PSİKİYATRİ

Yayın Kurulu

Prof. Dr. İşın B. KULAKSIZOĞLU
Prof. Dr. Raşit TÜKEL
Prof. Dr. Alp ÜÇOK
Prof. Dr. İlhan YARGIÇ
Prof. Dr. Olcay YAZICI
İçindekiler

Bölüm 1  Genel Tıpta Hekim-Hasta İletişimi ......................................................1
Bölüm 2  Semiyoloji .........................................................................................19
Bölüm 3  Psikanalitik Açılan Psikopatoloji .......................................................34
Bölüm 4  Ruhsal Gelişim ..................................................................................48
Bölüm 5  Anksiyete Bozuklukları .....................................................................58
Bölüm 6  Travmatik Deneyimler ve Ruh Sağlığı .........................................92
Bölüm 7  Duygudurum Bozuklukları ...............................................................106
Bölüm 8  Şizofreni ve Benzeri Psikozlar .........................................................130
Bölüm 9  Hezeyanlı (Sanırsal) Bozukluk .........................................................149
Bölüm 10 Dissosiyatif Bozukluklar ...............................................................156
Bölüm 11 Somatoform Bozukluklar ...............................................................175
Bölüm 12 Yeme Bozuklukları .......................................................................189
Bölüm 13 Alkol ve Madde Bağımı ................................................................196
Bölüm 14 Akut Konfüzyonel Durum (Deliryum) ........................................224
Bölüm 15 Acil Psikiyatri ................................................................................230
Bölüm 16 Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi ve Psikosomatik Tıp ..........254
Bölüm 17 Cinsellik ve Cinsel İşlev Bozuklukları ........................................299
Bölüm 18 Farklı Cinsel Kimlikler ................................................................317
Bölüm 19 Kişilik Bozuklukları .....................................................................326
Bölüm 20 Sınır (Borderline) Kişilik Örgütlenmesi ......................................347
Bölüm 21 Biyolojik Tedaviler .......................................................................359
Bölüm 22 Psikoterapi ......................................................................................380
Bölüm 23 Psikiyatride Etik ..........................................................................394
Bölüm 24 Adli Psikiyatri ................................................................................405
Dizin ..............................................................................................................419
Sevgili Öğrencilerimiz,

Bilim dünyasında bilgi artık çok hızla değiştiğinden, kitapların bilgi vericilik değeri ve ömrü oldukça kısalmıştır. Ana bilgi kaynaklarını, son geniş çaplı araştırmalar ve belli bir konudaki tüm geçerli çalışmalar derleyip yorumlayan gözden geçirme çalışmalar oluşturulmaktadır, sonucu bilgi ise sürekli değişme ve genişlemektedir.

Bu durum, yazılan kitapların bir iki yılda bir yenilenmesi zorunlu olduğunu doyumaktadır. Bu gerçek ise, yazarları ‘en son’ bilgileri de katabilmek için, kitap yazmayı ertelemeye iter.

Bunlara karşılık, sizlerin elinde olabildiğince güncel bilgileri içeren bir kitap bulunmaması da ciddi bir eksiklikti. Sizleri muhtemelen eksik ya da yanlış bilgileri de kapsayan bazı not teksirleriyle başa başa bırakmak ya da dersleri dinlemekten çok, not alma çabasına giripemekten ciddi bir ‘ders notları’ kitabını oluşturmamasını amaçladık.

Sonuçta ortaya çıkan kitap, öngörüldüğümüz kapsamdan daha geniş olsa da, esas olarak derste işlenebilir ve meraklı öğrenciler için bunlar dışında verilmiş bilgileri de içeren bir çalışma oldu. Öneriniz, ilgili konuları daha geniş şekilde kitaptan okuyarak, derslerde etkin katılma yolunuzda.
"İletişim becerisi, insanlara doğustan verilen bir yetenek değildir. Öğrenilebilir ve geliştirilebilir becerilerdir"

Hekimlüğün ilk ve temel ilkesi olan "PRIMUM NON NOCERE" yani, “HER ŞEÝDEN ÖNCE ZARAR VERME” hekim-hasta ilişkisinde birinci koşuldur. Hasta, hekimine başvurduğuunda hasta-hekim ilişkisini başlar. Hasta hekimden hem hastalığına tanı koyup, tedavi etmesini; hem de kendisine güç, güven ve huzur vermesini bekler.

Hastayı Biyo-Psiko-Sosyal Bir Bütün Olarak Ele Almak

Çağdaş sağlık hizmetlerinin temel ilkelerinden biri, insana biyopsikososyal bir bütün olarak yaklaşmaktır. İnsanın sağlık durumunda ele alma zorunluluğu, insana biyolojik, ruhsal ve toplumsal yan birbirleriyle sürekli etkileşim halindedir. Örneğin, hastanın fiziksel rahatsızlığına tanık olup ve tedavi etme sürecinde, hastalığı bağışlar olarak oluşan ruhsal ve sosyal sorunları algılayan hekim hastaya daha etkili iletişimi kurabilir. Koruyucu hekimlikte ve klinik uygulamalarda bütüncül yaklaşımlar, hastanın fiziksel durumunda hastanın fiziksel durumu kadar hastanın kişiliğinin, duygularının, hastalığa ilişkin tutumunun, sosyo-kültürel konumunun da bilinmesini gerektirir. Hastanın sosyo-kültürel durumunun değerlendirilmesi, hekimin hastadan doğru öykü almasında ve inceleme, tanı ve tedavi ile ilgili bilgilendirmelerin nasıl yapılacağı konusunda yol göstericidir.

Hastalık Durumunda Ortaya Çıkan Ruhsal Tepkiler


Hastalık durumunda en sık ortaya çıkan ruhsal tepkiler şunlardır: Kaygı (tərkikerle, tanıya, tedaviyle ilgili...), umit-ümitsizlik, güven-güvensizlik, suçluluk-suçlama-düşmanlık, gerginlik-sinirlilik-öfke, merak, endişe, çaresizlik-yetersizlik, pişmanlık, utangaçlık-çekingenlik, karamsarlık-üzüntü-keder-mutsuzluk hali, ilgi beklentisi içinde olma, kendine açıma-kendini cezalandırma, gerileme, inkar, vb. ego savunma mekanizmaları, korku (acıdan, muhtaç olmaktan, ölümden...).

Kaygı (Anksiyete)


Yadsıma (İnkar, Denial)

Gerileme (Regression)

Bilgilenerek Denetlemeyi Sağlamak

Hastalarda Görülen Ruhsal Tepkiler Bazı Etkenlere Bağlıdır. Bunlar:
* Fiziksel hastalığın ne olduğu ve ciddiyeti. Örneğin, komada ya da anestezi al- tında olan bir hasta bilinci yerine gelmeden ruhsal tepki gösteremez.
* Hasta için hastalığı ve hastanede yatmanın anlamı.
* Hastanın kişilik özellikleri ve kullandığı çıkma yöntemleri.
* Hastanın hastalıklarla, hekimlerle ve yatarka tedavi olmakla ilgili geçmiş ya- şantıları.
* Hastanın aile üyelerinin ve arkadaşlarının deneyimleri.
* Hekim, hemşire ve diğer tıp personelinin hastaya olan davranışları.
* Tedavi olanakları ve olasılıkları.
* Hastalığın sakat bırakma ya da ölüme götürme riskinin ne olduğu.
* Hastanın sosyal yaşamını etkileşi.
Bütün bu etkenlerin etkileşimi, hastalanan kişinin hastalık sırasındaki davranış- larını belirler.

Belirlenen tanı ne olursa olsun, hastalık sırasında kişiler çeşitli davranışlar göstererekbilirler:
* Bazı hastalar, hastalık tanısı konunca sert, huysuz, bencil, kırçı davranışlar gösterirler.
* Bazı hastalar soğukkanlı, gerçekçi, tedaviye yardımcı olacak şekilde davranırlar.
* Bazı hastalar, içe dönük, depresif davranışlar içine girebilirler.
* Bazı hastalar, tanı konunca paniğe kapılır ve şaşkınlık, ne yapacağımı bilmez bir tutuma girerler.

Strain, hastalık durumunda ortaya çıkan korku tepkilerini üç gruba ayırarak incelemiştir:
* Temel bütünlüğün bozulacağı korkusu
* Yabancılardan korkma
* Sevdiklerinden ayrı kalma korkusu
* Sevdiği insanların sevgi ve onayını kaybetme korkusu
* Bedenlerin bir kısmının zarar göreceğini ya da kaybedebileceğini korkusu
* Suçluluk ve utanç duygularının ortaya çıkacağı korkusu
* Gelişimsel olarak kazanılan işlevleri kaybetme korkusu

Kahana ve Bibring, hastalık karşısında ortaya çıkan ruhsal tepkileri kiflik tiplerine göre ayırmıştır. Bunlar: aşırı talepkar, bağmlı kiflik; düzenli, denetleyen, kompulsif kiflik; histriyonik kiflik; uzun süreli hasta olan, mazoistik kiflik; küçükçü, paranoid kiflik; süperior, grandiose, narsistik kiflik; utangaç, mesafeli, şizoid kiflik; Kahana ve Bibring’in bu sınıflamasına birkaç kiflik tipi daha eklenbilir:


Hastalanan ya da danışma amacıyla hekime başvuran insanların kiflik tipleri ve hastalıklar durumunda ortaya çıkan davranışları ne olursa olsun, daima hatırlanması gereken bir dair hekimlik davranışları:

> “Hastalik değil, hasta vardır”
> “Diyabet değil, diyabeti olan bir hasta (insan) tedavi edilir”

**Hekimlik Ahlakının Gerektirdiği Gibi Davranmak**

Bilimsel tıbbın öncüsü Hipokrat (Hippocrates) (M.Ö.460-377) "Hipokrat Andında" yer alan kuralları koymuş ve hekimlik ahlakının temellerini atmıştır. Hipokrat, iyi hekimde kiflik, ahlak, erdem ve bilimin birbirini tamamlayan öğeler olduğunu belirtmiştir. Hekimin karakteri, giyinimi, durumu, tutumu, davranışı, görgüsü, eğitimi gibi özelliklerine ilişkin Hipokrat’ın önerilerinin bazıları şunlardır:

* Hekimin görünümü sağlıklı ve temiz olmalıdır.
* İyiahlılık ö्�lmalıdır.
* Hastayla, hasta yakınlarıyla ve çevresiyle ilişkilerinde görgü, saygı kurallarına uygun davranmalıdır.
* Hastaya ve çevresine ilişkin sırılari saklamasını bilmelidir.
* Çağrıldığında hastaya söz verdiği zaman gitmeli, hastayı ve çevresini beklememelidir.
* Bencil davranışsız, kimseyi küçük görememeli, köti insanlarla ilişkiler kurmamalı, hastaya ve öteki hekimlere dürüst davranmalıdır.
* Kazanca, paraya, üne düşünün olmamalıdır. Ancak geçici için de kimseye muhtaç olmamalıdır.
* Devamlı bilgisisini artırmalı, yeni ilaçları ve teknikleri öğrenmelidir.
* İyi bilgi edinmeden yeni bir ilacı uygulamamalı, verilecek ilacı kendi hazırlamamalıdır.

Lizbon Bildirgesi

Dünya Tabipleri Birliği tarafından 1981 yılında yayınlanan bu bildirge ile hasta haklarına ilişkin şu esaslar kabul edilmiştir:

**Lizbon Bildirgesi**

Dünya Tabipleri Birliği tarafından 1981 yılında yayınlanan bu bildirge ile hasta haklarına ilişkin şu esaslar kabul edilmiştir:

| * Hasta, hekimini özgürce seçme hakkına sahiptir. |
| * Hasta, hiçbir dış etki altında kalmadan, özgürce klinik ve etik kararlar verebilen bir hekim tarafından bakıma hakkı sahibi olabilir. |
| * Hasta yeterli ölçüde bilgilendirildikten sonra, önerilen tedaviyi kabul veya reddetme hakkına sahiptir. |
| * Hasta hekiminden, tüm tibbi ve özel hayatına ilişkin bilgilerin gizliliğine saygı duymasını bekleme hakkına sahiptir. |
| * Her hastanın onurlu bir şekilde ölmesi hakkını vardır. |
| * Hasta, uygun bir dini temsilcinin yardımı da dahil olmak üzere ruhtan ve manevi tillselliği kabul veya reddetme hakkına sahiptir. |

**Hasta Hakları Yönetmeliği**

1 Ağustos 1998 tarihinde kabul edilen bu yönetmelik ile ulusal hukukumuzda ilk kez hasta haklarına ilişkin bir düzenleme getirilmiş olmaktadır.

Bu yönetmelikte yer alan düzenlemeye göre kabul edilen hasta hakları şunlardır:

| * Sağlık hizmetinden faydalanma, tibbi bakım hakkı |
| * Eşitlik içinde sağlık hizmetine ulaşma |
| * Bilgi isteme ve bilgi alma |
| * Sağlık kuruluşunu seçme ve değiştirme |
| * Personeli tanma, seçme ve değiştirme |
| * Gizlilik ve özel yaşamına saygı, tibbi kayıtların saklanması |
| * Aydınlatılmış onam |
| * Güvenlik |
| * Dinin gerekliklerini yerine getirme |
| * İnsanı değerlere saygı gösterilmesi |
| * Ziyaretçi kabul etme |
Hekim Hakları


Hekim Hakları şu şekilde özetlenebilir:

* Çağdaş bilimsel tıp olanaklarını uygulama hakkı
* Mesleğini uygularken etik ilkelleme hakkı
* Hekimin baskı altında olmadan mesleğini uygulama hakkı
* Hekimin kendi değerlere ters düşen durumlardan kaçınma hakkı
* Hekimin sağlıkına koruma hakkı
* Hekimin yeterli bir gelir düzeyi talep etme hakkı
* Hekimin hastaya reddetme hakkı
* Hekimin yönetmeliklere katılım hakkı
* Hekimin danışma hakkı
* İyileşme garantisi vermek hakkı
* Yeterli zaman ayrıma hakkı
* Tanıklıkta çekilmek hakkı
* Tedavi yöntemini seçme hakkı

Hekim-Hasta Arasında Kurulan İlişki Modelleri


Szasz ve Hollender, hasta-hekim ilişkisinde üç tür ilişki şekli tanımlamıştır:

1. Etkinlik-Edilgenlik Temeline Dayanan İlişki

onam olmaksızın eyleme bulunması, bunu yaparken de söz konusu eylemin hastanın iyiliği, yararı için olduğu varsayıma vardır. Bu ilişki, komada ya da genel anestezideki gibi, bilinçli olmayan ve bu nedenle tam anlamıyla edilgin durumda-ki hasta ile hekim arasındaki ilişki biçimine uymaktadır.

2. Yol Gösterme-İşbirliği Etme Temeline Dayanan İlişki

3. Karşılıklı Katılım Temeline Dayanan İlişki

Elçin ve arkadaşları, Emanuel ve arkadaşlarının ileri sürdüğü dört çelik hekim-hasta iletişim modelini özetlemişlerdir:

**Paternalistik (Ataerkil)**

**Bilgilendirici Model**
Yorumlayıcı Model

Hekim-hasta etkileşiminin amacı; hastanın değerlerini ve hastanın gerçekten ne istediğini aydınlatma ve hastanın bu değerleriyle en iyi şekilde ortuşecik mevcut tıbbi müdahaleleri seçmesine yardımcı etmektir. Bilgilendirici hekim gibi; yorumlayıcı hekim de hastaya, duruma ve olası müdahalelerin risk ve yararlarına dair bilgi verir. Ancak bunun da ötesinde yorumlayıcı hekim; hasta için hastanın değerlerini yorumlumaya da yardımcı ederek, hastanın kendi değerlerini ifade etmesinde ve bu değerlerle en uygun müdahaleleri belirlemesinde yol gösterici bir rol üstlenir.

Uzlaşmacı Model

Hekim-hasta etkileşiminin amacı, hastanın söz konusu klinik durumda sağlıkla ilgili ulaşılması mümkün en iyi değerleri belirlemesi ve seçmesine yardımcı olmaktadır. Bu amaçla; hekim hastanın klinik durumuya ilgili bilgiyi sunmalı ve mevcut seçeneklerin içerdiği değer türlerinin anlaşılmasına yardımcı olmalıdır. Hekimin amaçları; neden bazı sağlık değerlerinin daha değerli olduğunu ve bunlara ulaşmak için ne yapılması gerektiğini önermeyi içerir.


“Bir hastayla ilgilenir görünmenin en iyi yolu, onunla ilgilenmek”
İletişim Becerileri


İletişim

Sözli İletişim
- Kullanılan dil
- Ses tonu
- Vurgulamalar
- İki yönlü iletişim
  (Geri bildirim)

Sözsüz İletişim
- Yüz ifadesi
- Göz teması
- Beden duruşu
- El-kol hareketleri
- Mesafe
- Dış görünüş

Etkin dinleme+Empati

Bunları Biliyor musunuz?
* Tüm hastaların yaklaşık %70’inde tanıın sadece görüşme ile konabildiğini;
* İletişim becerilerini geliştirmiş hekimlerin hastaları tarafından daha az dava edildiğini;
* Tüm kayıtların hekime anlatmayı başaran hastaların memnuniyetinin daha yüksek olduğunu;
* Görüşmelerin %69’unda, hastanın sözünün ortalama ilk 18 saniyede kesildiğini ve hastaların sadece %2’ünün konuşmaya devam edebildiğini;
* Görüşmelerin yarısında hasta ve doktorun asıl sorun hakkında hemfikir olmadığını,
* Hekimlerin, hastaların ilk belirtikleri sorunun asıl sorun olduğunu düşünmeyi,
* Doktorunun ofisinden henüz henüz geçmiş hastaların sadece %50’ünün hastalığı ve tedavi ile ilgili yeterli bilgiye sahip olduğunu;
* Yaklaşık %50 hastanın kullanacağı ilaçları bilmediğini;
* Etkili iletişim kurulmadığında %22-70 hastanın doktorlarının önerilerine uymadığıını biliyor musunuz?

İletişim Ne Zaman Yanlış Gitmeye Başlar?
* Ailemiz varsa,
* Rahatsız edildiğimiz zaman,
* Yanlış anlaşılmalarda,
* Birden fazla kişi ile aynı anda görüşüldüğü zaman,
* Biz ya da karşımızdaki gergin ve sinirliyse.

Hasta ile Etkili İletişim Kurmanın Yararları

* Hasta ve hekim arasında güven duygusu oluşur;
* Hasta memnuniyeti artır;
* Karar verme sürecinde hasta daha etkin olur;
* Hasta daha gerçekçi beklentiler oluşturur;
* Hata riski azalır.

Sözlü İletişim

Mehrebian’ın çalışmasına göre, yüz yüze etkili iletişimde yaklaşık %7’si sözlerden ve %38’i ses tonundan oluşurken, beden dişi iletişim %55’ini oluşturur. Sözlü iletişimde dişlements bir hekim, söylenenler kadar hastanın söylemediklerini de dikkate alır. Dil süreçlerinden, ses titremelerinden, duraksamalarından birçok ipucu elde eder. Bazı hastalar ise, kendi sorularını, bir arkadaşının ya da akrabasının sorunu gibi dolaylı yoldan sunarak bilgi edinmekte çalışırlar.
Hasta ile görüşme yaparken, öykü alırken hekim “hasta bunu bana neden söyledi?” diye düşünelmelidir. İlgisiz gibi gözüken bazı sözler çok önemli bir konuya işaret edebilir. Örneğin,


Sözsüz İletişim

Etkili iletişimde %55 beden dili baskın olduğuna göre, sözsüz iletişim fırsatını etkin kullanan bir hekimin hem tıbbi başarısı yüksek olacaktır, hem de hasta memnuniyeti. Bakışlarını kaçıran bir hasta, tokalaşırken hissedilen terli bir avuç, nereye konacağı bilinmeyen eller hastanın görüşme gelirken hissettiği heyecan ya da kaygısı hekime bildiren ilk sözsüz ipuçları olabilir.

