli tanı kategorileri altında sınıflandırılan, tekrarlayıcı ve kronik seyirli psikiyatrik hastalıklar grubunu oluşturur. **Psikiyatrik hastalıklar içerisinde en sık karşılaşılan bozukluklar arasında yer almakta; yaşam boyu yaygınlık oranları, toplum temelli çalışmalarda %10 ila %20 arasında bildirilmektedir (1).** Bu bozukluklar, bireyin yaşam kalitesini ciddi şekilde etkileyen **bilişsel, duygusal ve davranışsal alanlarda işlev kayıplarına** ve psikososyal açıdan olumsuz sonuçlara yol açar. Amerikan Psikiyatri Birliği'nin Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı-5 (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM) tanı kılavuzu, duygudurum bozukluklarını iki ana başlık altında inceler: depresif bozukluklar ve bipolar ile ilişkili bozukluklar (2). Öte yandan, Dünya Sağlık Örgütü'nün Hastalıkların ve Bağlantılı Sağlık Sorunlarının Uluslararası Sınıflandırılması-11 (International Classification of Diseases and Related Health Problems,

ICD) sınıflandırmasında depresif, manik, karma ve hipomanik dönemler ayrı ayrı tanımlanmış; tanı kodlamaları ise bu dönemlerin zaman içindeki seyri dik-kate alınarak yapılmıştır (3).

Duygudurum bozukluklarının, hem en sık görülen psikiyatrik bozukluklar arasında yer alması hem de işlevsellik kaybına yol açması ve tekrarlayıcı ataklarla seyretmesi, onları sağlık kurulu değerlendirmelerinde en sık başvuru nedenlerinden biri haline getirmektedir. Bu bozuklukların klinik tanımı kadar, bireyin toplumsal ve mesleki yaşantısı üzerindeki etkilerinin doğru değerlendirilmesi de kritik öneme sahiptir (4).

DSM-5'te depresif bozukluklar arasında; majör depresif bozukluk, kalıcı (persistan) depresif bozukluk, yıkıcı duygudurum düzenleyememe bozukluğu, premenstrüel disforik bozukluk, madde/ilaç kaynaklı depresif bozukluk, tıbbi bir duruma bağlı depresif bozukluk, başka türlü adlandırılan depresif bozukluklar ve tanımlanmamış depresif bozukluklar yer almaktadır. Bipolar ve ilişkili bozukluklar başlığı altında ise; bipolar I bozukluk, bipolar II bozukluk, siklotimi, madde/ilaç kullanımına bağlı bipolar bozukluklar, tıbbi nedenli bipolar bozukluklar, başka şekilde tanımlanan ve tanımlanamayan bipolar bozukluklar ile tanımlanamayan duygudurum bozukluğu bulunmaktadır (1,2,4).

ICD-11 sınıflamasında ise tek epizodlu depresif bozukluk (6A70), tekrarlayan depresif bozukluk (6A71), bipolar tip I bozukluk (6A60), bipolar tip II bozukluk (6A61), siklotimik bozukluk (6A6Z) gibi alt başlıklarda sınıflandırılmaktadır. ICD-11, ayrıca depresif dönem, manik dönem, karma dönem ve hipomanik dönemleri ayrı ayrı tanımlamakta; tanılar bu dönemlerin klinik örüntüsü temelinde konulmaktadır (3).

Tanısal sistemlerin bu ayrıntılı sınıflamasına rağmen, duygudurum bozuklukları Sosyal Güvenlik Kurumu' nun (SGK) yürürlükteki Özur Oranı Cetveli'nde yineleyen depresif bozukluk (major depresyon, tekrarlayıcı epizodlu), yineleyen depresif bozukluk, şimdiki nöbet psikotik belirtili olan, olmayan, ağır ve **bipolar duygudurum bozukluğu (manik-nöbetli)** olarak tanımlanmıştır (5). Bu nedenle sağlık kurulu değerlendirmelerinde özur oranı hesaplamaları, klinik çeşitliliğe rağmen bu tanı gruplarına göre yapılmaktadır.

2. DUYGUDURUM BOZUKLUKLARININ KLİNİK ÖZELLİKLERİ

Dünya genelinde yaklaşık 300 milyondan fazla insanın depresyon yaşadığı bildirilmektedir ve depresyon, yeti yitimine en sık neden olan hastalıkların başında gelmektedir (6). Tanı, DSM veya ICD gibi tanı kılavuzlarında yer alan belirtilerin değerlendirilmesine dayanır. DSM-5'e göre majör depresif bozukluk tanısı için, en az beş belirtinin iki hafta boyunca sürekli olarak görülmesi gereklidir. Bu belirtiler genellikle üç ana başlık altında toplanır:

Psikolojik belirtiler: Keyif alamama, değersizlik hissi, suçluluk düşünceleri, intihar düşünceleri.

Bilişsel belirtiler: Dikkat eksikliği, düşüncelerde yavaşlama.

Nörovegetatif belirtiler: Uyku ve iştah bozuklukları, yorgunluk, enerji düşüklüğü. Bu belirtiler azalma ya da artma şeklinde olabilir.

Bipolar bozukluk ise, manik, hipomanik, depresif ve karma dönemlerin döngüsel olarak yaşandığı, işlevsellikte belirgin bozulmalara neden olan kronik bir ruhsal hastalıktır. Toplumun yaklaşık %1-4'ünü etkilediği tahmin edilmektedir (1). Her ne kadar depresif belirtiler daha sık görülse de, tanıyı netleştiren esas unsurlar manik ya da hipomanik atakların varlığıdır. Manik ya da hipomanik dönemlerde, aşırı neşeli ruh hali, benlik saygısında artış, artmış fiziksel aktivite, cinsel istekte yükselme, azalan uyku ihtiyacı, dürtüsel davranışlar ve sinirlilik gibi semptomlar öne çıkar. Depresif dönemlerde ise kişinin hayattan keyif alamaması, çöküntü hali, enerji azlığı ve psikomotor değişiklikler gözlenir. Karma dönemlerde ise depresif ve manik belirtiler bir arada görülebilir (1,2). Bipolar bireylerin %14-59'unda intihar düşünceleri gelişir ve bu bireylerin %25-50'si en az bir kez intihar girişiminde bulunur ve %8-19'u intihar nedeniyle hayatını kaybeder (7).

DSM-5, duygudurum bozukluklarının tanımlanmasında yalnızca belirtilerin varlığına değil; şiddetine (hafif, orta, ağır), iyileşme düzeyine (kısmi ya da tam remisyon), belirtiler tiplerine (kaygılı, psikotik, melankolik, atipik, karma, katatonik), ve hastalık gidişatına ilişkin özelliklere (mevsimsel, doğum sonrası başlangıçlı, hızlı döngülü) de dikkat çekmiştir (2). Bu çeşitlilik, duygudurum bozukluklarının ne denli karmaşık, heterojen ve klinik açıdan çeldirici bir yapı taşıdığını ortaya koymaktadır.

Bu klinik varyasyonlar, sağlık kurulu değerlendirmelerinde hastanın yalnızca tanısını değil, aynı zamanda klinik gidişini ve işlevsellik üzerindeki etkisini ayrıntılı biçimde analiz etmenin önemini ortaya koyar.

Depresif bozukluklar ile bipolar bozukluklar arasındaki tedavi yaklaşımlarında belirgin farklılıklar vardır. Depresyonda antidepresanlar genellikle ilk seçenek ilaçlar iken, bipolar bozuklukta esas hedef duygudurum dalgalanmalarının kontrol altına alınmasıdır. Bu nedenle lityum, valproat, lamotrijin gibi duygudurum dengeleyiciler ile ikinci kuşak antipsikotikler tek başına ya da birlikte kullanılabilir. Bipolar depresyonda da antidepresanlardan ziyade bu ilaçlar tercih edilmektedir. Yakın zamanda yapılan ve 32 çalışmanın incelendiği bir sistematik derlemede, tedavi sırasında manik/hipomanik epizodların görülme oranının %17.3 ile %48.8 arasında değiştiği bulunmuştur. Özellikle sadece antidepresan kullanılan olgularda bu oran daha yüksektir. Antidepresanların, özellikle lityum veya ikinci kuşak antipsikotiklerle birlikte kullanılmaları, manik epizod riskini azaltmaktadır. Trisiklik antidepresanlarla bu risk daha yüksekken, bupropion ile daha düşük bulunmuştur. Tip I bipolar bozukluğu olan bireylerde manik geçiş riski %5-16 arasındadır ve bu durum, birinci kuşak antipsikotikler, aynı anda birinci ve ikinci kuşak antipsikotiklerin birlikte kullanımı ve benzodiazepin kullanımı ile ilişkilidir (4).

Sonuç olarak, duygudurum bozukluklarının klinik özellikleri hem tanı hem de tedavi süreci açısından oldukça değişkendir. Bu değişkenlik, hastalığın kronikliği, tekrarlayıcı doğası ve işlevselliğe olan etkisiyle birleştiğinde sağlık kurulu kararlarında multidisipliner ve bireyselleştirilmiş değerlendirme yapılmasını zorunlu kılar.

3. DUYGUDURUM BOZUKLUKLARINI DEĞERLENDİRME

Duygudurum bozuklukları, bireyin duygu durumunda belirgin değişimlere neden olan, genellikle dalgalı seyirli, bazen epizodik, bazen ise kronik ve sinsi ilerleyen psikiyatrik hastalık grubudur. Sağlık kurulu açısından bu bozuklukların değerlendirilmesinde yalnızca tanının mevcudiyeti değil, **kişinin günlük yaşam, mesleki fonksiyon ve sosyal ilişkiler gibi alanlardaki işlevselliğinin ne ölçüde bozulduğu** dikkate alınmalıdır. Özür oranı, **semptomların varlığına göre değil, işlevsellik düzeyine göre** belirlenir (5).

Bir bireyin duygudurum bozukluğu nedeniyle engel oranı alabilmesi için şu üç temel kriter birlikte değerlendirilmelidir:

1. Tanının DSM-5 veya ICD-10/11'e göre konmuş olması gerekir. Hastalığın ilk ne zaman başladığı, şimdiye kadar kaç atak geçirildiği, bu atakların hastane yatışı gerektirip gerektirmediği, uygulanan tedavi süreci ve tedaviye uyum düzeyi gibi faktörler dikkate alınmalıdır. **Ayrıca, hasta-**

da intihar girişimi öyküsü olup olmadığı, varsa girişim sayısı, riskli davranışların (impulsif davranışlar, kendine zarar verme, dürtüsel harcamalar vb.) görülüp görülmediği ve bunların sıklığı da mutlaka sorgulanmalı ve değerlendirme sürecine dahil edilmelidir.

2. **İşlevsellik düzeyindeki bozulma:** Kişisel bakım, işe/okula devam, toplumsal roller, sosyal ilişki ağı ve bağımsız yaşam becerileri değerlendirilmelidir. Bu değerlendirme için ölçeklerden yararlanılması önerilir.
3. **Tedaviye yanıt durumu:** Duygudurum bozukluklarında tedaviye verilen yanıt, özür oranı değerlendirmesinde temel belirleyicilerden biridir. Düzenli ve yeterli tedavi alan bireylerde remisyon sağlanabiliyorsa ve işlevsellik düzeyi anlamlı ölçüde düzelmişse özür oranı verilmesi gerekmez. Ancak, tedaviye rağmen atakların yinelediği, yalnızca kısmi düzelmelelerin sağlandığı ya da hiçbir iyileşmenin gözlenmediği durumlarda özür oranı verilmesi uygun görülür (5).

Bu değerlendirmede kullanılan bazı klinik terimlerin net olarak tanımlanması önemlidir:

- Remisyon, hastalığın temel belirtilerinin ortadan kalktığı ve bireyin işlevselliğinin normale döndüğü durumu ifade eder (8).
- Yanıt (response), tedaviyle birlikte semptom şiddetinde anlamlı bir azalma sağlanmasıdır. Genellikle başlangıç düzeyine göre en az %50 oranında azalma ile tanımlanır (8).
- Kısmi düzelme, belirti yoğunluğunun azaldığı ancak remisyon kriterlerinin karşılanmadığı ve işlevselliğin tam olarak sağlanamadığı bir ara durumdur (8).

Tedaviye yanıtın nesnel olarak değerlendirilmesinde, bazı psikometrik ölçeklerden yararlanılmaktadır. Bu kapsamda:

- Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği (HAM-D): 7 puan ve altı remisyon olarak kabul edilirken, başlangıca göre %50'lik bir düşüş tedavi yanıtı olarak değerlendirilir (8).
- Montgomery-Asberg Depresyon Derecelendirme Ölçeği (MADRS): 10 puan ve altı remisyon; %50 azalma ise yanıt kriteridir (8).
- Beck Depresyon Ölçeği: 0-10 arası normal, 11-16 hafif, 17-29 orta, 30 ve üzeri ağır depresyon düzeyini gösterir (8).

Bu ölçekler, bireyin depresif belirtilerindeki değişimin takibinde ve tedaviye yanıtın nesnel biçimde belgelenmesinde yardımcı olur.

Değerlendirme sürecinde, temaruz (ikincil kazanç amacıyla belirtilerin abartılması ya da taklit edilmesi) şüphesi varsa, bireyin gözlem altına alınması gerekebilir. Klinik gözlem süreci, yalnızca tanının doğruluğunu değil; aynı zamanda bireyin gerçek işlevsellik düzeyini ve tedaviye verdiği yanıtı anlamak açısından da büyük önem taşır. Bu tür durumlarda multidisipliner bir yaklaşımın benimsenmesi ve hem klinik gözlem hem de psikometrik verilerin birlikte yorumlanması önerilir.

3.1. Tanılar, Klinik Tablo ve Oranlama:

1. Yineleyen Depresif Bozukluk (Major Depresyon, Tekrarlayıcı Epizodlu)

Yineleyen depresif bozukluk, bireyin yaşamı boyunca en az iki majör depresif atak geçirmiş olması durumudur. Ataklar arasında tam ya da kısmi iyileşme gözlenebilir. Hastalık çoğunlukla dalgalı bir seyir izler. Her bir atak, en az iki hafta süreyle devam eden çökkün duygudurum, ilgi ve zevk kaybı, enerji azalması, değersizlik düşünceleri, uyku ve iştah değişiklikleri gibi belirgin depresif belirtilerle karakterizedir (8). Bu tanı konulmadan önce, bipolar bozuklukla ayırımın dikkatli biçimde yapılması gereklidir. Özellikle hipomanik ya da manik epizod öyküsünün atlanması, tanı ve tedavi sürecini önemli ölçüde etkileyebilir. Bu nedenle, depresyon öyküsü olan her bireyde mani ve hipomani belirtileri sistematik olarak sorgulanmalı, ayırıcı tanı dikkatle yapılmalıdır. Sağlık kurulu değerlendirmelerinde, tedaviye yanıt ve işlevsellik düzeyi temel alınarak aşağıdaki oranlamalar yapılır:

- Tedavi ile işlevselliği tam düzelen (ataklar geride kalmış, kişi işlevsel olarak aktif, sosyal yaşam sürdürüyor): %0
- Tedavi ile işlevselliği kısmen düzelen (işe gidiyor ama performansı düşmüş, sosyal geri çekilme, kronik yorgunluk): %20
- Tedavi ile işlevselliği düzelmeyen (tedaviye rağmen işlevsellik ileri düzeyde bozulmuş): %40

Not: Remisyonda olan, yani atak yaşamayan ve işlevselliği bozulmamış bireylere oran verilmez (5).

2. Yineleyen Depresif Bozukluk, Şimdiki Nöbet Psikotik Belirtili Olan, Olmayan, Ağır

Bu tablo, depresyonun **psikotik belirtilerle (hezeyanlar, halüsinasyonlar)** birlikte seyrettiği veya **melankolik, katatonik ya da intihar riski yüksek** ağır epizodlarla ortaya çıktığı durumları ifade eder (8). Tedavi çoğu zaman hastane yatışı gerektirir ve işlevsellik ciddi oranda bozulur.

- Tedavi ile işlevselliği tam düzelen (atak sonrası işlevselliği tamamen geri kazanmış): %0
- Tedavi ile işlevselliği kısmen düzelen (Atlatılmış psikotik özellikli depresif epizod mevcut, ancak kalıntı belirtiler nedeniyle işlevsellikte kısıtlılık devam ediyor): %40
- Tedavi ile işlevselliği düzelmeyen (**ağır işlev kaybı devam ediyor**, sürekli bakım ihtiyacı, izolasyon): %70

Not: Bu bireylerde karar verirken yalnızca psikotik tabloya değil, sosyal geri çekilme, öz bakım bozukluğu, hastane yatış sayısı gibi verilerle desteklenmiş işlevsellik düzeyi dikkate alınmalıdır (5).

3. Bipolar Duygudurum Bozukluğu (Manik-Nöbetli)

Bipolar bozuklukta birey hem depresif hem manik (ya da hipomanik) epizodlar yaşar. Manik dönemlerde kişi taşkın, dürtüsel, uykusuz ve bazen sanrılı olabilir. Bu ataklar kişinin iş, aile ve toplumsal yaşamında ciddi hasarlara neden olabilir (1,2).

- Tedavi ile işlevselliği tam düzelen (ataklar geride kalmış, düzenli iş ve sosyal yaşam sürdürüyor): %0
- Tedavi ile işlevselliği kısmen düzelen (ataklar kontrol altına alınmış ancak mesleki ve sosyal işlevsellik kısıtlı): %40
- Tedavi ile işlevselliği düzelmeyen (sık hastane yatışı, düzenli yaşam sürdürmemeye, bağımsız yaşayamama): %70 (5)

3.2. Bağımlılık Durumunun Değerlendirilmesi:

Duygudurum bozukluğu nedeniyle başvuran bireyin işlevsellik düzeyi, bağımlılık kategorileri (tam bağımlı, kısmi bağımlı ve bağımsız) çerçevesinde değerlendirilmelidir bu nedenle sağlık kurulu raporlarında yer alan bağımlılık değerlendirmesi alanı eksiksiz şekilde doldurulmalıdır. Bu bölümde bireyin ba-

ğımlılık durumu “evet” ya da “hayır” şeklinde açıkça belirtilmeli; hiçbir koşulda boş bırakılmamalıdır (9).

Bağımlılık değerlendirmesi yapılırken, bireyin başkasının desteği olmadan yaşamını sürdürüp sürdüremeyeceği temel alınır. Yönetmeliğin eki olan kılavuzda, bu değerlendirmenin Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği (FIM) ile yapılması önerilmiştir. Ancak FIM, esas olarak fiziksel engelliliği olan bireylerde kullanıma uygun olup; yalnızca psikiyatrik tanıya sahip bireyler için yeterli ölçüm duyarlılığı sağlamayabilir. Bu nedenle, yalnızca ruhsal hastalığı olan bireylerde bağımlılık durumunun değerlendirilmesinde, psikiyatriye özgü işlevsellik ölçekleri de kullanılabilir (9).

Yürürlükteki ilgili yönetmelikte geçen “tam bağımlı engelli birey” ifadesi, uygulamada ağır engellilik durumunu tanımlamak amacıyla kullanılmaktadır. Tam bağımlı engelli birey, engel oranı %50 ve üzerinde olan, fiziksel, nörolojik ya da psikiyatrik nedenlerle muhakeme yeteneğinde belirgin bozulma olan, günlük yaşam aktivitelerini yardım almasına rağmen bağımsız olarak sürdüremeyen bireyleri ifade eder. Diğer yandan, kısmi bağımlı engelli birey ise; organ/doku kaybı ya da psikiyatrik tanı gibi nedenlerle muhakeme yeteneğinde kısıtlılık bulunan ancak günlük yaşam işlevlerini yardım alarak sürdürebileceği değerlendirilen bireyleri ifade eder. Bu bireyler destekle bazı görevleri yerine getirebilir, ancak tam bağımsızlık sağlayamazlar. Yönetmelikte özellikle psikiyatrik hastalıklarda bağımlılık değerlendirmesi konusunda uygulamada bazı belirsizlikler mevcuttur. Bu nedenle, kurul kararlarının mevcut ölçekler ve klinik gözlem doğrultusunda **çok disiplinli bir yaklaşımla** yapılması önerilmektedir (9).

3.3. Değerlendirme Süreci Hakkında Önemli Notlar

- Sağlık kurulu değerlendirmesi yapılırken sadece semptomların şiddeti değil, **bu semptomların bireyin yaşamı üzerindeki etkisi** göz önüne alınmalıdır.
- **Özür oranları belirtilere göre değil, işlevsellik düzeyine göre belirlenir.**
- Kişinin işlevselliğini nesnel biçimde değerlendirmek için ölçeklerin kullanılması önerilir.
- Oran verilmesi gereken durumlar; bireyin mesleki performansını sürdüremediği, sosyal ilişkilerini devam ettiremediği ve bağımsız yaşamını

idame ettirmekte zorlandığı hallerdir.

- **Duygudurum bozuklukları gibi geçici fonksiyon kaybı** olan durumlarda oran, “**1 yıl sonra yeniden değerlendirilmek üzere**” geçici olarak verilir. Bu, hastalığın doğasına uygun dinamik bir yaklaşımdır.
- Değerlendirme sürecinde hastanın geçmiş sağlık kurulu raporları da göz önünde bulundurulmalıdır. Daha önceki raporlarda verilen oranlar, tanı değişiklikleri, klinik seyirdeki farklılıklar karar sürecini destekleyici niteliktedir. Özellikle e-Nabız sisteminde kayıtlı bulunan raporlar incelenerek; hastanın önceki başvuru öyküsü, oran değişimleri, yatışının olup olmaması ve tedaviye uyumu hakkında bütüncül bilgi edinilmelidir.
- Karar sürecinde bireyin tedavi geçmişi ayrıntılı olarak incelenmelidir. Kullanılan ilaç türleri ve sayısı, psikiyatrik yatış öyküleri, hastalığın süresi ve kronikleşme durumu (kronisite) değerlendirmeye dahil edilmelidir.
- Öz bakım becerilerindeki gerileme (kişisel hijyen, beslenme, güvenlik vb.), bireyin günlük yaşam aktivitelerinde bağımsızlık düzeyini etkileyen en önemli faktörlerdendir.
- Sağlık kurulunda, bireyin klinik durumu multidisipliner şekilde değerlendirilir. Ruh sağlığı uzmanlarının yanı sıra, nöroloji, iç hastalıkları, göz hastalıkları, kulak burun boğaz hastalıkları ve genel cerrahi uzmanlarından oluşan en az yedi daimi üyeden oluşan kuruldaki görüş alınarak karar verilir.
- Kurul kararı oy birliğiyle alınmalı; kararsız kalan durumlarda bireyin takip edilerek yeniden değerlendirilmesi önerilmelidir.
- Özür oranı belirlenirken, tanıya ek olarak bağımlılık durumu, öz bakım becerileri ve sosyal işlevsellik göz önünde bulundurulur.

4. DUYGUDURUM BOZUKLUKLARINDA İŞLEVSELLİK DEĞERLENDİRMESİNDE SORULACAK SORULAR VE ÖLÇEKLER

4.1. Depresyonun İşlevsellik Üzerindeki Etkilerini Değerlendirmek İçin Sorulacak Sorular

1. Depresif belirtileriniz günlük yaşamınızı nasıl etkiliyor? Hangi alanlarda zorlanıyorsunuz? Hangi aktivitelerde işlev kaybı yaşıyorsunuz? Bu kayıplar süreklilik gösteriyor mu?
2. Bu belirtiler sosyal ilişkilerinizi nasıl etkiliyor? İnsanlarla iletişim kurma biçiminizde veya yakın çevrenizle (aileniz, partneriniz, arkadaşlarınız) olan ilişkilerinizde bir değişiklik ya da sorun oluyor mu?
3. Depresif duygularınız iş ya da okul yaşantınızı nasıl etkiliyor? İşe ya da okula devam etme durumunuzu, sorumluluklarınızı yerine getirme gücünüzü veya yaptığınız işin kalitesini nasıl etkiliyor? İş/okul devamsızlığı yaşıyor musunuz? İşten çıkarılma ya da okuldan uzaklaşma gibi sonuçlar yaşadınız mı/yaşıyor musunuz?
4. Evde yapmanız gereken işleri yerine getirmekte ne tür zorluklar yaşıyorsunuz? Giyinmek, banyo yapmak veya diş fırçalamak gibi temel kişisel bakım rutinlerini sürdürmekte güçlük çekiyor musunuz? Sizin için önemli olan diğer faaliyetleri (örneğin ibadet etmek, egzersiz yapmak ya da hobiyle ilgilenmek) gerçekleştirme konusunda isteksizlik hissediyor musunuz? Bu sebeplerle ertelediğiniz ya da bıraktığınız aktiviteler var mı?
5. Depresif belirtiler yaşamınızın hangi alanlarını belirgin biçimde etkiliyor? Bu etkiler sizi nasıl hissettiriyor?
6. Bu durumdan dolayı ne düzeyde sıkıntı yaşıyorsunuz? Yaşam kalitenizin ne ölçüde etkilendiğini düşünüyorsunuz? Şu anki yaşam kalitenizi 0'dan 10'a kadar bir aralıkta değerlendirseniz, kaç puan verirsiniz?

4.2. Manin İşlevsellik Üzerindeki Etkilerini Değerlendirmek İçin Sorulacak Sorular

1. Manik belirtileriniz günlük işlevselliğinizi ve yaşam akışınızı nasıl etkiliyor? Bu dönemde karşılaştığınız zorluklar neler oluyor?

2. Kendinize ya da başkalarına zarar verme riski nedeniyle veya maddi/yasal ciddi sorunlarla karşılaşmamak adına hastaneye yatmanız ya da acil müdahale almanız gereken durumlar oluyor mu? Koruma altına alınma ya da tedaviye yönlendirilme söz konusu oldu mu/oluyor mu?
3. Mani döneminde yaşadığınız belirtiler, sosyal ilişkilerinizi nasıl etkiliyor? Bu süreçte ailenizle, partnerinizle ya da arkadaş çevrenizle olan ilişkilerinizde herhangi bir gerginlik, çatışma ya da uzaklaşma yaşanıyor mu?
4. İş ya da okul yaşantınız, mani belirtilerinden nasıl etkileniyor? Bu dönemde işe ya da okula gitmekte zorlanıyor musunuz? Sorumluluklarınızı yerine getirmekte güçlük çekiyor musunuz? Yaptığınız işin ya da öğrenim sürecinizin kalitesi bu durumdan etkileniyor mu?
5. Mani döneminde ev içindeki sorumluluklarınızı yerine getirme konusunda ne tür zorluklar yaşıyorsunuz? Günlük işlerinizde ya da düzeninizde değişiklikler oluyor mu? Harcama alışkanlıklarınızda, alışveriş davranışlarınızda ya da genel işlevsellikte taşkınlık gözlemliyor musunuz?

4.3. Hipomanin İşlevsellik Üzerindeki Etkilerini Değerlendirmek İçin Sorulacak Sorular

1. Hipomani döneminde yaşadığınız belirtiler, genel yaşam düzeninizi ne şekilde etkiliyor? Günlük yaşantınızda ne tür değişiklikler ya da zorluklar ortaya çıkıyor? Bu belirtiler işlevsel olarak sizi olumlu mu, olumsuz mu etkiliyor? Kalıcı bir sorun yaratıyor mu?
2. Hipomani döneminde yaşadığınız belirtiler, sosyal ilişkilerinize nasıl yansdı? Ailenizle, sevgilinizle veya arkadaş çevrenizle olan iletişiminizde sorunlara ya da değişimlere neden oldu mu? İnsanlarla kurduğunuz ilişkiler bu süreçte nasıl etkilendi?
3. İş ya da okul hayatınız, hipomanik belirtilerden ne ölçüde etkileniyor? Bu süreçte işe ya da okula devam etme durumunuzda aksaklıklar yaşıyor musunuz? Üstlendiğiniz görevlerin içeriği ya da kalitesi üzerinde bir etkisi oluyor mu?
4. Ev içindeki sorumluluklarınızı yerine getirmenizi bu belirtiler nasıl etkiliyor? Günlük işler, kişisel bakım ya da evle ilgili diğer yükümlülükler konusunda farklılıklar yaşıyor musunuz?
5. Kendinize ya da başkalarına zarar gelmemesi, ya da olası maddi/yasal

sorunların önüne geçilmesi amacıyla hastaneye başvurunuz ya da bir uzman yardımı almanız gereken bir durum oldu mu? Hipomani sırasında tedavi arayışı ya da ilaç kullanımıyla ilgili davranış değişiklikleri oluyor mu?

4.4. Duygudurum Bozukluklarında İşlevsellik Değerlendirilmesinde Kullanılabilecek Ölçekler

Duygudurum bozukluklarında işlevselliği ölçmek için çeşitli ölçekler kullanılmaktadır. Bu ölçekler, bireyin günlük yaşam becerilerinden sosyal ilişkilerine, mesleki performansından psikolojik dayanıklılığına kadar geniş bir yelpazede bilgi sunar. Sağlık kurulu değerlendirmelerinde objektif veri sunmak açısından önem taşır.

4.4.1. Dünya Sağlık Örgütü Yetiyitimi Değerlendirme Çizelgesi (World Health Organization Disability Assessment Schedule, WHODAS 2.0):

Dünya Sağlık Örgütü tarafından geliştirilmiş bir işlevsellik değerlendirme aracıdır. Hem genel toplumda hem de klinik örneklemde kullanılmak üzere tasarlanmıştır. Ölçek, bireyin bilişsel işlevleri, hareket yetisi, öz bakım becerileri, kişilerarası ilişkiler, yaşam aktiviteleri ve toplumsal katılım gibi alanlarda ne düzeyde kısıtlandığını değerlendirmeye olanak tanır. 12 ve 36 maddelik iki versiyonu mevcuttur. Türkçe'ye çevrilmiş ve geçerlilik-güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır. Kesme puanı bulunmamaktadır; puanlama toplam skor üzerinden yapılmakta ve yüksek skor daha fazla işlev kaybını göstermektedir.

4.4.2. Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği (Functioning Assessment Short Test, FAST):

Özellikle bipolar bozukluğu olan bireylerde işlevselliği değerlendirmek üzere geliştirilmiş, kısa ve klinik kullanıma uygun bir ölçektir. Otonomi, mesleki işlevsellik, bilişsel işlev, mali durum, serbest zaman kullanımı ve kişilerarası ilişkiler olmak üzere altı alanda değerlendirme yapar. Türkçe'ye uyarlanmış ve geçerlilik-güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır. FAST, toplam 24 madde içerir ve her madde 0 (hiç) ile 3 (çok) arasında puanlanır. Toplam puan aralığı 0-72'dir, puan ne kadar yüksekse işlevsellikteki bozulma o denli fazladır (10).

4.4.3. Sheehan Yeti Yitimi Ölçeği

Sheehan yeti yitimi ölçeği (SYYÖ) bireyin iş yaşamı, sosyal hayatı ve aile yaşamı/ev sorumlulukları gibi üç temel alanda işlevsellik düzeyini kendi bildirimine dayalı olarak değerlendiren kısa bir ölçektir. Her alan, 0 (hiç) ile 10 (çok ciddi) arasında puanlanır. SYYÖ, klinik görüşmeyi destekleyici nitelikte, uygulanması kolay bir araçtır. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır. Kesme puanı bulunmamaktadır; toplam skor arttıkça işlevsellikte bozulmanın derecesi artmaktadır.

4.4.4. Global Değerlendirme Ölçeği (Global Assessment of Functioning GAF) [DSM-IV'e özgü]

Bireyin genel psikolojik, sosyal ve mesleki işlevselliğini 0 ile 100 arasında puanlayarak değerlendiren bir klinik gözlem aracıdır. DSM-IV'te yer almakla birlikte DSM-5'te kullanılmamaktadır. GAF, sağlık kurullarında halen kullanılan genel işlevsellik göstergelerinden biridir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları sınırlıdır. Kesme puanı bulunmamaktadır; 100'e yakın puan yüksek işlevselliği, düşük puanlar ise belirgin bozulmayı ifade eder (10).