Sözsüz İletişimin Temel Bileşenleri

* Fiziksel özellikler (doktor, hasta ve bulunulan ortama ait),
* Dil özellikleri (sesin yüksekliği, konuşmanın hızı gibi),
* Beden dili (jestler, mimikler, göz teması),
* Kişiyə ait özellikler (yaş, cilt rengi ve sağlık durumu gibi),
* Dokunma, tokalaşma,
* Diş görünüm (giysiler, aksesuarlar),
* Çevresel faktörler (eyalar, eşyaların yerlesimi, dekor vb).

Sözsüz iletişim sinyalleri bilincin denetiminden daha uzak oldukları için, gerçeğe daha yakındırlar.

Şekil 1: Rekabeti ortadan kaldıran, işbirliğini artıran oturma düzeni
Sözsüz İletişimde Kurallar

Sözsüz iletişimin başarısı için önerilen davranış kuralları İngilizcede S-O-F-T-E-N akronomi ile özetlenmektedir.

S (smile): Gülümsemek,
O (open posture): Ulaşılabilir biçimde oturmak (el, kol ve bacakları çaprazlamamak),
F (forward lean): Öne eğilerek karşısındaki kişiyi dinlediğini göstermek,
T (touch): Dokunmak, sıkça bir el sıkışma vb.
E (eye contact): Göz temasını kurmak,
N (nod): Baş hareketiyle karşısındaki dinlediğini ve anladığını göstermek (onaylama değil).

Etkili iletişime, hekim kendisinin ve karşısındaki kişinin iç ve dış dünyasının farkında olmalıdır. Ne söylediğin, duygusal anlamın nasıl söylendiğinden alır. İçeriğin duygusal anlam ilişkisine bağlıdır. Bu noktada empati ve etkin dinleme kavramları devreye girer.


Empati, bir insanın, kendisini karşısındaki kişinin yerine koyarak onun duygularını ve düşüncelerini doğru olarak anlamasıdır. Empati sayesinde insan ilişkileri gelişir ve insanlar arasındaki kavgalar azalır, zamanla yok olur. “Komşun hakkında hüküm vermeden önce, iki ay onun makosenleriyle yürü!” diyen bir Kızıldereili atasözü vardır. Empatının tam olarak gerçekleştmesinin üç kuralı vardır:

* Bir insanın kendisini karşısındaki kişinin yerine koyarak, olaylara onun bakış açısıyla bakması,
* Karşıdkının duyguları ile düşüncelerini doğru olarak anlaması ve hissetmesi,
* O kişiye anladığına ona ifade etmesi.

Empati karşısında özel olarak özleşmek, ona benzemek, sempati duymak değil; onun bakış tarzını yakalamaya çalışma ve hissettiğini anlamaya çalışmasıdır. Hastaların gönderdiği her mesaj duygular içerir. Sadece bilgi içeren mesajlar da gönderilir.

Hastalar özellikle korku, hayat kırılması, kaygı, çaresizlik, üzüntü, bezginlik gibi duygular içeren mesaj gönderdiklerinde empati ile geri bildirim verilmelidir. Klinik uygulamalarında esas beceri gerekir, hastanın duyguları ve düşüncelerini anlamaktır.

“Hekimlikte sadece bir kural vardır: kendi niz hastanın yerine koyunuz”

(Joseph Lister)


Etkin dinlenmenin kantlamanı yararları:

* Üzücü duygulardan kurtulmayı kolaylaştırır.
* Sorun çözmeeyi kolaylaştırır.
* Korkuyu azaltır, olumsuz duyguları etkisini yitirir.
* Sorunun sorumluluğunun hastada bırakır.
* Değişime yardımcı olur.
* Yanlış tedavileri önler.
Hastanızla Görüşürken Nasıl Etkin Dinleme Yaprarsınız?

* Karşımızdakiın açıkça anlaşılmayan bir mesajı olduğunda, soru sorarak konuyu netleştirin.
* Mesajı aynı kelimelerle veya farklı kelimelerle yeniden ifade edin.
* Hastanızın duygularını yansıtın veya tekrar ifade edin.
* Konuştuğunuz kişi ile göz teması kurun.
* Söylenenleri doğru anlayıp anlamadığınızı kontrol edin.
* Sıranızı bekleyin, anladiğınızı düşündüğünüz hemen üstüne atlamayın.
* Özetleyin.

Hasta Görüşmesinin Aşamaları

Hastaya iletişimde öykü alma birinci ve en önemli aşamadır. Bir hasta görüşmeinde beş temel aşama tanımlanabilir:

1. Görüşmeyi Başlatmak
Hastayı selamlamak, kendini tanıtmak, hastayı rahatlatmak, hastanın yakınlmasını sorgulayan açık uçlu soruyla başlamak, hastanın ilk sözlerini bölmeden ve ilgi göstererek dinlemek, aktarılan sorunun tanımlanmak, gereksinimleri ortaya koymak.

2. Bilgi Toplamak
Hastanın anlatımıyla yakınlmasını dinlemek, açık uçlu ve yönlendirici olmayan sorular sormak, hastanın anlatımına ilgi göstermek, hastayı yakınlıma aktarma konusunda yüreklendirmek, vurgulanması gereken noktaları açıkla(t)mak, hastanın anlayacağı bir dil kullanmak, hastanın problemi algılama biçimini, problemden etkilenenleri, beklenmelerini ve düşüncelerini anlamak, edinilen bilgileri ve zamanlamasını kendi içinde özetlemek.

3. İlişkiyi Kurmak
Karşılaştıkları anlayışı geliştiren beden dilini (göz teması, yüz ifadesi, duruş, ses tonu) sergilemek, konuşmayı bölmeden notlar almak, hastanın duygusunu ve görüşlerini dikkate almak, empati geliştirmek, destek vermek, kendi düşüncelerini hastaya paylaştırmak, muayene ve yapılacak işlemlerin gerçekleştirileceğini açıklamak, hastanın onayı almak.

4. Açıklama ve Plan Yapmak
Hastaya uygun, kapsamli ve hastanın gereksinimlerini karşılayan bilgileri vermek, aktarılan bilgilerin hasta tarafından doğru ve yeterli anlaşılıldığını görmek, karar verme süreçlerine hastayı da katmak ve ulaşılan çözümlerin ortak vanlan noktalar olduğunu hissettirmek, içinde bulunan durum ve önerilen çözümlerin hasta tarafından kabul edilebilir bulunduğundan ve uygulanacağından emin olmak.
5. Görüşmeyi Bitirmek

Tedavi planını özetlemek, sonraki aşamalar için hastaya sözleşmek, beklenmeyen durumlar ve yapılacakları açıklamak, hastadan son bir değerlendirme almak.

Bu aşamalardan geçilerek tamamlanan bir hasta görüşmesi doğru, verimli ve destekleyici olma amaçlarını güden etkili bir görüşme olacaktır.

Özel Yaklaşımlar Gerektiren Durumlarda İletişim


Sessizlik


Konuşmayı Seven Hasta


Çeşitli Sempptomları Olan Hastalar

Bazı hastalar sorduğunuz her belirti varmış gibi görünürler. Bu hastalarda multipl hastalık olması yeni sira somatizasyon olması da vardır. Sistemlerinin basıç ve hızla gözden geçirilmesi zaman kazandırır.

Saldırgan, Sarhoş Hasta

Kızgınlık, kavgacı ve kontrolsüz hasta ile kendiniz için gerekli güvenliği de sağladiktan sonra sakin görünmek önemli bir avantaj sağlar. Saldırgan hastanın sesini kesmeye çalışmaya, size ve personele küfretmesini durdurmaya çalışmaya. Ancak ne dediğinini dikkatle dinleyin, anlamaya çalışın ve sakin olun.
Ağlamak
Hasta ağlamasının eşliğinde ise anlayışlı bir yaklaşıma onun ağlamasını başlatabilir. Sakin olmak, bir mendil önerip, safinlenmesini beklemek de destekleyici ve kolaylayıcı bir yoludur. Çoğunlukla hasta kısa sürede toparlayıp görünmeye devam edebilir.

Kafa Karşıtı Davranışlar ve Hikâyeler
Bazen sorular çok netleştirildiğiniz halde açık cevaplar alamıyor görünebilirsiniz. Hikayesi beliriz, anlaşılması güç olabilir. Mental durumu ile ilgili sorunlar olabileceğini de aklınızdan çıkarmayın.

Sınırlı Zekası Olan Hastalar

Okuması Sınırlı veya Hiç Olmayanlar
Yazılı tarifler verilmeden önce hastanın okur-yazar olduğunu ya da görme gücü olup olmadığını kontrol edin.

Sağır ve Duyma Güçlüğü Olan Hastalar
Sağır hastalarla iletişim farklı kültürden biriyle iletişim benzer. Hastanın terci ettiği iletişim biçimini (yazılı sorular, işaret dili bilen bir çevirmen, dudak okuma…) seçin.

Kör Hasta
Öncelikle elini sıkın ve kim olduğunuzu ve neden orada olduğunuzu açıklayın. Bulunan odayı ve içinde başlıkları varsa tanıtın. Bu hastalarla sesli cevap vermeyi unutmayın. Sessiz iletişim çok fazla işe yaramayacaktır.

Dil Problemi Olan Hastalar
Hastaya aynı dili konuşmuyorsak bir çevirmen bulma yoluna gidilmelidir. Bu çevirmen tercihen aile fertlerinden olmamalı ve çevirmene en başta her şeyi istediğinizi, yorumlamadan özetlemeden aktarması gerektiğini belirtir. Sizin de sorularınızı kısa ve açık olsun.

Hastanın Ailesi ve Arkadaşları ile Konuşma
Bazı hastalar kendi hikayelerini yaşa, demansa ve diğer sınırlayıcı nedenlere bağlı olarak veremeyebilirler. O zaman bilgi almak için ikinci bir kişiye, hastanın aile-

**Hastanın Sorularını Yanıtlama**

Hastaların soruları çok basit gerçeklere odaklanabileceği gibi duygular ve kaygılara da içerebilir. Bu duyguları fark etmek yanlış cevap vermekten kaçınmanızı da kolaylaştırır. Çok zaman sorunu hakkında konuşma fırsatını vermeniz her türlü yanıtın daha değerli olabilir. Örneğin,

Hasta: Bu tansiyon ilacının etkileri nelerdir?

Hekim: Birkaç etkisi var. Neden soruyorsunuz?

Hasta: (duraksama) Geçen gün gazetede okudum iktidarsızlık yapabilirmi...

**Kötü Haber Verme**


**Hastalarla Etkili İletişim Kurabilmenin Püf Noktaları;**

* Hastanızı gülür yüzle karşılayın
* İçten ve gerçek bir ilgiyle dinleyin
* Göz teması kurun ve sürdürün
* Empati ile hastanızın duygularını anlamaya çalışın
* Karşınızındaki insani konuşması için cesaretlendirin
* Hastanızın yüz ifadelerini, mimiklerini ve beden dilini dikkatle izleyin ve anlamaya çalışın

16 *Genel Tıpta Hekim-Hasta İletişimi*
* Tibbi terimlerden uzak durun, hastanızla onun anlayabileceği bir dilden konuşun
* Ağırlıkla olarak açık uçlu soruları tercih edin
* Gerektiğinde sessiz kalmayı bilin
* Ses tonunuzu düzgün kullanın
* Uzlaşma içinde olun
* Yargılayıcı ve suçlayıcı olmayın
* Mümkün olduğunca dakik olun

Kaynaklar

Hasta Hakları Yönetmeliği. Resmi Gazete, Tarih: 01.08.1998; Sayı: 23420.
Maguire P, Pitceathly C. Key communication skills and how to acquire them. BMJ 2002; 325: 697-700.
Pease A. Beden Dili. Çev.Özben Y. İstanbul:Rota Yayınları;1997.
Psikiyatride tanı ve değerlendirme, diğer disiplinlerden daha fazla belirti ve bulgulara dayanır. Dolayısıyla belirti ve bulguların iyi öğrenilmesi psikiyatrik bozuklukları kavramak için bir zorunluluktur.

Psikiyatrik belirti ve bulguları muayene şeması doğrultusunda ele alarak inceleyeceğiz:

<table>
<thead>
<tr>
<th><strong>Psikiyatrik Muayene Şeması</strong></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>I- BİLİŞSEL İŞLEVLER</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>1) Bilinç</td>
</tr>
<tr>
<td>2) Yönelim</td>
</tr>
<tr>
<td>3) Bellek</td>
</tr>
<tr>
<td>4) Dikkat</td>
</tr>
<tr>
<td>5) Algı</td>
</tr>
<tr>
<td>6) Düşünce</td>
</tr>
<tr>
<td>7) Yarışmama</td>
</tr>
<tr>
<td>8) Soyut Düşünce</td>
</tr>
<tr>
<td>9) Gerçekçi Değerlendirme</td>
</tr>
<tr>
<td>10) İçgörü</td>
</tr>
<tr>
<td>11) Zeka</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>II- DUYGULANIM</strong></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>III- MOTOR AKTİVİTE VE HAREKET</strong></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>IV- BEDENSEL İŞLEVLER</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>1) Uyku</td>
</tr>
<tr>
<td>2) İştah</td>
</tr>
<tr>
<td>3) Libido</td>
</tr>
<tr>
<td>4) Defekasyon, miksiyon</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>V- SOSYAL VE MESLEKİ İŞLEVSELLİK</strong></td>
</tr>
</tbody>
</table>
Bilişsel İşlevler

Bilinç
Kişinin kendisi ve çevresinin farkındalığı olması ve haberdarlık derecesidir. Bilinç beynin genel bir fonksiyonudur ve bilişçilik beynin kanlanmasında, oksijenlenmesinde ve metabolizmasında önemli bir değişiklik olduğunda bozulur. Bilinçte meydana gelen bozukluklar her zaman beyin hücrelerinin çalışmasını engelleyen bir soruna bağlıdır. Bilinçte meydana gelen bozukluklar ağırlık derecesine göre şöyle adlandırılırlar:

Somnolans
Kişinin uyaran olmadıguna bilincinin kapanması, uyaranla bilincinin açılması durumudur.

Stupor
Bilinçliliğin azaldığı, hareketlerin yavaşlandığı, hastanın dış objeleri izleyebildiği halde konuşamadığı durumdur.

Prekoma
Hastanın yönelimi bozulmuştur. Kendiliğinden kooperasyon kurulamaz. Hasta ancak şiddetli uyaranlara yanıt verir

Yarı Koma
Çevreyle bilinçli ilişki kaybolmuştur. Hasta ancak ağırlı uyaranlara bedensel tepki verir.

Koma
Kişinin dış dünyayla bağlı tamamen kopmuştur, ağırlı uyaranlara bile yanıt alnamaz.

Yönelim
Kişinin çevreye ilgili haberdarlık durumu yönelim (oryantasyon) olarak adlandırılır. Yönelimin üç bileşeni vardır. 1) Zaman, 2) Yer, 3) Kişi.

Zaman yönelimi için +/- 2 günlük bir yanılma için tarihi bilmesi, hangi yıl, hangi mevsim, hangi ayda olup olmadığını bilmesi ölçütleri kullanılır.

Yer yönelimi için bulunduğu yeri tanma, bir adresi doğru tarih edebilme gibi ölçütler eklir.

Kişi yöneliminin belirlenmesi için çevresindekilerin kim olduğunu bilme ve yanıklarını tanıma durumuna göre yapılır.

Yönelim, yukarıdaki sıraya göre bozulur. Yani kişi önce zaman oryantasyonunu, sonra yer oryantasyonunu ve en son kişi oryantasyonunu kaybeder.

Yönelim bozukluğu çoğunlukla organik bir etkenin varlığını gösterir. En sık de-

Dissosiyatif füg ve diğer dissosiyatif bozukluklarda da yönelim bozukluğu görülebilir.

**Bellek**

Yakın ve uzak geçmişe ait olayları kaydetme, depolayabilme ve anımsayabilme yeteneğiidir. Bellek, sürelerine göre üç kısma ayrılabılır:

**Tespit (Kayıt: Registration) Belleği**


**Kısa Süreli (Recall) Bellek**


**Uzun Süreli Bellek**

Birkaç günden birkaç aya kadar olan bölümünü yakın bellek, birkaç aydan, yıllara uzanan bölümünü de uzak bellek denir. Muayenesinde hastanın yaşamına ait eski olayların tarihleri sorulabilir. Ancak sorulan soruların yanıtlarının biliniyorsa, ancak sorulan soruların yanıtlarının biliniyorsa, ancak sorulan soruların yanıtlarının biliniyorsa, ancak sorulan soruların yanıtlarının biliniyorsa, ancak sorulan soruların yanıtlarını bilmediği için de sorulabilir.

**Bellek Bozuklukları**

**Amnezi**

Geçmişe ait yaşantıları anımsama kusurudur.

**Anterograd Amnezi**

Retrograd Amnezi

Füg

Hiperemnezi
Bazı olayları hatırlanması güç ayrıntılarıyla anımsamak. Manide, organik mental sendromlarda (febril delirium, uyarıcı entoksikasyonlar vb.) ve nadiren de şizofrenide görülür.

Deja Entandu
Bir şeyi daha önce işittiğini sanmak

Deja Fait
Bir şeyi daha önce de yaptığını sanmak

Deja Pense
Bir şeyi daha önce de düştüğünü sanmak

Deja Vu
Bir şeyi ya da kimseyi daha önce görmüş olduğunu sanmak

Jamais Vu
Bildiği ve gördügü bir şeyi ya da kimseyi hiç görmemiş olduğunu sanmak

Konfabülasyon
Anımsanamayan olaylar yerine hikayeler uydurmak. Daha çok demanslılarda görülür.

Dikkat ve Konsantrasyon
Zihnin bu işlevi kişinin birçok değişik ilgi ve düşüncelerini belli bir noktaya yönlendirebilmesi ve sınırlanabilir mesi ile ilgilidir. Dikkat zihnin belli bir alana çekilmesi, konsantrasyon ise bunun sürdürebilmesi olarak tanımlanabilir.
Depresyonda dikkat ve konsantrasyonun özellikle zihnin kederli düşüncelere dalış olması nedeniyle dış dünyaya yöneltilmesinde zorluq çekiller. Özellikle kişi...
kendini meşgul eden bu düşünceler nedeniyle herhangi bir şeye konsantrasyonunu sürdüremez. Kitap okurken, ders çalışırken ya da bir film izlerken dakikalardaki geçmesine karşın bir şey anlamadığını fark eder ya da zaten konsantre olamadığını fark edip bu tür aktivitelerden uzaklaştır.

**Distraktibilite**


**Hipervijilans**

Dikkat kesilme olarak tanımlanabilir. Kişi özellikle dışarıdan gelen bir tehlike beklemesine karşı her şeye dikkat etmeye çalışır. Daha çok travma sonrası stres bozulduğu ve sanırsız bozukluğa neden olur. Travma sonrası stres bozukluğununda tablo depremden sonra gelişmişse kişi her türlü tuhaf ve sallanmaya karşı tetikte olur ve en ufak bir seste de vakalar karşı çıkar. İlkenceye bağlı gelişen bir travma sonrası stres bozukluğu vakasında ise sürekli trafta polisler, sivil polisler, polis arabaları var mı diye dikkat eder.

**Trans**


**Algı**

İçsel ya da dışsal uyaranların, önceki deneyimler ışığında bir bilgiye dönüştürülmesi sürecidir.