Bununla birlikte duygudurum bozukluklarında işlevsellik değerlendirmesi yalnızca klinik ölçeklerle sınırlı değildir. Gerektiğinde, sosyal hizmet uzmanları tarafından hazırlanan sosyal inceleme raporları, bireyin yaşam koşulları, aile içi ilişkileri, sosyal destek sistemleri ve ekonomik durumu hakkında bütüncül bilgiler sunarak tıbbi değerlendirmenin sosyal boyutunu tamamlar. Sağlık kurulu sürecinde bu tür raporlar, özellikle özür oranının belirlenmesinde nesnel ve çok yönlü bir bakış açısı sağlar.

Sosyal inceleme, özellikle aşağıdaki durumlarda önerilir:

- Bireyin verdiği bilgiler ile klinik gözlem bulguları arasında belirgin uyumsuzluk varsa,
- İşlevsellik düzeyine ilişkin objektif kanıt ihtiyacı doğmuşsa,
- Temaruz (ikincil kazanç amacıyla belirtilerin abartılması veya taklit edilmesi) şüphesi varsa,
- Sosyoekonomik ve çevresel faktörlerin (örneğin yoksulluk, evsizlik, aile içi çatışmalar) bireyin işlevselliğini belirgin şekilde etkilediği düşünülüyorsa,
- Bireyin bağımsız yaşam becerileri ve bakım ihtiyacı hakkında detaylı değerlendirme gerekiyorsa,
- Sağlık kurulunda karar vermeyi zorlaştıran karmaşık sosyal durumlar

söz konusuysa (örneğin yalnız yaşama, sosyal izolasyon, çocuk bakımı sorumluluğu vb.)

Sosyal inceleme talebi, kurul ya da sorumlu hekim tarafından resmi olarak başlatılmalı; talep, ilgili kurumlara (örneğin hastane sosyal hizmet birimi veya il/ilçe sosyal hizmet müdürlükleri) yönlendirilmelidir. Hastanın ve ailesinin bilgilendirilmesi ile yazılı rızasının alınması, etik ve yasal açıdan zorunludur. Sosyal inceleme raporları, mümkünse bireyin yaşam alanında yapılan saha çalışmasına dayanmalı; hastanın aile ortamı, sosyal destek ağı, istihdam durumu, yaşam koşulları ve bağımsız yaşam becerileri gibi alanları kapsamlı şekilde değerlendirmelidir. Bu tür raporlar, yalnızca klinik belirtilere değil, bireyin toplumsal işlevselliğine de ışık tuttuğu için, sağlık kurulu kararlarının daha doğru, bütüncül ve adil biçimde verilmesine katkı sağlar.

5. DUYGUDURUM BOZUKLUKLARININ SAĞLIK KURULLARINDA DEĞERLENDİRİLMESİ ÖZET TABLO

Değerlendirme Alanı	Açıklama	Dikkat Edilecek Noktalar
Tanısal Uygunluk	DSM-5 / ICD-10 / ICD-11'e göre konmuş tanılar	Tanının uzman hekim tarafından konulması, manik/hipomanik belirtilerin sorgulanması
Klinik Seyir	Atak sayısı, yatış öyküsü, tedaviye uyum, intihar girişimi veya riskli davranış öyküsü	Klinik seyir belgelendirilmeli (raporlar, yatışlar, tedavi kayıtları vb.)
İşlevsellik Düzeyi	Kişisel bakım, iş/okul devamlılığı, sosyal ilişkiler, bağımsız yaşam becerileri	Ölçeklerle desteklenmeli (WHODAS 2.0, FAST, SYYÖ, GAF vb.)
Tedaviye Yanıt	Remisyon, kısmi yanıt, yanıtsızlık durumu	Ölçek skorlarıyla belirlenmeli: HAM-D, MADRS, Beck Depresyon Ölçeği vb.

Bağımlılık Durumu	Tam bağımlı / Kısmi bağımlı / Bağımsız	FIM, GAF ya da FAST gibi ölçeklerle desteklenmeli. Klinik gözlemle birlikte çok disiplinli karar alınmalı
Önceki Raporlar ve Klinik Gidiş	Daha önceki raporlar, oranlar, kurumlar ve başvuru tarihleri e-Nabız üzerinden incelenmeli	Rapor numarası, tarih, kurum bilgileri karşılaştırılmalı
Tedavi Süreci ve Kronisite	Kullanılan ilaç sayısı, tedavi değişiklikleri, tedaviye direnç, kronikleşme	Yıllara yayılan tedavi süreci, ilaç direnç öyküsü, yatış sayısı göz önünde bulundurulmalı
Sosyal İnceleme Gerekliliği	Gerektiğinde sosyal hizmet raporları ile destekleme	Temaruz şüphesi, sosyal çevresel zorluklar, bağımsız yaşam becerilerinde belirsizlik varsa talep edilmelidir
Karar Süreci	Kurul oy birliği, çok disiplinli değerlendirme	Karar verilemiyorsa takip önerilmeli

KAYNAKLAR

1. Datta S, Suryadevara U, Cheong J. Mood Disorders. Contin Minneap Minn. 2021;27(6):1712-1737.
2. Yatham LN, Kennedy SH, Parikh SV, Schaffer A, Bond DJ, Frey BN, et. al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) 2018 guidelines for the management of patients with bipolar disorder. *Bipolar Disorders*. 2018;20(2):97-170.
3. First MB, Gaebel W, Maj M, Stein DJ, Kogan CS, Saunders JB, et. al. An organization- and category-level comparison of diagnostic requirements for mental disorders in ICD-11 and DSM-5. *World Psychiatry*. 2021;20(1):34-51.
4. Özerdem, A. Duygudurum Bozukluklarının Klinik Özellikleri. *Duygudurum Bozuk-*

- luklarının Psikofarmakolojisi. Editörler: K. Altınbaş, S. Gülöksüz, ET. Oral, Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, Ankara, 1. Baskı, s. 1-3. 2023.
5. Yönetmelik, Erişkinler İçin Engellilik Değerlendirilmesi Hakkında. Resmî Gazete (Sayı:30692). Online. <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2019/02/20190220-2.htm>, 2019.
6. Stringaris A. Editorial: What is depression? J Child Psychol Psychiatry. 2017;58(12):1287-1289.
7. Latalova K, Kamaradova D, Prasko J. Suicide in Bipolar Disorder: A Review. Psychiatr Danub. 2014;26(2):108-114.
8. Aydemir, Ö. Depresyon Sağaltımında Temel Kavramlar ve İlkeler. Depresyon Sağaltım Kitabı. Editörler: K. Altınbaş, F. Akdeniz, A. Bozkurt, Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, Ankara, 1. Baskı, s. 3-8. 2021.
9. Öncü, F. Psikiyatrik Bozukluklarda İdari Rapor. Psikiyatride Rapor Düzenleme Kılavuzu. Editörler: BR. Erim, M. Sercan, Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, Ankara, 1. Baskı, s. 159-188. 2019.
10. Aydemir Ö, Uykur B. Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği'nin Türkçe Sürümünün Bipolar Bozuklukta Güvenilirliği ve Geçerliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2012;23(3):193-200.

3. BÖLÜM

ANKSİYETE BOZUKLUKLARI (PANİK BOZUKLUK, YAYGIN ANKSİYETE BOZUKLUĞU, AGORAFOBİ) VE TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞUNUN SAĞLIK KURULUNDA DEĞERLENDİRİLMESİ

Doç. Dr. Ömer Faruk UYGUR

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi

ORCID-ID:0000-0003-2376-5113

Asistan Dr. Ceren ÖZAĞAÇHANLI

Asistan Doktor, Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi

ORCID-ID: 0000-0001-8798-6113

DSM-5'e göre anksiyete bozuklukları tanısı altında ayrılma kaygısı bozukluğu, seçici konuşmazlık, özgül fobi, sosyal fobi, panik bozukluğu, agorafobi ve yaygın kaygı bozukluğu yer alırken; travma sonrası stres bozukluğu ise travma ve tetikleyici etkenle ilişkili bozukluklar adı altında yer almaktadır (1). Ancak sosyal güvenlik kurumu özür cetvelinde bu bozuklukların engel oranları aynı kategori altında belirtilmiştir. Anksiyete bozuklukları içinde panik bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu ve agorafobi yer alırken, travma sonrası stres bozukluğunun engel oranları da bu kategorinin altında belirtilmiştir.

Bireylerin engel oranları belirtilirken muhakkak bağımsız, kısmi bağımlı ya da tam bağımlı olup olmama durumlarının kararı da düzenlenen raporda belirtilmelidir. Bu karar sağlık kurulunca verilmektedir (2).

ANKSİYETE BOZUKLUKLARI (PANİK BOZUKLUK, YAYGIN ANKSİYETE BOZUKLUĞU, AGORAFOBİ)

Tanım

Panik Bozukluğu (PB); aniden ortaya çıkan, dakikalar içinde şiddetlenen yoğun korku ya da içsel sıkıntı ataklarıyla kendini gösteren, beklenmedik, yinelenen panik atakların eşlik ettiği ayrıca atakların tekrarına ilişkin sürekli kaygı ya da ataklardan kaçınmaya yönelik davranış değişikliklerinin de gözlendiği psikiyatrik bir bozukluktur. DSM-5'e göre, panik bozukluğunun 12 aylık prevalansı, ABD ve pek çok Avrupa ülkesinde ergenler ve yetişkinler için yaklaşık % 2 ila %3 arasında değişmektedir. Türkiye' de yürütülen bir çalışmada ise yaşam boyu görülme sıklığının %1,4 ile %3,8 arasında olduğu bildirilmektedir. PB başlangıç yaşları genellikle geç ergenlik ve 25 yaşları civarında olmaktadır (3). PB çoğunlukla kronik ancak dalgalı bir seyir izlemektedir. Semptomlar zaman zaman hafiflerken zaman zaman şiddetlenebilir. Etkilenen bireyler çeşitli işlevsel alanlarda zorluklar yaşayabilirler ve yaşam kalitelerinde belirgin düşüşler olabilir.

Yaygın Anksiyete Bozukluğu (YAB); sıklıkla adolesan dönemde veya erken yetişkinlikte başlayan ve kronik seyir izleyen bir ruhsal bozukluktur. Tanı konulmadığı ve uygun biçimde tedavi edilmediği takdirde, depresyon ve diğer anksiyete bozuklukları gibi ikincil psikiyatrik tabloların gelişmesine zemin hazırlayabilir. Bu nedenle erken tanı ve müdahale oldukça önemlidir. YAB'nin yaşam boyu prevalansının %5,7 olduğu bildirilmektedir. YAB; çocukluk, erken erişkinlik ya da yaşlılık gibi yaşamın farklı evrelerinde ortaya çıkabilir (4). YAB'nin karakteristik özelliği olan sürekli ve yoğun endişe hali, genellikle bireyin kendi sağlığı, sevdiklerinin durumu, ekonomik problemler, günlük sorumluluklar veya geleceğe dair belirsizliklerle bağlantılıdır. Bu süreğen anksiyete hali, bireyin psikolojik, fiziksel ve sosyal işlevselliğini önemli ölçüde düşürebilir.

Agorafobi; kişinin belirli ortamlarda bulunma ya da bu ortamlarda bulunma beklentisiyle birlikte yoğun kaygı ve korku yaşamasıyla karakterize psikiyatrik bir bozukluktur. Agorafobili bireyler genellikle panik benzeri semptomlar yaşayabilirler ve böyle bir durumda kaçmanın zor olacağını ya da yardım alamayacaklarını düşünebilirler. DSM-5 öncesinde panik bozukluğun bir alt türü olarak sınıflandırılan agorafobi, DSM-5 ile birlikte ayrı bir tanı olarak ele alınmaya başlanmıştır (1). Epidemiyolojik verilere göre, agorafobinin yaşam boyu prevalansı yaklaşık olarak %1,5'tir. Bozukluk genellikle geç ergenlik döneminde başlamakta olup ortalama başlangıç yaşı 17'dir. Agorafobili bireyler tedavi edilmediği takdirde işlevsellikleri azalabilir. Sosyal ve mesleki alanlarda ciddi olumsuzluklarla karşılaşabilirler.

Klinik Özellikler

Panik ataklar, beklenmedik, aniden başlayan ve kısa sürede zirve noktasına ulaşan yoğun korku ya da içsel bir rahatsızlık hissiyle karakterizedir. Bu ataklara eşlik eden somatik belirtiler de bulunmaktadır. Bunlar arasında; çarpıntı, terleme, titreme, nefes darlığı ya da boğulma hissi, göğüs ağrısı, mide bulantısı veya karın ağrısı, baş dönmesi, sersemlik ya da bayılacak gibi olma hissi, üşüme ya da sıcak basması, uyuşma, derealizasyon veya depersonalizasyon, kontrolü kaybetme ya da çıldırma korkusu ve ölüm korkusu gibi semptomlardan en az dördünün bulunması gerekmektedir (1). Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından yayımlanan **DSM-5'e** göre, bir bireye Panik Bozukluğu tanısı koyabilmek için; beklenmedik ve tekrarlayan panik atakların yanı sıra, gelecekteki ataklara ilişkin sürekli endişe ya da ataklardan kaçınmaya yönelik belirgin davranışsal değişikliklerin görülmesi gerekmektedir. Ayrıca bu durum en az 1 aydır var olmalıdır (1). PB'nin belirti kümelerini incelediğimizde; ataklar ile ilişkili aşırı endişe, felaketleştirme, bu zihinsel efor neticesinde dikkat dağınıklığı gibi bilişsel belirtiler, gerginlik, huzursuzluk ve yoğun korku gibi duygusal belirtiler olabilir. Panik ataklar esnasında deneyimlenen çarpıntı, terleme, mide bulantısı gibi belirtiler ise fizyolojik belirtilerdir. PB hastalarındaki diğer bir belirti kümesi ise atakların yarattığı bu bilişsel, duygusal ve fizyolojik belirtiler neticesinde ortaya çıkan kaçınma, sosyal izolasyon gibi davranışsal belirtiler kümesidir. PB tedavisi için farmakoterapi ve psikoterapi alternatifleri bulunmaktadır. Amerikan Psikiyatri Birliği'nin hazırlamış olduğu rehberlere göre ilk sıra tedavi olarak bilişsel davranışçı terapi (BDT) veya bir serotonin geri alım inhibitörü (SSRI), serotonin- nöradrenalin geri alım inhibitörü (SNRI), trisiklik antidepresan (TSA) ya da benzodiazepin (BZD) kullanılmalıdır. PB farmakolojik tedavisi ise belirtilerin kontrolü sağlandıktan sonra en azından bir yıl süreyle devam etmelidir (3).

Agorafobi sıklıkla; toplu taşıma araçlarını kullanma, kalabalık ya da açık alanlarda bulunma, sinema veya alışveriş merkezi gibi kapalı alanlara girme, sıra bekleme ve tek başına evden çıkma gibi durumlardan kaçınma davranışları ile kendini gösterebilir. Tanı koyulabilmesi için bireyin bu durumlardan en az ikisinde belirgin kaygı duyması, bu durumların neredeyse her karşılaşmada yoğun korkuya neden olması, belirtilerin altı aydan uzun sürmesi, kaçınma veya güvenlik arama davranışlarını tetiklemesi ve bu durumların günlük yaşamda belirgin bir işlev kaybına yol açması gerekir (1). Agorafobi tedavisi için psikoterapi ve farmakoterapi seçenekleri bulunmaktadır. Farmakoterapi ajanları olarak SSRI, SNRI, TSA ve BZD'ler önerilirken, BDT'nin de yararlı olduğu bilinmektedir (3). Agorafobi farmakoterapisi yaklaşık 6 ila 12 ay arasında sür-

mekle birlikte bireyin kliniğine göre farklılık gösterebilmektedir (5).

YAB'ın temel özelliği, en az altı ay boyunca neredeyse her gün, çok sayıda olay ya da faaliyetle ilişkili olarak duyulan aşırı endişe ve kontrol edilemeyen kuruntuların var olmasıdır. Birey, bu düşünceleri zihninden uzaklaştırılmaz. Bu süreçte içsel huzursuzluk, kolay yorulma, dikkat ve konsantrasyon sorunları, sinirlilik, kas gerginliği ile uykuya dalma ya da uykuyu sürdürmede zorluk gibi belirtilerden en az üçünü yaşarlar (1). Bu nedenle tedavi almamış bireylerin işlevselliğinde önemli azalmalar olabilir. Günlük yaşamın birçok alanında bozulmalara sebep olabilecek bu bozukluk için psikoterapi ve farmakoterapi tedavi seçeneklerinden faydalanılabilir. Tedavi sürecinde çeşitli farmakolojik ajanlardan ya da psikoterapilerden faydalanılabilir. SSRI'lar, SNRI'lar, MAOI'lar, TSA'lar, antiadrenerjik ilaçlar, antihistaminikler, azapironlar, melatonin agonistleri ve bazı ikinci kuşak antipsikotiklerin YAB tedavisinde etkinliğine ilişkin çeşitli araştırmalar bulunmaktadır. BDT' nin de YAB tedavisinde önemli bir yeri olduğu bilinmektedir. YAB' da farmakolojik tedavi süresinin, remisyon sonrası nüksü en aza indirebilmek için bir yıl kadar daha sürdürülmesi faydalı olacaktır (6).

Değerlendirme

Anksiyete bozuklukları ya da somatoform bozukluğu olan hastaları değerlendirirken hastalığa ait belirti-bulguların varlığı, ne kadar süredir ve ne şiddette devam ettikleri detaylıca sorgulanmalıdır. İkinci aşamada ise hastalığın; bireyin iş, aile, sosyal yaşamını nasıl etkilediği detaylandırılmalı ve nedensellik mevcut mu araştırılmalıdır. Üçüncü aşama ise bireyin mevcut rahatsızlığı için gerekli tedaviyi alıp almadığıdır. Hastanın optimum doz ve sürede yeterli tedavi alıp almadığı hem bireyin tedavisi açısından hem de düzenlenecek sağlık kurulu raporu açısından değinilmesi gereken önemli bir noktadır. Sağlık kurulu raporu için başvuran bireylerin temaruz açısından da değerlendirilmesi önemlidir. Anamnez alırken bireyin şikayetlerini ifade ediş biçimi, geçmiş hastalık öyküsü, psikiyatri kliniğinde yatış öyküsü, varsa önceki raporları, rapora başvuru nedeni birlikte değerlendirilmelidir. Hastanın mevcut durumu hakkında yeterli tıbbi kanaat oluşmadıysa yakınlarından alınacak detaylı anamneze, hastanın yatırılarak gözlenmesine, sosyal inceleme raporuna da başvurulmalıdır. Bir diğer önemli noktada bireyin işlevselliğinin değerlendirilmesidir. Hastanın takibinde ölçeklerin kullanılması ise kısmen nesnel bir verinin de olmasını sağlarken bireyin tedavi süreci hakkında da yol gösterici olabilir.

İşlevsellik Değerlendirmesinde Sorulacak Sorular

Anksiyete bozukluğu işlevselliğini değerlendirmek için sorulabilecek örnek sorular:

- Şikayetleriniz nedeniyle iş ya da okulda performansınızın düştüğünü düşünüyor musunuz?
- Aniden çok yoğun bir korku ve endişeye kapıldığınız; çarpıntı, terleme, titreme, nefes darlığı vb. belirtiler yaşadığınız, ölecek ya da delirecek gibi hissettiğiniz zamanlar oluyor mu? Ne sıklıkla oluyor ve ne kadar sürüyor? Bu durum daha çok ne zamanlar başınıza geliyor?
- Bu durumu tekrar yaşamaktan yoğun bir korku ya da kaygı duyuyor musunuz?
- Şikayetleriniz nedeniyle toplu ortamlarda bulunmaktan, otobüse binmekten, halka açık alanlarda bulunmaktan vb. ya da arkadaşlarınızla görüşmekten, sosyalleşmekten kaçındığınız oluyor mu? Ne sıklıkla oluyor?
- Kaçındığınız başka durum ve ortamlar mevcut mu? Nedenleri nelerdir?
- Çoğu zaman ortada bir neden olmasa bile kendinizi çok kaygılı hissedersiniz? Ne kadar süredir böyle hissediyorsunuz?
- Bu kaygıya eşlik eden gerginlik, huzursuzluk, tahammülsüzlük gibi şikayetleriniz oluyor mu?
- Bu kaygıya eşlik eden odaklanma güçlüğü, çabuk yorulma ve sürekli zihinsel meşguliyet gibi şikayetleriniz oluyor mu?
- Şikayetleriniz nedeniyle çevrenizdeki insanlarla iletişim kurmanız zorlaştı mı? İlişkilerinizde bozulmalar oldu mu?
- Şikayetleriniz nedeniyle günlük işlerinizi yapmanız zorlaştı mı? Hangi açılardan zorlaştı?
- Şikayetleriniz nedeniyle uykunuz ya da iştahınız da bozulma oldu mu?
- Şikayetleriniz için yardım arayışında bulundunuz mu? Düzenli tedavi aldınız mı?
- Daha önce şikayetleriniz nedeniyle psikiyatri kliniğine yatışınızın yapılması hiç gerekti mi?
- Şikayetleriniz ile ilişkili yoğun zihinsel efor harcıyor musunuz ve bu hayatınızı etkiliyor mu?

Kullanılabilecek Ölçekler

- **Panik Bozukluk Şiddeti Ölçeği (PBŞÖ):** Orijinali DSM-5' e göre, Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) tarafından oluşturulan öz bildirim ölçeğidir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını Aydemir ve ark. 2017 de yapmıştır. Son 7 günü değerlendirilen, beşli Likert tipi (0=hiçbir zaman, 4=zamanın tamamında) 10 sorudan oluşan bir öz bildirim ölçeğidir. Ölçekten minimum 0 ve maksimum 40 puan alınabilir. Yüksek puanlar, panik bozukluk şiddetinin de yüksek olduğunu göstermektedir. 8 puan ve altı tam remisyon olarak değerlendirilebilir.
- **Agorafobi Şiddeti Ölçeği (AŞÖ):** Orijinali DSM-5' e göre, Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) tarafından oluşturulan öz bildirim ölçeğidir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını Aydın ve ark. 2017 de yapmıştır. Son 7 günü değerlendirilen, beşli Likert tipi (0=hiçbir zaman, 4=zamanın tamamında) 10 sorudan oluşan bir öz bildirim ölçeğidir. Ölçekten minimum 0 ve maksimum 40 puan alınabilir. Yüksek puanlar, agorafobinin şiddetinin de yüksek olduğunu göstermektedir. 8 puan ve altı tam remisyon olarak değerlendirilebilir.
- **Hamilton Anksiyete Ölçeği (HAÖ):** Hamilton tarafından geliştirilen bu ölçek bireylerde anksiyete şiddetini ölçek için geliştirilmiştir. Yazıcı ve ark. 1998 de Türkçe güvenilirlik ve geçerlilik çalışmasını yapmıştır. Ölçek 14 maddeden oluşur ve klinisyen tarafından değerlendirilir. Hastanın yakın zamandaki (en az son 3 gün) durumunu değerlendirmek için kullanılır. 0-5 puan arası anksiyete yok, 6-14 puan arası minör anksiyete ve 15 puan üzeri majör anksiyete olarak değerlendirilir. 0-5 puan arası tam remisyon olarak değerlendirilebilir.

SAĞLIK KURULU ÖZÜR ORAN CETVELİNDE TANILAR VE ENGEL ORANLARI

Anksiyete bozuklukları için kısmi remisyon; hasta genel olarak azalmış olsa da hâlen zaman zaman kontrol edilemeyen endişe ve huzursuzluk yaşamaktadır. Ancak bu semptomlar artık DSM-5 tanı ölçütlerini tam olarak karşılamamaktadır. Günlük işlevsellik önceki döneme kıyasla artmıştır.

Anksiyete bozuklukları için tam remisyon; DSM-5'e göre son 6 ay içinde kişide aşırı endişe, huzursuzluk, odaklanma güçlüğü ya da fiziksel uyarılma belirtileri gözlenmemiştir. Günlük yaşam işlevselliği olağan düzeydedir.

ICD-11 açısından incelediğimizde, YAB'de kısmi remisyon; belirtilerin şiddeti ve sıklığı azalmasına ancak sürekli endişe, aşırı kaygı veya somatik hu-

zursuzluk halinin zaman zaman devam etmesine karşılık gelmektedir. Kaygı düzeylerinin klinik belirti eşliğinin altında olması ve bireyin günlük işlevselliği tamamen düzelmiş olması ise tam remisyonla karşılık gelmektedir. PB için kısmi remisyon; panik atakların sıklığının ve yoğunluğunun azalması ancak beklenti anksiyetesi ve zaman zaman tekrar eden atakların olması durumudur. Tam remisyon ise; kişi, uzun süredir panik atak yaşamıyordu, beklenti anksiyetesi ya da kaçınma davranışları yoktur. Agorafobide kısmi remisyon; Hastanın kaçınma davranışları azalmıştır ancak halen toplu alanlara girmede hafif düzeyde korku ve kaygı yaşamaktadır. Tam remisyon ise; kişinin kaçınma davranışları ya da agorafobik kaygıları gözlenmemekle birlikte kişi daha önce kaçındığı ortamlarda normal işlevsellik göstermektedir (7).

- * Tedavi ile işlevselliği tam düzelen (şahıs işlevselliğini hayatının çoğu alanında sağlayabilmektedir. Hastalığa ait belirti ve bulgu yoktur ya da mevcut belirti ve bulguları hastanın işlevselliğini bozmamaktadır) : % 0
- * Tedavi ile işlevselliği kısmen düzelen (şahıs işlevselliğini kısmen sağlayabilmektedir. Hayatının bazı alanlarında performansında düşmeler yaşamaktadır. Hastalığa ait belirti ve bulgular mevcuttur ve mevcut belirti ve bulguları hastanın işlevselliğine olumsuz yönde etki etmektedir): %20
- * Tedavi ile işlevselliği düzelmeyen (şahıs işlevselliğini hayatının çoğu alanında sağlayamamaktadır. İş, aile ve sosyal yaşamda performansında düşmeler yaşamaktadır. Şahsa düzenlenen tedavilere ve şahsın düzenli takip ve tedavisini sürdürmesine rağmen şahıs işlevselliğini kazanamamıştır. Hastalığa ait belirti ve bulgular mevcuttur ve mevcut belirti ve bulguları hastanın işlevselliğine olumsuz yönde etki etmektedir): %40

Not: Bu gruptaki hastalıklar için engellilik oranı belirtilere göre değil işlevselliğe göre verilmektedir. Bu gruptaki hastalıklar 1 yıl sonra kontrol gerektirmektedir (2).

TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU

Tanım

Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB), sıradan bir stres etkeninin ötesinde, potansiyel olarak travmatik bir olaya (şiddet içeren kişisel saldırılar, doğal veya insan kaynaklı felaketler, kazalar, savaş ve diğer şiddet biçimleri vb.) maruz kalındıktan sonra gelişen psikiyatrik bir bozukluktur. TSSB gelişen

bireylerde ise; Olay (lar)la ilgili **ısrarlı, korkutucu düşünceler ve anılar, uyku problemleri** (örneğin kabuslar, uykusuzluk), **hissizleşmiş gibi hissetme, kolay irkilme ve tetikte olma hali** görülebilir. TSSB'nin yaşam boyu prevalansının yaklaşık %6.8 olduğu ve kadınlarda erkeklerden daha sık görüldüğü bildirilmektedir. TSSB kimi zaman kişinin **iş, ev ve sosyal yaşamındaki işlevselliği ciddi biçimde bozulmalara yol açabilir.**

Klinik Özellikler

DSM-5'e göre TSSB için travmatik yaşantı tanımı ağır yaralanma, ölüm veya cinsel saldırıyı içermektedir. Bireyin bu travmatik yaşantılarla maruziyeti farklı şekillerde olabilir. Bunlar; doğrudan, başkasının başına gelen olaya doğrudan tanıklık ederek, bir aile üyesinin ya da yakın arkadaşının başına gelen travmatik olayları öğrenmek ya da kaba kuvvetle, kaza sonucu olduğunu ölüm olasılığı olduğu öğrenmek, travmatik olayların hoş olmayan detaylarına tekrarlayan ya da aşırı düzeyde maruz kalmak (afetler sonrası insan kalıntılarını toplayan ilk kişiler gibi) olarak sayılabilir. Yine DSM-5'e göre TSSB için 4 belirti kümesi tanımlanmaktadır. Bu belirti kümeleri ise travmatik olay sonrasında yeniden yaşantılama, kaçınma davranışları, bilişsel ve duygudurumda meydana gelen negatif yönde değişiklikler, uyarılma ve tepkisellikte artma ile giden belirtilerden oluşmaktadır. Bu belirtiler kümesinden olan belirtilerin çoğunun travmatik yaşantı gerçekleştikten sonraki en az 1 aydır var olması gerekir. Ancak gecikmeli dışavurum ile giden TSSB de, travmatik yaşantıdan en az 6 ay geçmeden tam tanı kriterleri karşılanmıyor olabilir (1). TSSB tanılı kişilerin olumsuz bilişleri, kaçınma davranışları, uyku problemleri, olumsuz duygulanımları gibi belirtileri kişilerin gündelik hayatını zorlaştırmaktadır. Tedavi seçenekleri arasında Travma odaklı BDT, göz hareketleriyle duyarsızlaştırma ve yeniden işleme (EMDR) gibi psikoterapi yöntemleri, SSRI'lar, SNRI'lar, TSA'lar, atipik antipsikotikler gibi farmakolojik tedavi yöntemleri kullanılabilir. TSSB hastalarının farmakolojik tedavisinin, tedaviye yanıt veren bireylerde en az 12 ay sürdürülmesi gerektiği ve sonrasında yavaş ve kademeli doz azaltımı yapılması gerektiği belirtilmektedir (8).

Değerlendirme

TSSB hastalarını değerlendirilirken öncelikle yaşanan travmatik deneyimin hastayı rahatsız etmeyecek şekilde sorgulanması ve DSM-5'e göre travma tanımına karşılık gelip gelmediği değerlendirilmelidir. Sonrasında hastalığa ait belirti-bulguların varlığı, ne kadar süredir ve ne şiddette devam ettikleri de-

taylıca sorgulanmalıdır. Şahsın mevcut belirtileri ve şikayetlerinin travma ile ilişkisi sorgulanmalıdır. İkinci aşamada ise hastalığın; bireyin iş, aile, sosyal yaşamını nasıl etkilediği detaylandırılmalı ve nedensellik mevcut mu araştırılmalıdır. Üçüncü aşama ise bireyin mevcut rahatsızlığı için gerekli tedaviyi alıp almadığıdır. Hastasının optimum doz ve sürede yeterli tedavi alıp almadığı hem bireyin tedavisi açısından hem de düzenlenecek sağlık kurulu raporu açısından değerlendirilmesi gereken önemli bir noktadır. Sağlık kurulu raporu için başvuran bireylerin temaruz açısından da değerlendirilmesi önemlidir. Anamnez alırken bireyin şikayetlerini ifade ediş biçimi, geçmiş hastalık öyküsü, psikiyatri kliniğinde yatış öyküsü, varsa önceki raporları, rapora başvuru nedeni birlikte değerlendirilmelidir. Hastanın mevcut durumu hakkında yeterli tıbbi kanaat oluşmadıysa yakınlarından alınacak detaylı anamneze, hastanın yatırırlar olarak gözlenmesine, sosyal inceleme raporuna da başvurulmalıdır. Hastanın takibinde ölçeklerin kullanılması ise kısmen nesnel bir verinin de olmasını sağlarken bireyin tedavi süreci hakkında da yol gösterici olabilir.