**Halüsinasyonlar**

Dış bir uyaran olmaksızın ortaya çıkan algılamadır. 5 duyunun her biriyle ilgili olabilir: Görme, işitme, tad, kok, dokunma.

Halüsinasyonlar psikiyatri nin önde gelen belirtilerinden biridir ve organik bir etkene bağlı değildir çoğunlukla psikoza işaret eder. Ancak bazı halüsinasyonlar normal ya da psikotik olmayan insanlarda da görürülür.

Kişinin, isminin seslenildiğini duyması, kapı veya telefon çaldığını zannetmek ya da bir fare geçtiği sanmak gibi tek bir duyuya ait kısa süreli halüsinasyonlar, elemanter ya da basit halüsinasyon olarak adlandırılır ve normal populasyonda rastlanabilir. Ayrıca, uykuya dalarken (hipnojik) veya uyanırken (hipnopompik) ortaya çıkan halüsinasyonlar uzun ve birden fazla duyu ile ilgili (karmaşık, kompleks) olsalar da psikotik kabul edilmeler.

K. Schneider tarafından tanımlanmış şu halüsasyonlar şizofreni için karakteristik kabul edilir.

**Birbirile Konuşan/Tartışan Sesler:** Genellikle kendisi hakkında bir tarafın olumlu, diğer tarafın olumsuz fleyer söylediğinde konuşma ve tartışmalar duyar. Ancak bu konuşmaların hastaya ilgili olma zorunluluğu yoktur.

**Düşünselerin Duyulabilmesi:** Düşünselerinin söylendiğini ve bunların duyduğunu ifade eder, bazen bu seslerin yankılandığına rastlanır.

**Yorum Yapan Sesler:** Hastanın davranışları ya da düşünceleri hakkında efl zamanlı yorum yapan sesler duymasıdır. Bu yorumlar daha çok ahlaklaçıcı ve eleştirel niteliktedir.

**Diğer bazı halüsasyonlar şunlardır:**

**Somatik Halüsasyonlar:** Kiflinin bedeniley ilgili gerçek diş duyumlarının olmasıdır.

**Ekstrakampin Halüsasyonlar:** Duyusal alanın dışındaki nesnelerin algılanmasıdır.

**Hallüsinozis:** Kronik alkol kötüye kullanış srasında ve bilincin açık olduğu bir sırada ortaya çıkan, çok uzun süreli çoğunlukla işitsel halüsasyonlardır. Hastaların gerçek olmadığını farkındadır.

**Otoskopik Halüsasyon:** Kiflinin kendisini dışarıdan görmesi tarzındaki halüsasyon

**İlüzyonlar**

Uyaranların yanlış yorumlanmasıdır. Mezarlıkta geçerken bir kararını hayalete benzetmek ya da birini beklerten buzdolabı sesini zile benzetmek gibi olumlu ya da olumsuz beklentilerle ilgili olarak normal popülasyonda da ortaya çıkabilmektedir. İlüzyonlar psikozların prodromal döneminde artış gösterir ve genellikle kaygı eşlik eder.

**Depersonalizasyon**

Kısinin kendisini değişmiş ya da yabancı hissetmesidir.

**Derealizasyon**

Diş dünyaya ilişkin yabancılık duyusudur. Kişi her zamanki çevresini ve çevresindeki kişileri değişmiş ya da yabancılanmış gibi hisseder.

Sinestezi

Diğer Bazı Algı Bozuklukları
Makropsi: Nesneleri olduğundan büyük görmek.
Mikropsi: Nesneleri olduğundan küçük görmek.
Negatif Halüsinasyon: Bir halüsinasyon değildir, var olan şeyleri görmemeye denir.
Negatif Otoskopi: Kişiinin kendisini görmemesidir.

Düşünce
1. Düşünce Akışındaki Değişiklikler
Çağrışım: Davranışlar, düşünceler ve kavramlar arasında yer ve zaman birliğinin etkisiyle kurulan bağlantılar sonucu, bilinç alanı bunlardan birisi girdiğinde ötekini de bilince çekmesi çağrışım olarak adlandırılır.

a) Çağrışım Artması
Basınçlı konuşma: Araya girerek soru sormaya, görüş bildirmeye olanak vermeyecek ölçüde hızla ve çok konuşmaktadır.

b) Çağrışım Azalması
Çağrışım Yavaşlaması: Konuşma hızının yavaşlaması daha çok depresyonda görülür.
Blokaj: Hasta bir şey anlatırken birden durur ve konuşmayı keser. Uyarıldığında ise konuştuğuna geri dönmez.

c) Çağrışım Sapmaları
Neolojizm: Yeni kelimeler uydurmaktır.
Perseverasyon: Aynı düşünceyen varlıkların sıraları ve uygunsuz bir biçimde yinelenmesidir.
Verbigerasyon: Özel bir keline ya da ifadenin anlamını bir şekilde yinelemesidir
Yandan Konuşma: Sorulara yanıt vermek yerine konuyla bağlantılı ancak, sorunun

Semiyoloji 25
yanıtı olmayan ifadelerle cevap verilir. Sözgelimi hangi liseye gittiğini sorulanında, eğitimin öneminden söz eder.

**Disprosodi:** Sesteki melodinin ve ahengin kaybolmasıdır. Şizofrenide görülebilir.

**Çelinebilir Konuşma:** Konuşmanın dış uyanınlara göre sürekli içeriğinin değişmesidir. Sözgelimi, şikayetlerinden bahsettiğinde, bir resimden konuşmaya oradan da dışarıdan gelen bir sesle ilgili konuşmaya geçer.

**Ekolali:** Başkalarının söylediği şeyin tekrar edilmesidir. Şizofrenlerde görülebilir.

**Konuşmanın Fakirleşmesi:** Konuşmanın miktarı azalmıştır. Sorulara bir veya birkaç kelime ile yanı verilir. Depresyonda daha sık görülür ancak psikozlarda da görülebilir.

**Konuşma İçeriğinde Fakirleşme:** Konuşma miktarca yeterli olmakla birlikte, içerikindeki belirsizlik, boşluk da anlamsız yinelemeler dolayısıyla bilgi aktarabilmeye özelliğini kaybetmiştir. Sıklıkla şişofreninin ileri dönemlerinde görülür.

**Enkoherans:** Hastanın konuşması, cümleler düzeyinde anlamlı olmakla birlikte, konuşmasının bütününde anlam çıkarılmaz. Konuşma, birbiriyle bağlantılı cümleler biçimindedir.

**Koprolali:** Küfürlü ya da uygun olmayan kelimelerin kullanılmasıdır.

### 2. Düşünce İçeriği

**a) Hezeyanlar (Sanrı)**

Gerçek olmayan şeylerle ve gerçek dışı düşüncelere inanmak demektir.

- **Bizar Hezeyan:** Gerçekleşme mümkün olmayan hezeyanlardır.

- **Duyguduruma Uygun Hezeyan:** Hezeyanın, kişinin duygudurumuyla uyumlu olmasıdır. Sözgelimi deşifre yapan bir kişinin, white kelimelerini duyması gibi.

- **Duyguduruma Uygun Olmayan Hezeyan:** Kişinin duygudurumuyla uyumsuzluğunu gösteren durumlarda: Sözgelimi depresyondaki bir kişinin kendisinin çok önemli bir kişi olduğunu iddia etmesi gibi.

- **Erotomanik Hezeyan:** Genellikle sosyo-ekonomik açıdan üst düzeydeki birinin kendisine aşırı bukmak istemesi, (Clerambault-Kandisky Kompleksi).

- **Grandyöz Hezeyan:** Büyük hezeyanlar, önemli biri olduğuna, dünyayı kurtaracağına vs. inanması.

- **Hipokondriak Hezeyan:** Bir hastalığı olduğuna inanma.

- **Mignon Hezeyan:** Anne babasının başka biri olduğuna inanma.

- **Nihilist Hezeyan:** Ölmuş, yok olmuş olduğuna inanma.

- **Perseküsyon Hezeyan:** Başkalarından kötülik göreceğine inanma.

- **Paylaşılması Olmayan Hezeyan:** Bir kişinin hezeyanlarının başka biri veya birileri tarafından da paylaşılması.

- **Referans Hezeyanları:** Kişinin kendisinde ilgisiz olaylardan anlamanın çıkarması ve bunlara inanma.

- **Kıskançlık Hezeyanı:** Eşinin, başka bir erkek partnerinin kendisini aldattığına inanma.

- **Somatik Hezeyan:** Bedensel bir hastalığı ya da bir anormalliği olduğuna inanma.
**Suçluluk veya Günahkârlık Hezeyanı:** Yaşadıkları ya da olduklarının düşündükleri şeyler için tanrının veya insanlar tarafından cezalandırılacaklarına ya da kendileri yüzünden felaketler olacağını inanma.

**Yoksulluk Hezeyanı:** Hiçbir şeylerinin olmadığını ya da her şeylerini kaybedeceklerine inanma. Suçluluk ve yoksulluk hezeyanları, daha çok psikotik depresyonda görülürler.

**Schneider Hezeyanları:** Aşağıdaki hezeyanlar bu gruptandır ve daha çok şizofrenide görülürler.

**Düşüncelerin Çekilmesi:** Düşüncelerinin başkaları tarafından çekip alınرعا inanma.

**Düşüncelerin Okunması:** İnsanların, düşüncelerini ve zihinden geçenleri anlamaya inanma.

**Düşünce Sokulması:** Bazı düşüncelerin başkaları tarafından zihnen sokulduguna inanma.

**Düşüncelerin Yayılıması/Yayınlanması:** Düşüncelerinin başkaları tarafından duyunulacak şekilde yayınlandığına inanma.

**Edilgen Düyügular:** Duyguların başkaları tarafından oluşturulduğu na inanma.

**Edilgen Dürütüller:** Başka insan ya da güçlerin kendisini bir şey yapmak zorunda olması için yüklediğine inanma.

**Edilgen Eylemler:** Davranışların başkaları veya güçler tarafından yaptırıldığına inanma.

**Kontrol Edilme Hezeyanları:** Düşünce, duygu ya da dürtülerinin başkaları tarafından kontrol edildiğine inanma.

**b) Obsesyonlar**

Kişiyi şaşırmak ya da anlamsız gelmesine karşı, durduramadığı, zihinden atamadığı, tekrarlayıcı düşünceler veya dürtülerdir. Bu düşünceleri gidermek için yapılan eylemlere ise kompulsiyon denir. Kişiin sık sık ellernin kirli olabileceğini düşüncesinden rahatsız olan durum ya da nesne ile karşılaştığında, kişi kendisine de aşırı gelse bile aşırı...

**Kirlilik Obsesyonları:** Ellerinin ya da bedeninin kirli olabileceğini ilişkin takıntılu düşünceler.

**Zarar Verme Obsesyonları:** Birlerine zarar verebileceğini ya da onların zarar göreceğini ilişkin takıntılu düşünceler.

**Sayı Sayma Obsesyonları:** Zihinden takıntılı bir biçimde sayı sayıma. Bazen mesele kalorifer dilimlerini, perde kivrımlarını vb sayıma biçiminde görünür.

**Cinsel Obsesyonlar:** Başkalarının cinsel organlarına bakarsam ya da bakıyor muyum; birine cinsel bir eyleme bulunursam, biri bana cinsel tacizde bulunursa gibi obsesyonlardır.

**c) Fobiler**

Somut bir tehdit olmasamasına karşı görullen yersiz, aşırı korkulardır. Korku duyunulan durum ya da nesne ile karşılaştığında, kişi kendisine de aşırı gelse bile aşırı...
bir korku, anksiyete ve panik yaşar. 100’den fazla korku tablosu tanımlanmıştır. Sık görülen fobilerden bazıları şunlardır:

Özgül Fobiler: Belirli bir nesne ya da durumla sınırlı fobilerdir.

Hayvan Tipleri: Kedi, köpek, böcek, yılan vb.

Doğal Olaylar: Gök gürültüsü, fırtına, yıldırım, sel vb.

Kan, enjeksiyon, yara tipi durum fobileri: Taşına binmek, uçak, asansör, köprü, yükseklik.

Diğer Özgül Fobiler: Hastalık bulasması, boğulma, ağrı, yüz kızarması (eritrofobi), yabancılar.


Sosyal Fobi: Başka insanların yanında yapacağı kimi etkinliklerin küçümsenebilmesi veya beğenilmemesine yol açabileceği için, toplum içinde yemek yemek, konuşturma gibi etkinliklerden bir veya birkaçından ya da hepsinden sıkıntı duyma ve kaçınma durumudur.

Eritrofobi: Yüz kızarması korkusu.

Klostrofobi: Kapalı ve dar alanlara girme korkusu.

Yargılama


Soyut Düşünce

Sınıflandırma, benzerlikleri ve farklılıkları ayırt edebilme gibi soyutlama yetenekleri, bir atasözünün anlamanı somorma, ya da 5 nesneden farklı olanı ayırt edecek sorularla muayene edilir. Soyutlama yeteneği, psikozlarda özellikle kronikleşmiş ve yıkımı olan psikotik hastalarda bozulur.

Gerçeği Değerlendirme


İçgörü

İki ayrı anlamba kullanılır, birincisi, kişinin hareketlerinin arzındaki bilinçdışı motivasyonlarından haberdirlik derecesidir. Bu anlamda hiç kimsede tam bir iç gö-
rüden söz edilemez. Çünkü kimse tüm bilinçdışı güdülenmelerinin farkında olamaz. Ancak iç görüşü daha az veya daha çok insanlardan söz edebiliriz. İkinci anlam ise, kişinin rahatsız olduğu nun farkında olup olmadığını, sözgelimi bazı obsessionel kompulsif hastalar semptomlarını bir rahatsızlık olarak görebilirlerken bazıları bu semptomları doğal ve doğru bulur, aynı şekilde bazı psikotik hastalar hallucinasyonlarının hastalıktan kaynaklandıklarını bilebilirler.

**Zekâ**

Zihnin anlama, akıl yürütme, problem çözme, soytulma kapasitesi ve hızıdır. Zeka genellikle zeka bölümü (intelligence quotient) olarak ölçülür. \( \text{IQ} = \frac{\text{mental yaş}}{\text{biyolojik yaş}} \times 100 \)

Normal zeka 100 olarak kabul edilir. 80’in altı normalden düşük, 120’nin üstü ise üstün zeka olarak kabul edilir.

- 71-80: Sınır zeka
- 50-70: Hafif zeka geriligi
- 35-50: Orta zeka geriligi
- 20-35: Ağır zeka geriligi
- 20’den az derin zeka geriligi

**Duygulanım**

**Duygudurum (Mood)**
Kişinin yaygın ve sürekli olarak, belli bir zaman dilimi içinde kendisini hissedip eder.

**Ötimi**
Duygudurumda çözme ya da yükselmenin olmadığı ifade eder.

**Yükselmiş Duygudurum**
Alışılmasından dışında bir neşe haline birlikte, kişinin kendine güveni de artmıştır.

**Çökkün Duygudurum**
Ümitsizlik, keder, elemlilik duygusu ön plandadır ve kişinin kendisine verdiği değer ve güveni azalmıştır.

**“İrritabl” Duygudurum**
Çabuk sinirlenme, engellenmeye karşı öfkelenmeye hazır bir duygudurum söz konusudur.

**Afekt**
Kişinin yaşadıklarına, düşündüklerine eşlik eden ve dışarıdan özlenebilen anlık duygulanmdır. Neşe, elem, endişelilik, gerginlik vs. gibi
Uygun Afekt
Kişinin düşünce ya da konuşma içeriği ile dışa vuran duygualanının arasında uyum olması. Komik bir şeyi anlatırken gülmek ya da hüzünlü bir şeyi anlatırken hüzünlülenmek gibi.

Uygunsuz Afekt
Konuşma içeriği ya da yaşanan durum ile duygualanım arasında uygunsuzluk olması halidir. Sev ürünü kaybettiği ile ilgili bir şey anlatırken gülmesi gibi.

Değişken Afekt
Dış uyaranlardan bağımsız olarak, afekte ani ve belirgin değişiklikler olmasıdır.

Aleksitimi
Kişinin kendi duyguyanının farkına varması ve tanımlamasında güçlük çekmesidir.

Anksiyete
Genellikle içsel nitelikli bir tehlike beklentisinden kaynaklanan sıkıntı olma halidir. Belirli bir düşünce ya da endişe ile bağlantısı olarak yaşadığıda serbest dalgalanmış anksiyete denir.

Ajitasyon
Motor huzursuzluğun eşlik ettiği anksiyete halidir. Bacaklarını sallamak, saçıyla oynamak, parmaklarını masaya vurmak gibi.

Ambivalans
Kişinin aynı anda aynı konuya ilgili zıt yönelimli iki duyguyanımı birlikte hissetmesidir. Bir şeyi hem isteyip hem istememek gibi.

Motor Aktivite ve Hareket

Retardasyon
Motor aktivitelerin azalmasıdır. Temel olarak depresyonda görülür.

Eksitasyon
Motor aktivitenin çoğunlukla saldırınlık da içeren bir biçimde aşırı artmasıdır.

Katatoni
Hastanın garip ve uygun olmayan bir durumda uzun süre kalmasıdır.
Katalepsi
Kişinin uzun süre hareketsiz olarak kalmasıdır.

Katatonik Stupor
Hareketlerde neredeyse durma noktasına varan bir yavaşlama vardır. Çevresinin farkında olmadığını izlenimini verir.

Mutizm
Hastanın istemli olarak konuşmamasıdır. Katatonik psizofreni, ağır depresyonlar ve stupor tablolarında görülebilir.

Katapleksi
Heyecan, ani korku gibi durumlarca tetiklenen, kas tonusunun geçici olarak kaybolması durumudur. Hasta cansız bir şekilde yereslaughtırılabilir ya da sadece belli bir kas grubunda ortaya çıkar ve mesela kişinin başı düşer, çenesi aşağı sarkar.

Diskinezi
İstemsiz hareketlerdir.

Distoni
Belli bir kas grubunun istemsiz olarak kasılmasıdır.

Manyerizm
Kişide alışkanlık halini almış, istemsiz hareketlerdir.

Ekopraksi
Kişinin başkalarının hareketini taklit etmesidir.

Akatizi
Genellikle antipsikotiklerin kullanımlına bağlı olarak ortaya çıkan; huzursuzluk, gerginlik hissi ile birlikte hastanın yerinde duramaması ve hareket etme zorunluluğu hissetmesidir.

Bedensel İşlevler

Uyku
İştah
Depresyonda iştahta artma veya azalma gözlemlenir. Daha yaygın olan işhanın azalmasıdır. İşhthta artması daha çok atipik depresyonlarda görülür.

Libido
Manide cinsel istekte artma ve rastgele cinsel ilişki kurma görülür.

Dışkarma
Depresyonda kavuşlık görülebilir.

İdrar Yapma
Psikojenik polidipsiye bağlı idrar miktarda artış olabilir.

Sosyal ve Mesleki İşlevsellik Düzeyi
Hastanın sosyal ve mesleki işlevsellik düzeyinin belirlenmesi, hastalığın kişinin işlevlerini etkileme derecesinin ve tedavi seyrinin takibi açısından önemlidir. Sosyal ve mesleki işlevsellik, DSM-IV’te işlevselligin durumuna göre puanlanmıştır.

Kaynaklar
Klasik psikanalitik kuram, Freud’un görüşleri temelinde, farklı, ancak birbirinin içine geçmiş çeşitli varsayımlar veya baktı açıları içerir. Her bir varsayımlar, insan ruhsal hayatını organizesyonunu ve işlevini anlamak ve açıklamak için bir girişimi temsil etmektedir. Her biri normal ve nevrotik düşünce ve davranışları açıklayabilmek için ortaya atılan, ancak ayrı ayrı bir bütünü oluşturmayan ve gerçekten birbirini tamamladığı düşünülen bu kavramlar, anlamlarını bir arada ele alındıklarında bulmaktadır.

Bu bölümde, nevrozların etiyoloji ve psikopatolojisinin anlamaya yönelik olarak, Freud tarafından farklı dönemlerde geliştirilmiş ve psikanalitik kurama temel olan görüşler, belir bir bütünü gözletilerek ele alınmıştır.

Topografik Kuram ve Bilinçdışı

İkinci Temel Varsayımlar


Bilinçdışı’nin Varlığı

Bilinçdışı ruhsal süreçleri doğrudan gözlemleyebilmenin bir yolu yoktur. Bu tür süreçlerin varlığına ilişkin kanıtlar, ilk kez, bir tedavi yöntemleri olarak hipnozun kullu-

Normal ruhsal olayların içinde, bilinçdışı süreçlerin en açık görülen incelenebileceği ürünler rüyalardır. Psikanaliz, her rüyanın ardından etkin bilinçdışı düşünce ve isteklerin bulunduğu göstermiştir.

Bilinçdışı işleyişin bilinçli davranışı etkileri; dil sürümleri, okuma ve yazma yanlışları, kazalar, yanlış anımsama ve unutmalar gibi olaylar sırasında da görülür. Dil süreçleri, bilinçdışı bir düşüncə ya da isteğin tümüyle bastırılamaması sonucunda oluşur. Böyle bir durumda kişi bilinçdışı olarak istediği şeyi, saklama çabasına rağmen ortaya koymaktadır. Benzer şekilde espride de, bilinçdışı eğilimlerin ortaya çıkması ve birincil süreçlerin rolü söz konusudur.

**Birincil ve İkincil Süreçler**


Birincil süreç ise, büyük ölçüde gerçeklik ilkesinin kurallarıyla yönetilir. Yetişkinin insannın düşüncə biçimidir. İkincil süreçle; dış gerçeklik ve kişininahlaki değerleriyle uyumlulu bir biçimde, dürtüsel boşalmanın geçiltirilmesi ya da ertelenmesi amaçlanır. İkincil süreç, aşağıda anlatılacak olan bilinç ve önbilinçteki zihinsel işleyiş biçimidir.

**Haz İlkesi ve Gerçeklik İlke sı**

Gerçeklik ilkesi, organizmanın, gerçekliğin dayattığı koşullar nedeniyle engellenmeleri (frustration) ve buna ilişkin deneyimleri sonucunda oluşur. Bu durum, benliğin (ego) gelişim süreciyile yakından ilgili.

Topografik Model

Freud, topografik modelinde, aralarında geçiflerin olduğu kabul edilen üç zihinsel sistem tanımlamıştır: Bilinç, önbilinç ve bilinçdışı.


Dürtüler ve Çocukluk Cinselliği

Dürtü ve İçgüdü Kavramları


Dürtünün Özellikleri

Freud’a göre dürtülerin dört temel özelliği bulunmaktadır: Kaynağı, gücü, amacı ve nesnesi. Dürtünün kaynağı, ortaya çıktığı organ ya da beden bölgesinde. Dürtünün gücü, onun eylem yönünü temsil eder; ruhsal enerji miktarı olarak yoğunluğudur. Dürtü-
ün amac›, her koşulda gerginliği boﬂaltmak ya da doyuma ulaşmak için gerekli, canlı ya da cansız olabilen bir şeydir.

Freud, dürünün en değişken özelliğinin nesnesi olduğunu belirtmiştir. Nesnenin dişsal kökeni olması şart değildir; çocukluk masturbasyonunda olduğu gibi, kişinin kendi bedeni dürünün nesnesi olarak (oto-erotik) işlev görebilir.


Çocukluk Cinselliği

Bebeklik ve erken çocukluk döneminde, erotik duyumlar, ço¤unlukla belirli bir beden bölgesindeki ya da organın muközasından kaynaklanır. Özellikle, yaşamın erken dönemlerinde, ağızın, anüsün ya da diş genitallerin müköz membranları, çocuğun erotik yaflant›s›n›n odaklı olduğu alandır. İlim duyulan odak, psikososyal gelişimin hangi evresinde olundu¤una bağlı olarak değişebilmektedir. Yaşaman ilk bir, bir bucuk yılda güçlendirilir ve dudaklar bebeğin başlarda cinsel organlar›d›r. Bu yaşta bebeğin, emme, a¤›za götürme ve ›s›rmaktan al›nan zevk, doyumlar›n da¤i a¤›z yoluyla oldu¤unu gösterir. Birbuçuk yafl›n sonuna do¤ru, anüs cinsel gerginlik ve doyumun yerleﬂti¤i en önemli yer konumuna gelir. Üçüncü yafl›n sonuna do¤ru, cinsel haz kayna¤› olarak genital organlar ön plana geçer. Genital organlar, diğer erotojen bölgelere üstünlük sa¤lad›¤›nda ve bütün cinsel uyar›mlar sonunda genital bir yönelim ald›¤ında, genital öncelikten söz edilir.

Normal erişkinlerde, cinsel etkinlik genital bölenin hakimiyeti alt›ndad›r. Bu dünyada doğan, oral ve anal bölgelerin pregenital erotojenik etkinlikleri de cinsel yemeğin hemen bir yere sahip olur. Bu bölgelerin uyarılmasıyla ortaya çıkan doyum, cinsel birleşmeye hazırlık teşkil eder.

Tak›lma ve Gerileme

Psikoseksüel gelişim sürecinde değişimler aşamalı olarak gerçekleşir; eski nden ve doyum tarzlar›, yeni nden ve doyum tarzlar› ortaya çıkmaya başladktan sonra, bir süre daha başkin rollerni sürdürürler. Bu surette libido, psikoseksüel gelişime koşut bir biçimde, bir nesneden di¤erine, bir doyum tarzından bir di¤er doyum tarz­na geçmektedir. Ancak, her gelişim dönemi do¤al olarak aynı başkanda geçilemekte, libido rede enerjinin bir bölümü devamlı olarak geride bırak›lan dönemlerde tutulmaktadır. ‘Tak›lma’ (fixation) olarak adlandrulan ve psikoseksüel gelişim içinde normal kabul edilen bu durum, a¤›r miktarda olduğunda patolojik sonuçlar doğururaktad›r. Ulaﬂmış olan daha ileri düzeylerden, önceki ndenlere ait doyum nesnelerine ya da tarzlarına dönülmesi ise ‘gerileme’ (regression) olarak adlandrılm­­r. Dürütel gerileme, genellikle takilmanın oldu¤u bir nden ve doyum tarz­na dönülme şeklinde oldu¤u için, her iki kavram birbiriyle yakından iliskiliklidir.

Psikoseksüel Gelişim Evreleri

Oral Dönem


Anal Dönem

Psikoseksüel gelişimin, sfinkterler (özellikle de anal sfinkterler) üzerinde nöromusküler denetimin sağlanabildiği, dolayısıyla dışının pürskürtülmesi ya da tutulması üzerinde daha fazla denetimin mümkün olduğu evresidir. Bu evre, yaklaşık olarak, 1 yaşından 3 yaşına kadar süer. Bu evrede saldırgan dürüstlerde bir yoğunlaşma dikkati çeker. İrade sfinkter kontrolünün kazanılmasıyla birlikte edilginin, etkinliğe geçilir.

Dışkıla olmuş sırasında cinsel haz olarak ifade edebileceğimiz ‘anal erotikizm’, değerli saygıların dışının tutulması ve dışının ebeveyn verilen değerli bir he- diye olarak görülmesiyle ilgilidir. ‘Anal sadizm’ ise, güçlü ve yok edici silah olarak görülür dışının bozulması sırasında kendini gösterir ve bu nöyünde saldırgan isteklerin bir ifadesidir.


Ödipal (Fallik) Dönem
Psikoseksüel gelişimin bu evresi, 3. yıl içinde başlar ve yaklaşık 5 yaşına kadar devam eder. Ödipal evrede, cinsel ilgi ve uyarılma genital bölgenin üzerinde. Penis, her iki cinsiyetin de temel olarak ilgisini yönlendirildiği bir organ konumunda, bu döneme ‘fallik dönem’ de denmektedir.

Bu döneme adını veren ödipus karmaşası, erken çocukluk cinselliğinin en önemli fenomenidir. Bu karmaşa, erkek çocukta basıçte şöyle gelişmektedir: Küçük erkek çocuğun, çocuk♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂♂ionario


Latent Dönem ve Puberte
Latent dönem, ödipal karmaşanın çözülümünden (5-6 yaşlar), puberteye (11-13 yaşlar) kadar süre, cinsel dürünun etkinliğinin azaldığı, önemli dönemlere ilişkin cinsel ilgisi ve isteklerin yayılması bir dönmedir. Bu dönemde, erkek ve kız çocuklara, ruhsal enerjilerini, öğrenme, oynamaya, çevreyi keşfetme, çevresindeki insanlarla sosyal ilişkiler geliştirmeye gibi, cinsellik dışında toplumsal olarak onaylanan amaçlara yönlendirilir. İleride, savunma mekanizmaları içinde anlatılmış olan bu duruma ‘yüceltme’ (sublimation) denir.

Puberte genito hormonal sistemlerin fiziolojik maturasyonu, özellikle libidoal sistemin görevlendirme ekstrelliklerini otorguya koyarlardan ve psikoseksüel gelişiminin ilk dönemlerindeki çatışmalar tekrar gündeme gelir. Puberte döneminde benlik, dörtlülerle çatışmaya girdiğinde, durum artık çocukluğakinden farklıdır. Normal bir gelisim söz konusu olduğunda, benliğinin bu tür çatışmalarla başa çıkma yeteneği var. Pubertenin sonunda, cinsel yetenek olanaça lı sexually iliskin çatışmaların çözülmesi ve bașarılı bir biçimde yeniden bütünlenmesiyle, erişkin kimliğini kazanır.
Yapışsal Kuram


Bu yeni kuramda, işleyişleri açısından birbirleri ile bağlantılı üç ruhsal yapı ayırt edilerek, bunlara ‘altbenlik (id)’, ‘benlik’, ‘üstbenlik (süperego)’ adları verilmiştir. Bu kurama göre, altbenlik başlangıçta ruhsal aygıtın tümünü içine alır ve gelişim sürecinde benlik ve üstbenlik ayrı işlevsel birimler olarak altbenlikten ayrılır.

Altbenlik


Benlik

deninden ayırt etme kapasitesi gelişir. Dış dünyayı nesneler olarak değerlendirmeye ve yargılama kapasitesi olan gerçeki değerlendirmeye yetisimin gelişmesi, haz ilkesinden gerçel ilkesine geçiş ile mümkün olur. Bunun ardından gelişecek olan benlik işlevi, gerçelliğe uyumun sağlanmasıdır.

Benliğin savunma işlevleri, aşağıda ayrıca anlatılmıştır.

**Üstbenlik**


Üstbenlik içeriklerinin büyük bir kısmı bilinçlidir. Buna karşın, benlik ve üstbenlik birbirleriyle uyum içinde olduklara, üstbenliği farkına varmayız. Benlik ve üstbenlik arasındaki gerginlik, suçluluk duygusu olarak kendini gösterir. Üstbenlik ancak, benlikte suçluluk duyguları ortaya çıkan son derece olup, üstbenliğin ön plana çıkığına ayırt edilir.

Aşağıda psikonevrozlarda yaygın olarak kullanılan savunma mekanizmaları anlatılmıştır.

**Benliğin Savunma Mekanizmaları**


Aşağıda psikonevrozlarda yaygın olarak kullanılan savunma mekanizmaları anlatılmıştır.

**Bastırma**

Nevrozların temel savunma mekanizması olan bastırma (repression), basitçe, bir şeyin bilinçten uzaklaştırılması ve uzakta tutulması esasına dayanmaktadır. Bir dürtünün bastırılmasının nedeni, dürtünün amaçına ulaşmasını, haz yerine hoşnutsuzluk yaratacak olmasıdır. Bastırma, dürtü temsilcinin; bilinçdışıша varlığını sürdürmesine, türevler ve bağlantılara oluşturmasına engel olur, sadece bir ruhsal sistemle, yani bilinçle ilişkisini keser.

**Gerileme**

Gerileme, zorlanma durumlarında, ruhsal gelişimin olduğu noktadan, daha önceki dönemlere geri dönülmesidir. Dürtü geriltildüğünde, bastırında uygardığı daha fazla değişikliğe uğramaktadır, zarar görmekte ve tanımsız hale gelmektedir. Li-bidonun sadistik-anal organizasyon evrelerine gerilemesi, obsesyonel nevrozların oluşum mekanizmasıda önemli bir rol oynamaktadır.

Birbirinden ayrı düşünülememeyen gerileme ve takılma arasındaki ilişki daha önce anlatılmıştı.

**Yapma-Bozma**


**Yalıtma**

Yalıtma (isolation), düşüncelerin, onlara eşlik eden duyguyuyla birleştiğini, obsesyonel nevrozlar için tipik olan bir mekanizmadır. Örneğin, “annem bir kaza geçirecek” şeklinde obsesyonel bir düşüncenin bilince ulaşması, eşlik ettiği duyguları duyguyla da yalanlatabilmek mümkün olabilir. Kişi, duygunun eşlik etmediği bu tür bir düşünceyi, kendine yabancı görür; isteği dışında aklına zorla girdiği biçiminde yaşar.

**Karşıt Tepki Oluşturma**

Ambivalansa bağlı çatışmaların sık olduğu obsesyonel nevrozarda, iki çatışan duygu gudan biri fazlaca yoğunlaşırlık, diğer kaybolmaktadır. Duygunun abartılı derecesi, mevcut olunun sadece kendisi olmadığını ve diğer zıt duygunun baskı altında tutulması ortaya koyar. Bu süreçte, karşı tepki oluşturma (reaction formation) denir. Dürtüsel kirlilik ve düzensizlik isteklerine karşı koyan obsesyonel nevrotiklerin, katı bir tarzda temiz ve düzenli olma yönündeki çabaları bunun örnekleridir.

**Yer Değiştirme**

Yer değiştirme (displacement), bir düşüncenin önem ve yoğunluğunun, bu düşünceden ayırılıp orijinal olarak düşük yoğunlukta, ancak ilk düşünceyele çağrışım bağlanı-
si içindeki bir başka düşünceye geçmesidir. Yer değiştirme, rüyaların incelenmesinde başta olmak üzere, nevrotik semptomların oluşumunda, genel olarak da bütün bilinçli süreçlerde gözlenebilir. Fobilerin oluşumunda savunma işlevi görmekteydir.

Düşünselleştirme
Özellikle ergenlerin kullandığı bir mekanizma olan düşünselleştirmede (intellectualization), dıştaki ve düşüncelerde kalan entellektüel bir ilgi söz konusudur. Ergenin soyut düşünsel konuşmalarda ortaya koyduğu, dıştül situaciónların düşüncede düzeyinde dile getirilmesi olup, aslında dıştülü kontrol etmeyi amaçlamaktadır.

Ussallaştırma
Ussallaştırma (rationalization), kişinin, gerçek motivlerini algılamadığı tutum, eylem, düşüncede ve duygular için, mantıksal olarak kabul edilebilir bir açıklama getirme girişimini ifade eden bir ifade'dir.

Baskılama

Yüceltme
Yüceltme, dıştülerin amacı ve/veya nesnelerinin değiştirilerek, cinsel doyumandan çok, bu doyumdan uzakta olan ve toplumsal olarak onaylanan bir amaca doğru yönelmesini içerir. Cinsel dıştünün orijinal gücü ve yücelmeye uygun olan orana her bireyde değişikliktedir. Doğuştan getirilen bir takım özellikler, deneyimler ve çeşitlili entellektüel etkenler, yüceltme üzerine etkili olmaktadır.

Anksiyete Kuramı ve Semptom Oluşumu

Anksiyetenin Kaynağı
Anksiyete kuramının ikinci bölümünde Freud, bir tehlike durumu tehditi doğdugunda ya da tehlikeli bir durumun önceden sezilmesiyle ortaya çıkan ‘sinyal anksiyeti’sini açıklar. Freud, erken ve daha geç çocukluk döneminde birbiri ardı sıra ortaya çıkması beklenen ‘tehlike durumları’ olduğunu belirtmiştir. Öncemi kişi-iden kişiye değişmekle birlikte, az ya da çok yaşama boxunca bilinçli olarak devam eden bu tehlike durumları kronolojik olarak şu şekilde sıralanabilir:

1) Çocuk için bir doyum kaynağı olan önemli bir kişiye ayrılan (sevgi nesnesinin kaybı),
2) Çocuğun doyum için bağımlılı bulunduğu bir kişinin sevgisini kaybetme (nesne sevgisinin kaybı),
3) Erkek çocuk için penisin kaybı (kastrasyon), kız çocuğun cinsel organlarının yaralanması,
4) Üstbenlik tarafından beğenilmeme, onaylanmama ya da cezalandırılmasına.

Tehlike durumları karşıında ortaya çıkan ve sinyal ifadesi gören bu tür anksiyete gerçek anksiyetenin zayıflatılmış bir şekli olup, normal gelifimde önemli bir rol oynar. Psikonevrozların karakteristiği olan anksiyete de böyle bir anksiyetedir. Anksiyete, kaynaklandığı döneme ve tehlike olarak ortaya çıkması beklenen durumda göre; altbenlik ya da dürtü anksiyetesi, ayrılma anksiyetesi, kastrasyon anksiyeti, üstbenlik anksiyeti gibi isimler alabilmektedir.

Anksiyete ve Psikonevrotik Semptom Oluşumu


Altbenlik ve Benlik Açısından Semptomun Anlamı


Birincil ve İkincil Kazançlar

Birincil kazanç, semptomlara gerginliğin azaltılmasıdır. Semptomun, kendisi rahatsız edici olsa da, amacı, kişinin daha rahatsız edici çatışmalardan kurtulmasını sağlamaktır. İkincil kazanç, semptomların oluşmasından elde edilen avantajlardır. İkincil kazançlar arasında, hasta olarak ilgi görmek, bazı ayrılıklara sahip olmak, sorumluluk duyusunun ortadan kalkması sayılabilir. Birincil kazanç semptom oluşumuna katılırken, ikincil kazanç hastalığın yerleşmesinde ve tedaviye direnç konusunda etkili olur.

Kaynaklar

4 Ruhsal Gelişim

VEDAT ŞAR


Beş Temel İlkeler

1. Gelişimin Yaşam Boyu Sürmesi

2. Temel Dönemlerin Olması
Erik H. Erikson bireyin ruhsal gelişim açısından sekiz çagdan geçtiğiğini öne sürmüştür. Bu epigenetik (birbiri üzerine bina olan) gelişim şeması her insan yaşamı için geçerli bir taban plandır. Her bir dönemin dengeye ulaşması gereken temel kriz ve gelişme alanları şöyledir: Temel güven karşısında temel güvenszizlik (0-1 yaş), özerklik karşısında utanç ve kuşku (2-3 yaş), giriskenlik karşısında duruşanlık (3-6 yaş), iş yapıcılık karşısında așağıdik duygusu (7-12 yaş) , kimlik geliştirme karşısında kimlik çözülmesi (13-20), yakınlık kurma karşısında yalnızlık (20-40 yaş), üretkenlik karşısında duraklama (40-60 yaş) ve ruhsal bütünleşme karşısında umutsuzluk (60 üstü). Her dönemde bu kazanımları amaçlayan bir gelişimsel kriz icin- den geçilir, çevre ile etkileşim halinde bu krizin olumlu biçimde çözülmesi ilerle- me getirir. Olumlu yönde çözümlenemeyen krizler psikososyal sorunlara ve hatta psikopatolojiye yol açar.
3. Bireyleşme, Özne Olma ve Kendini Gerçekleştirmeye

İnsanlığın gelişimi, potansiyeli tam olarak gerçekleştiriren ve özne olma niteliği kazanan bireyi yaratma amacını güder. Fakat çeşitli psikososyal etkenler buna ancak bir dereceye kadar izin verir. Ruh hekimini kendisinden yardım isteyen bireye karşı sorumludur. Sağlıklı gelişim için bireyin büyümesinin ve özne niteliğini kazanarak korumalarının desteklenmesi esas'tır. Özne, içinde yaşadığı sistem (aile, toplum, ekonomik düzen, gelenekler vb.) karşısında kendi duruşunu koruyabilen bir bireydir.