İşlevsellik Değerlendirmesinde Sorulacak Sorular

TSSB hastasının işlevselliğini değerlendirmek için sorulabilecek örnek sorular:

- Yaşamış olduğunuz olay sizin karşılaştığınız ya da bir yakınınız karşılaştığı bir travma mıydı? Ne zaman yaşandı? Kısaca bahsedilmesi istenebilir.
- Şikayetleriniz travmatik deneyim sonrasında mı başladı? Ne zaman başladı? Halen devam ediyor mu?
- Şikayetleriniz nedeniyle okula, işe gitmekten; arkadaşlarınızla görüşmekten ya da sosyalleşmekten kaçındığınız oluyor mu? Ne sıklıkla oluyor?
- Daha önce şikayetleriniz nedeniyle psikiyatri kliniğine yatışınızın yapılması hiç gerekti mi?
- Şikayetleriniz nedeniyle çevrenizdeki insanlarla iletişim kurmanız zorlaştı mı? İlişkilerinizde bozulmalar oldu mu?
- Bedensel belirtileriniz oluyor mu (ağrı, uyuşma vs.) ve bunlar günlük yaşamınızı nasıl etkiliyor ?
- Çevreniz tarafından önceye göre depresif, sinirli, içe kapanık vb. biri olduğunuza dair geribildirimler alıyor musunuz? Bu durumlar günlük yaşamınızı nasıl etkiliyor?

- Geceleri sık sık uyanma, kabus görme gibi şikayetleriniz oluyor mu? Bunlar günlük hayatınızı etkiliyor mu?
- Yaşadığınız travmatik tecrübe nedeniyle gitmeye, bulunmaya kaçındığınız bir yer ya da bir durum mevcut mu? Bu gündelik yaşamınızı nasıl etkiliyor?
- Şikayetleriniz nedeniyle günlük işlerinizi yapmanız zorlaştı mı? Hangi açılardan zorlaştı?
- Şikayetleriniz nedeniyle uykunuz ya da iştahınız da bozulma oldu mu?
- Şikayetleriniz için yardım arayışında bulundunuz mu? Düzenli tedavi aldınız mı?
- Şikayetleriniz ile ilişkili yoğun zihinsel efor harcıyor musunuz ve bu hayatınızı etkiliyor mu?

Kullanılabilecek Ölçekler

1.Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kısa Ölçeği (TSSB-KÖ): 9 maddeden oluşan, 5’li likert tipi öz bildirim ölçeğidir. Her madde 0 ila 4 arasında puanlanabilmektedir. Ölçeğin kesme puanı 24’tür ve TSSB için yüksek riske işaret etmektedir. Ölçek puanı 0-11 arasında ise kısmi remisyonu, 12-23 puan arasında ise tam remisyon olarak değerlendirilebilir.

Sağlık Kurulu Özür Oran Cetvelinde Tanılar ve Engel Oranları

TSSB için kısmi remisyon; Travmatik olayla ilişkili yeniden yaşantılama ve kaçınma belirtilerinde belirgin azalma gözlenmiştir. Ancak uyku düzensizliği ve tetikte olma hali zaman zaman sürmektedir. DSM-5 tanı ölçütlerinin tamamı karşılanmamakla birlikte, bazı semptomlar devam etmektedir. Bu nedenle TSSB, kısmi remisyon dönemindedir. TSSB için tam remisyon; DSM-5’e göre kişinin son bir ay içerisinde travmayla ilişkili yeniden yaşama, kaçınma, olumsuz bilişsel-duygusal durumlar ve artmış uyarılmışlık belirtileri gözlenmemiştir. İşlevsellik belirgin şekilde toparlanmıştır. Bu bulgular doğrultusunda TSSB, tam remisyon aşamasındadır.

ICD-11 ‘e göre ise kısmi remisyon; hastanın yeniden yaşantılama, kaçınma ve uyarılmışlık belirtilerinde azalma ancak halen belirtilerin zaman zaman gözlenmesi olarak tanımlanmıştır. Tam remisyon ise; travmaya bağlı belirtiler kümelerinin tamamının ortadan kalkması, bireyin biyopsikososyal işlevselliğini tamamen kazanması olarak tanımlanmıştır (7).

*Tedavi ile işlevselliği tam düzelen (şahıs işlevselliğini hayatının çoğu ala-

nında sağlayabilmektedir. Hastalığa ait belirti ve bulgu yoktur ya da mevcut belirti ve bulguları hastanın işlevselliğini bozmamaktadır) : % 0

*Tedavi ile işlevselliği kısmen düzelen (şahıs işlevselliğini kısmen sağlayabilmektedir. Hayatının bazı alanlarında performansında düşmeler yaşamaktadır. Hastalığa ait belirti ve bulgular mevcuttur ve mevcut belirti ve bulguları hastanın işlevselliğine olumsuz yönde etki etmektedir): %20

*Tedavi ile işlevselliği düzelmeyen (şahıs işlevselliğini hayatının çoğu alanında sağlayamamaktadır. İş, aile ve sosyal yaşamda performansında düşmeler yaşamaktadır. Şahsa düzenlenen tedavilere ve şahsın düzenli takip ve tedavisini sürdürmesine rağmen şahıs işlevselliğini kazanamamıştır. Hastalığa ait belirti ve bulgular mevcuttur ve mevcut belirti ve bulguları hastanın işlevselliğine olumsuz yönde etki etmektedir): %40

Not: Bu gruptaki hastalıklar için engellilik oranı belirtilere göre değil işlevselliğe göre verilmektedir. Bu gruptaki hastalıklar 1 yıl sonra kontrol gerektirmektedir (2).

Anksiyete Bozuklukları (Panik Bozukluk, Yaygın Anksiyete Bozukluğu, Agorafobi), ve Travma Sonrası Stres Bozukluğunda Şahsın Bağımlılık Durumunun Değerlendirilmesi

Erişkinler için engellilik değerlendirmesi hakkında yönetmeliğe göre;

Kısmi bağımlı engelli birey: doku, organ ve/veya fonksiyon kaybı ve/veya psikiyatri tanısına bağlı olarak muhakeme yeteneği değerlendirilmesi gereken fonksiyonel bağımsızlık ölçeklerine göre günlük yaşam aktivitelerini yardım alarak gerçekleştirebileceğine karar verilen bireyi ifade ederken, **tam bağımlı engelli birey:** engel durumuna göre engel oranı %50 ve üzeri olduğu tespit edilenlerden doku, organ ve/veya fonksiyon kaybı ve/veya psikiyatri tanısı ile bağlantılı olarak muhakeme yeteneği değerlendirilmesine göre günlük yaşam aktivitelerini yardım almasına rağmen kendi başına gerçekleştiremediğine karar verilen bireyi ifade etmektedir.

Bu doğrultuda bireyin detaylı genel ve psikiyatrik muayenesi yapıldıktan sonra bağımlılık kararı sağlık kurulunca verilmelidir. Düzenlenen sağlık kurulu raporunda kişinin bağımlılık durumu mutlaka belirtilmelidir (2).

İşlevsellik Değerlendirilmesinde Kullanılabilecek Ortak Ölçekler;

Sağlık kuruluna başvuran bireylerin işlevselliklerini ve bağımlılık durumlarını değerlendirmek için aşağıdaki ölçeklerden faydalanılabilir:

1.Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği (Functional Independence Measures-FIM): Kişinin bağımlılık/bağımsızlık değerlendirmesinde kullanılabilecek bir ölçektir. Bu ölçek kişinin temel günlük fiziksel ve bilişsel yaşam aktivitelerindeki bağımsızlık derecesini değerlendirmeye yönelik geliştirilmiştir. Ölçek 18 maddeden ve 2 alt gruptan (motor ve bilişsel alan) oluşmaktadır. Motor alan; beslenme, kişisel hijyen, giyinme, tuvalet kullanımı, yatak/tekerlekli sandalye ile transferi, merdiven çıkma, yürüyüş/tekerlekli sandalye kullanımı gibi durumları değerlendirir. Bilişsel alan; anlama, ifade etme, problem çözme, hafıza, sosyal etkileşimi ölçer. Her madde 1 ile 7 arasında puanlanır. 1 puan o madde için tam bağımlılığı, 7 puan bağımsızlığı gösterir. Ölçekten alınabilecek toplam puan 18-126 arasında değişmektedir. 18-60 puan arası tam bağımlılığı, 61-90 puan arası kısmi bağımlılığı ve 91-126 arası puanlar bağımsızlığı/ minimal yardım ihtiyacını göstermektedir. Türk toplumunda geçerli ve güvenilir olduğu da gösterilmiştir.

2.Sheehan Yeti Yitimi Ölçeği (SYYÖ); bu ölçek iş, sosyal yaşam/boş zaman uğraşları ve aile yaşamı/evdeki sorumluluklar alanlarında görülen yeti yitimini belirlemek üzere kullanılır. Puanlama, 0 ile 10 arasında değişen bir derecelendirmeye göre, kişinin kendisi tarafından yapılmaktadır. Bu ölçekte hiç (0), hafif (1-3), orta (4-6), belirgin (7-9) ve çok (10) bozulmaya karşılık gelmektedir.

Tablo 1. Anksiyete Bozuklukları (Panik Bozukluk, Yaygın Anksiyete Bozukluğu, Agorafobi), ve Travma Sonrası Stres Bozukluğunun Sağlık Kurulunda Değerlendirilmesi

Değerlendirme Alanı	Açıklama	Dikkat Edilecek Noktalar
Tanısal Uygunluk	DSM-5 / ICD-10 / ICD-11'e göre konmuş tanı	Tanının uzman hekim tarafından konulması, klinik belirtiler ile anamnez içeriğinin tanı ile uyumu.

Klinik Seyir	Atak sayısı, yatış öyküsü, tedaviye uyum, intihar girişimi veya riskli davranış öyküsü	Klinik seyir belgelendirilmeli (raporlar, yatışlar, tedavi kayıtları vb.)
İşlevsellik Düzeyi	Kişisel bakım, iş/okul devamlılığı, sosyal ilişkiler, bağımsız yaşam becerileri	Ölçeklerle desteklenmeli (Sheehan Yeti Yitimi Ölçeği vb.)
Tedaviye Yanıt	Remisyon, kısmi yanıt, yanıtsızlık durumu	Poliklinik takiplerindeki anamnez bilgilerine de dikkat edilmeli, Ölçek skorlarından faydalanılmalı: HAÖ, Yale- Brown Ölçeği, TSS-B-KÖ, YTT-KF vb.
Bağımlılık Durumu	Tam bağımlı / Kısmi bağımlı / Bağımsız	Klinik gözlemle birlikte multidisiplinler karar alınmalı. FIM gibi ölçeklerle desteklenmeli.
Önceki Raporlar ve Klinik Gidiş	Daha önceki raporlar, oranlar, kurumlar ve başvuru tarihleri e-Nabız üzerinden incelenmeli, ulaşılamıyorsa başvuran kişi/kurumun tarafımıza iletmesi istenmeli	Rapor numarası, tarih, kurum bilgileri karşılaştırılmalı
Tedavi Süreci ve Kronisite	Kullanılan ilaç sayısı, süresi tedavi değişiklikleri, tedaviye direnç, kronikleşme	Tedavi süreci, ilaç direnç öyküsü, yatış sayısı göz önünde bulundurulmalı
Sosyal İnceleme Gerekliliği	Gerektiğinde sosyal hizmet raporları ile destekleme	Temaruz şüphesi, kendisinden yakınlarından yeterli anamnez alınamaması ya da şüpheli anamnez, bağımsız yaşam becerilerinde belirsizlik varsa talep edilmelidir
Karar Süreci	Kurul oy birliği, çok disiplinli değerlendirme	Karar verilemiyorsa takip, yatırılarak gözlem veya sosyal inceleme önerilmeli

KAYNAKLAR

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013.
2. Yönetmelik, Erişkinler İçin Engellilik Değerlendirilmesi Hakkında. Resmî Gazete (Sayı:30692). Online.https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2019/02/20190220-2.htm, 2019.
3. Demet MM. Anksiyete Bozukluklarının Psikofarmakolojisi Kitabı, Editörler: M.M. Demet, Ş. Pırıldar, T. Alkın, Türk Psikiyatri Derneği Yayınları, 1. Baskı, Ankara, 2024.
4. Stein MB, Sareen J, Clinical Practice: Generalized Anxiety Disorder. *N Engl J Med.* 2015;373(21):2059-2068.
5. Chawla N, Anothaisintawee T, Charoenrungrueangchai K, Thaipisuttikul P, McKay GJ, Attia J, et al. Drug treatment for panic disorder with or without agoraphobia: systematic review and network meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ.* 2022;376:e066084.
6. Bandelow B, Sher L, Bunevicius R, Hollander E, Kasper S, Zohar J, et al. WFSBP Task Force on Mental Disorders in Primary Care; WFSBP Task Force on Anxiety Disorders, OCD and PTSD. Guidelines for the pharmacological treatment of anxiety disorders, obsessive-compulsive disorder and posttraumatic stress disorder in primary care. *Int J Psychiatry Clin Pract.* 2012;16(2):77-84.
7. Reed GM, First MB, Kogan CS, Hyman SE, Gureje O, Gaebel W et al. Innovations and changes in the ICD-11 classification of mental, behavioural and neurodevelopmental disorders. *World Psychiatry.* 2019;18(1):3-19.
8. Bisson JJ, Berliner L, Cloitre M, Forbes D, Jensen TK, Lewis C, et al. The International Society for Traumatic Stress Studies new guidelines for the prevention and treatment of posttraumatic stress disorder: Methodology and development process. *J Trauma Stress.* 2019;32(4):475-483.

4. BÖLÜM

SOMATOFORM BOZUKLUKLAR, OBSESİF-KOMPULSİF BOZUKLUKLAR VE YEME BOZUKLUKLARININ SAĞLIK KURULUNDA DEĞERLENDİRİLMESİ

Doç. Dr. Ömer Faruk UYGUR

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi

ORCID-ID:0000-0003-2376-5113

Asistan Dr. Ceren ÖZAĞAÇHANLI

Asistan Doktor, Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi

ORCID-ID: 0000-0001-8798-6113

DSM-5'e göre obsesif-kompulsif bozukluk, somatoform bozukluk ve yeme bozuklukları ayrı başlıkları oluşturmaktadır. Ancak sosyal güvenlik kurumu özür cetvelinde bu bozuklukların engel oranları aynı kategori altında belirtilmiştir. Somatoform bozukluk, anksiyete bozuklukları kategorisinin yanında değerlendirilmiştir. Obsesif-kompulsif bozukluk ve yeme bozuklukları ise yine aynı kategori altında alt başlıklar halinde yer almaktadır. Yeme bozuklukları DSM-5'e göre pika, yediğini çıkarma bozukluğu, kaçınan/kısıtlı yeme bozukluğu, anoreksiya nervosa, bulimia nervosa, tıkanırmasına yeme bozukluğu alt başlıkları altında incelense de sgk özür cetvelinde sadece bulimia nervosa ve anoreksiya nervosa yer almaktadır (1).

Bireylerin engel oranları belirtilirken muhakkak bağımsız, kısmi bağımlı ya da tam bağımlı olup olmama durumlarının kararı da düzenlenen raporda belirtilmelidir. Bu karar sağlık kurulunca verilmektedir.

SOMATOFORM BOZUKLUKLAR

Tanım

Somatoform Bozukluklar; bireylerin klinik açıdan önemli, ancak tıbbi olarak açıklanamayan fiziksel belirtiler ve şikayetler ile başvurduğu psikiyatrik bir bozukluktur. Bu hastalarla özellikle psikiyatri dışı tıbbi branşlar da sık karşılaşılabilir. Somatoform bozukluk, duyguları ve duyumları bilinçli olarak deneyimleme, ayırt etme, sağlıklı bir biçimde ifade etme kapasitesinde azalma ile ilişkilidir. Açıklanamayan bu fiziksel semptomlar, genellikle genel bir sağlık kaygısına, sık ve yineleyici biçimde bedensel belirtilere odaklanmaya, somatik belirtiler hakkında hatalı veya abartılı inançlara, organik bozukluk şiddeti ile orantısız bir işlevsellik kaybına ve hekime ya da sağlık personeline yönelik yoğun ve olumsuz duygusal tepkilere yol açabilir (2).

Klinik Özellikler

Somatoform bozukluk hastalarının sık hastane başvuruları, yoğun hastalık kaygıları, bununla ilişkili olarak yoğun zihinsel efor harcamaları, yoğun hasta- hekim çatışma öyküleri bulunmaktadır. Somatoform bozukluğun, DSM-5'e göre üç temel tanı kriteri bulunmaktadır: A kriteri, bireyin bir ya da birden fazla **rahatsızlık verici ya da işlevselliği bozan somatik belirti** yaşamasını gerektirir. **B kriteri**, bu belirtilere ilişkin **orantısız ve sürekli düşünceler** (bilişsel boyut), **yüksek düzeyde sağlık kaygısı** (duygusal boyut) ya da **belirtilere ve sağlık durumuna aşırı zaman ve enerji harcama** (davranışsal boyut) gibi psikolojik bileşenlerden en az birinin varlığı şarttır. **C kriteri** ise belirtilerin **en az altı ay boyunca sürmesi** gerektiğini belirtir (1). DSM-5'e göre somatoform bozukluk tanısı, **eşzamanlı olarak var olan tıbbi hastalıklarla birlikte de konulabilir**; bu da zihinsel ve bedensel durumlar arasında yapay bir ayırım yapılmasının önüne geçebilir; “tıbben açıklanamayan = psikojenik” yaklaşımının dışına çıkılmasını sağlayabilir (2). DSM- 5' te bedensel belirti bozuklukları ve ilişkili bozukluklar arasında bulunan diğer tanımlar ise hastalık kaygısı bozukluğu, fonksiyonel nöroloji belirtisi bozukluğu, diğer sağlık durumlarını etkileyen ruhsal etkenler ve yapay bozukluktur. Bu hastaların tedavisinde öncelikli olarak mevcut durumu açıklayacak organik sebebe yönelik gerekli incelemeler ve tedaviler yapılmalıdır. İkinci aşamada psikoeğitim, BDT ve psikofarmakoterapi ile tedavi seçenekleri değerlendirilmelidir. Tedavide multidisipliner bir yaklaşım benimsemek özellikle fayda sağlayabilir (3).

Değerlendirme

Somatoform bozukluğu olan hastaları değerlendirilirken hastalığa ait belirtiler-bulguların varlığı, ne kadar süredir ve ne şiddette devam ettikleri detaylıca sorgulanmalıdır. İkinci aşamada ise hastalığın; bireyin iş, aile, sosyal yaşamını nasıl etkilediği detaylandırılmalı ve nedensellik mevcut mu araştırılmalıdır. Üçüncü aşama ise bireyin mevcut rahatsızlığı için gerekli tedaviyi alıp almadığıdır. Hastanın optimum doz ve sürede yeterli tedavi alıp almadığı hem bireyin tedavisi açısından hem de düzenlenecek sağlık kurulu raporu açısından değerlendirilmesi gereken önemli bir noktadır. Sağlık kurulu raporu için başvuran bireylerin temaruz açısından da değerlendirilmesi önemlidir. Anamnez alırken bireyin şikayetlerini ifade ediş biçimi, geçmiş hastalık öyküsü, psikiyatri kliniğinde yatış öyküsü, varsa önceki raporları, rapora başvuru nedeni birlikte değerlendirilmelidir. Hastanın mevcut durumu hakkında yeterli tıbbi kanaat oluşmadıysa yakınlarından alınacak detaylı anamneze, hastanın yatırılarak gözlenmesine, sosyal inceleme raporuna da başvurulmalıdır. Bir diğer önemli noktada bireyin işlevselliğinin değerlendirilmesidir. Hastanın takibinde ölçeklerin kullanılması ise kısmen nesnel bir verinin de olmasını sağlarken bireyin tedavi süreci hakkında da yol gösterici olabilir.

İşlevsellik Değerlendirmesinde Sorulacak Sorular

Anksiyete bozukluğu işlevselliğini değerlendirmek için sorulabilecek örnek sorular:

- Şikayetleriniz nedeniyle iş ya da okulda performansınızın düştüğünü düşünüyor musunuz?
- Somatoform bozukluk için özellikle; şikayetleriniz için sık sık doktora başvurduğunuz oldu mu?
- Şikayetleriniz için yardım arayışında bulundunuz mu? Düzenli tedavi aldınız mı?
- Somatoform bozukluk için özellikle; doktorunuzun önerdiği tetkikleri yaptırdınız mı? Önerdiği bir tedavi oldu mu ve düzenli kullandınız mı?
- Somatoform bozukluk için özellikle; şikayetleriniz özellikle hangi dönemlerde artar? (Stresli ya da yoğun dönemler vb.)
- Bu şikayetlerinize (ağrı, bulantı, uyuşma vb.) eşlik eden gerginlik, huzursuzluk, tahammülsüzlük gibi şikayetleriniz oluyor mu?
- Bu kaygıya eşlik eden odaklanma güçlüğü, çabuk yorulma ve sürekli zihinsel meşguliyet gibi şikayetleriniz oluyor mu?

- Şikayetleriniz nedeniyle çevrenizdeki insanlarla iletişim kurmanız zorlaştı mı? İlişkilerinizde bozulmalar oldu mu?
- Şikayetleriniz nedeniyle günlük işlerinizi yapmanız zorlaştı mı? Hangi açılardan zorlaştı?
- Şikayetleriniz nedeniyle uykunuz ya da iştahınız da bozulma oldu mu?
- Daha önce şikayetleriniz nedeniyle psikiyatri kliniğine yatışınızın yapılması hiç gerekti mi?
- Şikayetleriniz ile ilişkili yoğun zihinsel efor harcıyor musunuz ve bu hayatınızı etkiliyor mu?

Kullanılabilecek Ölçekler

- **Sağlık Anksiyetesi Ölçeği (SAÖ):**Somatoform bozukluk ve hipokondriasis gibi hastalıkların değerlendirilmesinde kullanılabilir. Türkçe güvenirlik ve geçerlilik çalışması 2013 yılında Aydemir ve ark. tarafından yapılmıştır. 18 maddeden oluşan bir öz bildirim ölçeğidir. 4'lü likert tipindeki ölçek 0-3 arasında puanlanır. 0-17 puan arası düşük sağlık anksiyetesi, 18-35 arası orta düzey sağlık anksiyetesi ve 36-54 arası yüksek sağlık anksiyetesi olarak değerlendirilir. 17 puan ve altı remisyon olarak değerlendirilebilir.

Sağlık Kurulu Özür Oran Cetvelinde Tanılar ve Engel Oranları

Somatoform bozukluklar için kısmi remisyon; DSM-5 tanı ölçütlerinin bir kısmı karşılanmakta ancak semptomların şiddeti ve sıklığı belirgin şekilde azalmıştır. Birey hâlâ bazı somatik yakınmalar bildirebilir ya da sağlıkla ilgili kaygılar zaman zaman devam edebilir. Ancak bu belirtiler artık eskisi kadar yoğun değildir ve bireyin işlevselliğinde kısmi bir düzelme gözlenmektedir. Somatoform bozukluklar için tam remisyon; DSM-5 tanı ölçütlerinin hiçbirinin karşılanmadığı, somatik belirtilerin artık mevcut olmadığı ve kişinin sağlıkla ilgili kaygılarının ortadan kalktığı durumdur. Bu dönemde bireyin sosyal, mesleki ve bireysel işlevselliği tamamen düzelmiştir. Somatik yakınma veya psikolojik aşırı uğraş davranışları gözlenmemektedir.

ICD-11'e göre ise somatoform bozukluklarda kısmi remisyon; somatik belirtilerde, ilgili bilişsel ve davranışsal fazlalıklarda azalma ancak halen zaman zaman devam etme durumu olarak tanımlanmıştır. Tam remisyonunda kişinin so-

matik belirtileri, onlara eşlik eden bilişsel ve davranışsal fazlalıkları tamamen ortadan kalkmıştır, kişinin işlevselliği tamamen düzelmiştir (4).

- * Tedavi ile işlevselliği tam düzelen (şahıs işlevselliğini hayatının çoğu alanında sağlayabilmektedir. Hastalığa ait belirti ve bulgu yoktur ya da mevcut belirti ve bulguları hastanın işlevselliğini bozmamaktadır) : % 0
- * Tedavi ile işlevselliği kısmen düzelen (şahıs işlevselliğini kısmen sağlayabilmektedir. Hayatının bazı alanlarında performansında düşmeler yaşamaktadır. Hastalığa ait belirti ve bulgular mevcuttur ve mevcut belirti ve bulguları hastanın işlevselliğine olumsuz yönde etki etmektedir): %20
- * Tedavi ile işlevselliği düzelmeyen (şahıs işlevselliğini hayatının çoğu alanında sağlayamamaktadır. İş, aile ve sosyal yaşamda performansında düşmeler yaşamaktadır. Şahsa düzenlenen tedavilere ve şahsın düzenli takip ve tedavisini sürdürmesine rağmen şahıs işlevselliğini kazanamamıştır. Hastalığa ait belirti ve bulgular mevcuttur ve mevcut belirti ve bulguları hastanın işlevselliğine olumsuz yönde etki etmektedir): %40

Not: Bu gruptaki hastalıklar için engellilik oranı belirtilere göre değil işlevselliğe göre verilmektedir. Bu gruptaki hastalıklar 1 yıl sonra kontrol gerektirmektedir (5).

OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK

Tanım

Obsesif-Kompulsif Bozukluk (OKB), kişinin istemsizce tekrar tekrar zihnine gelen ve kaygıya yol açan düşünceler, imgeler ya da dürtülerle (örneğin; bulaş korkusu, bedensel endişeler, simetri ihtiyacı gibi obsesyonlar) birlikte, bunlara yanıt olarak katı kurallar çerçevesinde gerçekleştirilen yineleyici davranışlar veya zihinsel eylemleri (örneğin; kontrol etme, yıkama ya da sayma gibi kompülsiyonlar) içeren psikiyatrik bir bozukluktur. OKB' nin dünya nüfusunun yaklaşık %1 ila %3'ünü etkilediği düşünülmektedir (6). OKB' nin başlangıç yaşı 20-25 olmakla birlikte farklı yaş gruplarında görülebilmektedir. Hastanın obsesyon ve kompülsiyonları, zaman açısından oldukça tüketici olabilir. Genellikle günde bir saatten fazla sürer ve bireyin günlük yaşamında belirgin düzeyde psikolojik sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki veya diğer önemli işlevsellik alanlarında bozulmalara neden olabilir.

Klinik Özellikler

OKB, obsesyon, kompülsiyon ya da her ikisinin varlığı ile karakterize bir bozukluktur. Obsesyonlar sıklıkla zorla ya da istenmeden gelen düşünceler yineleyen, ısrarcı düşünceler, imgeler ile karakterizedir. Kompülsiyonlar ise belli bir kuralı olan, aşırılık barından tekrarlayıcı davranışlar ya da zihinsel eylemleri içermektedir. Obsesyonların yarattığı sıkıntıdan kurtulmak amacıyla yapılırlar. Ancak mevcut obsesyonun yarattığı sıkıntıdan kurtulmak ya da azaltmak için yapılan kompülsiyon tam olarak gerçekçi bir çözüm değildir ya da aşırılık barındırmaktadır (1). OKB, belirtileri açısından heterojen bir yapı sergileyen bir bozukluktur. En sık rastlanan belirti alt tipleri şunlardır; simetriye ilişkin saplantılarla birlikte tekrar etme, sıralama ya da sayma zorlantıları; yasadışı kabul edilen saldırgan, cinsel, dini ya da somatik içerikli düşüncelerle birlikte gelişen kontrol etme davranışları; bulaşma korkularına eşlik eden yıkama eylemleri; istifleme saplantıları ve nesne biriktirme davranışlarıdır. Bu alt tipler içinde en yaygın görüleni, bulaş obsesyonları ile yıkama/temizleme kompülsiyonlarıdır. OKB tanısı alan hastaların yaklaşık %50 sinde görülmektedir. OKB tedavisinde ise spontan remisyon oranları düşük olmakla birlikte uzun süreli terapötik yaklaşımlar etkili olmaktadır. Ayrıca OKB tedavisinde antidepresan ilaçlara yanıt alınma süresi depresyona göre daha uzun (8-12 hafta) olabilmektedir (7). Antidepresan tedavinin yanında nöroleptiklerle güçlendirme amaçlı psikofarmakolojik tedaviler yapılabildiği gibi Transmanyetik stimülasyon gibi (TMS) alternatif nöromodülasyon tedavi seçenekleri de değerlendirilmelidir. BDT gibi psikoterapötik müdahaleler de tedavi seçenekleri arasında yer almaktadır.

Değerlendirme

OKB hastalarını değerlendirilirken hastalığa ait belirti-bulguların varlığı, ne kadar süredir ve ne şiddette devam ettikleri detaylıca sorgulanmalıdır. Obsesyonlarına veya kompülsiyonlarına ne kadar süre ayırdığı, bunları engellemeye çalışıp çalışmadığı, engellemeye çalıştığında ne kadar zorlandığı veya başarılı olup olmadığı gibi sorular detaylandırılmalıdır. İkinci aşamada ise hastalığın; bireyin iş, aile, sosyal yaşamını nasıl etkilediği detaylandırılmalı ve nedensellik mevcut mu araştırılmalıdır. Üçüncü aşama ise bireyin mevcut rahatsızlığı için gerekli tedaviyi alıp almadığıdır. Hastasının optimum doz (antidepresan ilaçlarda bu dozlar ilaçların maksimum dozları) ve sürede (hasta remisyona girdikten 12 ay sonra ilaç azaltımı düşünülmeli ve nüksü önlemek için en az 1-2

yıl kadar ilaç kullanımı sürdürülmeli) yeterli tedavi alıp almadığı hem bireyin tedavisi açısından hem de düzenlenecek sağlık kurulu raporu açısından değerlendirilmesi gereken önemli bir noktadır. Sağlık kurulu raporu için başvuran bireyin temaruz açısından da değerlendirilmesi önemlidir. Anamnez alırken bireyin şikayetlerini ifade ediş biçimi, geçmiş hastalık öyküsü, psikiyatri kliniğinde yatış öyküsü, varsa önceki raporları, rapora başvuru nedeni birlikte değerlendirilmelidir. Hastanın mevcut durumu hakkında yeterli tıbbi kanaat oluşmadıysa yakınlarından alınacak detaylı anamneze, hastanın yatırılarak gözlenmesine, sosyal inceleme raporuna da başvurulmalıdır. Bir diğer önemli noktada bireyin işlevselliğinin değerlendirilmesidir. Hastanın takibinde ölçeklerin kullanılması ise kısmen nesnel bir verinin de olmasını sağlarken bireyin tedavi süreci hakkında da yol gösterici olabilir.

İşlevsellik Değerlendirmesinde Sorulacak Sorular

OKB hastasının işlevselliğini değerlendirmek için sorulabilecek örnek sorular:

- Şikayetleriniz nedeniyle iş ya da okulda performansınızın düştüğünü düşünüyor musunuz?
- Obsesyonlarınız ve kompülsiyonlarınıza gün içinde ne kadar zaman ayırıyorsunuz?
- Obsesyonlarınıza karşı koymak için çabanız oluyor mu? Karşı koymada başarılı oluyor musunuz ve bu durum sizi ne kadar zorluyor?
- Kompülsiyonlarınıza karşı koymak için çabanız oluyor mu? Karşı koymada başarılı oluyor musunuz ve bu durum sizi ne kadar zorluyor?
- Şikayetleriniz nedeniyle okula, işe gitmekten; arkadaşlarınızla görüşmekten ya da sosyalleşmekten kaçındığınız oluyor mu? Ne sıklıkla oluyor?
- Daha önce şikayetleriniz nedeniyle psikiyatri kliniğine yatışınızın yapılması hiç gerekti mi?
- Şikayetleriniz nedeniyle çevrenizdeki insanlarla iletişim kurmanız zorlaştı mı? İlişkilerinizde bozulmalar oldu mu?
- Şikayetleriniz nedeniyle günlük işlerinizi yapmanız zorlaştı mı? Hangi açılardan zorlaştı?
- Şikayetleriniz nedeniyle uykunuz ya da iştahınız da bozulma oldu mu?
- Şikayetleriniz için yardım arayışında bulundunuz mu? Düzenli tedavi

aldınız mı?

- Şikayetleriniz ile ilişkili yoğun zihinsel efor harcıyor musunuz ve bu hayatınızı etkiliyor mu?

Kullanılabilecek Ölçekler

1. Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği: Goodman ve ark. (1989)'da geliştirilen ölçeğin Türkçe güvenirlik ve geçerlilik çalışması Tek ve ark. (1995) tarafından yapılmıştır. Ölçek görüşmeci tarafından uygulanmaktadır. 19 maddeden oluşmasına karşın yalnızca ilk 10 madde puanlamaya (madde 1b ve 6b dışında) dahil edilir. Her madde 0-4 arası puanlanır. Puanlamada, 8-15 puan arası hafif, 16-23 puan arası orta şiddet, 24-31 arası şiddetli ve 32-40 puan arası aşırı şiddetli olarak değerlendirilir. OKB' de tedaviye yanıt değerlendirmesi 8-12 haftayı bulabilirken ölçek puanlarında bu haftalarda yaklaşık %35 lik bir düşüş olması beklenir. Bu tedaviye yanıt olduğunu gösterir. Kısmi remisyon ise ölçek puanının 15'in altında olması, tam remisyon için ise ölçek puanının 7 veya daha düşük olması beklenir.

Sağlık Kurulu Özür Oran Cetvelinde Tanılar ve Engel Oranları

OKB için kısmi remisyon; DSM-5'e göre hastada daha önce belirgin işlev kaybına yol açan obsesif düşünce ve kompulsif davranışları artık daha seyrek ve kontrol edilebilir biçimde yaşamaktadır. Ancak zaman zaman zorlantılar ortaya çıkmaktadır. Klinik gözlem sonucunda OKB, kısmi remisyon durumundadır. OKB için tam remisyon; DSM-5'e göre obsesyon ya da kompulsiyonlara dair herhangi bir belirti son aylarda gözlenmemiştir. Kişinin sosyal, akademik ve mesleki işlevselliği normal düzeydedir. Klinik değerlendirmeye göre obsesif-kompulsif bozukluk, tam remisyon halindedir.

ICD-11 de ise kısmi remisyon; obsesyon ve kompulsiyonların sıklığında ve şiddetinde azalma ancak halen belirtilerin var olması olarak tanımlanmıştır. Tam remisyon ise; kişinin obsesyon ve kompulsiyonları artık klinik düzeyde gözlenmemektedir ve kişi işlevselliğini sürdürebilmektedir (4).

- * Tedavi ile işlevselliği tam düzelen (şahıs işlevselliğini hayatının çoğu alanında sağlayabilmektedir. Hastalığa ait belirti ve bulgu yoktur ya da mevcut belirti ve bulguları hastanın işlevselliğini bozmamaktadır) : % 0
- * Tedavi ile işlevselliği kısmen düzelen (şahıs işlevselliğini kısmen sağlayabilmektedir. Hayatının bazı alanlarında performansında düşmeler ya-

şamaktadır. Hastalığa ait belirti ve bulgular mevcuttur ve mevcut belirti ve bulguları hastanın işlevselliğine olumsuz yönde etki etmektedir): %20

- * Tedavi ile işlevselliği düzelmeyen (şahıs işlevselliğini hayatının çoğu alanında sağlayamamaktadır. İş, aile ve sosyal yaşamda performansında düşmeler yaşamaktadır. Şahsa düzenlenen tedavilere ve şahsın düzenli takip ve tedavisini sürdürmesine rağmen şahıs işlevselliğini kazanamamıştır. Hastalığa ait belirti ve bulgular mevcuttur ve mevcut belirti ve bulguları hastanın işlevselliğine olumsuz yönde etki etmektedir): %40

Not: Bu gruptaki hastalıklar için engellilik oranı belirtilere göre değil işlevselliğe göre verilmektedir. Bu gruptaki hastalıklar 1 yıl sonra kontrol gerektirmektedir (5).

YEME BOZUKLUKLARI

Tanım

Yeme bozuklukları, anormal yeme veya kilo kontrol davranışlarıyla karakterize edilen ciddi psikiyatrik bozukluklardır. Kilo, beden şekli ve yeme davranışına yönelik bozulmuş tutumlar, bu bozuklukların ortaya çıkışında ve sürmesinde önemli rol oynar. **Anoreksiya nervroza (AN)** ve **Bulimia nervroza (BN)**, DSM-5'e göre en bilinen yeme bozukluklarıdır. AN ve BN gibi yeme bozukluklarının başlangıç yaşları genellikle ergenlik ve genç yetişkinlik dönemleridir. Bu bozukluklar kadınlarda erkeklerden daha sık görülmektedir. 30 yaş sonrası AN başlangıcı oldukça nadirdir. AN'nin yaşam boyu prevalansı kadınlarda %0,5 ila %4 arasında değişirken erkeklerde %0,3'tür. BN'nin yaşam boyu prevalansı ise kadınlarda %0,5 ila %3 arasında değişirken erkeklerde %0,1 ila %1 arasında değişmektedir (8). **Obezite** tek başına bir yeme bozukluğu olarak değerlendirilmez. Tüm yeme bozuklukları fiziksel sağlığı ciddi şekilde bozabilir ve psikososyal işlevselliği sekteye uğratabilir.

Klinik Özellikler

DSM-5'e göre AN, kilo alma korkusu ve/veya beden algısında bozulma ile karakterize edilen, oldukça belirgin ve ciddi bir psikiyatrik bozukluktur. Bu durum, ciddi düzeyde diyet kısıtlamasına ya da diğer kilo verme davranışlarına (örn. çıkarma, aşırı fiziksel aktivite) yol açar. Kilo ve beden şekline ilişkin endişeler, **anoreksiya nervrozayı, kaçınan-kısıtlayıcı besin alım bozukluğundan**

ayıran ana özelliğidir. Buna ek olarak, bireyin bilişsel ve duygusal işlevselliğinde belirgin bozulmalar da görülebilir. Ani'nin **tıbbi komplikasyonları**, genellikle **beslenme yetersizliği**, kilo kaybı ve çıkarıcı davranışlara bağlı olarak **tüm organ ve sistemleri** etkileyebilir. Özellikle tüm gastrointestinal sistemi etkileyen **gastrointestinal semptomlar**, oldukça yaygın ve rahatsız edici olabilir. **DSM-5'e göre BN**, normal ya da artmış vücut ağırlığında da görülebilir (kişinin vücut ağırlığı, bulimiya nervoza için belirlenen eşğin altındaysa, tanı **binge-purge tip AN** olarak sınıflandırılır). Bu bozukluk, **tekrarlayan tıkanırmasına yeme epizotlarıyla** (yani, kontrol kaybı eşliğinde aşırı miktarda yemek yeme) ve **kilo alımını önlemeye yönelik telafi edici davranışlarla** karakterizedir. En sık görülen telafi edici davranış **kendi kendini kusturma** olmakla birlikte, **ilaçların uygunsuz kullanımı** (ör. laksatif, diüretik), **aç kalma** veya **aşırı egzersiz** de bu amaçla kullanılmaktadır. Bu davranışlar, bireyin **kilo, beden şekli veya dış görünümüyle ilgili olumsuz öz değerlendirmesi** tarafından yönlendirilir. Yeme bozukluklarının tedavisinde multidisipliner yaklaşım önemli bir yer tutmaktadır. Hastalara ve ailelerine psikoeğitim verilmelidir. Hastanın kliniği dahili branş hekimlerince de değerlendirilmeli ve nutrisyonel destek sağlanması gerekiyorsa tedavi süreci ekipçe planlanmalıdır. BDT gibi psikoterapi seçenekleri her zaman göz önünde bulundurulmalıdır. Farmakolojik tedavide zaman zaman antidepresanlar, nöroleptikler ve hormon tedavilerinden destek alınabilir. Ancak ilaç seçiminde kişinin mevcut kliniğine göre ve ihtiyacına göre tedbirli olmak önemlidir. Yeme bozukluklarının tedavisi uzun vadeli bir süreçtir ve en azından 6-12 ay kadar sürmelidir. Sonrasında ise nüks riskine karşı düzenli ve sıkı takip önerilir.

Değerlendirme

Yeme bozukluğu hastalarını değerlendirilirken öncelikle hastanın genel sağlık durumu sorgulanmalıdır. Hastanın mevcut kliniğinde acil müdahale gerektiren bir beslenme yetersizliği gibi bir durumun varlığı araştırılmalıdır. Sonrasında hastalığa ait belirti-bulguların varlığı, ne kadar süredir ve ne şiddette devam ettikleri detaylıca sorgulanmalıdır. Şahsın beden algısına, telafi davranışları varsa bunların sıklığına ve neler olduğuna, besin kısıtlaması olup olmadığına, genel beslenme alışkanlıklarına yönelik sorularla muayene detaylandırılmalıdır. Kişinin vücut kitle indeksi ölçülmeli, ölçülmesi için gerekli malzemeler yoksa kendisine sorulmalıdır. İkinci aşamada ise hastalığın; bireyin iş, aile, sosyal yaşamını nasıl etkilediği detaylandırılmalı ve nedensellik mevcut mu

araştırılmalıdır. Kişinin yeme bozukluğuna bağlı sağlık problemleri olup olmadığı detaylandırılmalıdır. Üçüncü aşama ise bireyin mevcut rahatsızlığı için gerekli tedaviyi alıp almadığıdır. Hastasının optimum doz ve sürede yeterli tedavi alıp almadığı hem bireyin tedavisi açısından hem de düzenlenecek sağlık kurulu raporu açısından değinilmesi gereken önemli bir noktadır. Sağlık kurulu raporu için başvuran bireylerin temaruz açısından da değerlendirilmesi önemlidir. Anamnez alırken bireyin şikayetlerini ifade ediş biçimi, geçmiş hastalık öyküsü, psikiyatri kliniğinde yatış öyküsü, varsa önceki raporları, rapora başvuru nedeni birlikte değerlendirilmelidir. Hastanın mevcut durumu hakkında yeterli tıbbi kanaat oluşmadıysa yakınlarından alınacak detaylı anamneze, hastanın yatırılarak gözlenmesine, sosyal inceleme raporuna da başvurulmalıdır. Bir diğer önemli noktada bireyin işlevselliğinin değerlendirilmesidir. Hastanın takibinde ölçeklerin kullanılması ise kısmen nesnel bir verinin de olmasını sağlarken bireyin tedavi süreci hakkında da yol gösterici olabilir.

İşlevsellik Değerlendirmesinde Sorulacak Sorular

Yeme bozukluğu hastasının işlevselliğini değerlendirmek için sorulabilecek örnek sorular:

- Beslenme alışkanlıklarınız nasıldır? Ne kadar süredir böyle devam ediyor?
- Kendinizi çok kilolu gördüğünüz ya da aynanın önünde kendinize sık sık bakarak bedeninizi eleştirdiğiniz oluyor mu?
- Yemek yerken katı kurallarınız ya da belli bir düzeniniz mevcut mu? Varsa biraz detaylandırır mısınız?
- Zaman zaman kontrolünüzü kaybetmiş gibi yemek yediğiniz oluyor mu? (ne sıklıkla, tariflemesi istenebilir) Yemek yedikten sonra suçluluk ya da pişmanlık duyduğunuz oluyor mu? Sonrasında hissiyattan kurtulmak için yaptığınız bir davranış var mı? (laksatif, kendisini kusturma vb.)
- Çevrenizden yeme davranışlarınızla ya da kilonuzla ilgili eleştiri alıyor musunuz?
- Bulantı, kusma, adet düzensizliği, saç dökülmesi vb şikayetleriniz oluyor mu? Bunlar ne kadar süredir devam ediyor? Günlük yaşamınızı etkiliyor mu?
- Şikayetleriniz nedeniyle okula, işe gitmekten; arkadaşlarınızla görüşmekten ya da sosyalleşmekten kaçındığınız oluyor mu? Ne sıklıkla

oluyor?

- Daha önce şikayetleriniz nedeniyle psikiyatri kliniğine yatışınızın yapılması hiç gerekti mi?
- Şikayetleriniz nedeniyle çevrenizdeki insanlarla iletişim kurmanız zorlaştı mı? İlişkilerinizde bozulmalar oldu mu?
- Şikayetleriniz nedeniyle günlük işlerinizi yapmanız zorlaştı mı? Hangi açılardan zorlaştı?
- Şikayetleriniz nedeniyle uykunuz ya da iştahınız da bozulma oldu mu?
- Şikayetleriniz için yardım arayışında bulundunuz mu? Düzenli tedavi aldınız mı?
- Şikayetleriniz ile ilişkili yoğun zihinsel efor harcıyor musunuz ve bu hayatınızı etkiliyor mu?

Kullanılabilecek Ölçekler

1.Yeme Tutumu Testi Kısa Form (YTT-KF): Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması 2020 yılında Okumuş ve ark. tarafından yapılmıştır. 26 sorudan oluşan bir öz bildirim ölçeğidir. 4'lü likert tipi ölçeğin her maddesi 0-3 arasında puanlanmaktadır. 20 puan ve üzeri muhtemel bir yeme bozukluğu ile ilişkili olabilir. Ölçek üç faktörlüdür; yeme kontrolü, diyet, bulimiya ve yeme meşguliyeti. Ölçekten alınan toplam puanın 10'un altına düşmesi tam remisyon, 10-19 puan arası kısmi remisyon olarak değerlendirilebilir.

Sağlık Kurulu Özür Oran Cetvelinde Tanılar ve Engel Oranları

AN için kısmi remisyon; DSM-5'e göre hasta artık klinik olarak düşük vücut ağırlığı kriterini karşılamamakta; ancak kilo alma korkusu ve beden algısına dair çarpıtmalar devam etmektedir. Bu nedenle kısmi remisyon aşamasındadır.

AN için tam remisyon; Kişinin vücut ağırlığı sağlıklı sınırlar içinde seyretmekte ve kilo alma korkusu ya da beden algısında bozulma gözlenmemektedir. Yeme davranışları normatif düzeydedir. DSM-5'e göre tam remisyon aşamasındadır.

BN için kısmi remisyon; Tıkınırcasına yeme ve ardından gelen telafi davranışlarının sıklığı ciddi oranda azalmıştır. Ancak dönemsel ataklar hâlen gözlenmektedir. Bu nedenle DSM-5'e göre kısmi remisyon dönemindedir. BN için tam remisyon; Son 3 ay içerisinde herhangi bir tıkınırcasına yeme ya da telafi

edici davranış (kusma, laksatif kullanımı vb.) bildirilmemiştir. DSM-5'e göre Bulimiya nevroza, tam remisyon aşamasındadır.

ICD-11'e göre AN'de kısmi remisyon; hastanın kilosu normal sınırlara gelmiş olabilir ancak beden algı bozukluğu veya kilo alma korkusu halen kısımlı olsa mevcuttur. Tam remisyon; kişinin beden algı bozukluğu, kilo alma korkusu tamamen ortadan kaybolmuş olup bireyin kilosu normal sınırlardadır ve yeme davranışları normale dönmüştür (4).

ICD-11'e göre BN'de kısmi remisyon; Tıkınırcasına yeme ve telafi davranışlarının sıklığı azalmıştır ancak belirli dönemlerde ataklar hâlen mevcuttur. Tam Remisyon: kişinin Tıkınırcasına yeme ve telafi davranışları olmamakla birlikte yeme davranışları ve beden algısı sağlıklı düzeydedir.

*Tedavi ile işlevselliği tam düzelen (şahıs işlevselliğini hayatının çoğu alanında sağlayabilmektedir. Hastalığa ait belirti ve bulgu yoktur ya da mevcut belirti ve bulguları hastanın işlevselliğini bozmamaktadır) : % 0

*Tedavi ile işlevselliği kısmen düzelen (şahıs işlevselliğini kısmen sağlayabilmektedir. Hayatının bazı alanlarında performansında düşmeler yaşamaktadır. Hastalığa ait belirti ve bulgular mevcuttur ve mevcut belirti ve bulguları hastanın işlevselliğine olumsuz yönde etki etmektedir): %20

*Tedavi ile işlevselliği düzelmeyen (şahıs işlevselliğini hayatının çoğu alanında sağlayamamaktadır. İş, aile ve sosyal yaşamda performansında düşmeler yaşamaktadır. Şahsa düzenlenen tedavilere ve şahsın düzenli takip ve tedavisini sürdürmesine rağmen şahıs işlevselliğini kazanamamıştır. Hastalığa ait belirti ve bulgular mevcuttur ve mevcut belirti ve bulguları hastanın işlevselliğine olumsuz yönde etki etmektedir): %40

Not: Bu gruptaki hastalıklar için engellilik oranı belirtilere göre değil işlevselliğe göre verilmektedir. Bu gruptaki hastalıklar 1 yıl sonra kontrol gerektirmektedir (5).

Somatoform Bozukluklar, Obsesif-Kompulsif Bozukluklar ve Yeme Bozukluklarında Şahsın Bağımlılık Durumunun Değerlendirilmesi

Erişkinler için engellilik değerlendirmesi hakkında yönetmeliğe göre;

Kısmi bağımlı engelli birey: doku, organ ve/veya fonksiyon kaybı ve/veya psikiyatri tanısına bağlı olarak muhakeme yeteneği değerlendirilmesi gereken fonksiyonel bağımsızlık ölçeklerine göre günlük yaşam aktivitelerini yardım alarak gerçekleştirebileceğine karar verilen bireyi ifade ederken, **tam bağımlı**

engelli birey: engel durumuna göre engel oranı %50 ve üzeri olduğu tespit edilenlerden doku, organ ve/veya fonksiyon kaybı ve/veya psikiyatri tanısı ile bağlantılı olarak muhakeme yeteneği değerlendirilmesine göre günlük yaşam aktivitelerini yardım almasına rağmen kendi başına gerçekleştiremediğine karar verilen bireyi ifade etmektedir.

Bu doğrultuda bireyin detaylı genel ve psikiyatrik muayenesi yapıldıktan sonra bağımlılık kararı sağlık kurulunca verilmelidir. Düzenlenen sağlık kurulu raporunda kişinin bağımlılık durumu mutlaka belirtilmelidir (5).

İşlevsellik Değerlendirilmesinde Kullanılabilecek Ortak Ölçekler;

Sağlık kuruluna başvuran bireylerin işlevselliklerini ve bağımlılık durumlarını değerlendirmek için aşağıdaki ölçeklerden faydalanılabilir:

1.Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği (Functional Independence Measures-FIM): Kişinin bağımlılık/bağımsızlık değerlendirmesinde kullanılabilecek bir ölçektir. Bu ölçek kişinin temel günlük fiziksel ve bilişsel yaşam aktivitelerindeki bağımsızlık derecesini değerlendirmeye yönelik geliştirilmiştir. Ölçek 18 maddeden ve 2 alt gruptan (motor ve bilişsel alan) oluşmaktadır. Motor alan; beslenme, kişisel hijyen, giyinme, tuvalet kullanımı, yatak/tekerlekli sandalye ile transferi, merdiven çıkma, yürüyüş/tekerlekli sandalye kullanımı gibi durumları değerlendirir. Bilişsel alan; anlama, ifade etme, problem çözme, hafıza, sosyal etkileşimi ölçer. Her madde 1 ile 7 arasında puanlanır. 1 puan o madde için tam bağımlılığı, 7 puan bağımsızlığı gösterir. Ölçekten alınabilecek toplam puan 18-126 arasında değişmektedir. 18-60 puan arası tam bağımlılığı, 61-90 puan arası kısmi bağımlılığı ve 91-126 arası puanlar bağımsızlığı/ minimal yardım ihtiyacını göstermektedir. Türk toplumunda geçerli ve güvenilir olduğu da gösterilmiştir.

2.Sheehan Yeti Yitimi Ölçeği (SYYÖ); bu ölçek iş, sosyal yaşam/boş zaman uğraşları ve aile yaşamı/evdeki sorumluluklar alanlarında görülen yeti yitimini belirlemek üzere kullanılır. Puanlama, 0 ile 10 arasında değişen bir derecelendirmeye göre, kişinin kendisi tarafından yapılmaktadır. Bu ölçekte hiç (0), hafif (1-3), orta (4-6), belirgin (7-9) ve çok (10) bozulmaya karşılık gelmektedir.

Tablo 1. Somatoform Bozukluklar, Obsesif-Kompulsif Bozukluklar ve Yeme Bozukluklarının Sağlık Kurulunda Değerlendirilmesi

Değerlendirme Alanı	Açıklama	Dikkat Edilecek Noktalar
Tanısal Uygunluk	DSM-5 / ICD-10 / ICD-11'e göre konmuş tanı-lar	Tanının uzman hekim tarafından konulması, klinik belirtiler ile anamnez içeriğinin tanı ile uyumu.
Klinik Seyir	Atak sayısı, yatış öyküsü, tedaviye uyum, intihar girişimi veya riskli davranış öyküsü	Klinik seyir belgelendirilmeli (raporlar, yatışlar, tedavi kayıtları vb.)
İşlevsellik Düzeyi	Kişisel bakım, iş/okul devamlılığı, sosyal ilişkiler, bağımsız yaşam becerileri	Ölçeklerle desteklenmeli (Sheehan Yeti Yitimi Ölçeği vb.)
Tedaviye Yanıt	Remisyon, kısmi yanıt, yanıtsızlık durumu	Poliklinik takiplerindeki anamnez bilgilerine de dikkat edilmeli, Ölçek skorlarından faydalanılmalı: HAÖ, Yale- Brown Ölçeği, TSS-B-KÖ, YTT-KF vb.
Bağımlılık Durumu	Tam bağımlı / Kısmi bağımlı / Bağımsız	Klinik gözlemlerle birlikte multidisiplinler karar alınmalı. FIM gibi ölçeklerle desteklenmeli.
Önceki Raporlar ve Klinik Gidiş	Daha önceki raporlar, oranlar, kurumlar ve başvuru tarihleri e-Nabız üzerinden incelenmeli, ulaşılamıyorsa başvuran kişi/kurumun tarafımıza iletmesi istenmeli	Rapor numarası, tarih, kurum bilgileri karşılaştırılmalı
Tedavi Süreci ve Kronisite	Kullanılan ilaç sayısı-süresi tedavi değişiklikleri, tedaviye direnç, kronikleşme	Tedavi süreci, ilaç direnç öyküsü, yatış sayısı göz önünde bulundurulmalı

Sosyal İnceleme Gerekliliği	Gerektiğinde sosyal hizmet raporları ile destekleme	Temaruz şüphesi, kendisinden yakınlarından yeterli anamnez alınamaması ya da şüpheli anamnez, bağımsız yaşam becerilerinde belirsizlik varsa talep edilmelidir
Karar Süreci	Kurul oy birliği, çok disiplinli değerlendirme	Karar verilemiyorsa takip, yatırılarak gözlem veya sosyal inceleme önerilmeli

KAYNAKLAR

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013.
2. Micoulaud-Franchi JA. Troubles somatoformes: 10 messages clés [Somatoform disorders: 10 key messages]. *Rev Prat.* 2019;69(2):223.
3. Kallivayalil RA, Punnoose VP. Understanding and managing somatoform disorders: Making sense of non-sense. *Indian J Psychiatry.* 2010;52(Suppl 1):240-245.
4. Reed GM, First MB, Kogan CS, Hyman SE, Gureje O, Gaebel W et al. Innovations and changes in the ICD-11 classification of mental, behavioural and neurodevelopmental disorders. *World Psychiatry.* 2019;18(1):3-19.
5. Yönetmelik, Erişkinler İçin Engellilik Değerlendirilmesi Hakkında. Resmî Gazete (Sayı:30692).Online. <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2019/02/20190220-2.htm>, 2019.
6. Demet MM. Anksiyete Bozukluklarının Psikofarmakolojisi Kitabı, Editörler: M.M. Demet, Ş. Pırıldar, T. Alkın, Türk Psikiyatri Derneği Yayınları, 1. Baskı, Ankara, 2024.
7. Koran LM, Hanna GL, Hollander E, Nestadt G, Simpson HB. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry.* 2007;164(7 Suppl):5-53.
8. Galmiche M, Déchelotte P, Lambert G, Tavalacci MP. Prevalence of eating disorders over the 2000-2018 period: a systematic literature review. *Am J Clin Nutr.* 2019;109(5):1402-1413.

5. BÖLÜM

ŞİZOFRENİ

Uzman Dr. İlhan Ahmet ÇETİNER

Muş Devlet Hastanesi

ORCID-ID:0009-0003-2287-8906

ŞİZOFRENİ GİRİŞ

Şizofreni, çok farklı ruhsal bulguların bir araya gelmesi ile oluşan sendromdur. Hiçbir klinik bulgu şizofreni için patognomonik olmadığı gibi, şizofrenide görülen her belirti ve bulgu başka bir psikiyatrik ya da nörolojik bozuklukta da karşımıza çıkabilir. Şizofreniye özgü herhangi bir laboratuvar bulgusu ya da yapısal beyin değişikliği de yoktur. Tutarlı ve her hastada görülen bir hastalık öncesi öykü saptanamaz. Tanısı için nesnel bir ölçüt bulunmayan şizofreni, psikiyatrinin en ilgi çekici konularından birisi olarak önemini korumaktadır (1).

TANIM VE EPİDEMİYOLOJİ

Şizofreni: kronik seyirli, ciddi yeti yitimine neden olabilen, yaşam kalitesi ve işlevselliği olumsuz etkileyen bir ruhsal hastalıktır. Şizofreni, tüm dünyada en çok yeti yitimine yol açan hastalıkların başında gelmektedir. Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre 15-44 yaş arası bireyler için yeti yitimine neden olan hastalıklar içinde şizofreni ilk on sırada yer almıştır. Şizofreni hemen her toplum ve kültürde görülen bir hastalık olup, bir kişinin yaşam boyu şizofreniye yakalanma oranı ortalama %1 olarak kabul edilir (2).

Öte yandan psikotik belirtilerin görüldüğü (psikozun belirleyici olduğu veya eşlik ettiği) tüm psikiyatrik bozukluklar değerlendirmeye alındığında yaşam boyu sıklık %2,5-3,5 arasında olmaktadır. Psikotik yaşantıların genel toplumdaki yaygınlığı ise %8 civarındadır. Şizofreni dışında kalan psikotik bulgular (şizofreniform bozukluk, kısa psikotik bozukluk, sanrılı bozukluk, tanımlanmamış psikotik bozukluklar) da en az şizofreni kadar yaygındır ve genel toplumdaki yaşam boyu yaygınlıkları 9/1000 kişiyi bulmaktadır (1).

Şizofreni ve benzeri psikotik bozukluklar psikiyatri hizmetlerinde önemli bir yer tutmaktadır. Bu bozukluklar ülkemizdeki ayaktan psikiyatri hizmetlerinin %18'ini ve yataklı servis hizmetlerinin %40'ını oluşturmaktadır (1).

RİSK FAKTÖRLERİ

Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar için risk etkenleri ve koruyucu etkenler geniş bir yaşam dönemine ve birbirleriyle neredeyse ilişkisi olmayan farklı kategorilere dağılmıştır. Bir yanda demografik özellikler (toplumsal sınıf, ırk, köken, nedeni durum) bulunmakta iken bir yanda yatkınlık oluşturan özellikler (aile öyküsü, otoimmünite, genetik, baba yaşı, doğum mevsimi, kentsel çevre, hamilelik ortamı, doğum olayı, erken çocukluk çağı olumsuz yaşam olayları) bulunmaktadır. Bu etkenlere yine ek olarak hızlandırıcı özellikler (yaşam olayları ve duygusal dışavurumunun yol açtığı stres, madde kullanımı) de bulunmaktadır. Bu etkenlerin geniş bir dağılıma sahip olması, olasılıkla şizofreninin genetik varyasyon ile çevrenin özgül yönleri arasında, yaşamın farklı dönemlerinde, farklılıklar gösteren özel bir etkileşimi gerektirdiğine işaret etmektedir (1).

Tablo 1: Şizofrenide Risk Faktörleri (1)

1.Fetüsün oluşumu öncesinde etkin olan faktörler: Ailede ve birinci derece yakınarda psikotik bozukluk yükünün fazla olması, birinci derece yakınarda psikotik bozukluk dışında herhangi bir psikiyatrik hastalık öyküsü olması, ileri baba yaşı
2. Fetüsün oluşumu ile anne karnında etkin olan etkenler: Gebelikte annenin vitamin depolarının yetersiz olması (özellikle D vitamini, folik asit ve B6), gebelikte annenin geçirdiği enfeksiyonlar (CMV, toksoplazma gondi, influenza, HSV-2), gebelikte annenin maruz kaldığı yaşam olayları ve stres, gebelikte annenin sigara ve alkol kullanımı, doğum sırasında gerçekleşen komplikasyonlar ve zorlu gebelik süreci
3. Erken çocukluk çağında etkin olan risk faktörleri: Bakım verene ve bakım ortamına ait sorunlar (ebeveyn kaybı, ebeveynlerin ayrılığı, ebeveynlerden ayrı kalma), temel güven duygusuna dair sorunlar ve istismar (cinsel, fiziksel, duygusal istismar), okul çağında maruz kalınan zorbalık ve/veya dışlanma
4.Ergenlikte etkin olan risk faktörleri: Madde kullanımı (esrar başta olmak üzere, alkol, metamfetamin, uyarıcılar, sigara), kentsel çevre, göçmenler ve etnik azınlık grubunda olanlar, sosyal eşitsizlikler ve dışlanma
5. Erişkinlikte etkin olan risk faktörleri: stres verici ve travmatik yaşam olayları, beden sağlığı ile ilgili sorunlar ve kazalar (özellikle kafa travması)

Klinik Özellikler:

Şizofreninin başlıca özelliği, ayırt edici nitelikteki belirti ve bulguların bir karışımın, bir aylık sürenin önemli bir kısmında bulunması ve bazı belirti ve bulguların ise en az altı ay süreyle sürüyor olmasıdır. Bu belirti ve bulgular toplumsal ya da işle ilgili işlevsellikte belirgin bir bozulmaya yol açmaktadır (3).

Şizofreninin klinik belirtileri genellikle 5 ana başlık altında incelenir:

1.Pozitif Belirtiler: Sanrılar, varsanılar, dağınık düşünce ve davranışları kapsayacak şekilde olağan işlevsellikte aşırılığa ya da çarpıklığı yansıtmaktadır (4). Şizofrenide görülen en önemli düşünce içeriği bozukluğu sanrılardır. Şizofrenide en sık görülen sanrılar, perseküsyon (kötülük görme) sanrılardır. Literatür incelendiğinde dinsel ve büyüklük sanrılarının erkeklerde, kıskançlık sanrılarının da kadınlarda daha sık olduğu belirlenmiştir. Şizofreninin bir

başka pozitif belirtisi de sanrılardan daha az sıklıkta karşımıza çıkan halüsinasyonlardır. Şizofreni hastalarında en sık görülen halüsinasyonlar sırasıyla, işitsel ve görsel halüsinasyonlardır. Bir başka pozitif belirti kümesi de düşünce bozukluklarıdır. Baskılı konuşma, fikir uçuşması, enkoherans, bloklar, perseverasyonlar, çevresel-teğetsel konuşma; şizofrenide sık görülen düşünce bozukluklarıdır. Hastalığın genelde akut ve alevlenme dönemlerinde görülen aşırı hareketlilik, taşkınlık, yüzde ve özellikle ağız çevresinde belirgin tike benzer garip hareketler (grimas), uygunsuz tuhaf ve önceden kestirilemeyen davranışlar da şizofreninin pozitif psikotik belirtileri arasında yer almaktadır (3).