4. Gelişimin Kuşaklararası Niteliği

Kuşaklar bирbirine ruhsal bir miras bırakır. Aile bu miranın taşıyıcısıdır. Bu miras yeni yetişen bireylerin gelişimini destekleme yönünde olabileceğini gibi, onları travmatize ederek, özne olma niteliğine saygı göstermeyerek sağlıklı büyümeden alıkoyabilir.

5. Toplumsal Kurumlarla Bireyin Gelişiminin Birlikte Evrimleşmesi


Nesne İlişkilerinin Üç Düzeyi

Burada nesneleri eylemler değil bireyler, gruplar, kurumlar, fikirler gibi kişinin, yani öznenin ilişkisi olabilecek soyut ve somut her şey kastedilmetedir. Kişi bu anlamda nesnelerle kendisini ulaştıguna bireyleşme düzeyine göre ilski kurar ve böylelikle bir özne niteliğini taşır ya da taşıyamaz. İlişkinin üç düzeyi vardır. İlişkinin üç düzeyi vardır. Ideal olan serbest seçim düzeyinde ilişkiye kurabilmektir:

1. Füzyon Düzeyi


2. Aktif Ruhsal Performanslar


3. Serbest Seçim


Dıştan Yönetilen Birey


Kişilerarası ilişkilerde bu duruma koşut olarak birey herhangi bir ilişkide daha kolay reddedilebilir, terk edilebilir ya da tercih edilebilir bir duruma geldi. Yakın ilişkilerde her bir taraf diğerinin gözünde değerini daha huzlı bir biçimde yitirebilir
oldu. Artık bir eş, dini, mesleği, politik görüşü vb. terketmek ve bir diğeriini sahip-lemenmek eskiye göre daha kolay hale gelirken değer ve anlam kaybı kişilerarası iliş-killerde sürm aşımı kolaylaştırdı.


**Kendiliğin İşlevsel Bölünmesi**


sunda bir durumdur. Bunun alternatifi ise kişinin kendini bir başkasıyla (kişi, grup, kurum, düşünce vb.) füzyon ilişkisi içersine girmesi ve kendini yitirek onun bir parçası haline gelmesidir.

<table>
<thead>
<tr>
<th>SOSYOLOJİK KENDİLİK</th>
<th>PSİKOLOJİK KENDİLİK</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Taklit, model alma, kopyalama</td>
<td>Yaratıcılık</td>
</tr>
<tr>
<td>Dogmatizm</td>
<td>Olasılıkları kabul etme</td>
</tr>
<tr>
<td>İstismar etme ve edilme</td>
<td>Sırrıları tanıma</td>
</tr>
<tr>
<td>Kırılabilirlik</td>
<td>Dayanıklılık</td>
</tr>
<tr>
<td>Olanı muhafaza etme</td>
<td>Yeni ilişkiler kurma</td>
</tr>
<tr>
<td>Çarpışma</td>
<td>Olduğun gibi kabul etme</td>
</tr>
<tr>
<td>Metaforlar, semboller</td>
<td>İşaretler</td>
</tr>
<tr>
<td>Tek odaklı farklılık</td>
<td>Çok odaklı farklılık, uyanıklık</td>
</tr>
<tr>
<td>Kutuşlaşma</td>
<td>Sentez</td>
</tr>
<tr>
<td>Saldirganlık</td>
<td>Meşru müdafaa</td>
</tr>
<tr>
<td>Pazarlık yapma</td>
<td>Seçme</td>
</tr>
<tr>
<td>Eklektizm</td>
<td>Otantiklik</td>
</tr>
<tr>
<td>Kollektivist, klık oluşturma</td>
<td>Birey olabilme</td>
</tr>
<tr>
<td>Takılma</td>
<td>İlerleme</td>
</tr>
<tr>
<td>Uyuma</td>
<td>Yenilik arayışı</td>
</tr>
<tr>
<td>Dönüşlülük</td>
<td>Devamlılık</td>
</tr>
<tr>
<td>Acımasızlık</td>
<td>Merhamet</td>
</tr>
<tr>
<td>Rekabet</td>
<td>Kendini ortaya koyma</td>
</tr>
<tr>
<td>İmaj yaratma</td>
<td>Karizma sahibi olma</td>
</tr>
</tbody>
</table>


Sosyolojik kendilik sosyolojik bir kavram olmayıp tayfımızdan yeni tanımlanmış bir psikolojik yapıdır. Usulüne uygun olarak yürütülen psikoterapi, travma kökenli psikopatolojik durumlarda sosyolojik kendiliğin daraltılması ve psikolojik kendiliğe doğru kayma (kendileşme) sonucunu yaratır ve kişinin kendini yeniden bağımsız bir özne olarak hissetmesini sağlar.

**Ruhsal Travma, Sosyolojik Kendilik ve Görünürde Normal Aile**

Her insan çocukluk döneminde az ya da çok stres verici etkenlerle ya da kimi arzu-larının doyurulamaması gibi gerçeklerle karşılaşır ve bu yaşantılar normal koşullar altında bir travmaya dönüşmez. Ancak gerek yaşanan stres verici olayın şiddetini, gerekse cereyan ettiği aile ve çevre koşullarının uygunluğu, bu gibi yaşantıları travmatik bir süreçe dönüştürebilir. Bu ise bütün bir yaşamı etkileyeceler psikolojik sonuçlar doğurabilir.


Çocukluk çağında karışılabilecek olandırstå stres verici olaylar arasında doğal afetler, ölüm, tıbbi hastalıklar gibi insanlardan bağımsız olgular yer alabileceğini gibi doyumle, eleştirilme, ihmal, cinsel taciz gibi insan eliyle yapılmış kötü muamele sayılabilir. Öte yandan, görünüşte stres verici bir olay gibi duruma uğramışsa da öyle durumlar vardır ki, bunlar da travma etkisi yapar: Model çocuk olarak yetiştilirme, yaratıcılığın kısıtlanması ve tek odaklı düşünmeye alıktırma, duygu ve paylaşımının yoksun aile ortamı, anne ya da babanın aldatıcı davranışları vb.


Çocuk eğitimi için en önemli etken ailedir. Bütün diğer etkenler aile unsurunun süzgeçinden geçtiğten sonra etkilerini gösterirler. Çocğun başına ne gelirse gelsin, ailenin buyu tamponlama ya da etkisini şiddetlendirme gücü vardır. Genel olarak, ailede sosyolojik kendilik düzleminde davranışların egemen olması aile dışı stres

**Çocuk Yetiştirme Tarzı, Ruhsal Travma ve Toplum**

İnsan ruhu ve toplum birlikte evrimleşmiştir. Bu evrimleşmede birey ile toplum arasındaki köprüyü kuran olgu toplumun ve onun bir uzantısı olarak anababaların çocuklarını yetiştirdiği tarzdır. Çocuk yetiştirmeye tarzı aile tarafından uygulanır, kuşaktan kuşağa ve öncelikle annenin kważa geçer. Bu nedenle bir kadının ve özellikle kız çocuklarının ne muamele gördükleri toplumun geleceğinde etkili olur.

Çocuk yetiştirme tarzı psikososyal bir evrimden geçmekte ve insanlığın ilk dönemlerinden bugüne yavaş da olsa iyiye gitmektedir (Tablo 2). En gelişmiş çocuk yetiştirmeye tarzı kişiye birey ve kendisi olma hakkını tanıyan ve onu büyüme dobellarının bilinen bir geçiş kesimleri arasında aynı zaman diliminde yaşasalar da farklılar bulunur.


| Tablo 2. Tarih Boyunca Çocuk Yetiştirme Tarzları (DeMause, 2002) |
|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| **Çocuk Yetiştirme Tarzı** | **Kişilik** | **Anne** | **Kurban** |
| Tribal: Erken infantisidal | Şizoid | Çocuğun başcran çıkarır, tüketir, terked. | Hayvan türe alter ruhlara |
| Antik: Geç infantisidal | Narsist | Kötü diye nitelediği çocuğun öldürür, cezalandırır. | İnşan türe alter tanrılara |
| İlkçağ: Terketme | Mazoşist | Yaralı çocuğun affeder. | Kendine işkence |
| Ortacağ: Ambivalan | Borderline | Adamış çocuğun ezer, döver. | Kullanma |
| Rönesans: Intruzif | Depressif | İtaatkar çocuğun disipline eder. | İtaat |
| Modern: Sosyalize edici | Nevrotik | Çocuğun maniçete eder. | Tamamlanmamış ayrılama |
| Gelecek: Yardım edici | Bireylemiş | Çocuğun sever, ona güvenir. | Gerçek kendilık kurban edilmez |
Birçok toplumsal lider, yönettikleri kitlelerin bu yönünü bilerek ya da bilmeyerek harekete geçirdikleri, hatta istismar ettikleri için yönetici konumda kalırlar. Kiteler bu eğilimleri nedeniyle sosyal transa girerler, birçok politikacı ve başka toplumsal liderlerin konuşmalarında kitelerde trans yaratlan unsur ve bir dönüştümce (mortalonluk, duygusal gösteriler, mistik temalar, vb.). Anlattıkları içerde pek de düşen dokunur bir içerik bulunmadığı dikkati çekene kimi liderlerin, tam da tersine, şu ya da bu tavrlarıyla kiteleri etkileyebilmeleri ve sürdürmektedir.


Sosyal alterlerin birleşmesiyle oluşan grupların günah keçisi yaratma, kendi travmatik (kötü çocuk diye nitelediği) geçmişini yok etme çabasını içerisinde tüm (sözümena) ’kötü’ (travmatize) çocuklara karşı saldırganlık, onları kurban etme (savaslarak kaçınımak, çocukların yok yere kitle halinde öldürülmeleri, sivil hayatta linç girişimleri gibi kendine özgü davranış biçimleri vardır). Sosyal alter ile çocukluk çağı travması ve buna bağlı dissosiyasyon arasındaki ilişki çocuk yetiştirme tarzı ile ilgili sorunların daha demokratik ve özgür bir dünyası için bir engel oluşturduğunu düşünüdürümektedir. Her ne kadar tarihsel gelişmelerin arasında pek çok sosyo-ekonomik etken bulunsada da psikolojinin buradaki önemini hem tümüyle inkar edilmesi ve günümüzde yaygın olarak bilinen psikolojik modellerin bu ilişkiye ele alınmamak uzak olmaları daha biliinçli bir insanlık için engeldir.

Kaynaklar

Panik Bozukluğu

Ani ve patlamalar tarzında bir başlangıç gösteren ve anksiyetenin özel bir türü olan panik atakları, başta panik bozukluğu olmak üzere, birçok psikiyatrik hastalıktan ortaya çıkmaktadır. Panik bozukluğunda görülen panik atakları tipik olarak yineleyici bir özellik gösterir ve beklenmedik bir anda ortaya çıkar. Sıklıkla tabloda yenido bir atak geçirmeye korkusu eşlik etmektedir.

Epidemiyoloji

Çeşitli ülkelerde yapılan epidemiyolojik çalışmaların sonuçları, panik bozukluğunun yaşam boyu yaygınlığının %1.5-2.5 olduğu ortaya koymuştur. Panik ataklarının yaşam boyu yaygınlığı ise, kullanılan tanı ölçütlerine göre değişmekte birlikte, birçok ülkede %7 ile %9 arasında bulunmuştur.

Panik bozukluğu hastaları, diğer uzmanlık alanlarına ait kliniklere de sıklıkla başvurabilmektedir. Vestibuler bozukluk nedeniyle başvuran hastaların %15'inin, kardioloji polikliniğine başvuran hastaların %16'sının, hiperventilasyon belirtileri nedeniyle hastaneye başvuranların %35'inin panik bozukluğu hastası olduğu bildirilmiştir.


Panik bozukluğunun kadınlar için daha sık görüldüğü, çeşitli epidemiyolojik ve klinik çalışmaların ortak bir bulgusudur. Kadınların erkek oranını yaklaşık 3/1'dir. Özellikle agorafobisi olan panik bozukluğu hastalarında, kadın erkek oranın kadınların lehine artmaktadır.
Etiyoloji

Psikanalitik Görüş

Günümüzde kullanılan panik bozukluğu ve yaygın anksiyete bozukluğu (YAB) tanımlarına karşılık gelen bir sendrom, ilk kez Freud tarafından ‘anksiyete nevrozu’ adı altında tanımlanmıştır. Freud’a göre anksiyete, anksiyete nevrozlarının önde gelen bir belirtisidir ve diğer belirtiler açısından merkezi bir konuma sahiptir. Psikanalitik görüş açısından anksiyete, ‘Psikanalitik Açıdan Psikopatoloji’ bölümü içinde anlatılmıştır.

Bilişsel Model

Bu modelde, panik ataklarının bazı bedensel duyumların felaketleştirerek yanlış yorumlanmasından kaynaklandığı varsaymaktadır. Yanlış yorumlanan duyumlar esas olarak, normal anksiyete durumlarında ortaya çıkan bazı, çarpıcı, nefes alma güçlüği gibi bedensel belirtileri içermektedir. Felaketleştirerek yanlış yorumlama, çarpıntılar olması muhtemel bir kalp krizinin, soluk alma güçlüğünun soluk olup ölmenin bir habercisi olarak göze çarpmaktadır. Bu görüşe göre, duyumların ortaya çıktığı her zaman da anksiyete sorumlu olmamakta, örneğin çok kahve içilmesi ya da basitçe heyecanlanma gibi durumlarda, kifli, kendi fizyolojik uyarılmasını yanlış olarak içsel bir tehlikenin iflareti felsefesinde yorumlayarak panik atağı yayayabilirilmektedir.

Biyolojik Etkenler

Biyokimyasal Mekanizmalar

Merkezi Noradrenerjik Sistem: Bu konudaki çalışmalar, panik ataklarıyla lokus serulerus’taki noradrenalin içeren nöronların aşırı uyarılması ya da inhibitör mekanizmaların yetersiz olması arasındaki ilişkinin araştırılması üzerine odaklanmıştır. Önemli inhibitör mekanizmaların olan presinaptik alfa-2 otoreseptrörlerinin panik atakları olan hastalarda yetersiz işlev gördüğü ileri sürülmektedir. Çeşitli araştırmalarda, panik bozukluğuyla lokus serulerusun aşırı etkin olduğunun gösterilmiş; merkezi noradrenerjik sistemde işlev bozukluğunun panik ataklarının ortaya çıktığı sorumlu olduğunu destekleyen sonuçlar alınmıştır.

**GABA Sistemi:** Çok sayıda klinik öncesi çalışmada, gamma-aminobutirik asitin (GABA) anksiyetenin düzenlenmesinde yer alan en önemli nörokimyasal sistemlerden biri olduğunu ortaya konmuştur. Panik bozukluğu hastalarında, benzodiazepin-GABA sisteminin işlevlerinde azalma olduğu yönünde sonuçlar elde edilmiştir.

**Beyin Görüntüleme Çalışmaları**
İşlevsel beyin görüntüleme çalışmalarının sonuçlarına göre, panik bozukluğu hastalarında, laktat infüzyonu ve karbondioksit inhalasyonu ile panik provokasyonu sırasında, özellikle prefrontal korteks olmak üzere kortikal bölgelerde yaygın olarak etkinlik azalması saptanmıştır.

Panik bozukluğunda nörobiyolojik çalışmaların sonuçları, nöroinhibitör mekanizmalarının rolüne dikkati çekmektedir. Hayvan çalışmalarında ortaya konan ve amigdalanın merkezde yer aldığı ‘korku döngüsü’ modeli ve panik bozukluğu hastalarında beyin görüntüleme çalışmalarının sonuçları birlikte değerlendirildiğinde, panik bozukluğunda frontal korteksten limbik bölgelere giden inhibitör girdilerin, amigdala etkinliğinin kontrol dışında kalmasına ve anksiyete bir artmaya neden olacak şekilde kesintiye uğrayabileceği görüşünün ağırlık kazandığı görülüyor.

**Panik Provokasyon Çalışmaları**

Hem CO₂ hem de laktat, anksiyete belirtilerini ortaya çıkartmak için kullanılır ve panik bozukluğunu diğer anksiyete bozukluklarından, özellikle de YAB’den ayırmda önemli rol oynar.

**Genetik**
Panik bozukluğunun birinci derece akrabalar arasında, normal popülasyona göre 4-7 kat daha fazla görüldüğü bildirilmiştir. İkiz çalışmaları da panik bozukluğunun gelişiminde genetik etkenlerin katkısını desteklemektedir. Olgu sayısının az olması, bu konuda kesin bir sonuca varılması engellemektedir. Aile ve ikiz çalışmalarından, panik ataklaryla giden şiddetli anksiyete bozukluklarında, haif olanlara göre daha büyük bir oranda genetik yükülü olduğunu yönünde bulgular elde edilmiştir.

**Klinik Özellikler**

**Panik Atakları**
Bu bozukluğun en temel özelliği tekrarlayıcı, beklenmedik, ne zaman başlayacağı önceden kestirilememen panik ataklarının görülmesidir. Panik atakları tipik olarak,

Panik atağı geçiren kişiler, bir felaket ile karşı karşıya olduğu duygusu içinde edirler. Kalp atım sayısında artma, çarpıntı, göğüs ağrısı gibi yakınlar nedeniyle sıkıla kalp krizi geçirdikleri, ölebileceklerini düşünürler.

Panik atağı geçiren kişiler, bir felaket ile karşı karşıya olduğu duygusu içinde edirler. Kalp atım sayısında artma, çarpıntı, göğüs ağrısı gibi yakınlar nedeniyle sıkıla kalp krizi geçirdikleri, ölebileceklerini düşünürler.

Agorafobi
Hastaların bir kısımı, panik atağı geçirmesi halinde kaçaçının ya da yardım almasının zor olabileceğini duymaktan uzak durmaya başlar. Kişinin, yeni bir atak geçirmesi kor-
kusuya, tek başına ev dışında, kalabalıkta, köprü üzerinde olmaktan, otobüsle, trenle, arabayla yolculuk etmekten kaçın킵 bu durum 'agorafobi' olarak adlandırılır.