2.Negatif Belirtiler: Güdülenim ve ilgide (istenç, haz, ilişkisellik) ya da ifade yetilerinde (duygulanım, düşünce/ konuşma) azalma ya da yoksullaşmayı yansıtır (4). Bu alandaki kayıplar başka bir nedene bağlı değilse birincil negatif belirti olarak adlandırılır. Birincil negatif belirtiler köken olarak şizofreninin fizyopatolojik süreçleriyle ilişkilidir. Negatif belirtiler şizofrenin başlangıcında en sık görülen belirtiler olmasına karşın, hastalar genellikle bu belirtilerin farkında değildir ve bu nedenle tedavi arayışında bulunmazlar (4). İlk atak psikozda negatif belirti yaygınlığı %50-90 iken, şizofreni tanılı hastaların %20-40'ında kalıcı negatif belirtiler bulunmaktadır (1).

Tablo 2: Şizofrenide Görülen Negatif Belirtiler (4).

Duygulanım Donukluğu (affektive blunting): Duygunun ifade edilmesinde, olaylara duygusal tepki göstermede belirgin azalma vardır. Yüz ifadelerinde sığlaşma, ses tonunda düşüklük ve tekdüzelik, bedensel katılımda azalma görülür.

Düşünce Yitimi (alogia): Konuşmada kullanılan sözcük miktarında belirgin azalma vardır. Sorulara beklenenden daha kısa ve az yanıt verilir.

İlişki Yitimi (asociality): Güdülenim ve ilgide azalmaya bağlı olarak başkalarıyla ilişki kurma ve ilişkiyi sürdürmede, genel olarak toplumsal etkileşimlerde belirgin kayıp vardır.

Haz Yitimi (anhedonia): Çeşitli etkinlik ve olaylara karşı gerek içinde bulunduğu an gerekse gelecek beklentiler açısından haz yaşantısında belirgin azalma vardır.

İstenç Yitimi (avolition): Güdülenim azlığına bağlı olarak hedef yönelimli hareketlerin başlatılması ve sürdürülmesinde belirgin azalma vardır.

Şizofreninin temel veya kendine özgü semptomları olan bu birincil/ primer negatif belirtiler ile; pozitif belirtilere, ilaç yan etkilerine ya da çökkünlüğe ikincil olarak ortaya çıkabilen sekonder negatif belirtiler arasında ayırım yapabilmek sağaltım ve prognoz açısından önemlidir ve çoğu zaman bu ayrımı yapmak güç olmaktadır (3).

Negatif belirtilerin mesleki işlevsellikte bozulma, ev işlerine uyum sağlamama, boş zaman etkinliklerine katılımda azalma ve yaşam kalitesinde düşmeye neden olduğu ve sosyal işlevsellikteki bozulmanın en önemli öngörücüsü olduğu bilinmektedir. Prodromal dönemdeki negatif belirtilerin, psikoz dönüşümünün öngörülmesinde önemli olabileceği de düşünülmektedir. Ayrıca, negatif belirtilerin pozitif belirtilere göre daha az düzelme gösterdiği de bildirilmiştir (1).

3.Bilişsel Belirtiler: Bilişsel belirtiler, tanım ve ölçümlerindeki zorluklar nedeniyle henüz tanı kriterleri arasında yer almamasına karşın; klinik uygulamada hem hastaların takip ve tedavisinde hem de şizofreni araştırmalarında klinik değerlendirmenin vazgeçilmez bir parçasıdır. Şizofrenide bilişsel belirtilere yönelik araştırmalar gözden geçirildiğinde, en sık etkilenen bilişsel alanlar; yürütücü işlevler, dikkat, algısal/ motor işleme, vijilans (dikkati sürdürme), sözel öğrenme ve bellek, sözel ve uzamsal çalışma belleği ve sözel akıcılıktır. İlk atak şizofreni hastalarında yapılan bir meta-analiz çalışmasında, bilişsel bozulmanın en fazla sözel bellek ve işlem hızında olduğu gösterilmiştir (4).

Ayrıca güncel çalışmalarda; şizofrenide sadece nörobilişsel bozuklukların görülmediği, aynı zamanda sosyal bilişin de etkilenmiş olduğu gösterilmiştir. Sosyal biliş açısından en çok çalışılan alanlar; duygusal işleme (yüz ifadelerinin algılanması, tanınması) ve zihin kuramı (başkasının zihnindeki düşünce, niyet ve inançlardan anlam çıkarma yetisi) alanlarıdır (4).

Yapılan çalışmalar şizofrenide görülen bilişsel belirtilerin (nörobilişsel bozukluklar ve sosyal bilişler); hastalığın temel belirtileri içinde olduğu, hastalığın erken dönemlerinde ortaya çıktığı, hatta hastaların ailelerinde ve hastalığın prodromal döneminde de saptanabileceği, hastalığın süregelenleşmesinden, diğer psikopatolojik belirtilerden bağımsız olduğu ve kullanılan antipsikotik ilaçlara sekonder olmadığı gösterilmiştir (4).

4. Duygudurum Belirtileri: Bu belirtilerin şizofreniye sıklıkla eşlik ettiğine dair bulgular olmakla birlikte, bu belirtiler bazen sadece belirti düzeyinde

bazen ise bir duygudurum bozukluğu tanı ölçütünü karşılayacak düzeyde olabilmektedir (4).

Önceki çalışmalarda; şizofrenide duygudurum belirtilerinin varlığı daha iyi bir sonlanımla ilişkilendirilirken, güncel çalışmalarda depresyonun hastalığın gidişatını kötüleştirdiği ve intihara yatkınlık yarattığı ortaya konulmuştur (4). Depresyon, özellikle şizofreni prodromunda, ilk atak sırasında ve psikotik alevlenmelerin yatışması sonrasında sık görülmektedir (1). Depresyonun, işlevsellik ve yaşam kalitesi üzerine de uzun dönemde olumsuz sonuçları bulunmaktadır. Depresyonu olan şizofreni hastalarında; depresme, güvenlik (saldırganlık, tutuklanma, saldırıya uğrama, intihara eğilim) ve madde kullanımı ile ilgili sorunların daha fazla görüldüğü ve yaşam kalitesi, bilişsel işlevler, aile ilişkileri ve ilaç uyumunun daha bozuk olduğu saptanmıştır (4).

Anksiyete şizofrenide çok sık görülmekle birlikte anksiyete bozuklukları ve şizofreni birlikteliği çok sık araştırılmamıştır. Konudaki uzmanların görüşü anksiyete varlığının şizofrenide özkıyım ve şiddet olasılığını arttırdığı yönündedir (1).

5.Motor Belirtiler: Genellikle hareketlerde yavaşlama ve katatonik davranışları içermektedir. Belirsiz yineleyici el hareketlerinden tüm bedeni içeren karmaşık, amaçsız hareketlere dek geniş bir perspektifte görülürler. Kimi zaman törensel ve yineleyici nitelikte (manyerizm)olabildiği gibi kimi zaman da başkalarının hareketini tekrarlama (ekopraksi) şeklinde olabilir (1).

Geçmiş dönemde yapılan çalışmalar; daha önce herhangi bir psikotrop ilaç kullanmamış şizofreni hastalarında; diskinezi ve özellikle yüz bölgesinde belirgin olan hiperkinetik hareketlerin ortaya çıktığı, yine sağlıklı kontrollere göre daha yüksek parkinsonizm puanlarının (özellikle katılık ve hareket yavaşlaması) olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca pasiflik fenomeni ve kişinin eylemlerini kontrol etme gücünün zayıflamasına bağlı olarak psikotrop ilaç kullanımından bağımsız olarak nadir de olsa şizofreni hastalarında fonksiyonel hareket bozuklukları meydana gelebilir (5).

Yine antipsikotik ilaç kullanımına bağlı olarak ekstrapiramidal sistem hareket bozuklukları (distoni, parkinsonizm, akatizi, tardif diskinezi, nöroleptik malign sendrom) ve katatoni sıklıkla görülebilmektedir (5).

KLİNİK SEYİR

Hastalığın başlangıç yaşı cinsiyetler arasında farklılık gösterir. Erkeklerde şizofreni başlangıç yaşı 15-25, kadınlarda ise 25-35 yaşları olarak belirtilmiştir. Başka bir ifade ediliş şekliyle şizofreni kadınlarda erkeklere göre daha ileri yaşlarda başlamaktadır. Kadınlarda menopoz sonrası ikinci bir pik yapmaktadır. Hastalık belirtileri 15 yaşından önce başlamışsa erken başlangıçlı, 13 yaşından önce başlamış ise çok erken başlangıçlı, 45 yaşından sonra başlaması durumunda geç başlangıçlı şizofreni, 60 yaşından sonra başlaması durumunda ise çok geç başlangıçlı şizofreni benzeri psikoz olarak tanımlanmaktadır (2).

Türkiye’de şizofreni erkeklerde kadınlara oranla daha sık görülmektedir. Erkek/kadın oranı 1,5/1’dir. Hastalığın ortaya çıkma yaşları eğitim sürecine, özellikle yükseköğrenim sürecine denk geldiği için şizofreni ve benzeri psikotik bozukluklarda eğitim süresi genel topluma göre daha düşüktür (1).

Şizofreni sosyoekonomik düzeyi düşük kişilerde, kırsal kesimde yaşayanlarda, azınlık nüfusta, göç edenlerde, bekar ya da boşanmış olanlarda ve evsizler arasında daha sık olarak görülmektedir. Ayrıca, gelişmiş ülkelere geri kalmış ya da gelişmemiş ülkelere göre şizofreninin daha kötü bir klinik seyir gösterdiği de söylenmektedir (2).

Şizofreni klasik olarak alevlenme ve remisyonlarla seyretmektedir. Hastalığın uzun dönem gidişatını değerlendirebilmek güç olmakla birlikte; hastalığın bulguları, toplumsal uyum, hastaneye yatış sayısı ve süresi, bilişsel yetiler, intihar eğilimleri, şiddet içeren davranış örüntüleri, genel sağlık durumu gibi belirtiler uzun dönemde hastalığın gidişatı hakkında bizlere fikir verebilmektedir. Yapılan çalışmalarda iyileşme oranları %10-60 arasında olmakla birlikte, bütün hastaların yaklaşık %20-30’luk kesiminin normal yaşantısını sürdürebildiği öne sürülmektedir (3).

Hastalığın erken döneminde negatif belirti sayısının daha fazla olduğu, daha erken yaşta ortaya çıktığı bildirilmektedir. Olguların yaklaşık %70’inde hastalık negatif belirtilerle başlamaktadır. İlk hastaneye yatış öncesinde olguların %95’inde sanrılar, %68’inde halüsinasyonlar ve %61’lik kesimde ise yapısal düşünce bozukluğu olduğu saptanmıştır (3).

Sağlık Kurulunda Engellilik Oranlarının ve Bağımlılık Durumunun Değerlendirilmesi:

Engellilik halinin ölçütü belirtilere göre değil, kişinin yaşadığı fonksiyon

kaybı ve günlük yaşam aktivitesine göre ölçüleştirilmiştir (6). Yani, tedavi yanıtı ve kişinin işlevsellik düzeyi önemli hale gelmiştir:

- Tedaviyle İşlevselliği Düzelen (Tedaviye yanıt alınmış, kişi gündelik yaşam aktivitelerini ve kişisel bakımını yapabilmekte, herhangi bir işte çalışabilmekte, hastalık öncesi işlevsellik düzeyine yakın bir düzeydedir, işlevsellik ölçek puanlarından iyi puanlar almaktadır) %45
- Tedaviyle İşlevselliği Kısmen Düzelen (Tedaviye kısmi yanıt alınmış, kendi kişisel bakımını genelde yapabilmektedir, mesleki ve sosyal işlevselliği azalmıştır, iş performansı azalmıştır, bilişsel işlevlerde azalmalar mevcut, hastalık öncesi işlevselliğine geri dönememiştir, işlevsellik ölçek puanlarından azalmış puanlar almaktadırlar) %65
- Tedaviyle işlevselliği Düzelmeyen (Tedaviden yanıt yok denecek kadar azdır, kendi kişisel bakımını yaparken genellikle zorlanmaktadır, herhangi bir işte çalışamazlar, tek başlarına genelde dışarı çıkamazlar, sosyal ve mesleki işlevsellikte belirgin azalma mevcuttur, işlevsellik ölçek puanlarında belirgin puan düşüşleri vardır) %80

Aynı zamanda, şizofreni hastalarının işlevsellik düzeyleri değerlendirildikten sonra bağımlılık açısından da değerlendirilmeleri gerektirmektedir. Bu nedenle sağlık kurulu raporlarında yer alan bağımlılık değerlendirmesi alanı tamamen doldurulmalıdır. Bu bölümde bireyin bağımlılık durumu “evet” ya da “hayır” şeklinde açıkça belirtilmeli; hiçbir koşulda boş bırakılmamalıdır (6).

Bağımlılık değerlendirmesi yapılırken, kişinin başkasının yardımı olmadan hayatını sürdürüp sürdüremeyeceği esas alınır. Bağımlılık değerlendirmesi yapılırken her ne kadar Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği (FIM) kullanılması önerilse de bu ölçek fiziksel düşkünlüğü olan bireyler için geliştirildiğinden sadece ruhsal hastalığı olan bireylere uygun değildir. Bu sebeple, yalnızca ruhsal hastalığı olan bireylerde bağımlılık durumunun değerlendirilmesinde, psikiyatriye spesifik işlevsellik ölçekleri de kullanılabilir (6).

İşlevsellik:

İşlevsellik yaşam ile ilgili temel alanlarda kişinin beklenen düzeyde etkinlikte bulunması olarak tanımlanmaktadır ve bileşenleri arasında bedensel (rol kısıtlılıkları, yeti yitimi), ruhsal (ruhsal uyum, değerler, maneviyat, kişisel hedefler, başa çıkma), toplumsal (aile yapısı, mesleki işlevler, arkadaş ilişkileri), çevresel (ortam özellikleri, sistemin yapısı, doğal kaynaklar) alanlar

bulunmaktadır. İşlevsellikte temel alanlar; mesleki işlevsellik, aile ilişkileri, kişisel güvenlik, boş zaman etkinlikleri, ruhsal ve bedensel sağlık olarak öne çıkmaktadır (7).

Sosyal işlevsellik; genel anlamda kişinin çalışabilmesi, farklı sosyal görevleri yerine getirebilmesi (çalışan birey, öğrenci, ev hanımı, eş, aile üyesi ya da arkadaş olarak), kendi kişisel bakımını yapabilmesi, boş zaman aktivitelerini değerlendirebilmesi olarak tanımlanmıştır. Sosyal işlevselliğin nesnel göstergelerini bir işte çalışabilme, marital durum, bağımsız yaşama, sosyal iletişim becerileri gibi ölçülebilir kavramlar oluştururken; öznel göstergelerini ise kişinin kendi beyanına dayanan kendi sosyal konumu ve yaşam kalitesi ile ilgili duygu, düşünce ve görüşleri oluşturmaktadır (8).

Şizofreninin temel bulgularından biri olan sosyal işlevsellikteki bozulma, aynı zamanda tanı kriterleri arasında da yer almaktadır. Hastalığın gidişatında giderek bozulan sosyal işlevsellik dikkat çekicidir. Literatürdeki çalışmalarda şizofreni tanı ve tedavisinde öncelikli olarak pozitif belirtiler incelenmiş olmakla birlikte, özellikle son yıllarda negatif bulguların ve bilişsel etkilenmenin sosyal işlevsellikteki bozulmaya etkisi vurgulanmaktadır (8).

Şizofrenide, hem ilaçsız dönemdeki kronik hastalarda hem de hiç tedavi almamış ilk atak hastalarında yaygın bilişsel bozukluklar ortaya çıkmaktadır. Şizofrenide görülen bilişsel bozuklukların birincil bir bozukluk olup kronik hastalık sürecinden, diğer psikopatolojik belirtilerden ve kullanılan antipsikotik ajanların etkisinden bağımsız olduğu düşünülmektedir. Ayrıca, şizofreni hastalarında yaşla birlikte bilişsel bozukluklarda anlamlı bir değişiklik olmadığı, hastalık öncesinde ve ilk ataktan itibaren var olan bilişsel bozuklukların zaman içinde artmadığı çalışmalarla gösterilmiştir (1).

Bilişsel bozukluklar, şizofreni hastalarının psikososyal işlevsellikleri ile bozukluğun diğer belirtilerine oranla daha güçlü bir ilişki halindedir. Bu nedenle bilişsel işlevler şizofreni hastalarının değerlendirilmesinde büyük önem taşımaktadır (1). Şizofrenideki bilişsel bozuklukları; nörobilişsel işlev bozukları ve sosyal biliş değişiklikleri olarak iki grupta değerlendirebiliriz.

Şizofrenide görülen nörobilişsel işlev bozukluklar, sosyal ve mesleki işlevsellik ve toplum içinde bağımsız yaşama gibi işlevlerde belirleyici bir etken olarak karşımıza çıkmaktadır. Yapılan çalışmalarda, psikososyal işlevselliğin değişik alanları ile bilişsel işlevler arasında ilişki olduğu saptanmıştır. Toplumsal işlevsellik ile yürütücü işlevler, sözel bellek ve sözel akıcılık arasında; Sosyal problem çözme ile vijilans ve sözel bellek arasında; sosyal beceri kazanımı ile vijilans ve sözel bellek arasında anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır. Yine,

şizofreni tanılı hastaların yaşam kalitesinin sosyal alanı ile bilişsel testler arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Ayrıca, yapılan çalışmalar şizofrenide işlevsellikte ve tedavinin sürdürülmesinde bilişsel işlevlerin ne kadar önemli olduğunu vurgulamaktadır (1).

İlk atak psikoz hastalarının alındığı bir takip çalışmasında dikkat, sözel akıcılık, bellek ve çalışma belleğinin sosyal işlevselliği öngören faktörler oldukları gösterilmiştir. Kısa süreli bellek ve çalışma belleği, kronik hastalarda akut alevlenme sonrası görülen sosyal işlevsellikte bozulma ile ilişkili bulunmuştur. Erken başlangıçlı şizofreni hastalarında sözel bellek, yürütücü işlevler, işlem hızı ve çalışma belleği sosyal işlevselliğin belirleyicileridir. Ayrıca dikkat, çalışma belleği, sözel belleğin erken başlangıçlı şizofreni hastalarında kişisel yaşam becerilerini öngören kognitif bileşenler olduğu tespit edilmiştir (9).

Şizofrenide görülen sosyal bilişteki (zihin teorisi, atıfsal yanlılık, duygusal algılama, sosyal algı- sosyal bilgi) değişikliklerin şizofreni hastalarının sosyal dünyayı yorumlayabilme ve bu dünya üzerinde kontrol sağlayabilme becerisinin yokluğundan ötürü, iş ve toplumsal yaşamın korunması gibi alanlarda gündelik güçlükler yol açarlar. Sosyal bilişin alt alanlarının etkileri tablo 3'te açıklanmıştır.

Tablo3: Sosyal Biliş Alanlarındaki Bozulmaların Şizofreni Hastalarına Klinik bulgular ve işlevsellik açısından etkileri (1)

SOSYAL BİLİŞ ALANI	BU ALANDAKİ BOZULMANIN ETKİSİ	BU ALANDAKİ BOZULMANIN KLİNİK SONUCU
Zihinsel kuram	Bu kişiler diğerlerinin zihinsel içeriğini doğru biçimde yorumlamaktan yoksundurlar.	Saldırganlık Daha fazla tehditkar düşünceler atfetmek Erotomanik ve paranoid sanrıların daha kolay ortaya çıkması
Atıfsal Yanlılık	Bu bireylerin düşmanlığı daha yoğun algılamasına neden olur.	Çevre ya da insanların sosyal açıdan tehditkar algılanması Paranoid sanrıların alevlenmesi Kaçınma Davranışlarının artması
Sosyal Algı	Sosyal çevredeki davranışların ipuçlarının algılanması azalır.	Sosyal kural ve uzlaşıların anlayamaz hale gelmesi

1.İşlevselliği Etkileyen Faktörler:

İşlevselliği etkileyen faktörler arasında ilk olarak ele alınabilecek faktörler sosyodemografik verilerdir. Yapılan çalışmalar, hastaların genç yaşta daha yüksek düzeyde işlevsellikte olduğu gösterilmiştir. Kadınlarda erkeklere oranla işlevsellik daha yüksektir. Çalışabilme durumu yüksek psikososyal işlevsellikle ilişkili olmasının yanı sıra bazı çalışmalarda işlevselliğin değerlendirilmesinde doğrudan ele alınan tek parametre olmaktadır. Şizofreni hastalarında medeni durumun uzun dönemde hastalığın seyri üzerine etkisini araştıran çalışma sayısı oldukça az olmakla birlikte; evli olmanın daha geniş sosyal etkileşim kurmaya katkıda bulunduğu ve yaşam kalitesini arttırdığı ayrıca suç davranışını ve özkıyım riskini azalttığı belirtilmiştir (8).

Hastanın premorbid kişiliğinin sağlıklı olması, zeka düzeyinin normal ol-

ması, kadın olması, medeni durumunun evli olması, prenatal komplikasyon öyküsünün bulunmaması, ailesinde şizofreni öyküsünün bulunmaması, ailesinde duygudurum bozukluğunun olması, hastalığının 20 yaş ya da daha sonrasında başlaması, hastalığının ani bir biçimde başlaması, hastalığının başlatıcı etmenleri arasında stres faktörlerinin olması, hastalığının gidişinde negatif ve bilişsel belirtilerinin bulunmaması, hastalık belirtilerinde sanrı ve halüsinasyonların baskın olması, hastalık alt tipinin katatonik ya da paranoid olması, tedavisine erken başlanması, sosyal ve ailesel desteğinin iyi olması, sosyoekonomik durumunun orta yada yüksek olması gibi etmenler hastalığın olumlu gidiş göstergeleri olarak kabul edilmektedir (3).

Hastanın hastalığının erken yaşta başlaması, hastalık öncesi kişiliğinin şizoid yada şizotipal oluşu, belirtilerin sinsi ve yavaş başlaması, hastalığının erken yaşta başlaması, negatif belirtilerin baskın olması, ailesinde şizofreni öyküsünün bulunması, ek psikiyatrik tanıların olması, erkek olması, hastalık belirtilerinde ek obsesif kompulsif belirtilerin oluşu, hastalık öncesi veya hastalık sırasında alkol-madde kullanımının olması, tedavisine geç başlanması, hastanede yatış sayısı ve süresinin çok oluşu gibi etmenler de hastalığın olumsuz gidiş göstergeleri olarak düşünülmektedir (3).

Şizofreninin işlevsellik yönünden değerlendirilmesinde bilişsel işlevsellik ve psikososyal işlevsellik eşit öneme sahiptir (1). Şizofrenide gerek bilişsel gerekse psikososyal işlevselliğin değerlendirilmesinde öznel ve nesnel ölçümler arasında uyum bulunmamaktadır. Bu uyumsuzluk hastaların özellikle kendilerini iyi gösterme çabası, işlevsellikteki bozukluklarına kör olmaları, kendilerinden beklenti düştükçe yitimi de fark etmemeleri gibi nedenlere bağlanmaktadır. Unutulmaması gereken özellik öznel ölçütlerin çarpıtmaya açık, çoğu kez değişken ve aşırı kişisel/öznel olmalarıdır. Bu nedenle de psikiyatrik ölçümlerde yaşam kalitesi yerine işlevselliğin benimsenmesi ve öznel yerine nesnel ölçümlerin uygulanması tercih edilmektedir (7)

Tablo4: Şizofreni Hastalarında Klinik Pratikte İşlevsellik Değerlendirmesinde Sorulabilecek Sorular (3, 8-10)

1.Sosyodemografik Veriler:
Yaş (ileri yaş kötü işlevsellikle ilişkili)
Cinsiyet
Medeni Durum
Herhangi bir işte çalışıp çalışmadığı
Bir işte uzun süre devam edip edemediği
Sosyoekonomik düzey
2. Hastalıkla İlgili Bulgular
Belirtilerin başlangıç şekli (ani/hızlı, sinsi/yavaş)
Başlatıcı herhangi bir stres etkeni olup olmaması (olumlu prognostik faktör)
Hastalık süresi ,hastalığın ilk başlangıç yaşı
Hastaneye yatış öyküsü (kaç kez hastaneye yatışı mevcut, hastanedeki yatış süreleri)
Tedavi Uyumu
Tedavisiz kaldığı hastalık süresi (özellikle psikotik bulgular hakimken)
Pozitif belirtilerin varlığı (sanrılar ve varsanılar sorgulanmalı)
Negatif belirtilerin varlığı (duygulanımda donukluk, haz yitimi, istenç yitimi, düşünce yitimi, ilişki yitimi)
Hastalık alt tipi (paranoid/katatonik vs.)
Komorbid psikiyatrik tanımlar (anksiyete bozukluğu, depresyon)
Obsesif kompulsif belirtilerin varlığı (olumsuz prognostik faktör)
Hastalıkla ilgili içgörüsü var mı?
Hastalık öncesi veya hastalık sırasında intihar düşüncesi olup olmadığı

3. Bilişsel Belirtiler

Yürütücü İşlevler (Kişi planlama, organizasyon, zaman yönetimi, tepkiyi dizginleme, duyguları yönetmede veya davranışlarını kontrol etmekte güçlük yaşıyor mu?)

Sözel Bellek (kelime testi muayenede uygulanabilir)

Vijilans ve dikkat (Yönergeleri takip edebiliyor mu? Kitap okumak ve televizyon seyretmek gibi aktiviteleri dikkati dağılmadan yapabiliyor mu?)

İşlem Hızı (Günlük yaşamda bilgiyi hızlı işlemleyebiliyor mu? Genelde bilişsel testler yardımıyla ölçüm yapılır)

Sözel Akıcılık (Muayenede kişinin normale oranla az kelime ürettiği, uygunsuz kategorilerden örnekler verdiği gözlenebilir.) meyve yerine sebze örneği vermesi gibi)

Çalışma Belleği (aritmetik ve sayı menzili, harf-sayı sıralama testi)

Sosyal Biliş (yüz ifadelerini tanımakta zorluk çekiyorlar mı? özellikle negatif duyguları ve korkuyu tanıma konusunda zorluk çekip çekmediği muayene edilebilir)

4. Psikososyal İşlevsellik

Sosyal Yönden: Arkadaşları, tanıdıkları ve daha geniş çevreyle sosyal ilişkileri nasıl? Boş zaman etkinlikleri ve hobilerine vakit ayırabiliyor mu? Ev içi etkinlikleri yapabiliyor mu?

Kişisel bakım: Fiziksel sağlık, beslenme, kendi işlerini yönetebilme ve hareket edebilme kapasitesinin sürdürülmesi konusunda durumu nasıl? Bağımsız olarak yaşamını sürdürebiliyor mu?

Mesleki-eğitim: akademik performans, genel çalışmalar, iş,

Aile: kendi çekirdek aile üyeleri ve geniş aile çevresi ile iletişimi nasıl?

6.SOYGECİMİŞ

Ailede şizofreni hastalığı varlığı, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü

Sosyal destek, ailenin hastalığa karşı yaklaşımı

2.İşlevsellik Ölçümü İçin Kullanılan Ölçekler

Şizofreninin bilişsel ve psikososyal işlevselliğini değerlendiren testler ve ölçekler tablo 5 ve 6'da özetlenmiştir:

Tablo 5: Şizofrenide Bilişsel İşlevselliği Değerlendiren Testler (1,9)

NÖROBİLİŞSEL İŞLEV TESTLERİ	SOSYAL BİLİŞ TESTLERİ
Yürütücü İşlevler: Wisconsin Kart Eşleme Testi	Zihin Kuramı: Yanlış inanç hikayeleri, Yanlış İnanç Resim Sıralama, Gözlerden Zihin Okuma Testi, Sosyal Anlam Farkındalığı: Bölüm 2 ve 3
İşlem Hızı: İz Sürme Testi-A, Weschler Bellek Ölçeği Zihinsel Kontrol Alt Testi, Wechler Erişkin Zeka Testi basamak sembol alt testi	Atıfsal Yanlılık: Atıf Stili Anketi, Belirsiz Amaçlar Düşmanlık Anketi
Yakın Bellek/Çalışma Belleği: aritmetik ve sayı menzili, harf-sayı sıralama, uzaysal menzil, ileri-geri sayılar, iz sürme, süreli dikkat, 3-7 sürekli performans testi	Duygu Algılama: Yüzdeki Duyguyu Ayırt Etme Testi, Sesteki Duyguyu Tanıma Testi, Penn Bilgisayarlı Nörobilişsel Batarya: Duygu Tanıma testi
Vijilans: AX Versiyonlu Continuous Performance Test (AX-CPT)	Sosyal Algılama: Sözel Olmayan Hassasiyet Profili, İpucu Tanıma Testi
Bellek ve Öğrenme: California Sözel Öğrenme Testi, Weschler Bellek Ölçeği	Sosyal Bilgi: Durumsal Özellikleri Tanıma Testi, Şema Anlama Sıralama Testi: Gözden Geçirilmiş

Tablo 6: Şizofrenide Psikososyal İşlevselliği Değerlendiren Ölçekler (1,8)

Şizofrenide Yaşam Niteliği Ölçeği (QLS)
Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği (PSP)
Şizofreni Hastalarında İşlevsel İyileşme Ölçeği (FROGS)
Antipsikotik Tedavi Altındaki Hastalar İçin Öznel İyilik Hali Ölçeği (SWNS)
Şizofrenide Psikososyal İyileşme Ölçeği (PSRS)
Global İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği (GAF)
Sosyal ve Mesleki İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği (SOFAS)

Uluslararası İşlevsellik, Engellilik ve Sağlık Sınıflandırması (ICF)

Şizofrenide Yaşam Niteliği Ölçeği: Ayaktan tedavi gören şizofreni hastalarının hali hazır durumdaki toplumsal uyumlarını değerlendirmek için düzenlenmiştir. Ölçekte yedili likert tipi değerlendirme sağlayan 21 madde yer alıp, sorulan sorular şizofreninin ‘‘kayıp (defisit)’’ sendromundan köken almaktadır. 4 alt boyutu vardır: (i) kişilerarası ilişkiler (1-8 sorular), (ii) mesleki rol (9-12 sorular), (iii) ruhsal bulgular (13-17, 20-21 sorular), (iv) günlük eşya kullanımı ve faaliyetler (18-19 sorular). Ölçek görüşmecinin değerlendirdiği biçimdedir ve yarı-yapılandırılmış bir görüşme biçiminde uygulanır. Yüksek puanlar yaşam niteliğinin yüksek ve uyumun iyi ya da bozulmamış olduğunu gösterirken, düşük puanlar yaşam niteliğinin düşük ve uyumun kötü ya da bozulmuş olduğunu yansıtmaktadır (1,7).

Şizofreni Hastalarında İşlevsel İyileşme Ölçeği (FROGS): Hastalık belirtilerinden bağımsız olarak işlevsellikteki düzelmeleri ölçen 19 maddeden oluşan beşli likert tip bir ölçektir. Her madde için 5 değerlendirme düzeyi bulunmaktadır. 1.düzye (yok) en düşük iyileşmeyi gösterirken, 5.düzye (mükemmel derecede var) ‘‘ideal’’ işlev düzeyinde olduğunu göstermektedir. Ölçekten alınabilecek maksimum puan 95, minimum puan 19 olarak belirlenmiştir. Günlük yaşam becerileri, sağlık ve tedavi ile sosyal işlevsellik alt boyuttan oluşan ölçek 3 ayrı alanda işlevselliği değerlendirmektedir. Değerlendirmede hem hastadan hem aileden bilgi alınmakta olup görüşmeden önceki son 1 aylık zaman zarfı sorgulanır. Değerlendirme yarı yapılandırılmış görüşme şeklinde uygulanmakta olup yaklaşık 30 dakika sürmektedir (1).

Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği (PSP): 1 ile 100 arasında bir işlevsellik puanı vermektedir ve yüksek puan iyi işlevselliği işaret etmektedir. İşlevsellik değerlendirmesi üç aşamada yapılmaktadır. Birinci aşamada; dört alt boyut altılı sıralı değerlendirme ile işlevsellik düzeyi belirlenir. İkinci aşamada dört alt boyutun bozulma derecelerinin kombinasyonlarına göre bir değerlendirmeler yapılır. Üçüncü aşamada klinisyenin genel yorumunu da içine katılarak bir işlevsellik puanı belirlenir. İşlevsellik puanı 71-100 puan arasında ise tam işlevsellik veya ancak çok yakın kişiler tarafından fark edilebilecek hafif düzeyde işlevsellik kaybı olarak değerlendirilir. İşlevsellik puanı 51-70 puan arasında ise hastada bir ya da daha fazla işlevsellik alanında açıkça veya bir işlevsellik alanında belirgin düzeyde işlevsellik kaybının olduğu şeklinde değerlendirilir. İşlevsellik puanı 50 puanın altında ise hastada en az iki alanda belirgin işlevsellik kaybı olduğu yönünde değerlendirilir. İşlevsellik puanı 30

puanın altında ise hastanın mutlaka yakın desteğe ve gözetime gereksinimi olduğu yönünde değerlendirilir (1).

Antipsikotik Tedavisi Altındaki Hastalar İçin Öznel İyilik Hali Ölçeği (SWNS): Şizofreni hastalarının kullandıkları ilaçlar hakkında görüşlerini araştıran bir öz bildirim ölçeğidir. Ölçek hem tedavinin etkililiği ve niteliğini değerlendirirken hem de hastanın kişisel düşünce ve fikirlerine yer vermektedir. Ölçek 20 maddeden oluşan, her maddenin 1-6 puan arasında puanlandığı 7-likert tipinde olup son 1 haftalık süreci değerlendirmektedir. Ölçek toplam puanı 20 (çok kötü ilaç deneyimi) ile 120 (çok iyi ilaç deneyimi) arasındadır (1).

Şizofrenide Psikososyal İyileşme Ölçeği (PSRS): Şizofrenide psikososyal remisyonu ve remisyonun semptomatik değerlendirmesini ölçen 8 maddelik klinisyen tarafından uygulanması için tasarlanan bir ölçektir. Ölçeğin maddeleri, Amerikan Psikiyatri Birliği’nin psikiyatristlere, asistanlara, psikiyatri hemşirelerine ve toplum hemşirelerine; yaşam kalitesi ve günlük yaşam aktiviteleri şeklinde 2 ayrı alan ile ilgili sordukları toplam 124 soru içerisinden seçilmiştir. Yaşam kalitesi alanında en sık onaylanan dört madde; ailevi ilişkiler, anlayış ve öz farkındalık, enerji ve günlük yaşama ilgi olarak belirlenmiştir. Günlük yaşamın araçsal aktiviteleri alanında onaylanan dört madde; öz bakım, aktivizm, ilaçlardan sorumlu olma ve toplum hizmetlerinin kullanımı şeklinde belirlenmiştir. PSRS hem araştırma hem de klinik değerlendirme için yararlı olabilecek bir ölçek olduğuna işaret edilmektedir (11).

Şizofreninin klinik belirti kümeleri ve işlevsellik değerlendirilmesinde uygulanan algoritmalar tablo 7 ‘de özetlenmiştir.

SONUÇLAR

Şizofreni; kronik seyirli, ciddi yeti yitimine neden olabilen, yaşam kalitesi ve işlevselliği olumsuz etkileyen bir ruhsal hastalıktır. Kalıtsal ve çevresel bazı risk faktörleri kişinin şizofreni hastalığına yatkınlığına arttırabilmektedir. Şizofrenide görülen klinik belirti kümesini; pozitif belirtiler, negatif belirtiler, bilişsel belirtiler, duygudurum belirtileri ve motor belirtiler olmak üzere beş ana başlık altında inceleyebiliriz. Kişinin sosyodemografik verileri, hastalık süreci, hastalık sürecinde ağırlıklı görülen bazı klinik belirti kümeleri ve bazı prognostik faktörler; şizofreni hastalarının işlevselliğini etkileyebilmektedir. Klinik pratikte işlevselliğin öznel değerlendirilmesinde; işlevselliği etkileyen bu faktörler psikiyatrik öyküde detaylı bir şekilde sorgulanmalıdır. Unutulmaması gereken özellik öznel ölçütlerin çarpıtmaya açık, çoğu kez değişken

ve aşırı kişisel/öznel olmalarıdır. Bu nedenle de psikiyatrik ölçümlerde yaşam kalitesi yerine işlevselliğin benimsenmesi ve öznel yerine nesnel ölçümlerin uygulanması tercih edilmektedir. İşlevselliğin nesnel olarak değerlendirilmesinde de bilişsel işlevsel ve psikososyal işlevselliği değerlendirmeye yönelik geliştirilen testlerin ve ölçeklerin uygulanması önerilmektedir.

Tablo 7: Şizofrenide görülen klinik belirtiler ve işlevsellik değerlendirilmesinde sorulabilecek sorular ve uygulanabilecek testler

HASTALIK BELİRTİLERİ	İŞLEVSELLİK
1.Pozitif Belirtiler: Sanrılar Varsanılar Dağınık Düşünce Dağınık Davranışlar	1.Bilişsel ve Psikososyal İşlevselliğin Öznel Değerlendirmede Sorulacak Sorular: Sosyodemografik Veriler (Yaş, cinsiyet, çalışma durumu, sosyoekonomik durum) Hastalık ile ilgili Bulgular (Hastalık öyküsü, hastalığın klinik belirtileri, süresi, kişinin içgörüsü, intihar düşüncesi, stresörler) Özgeçmiş (alkol, madde, zeka, premorbid kişilik) Soygeçmiş (aile öyküsü)
2.Negatif Belirtiler: Duygulanım donukluğu (affective blunting) Düşünce yitimi (alogia) İlişki yitimi (asociality) İstenç yitimi (avolition) Haz yitimi (anhedonia)	2.Nörobilişsel İşlevleri Değerlendirme Testleri: Wisconsin Kart Eşleme Testi İz Sürme Testi-A Weschler Bellek Ölçeği Zihinsel Kontrol Alt Testi Aritmetik ve sayı menzili, harf-sayı sıralama AX Versiyonlu Continuous Performance Test (AX-CPT) California Sözel Öğrenme Testi,

3. Bilişsel Belirtiler: Nörobilişsel Belirtiler: Yürütücü işlevler, çalışma belleği, sözel akıcılık, işlem hızı, vijilans, sözel öğrenme ve bellek alanında bozulmalar Sosyal Biliş: Zihin teorisi, atıfsal yanlılık, duygu algılama ve sosyal algı alanında bozulmalar	3. Sosyal Biliş İşlevlerini Değerlendirme Testleri: Yanlış inanç hikayeleri Yanlış İnanç Resim Sıralama Gözlerden Zihin Okuma Testi Sosyal Anlam Farkındalığı: Bölüm 2 ve 3 Atıf Stili Anketi, Belirsiz Amaçlar Düşmanlık Anketi Yüzdeki Duyguyu Ayırt Etme Testi Sesteki Duyguyu Tanıma Testi Penn Bilgisayarlı Nörobilişsel Batarya: Duygu Tanıma testi
4. Duygudurum Belirtileri: Depresif Bozukluk Eşik altı depresif belirtiler	4. Psikososyal İşlevsellik Değerlendirme Testleri: Şizofrenide Yaşam Niteliği Ölçeği (QLS) Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği (PSP) Şizofreni Hastalarında İşlevsel İyileşme Ölçeği (FROGS) Antipsikotik Tedavi Altındaki Hastalar İçin Öznel İyilik Hali Ölçeği (SWNS) Şizofrenide Psikososyal İyileşme Ölçeği (PSRS)

KAYNAKLAR

1. Danacı AE, Böke Ö, Saka MC, Erol A, Kaymak SU. Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar. Türkiye Psikiyatri Derneği, Ankara, s. 13-28, 29-50, 61-72, 309-320, 321-347. Nisan 2018.
2. Taşkın Uyan T, Köroğlu A, Hocaoglu Ç, Şizofreni: Etiyoloji, Tanı ve Tedavi Yaklaşımlarında Güncel Durum. ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi 2023; 10(1): 19-35.
3. Kocal Y, Karakuş G, Sert D, Şizofreni: Etiyoloji, Klinik Özellikler ve Tedavi. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi. 2017;26(2):251-267.
4. Yağcıoğlu AE, Soygür H, Alptekin K. Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozuklukların Psikofarmakolojisi. Türkiye Psikiyatri Derneği, Ankara. s. 301-322, 323-331, 333-346. Ekim 2023,
5. Perju-Dumbrava L, Kempster P. Movement disorders in psychiatric patients. BMJ Neural Open. 2020 Dec 1; 2(2): e000057.
6. Erim BR, Sercan M. Psikiyatrik Bozukluklarda İdari Rapor. Psikiyatride Rapor Düzenleme Kılavuzu. Editörler: B. R. Erim, M. Sercan, Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, Ankara, 1. Baskı, s. 159-188, 2019.
7. Aydemir, Ö. Psikiyatride İşlevsellik: Nasıl Tanımlanır, Hangi Boyutları Vardır, Nasıl Ölçülür. <https://turkey.progress.im/tr/content/psikiyatride-islevsellik-nasil-tanimlanir-hangi-boyutlari-vardir-nasil-olcudur>, 2023
8. Soylu, S. Psikiyatri Kliniğinde Yatarak Tedavi Gören Şizofreni ve Şizofreni Spektrum Bozukluğu Tanılı Hastaların 10 Yıl Sonraki Psikososyal İşlevsellik Düzeyinin Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, 2018.
9. Çelikbaş Z, Ergün S. Şizofrenide nörobilişsel bozukluklar ve işlevsellikle ilişkisi. J Contemp Med. 2018;8(2):183-187.
10. Corripio I, Fraguas D, García-Portilla MP, Olivares JM, Sierra P, Sánchez P. Functioning in schizophrenia: Recommendations of an expert panel. Schizophrenia Research. 2024;270:317-322.
11. Barak, Y. Assessing functionality in Schizophrenia: The psychosocial remission in Schizophrenia scale (PSRS). European Psychiatry. Volume 26, Supplement 1, 2011, Page: 2072

6. BÖLÜM

SANRISAL BOZUKLUK

Dr. Öğr. Üyesi Mahmut SELÇUK

Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi
Psikiyatri AD.

ORCID ID: 0000-0002-1021-4577

TANIM

Sanrı, aksi yöndeki kanıtlara rağmen bir dış gerçekliğin yanlış yorumlanmasına dayanan, aksi gösterilir delillere rağmen değişmeyen sarsılmaz ve yanlış inançlardır (1). Bu inanç kişinin kültürü veya alt kültürü ile uyumlu değildir. Sanrısız bozukluk (SB) tanısı, bir kişinin bir ay veya daha uzun süre boyunca, başka bir fizyolojik, madde kaynaklı, tıbbi durum veya başka bir ruh sağlığı durumu ile açıklanamayan, bizar olmayan (gerçek olmasa da gerçek hayatta gerçekleşmesi mümkün olan durumlar) bir veya daha fazla sanrısız düşünceye sahip olması durumunda konur. Teşhise varmadan önce bireyin kültürel inançları dikkate alınmalıdır. Kültürel inançlar sanrılarının içeriğini de etkiler. Sanrı(lar) dışında işlevsellik açıkça etkilenmez ve davranışlar görünürde tuhaf değildir.

En sık karşılaşılan sanrı türlerinden bazıları şunlardır:

1. Kıskançlık- Kişinin eşinin ya da partnerinin sadakatsiz olduğu yönündeki sanrısıdır.

2. Tuhaf-Bizar- anlaşılmaz ve normal yaşamda gerçekleşmesi mümkün olmayan bir olguyu içeren sanrıdır.

3. Erotomanik- Başka bir kişinin, daha sık olarak da yüksek statüdeki birinin bireye aşık olduğu sanrısı.

4. Büyükleme- Büyük yetenek, güç, bilgi veya ünlü biriyle ya da tanrıyla ilişki inancı.

5. Kötülük görme-Ana tema, uzun vadeli hedeflerin peşinde koşarken komploya uğramak, saldırıya uğramak, taciz edilmek, engellenmektir.

6. Somatik-Bedensel işlevleri ve duyuları içeren sanrılardır.

7. Karışık-Tek bir tema yaygın değildir. Birçok temanın birleşiminden oluşur.

KLİNİK ÖZELLİKLER

Sanrılar, genellikle belirli bir mantığa sahip olur ve sistematik bir şekilde ortaya çıkar. Kişi, bir sanrıdan hareketle birçok başka inanç geliştirebilir ve bu inançlar birbirini destekler şekilde büyüyebilir. Sanrılar, genellikle kişinin sosyal, mesleki ve kişisel yaşamını etkiler. Kişi, yanlış inançları doğrultusunda önemli kararlar alabilir, bu da sosyal ilişkilerde bozulmalara, iş yerinde aksamalara veya sosyal izolasyona yol açabilir (2).

Sanrılar bir hikaye oluşturabilir ve bireyin düşünce yapısını tamamen etkileyebilir. Bu durum, kişinin düşüncelerini daha da organize hale getirebilir, ancak gerçeklikle bağlarını kaybetmesine yol açar (2). Sanrısız bozukluğun klinik özellikleri aşağıda sıralanmıştır (2,3).

1. Sanrı Türleri

Erotomani Sanrısı: Birey, genellikle ünlü biri veya kendisine yakın bir kişi tarafından sevildiğini, aşık olduğunu veya onunla ilişkiye girmeye çalışıldığını düşünür.

Büyüklük Sanrısı: Kişi, olağanüstü bir güce, yeteneğe veya misyonu yerine getirecek kadar önemli bir rolü olduğuna inanır.

Kıskanlık Sanrısı: Birey, eşinin ya da partnerinin kendisini aldattığına dair hiçbir somut kanıt olmadan kesin inançlar taşır.

Kötülük Görme Sanrısı: Kişinin, uzun vadeli hedeflerin peşinde koşarken komploya uğramak, saldırıya uğramak, taciz edilmek, engellenmek üzerine yoğun inançları mevcuttur.

Somatik Sanrılar: Kişi, vücudunda ciddi bir hastalık olduğuna dair yanlış inançlar taşır.

Karma Sanrıları: Birden fazla sanrı türü bir arada görülür.

2. İçgörü Eksikliği:

Sanrısız bozukluğu olan kişiler, genellikle hastalıklarının farkında değildir-

dir ve bu inançlarını sürdürürler. Bu, içgörü eksikliği olarak adlandırılır. İçgörü eksikliği, tedaviye uyumu zorlaştırabilir çünkü birey, yanlış inançlarının tedavi edilmesi gerektiğini kabul etmeyebilir.

3. Sosyal ve İşlevsel Bozulma:

Sanrılar, kişinin sosyal, mesleki ve günlük işlevselliğini açıkça olmasa da olumsuz yönde etkileyebilir. Kişi, yanlış inançlarına dayanarak kararlar alabilir, bu da sosyal ilişkilerde çatışmalara veya izolasyona neden olabilir. Özellikle **kötülük görme sanrısı** veya **kıskanlık sanrısı** gibi inançlar, kişilerarası ilişkileri ciddi şekilde zedeleyebilir.

4. Duygusal ve Ruh Hali Değişiklikleri:

Sanrısız bozukluğu olan bireyler, genellikle duygusal olarak kararsızdırlar ve anksiyete, depresyon veya öfke gibi belirtiler gösterebilirler. Kişi, sanrılarından dolayı aşırı endişeli, paranoid veya kaygılı olabilir. Bu duygusal dalgalanmalar, tedavi edilmediği takdirde daha belirginleşebilir.

5. Psikomotor Davranışlar:

Sanrılar, bireyin davranışlarını etkileyebilir. Örneğin, **kötülük görme sanrısı** olan bir kişi, başkalarına karşı savunmacı veya saldırgan olabilir. Bunun dışında sanrılar, bireyin sosyal ortamlarda aşırı izole olmasına veya gereksiz yere tepkili olmasına yol açabilir.

6. İzole Edilmiş ve Katı İnançlar:

Kişi, sanrısız inançlarını sosyal çevresindeki diğer insanlarla paylaşır ve bu inançlara karşı çok güçlü bir şekilde bağlanır. Genellikle, sanrılarına dair başkalarının karşıt görüşleri reddedilir. Bu, bireyin sosyal ilişkilerinde izolasyona yol açabilir. Ayrıca, kişinin sanrıları etrafında katı bir dünya görüşü gelişebilir.

7. Düşünsel Bozukluklar:

Sanrısız bozukluğu olan bireylerde, mantıklı düşünme ve mantıklı bağlantılar kurma becerisi bozulabilir. Kişinin düşünce süreçleri dağınık olabilir, ancak sanrılar genellikle tutarlı ve sistemli bir şekilde gelişir. Sanrılar, genellikle kişinin mantıklı düşünme becerilerini bozmaz; ancak yanlış bir şekilde sağlanan inançlar, kişiyi gerçeklikten uzaklaştırabilir.

8. Kronik Seyir:

Sanrısız bozukluk, genellikle kronik bir seyir izler, ancak semptomlar zaman içinde daha az belirgin hale gelebilir. Tedavi edilmezse, sanrılar devam edebilir ve kişinin sosyal işlevselliği daha da bozulabilir.

Sonuç olarak, SB, kişinin gerçeklikle uyumsuz düşünce ve inançları sürdürmesiyle karakterize edilen bir bozukluktur. Sanrılar, bireyin yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilir ve tedavi edilmediği takdirde sosyal izolasyona, işlevsel kayıplara ve duygusal zorluklara yol açabilir. Bu bozukluğun tedavi edilmesi, kişinin sosyal ilişkilerini ve günlük yaşamını iyileştirmeye yardımcı olabilir (2).

ŞİZOFRENİ İLE AYIRICI TANISI

Şizofreni ve SB her ikisi de psikotik bozukluklar sınıfındadır ve semptomlar birçok yönden örtüşmektedir. Her iki bozukluk da sanrılarının varlığı ile karakterize edilir, ancak şizofrenide sanrılar kadar halüsinasyonlar, bilişsel eksiklikler ve düşünce bozukluğu, ilgisizlik ve sosyal izolasyon gibi özellikler de görülür. Her iki bozuklukta da sanrılar genellikle kötülük görme temaları etrafında yoğunlaşır, ancak büyülenmecilik, kıskançlık, erotomani ve sanrısız olarak yorumlanan somatik duyular da çok yaygındır. SB’da şizofreninin A tanı ölçütü hiçbir zaman karşılanmamıştır. Varsanılar, varsa bile, belirgin değildir ve sanrısız konu ile ilişkilidir (örn. böceklerce sarıldığı duyumuna kendisini böceklerin sardığı sanrısının eşlik etmesi). Sanrılarının etkileri ya da sonuçları dışarıda tutulacak olursa, işlevsellik belirgin olarak bozulmamıştır ve davranışlar, açıkça, yadırganacak denli olağana aykırı değildir (3).

Şizofreni literatüründe, bazı çağdaş yazarlar hala paranoid şizofreniye bir alt tip olarak atıfta bulunsun da, sanrısız içeriğe göre şizofrenide alt gruplandırma büyük ölçüde geçerliliğini yitirmiştir. Bununla birlikte alt tiplerin yaygınlığına ilişkin olarak, çoğu araştırma hem şizofrenide hem de SB’da en yaygın olanın persekütif sanrılar olduğu konusunda hemfikir (4) ve bunu SB’da kıskançlık, somatik ve erotomanik sanrılar takip etmektedir.

Sanrılarının yanı sıra belirgin halüsinasyonlar, negatif ve bilişsel semptomların da görüldüğü şizofreninin aksine, SB genellikle sadece sanrılardan oluşan bir bozukluk olarak kabul edilir. Klinik uygulamada, hem şizofreni hem de SB hastaları sıklıkla psikiyatrik komorbiditelerle, özellikle de afektif bozukluklarla başvurmaktadır. SB’da, hastaların %21-%55,8’inde depresif bozukluklar eşlik eder (5). Kadınlar erkeklerden daha fazla duygudurum belirtisi gösterebilir, ancak bu alandaki bulgular tartışmalıdır (4). Şizofrenide, vakaların yaklaşık

üçte birinde sanrısız temaların zaman içinde değişebildiği kaydedilmiştir oysa SB’da temaların içeriği zamanla daha nadir olarak farklılaşmaktadır (6). İşlevsel beceri açısından, SB’lı hastalar şizofreni hastalarından önemli ölçüde daha iyi işlevsellik gösterirler, bu da SB ‘un şizofreniden farklı olduğunu ve genel olarak daha az şiddetli olduğunu düşündürmektedir (7).

Şizofreni ve SB arasındaki önemli bir fark başlangıç yaşıdır; şizofrenide geç ergenlik ve erken yetişkinlik, SB’da orta yaş ve üstü başlangıç yaşları daha sık olarak bildirilmiştir. DSM-5 şizofreni ve SB arasında kadınlarla erkekler arasında görülme sıklığı açısından önemli bir cinsiyet farkı olmadığını bildirmektedir, bununla birlikte SB ‘nin kadınlarda daha sık görüldüğünü ortaya koyan çalışmalar da mevcuttur (8). Antipsikotik tedaviye her iki bozukluk da benzer yanıt vermekle birlikte SB için daha düşük dozların yeterli olabileceği bildirilmiştir. Bununla birlikte afektif belirtilerin SB ‘da daha sık görüldüğü ve antidepresan tedavinin çoğunlukla eklenmesi gerektiği yönünde bildiriler mevcuttur (4).

DEĞERLENDİRME

İşlevsellik Değerlendirmesinin Genel Amacı

İşlevsellik değerlendirmesi, SB’u olan bir hastanın tedaviye uyumunu, tedavi gereksinimlerini ve yaşam kalitesini belirlemek amacıyla yapılır. Bu değerlendirme, hastanın yalnızca semptomlarını değil, aynı zamanda günlük yaşam aktivitelerindeki zorluklarını, ilişkilerini ve genel psikolojik durumunu da göz önünde bulundurur. Elde edilen bilgiler, tedavi planının şekillendirilmesine yardımcı olur ve hastanın sağlığına yönelik müdahalelerin ne kadar etkili olabileceğini gösterir. Aynı zamanda sağlık kuruluşuna başvuran sanrılı bozukluk hastalarının işlevsellik değerlendirmesi kişinin hastalığa bağlı yeti-yetimini anlamak ve puanlamak açısından da önem arz etmektedir.

İşlevsellik değerlendirmesinde sorulacak sorular, hastanın psikolojik, sosyal ve mesleki işlevselliğini anlamak için aşağıdaki başlıklarda toplanabilir:

1. Günlük Yaşam ve Kişisel Bakım

Bu başlık, hastanın temel günlük aktiviteleri ve kişisel bakım düzeyini değerlendirir.

- **Günlük rutinlerinizde nasıl bir değişiklik oldu? Herhangi bir işlevsel kayıp ya da zorlanma hissediyor musunuz?**

- Sabahları yataktan kalkmada ve kişisel bakımınızı yapmada zorluk yaşıyor musunuz? Örneğin, duş almak, giyinmek veya yemek hazırlamak gibi işler zor geliyor mu?
- Günlük yaşantınızda hangi aktiviteleri artık yapmakta zorlanıyorsunuz?
- Günlük işlerinizi yapmak için birine ihtiyaç duyuyor musunuz?
- Uyku düzeninizde değişiklik oldu mu? Daha fazla uyuma veya uykusuzluk gibi bir sorun yaşıyor musunuz?

2. Sosyal İlişkiler ve Aile İlişkileri

Bu başlık, hastanın çevresiyle olan ilişkilerini, sosyal becerilerini ve başkalarıyla etkileşim kurma yeteneğini değerlendirir.

- Ailenizle veya arkadaşlarınızla ilişkilerinizde herhangi bir değişiklik fark ettiniz mi?
- Sosyal etkinliklere katılıyor musunuz? Sosyal çevrenizle vakit geçirme konusunda zorluk yaşıyor musunuz?
- Hangi durumlarda diğer insanlarla iletişim kurmakta zorlanıyorsunuz?
- Size sıkıntı veren düşünceleriniz sosyal ilişkilerinizi etkiliyor mu? Örneğin, başkalarının size zarar vermeye çalıştığını düşündüğünüzde, onlarla iletişimde zorlanıyor musunuz?
- Aileniz veya arkadaşlarınız bu düşüncelerinizi fark etti mi? Bu durum ilişkinizi nasıl etkiliyor?

3. Mesleki ve Eğitimsel İşlevsellik

Bu başlık, hastanın iş veya okul yaşamındaki işlevselliğini, iş yerindeki performansını veya okulda öğrenme yeteneğini değerlendirir.

- Çalışıyor musunuz? İş yerinizde performansınızda bir değişiklik oldu mu?
- İşyerindeki görevlerinizi yerine getirmekte zorlanıyor musunuz?
- Düşünceleriniz işinizi etkiliyor mu? Örneğin, başkalarından şüphelenmek iş yerinde odaklanmanızı zorlaştırıyor mu?
- İşinize dair kararlarınızda bu düşünceler etkili oluyor mu?
- Eğer çalışmıyorsanız, bunun nedeni nedir? İş bulmada veya mevcut işte kalmada zorluklar yaşıyor musunuz?

- Okulda başarılarınızda bir azalma oldu mu?

4. Sanrılarının Etkisi ve Tedaviye Uyum

Bu başlık, sanrılarının kişinin işlevselliği üzerindeki etkisini ve tedaviye uyumunu değerlendirir.

- Size sıkıntı veren düşünceleriniz günlük yaşantınızı nasıl etkiliyor? Örneğin, yemek yeme, dışarı çıkma veya başkalarıyla vakit geçirme gibi basit işler nasıl etkileniyor?
- Bu düşüncelerinizi başkalarıyla paylaşabiliyor musunuz? Kendi inançlarınızı başkalarına açıklamada zorlanıyor musunuz?
- Tedaviye yönelik olumlu ya da olumsuz bir tutumunuz var mı? İlaç kullanmakla alakalı ne düşünüyorsunuz?
- Tedaviye rağmen sıkıntı veren düşüncelerinizin devam ettiğini düşünüyor musunuz? Bu durumla baş etmek için ne gibi stratejiler geliştirdiniz?

İşlevselliği değerlendirmede Kullanılabilecek Ölçekler

WHODAS 2.0 (World Health Organization Disability Assessment Schedule):

WHODAS 2.0, herhangi bir hastalığa, duruma veya yaşa özgü olmayan, klinik değerlendirme ve araştırmalarda işlevselliğin çok yönlü olarak değerlendirilmesi için geliştirilen çok boyutlu bir ölçektir (9).

- **İçerik:** Altı yaşam alanında (anlama ve iletişim, genel hareketlilik, kendi başına işlevsellik, sosyal katılım, ev içi yaşam ve işlevsellik, ev dışı yaşam ve işlevsellik) 36 madde içerir.
- **Puanlama:** Son 30 günde yaşanan zorluklar ve zorluk düzeyleri değerlendirilir.
- **Uygulama:** Herhangi bir hastalığa, duruma veya yaşa özgü olmayan, genel işlevsellik değerlendirmesi için kullanılır.

Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği (Functioning Assessment Short Test - FAST):

- **İçerik:** Hastanın otonomi, mesleki işlevsellik, bilişsel işlevsellik, mali konular, boş zaman etkinlikleri ve kişiler arası ilişkiler gibi alt boyutlar-

da işlevselliğini değerlendirir.(10).

- **Puanlama:** 0 ile 72 arasında puanlanır; yüksek puanlar daha iyi işlevselliği gösterir.

Sosyal İşlevsellik Ölçeği (Social Functioning Scale - SFS):

- **İçerik:** Bireyin sosyal ilişkiler, işlevsellik ve genel yaşam kalitesi ile ilgili çeşitli alanlarda işlevselliğini değerlendirir (11).
- **Puanlama:** Yüksek puanlar daha iyi sosyal işlevselliği gösterir.
- **Uygulama:** Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklarda kullanılır.

Sanrısız Bozukluk Hastasının Sağlık Kurulu Başvurusunda Özür Oranının Belirlenmesi

Özür oranları cetveli özür durumunun değerlendirilmesinde ve belgelenmesinde uzman hekimler için standart, objektif bir yaklaşım sağlar. Özürlülük halinin ölçütü olarak kişinin ruhsal hastalığı nedeniyle yaşadığı fonksiyon kaybı ve günlük yaşam aktivitesine etkisi değerlendirilmiştir. Bu sebeple sanrısız bozukluğu olan kişinin sağlık kurulu değerlendirmesinde tedavi ile işlevsellik durumu göz önünde bulundurulmalıdır. Halen tedavi altında olmayan kişilerin tanıları net bile olsa tedavi ile işlevsellik durumunun değerlendirilebilmesi için hekimin yeterli gördüğü bir süre tedavi ve poliklinik kontrolü altına alındıktan sonra kişi hakkında karar verilmesi uygun olur. Gerekğinde psikometrik testler, aile ve yakın görüşmesi ve sosyal inceleme gibi araçlara başvurulmalıdır. Kişinin işlevsellik durumunda zamanla değişiklik öngörülen durumlarda sürekli özür oranı verilip kişinin ileride tekrar sağlık kurulu değerlendirilmesi sağlanabilir. Sanrısız bozukluğun özür oranı değerlendirilmesi sağlık bakanlığının ilgili güncel yönetmeliğine göre aşağıdaki şekilde yapılmaktadır.

- Sanrısız bozukluklar (paranoya, paranoid psikoz, parafreni tanılarını içerir)

1-Tedavi ile işlevselliği tam düzelen	0
2-Tedaviyle çalışma olanağı veren	40
3-Tedaviyle çalışma olanağı vermeyen	70

Sanrısız Bozukluk: Belirtiler ve İşlevsellik Değerlendirmesi (ÖZET)

Belirti Kategorisi	Belirtiler
Sanrılar	• 1 ay ya da daha uzun süren , bir (ya da daha çok) sanrının varlığı (Perseküsyon, Büyüklük, Kıskançlık, Somatik, Erotomani, Kötülük Görme, Karışık Tip sanrılar) • Şizofreni A tanı ölçütü hiçbir zaman karşılanmamıştır. Sanrılarının etkileri dışarıda tutulacak olursa işlevsellik belirgin olarak bozulmamıştır ve davranışlar, açıkça yadırganacak denli olağana aykırı değildir.
	İşlevsellik Değerlendirmesi
Kişisel Bakım ve Günlük Aktiviteler	• Kişinin özbakım yetenekleri (yemek yeme, giyinme, hijyen) değerlendirilir. - Günlük rutinlerdeki aksaklıklar veya zorluklar incelenir.
Sosyal ve Aile İlişkileri	• Aile üyeleri ve arkadaşlarla olan ilişkilerdeki değişiklikler gözlemlenir. - Sosyal etkileşimdeki azalma veya artış değerlendirilir.
Mesleki ve Eğitimsel İşlevsellik	• İş veya okul performansı değerlendirilir. - Mesleki görevlerdeki aksaklıklar veya başarılar incelenir.
Ruh Hali ve Duygusal Durum	• Depresif, anksiyöz veya öfkeli duygudurum durumları değerlendirilir. - Duygusal dalgalanmaların işlevsellik üzerindeki etkileri incelenir.
Tedaviye Uyum ve İçgörü	• Tedavi planına uyum düzeyi değerlendirilir. - Hastanın bozukluğu ve tedavi gereksinimleri konusundaki farkındalığı (içgörü) gözlemlenir.
Sağlık kurulu özür oranı değerlendirmesi	1. Tedavi ile işlevselliği tam düzelen = 0 2. Tedaviyle çalışma olanağı veren = 40 3. Tedaviyle çalışma olanağı vermeyen = 70

KAYNAKLAR

1. Gonzalo-de Miguel A, Abascal-Peiró S, Cegla-Schvartzman FB, Martínez-Alés G, Baca-García E. Antipsychotic use in a large community sample of patients with delusional disorder. *Schizophr Res.* 2024;271:194–9.
2. Shawn MJ, Waquar S. Delusional Disorder. The Medical Basis of Psychiatry: Fourth Edition. 2023;137–44.
3. Amerikan Psikiyatri Birliği. DSM-V-TR Tanı ölçütleri başvuru kitabı. Çeviren: Ertuğrul Köroğlu, HYB Yayıncılık, Ankara, 2013.
4. Lemonde AC, Joobar R, Malla A, Iyer SN, Lepage M, Boksa P, et al. Delusional content at initial presentation to a catchment-based early intervention service for psychosis. *Br J Psychiatry.* 2021;218(4):217–23.
5. De Portugal E, Martínez C, González N, Del Amo V, Haro JM, Cervilla JA. Clinical and Cognitive Correlates of Psychiatric Comorbidity in Delusional Disorder Outpatients. *Aust N Z J Psychiatry.* 2011;45(5):416–25.
6. Ellersgaard D, Mors O, Thorup A, Jørgensen P, Jeppesen P, Nordentoft M. Prospective study of the course of delusional themes in first-episode non-affective psychosis. *Early Interv Psychiatry.* 2014;8(4):340–7.
7. Muñoz-Negro JE, Ibáñez-Casas I, de Portugal E, Lozano-Gutiérrez V, Martínez-Leal R, Cervilla JA. A Psychopathological Comparison between Delusional Disorder and Schizophrenia. *Can J Psychiatry.* 2018;63(1):12–9.
8. What We Know and Still Need to Know about Gender Aspects of Delusional Disorder: A Narrative Review of Recent Work. *J Psychiatr Brain Sci.* 2019; 4(3).
9. Aslan Kunt D, Dereboy F. Dünya Sağlık Örgütü Yetiştirme Değerlendirme Çizelgesi'nin (WHODAS 2.0) Türkçe Çevirisinin Geçerlik ve Güvenirliğinin Psikiyatri Hastaları ve Sağlıklı. *Türk Psikiyatri Derg.* 2018;29(4):248–57.
10. Aydemir Ö, Uykur B. Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği'nin Türkçe Sürümünün Bipolar Bozuklukta Güvenilirliği ve Geçerliliği. *Türk Psikiyatri Derg.* 2012;23(3):193–200.
11. Yıldız M, Kiras F, İncedere A, Esen D, Gürcan M, Abut B, et al. Development of Social Functioning Assessment Scale for People with Schizophrenia: validity and reliability study. *Anadolu Psikiyatri Derg.* 2018;(0):29.