Agorafobi, toplu bulunulan yerlerde olmaktan, kalabalıklara girmektenden ve psikolojik güvenlik sağlayan çevre ve insanlardan uzakta olmaktan korkuyu kapsamaktadır. Agorafobiklerin kolayca 'güvenli bölge' (ev, alış verişle çevresi vb.) çekilmelerinin mümkün olmadıği durumlardan korkma eğilimleri dikkat çekicidir. Birçoğu, yalnız olduklarında daha çok korku yaşamakta, özellikle kendilerini güven içinde hissettiğinde bir sonra arabayla yolculuk etme

Agorafobik durumların birçokun ortak özelliği, ani bir sıktınlık olduğu durumların var olmasıdır. Agorafobiklerin korkdukları durumlar şunlardır:
- Büyük bir mağaza ya da alışveriş yerinde olma
- Otobüs, tren, vapur, uçak gibi toplu taşıma araçlarıyla yolculuk etme
- Toplu olarak bulunulan ortamlarda, kalabalık içinde, işlek caddelerde olma
- Özellikle trafiğin sışık olduğu yerlerde arabayla yolculuk etme
- Köprüden geçme
- Kuyrukta bekleme


**Tanı Ölçütleri**

DSM-IV’te Panik Bozukluğu, agorafobinin mevcut olup olmamasına göre iki farklı tani olarak yer almıştır:

1. Agorafobi Olmadan Panik Bozukluğu
2. Agorafobi ile Birlikte Panik Bozukluğu

Agorafobi DSM-IV’te ayrı bir bozukluk olarak yer almaz. DSM-IV’e göre agorafobi, panik atakları ya da panik benzeri belirtiler geliştirme korkusunda odaklanmış bir kaçınma durumudur. DSM-IV’te agorafobinin mevcut olduğu iki farklı bozukluk tanımlanmıştır:

1. Agorafobi ile Birlikte Panik Bozukluğu
2. Panik Bozukluğu Öyküsü Olmadan Agorafobi

Panik Bozukluğu Öyküsü Olmadan Agorafobi tanı ölçütleri ile Agorafobi ile Birlikte Panik Bozukluğu tani ölçütleri arasında agorafobinin konumu açısından en önemli farklılık, ilkde agorafobinin panik ataklarıyla değil, panik benzeri belirtilerle (örn. baş dönmesi ya da diyare) ilişkili olarak ortaya çıkmaktadır.
DSM-IV’te Yer Alan Agorafobi ile Birlikte Panik Bozukluğu ve Agorafobi Olmadan Panik Bozukluğu Tanı Ölçüleri Şunlardır

A) Aşağıdakilerden hem (1), hem de (2) vardır:
   (1) yineleyen beklenmedik panik atakları
   (2) ataklardan en az birini, 1 ay süreyle (ya da daha uzun bir süre) aşağıdaki kriterlerden biri ya da daha fazlası izler:
      (a) başka atakların da olacağını ilişkin sürekli kaygı
      (b) atağın yol açabileceği ve sonuçlarıyla (örn. kontrol kaybetme, kalp krizi geçirmeye, çıldırmaya) ilgili olarak ünvanı duyuma
      (c) ataklarla ilişkili olarak belirgin bir davranış değişikliği göstermek

B) Agorafobinin mevcut olması ya da olmaması (diger ölçütlerin karşılansması durumunda, agorafobi mevcutsa Agorafobi ile Birlikte Panik Bozukluğu, mevcut değişse Agorafobi Olmadan Panik Bozukluğu tanısı konulur).

C) Panik atağı bir maddenin (örn. tedavi için kullanılan bir ilaç) ya da genel tibbi durumun (örn. hipertiroidizm) doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değilidir.

D) Panik atağı, Sosyal Fobi (örn. korkulan toplumsal durumlarla karşılaşıma), Özgül Fobi (örn. özgül fobik bir durumla karşılaşıma), Obsesif Kompulsif Bozukluk (örn. bulaşma üzerine obsesyonu olan birinin kır ya da pislikle karşılaşıması) gibi başka bir mental bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

Agorafobi, DSM-IV’te Şu Ölçüterle Tanımlanmıştır

A) Panik atağı ya da panik benzeri belirtilerin ortaya çıkması durumunda, yardım sağlanamayabileceğini ya da kaçmanın zor olabileceği (ya da sıkıntı duyaracağı) yerlerde ya da durumlarda bulunmaktadır anksiyete duyur.

B) Bu durumlardan kaçınmayı ya da panik atağı / panik benzeri belirtiler ortaya çıkacağı anksiyetesiyile ya da yoğun bir sıkıntıya bu durumlara katılanlar ya da eşlik eden birinin varlığına gereksinim duyurulur.

C) Bu anksiyete ya da fobik kaçınma, Sosyal Fobi (örn. utana korkusu nedeniyle toplumsal durumlarla karşılaşıma), Özgül Fobi (örn. asansör gibi tek bir durumla sınırlı kaçınma), Obsesif Kompulsif Bozukluk (örn. bulaşma ile ilgili obsesyon nedeniyle kır ve pislikle kaçınma) gibi başka bir mental bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

Ayarıcı Tanı

Panik bozukluğunun fiziksel hastalık olduğu inancı ve bedensel ugraşları, daha sık olarak atakların olduğu dönemde smular. Bu özelliği ile, ciddi bir hastalığı olduğu korkusunun ve bu yöndeki inancını tibbi olarak onaylatma eğiliminin sürekli olduğu hipokondriyazisten ayırılır.

Hipoglizemi, hipertiroidi, hipoparatiroidi, Cushing hastalığı, feokromasitoma gibi fiziksel hastalıklarda panik bozukluğunda görülenlere benzer belirtiler ortaya çıkabilmektedir. Panik bozukluğu tanısı, belirtiler organik bir etken tarafından başlattığı ve sürdürülmediği durumlarla konulmalıdır.
Benzer şekilde, barbiturat gibi maddelerden yoksunluk, kafein, kokain ve amfetamin gibi maddelere bağlı entoksikasyon durumlarında panik atakları görülebilir. Bu gibi durumlarda panik bozukluğu tanısı konulmamalıdır.

**Eştanı**

Panik bozukluğu sıklıkla diğer anksiyete bozuklukları ve depresyonla birlikte bulunur. Panik bozukluğu hastalarının %35-90’ında major depresyon görülmektedir. Panik bozukluğu ve depresyonla birlikte görüldüğü hastaların 1/3’ünde depresyonun panik bozukluğundan önce başladığı, 2/3’ünde depresyonun panik bozukluğu ile birlikte ya da ondan sonra başladığı bildirilmistir.

Panik bozukluğu hastalarında, %20 gibi düşük olmayan oranlarda, ciddi bir hastalığı olduğu korkusunun ve bu yöndeki inancı tıbbi olarak onaylatma eğilimiinin sürekliliği gösterdiği hipokondriyazis görülebilmektedir. Hipokondriyak korollar, en sık kardiyak ya da nörolojik bir hastalık geçirmekle ilgili olarak ortaya çıkmaktadır.

Alkol kötüye kullanımı, panik bozukluğu hastaları için ciddi bir risk etkenidir. Panik bozukluğu hastaları başlangıçta bekleni anksiyetelerini azaltmak için alkol içmeye başlarak, ancak zamanla alkot kötülüğünü/kötülüğünü/kötülüğü bir komplikasyon olarak ortaya çıkabilmektedir.

Panik bozukluğu hastalarında önemli bir diğer risk etkeni, intihar düşünceleri ve girişimleridir. Panik bozukluğu hastalarında intihar girişimlerinin sıkılığı, eşlik eden psikopatoloji, özellikle de major depresif bozukluk ve alkol/madde kötüye kullanımı ile ilişkili olduğu bulunmuştur.

**Hazırlayıcı Etkenler ve Hastalığın Gidişi**

Panik bozukluğunda erken dönem yaşam olaylarının araştırıldığı çalışmalarda, hastaların 1/4-1/2’sinde çocukluk döneminde uzun süreli ebeveyden ayrılma saptanmıştır. Çocuklukta yaşanmış ayrıklıklar özellikle de agorafobi gelişimi üzerinde etkili olduğu düşünülmektedir. Yine bu dönemde, ebeveynin ölmü, ebeveyden uzun süreli ayrı kalma gibi travmatik yaşam olaylarının panik atakları olan agorafobiklerde sağlıktaki kişilere göre daha sık yaşandığı görülmüştür. Erken dönemde cinsel ya da fiziksel kötü davranma ma'rur kalma, panik bozukluğu hastalarında araştırılan bir diğer konudur. Bir çalışmada, panik bozukluğu olgularının %8’inin cinsel, %12’sinin fiziksel kötü davranma ma'rur kalını belirlenmiştir.

Panik bozukluğunun gelişiminin öncesinde stresli yaşam olayları görülebilmektedir. Bu konuda yapılan bir araştırmada, olayların yaklaşık 2/3’ünde, hastalığın başlamasından önceki 6 ay içinde stresli yaşam olaylarının mevcut olduğu belirlenmiştir. Bu olaylar görülme sıklığı dikkate alınarak şu şekilde sıralanmıştır: Sevilen bir kişiden ayrılma ya da ayrılma tehdidi yaşama, iş değiştirme, gebelek, güç, evlilik, okuldan mezun olma, yakın bir kişinin ölümü, fiziksel hastalık.
Süreçten bir hastalıktır olan panik bozukluğunun gidişi kişiden kişiye değişiklik gösterebilir. 1-2 yıllık izlem sonuçları panik bozukluğunda iyi bir prognoza işaret ederken, uzun süreli izlem çalışmalardan elde edilen sonuçlar bu derece yüz güldürücü değildir. 4-6 yıllık tedavi sonrası izlem çalışmasında, olguların %30’unun iyileştiği, %40-50’sinin belirtlerini tam kaybolmadan düzeldiği, %20-30’unun belirtilerinin aynı kaldığı ya da daha kötüleştiği görülmüştür.

İlaç Tedavisi

Panik bozukluğunun ilaçla tedavisinde ilk seçenek ilaçlar seçici serotonin gerialm inhibitoryörleridir (SSGI). Paroksetin, sertralin, fluvoxamin, fluoksetin, sitalopram ve essitalopram, çift-kör plasebo kontrollü karflılaştırılmış çalısmalarda etkili bulunmuştur. Panik bozukluğunda çift-kör plasebo kontrollü çalısmalarda etkili olduğu gösterilmiş ilaçlar arasında serotonin noradrenalin gerialm inhibitoryörü (SNGI) olan venlafaksin, seçici noradrenalin inhibitoryörü olan reboksetin de yer almaktadır.

Trisiklik antidepresanlardan imipramin ve klomipraminin panik bozukluğunda etkili olduğu gösterilmiş olsa da, bu ilaçların antikolinjik ve kardiyovasculer yan etkileri hastaların tedaviye uyumunu olumsuz etkileyebilmektedir.


Psikoterapi


Korkulan durumun üstüne gidilerek kaçınma davranışının ortadan kaldırılmasını hedeflediği “gerçek yaşamda değiştirme’nin (exposure in vivo), agorafobinin tedavisinde en etkili yöntem olduğu kabul edilmektedir. Bu tedavi yöntemi ‘Fobik Bozuklukların Psikoterapi’si’ bölümünde anlatılmıştır.
Bilişsel-Davranışçı Terapi
Panik bozukluğunda bilişsel-davranışçı terapi, panik ataklarının bedensel duyuların felaketleştirerek yorumlanmasından kaynaklandığını varsayan bilişsel model ve hiperventilasyonun atakların oluşumunda rol oynadığını görüşü birlikte ele alınarak geliştirilmiştir.


Yaygın Anksiyete Bozukluğu

Epidemiyoloji
YAB’nin diğer psikiyatrik hastalıklardan ayırıcı tanımı yapmanın her zaman kolay olmaması, bu hastalığın sıklık ve yaygınlığının saptanmasını da güçlendirerek etmektedir. YAB’nin yaşam boyu yaygınluğu genel popülasyonda yaklaşık olarak %5-6’dır.

YAB, diğer anksiyete bozukluklarına göre daha ileri yaşta başlar. Çoğu olguda 35-45 yaş arasında ortaya çıktığı, yaşlı popülasyonda da (55-85 yaş) en sık görülüğü bildirilmektedir.

Etiyoloji
Psikanalitik Görüş
Psikanalitik kuruma göre anksiyetenin ortaya çıktığı, iç psikolojik dengenin bozulmuş olduğunu bir işaret olarak kabul edilir. İçerden gelen bir tehlike karşısında,

Bilişsel-Davranışçı Görüş

YAB’de bilişsel kuram endişe üzerine kuruludur. YAB’yi açıklamak üzere farklı bilişsel modeller ortaya atılmıştır. Bu modellerden ikincidir, endişe, gecekteki tehlike sorununun çözülmesine yönelik bilişsel bir girişim olarak tanımlanır ve endişenin kötülüğünü olmasından kaçınma işlevi belirtir.

İkinci bilişsel modelde Tip 1 ve Tip 2 olarak iki farklı tipte endişe tanımlanmıştır. Tip 1 endişe, dış olaylar ve fiziksel belirtiler gibi bilişsel olmayan iç olaylara gönderme yaparken, Tip 2 endişe, kişinin kendi bilişsel olayları ve süreci hakkında endişelerini ve bunları olumsuz olarak değerlendirmesini içerir.

YAB’nin bir diğer bilişsel modeli “belirsizliğe tahammülsüzlik” üzerine kurulmuştur. Belirsizliğe tahammülsüzlik, bu modelde, bir kişinin bilgiyi belirsiz bir durumda algılaması ve bu bilgiye bilişsel, emosyonel ve davranışsal tepki dizisiyle yanıt vermesi olarak tanımlanmıştır.

Biyolojik Etkenler

YAB üzerine yapılan biyolojik araştırmalar, GABA, noradrenalin ve serotonin nörotransmitter sistemleri üzerinde yoğunlaşılmıştır.


Serotonerjik Sistem: YAB’nin etiyolojisinde etkisi olduğu düşünülen bir diğer nörotransmitter serotonindir. Çeşitli çalışmalararda, düşük 5-HT düzeyleri ile anksiyete, agresyon ve impulsivite arasında ilişki bulunsa da, YAB’de 5-HT anormalliklerini belirlemek için yapılan çalışmaların sonuçları çelişkilidir.

Klinik Özellikler


Tanı Ölçütleri

DSM-IV’te Yer alan YAB Tanı Ölçütleri Şunlardır:

A) En az 6 ay süreyle hemen her gün ortaya çıkan, birçok olay ya da etkinlik hakkında (iş ya da okul başarı gibi) aşırı anksiyete ve üzüntü (endişeli bekleni) duyma.

B) Kişi, üzüntüsünü kontrol etmede zorlanır.

C) Anksiyete ve üzüntü, aşağıdaaki altı belirtiden üçüne (ya da daha fazlasına) eşlik eder (son 6 ay boyunca çoğu zaman en azından bazı belirtiler bulunur).

(1) huzursuzluk, aşırı heyecan duyma ya da sabırsızlık
(2) kolay yorulma
(3) düşüncelerini yoğunlaştırmada zorluk çekme ya da zihnin durmuş gibi olması
(4) sinirlilık

68 Anksiyete Bozuklukları
Ayırıcı Tanı

Anksiyete belirtilerinin hemen tüm psikiyatrik hastalıklarda görülebileceği, YAB’nin ayırıcı tanısı güçlentirilmektedir.

Panik bozukluğu olan hastalarda, ataklar halinde gelenler dışında, yeni bir atak geleceği tehdidine dayanan bir anksiyete mevcuttur. YAB’de ise, hasta anksiyetesinin nedenini açıklamaz; olası yaşam olayları konusunda abartılı bir endişe halinde ve düşünme mevcut.

Anksiyete depresif bozukluklarda sık görülen bir belirdir. Ayrıca, YAB’de de depresif belirtilere rastlanmaktadır. YAB’de geleceğe ilişkin endişe ön plana çıkarken, depresyonda umutsuzluk ve karamsarlıkla birlikte olan sıkıntı mevcuttur.

Şizofrenide, psikotik bulgularla birlikte ya da bu tür bulguların ortaya çıkmasını önemsinde yaygın bir anksiyeteyin mevcut olabileceğini unutulmamalıdır.

Hipertiroidizm, hiperparatiroidizm, Cushing gibi fiziksel hastalıklar yaygın anksiyete belirtileri ile birlikte olabilir. YAB tanısı, belirtiler biyolojik bir etken tarafindan başlarlamadığı ya da sürdürülmediği durumlarda konulamamalıdır.

Kafein, kokain ve amfetamin gibi maddelere bağlı entoksikasyonlarda, sedatif, hipnotik ve anksiyolitik ilaçların ve alkolin uzun süre kullanıldiktan sonra kesilmesine bağlı yoksunluklarda yaygın anksiyete belirtileri görülebilir. Anksiyete bu tür durumlara bağlı olduğunda YAB tanısı konulmaz.

Eştanı

YAB’şi olan hastalarda depresyon ve diğer anksiyete bozuklukları sık görülür. YAB hastalarının %40’ında eştanını major depresyon görülmektedir. YAB hastalarında major depresyon yoksa, 1-2 yıl içinde gelişmesi riski %50 olarak belirlenmiştir. YAB major depresyon ile birlikte olduğunda, daha şiddetli ve uzun bir gidiş, daha fazla işlev bozukluğu ortaya çıkmaktadır.
Hazırlayıcı Etkenler ve Hastalığın Gidişi

Genellikle sinsi bir başlangıç, süren, ancak dalgalanan bir seyir gösteren YAB’de, stresli durumlar yakınımların başlattıcı olabilir. Tedavi için başvuran birçok kişinin kendisini bildi bileli anksiyeti ve sinirli olarak tarif etmesi, hastalığın hazırlayıcısını olan etkenlerin belirlenmesini güçlendirmektedir. Ayrıca, birçok hasta, yakınımların başlamasından, ailevi sorunlar, kişiler arası ilişkilerde yaşanan güçlükler, mesleki zorlamlar gibi yaşam olaylarının anksiyetinin nedeninden çok, anksiyeti olmanın bir sonucu olabileceği unutulmamalıdır.

YAB’nin panik bozukluğu ve major depresyon başta olmak üzere diğer psikiyatrik bozukluklarla sıklaştırmak birlikte görülmesi, hastalığın gidiflini önemli ölçüde etkilemektedir.

İlaç Tedavisi

YAB’ın ilaçla tedavisinde ilk seçenek ilaçlar, etkinlikleri rastgele plasebo-kontrollü çalışmalarında gösterilmiş olan SSG’lerden paroxetin, essitalopram ve sertalın, SNG’lerden venlafaksin ve duloksetindir. Daha iyi bir yanıt için, SSG’I ve SNG’lerin yüksek dozlarına çıkılması gereklidir. Tedavinin etkinliğini değerlendirirken, bu ilaçlar 12 haftaya kadar giden bir süre kullanmalıdır.

8-12 haftalık optimal dozda birinci basamak tedaviye yeterli yanıt vermeyen hastalarda ya da tedavinin tolore edilemediği durumlarda, ikinci basamak tedavilere geçmeden önce, ilk basamaktan bir başka ilaç kullanılabilir. Başlangıçta bir SSG’ seçildiye ve optimal doza çıkmadığında sonra etkisiz bulunduysa, ikinci bir SSG’ye ya da farklı bir etki mekanizması sahip olan venlafaksin ya da duloksetine geçilmesi akılçılı bir seçimin olacaktır. İlaç tedavisi ve bilişsel-davranışçı terapi’nin (BDT) birlikte uygulanması bir diğer seçenektir.

YAB’de SSG’I ve SNG’lerden yanıt alınmadığında, ikinci basamak tedavilere geçilir. İkinci basamak tedaviler arasında; pregabalın, benzodiazepinler (alprazo-lam, bromazepam, lorazepam ve diazepam), buspiron ve imipramin yer almaktadır. Benzodiazepinler, etkili bir grup olmasına karşın, anksiyete ya da ajitasyonun şiddetli olduğu durumlarda, kısa süreli olarak kullanılmaktadırlar. Benzodiazepinler, anksiyete belirtilerinde başlangıçta hızlı bir azalma ortaya çıkarsa da, 4-6 hafta sonra etkilerinin plasebodan farklı olduğu gösterilmiştir. Ayrıca, benzodiazepinler, YAB’deki çekirdek ruhsal belirtilerden (endişe) çok, bedensel belirtileri yatıştırmaktadır. Benzodiazepinlerin, bilişsel bozulma, ataksi, bağımlılık ve kesilme yan etkilerine neden olabildikleri de göz önüne alınmalıdır.