7. BÖLÜM**KİŞİLİK BOZUKLUKLARININ SAĞLIK KURULLARINDA DEĞERLENDİRİLMESİ****Dr. Öğr. Üyesi Muhammet SEVİNDİK***Ordu Üniversitesi Tıp Fakültesi**Psikiyatri AD.*

ORCID ID: 0000-0002-0562-0044

1. KİŞİLİK BOZUKLUKLARININ TANIMI

Kişiliğin doğumdan yetişkinliğe kadar gelişim gösterdiği kabul görmektedir. Bireyler arası kişilik farklılıkları doğumdan itibaren gözlemlenebilmekte ve bu farklılıkların genetik yatkınlık temelinde ortaya çıktığı, zamanla olgunlaştığı ve çevresel etkenlerle değiştiği anlaşılmaktadır (1). Kişilik, bireyin kendine özgü olan ve başkalarından ayırt ettiren uyum özelliklerini içerir. Günümüzde kişilik; karakter ve huy (mizaç) olarak iki bileşene ayrılmaktadır. Karakter, kişinin dünyayı görüş, algılama ve yaşamla baş etme biçimi olarak tanımlanmaktadır. Öğrenmenin ve toplumsal çevrenin karakter gelişiminde önemli rolü vardır. Mizaç ise doğuştan gelen, daha biyolojik temeli olan yatkınlıklara bağlı davranış eğilimleridir. Psikiyatride tanı tartışmasına en çok yol açan bozukluk kişilik bozukluğudur (KB). Belirtilerin çocukluktan bu yana geliyor olması, tanının temel elemanlarından birinin kişilerarası ilişkilerde bozulma olması ve sorun oluşturan tarafın kendilerinin olduğunu fark etmekte ve yardım aramakta zorlanmaları, sınıflandırma ve tanı yöntemlerindeki belirsizlikler ve hızlı ve güvenilir tanı araçlarının mevcut olmaması kişilik bozukluklarında tanıyı zorlaştıran başlıca özellikleridir. Kişilik bozukluğu: kişinin içinde yaşadığı topluma uyumda, düzenli iş ve ilişki konusunda önemli bozuklukların olduğu süreklilik gösteren bilişsel, duygusal ve davranış örüntüsü olması olarak tanımlanabilir. Bu örüntü sosyal, mesleki ve birçok işlevsellik alanında bozulmaya yol açar (2).

2. KİŞİLİK BOZUKLUKLARININ KLİNİK ÖZELLİKLERİ

Kişiler yaşadıkları sorunlar için etrafındakileri suçlama, kendi davranışlarından rahatsızlık duymama, kendini değil çevreyi değiştirmeye dair tutumlar, çevreyle çatışma ve sürtüşmenin sürmesi, içine girdiği güç durumlardan ders almama, sorumluluklardan yakayı kurtarmayı bilme, antisosyal davranışlar gösterdiğinde suçluluk duymama gibi belirtilerle karşımıza gelebilir. Görüşme esnasında abartılı, dramatik ses tonu ve davranışlar, göz göze gelememe, ayrıntıcılık ve detaylıca olay örgüsü anlatma, savunucu ya da çevresel konuşma tutumu, çevreyi suçlama gibi tutumlar gözlenebilir. Diğer taraftan var olan başka psikiyatrik tanılar var ise uyumu bozan durumun kişilikle mi yoksa var olan diğer tanıyla mı ilgili olduğunu anlamak için öykü alırken hem kişiye hem de yakınlarına hastalık öncesi dönemdeki kişilik özellikleri sorulmalıdır. Kişilik bozukluğu tanısı koyarken belirtilerin yineleyici, esneklikten uzak ve uyumu bozacak şiddette olması gerektiği aksi takdirde kişilik özelliklerinin kişilik bozukluğu şeklinde değerlendirilebileceği unutulmamalıdır.

3. KİŞİLİK BOZUKLUKLARINI DEĞERLENDİRME

Bu bozuklukların tanısı klinik görüşmeye, yapılandırılmış görüşme ölçeklerine (örn. SCID-5-PD), klinik gözleme ve uzun dönemli davranış örüntüsünün değerlendirilmesine, aile ve sosyal öykü alınırken kronolojik olarak insanlar arası ilişkilerinin nasıl olduğunu araştırmaya dayanır. Tanı koyarken bireyin kültürel arka planı, sosyoekonomik koşulları ve gelişimsel öyküsü dikkate alınmalıdır. Türkçeye çevrilmiş kullanılabilecek az sayıda yapılandırılmış ya da yarı-yapılandırılmış görüşme ya da ölçek vardır.

DSM-5 Kişilik Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (The Structured Clinical Interview for DSM-5 Personality Disorders; SCID-5 PD)

DSM-5'te yer alan 10 kişilik bozukluğunun kategorik değerlendirmesi için yapılandırılmış klinik bir görüşmedir. 2016'da kullanıma sunulmuştur, bu tür görüşmeler arasında en yenisidir. Kategorik değerlendirmenin yanında boyutsal değerlendirme için de bir puanlama sistemi içermektedir. Klinisyenin değerlendirme süresini kısaltmak için, 106 soruluk bir öz bildirim anketi de içermektedir (3).

Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri (MMPI); Hathaway ve Mckin-

ley tarafından (1940) geliştirilmiş bir kendini değerlendirme aracıdır. Klinikte sıklıkla kullanılır. Kişinin hem kişilik özelliklerini hem de topluma uyum becerilerini tek bir testle ölçebilmek hedeflenmiştir. Klinik pratikte ve araştırmalarda sıklıkla kullanılmaktadır. Neşe Erol tarafından geçerliliği test edilmiştir. Testin güvenilirlik değeri 0,51 ile 0,89 arasındadır (4).

Bir bireyin kişilik bozukluğu nedeniyle engellilik durumu açısından değerlendirilmesi için öncelikle kişilik bozukluğu tanısının klinik ölçütlere göre konulmuş olması gereklidir. Ancak yalnızca tanı varlığı, engel oranı alması için yeterli değildir. Tanıya ek olarak, kişinin psikiyatrik tedavi süreçlerine rağmen günlük yaşam işlevselliğinde, mesleki ve sosyal alanlarda belirgin ve kalıcı bir yetiyitimi olup olmadığının ayrıntılı olarak değerlendirilmesi gerekir. Bu değerlendirme sürecinde, tedaviye rağmen bireyin işlevselliğinde anlamlı bir iyileşme sağlanamaması ve kronik işlev kaybı göstermesi durumunda engel oranı verilebilmektedir.

3.1.Tanılar ve Oranlama

Kişilik bozuklukları yaygın olmasına rağmen neredeyse en az teşhis edilen psikiyatrik bozukluktur. Tanısı genellikle diğer tanıların dışlanmasıyla dayanmaktadır (5). DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5)'e göre kişilik bozuklukları kategorik olarak aşağıdaki şekilde sınıflandırılır:

- A Kümesi (Tuhaf/eksantrik): Paranoid, Şizoid, Şizotipal KB
- B Kümesi (Dramatik/coşkusal): Antisosyal, Borderline, Histrionik, Narsistik KB
- C Kümesi (Anksiyöz/korkulu): Çekingen, Bağımlı, Obsesif-Kompulsif KB
- Diğer Kişilik Bozuklukları

Bu kategorik yaklaşım; aynı KB tanısı konulan kişilerde belirtilerin heterojen olması, bir den çok KB'nin aynı anda bulunma oranının yüksekliği, normal işlev düzeyi ile ilgili sınırların belirgin olmayışı klinik uygulamada en sık kullanılan KB tanısının "başka türlü adlandırılmayan kişilik bozukluğu" olması gibi nedenlerle eleştirilmekte ve klinik uygulamada kişilik bozukluklarına tanı açısından boyutsal yaklaşımın daha uygun olduğu öne sürülmektedir (6). Sonuçta hem kategorik hem boyutsal yaklaşımı da içeren ve tanı için özbenlik

ve kişiler arası ilişkilerde bozulma dışında olumsuz duygulanım, kopukluk/uzaklık, olumsuzluk/karşıtlık(antagonizm), kontrolsüzlük(disinhibisyon), psikotizm gibi alanların da değerlendirilmesi önerilmektedir (7).

Sosyal Güvenlik Kurumu' nun (SGK) yürürlükteki Engel Oranı Cetveli'nde kişilik bozukluğu başlığı altında kategorik ayrım yapılmamıştır. KB var ise tedaviyle işlevselliğin ne durumda olduğunun değerlendirilmesi istenmiştir (8).

Kişilik Bozuklukları

1-Tedavi ile işlevselliği tam düzelen	0
2- Tedavi ile işlevselliği kısmen düzelen	15
3- Tedavi ile işlevselliği düzelmeyen	20

3.2. Değerlendirme Süreci Hakkında Önemli Notlar

- Engelli sağlık kurulu değerlendirmesi yapılırken sadece semptomların şiddeti değil, bu semptomların bireyin yaşamı üzerindeki etkisi göz önüne alınmalı ve engel oranları belirtilere göre değil, işlevsellik düzeyine göre belirlenmelidir.
- Kişinin işlevselliğini nesnel biçimde değerlendirmek için ölçeklerin kullanılması önerilir.
- Hastanın geçmiş sağlık kurulu raporları incelenmeli, verilmiş oranlar, tanı değişiklikleri dikkate alınmalıdır. Bu noktada e-Nabız sisteminde kayıtlı bulunan bütün tıbbi kayıt, başvuru, reçete, rapor vs incelenerek tedaviye uyum ve işlevsellik hakkında bütüncül bilgi edinilmelidir ve kanaat oluşturulmaya çalışılmalı, netleştirilemeyen durumlarda sosyal inceleme talep edilmelidir.

4. KİŞİLİK BOZUKLUKLARINDA İŞLEVSELLİK DEĞERLENDİRMESİ VE KULLANILABİLECEK ÖLÇEKLER

Kişilik bozukluklarında işlevselliği ölçmek için ölçekler kullanılabilir. Klinik pratikte sık kullanılsa da ölçekler bireyin günlük yaşam becerilerinden sosyal ilişkilerine, mesleki performansından psikolojik dayanıklılığına kadar geniş bir yelpazede bilgi sunar. Özellikle çalışma hayatında, bilgileri anlama, hatırlama veya uygulama, başkalarıyla etkileşim kurma, konsantre olma veya

zamanlamayı ayarlayabilme, duygu ve davranışlarını uyarlama veya yönetme gibi alanların herhangi birinde şiddetli yetersizlik ya da birkaçında belirgin yetersizlik olması işlevsellikle ilgili karar vermede yardımcı olabilir. Bu alanları tarayan ölçeklerin kullanımı sağlık kurulu değerlendirmelerinde objektif veri sunmak açısından önem taşıyabilir. Ancak bu anlamda Türkçe geçerlilik güvenilirliği yapılmış ölçekler sınırlı sayıdadır.

4.1. Dünya Sağlık Örgütü Yetiştirimi Değerlendirme Çizelgesi (World Health Organization Disability Assessment Schedule, WHODAS 2.0)

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından geliştirilen Dünya Sağlık Örgütü Engellilik Değerlendirme Çizelgesi 2.0 (WHODAS 2.0), bireylerdeki engellilik düzeylerini ölçmek için tasarlanmış bir araçtır (9). Ölçek, altı işlevsellik alanını değerlendirir: Biliş, Hareketlilik, Öz bakım, Anlaşma, Yaşam aktiviteleri, Topluma katılım. WHODAS 2.0, tıbbi tanıdan bağımsız olarak herhangi bir sağlık durumunun bir bireyin işlevselliğini nasıl etkilediğinin karşılaştırmalı olarak değerlendirilmesine olanak tanır. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Aslan Kunt ve Dereboy (2018) tarafından yürütülmüştür (10).

4.2. Kişilik İşlevsellik Düzeyi-Öz Bildirim Ölçeği (KİD-ÖBÖ)

80 maddelik, dört seçenekli Likert tipi öz bildirim ölçeğidir Morey (2017) tarafından geliştirilmiştir. Madde içerikleri DSM-5'in kişilik bozukluklarına yaklaşımda önerdiği karma modele göre düzenlenmiştir (11). Şahinöz ve Işıklı klinik olmayan bir örneklem üzerinde ölçeğin Türkçe uyarlamasını yapmışlar ve KİD-ÖBÖ'nün, kişilik işlevsellik düzeyini ölçmek için yeterli istatistiksel desteğe sahip olduğu söylenebilir demişlerdir (12). Bu ölçek klinik örneklemde de ilerleyen zamanlarda test edilebilir.

4.3. Global Değerlendirme Ölçeği (Global Assessment of Functioning GAF) [DSM-IV'e özgü]

Psikolojik, sosyal ve mesleki işlevselliğini değerlendiren bir klinik gözlem aracıdır. DSM-IV'te yer almakla birlikte DSM-5'te kullanılmamaktadır. Sağlık

kurullarında halen kullanılan genel işlevsellik göstergelerinden biridir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları sınırlıdır. Kesme puanı bulunmamaktadır; 100'e yakın puan yüksek işlevselliği, düşük puanlar ise belirgin bozulmayı ifade eder.

5. KİŞİLİK BOZUKLUKLARININ SAĞLIK KURULLARINDA DEĞERLENDİRİLMESİ ÖZET

Tanısal süreçlerin karmaşıklığı, hızlı tanı koyma araçlarının mümkün olmayışı ve sık atlanan tanılardan biri olması nedeniyle dikkatli olunmalıdır. Bu klinik tabloların hem tanı temelli hem de işlevsellik odaklı olarak ele alınması, bireyin gerçek ihtiyaçlarının daha doğru şekilde belirlenmesini sağlar. Kişilik bozuklukları dışarıdan “iyi işlev görüyor” gibi bir izlenim verebilir. Öte yandan önceki engelli sağlık kurulu yönetmeliğinde kategorik bir tanı konulması istenmekte ve bu tanıların içerisinde bazı türlerin de engel oranı diğerlerine göre daha farklıydı. Güncel yaklaşımda kategorik bir tanı beklenmemekte, tanının varlığı ve uygun tedavi ve buna yanıtı göre engel oranı belirlenmesi istenmektedir. Tanı koymadaki karmaşanın yanında özellikle bu grup bozuklukta işlevselliği objektif değerlendirmede zorluklar yaşanabilmektedir. Bu noktada sosyal inceleme istemek ya da karar verilebilmesi için kişiyi belirli bir dönem izlemek de sürecin sağlıklı yürütülmesine katkı sağlayabilir. Kişilik bozukluklarının da birer psikiyatrik bozukluk olduğu, diğer psikiyatrik bozukluklara yatkın olabilecekleri bu durumun uyum ve işlevselliği daha da etkileyebileceği unutulmamalıdır. Sürecin yapılandırılmış klinik gözlem, bilimsel geçerliliği kanıtlanmış ölçme araçlarıyla ve tıbbi dokümantasyonlar da kullanılarak bütüncül bir yaklaşım çerçevesinde yürütülmesi temel ilkelerden biri olmalıdır.

Özet Tablo

Değerlendirme Alanı	Açıklama	Dikkat Edilecek Noktalar
Tanısal Uygunluk	DSM-5 / ICD-10 / ICD-11'e göre konmuş tanı	Tanının uzman hekim tarafından konulması,
Klinik Seyir	Yineleyen, esneklikten uzak, uyum bozan duygu, düşünce, davranış kalıpları	Tıbbi dokümantasyon, adli kayıtlar, eski raporlar, yatışlar, tedavi kayıtları vb.
İşlevsellik Düzeyi	Kişisel bakım, iş/okul devamlılığı, sosyal ilişkiler, bağımsız yaşam becerileri	Ölçeklerle desteklenmeli (WHODAS 2.0, GDÖ)
Tedaviye Yanıt	Remisyon, kısmi yanıt, yanıtsızlık durumu	
Önceki Raporlar ve Klinik Gidiş	Daha önceki raporlar, oranlar, kurumlar ve başvuru tarihleri e-Nabız üzerinden incelenmeli	Rapor numarası, tarih, kurum bilgileri karşılaştırılmalı
Tedavi Süreci ve Kronisite	Tedavi değişiklikleri, tedaviye direnç, Terapi süreçleri	Yıllara yayılan tedavi süreci, ilaç direnç öyküsü,
Sosyal İnceleme Gerekliliği	Gerektiğinde sosyal hizmet raporları ile destekleme	Temaruz şüphesi, sosyal çevresel zorluklar, bağımsız yaşam becerilerinde belirsizlik varsa talep edilmelidir
Karar Süreci	Kurul oy birliği, çok disiplinli değerlendirme	Karar verilemiyorsa takip önerilmeli

KAYNAKLAR

1. Krueger RF, South S, Johnson W, Iacono W. The heritability of personality is not always 50%: gene-environment interactions and correlations between personality and parenting. *J Pers.* 2008;76(6): 1485–1522.
2. Öztürk MO, Uluşahin A. Kişilik Bozuklukları. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Nobel Tıp Kitabevleri, Ankara, Cilt 1. Baskı 13. s.421-441. 2015.
3. First MB, Williams JBW, Benjamin LS, Spitzer RL. SCID-5-PD: Structured Clinical Interview for DSM-5® Personality Disorders. American Psychiatric Association Publishing, 2016.
4. Erol N. Ülkemizdeki psikiyatrik hastalarda MMPI’ın geçerlik çalışması. *Psikoloji Dergisi.* 1982; 14:15–23.
5. Tyrer P, Crawford M, Mulder R. Reclassifying personality disorders. *Lancet.* 2011;377(9780):1814–1815. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(10\)61926-5](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(10)61926-5).
6. Widiger TA, Mullins-Sweatt, SN. Categorical and Dimensional Models of Personality Disorders. In Oldham JM, Skodol AE, Bender (Eds.) DS, *The American Psychiatric Publishing textbook of personality disorders*, 35–53. 2005.
7. Pull CB. Personality disorders in Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5: back to the past or back to the future?. *Current opinion in psychiatry.* 2014; 27(1):84-86.
8. Yönetmelik, E. İ. E. D. H. (2019). Resmî Gazete (Sayı: 30692). Erişim adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2019/02/20190220-2>.
9. Üstün TB, Chatterji S, Kostanjsek N, Rehm J, Kennedy C, Epping-Jordan J, et al. Developing the World Health Organization disability assessment schedule 2.0. *Bulletin of the World Health Organization.* 2010;88:815-823.
10. ASLAN KUNT D, Dereboy F. Validity and Reliability of the World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0) in Turkish Psychiatry Patients and Healthy Controls, *Turkish Journal of Psychiatry.* 2018;29(4):248-257.
11. Morey LC. Development and initial evaluation of a self-report form of the DSM–5 level of Personality Functioning Scale, *Psychol Assess.*2017; 29(10):1302–1308. doi: 10.1037/pas0000450
12. Şahinöz Ş, Işıklı S. Kişilik İşlevsellik Düzeyi-Öz Bildirim Ölçeği: Türkçe Uyarlama Çalışması, *Psychother Res.*2024;13(2): 209-221.

8. BÖLÜM

**PSİKOAKTİF MADDE KULLANIMINA BAĞLI
RUHSAL VE DAVRANIŞSAL BOZUKLUKLAR SAĞLIK
KURULLARINDA DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Öğr. Üyesi Kamuran KARAKÜLAH

Ordu Üniversitesi Tıp Fakültesi

Psikiyatri AD.

ORCID ID: 0000-0002-1771-1999X

Psikoaktif maddeler, merkezi sinir sistemini etkileyerek bireyin düşünce, duygu, algı ve davranışlarında değişimlere yol açan maddelerdir. Dünya genelinde ve ülkemizde psikoaktif madde kullanımı, son yıllarda artış göstermektedir. Birleşmiş Milletler Uyuşturucu ve Suç Ofisi’nin (UNODC) 2023 Dünya Uyuşturucu Raporu’na göre, 2021 yılında 15-64 yaş arası yaklaşık 296 milyon kişi en az bir kez uyuşturucu madde kullanmıştır. 2023 Yılı Türkiye uyuşturucu raporuna göre 2022 yılında 241821 kişiye uyuşturucu madde bulundurmak ve kullanmak suçundan işlem yapılmıştır. (1). Bu rapora göre işlem yapılan kişiler incelendiğinde ülkemizde en sık esrar ve skunk, sonrasında sırası ile metamfetamin, eroin, ekstazi, kokain, captagon kullanımının olduğu vurgulanmıştır. Sağlık bakanlığı verilerine göre ülkemizde 2022 yılında sağlık kuruluşlarında 302 bin 911 kişiye ayaktan, 18 bin 187 kişiye yatarak bağımlılık tedavi hizmeti verilmiştir. Bu maddelerin kullanımı, kısa vadeli etkilerin yanı sıra, uzun vadede kalıcı ya da geçici zihinsel ve ruhsal bozukluklara neden olabilir.

Amerikan Psikiyatri Birliği’nin Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı-5 (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-5 TR) tanı kılavuzu,(2). Sınıflamalarında bu bozukluklar, “Madde kullanımı ile ilişkili Bozukluklar ve bağımlılık bozuklukları” Öte yandan, Dünya Sağlık Ö-

gütü'nün Hastalıkların ve Bağlantılı Sağlık Sorunlarının Uluslararası Sınıflandırılması-11 (International Classification of Diseases and Related Health Problems, ICD) (3), madde kullanım bozukluklarını "6C40-6C4Z" aralığında yer alan "Psikoaktif madde kullanım bozukluğu" başlığı altında sınıflandırır. Bu bozukluklar, belirli bir maddenin tekrarlayıcı biçimde kullanımına bağlı olarak gelişen zarar verici davranış kalıplarını tanımlar.

Psikoaktif Madde Kullanım bozukluklarının, son yıllarda görülme sıklığının artması, kişilerde ciddi düzeyde bilişsel bozulmaya neden olması bunun sonucu olarak da işlevsellik kaybına yol açması, onları sağlık kurulu değerlendirmelerinde en sık başvuru nedenlerinden biri haline getirmektedir. Bu bozuklukların klinik tanımı kadar, bireyin toplumsal ve mesleki yaşantısı üzerindeki etkilerinin doğru değerlendirilmesi de kritik öneme sahiptir.

DSM-5-TR, madde kullanım bozukluklarını 10 ana madde sınıfı altında inceler: alkol, kafein, kannabis, halüsinojenler, inhalanlar, opioidler, sedatifler/hipnotikler/anksiyolitikler, stimülanlar, tütün ve diğer/ bilinmeyen maddeler.

Sosyal Güvenlik Kurumu'nun (SGK) yürürlükteki Özür Oranı Cetveli'nde Psikoaktif Madde Kullanımına Bağlı Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar; duygulanım bozukluğu, alkol ve madde kullanımına bağlı psikotik bozukluk, alkol halüsinozisi, alkol paranoyası olarak tanımlanmıştır (4). Alkol halüsinozisi, alkol paranoyası DSM5'te alkole bağlı psikotik bozukluklar sınıflaması içinde değerlendirilmiştir. Bu nedenle sağlık kurulu değerlendirmelerinde özür oranı hesaplamaları, klinik çeşitliliğe rağmen bu tanı gruplarına göre yapılmaktadır.

2. PSİKOAKTİF MADDE KULLANIM BOZUKLUKLARININ KLİNİK ÖZELLİKLERİ

2.1 Alkol Kullanımına Bağlı bozukluklar

Alkol, sosyal yaşamda sık kullanılan ve kültürel olarak birçok toplumda kabul gören bir maddedir. Ancak uzun süreli ve aşırı alkol tüketimi, yalnızca ruhsal sağlık üzerinde değil, beden sağlığı üzerinde de ciddi ve kalıcı etkiler yaratır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre, alkol, dünya genelinde önlenebilir hastalık ve ölüm nedenleri arasında üst sıralarda yer almaktadır.

Alkolün en belirgin zararlarından biri karaciğerde ortaya çıkar. Uzun süreli kullanım, karaciğer hücrelerinde iltihaplanmaya (alkolik hepatit) ve sonrasında

fibroze (doku sertleşmesi) yol açar. Zamanla, bu hasar siroza dönüşerek karaciğer fonksiyonlarının büyük ölçüde bozulmasına neden olur. Siroz, ileri evrede karaciğer yetmezliğine ve yaşamı tehdit eden komplikasyonlara yol açabilir.

Kronik Pankreatit Alkol, pankreası doğrudan etkileyerek iltihaplanmasına sebep olabilir. Akut atakların tekrarı, kronik pankreatit gelişimine neden olur. Bu durum, sindirim sorunları ve insülin üretiminin bozulması sonucunda diyabet gelişimi ile sonuçlanabilir. Alkol, çeşitli kanser türleri için bağımsız bir risk faktörüdür. Özellikle: ağız, boğaz ve yemek borusu kanseri, karaciğer kanseri, meme kanseri, kolorektal (kalın bağırsak) kanseri. Alkolün kanser riskini artırıcı etkisinin, asetaldehit adlı toksik metabolit ve bağışıklık sisteminin zayıflaması ile ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Alkolün Sinir Sistemi Üzerindeki Etkileri:

Deliryum Tremens (DT), alkol bağımlılığı olan bireylerde ani alkol kesilmesi veya ciddi şekilde azaltılması sonrası gelişen, hayatı tehdit edebilecek şiddette akut yoksunluk sendromudur. Genellikle uzun süreli ve ağır alkol kullanımının ardından ortaya çıkar. Deliryum tremens, alkolün kronik kullanımının beyin GABA (inhibitör) ve glutamat (eksitator) sistemlerinde oluşturduğu dengenin, ani kesilmeyle bozulmasından kaynaklanır. Alkol ani kesildiğinde: GABA azalır, glutamat baskısız kalır → aşırı uyarılma (hipereksitabilite) → Deliryum ve nöbetler.

Belirtiler:

Yoğun konfüzyon (bilinç bulanıklığı) ve dezoryantasyon, Şiddetli ajitasyon ve huzursuzluk, halüsinasyonlar (özellikle görsel, bazen işitsel ve dokunsal), Tremor (ellerde titreme), terleme, ateş, taşikardi (hızlı kalp atışı), hipertansiyon, uyuyamama, kabus görme, Nöbet geçirme riski, hipervijilans ve paranoid düşünceler. Genellikle alkol bırakıldıktan 48–72 saat sonra başlar. Bazen 4-5 güne kadar gecikebilir. Deliryum tremens, tıbbi acil durumdur. Tedavi çoğunlukla yoğun bakım düzeyinde olur. Tedavi edilmezse %10–35 oranında ölümcül olabilir.

Uzun süreli alkol kullanımı, beyin yapısında küçülmeye, kognitif bozulmaya ve demans gelişimine yol açabilir.

Wernicke-Korsakoff Sendromu (WKS), çoğunlukla kronik alkolizm sonucu gelişen, tiamin eksikliği kaynaklı iki aşamalı bir nörolojik hastalıktır.

Akut fazda Wernicke ensefalopatisi; kronik fazda ise Korsakoff psikoza gelişir (5). Erken tanı ve tiamin replasmanı, kalıcı nörolojik hasarın önlenmesi için hayati önemdedir.

Tiamin (B1 vitamini), glikoz metabolizmasında koenzim olarak kritik bir rol oynar. Eksikliği, özellikle enerji ihtiyacı yüksek olan sinir dokusunda ciddi metabolik bozukluklara yol açar. Özellikle alkol bağımlılığı olan popülasyonlarda nörolojik morbiditenin önde gelen nedenlerinden biridir (5). Bununla birlikte, maligniteler, kronik açlık, bariyatrik cerrahiler gibi alkol dışı durumlar da WKS gelişimine katkıda bulunabilir.

Tiamin eksikliği, oksidatif metabolizma ve nörotransmitter üretiminde bozulmaya neden olur. Özellikle talamus, mamiller cisimcikler, hipotalamus ve periaqueductal gri bölge gibi yapılar, hipometabolik değişikliklere karşı hassastır. Bu bölgelerde mikrovasküler hasar, gliosis ve hemorajik lezyonlar gelişebilir.

Klinik Bulgular

Wernicke Ensefalopatisi üçlü klinik tablo ile tanımlanır:

- Mental durum değişiklikleri: Konfüzyon, apati, dezoryantasyon
- Okülomotor disfonksiyon: Nistagmus, oftalmopleji
- Ataksi: Özellikle gövde ve yürüme bozuklukları

Ancak hastaların sadece üçte birinde klasik triadın tümü bulunur. Tedavi edilmediği takdirde tablo **Korsakoff psikozuna** ilerler:

- Ağır anterograd amnezi
- Retrograd hafıza kaybı
- Konfabülasyonlar

Tanı: Kesin tanı, klinik bulgular temelinde konur. Önerilen **Caine kriterleri** (1997) şunlardır:

- Diyet öyküsü veya alkolizm öyküsü
- Okülomotor anormallikler
- Serebellar disfonksiyon
- Mental durum değişikliği veya hafıza bozukluğu

Bu dört kriterden ikisinin varlığı Wernicke ensefalopatisi tanısını düşündürmelidir.

Görüntüleme (MRG): T2 ve FLAIR sekanslarında, özellikle talamus ve mamiller cisimciklerde simetrik hiperintensiteler saptanır. Ancak normal MRG, tanıyı dışlamaz.

Laboratuvar Testleri: Serum tiamin düzeylerinin ölçülmesi mümkün olsa da, sonuçların alınması zaman alabilir.

Alkolle ilişkili Duygudurum Bozukluğu, alkol kullanımının bir sonucu olarak ortaya çıkan ve geçici ya da kalıcı olabilen **depresif, manik, hipomanik** veya **karışık özellikteki** duygu durum bozukluklarını tanımlar.

Alkolle ilişkili anksiyete bozukluğu alkolün doğrudan etkisiyle ortaya çıkan kaygı (anksiyete) semptomlarıyla karakterizedir.