Psikoterapi

Bilişsel-Davranışçı Terapi

Bu terapi yöntemi, anksiyetinin bireye özgü tehlike ve tehdit ağırlıklı biliş ve varsalımlardan kaynaklandığı üzerine kurulmuştur. Tedavi sırasında öncelikle, tehlikinin
gerçek dışı yorumlanmasının şeklindeki anksiyeteyle ilintili bilişlerin tanınması ve yeniden yapılmasını hedeflenir. Bu tür tedavi programları, bilişsel yenilen yapılmasına dair, kişinin tehlikeli olarak algıladığı ortama uyumunun sağlanması yardımcı olmak üzere, duygusal ve davranışsal değişiklikleri de içerir.

**Destekleyici Yaklaşım**

Hastanın sorunları empatik bir yaklaşımla ele alınırken ve uygun çözümler, rahatlatıcı yollar bulunmasında yardımcı olunur.

**Gevşeme Yöntemleri**

Hastaya kaslarını gevşetme, düzenli ve rahat soluma, düştüğünde rahatlatıcı konulara yöneltme egzersizleri yaptırılır. Bireylerde, kendilerine özgü kaygı belirtileri nı tanımlamaları ve günlük yaşamlarında gevşeme yoluyla bu belirtileri ortadan kaldırılacak, gevşeme yönteminin etkin bir başa çıkma becerisi olarak kullanıldığı mümkün olabilmektedir.

**Psikanaliz ve Psikanalitik Yönelimli Psikoterapi**

Derinliğe araçtırıcı bir tedavi yöntemidir. ‘Psikoterapi’ bölümünde ayrıntı olarak anlatılır.

**Sosyal Anksiyete Bozukluğu (Sosyal Fobi)**

Sosyal fobi terimi ilk kez diğer insanların yanında yeme, içme, titreme, kizada, konuşma, yazma ya da kusma korkusu olarak tanımlanmış ve temel özelliğinin başkalarının göze gelen gülünç duruma düşme korkusu olduğu vurgulanmıştır. Son yıllarda sosyal fobi yerine daha sıklıkla sosyal anksiyete bozukluğu (SAB) terimi kullanılmaktadır. SAB, günümüzde, kiflinin küçük duruma düşme ve utanç duyaçağı bir biçimde davranış biçime, başkalarının dikkatli bakıslarıyla karşılaştığı, sosyal ya da belirli bir eylemin gerçekleştirildiği durumlardan belirgin ve sürekli bir korku duyması olarak tanımlanmaktadır.

**Epidemiyoloji**

Epidemiyolojik ve toplum temelli çalışmalarında SAB’nin yaşam boyu yaygınlığı %2,4-13 arasında değişen oranlarda bulunmaktadır. ABD’de yapılan Ulusal Eştani Taramasında, sosyal fobinin, %13’lük yaygınlık oranı ile, major depresif epizod (%17) ve alkol bağımlılığından (%14) sonra en sık rastlanan üçüncü psikiyatrik bozukluk olduğu bildirilmiştir. Yagınlık oranlarının farklı olduğu, araştırmalarla kullanılan tanı ölçütleri ve yöntem farklılıklarına bağlı değildir.

Epidemiyolojik çalışmalarında, SAB’i olanların, SAB’i olmayanlara göre, daha fazla sıklıklar kadın, bekar ve de düşük gelir ve eğitim düzeyine sahip kişiler ol-
dukları ortaya konmuştur. Klinik örneklemde ise, SAB’nin kadın ve erkekler arasında eşit bir dağılmının olduğu görülmektedir.

Epidemiyolojik ve klinik çalışmalarda, SAB’nin ortalama başlangıç yaşının 10’lu yaşların ortaları ile 20’li yaşların başları olduğunu, SAB’nin 25 yaşından sonra başlamasının nadir görüldüğünü bildirilmiştir.

**Etiyoloji**

**Bilişsel Görüş**

SAB’li hastaların olumsuz inançları, başka insanların yanıtlarını gözlemekten değil, nasıl gördüklerine ilişkin başkaşiklere verdikleri yorumları izlenimlerden kaynaklanmaktadır. SAB hastaları, gerçekte ne olup bittiğine bakmamakta, korkulan durumun ortaya çıktığını kendi duygularına odaklanmaktadırlar. Bu durumun, SAB ile utangaçlık arasındaki temel farklılık olduğu varsayılmaktadır. Utangaç olan kişiler, SAB’li hastalarda görülen beklentilerle sosyal durumlara girebilmek ve diğer insanların tepkilerini dikkate alarken; örneğin sikişik olmadıklarını, kabul edildiklerini farketmeleri, olumsuz değerlendirmeleri ve anksiyetelerin sona ermesine yol açar. SAB’şi olanlar ise, böyle bir değerlendirmeyi yapamazlar. Başkalarının kendilerini nasıl gördüğünden ilgili bilgilenmeye yönelmeler; çünkü bu durum, olumsuz değerlendirmeye riskini artıracak için, tehdit edici olarak algılanır.

Bilişsel modele göre, sosyal fobiklerin sosyal durumlar tehdit edici olarak yorumlama eğilimleri, kendileri ve sosyal durumlardaki davranış biçimleriyle ilgili bir dizi işlevi bozuk inançtan (dysfunctional beliefs) kaynaklanmaktadır. Sosyal fobiklerde görülen işlevi bozuk inançlar üç kategoride ele alınabilir:

1) Sosyal performans için aşırı yüksek standartlar (herkesin onayını almalıyım, kimsenin anksiyetini izin vermemeliyim vb.)
2) Sosyal değerlendirme ile ilgili koşula bağlı inançlar (hata yaparsam reddedilir, farklı bir düşüncede ortaya koyarsam, aptal olduğuunu düşünürler vb.)
3) Kendine ilişkin koşula bağlı olmayan inançlar (çekici değilim, yetersizim, farklıym, sıkıçğım, hofllanılmayan bir insanım vb.)

**Biyolojik Etkenler**

**Biyokimyasal Araştırmalar**

*Dopamin İşlevinde Bozukluk:* SAB hastalarında yapılan tek foton emisyon bilgisayarlı tomografi (SPECT) çalışmalarda, striatal dopamin geraisını bölgeleri yoğunluğunda azalma ve yaygın SAB’dede striatumda düşük dopamin D2 reseptör bağlanması bulguları elde edilmiştir.

*Azalmış Serotonin Transmisyonu:* SAB hastalarında buspirona artmış prolaktin yanıtı, postsinaptik serotonin reseptörlerinin aşırı duyarlılığını göstermiş ve azalmış serotonin nörotransmisyonunun telafi etmeye yönelik uyuma yönelik bir yanıt olarak değerlendirilmiştir. SAB hastalarında SSGI tedavisine yanıtın, serotonerjik
nörotransmisyonunda artışa ikiçil olarak oluşan postsinaptik serotonin reseptörlerinin duyarsızlaştırılması yoluya ortaya çıktığı düşünülmektedir.

**Beyin Görüntüleme Çalışmaları**

SAB hastalarında yapılan pozitron emisyon tomografisi (PET) çalışmalarında, topluluk önünde konuşma ya da konuşma beklenisinde amigdalada artış beyin kan akımını görüntüldüğü bildirilmişdir. SAB hastalarında kızgınlık ve aş putStrLnları ile mutluluk yüzlerin karşılaştırıldığı işleve manyetik rezonans görüntülene (MRI) çalışmalarında, kızgınlık ve aş_PUTları yüzler amigdala, unksus ve parahipokampal girusta aktive artışı neden olmuştur. Söz konusu bölgelerde görülen aşırı aktivasyonun, korkutucu yüzlerin artış emosyonel işlenmesini yansıttığı düşünülmektedir. Korkutucu yüzlerle beyinin yanıttının arastırıldığı bir diğer işleve MRI çalışmasında ise, SAB hastalarında kontrolçuler göre, insuladaki kızgınlık yüz fotoğraflarına yanıtın nötr yüz fotoğraflarından daha fazla olduğu görülmüştür. Araştırmacılar, bu bulguyu, SAB hastalarında sosyal olarak tehdit edici sinyallerin işlenmesinde insulanın önemli bir yeri olduğu şeklinde yorumlamışlardır.

**Klinik Özellikler**


SAB, kişinin, dişkati領域inde toplanabileceği ve kendisini zor durumda bırakacağı şekilde davranacağı gibi gereksizerele belli sosyal ortamlarda bulunmaktadır korkması durumudur. SAB’i kişi, bakışları üzerinde hissettği ve eleştirilebileceği düşündüğü bu tür ortamlarda aşırı bir anksiyete yaşamaktadır, bir yandan da anksiyete belirleninin başladığı taraflatırlar tarafından farklılenmesinden ve bunun sonucunda rezil olmak ya da gülen duruma düşmesini korkmatadır. Titreme, kizarma, terleme gibi bedensel belirtilere bu gibi durumlarda sık rastlanır. Sosyal fobik durumlardan kaçıma hastalığın belirgin bir olduğunu iddia etmektedir. Ancak, hastalar tüm kaçıma çabalarına karşın, bu tür ortamlara geride kalmak durumunda kalabilirler. Böyle bir olasılık kişide beklenen anksiyetesi neden olur. Ayrıca, belli sosyal ortamlarda kizarma, terleme, titreme gibi istemeyen bir belirtinin ortaya çıktığı, kişinin o tür ortamlardaki performansını bozbılrmekle bir anlamba korkunun başa gelmesiyle kısır bir döngüye girilebilmektedir.
SAB’li hastaların korktukları durumlarının başında, topluluk içinde yemek yemek ya da bir şeyler içmek gelir. Bu kişiler, elli-larının titremesi sonucu yedikleri ya da içtikleri, lokmanın boğazlarına takılacağı korkusuya restorana, kafeteryaya gitmekten, yemekli toplantılara katılmaktan kaçınırlar. Başıklarının önünde konuşamama, sorulan soruları yanıtlayamama korkusu, topluluk içine girmekten kaçınmalarına neden olabilir. Yabancı bir kişiyle tanışmak ya da yaklaşıma ko-


Tanı Ölçütleri

DSM-IV’te Yer Alan Sosyal Anksiyete Bozukluğu (Sosyal Fobi) Tanı Ölçütleri Şunlardır:

A) Kişinin, tanımdaği insanlara ya da başkalarının dikkatli bakışlarıyla karşılaştığı, bir ya da birden fazla toplumsal ya da bir eylemin gerçekleştirdiği durumdan belirgin ve sürekli bir korku duyması. Kişi, küçük duruma düşeceğini ya da utanç duyaçağı bir biçimde davranışa davranışa (ya da anksiyete belirtileri gösterir).

B) Korkulan toplumsal durumla karşılaşma hemen her zaman anksiyete doğurur, bu da bir panik atağı biçimini alabilir.


D) Korkulan toplumsal durumla karşılaşma hemen her zaman anksiyete doğurur, bu da bir panik atağı biçimini alabilir.

E) Kaçınma, anksiyeteli bekleni ya da korkulan toplumsal ya da bir eylemin gerçekleştirdiği durumlardan kaçınırlar ya da yoğun anksiyete ya da sikintıyla bunlara katlanırlar.

F) 18 yaşının altındaki kişilerde süresi en az 6 aydır.
Ayırıcı Tanı ve Eştâni

Depresif hastalarda ilgi kaybı ve zevk alamayla birlikte görülen dış dünyadaki etkincilere uzaklaşma, şizofrenik hastalarda içe kapanma, insanlardan uzaklaşma ve SAB olarak değerlendirilmemelidir.

Birçok araştırmada, SAB’li hastaların çoğunudan yaflamlarının herhangi bir evresinde başka bir anksiyete bozukluğu ya da depresif bozuklukların mevcut olduğu ortaya konmuştur. Epidemiyolojik bir çalışmada, SAB’si olanların yaklaşık %70’inde eşyanlı yaşam boyu psikiyatrik bozukluk saptanmıştır. Olguların dörtte üçünde eşyanlı bozukluklar SAB’den sonra başlamıştır. SAB’li hastaların yaklaşık yarısı, aynı zamanda diğer anksiyete bozukluklarından, özellikle de özgül fobi, yaşının anksiyete bozukluğu ya da panik bozukluğundan yakınmaktadır.

Klinik örneklemde ise, duygudurum bozukluklarının, özellikle de major depresyonun (%70) SAB’de en sık görülen eşyanlı yaşam boyu hastalığı olduğu bildirilmiştir.

SAB’de, özellikle de eşyanlı durumlarda, yüksek bir oranda intihar girişimleri (%15) görülmektedir. Eşyanlı SAB’si olanların, normal populasyondan yaklaşık 5 misli fazla bir oranda intihar girişiminde bulunuldukları bildirilmiştir.


Hazırlayıcı Etkenler ve Hastalığın Gidişi

SAB’lı hastaların yaşayışlarında fazlasında fobinin travmatik bir yaşamın sonrasında ortaya çıktığı bildirilmiştir. Sosyal ortamlarda anksiyeteli olan diğer insanları gözeleme de, travmatik etki yaparak gözlenen kişide korkuya neden olabilmektedir. Ayrıca, SAB’ilerin bir kısmında model alma fobi gelişiminin hazırlayıcı etkileri arasında gösterilmiştir. Ebeveynlerin ve çocuklarının fobileri arasındaki benzerlik bu açıdan anlamlı bulunmuştur.

SAB’ın erken başlangıcı, psikolojik gelişim, ilişkilerin oluşturulması ve yaşam amaçlarının belirlenmesini olumsuz bir yönde etkilemektedir. Aynı zamanda da, diğer ciddi psikiyatrik bozuklukların ve komplikasyonların gelişimine zemin oluşturumaktadır.
SAB’nin neden olduğu yetı yitiminin önemli bir boyutta olduğunu ilişkin kanıtlar mevcuttur. SAB’de görülen yetı yitimi, anksiyete belirtilerinden, erken başlayan ve büyük ölçude iyileşme olmamadan seyreden bozukluğun süregen yapıdan, bozukluğa eşlik eden alkollzd, ilaç kötüyü kvtanımı, intihar düşüncesi ve girişimlerinden köken almaktadır.

SAB hastalarının %90’ı hastalıkların mesleki etkinlikleri üzerinde bozcu bir etki gösterdiğini, %50’si kendilerini katılamayacak sosyal durumlarda anksiyyetelerini yatırtmaktan, %65’i ise, herhangi bir sosyal etkinliğe katılmamakla bildirmiştir.

İlaç Tedavisi

SAB’nin ilaçla tedavisinde ilk seçenek ilaçlar, SSG’lerden paroksetin, sertralin, es-sitalopram, fluvoxamin ve bir SNG’ olan venlafaksindir. Etkili olduğu gösterilen diğer ilaçlar arasında monoaminooksidaz inhibitörü (MAOI) olan fenelzin; geri dönüşümü MAOI (RIMA) olan moklobemid; benzodiazepin grubundan alprazolam, bromazepam; antikonvülzianlardan gabapentin ve pregabalın yar alır.

Antidepresan ilaçlarla yapılan tedavide yanıt 6-8 haftadan sonra görülebilmektedir. İlaçların etkili olması için yüksek dozlara çıkmak gerekmektedir. SAB’de ilaçların etkinliğini 12 haftanın sonunda değerlendirirler; bu sürenin sonunda yanıt yoksa, ilaç değiştirilir. Yanıt varsa, tedaviye etkili olan dozda ortalama 1-2 yıl devam edilir. İyileşme aylar boyunca artarak süreılmektedir. İlaç kesiminden sonra nüktetmeler görülebilir.

Yaşın olmayan, performans tipi YAB’de beta-blokerler, performansın önceceinde kullanılmaktadır. Bu ilaçlarla tedavinin semptomatik olduğu, kullanım sırasında hipotansif yan etkileri olup, etkilerini hemen hemen görülrebilmektedir. "Psikoterapi"

Bilişsel-Davranışçı Terapi

SAB’lilerde, özgünl fabilerden ve agorafobiden farklı olarak, korkulan durumun üzerine gidilerek yapılan gerçek yaşamda araştırma tedavilerinde bazı güçlüklerle karşılaşılmaktadır. Karşılaşılan güçlükler arasında, sosyal ortamların değişkenliği, bu ortamların tedaviye yönelik olarak önceden ayrılanının her zaman mümkün olamaması, üzerine gitme yönteminin hastanın kendisini seçer ve yeteneklizi hissedebileceği olumsuz sonuçlar yıldır açılmaktadır. Uygulamada bu tür güçlükler nedeniyle, SAB’lilerde bilişsel-davranışçı yaklaşımları, yalnızca davranışı olan yaklaşılara tercih edilmektedir.

Tedxavide öncelikle, SAB’li kişinin, eleştirilme, olumsuz değerlendirmeye, dışlanma, aşağılanma, reddedilme gibi bilişsel düzeydeki endişeleri araya çıkarılmaktır. Sonraki aşamada ise, korkularının temelinde yer alan bu tür olumsuz düşüncelerin, hastaya birlikte ele alınarak, düzeltilmesi amaçlanır. Olusturulan bilişsel değişiklikler, üstüne gitme gibi davranışı uygulamalarla pekiştirilmek, düşüncenin yanı sıra davranışı düzeyinde de değişikliğin olması sağlanır.
Özgül Fobiler

Özgül fobi, özgül bir nesne ya da durum karşısında ortaya çıkan aşırı bir korku ve bu korkuya ikincil olarak gelişen israrlı bir kaçaçma davranışıdır.

Özgül fobilerin belirli başlı özellikleri şu şekilde sıralanabilir:

a) Anksiyete, panik bozukluğunda olduğu gibi beklenmedik, YAB’de olduğu gibi serbest ve süreken değişik, özgül bir nesne ya da duruma bağlıdır.

b) Korkunun boyutu, ortaya çıkmasına neden olan uyaran ile açıklanmaz, gerçek durumla orantısal değildir.

c) Kişi, tepkisinin aşırı ve anlamsız olduğunu tümüyle farkındadır.

Epidemiyoloji

Epidemiyolojik çalışmalarında, özgül fobilerin yaşam boyu yaygınlığı %8.8-%12.5 olarak bulunmuştur. Panik ataklarının yaşam boyu yayılışları ise, kullanılan tanı ölçütlerine göre değişmekle birlikte, birçok ülkede %7 ile %9 arasında bulunmuştur.


Özgül fobilerin kadınlarda erkeklerden yaklaşık 2 misli daha sık görülüğü bilinmektedir. Bunun tek istisnasi kan-enjeksiyon-yaralanma tipi fobilerdir; bu tıp fobilerde kadın erkek oranı birbirine yakındır.

Etiyoloji

Psikanalitik Görüş


Fobik hastalarda birinci derecede kullanılan savunma mekanizması ‘yer değiştirme’dir (displacement). Fobilerde yer değiştirme, tehlike bir dürtünün, dışarıda bu dürtüyü temsil eden özel bir duruma yansıtılması yoluya gerçekleştirilmiştir. Fobik nesne ya da durum bir yandan çatışmanın birincil kaynağı olması durumda, e...
diğer yandan ‘yer değiştirmeye’ ve yanı sıra devreye girebilen ‘karşıtırma çevirmeye’ gibi mekanizmalar, dürtüsel çatışma ile bilinçdışı özel bir anlam taşıyan korkulan durumlar arasındaki bağlantıyı gizli hale getirir. Bu şekilde uygun bir fobinin gelişmesiyle, özgürlüğün belirsiz derecelerde kısıtlanmasına karşın, dürtüsel tehlikenin bir dış tehlile haline dönüştürülmesi ve anksiyeteden uzak kalınabilmesine mümkün olabilmektedir.