Alkol Kullanımına Bağlı Psikotik Bozukluk (Alkol paranoyası)

Genellikle yoğun ve uzun süreli alkol kullanımı sonrasında, özellikle yoksunluk döneminde görülür (6). Alkol yoksunluğunu takip eden 8-12 saat içinde görülmekte ve genellikle 24-48 saatte düzelmektedir. Varsanılar çoğunlukla görsel olup bazen de işitsel veya taktıl olabilir. DT'den farklı olarak bilinç bulanıklığı yoktur. Yönelim bozulmamış ve vital bulgular normaldir. Alınma sanrıları ve paranoid fikirler de eşlik edebilir. Halüsinasyonlar çoğu durumda yaklaşık bir hafta içerisinde geriler, ancak bazı hastalarda bu durum 1 aya kadar sürebilir. Zarar görme sanrıları (perseküsyon): “Beni takip ediyorlar”, “zehirlenmeye çalışıyorlar”, “telefonumu dinliyorlar”. Kıskançlık sanrıları: Eşinin/partnerinin kendisini aldattığına dair inançlar (gerçek dışı, kanıta dayanmayan ve değiştirilemeyen). Şuur açık, deliryum yoktur. Sanrılar birkaç gün ile birkaç hafta arasında sürebilir, bazen aylarca devam edebilir.

2.2 Madde/İlaç Kullanımına Bağlı Bağlı bozukluklar

2.2.1 Madde/İlaç Kullanımına Bağlı Psikotik Bozukluk: DSM-5'te tanımlanan bir ruhsal bozukluktur ve bağımsız psikotik bozukluklardan ayırt edilmesi önemlidir. Bu ayırım, semptomların başlangıç zamanı, seyri ve diğer faktörler göz önünde bulundurularak yapılır.

Ayırt Edici Kriterler

1. Semptomların Başlangıç Zamanı

- **Madde/İlaç Kullanımına Bağlı Psikotik Bozukluk:** Semptomlar, madde kullanımı, zehirlenmesi veya yoksunluğu sırasında ya da bir ilaca maruz kalma veya yoksunluk sonrasında ortaya çıkar. Bu semptomlar, genellikle maddenin etkisiyle veya yoksunluğuyla ilişkilidir.
- **Bağımsız Psikotik Bozukluk:** Semptomlar, madde veya ilaç kullanımından önce başlamış olabilir veya uzun süreli madde kullanımından bağımsız olarak ortaya çıkabilir.

2. Semptomların Süresi

- **Madde/İlaç Kullanımına Bağlı Psikotik Bozukluk:** Semptomlar, madde etkisi geçtikten sonra genellikle birkaç hafta içinde düzelir. Ancak bazı durumlarda semptomlar daha uzun sürebilir.
- **Bağımsız Psikotik Bozukluk:** Semptomlar, madde kullanımının sona ermesinden sonra da devam eder ve genellikle daha uzun sürelidir.

3. Semptomların Özellikleri

Madde/İlaç Kullanımına Bağlı Psikotik Bozukluk: Semptomlar, genellikle madde etkisiyle doğrudan ilişkilidir ve maddenin farmakolojik özelliklerine bağlı olarak değişir.

Bağımsız Psikotik Bozukluk: Semptomlar, genellikle daha karmaşıktır ve belirli bir maddeyle doğrudan ilişkilendirilemez.

4. Yaş ve Klinik Seyir

Madde/İlaç Kullanımına Bağlı Psikotik Bozukluk: Psikotik semptomlar, genellikle madde kullanımına bağlı olarak herhangi bir yaşta ortaya çıkabilir.

Bağımsız Psikotik Bozukluk: Şizofreni gibi bozukluklar, genellikle genç yaşlarda başlar ve kronik bir seyir izler.

Kannabis (esrar, marihuana, THC içeren maddeler) kullanımı, hem kısa vadede hem de uzun vadede bir dizi zihinsel, ruhsal ve davranışsal bozuklukla ilişkilidir. Özellikle ergenlik döneminde veya genetik yatkınlık varsa, etkiler daha belirgin olabilir(7).

Yoğun kannabis kullanan 18-35 yaş arası bireylerde, beynin motivasyon ve ödül işleme bölgelerinde dopamin sinyallerinde artış gözlemlenmiştir. Bu artış,

psikoz hastalarında görülen beyin aktivite desenlerine benzerlik göstermektedir.

Yoğun kannabis kullanımı, çalışma belleğinde kalıcı bozulmalara yol açabilir. MRI taramaları, bu bireylerde bellek görevleri sırasında beyin aktivitesinde azalma olduğunu göstermiştir.

Esrar Kullanımına Bağlı Psikotik Bozukluk

Bu bozukluk, aşağıdaki kriterlerle tanımlanır:

- **Sanrılar veya varsanılar:** Bireyde sanrılar (gerçek dışı inançlar) veya varsanılar (gerçek olmayan algılar) bulunur.
- **Zamanlama:** Bu semptomlar, esrar zehirlenmesi veya yoksunluğu sırasında ya da hemen sonrasında gelişir.
- **Ayırt edici özellikler:** Semptomlar, başka bir psikotik bozuklukla daha iyi açıklanamaz; örneğin, semptomlar esrar kullanımından önce başlamışsa veya esrar kullanımının kesilmesinden sonra bir aydan fazla sürüyorsa, farklı bir tanı düşünülmelidir.
- **İşlevsellik:** Semptomlar, sosyal, mesleki veya diğer önemli işlevsellik alanlarında belirgin sıkıntıya veya bozulmaya neden olur.

Şizofreni Gelişimi: Kannabis kaynaklı psikoz yaşayan bireylerin yaklaşık %50'si daha sonra şizofreni tanısı almaktadır

Kullanım Sıklığı ve Risk: Günlük kannabis kullanımı, psikoz gelişme riskini üç kat artırmaktadır.

Genç Yaşta Başlama: Ergenlik döneminde kannabis kullanımına başlamak, şizofreni riskini önemli ölçüde artırmaktadır.

Metamfetamin ve Psikotik Bozukluklar

Metamfetamin kullanımı son yıllarda ülkemizde giderek artmaktadır. Yapılan sistematik derlemelerde, metamfetamin kullanım sıklığı ve bağımlılık düzeyinin artmasıyla psikotik belirtilerin görülme olasılığının da arttığı bulunmuştur(8). Sosyo-demografik faktörlerin ise bu ilişki üzerinde belirgin bir etkisi olmadığı belirtilmiştir Metamfetamin kaynaklı psikoz yaşayan bireylerde, şizofreniye geçiş oranı %22 olarak bulunmuştur. Bu oran, kannabis (%34) ve halüsinojen (%26) kaynaklı psikozlara göre daha düşüktür.

Metamfetamin kaynaklı psikoz yaşayan bireylerin akrabalarında şizofreni tanısı alma olasılığı, psikoz yaşamayan metamfetamin kullanıcılarının akrabala-

larına göre beş kat daha fazladır. Bu durum, genetik yatkınlığın psikotik bozuklukların gelişiminde önemli bir rol oynadığını göstermektedir.

Metamfetamin kullanımına bağlı psikotik belirtiler şunları içerebilir:

- Halüsinasyonlar (görsel, işitsel, dokunsal)
- Sanrılar (özellikle paranoid düşünceler)
- Düşünce bozuklukları
- Aşırı ajitasyon ve saldırganlık

Metamfetamin kullanımına bağlı psikoz gelişim riskini artıran faktörler şunlardır:

- Erken yaşta madde kullanımı
- Yüksek doz ve sık kullanım
- Genetik yatkınlık (ailede psikotik bozukluk öyküsü)
- Travmatik çocukluk deneyimleri
- Eşlik eden psikiyatrik bozukluklar (örneğin dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu)

Fensiklidin (PCP) Psikozu, fensiklidin adlı maddenin kullanımı sonucu ortaya çıkan psikotik belirtilerle karakterize bir durumdur. Fensiklidin, başlangıçta anestezi olarak geliştirilmiş, ancak ciddi yan etkileri nedeniyle tıbbi kullanımı sonlandırılmıştır. Günümüzde yasa dışı olarak kullanılan bu madde, özellikle yüksek dozlarda alındığında şiddetli psikotik semptomlara yol açabilir.

Uçucu Maddeler ve Psikotik Bozukluklar

Uzun süreli ve yoğun uçucu madde kullanımı, beyinde yapısal ve işlevsel değişikliklere yol açabilir. Bu durum, kalıcı bilişsel bozukluklar, motor işlevlerde azalma ve nörolojik hasarlarla sonuçlanabilir. Ayrıca, kronik kullanım şizofreni benzeri psikotik bozuklukların gelişme riskini artırabilir.

3. PSİKOAKTİF MADDE KULLANIM BOZUKLUKLARINI DEĞERLENDİRME

Psikoaktif maddelerin kullanımı, kısa vadeli etkilerin yanı sıra, uzun vadede kalıcı ya da geçici zihinsel ve ruhsal bozukluklara neden olabilir. Sağlık kurulu açısından bu bozuklukların değerlendirilmesinde yalnızca tanının mevcudiyeti değil, kişinin günlük yaşam, mesleki fonksiyon ve sosyal ilişkiler gibi alanlar-

daki işlevselliğinin ne ölçüde bozulduğu dikkate alınmalıdır. Özür oranı, semptomların varlığına göre değil, işlevsellik düzeyine göre belirlenir (4).

Tanının DSM-5 veya ICD-10/11'e göre konmuş olması gerekir. Amerikan Psikiyatri Birliği'nin tanı kılavuzu olan DSM-5'e göre, Madde kullanımı ile ilişkili Bozukluklar başlığı altında sınıflandırılır. Tanı sürecinde, bireyin madde kullanım öyküsü, kullanım sıklığı, miktarı ve kullanımın bireyin yaşamındaki etkileri detaylı bir şekilde değerlendirilir.

Tanı koyarken, semptomların madde veya ilaç kullanımına bağlı olup olmadığını belirlemek için detaylı bir öykü alma, fizik muayene ve laboratuvar testleri gereklidir. Bu değerlendirme, uygun tedavi stratejilerinin belirlenmesi açısından da kritik öneme sahiptir.

Psikoaktif maddelerin kullanımına bağlı Psikotik Bozukluk tanısı, semptomların madde veya ilaç kullanımına bağlı olarak ortaya çıktığı durumlarda konur. Bağımsız psikotik bozukluklar, genellikle madde kullanımından bağımsız olarak gelişir ve daha uzun süreli bir seyir izler. Tanı koyarken, semptomların başlangıç zamanı, süresi ve özellikleri dikkatlice değerlendirilmelidir.

Bu belirtiler, tanının daha spesifik hale getirilmesine yardımcı olur. Örneğin, alkol, amfetamin, halüsinojenler, opioidler ve sedatifler gibi maddeler, hem zehirlenme hem de yoksunluk dönemlerinde psikotik belirtilere yol açabilir.

Nöropsikolojik Değerlendirme: Kronik madde kullanımı, özellikle prefrontal korteks ve limbik sistemde yapısal ve işlevsel değişikliklere yol açarak bilişsel işlevlerde bozulmalara neden olabilir. Bu bağlamda, yürütücü işlevler, dikkat, bellek ve karar verme süreçlerinin değerlendirilmesi önemlidir. Nöropsikolojik testler, bu bilişsel alanlardaki bozulmaları objektif olarak ölçmeye yardımcı olur.

Biyolojik Belirteçler ve Laboratuvar Analizleri: Madde kullanımının biyolojik etkilerini değerlendirmek amacıyla çeşitli laboratuvar testleri uygulanabilir. Bu testler, karaciğer fonksiyon testleri, hematolojik parametreler ve idrar veya kan örneklerinde madde metabolitlerinin tespiti gibi analizleri içerebilir. Ayrıca, kronik madde kullanımının bağışıklık sistemi üzerindeki etkilerini değerlendirmek için inflamasyon belirteçleri de incelenebilir.

Psikiyatrik Eştanılar: Kronik madde kullanımı, sıklıkla diğer psikiyatrik bozukluklarla birlikte görülür. Bu eştanılar arasında depresyon, kişilik bozuklukları, anksiyete bozuklukları, bipolar bozukluk ve psikotik bozukluklar yer alabilir. Eştanıların varlığı, tedavi planlamasını karmaşıklıştırabilir ve bu nedenle kapsamlı bir psikiyatrik değerlendirme gerektirir.

İşlevsellik düzeyindeki bozulma: Kişisel bakım, işe/okula devam, toplumsal

roller, sosyal ilişki ağı ve bağımsız yaşam becerileri değerlendirilmelidir. Bu değerlendirme için ölçeklerden yararlanılması önerilir.

Tedaviye yanıt durumu: Psikoaktif maddelerin kullanımı tedaviye verilen yanıt, özür oranı değerlendirmesinde temel belirleyicilerden biridir. Düzenli ve yeterli tedavi alan bireylerde remisyon sağlanabiliyorsa ve işlevsellik düzeyi anlamlı ölçüde düzelmişse özür oranı verilmesi gerekmez. Ancak, tedaviye rağmen semptomların devam ettiği, yalnızca kısmi düzelmelerin sağlandığı ya da hiçbir iyileşmenin gözlenmediği durumlarda özür oranı verilmesi uygun görülür (4).

Tedaviye yanıtın nesnel olarak değerlendirilmesinde, bazı psikometrik ölçeklerden yararlanılmaktadır.

Kişinin madde kullanımının süresi, kullandığı maddeler (karışık madde kullanımı açısından), ek psikiyatrik tanılarının varlığı, geçmiş tedavi öyküsü, madde kullanımının devam edip etmediği, klinik değerlendirme ve laboratuvar testleri ile takip edilmelidir.

Değerlendirme sürecinde, temaruz (ikincil kazanç amacıyla belirtilerin abartılması ya da taklit edilmesi) şüphesi varsa, kişinin madde kullanımı devam ediyorsa, bireyin gözlem altına alınması gerekebilir. Klinik gözlem süreci, yalnızca tanının doğruluğunu değil; aynı zamanda bireyin gerçek işlevsellik düzeyini ve tedaviye verdiği yanıtı anlamak açısından da büyük önem taşır. Bu tür durumlarda multidisipliner bir yaklaşımın benimsenmesi ve hem klinik gözlem hem de psikometrik verilerin birlikte yorumlanması önerilir.

Madde kullanım bozukluğunda yatarak gözlem: Bireyin tıbbi, psikiyatrik veya sosyal açıdan yüksek risk taşıdığı, ayaktan tedavinin yetersiz kalacağı durumlarda uygulanır. Sağlık kurulu karar verme sürecinde de hastanın yatışının yapılarak gözlemi önerilebilir. Bu tür durumlar, hem bireyin güvenliğini sağlamak hem de etkili ve sürekli tedavi sunmak için gereklidir.

- Temaruz (ikincil kazanç amacıyla belirtilerin abartılması veya taklit edilmesi) şüphesi varsa,
- Alkol, opioid veya benzodiazepin gibi maddelerin kesilmesine bağlı ciddi yoksunluk belirtileri varsa
- Hayati risk taşıyan fizyolojik komplikasyonlar (örneğin: delirium tremens, şiddetli dehidrasyon)
- Madde kullanımına bağlı psikotik bozukluk (sanrılar, halüsinasyonlar).
- Akut mani veya ağır depresyon
- Şiddetli ajitasyon, saldırganlık veya davranış kontrolünde bozulma.

- İntihar düşünceleri, planı ya da girişimi.
- Bireyin tedaviye uyum gösterememesi, kaçma veya tedaviyi reddetme durumu.
- Aile desteğinin olmaması
- Evde şiddet, evsizlik, madde temininin kolay olduğu bir çevrede yaşama.

Alkol ya da Madde Kullanımına bağlı zihinsel ve ruhsal hastalıkların İşlevsellik Üzerindeki Etkisini Değerlendirmek İçin Sorulabilecek Soru Başlıkları:

Günlük Yaşam ve Kişisel Bakım

- “Alkol ya da Maddenin etkisi altındayken günlük işlerinizi (yemek yeme, temizlik, alışveriş) yerine getirmekte zorlanıyor musunuz?”
- “Kendinize bakımınız (kişisel hijyen, düzenli uyku) nasıl etkilendi?”

İş veya Okul Performansı

- “Alkol ya da Maddenin kullanımı işe ya da okula gitmenizi geciktirdi ya da engelledi mi?”
- “Konsantrasyonunuzda ya da sorumluluklarınızı yerine getirmekte zorlandığınız anlar oldu mu?”
- Alkol ya da Maddenin kullanımı nedeniyle iş/okuldan uyarı, ceza veya uzaklaştırma aldınız mı?”

Aile ve Sosyal İlişkiler

- “Alkol ya da Maddenin kullanımı ailenizle veya arkadaşlarınızla olan ilişkinizi nasıl etkiledi?”
- “Son zamanlarda çevrenizden uzaklaştığınızı ya da yalnızlaştığınızı hissediyor musunuz?”
- “Alkol ya da Maddenin kullanımı nedeniyle aile içi tartışmalar ya da fiziksel çatışmalar yaşadınız mı?”

Mali Durum

- “Alkol ya da Maddenin harcadığınız para günlük ihtiyaçlarınızı karşılamayı engelledi mi?”
- “Borç alma, eşyaları satma ya da yasa dışı yollara başvurma durumunuz oldu mu?”

Zihinsel/Duygusal Durum

- “Alkol ya da Maddenin etkisindeyken kendinizi nasıl hissediyorsunuz? Daha huzurlu mu, kaygılı mı?”
- “Alkol ya da Maddenin kullanımı sonrası pişmanlık, suçluluk ya da boşluk hissediyor musunuz?”
- “Kendinize zarar verme ya da intihar düşünceleriniz oldu mu?”

Yasal Sorunlar

- “Alkol ya da Maddenin kullanımıyla bağlantılı olarak polis, mahkeme, gözaltı gibi yasal sorunlar yaşadınız mı?”
- Denetimli serbestlik süreci geçirdiniz mi?

Bağımlılık Belirtileri

- “Alkol ya da Maddenin bıraktığınızda kendinizi kötü hissediyor musunuz?”
- “Kullandığınız madde miktarını azaltmak istediniz ama başaramadığınız oldu mu?”
- “Aynı etkiyi almak için zamanla daha fazla Alkol ya da Madde kullanmak zorunda kaldınız mı?”
- Alkol ya da Madde kullanmak durumundan dolayı ne düzeyde sıkıntı yaşıyorsunuz? Yaşam kalitenizin ne ölçüde etkilendiğini düşünüyorsunuz? Şu anki yaşam kalitenizi 0’dan 10’a kadar bir aralıkta değerlendirseniz, kaç puan verirsiniz?

3. Madde bağımlılığında İşlevsellik Değerlendirilmesinde Kullanılabilecek Ölçekler:

Madde bağımlılığında bireylerin işlevselliğini değerlendirmek, tanı koyma, tedavi planlaması ve iyileşme sürecini izleme açısından kritik öneme sahiptir. Bu amaçla kullanılan başlıca ölçekler şunlardır:

1. Sosyal İşlevsellik Ölçeği (SİÖ): Bireyin sosyal yaşamındaki işlevselliğini değerlendiren bir araçtır. Madde bağımlılığı tanısı almış bireylerde yapılan çalışmalarda, SİÖ puanlarının orta düzeyde olduğu ve madde kullanım süresi arttıkça sosyal işlevselliğin azaldığı saptanmıştır.

2. Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği (KİDÖ): bireyin genel işlevselliğini hızlı ve pratik bir şekilde değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. Madde

kullanım bozukluğu olan bireylerde yapılan araştırmalarda, KİDÖ puanlarının düşük olduğu ve işlevselliğin bozulduğu belirlenmiştir.

3. Bağımlılık Seyir İndeksi (BASİ): Bağımlılık tedavisinin gidişatını ve iyileşme düzeyini izlemek için kullanılan sekiz maddelik bir ölçektir. Gözlemci tarafından doldurulan bu ölçek, tedavi sürecinde bireyin işlevselliğindeki değişimleri değerlendirmeye yardımcı olur.

4. Madde Kullanımını Değerlendirme Ölçeği (YEDAM): Yeşilay Danışmanlık Merkezi (YEDAM) tarafından sunulan bu ölçek, bireyin madde kullanımının sıklığı, etkileri ve yaşam alanlarına olan etkilerini değerlendirmeye yöneliktir. Ölçek, bireyin madde kullanımının sosyal, fiziksel ve psikolojik işlevselliği üzerindeki etkilerini belirlemede kullanılır.

5. WHODAS 2.0’nin Türkçe formu: Dünya Sağlık Örgütü tarafından geliştirilen bu işlevsellik değerlendirme aracının Türkçeye uyarlanmış halidir. Türkçe versiyonları, hem 36 maddelik tam formu hem de 12 maddelik kısa formu içermektedir ve çeşitli akademik çalışmalarda geçerlik ve güvenilirlik analizleri yapılmıştır.

Sosyal inceleme, özellikle aşağıdaki durumlarda önerilir:

- Bireyin verdiği bilgiler ile klinik gözlem bulguları arasında belirgin uyumsuzluk varsa,
- İşlevsellik düzeyine ilişkin objektif kanıt ihtiyacı doğmuşsa,
- Temaruz (ikincil kazanç amacıyla belirtilerin abartılması veya taklit edilmesi) şüphesi varsa,
- Sosyoekonomik ve çevresel faktörlerin (örneğin yoksulluk, evsizlik, aile içi çatışmalar) bireyin işlevselliğini belirgin şekilde etkilediği düşünülüyorsa,
- Bireyin bağımsız yaşam becerileri ve bakım ihtiyacı hakkında detaylı değerlendirme gerekiyorsa,
- Sağlık kurulunda karar vermeyi zorlaştıran karmaşık sosyal durumlar söz konusuysa (örneğin yalnız yaşama, sosyal izolasyon, çocuk bakımı sorumluluğu vb.)

4. TANILAR, KLİNİK TABLO VE ORANLAMA

4.1. Alkol kullanımı ile ilişkili bozukluklar

4.1.1 Delirium Tremens (DT)

Alkol bağımlılığı olan bireylerde ani alkol kesilmesi veya ciddi şekilde azaltılması sonrası gelişen, hayatı tehdit edebilecek şiddette akut yoksunluk sendromudur. Akut gelişen bir tablo olduğu için sağlık kurulunda tedavi sonrası karar verilmesi önerilir. Tedavi ile düzelen bir tablo olduğu için oran verilmez.

4.1.2 Wernicke-Korsakoff Sendromu (WKS)

Çoğunlukla kronik alkolizm sonucu gelişen, tiamin eksikliği kaynaklı iki aşamalı bir nörolojik hastalıktır (5). Akut fazda Wernicke ensefalopatisi; kronik fazda ise Korsakoff psikozu gelişir. Erken tanı ve tiamin replasmanı, kalıcı nörolojik hasarın önlenmesi için hayati önemdedir. Bu makale, WKS'nin patofizyolojisi, klinik prezentasyonu, tanı kriterleri ve güncel tedavi yaklaşımlarını güncel literatür ışığında ele almaktadır. Kesin tanı, klinik bulgular temelinde konur.

- Tedavi ile işlevselliği tam düzelen (kişi işlevsel olarak aktif, sosyal yaşam sürdürüyor): %0
- Tedavi ile işlevselliği kısmen düzelen (işe gidiyor ama performansı düşmüş, sosyal geri çekilme, kronik yorgunluk): %20
- Tedavi ile işlevselliği düzelmeyen (tedaviye rağmen işlevsellik ileri düzeyde bozulmuş): %40

Not: Remisyonda olan ve işlevselliği bozulmamış bireylere oran verilmez.

4.1.3 Alkol Kullanımına Bağlı Psikotik Bozukluk (Alkol paranoyası)

Alkol kullanan bireylerde gelişen, özellikle işitsel varsanılar (halüsinasyonlar) ile karakterize, ancak şuurun açık olduğu psikotik bir durumdur. Genellikle yoğun ve uzun süreli alkol kullanımı sonrasında, özellikle yoksunluk döneminde görülür. Tedavi ile çoğunlukla düzelir. Kurulda değerlendirmede:

- Tedavi ile işlevselliği tam düzelen (Kişi işlevsel olarak aktif, sosyal yaşam sürdürüyor): %0
- Tedavi ile işlevselliği kısmen düzelen (işe gidiyor ama performansı düşmüş, sosyal geri çekilme, kronik yorgunluk): %20

- Tedavi ile işlevselliği düzelmeyen (tedaviye rağmen işlevsellik ileri düzeyde bozulmuş Bilişsel bozulma mevcut): %40

Not: Remisyonda olan ve işlevselliği bozulmamış bireylere oran verilmez.

4.2. Psikoaktif Maddeler ile ilişkili psikotik bozuklukların değerlendirilmesi:

Kannabis (esrar, marihuana, THC içeren maddeler) Psikostimülanlar (koka-in, metamfetamin, (MDMA), anestezi maddeler (PCP, ketamin) uçuşu maddeler ve halüsinojenler kullanımı, hem kısa vadede hem de uzun vadede bir dizi zihinsel, ruhsal ve davranışsal bozuklukla ilişkilidir. Özellikle ergenlik döneminde veya genetik yatkınlık varsa, etkiler daha belirgin olabilir. Cannabis kaynaklı psikoz yaşayan bireylerin yaklaşık %50'si daha sonra şizofreni tanısı almaktadır. (7) Metamfetamin kaynaklı psikoz yaşayan bireylerde, şizofreniye geçiş oranı %22 olarak bulunmuştur. Bu oran, cannabis (%34) ve halüsinojen (%26) olarak bulunmuştur. Hasta takip sonrası değerlendirilirken maddenin indüklediği şizofreni tanısı konuya engel oranı şizofreniye göre değerlendirilir. Bu nedenle sağlık kurulunda değerlendirilirken hastanın tedavisi düzenlenip belli sürelerle takip sonrası karar verilmesi uygundur. Madde kullanımına bağlı psikotik bozukluklar madde kullanımının bırakılması sonrası büyük oranda düzelir. Karar verilirken kişinin halen madde kullanımının devam edip etmediği laboratuvar testleri ile değerlendirilmelidir. Kişinin tedavi uyumu değerlendirilmelidir. Kişi takip ve tedavi süreci sonrası şizofreni tanı kriterlerini karşılamıyor, ancak kalıntı belirtiler mevcutsa kurulda aşağıdaki şekilde değerlendirilir:

- Tedavi ile işlevselliği tam düzelen (Psikotik atak sonrası işlevselliği tamamen geri kazanmış): %0
- Tedavi ile işlevselliği kısmen düzelen (Bilişsel bozulma mevcut kalıntı belirtiler nedeniyle işlevsellikte kısıtlılık devam ediyor): %20
- Tedavi ile işlevselliği düzelmeyen (ağır işlev kaybı devam ediyor, sürekli bakım ihtiyacı, sosyal izolasyon): %40

Not: Bu bireylerde karar verirken yalnızca psikotik tabloya değil, sosyal geri çekilme, öz bakım bozukluğu, hastane yatış sayısı gibi verilerle desteklenmiş işlevsellik düzeyi dikkate alınmalıdır.

5. SAĞLIK KURULRUNDA BAĞIMLILIK DURUMUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ

Psikoaktif Madde Kullanım bozukluğu nedeniyle başvuran bireyin işlevsellik düzeyi, bağımlılık kategorileri (tam bağımlı, kısmi bağımlı ve bağımsız) çerçevesinde de değerlendirilmelidir bu nedenle sağlık kurulu raporlarında yer alan bağımlılık değerlendirmesi alanı eksiksiz şekilde doldurulmalıdır. Bu bölümde bireyin bağımlılık durumu “evet” ya da “hayır” şeklinde açıkça belirtilmeli; hiçbir koşulda boş bırakılmamalıdır (9).

Bağımlılık değerlendirmesi yapılırken, bireyin başkasının desteği olmadan yaşamını sürdürüp sürdüremeyeceği temel alınır. Yönetmeliğin eki olan kılavuzda, bu değerlendirmenin Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği (FIM) ile yapılması önerilmiştir. Ancak FIM, esas olarak fiziksel engelliliği olan bireylerde kullanıma uygun olup; yalnızca psikiyatrik tanıya sahip bireyler için yeterli ölçüm duyarlılığı sağlamayabilir. Bu nedenle, yalnızca ruhsal hastalığı olan bireylerde bağımlılık durumunun değerlendirilmesinde, psikiyatriye özgü işlevsellik ölçekleri de kullanılabilir (10).

Yürürlükteki ilgili yönetmelikte geçen “tam bağımlı engelli birey” ifadesi, uygulamada ağır engellilik durumunu tanımlamak amacıyla kullanılmaktadır. Tam bağımlı engelli birey, engel oranı %50 ve üzerinde olan, fiziksel, nörolojik ya da psikiyatrik nedenlerle muhakeme yeteneğinde belirgin bozulma olan, günlük yaşam aktivitelerini yardım almasına rağmen bağımsız olarak sürdüremeyen bireyleri ifade eder. Diğer yandan, kısmi bağımlı engelli birey ise; organ/doku kaybı ya da psikiyatrik tanı gibi nedenlerle muhakeme yeteneğinde kısıtlılık bulunan ancak günlük yaşam işlevlerini yardım alarak sürdürebileceği değerlendirilen bireyleri ifade eder. Yönetmelikte özellikle psikiyatrik hastalıklarda bağımlılık değerlendirmesi konusunda uygulamada bazı belirsizlikler mevcuttur. Bu nedenle, kurul kararlarının mevcut ölçekler ve klinik gözlem doğrultusunda çok disiplinli bir yaklaşımla yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. T.C. İçişleri Bakanlığı Emniyet Genel Müdürlüğü Narkotik Suçlarla Mücadele Daire Başkanlığı. (2023). Türkiye Uyuşturucu Raporu 2023. https://www.narkotik.pol.tr/kurumlar/narkotik.pol.tr/TUB%C4%B0M/Ulusal%20Yay%C4%B1nlar/2023_TURKIYE_UYUSTURUCU_RAPORU.pdf
2. American Psychiatric Association. (2022). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., text rev.; DSM-5-TR). American Psychiatric Publishing.
3. World Health Organization. (2024). Clinical descriptions and diagnostic requirements for ICD-11 mental, behavioural and neurodevelopmental disorders. World Health Organization.
4. Yönetmelik, E. İ. E. D. H. (2019). Resmî Gazete (Sayı: 30692). Erişim adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2019/02/20190220-2.htm>.
5. Wernicke's encephalopathy: new clinical settings and recent advances in diagnosis and management Sechi, GianPietro et al. The Lancet Neurology, Volume 6, Issue 5, 442 - 4555.
6. Alcohol and Psychosis: A Narrative Review of the Prevalence, Clinical Manifestations, and Management of Alcohol-related Psychotic Symptoms By Pablo Barrio, Mary V. Et al Source: Current Psychiatry Research and Reviews, Volume 17, Issue 2, May 2021, p. 72 – 80
7. Vaucher J, Keating BJ, Lasserre AM, et al. Cannabis use and risk of schizophrenia: a mendelian randomization study. Mol Psychiatry. 2018;23(5)
8. Cohen-Laroque J, Grangier I, et al. Positive and negative symptoms in methamphetamine-induced psychosis compared to schizophrenia: A systematic review and meta-analysis. Schizophr Res. 2024 May;267:182-190.
9. Öncü, F., Psikiyatrik Bozukluklarda İdari Rapor. Psikiyatri Rapor Düzenleme Kılavuzu. Editörler: B. R. Erim, M. Sercan, Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, Ankara, 1. Baskı, s. 159-188, 2019.
10. Dereboy F. Dünya Sağlık Örgütü Yetiştirme Değerlendirme Çizelgesi'nin (WHO-DAS 2.0) Türkçe Çevirisinin Geçerlik ve Güvenirliğinin Psikiyatri Hastaları ve Sağlıklı Kontrollerde İncelenmesi. Türk Psikiyatri Derg 2018; 29(4): 248 - 257.