Öğrenme Kuramları

Klasik Koşullama Modeli

Mowrer'in İki-Evre Kuramı ve Kaçma Öğrenme Modeli

Gözlemle Öğrenme
Uzun yıllardan beri bazı korku ve fobilerin gözlemle öğrenilebileceği ideri sürülmektedir. Bu görüşe göre, özgür durumlarda anksiyete yaşayan kişilerin gözlemesi, gözleyenin bu durumlardan korkmasına yol açabilmektedir. Ancak, bu varsayımlı destekleyen kanıtlar oldukça yetersizdirdir.

Agorafobiklerde olandan farklı olarak, fobik durumdan kaçınma dalgalanmaz. Başka bir ifadeyle fobik uyarana her karşılaşma kaçınılmaz olarak anılır bir anksiyete yanıtına neden olur. Bu durum kimi zaman panik atağı şeklindedir de alabilir.

Sık rastlanan özgül fobiler arasında, çeşitli hayvanlardan, yüksekten, gök gürgüntülerinden, karanlık ve kapalı alanlardan, uçak yolculuğundan, kan görmekten ve enjeksiyon gibi tıbbi girişimlerden korkma sayılabilir.


Ayarlı Tanı ve Eştanı

Özgül fobi ile panik bozukluğu arasındaki en önemli ayırm, panik atağı sırasında korkunun panik atağı geçirme üzerine odaklanmasının olmasıdır. SAB, özgül fobiden, korkunun sosyal durumlarda olumsuz değerlendirmesi, kusmaya ya da bir hastalığa yakalanmaya yol açabilecek durumlardan korku duymaya da ya da kaçınmayı içerebilir.

DSM-IV'te belirtilmesi istenen Özgül Fobi Tipleri Şunlardır:

- **Hayvan tipi:** Korkuyu hayvanlar ya da böcekler başlatmalıdır.
- **Doğal çevre tipi:** Korkuyu, firtına, yüksek yerler ya da su gibi doğal çevredeki nesneler başlatmalıdır.
- **Kan, enjeksiyon, yara tipi:** Korkuyu kan, yara görme ya da enjeksiyon gibi tıbbi bir işlemin yapılması başlatmalıdır.
- **Durumsal tip:** Korkuyu, toplu taşma araçlarında bulunma, tünel, köprü, asansör, uçağa çıkma, araba kullanma, kapalı yerler gibi özgül bir durum başlatmalıdır.
- **Diğer tip:** Korkuyu diğer uyaranlar başlatmalıdır. Bu uyaranlar, solunun kesilmesine, kusmaya ya da bir hastalığa yakalanmaya yol açabilecek durumlardan korku duyma ya da kaçınmayı içerebilir.

Özgül fobi ile panik bozukluğu arasındaki en önemli ayırıcı etken, panik bozukluğu altında korkunun panik atağı geçirmeye üzerine odaklanmış olmasıdır. SAB, özgül fobiden, korkunun sosyal durumlarda olumsuz değerlendirmeye ağırlıklı olmasıyla ayrılr.

Genelde fobibden, dış bir nesne ya da durumdan zarar geleceği korkusu şeklinde olup fobik nesne ya da durumdan kaçınmak için denetim altına alınır. Bu durum, sıkıla başkalarına ya da kendine zarar verme korkusunun yaşandığı ve bu tür korkuların kompulsif eylemlere denetim altına alınmaya çalışıldığı obsesif-kompulsif bozukluk (OKB) ile zıtlık gösterir. Ancak, OKB hastalarının korktukları durumlarda başa çıkmak için kompulsiyonların yanı sıra, korkma davranışları geliştirildikleri de unutulmamalıdır.

Özgül fobisi olan birçok hastada, en azından bir yaşam boyu psikiyatrik bozukluğu olduğu görüle de, eğitimi görüleme oranları diğer anksiyete bozukluklarına göre daha düşüktür. Özgül fobilerde daha sıkıla görülen eğitimi, agorafobi, SAB ve diğer anksiyete bozukluklardır.
Hazırlayıcı Etkenler ve Hastalığın Gidişi

Özgül fobisi olan hastaların ancak bir kısmı, fobilerinin başlangıcı ile ilintili bir olaydan söz ederler. Bir çalışmada, hayvan fobisi olan bireylerin sadece dörtte biri, korkularının başlangıcında travmatik bir olayı hatırladıklarını bildirmişlerdir. Ancak, hiçbirinde fiziksel bir zarar oluşmamıştır.

Fobiler genellikle sürelen bir seyr göstermekte ve tedavi edildiğinde yaşam boyu sürebilir. Özellikle erişkinlik dönemine uzanan fobilerde kendiliğinden iyileşme dönemleri nadiren görülmektedir. Özellikle erişkinlik döneminde uzanan fobilerde kendiliğinden iyileşme dönemleri nadiren görülmektedir.

Psikoterapi

Davranışçı Terapi


Klinik çalışmalarında, uzun süreli ve kısa aralıklarla yapılan oturumların tedavi sonucu üzerine daha etkilili olduğu gösterilmiştir. Ayrıca, alıştırma tedavisi sırasında hem davranış, hem de düşünce olarak, korku duyan uyarandan kaçma ve kaçınma sürekli olarak engellendiğinde (response prevention), tedavi etkinliği artmaktadır.

Gerçek yaşamda alıştırma (exposure in vivo), imgelende alıştırmanın (exposure in imagination) daha etkilidir. Ancak, gök gürültüsü - şimşek fobileri gibi, korku duyulan uyaranın kolay bulunabilmesi durumlarında, imgelende alıştırma ön plana geçer.
Obsesif-Kompulsif Bozuluk

OKB, yineleyici obsesyonlar ve/veya kompulsiyonların görüldüğü, genellikle süregen, kimi zaman da epizodik gidis gösteren, kişinin günlük işlevlerini belirgin olarak etkileyen bir hastalıdır. Obsesyonlar, belirgin bir anksiyete neden olan yineleyici ve zorla gelen düşünce, dürtü ya da dürtülemler, kompulsiyonlar ise, obsesyonlara yanıt olarak yapılan ve anksiyeteyi azaltmayı amaçlayan, yineleyici törensel davranışlar ya da zihinsel eylemler olarak tanımlanmıştır.


Epidemiyoloji


Çeşitli çalışmalarında, erişkin yaştaaki OKB’li hastalarda kadın ve erkeklerin eşit bir dağılım gösterdiğini bulunmaktadır. Çocuk ve ergen OKB’li hastalar arasında ise, erkeklerin oranı kadınlara göre 1.5-2.5 kat daha fazladır. 

OKB tipik olarak geç ergenlikte ya da erken erişkinlikte (20’li yaşları başlarında) başlamaktadır. OKB’li erişkin hastaların %30-50’si başlangıçta çocukluktu olduğunu, üçte ikisi ise belirtilerini 15 yaşından önce başladığını bildirmişlerdir. Birçok çalışmanın ortak bulgusu, erkeklerde hastalığın kadınlara göre daha erken yaşlarda başladığıdır.

Etiyoloji

Psikanalitik Görüş


Psikanalitik kurama göre, saldırgan ve cinsel dürtülerle başa çıkmada kullanılan anal dönemde özgü üç temel savunma mekanizması tanımlanmıştır; ‘yalıtm’ (isolation), ‘yapma-bozma’ (undoing) ve ‘karşı tepki oluşturma’ (reaction formation). Obsesif-kompulsif belirtilerin şekilde ve niteliğini belirleyen de bu savunma mekanizmalarıdır.

Yalıtm tam olarak gerçeklediğinde, dürtünün duygusal bileşeninden ayıranak bilinçdöguna itilmekte. Bu flekilde, hasta sadece, duygu dan arındırılmış bir dürtü sevindirici düzeyinde farkına varmaktadır.


Obsesif-kompulsif hastaların kullandığı bir diğer mekanizma, karşıt tepki oluş-turmadır. Bu mekanizmayı kullanan kişi, dürtüsel bir tehlikenin tehditi karşısında, kişilik yapısını bu dürtüsel tehlike sürekli olarak varmışcasına değiştirerek, her an tehtiyeye karşı hydrılıklı olunan bir tutumu benimser. Bu kişiler biliş düzeyinde, alta yatan dürtünün tam tersi bir tutumu sergilerler. Örneğin, nefretin bilişçidir ki-linması, sevgisinin aşırı vurgulanması ile sağlanmaktadır. Böylece ortadan kaybolan tutumun bilişçidir olarak sürdürülmesi sağlaştırır. Hastalar bu tür eylemlerde, korkaklık ve delil olmayan bir biçimde davranışlarları sergirerek anksiyetenin ortadan kalkması için, kompulsif törensel davranışlar kullanılarak gösterir. Temizlik ve düzen duyugalarının katkılığını yanında, zaman zaman pişik ve düzenezilik eğilimin patlak vermesi, bu tür bir kişilik özellikinin tepkisel niteliğini ortaya koyar.

Öğrenme Kuramı

Mowrer’in, korkunun kazanılması ve sürdürülmesini açıklayan ve fobik bozuklukların etiyolojisi bölümünde anlatılmış olan ‘iki-evre kuramı’, fobik bozukluklara olduğu kadar, OKB’ye de uygulanabilmektedir. Bu kurama göre, ilk evrede, yansız nesne ya da düşüncelerin anksiyete yaratma yeteneğine sahip uyarlanlarla koşullan-mastıyla obsesyonlar (koşulu uyaran) ortaya çıkmaktadır. Belirtilerin gelişiminin tamamlanması ikinci evrede ise, anksiyete yaran obsesyonel düşünceler, anksiyete-yeyi ortadan kaldırırak üzere kaçıma yanıtlarını (kompulsif törensel davranış)
harekete geçirmekte, anksiyetenin azaltılması da bu yanıtlanı pekiştirmektedir. Başka bir ifadeyle, bu kuram, obsesyonları anksiyete uyandıran koşullu yanıtlan, kompulsiyonları ise anksiyeteyi gidermek üzere öğrenilmiş ve anksiyetenin azaltılmasıyla da pekiştirilmiş davranışlar olarak ele alır.

**Biyolojik Etkenler**

**Biyokimyasal Araştırmalar**

Serotonerjik Sistem: OKB’de nörrotransmitter düzeyinde bir bozukluk olabileceği varsayımından yola çıkılarak yapılan araştırmalarda, merkezi serotonerjik sistemindeki işlev bozukluğunun etiyolojide rol oynadığı ileri sürülmüştür. Serotonin generalimin engellenen klomipramin, fluoksetin, fluvoksamin, sertralin gibi ilaçların OKB’nin belirtilerini yatıftırmasi bu görüşü desteklemektedir.

Serotonerjik sistemde anormallik, özellikle de postsinaptik 5-HT reseptörlerinin aşırı duyarılığı, OKB’de alıta yatan patofizyolojisi açıklamak üzere ortaya atılan bir varsayımdır. Serotonerjik varsayımı destekleyen kanıtlar, sadece antiobsesif etkinin açık olarak serotonin generalım inhibisyonunun bir işlevi olduğunu gösteren ilaç tedavisi çalışmalarından elde edilmemiştir; biyolojik göstergelere ilişkin çalışmalarda bu alana ilişkin çeşitli kanıtlar ortaya konmuştur.

Serotonin varsayımı, OKB’nin patogenezinin açıklanması için gerekli ancak yeterli bulunmuştur. OKB patogenezinde serotoninin yanı sıra, dopamin nörrotansiyon sisteminin de rolünün olabileceği destekleyen çeşitli bulgular mevcuttur.

**Beyin Görüntüleme Çalışmaları**

OKB’de beyin görüntüleme çalışmalarının sonuçları, orbitofrontal korteks, anteri-or singulat girus ve bazal ganglionlarda yapısal ve işlevsel anormalliklerin olduğuunu ortaya koymmuştur.

**Nöropsikolojik Çalışmalar**

OKB’nin fronto-striatal döngüdeki işlev bozukluğu ile ilişkili olduğunu gösteren çeşitli kanıtlar, OKB hastalarında kuruluğu (set) değiştirme, yanıt inhibisyonu, planlama gibi yüksek düzeydeki bilişsel işlevlere karşılık gelen yürütücü işlevlerin artırılmasını gündeme getirmiştir. OKB’de nöropsikolojik çalışmalar, özellikle yanıt inhibisyonu, dikkatle ilişkili kuruluğu değiştirme ve sözel olmayan bellekte bozulma görüldüğünü ortaya koymmuştur.

**Genetik**

OKB’de genetik etkileri göstermek üxere ikiz gruplarında yapılan araştırmalarda, tek yumurta ikizlerinde OKB için eş-hastalanma oranı, çift yumurta ikizlerine göre oldukça yüksek bulunmuştur.
Aile ve ikiz çalışmalardan elde edilen olumlu sonuçlar ve özellikle de ayrışım analizlerinde üzerinde durulan tek gen bölgesinde, OKB riskini artıracak birçok aday gen üzerinde araştırma yapmasına yol açmıştır. Nörotransmitter metabolizmasına ilişkin genler ile nörogelifirme yolaklar ile ilişkili genler ilişkendirme (association) çalışmalarını incelendirmiştir.

**Klinik Özellikler**


Simetri ve düzen obsesyonları, nesnelerin ve olayların belirli bir düzen ve ko-numda olması ya da eşyaların tam bir simetri içinde bulunmasıyla ilişkili obsesyonlardır. Bu tür obsesyonlara yanıt olarak, bir denge ve simetri sağlamak üzere eşyalar belirli bir sıra ve düzen içinde tutmaya çalışılması zarından simetri/düzenleme kompulsiyonları ortaya çıkar.

Obsesyonlar, utanç verici ve kabul edilemez olarak nitelenen cinsel temasları ilgilendirebilir. Cinsel obsesyonlara örnek olarak, efsanelik, ensest ilişkileri, enstilili ilişkilerle ilgili düşünceler verilebilir.


Yineleyici tür kompulsiyonlarda görülen bir özellik olsa da, gündelik yaşamda iliskili bir davranışı tam olarak yapıldığından emin olunamayı yapma-bozma taraında sürekli yinelemeden durumlarda yineleme kompulsiyonlarından söz edilir. Elektrik düğmesini açıp kapama, kapıdan girip çıkmak, yazıtın sonra silip tekrar yazma, bu tür kompulsiyonlara örnek olarak verilebilir.

Yineleyici tarzda dua etme, sayma, belirli kelimeleri yineleme gibi düşünsel süreçler, zihinsel kompulsiyonlar olarak tanımlanır.

Obsesyon ve kompulsiyonlar sıkıla bir arada görülür. Obsesif düşünceler ve törensel davranışlar, kişinin günlük etkinliklerini yerine getirirken yavaşlamasına neden olur. ‘Obsesyonel yavaşlık’ olarak tanımlanan bu durum, bazen kişinin yaşantısını felç edecedir bu aşırılıkta olabilmekte, suradan işlerin bile tamamlanması saatler alabilmektedir.

Tanı Ölçütleri

DSM-IV’te Yer Alan Obsesif Kompulsif Bozukluk Tanı Ölçütleri Şunlardır:
A) Obsesyonlar ya da kompulsiyonlar vardır:
Obsesyonlar aşağıdaki cümlereden (1), (2), (3) ve (4) ile tanımlanır:
(1) Obsesyonlar, bu bozukluk sırasında kimi zaman istenmeden gelen ve uygunsuz olarak yaşanır ve belirgin anksiyete ya da sıkıntıya neden olan, yineleyici ve sürekli düşünceler, dürtüler ya da düştüllerdir.
(2) Bu düşünceler, dürtüler ya da düştüller sadece gerçek yaşam sorunları hakkında duyanlar aşırı üzüntüler değildir.
(3) Kişiler, bu düşünceleri, dürtüleri ya da düşlemleri önem vermemeye ya da bunları baskılamaya çalışır ya da başka bir düşünceye ya da eyleme bunları etkisizleştirmeye çalışır.

(4) Kişisi, obsesyonel düşüncelerini, dürtüleri ve düşlemleri kendi zihninin bir ürünü olarak görür (duşünce sokulmasında olduğu gibi deildir).

**Kompsiyonlar** aşağıdakilerden (1) ve (2) ile tanımlanır:

(1) Kompsiyonlar, kişinin obsesyonu bir tepki olarak ya da katı bir biçimde uygulanması gereken kurallara göre yapmaktan kendini alıkoyamadığı yineleyici davranışlar (örn. el yıkama, düzene koyma, kontrol etme) ya da zihinsel eylemlerdir (örn. dua etme, sayıma, birtakım sözcükleri sessiz bir biçimde söyleyip durma).

(2) Bu davranışlar ya da zihinsel eylemler, sıkıntılı kalmaya da var olan sıkıntıya azaltmaya ya da korku çeken olmayan olay ya da durumdan korunmaya yöneliktir. Ancak bu davranışlar ya da zihinsel eylemler, etkisizleştirmemesi ya da korunulması tasarruflu ve çıkar çıkmaz biçimde ilgili değildir ve bu durumda açığa çekilir bir düzeydedir.

B) Bu bozukluğun yılı sırada kişide, bir zaman, obsesyon ya da kompsiyonlarınça aşiş ya da anlamsız olduğunu kabul eder.

C) Obsesyon ya da kompsiyonlar belirgin biriktirme neden olur, zamanın boşa harcanmasına yol açar (günde 1 saatten daha uzun zaman alırlar) ya da kişiın bir olayın görülmesi, mesleki (ya da eğitimle ilgili) işlevselliliğini ya da olağan sosyal etkinliklerini da ilgili kıldığı, önemli ölçüde bozurur.

B) Başka bir psikososyal bozukluk varsa, obsesyon ya da kompsiyonların içeriği bu bozuklukla smurlu değildir (örn. Yeme Bozukluğu olması durumunda, yeme konusu üzerinde düşünüp durura).

E) Bu bozukluk bir maddenin (örn. tedavi için kullanılan bir ilaç) ya da genel tibbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

DSM-IV’e göre, kişi, hastalık sırasında çoğulukla obsesyon ya da kompsiyonlarının aşırı ya da anlamsız olduğunu kabul etmeyorsa, iç görüşü az olan tip belirtilir.

**Ayrıcı Tanı**

Normal görünümülü bir kişinin, görünümünde hayali olarak kusur olduğunu düşünmesi ya da hafif bir bedensel kusur olduğunu yorum yaparak kusursuzluk kavramını biriken hastalığı BDB denir. BDB’yi OKB’den ayıran en önemli özellik, kişinin ilgi ve ugrasının bedeninin kusurlu olduğunu düşündüğü kurallara göre yapmaktan kendini alıkoyamadığı yineleyici davranışlar (örn. el yıkama, düzene koyma, kontrol etme) ya da zihinsel eylemlerdir (örn. dua etme, sayıma, birtakım sözcükleri sessiz bir biçimde söyleyip durma).

Şizofreninin gelişim aşamasında ya da benzeri psikotik bozukluklarda, geçici ve değişebilen obsesif-kompulsif belirtiler görülebilmekte ve bu tür belirtiler psikotik tablo tam yerleştikten sonra da ara ara ortaya çıkabilmektedir.

**Eştanı**

OKB'de eştanılı durumların araştırılan çalışmaların sonuçları, OKB'ye en az %50 oranında başka bir psikiyatrik bozukluğun eşlik ettiği ortaya koymustur. Çeşitli çalışmalarda, OKB hastalarının %40-60'ının yaşam boyu diğer bir anksiyete bozukluğu tanı ölçütlere karşılandı; OKB'ye en sık eşlik eden anksiyete bozukluklarının panik bozukluğu, özgül fobi, SAB ve YAB olduğu bildirilmiştir.

OKB hastalarında en yüksek oranda görülen I. Eksen bozuklukları, epidemiyolojik ve klinik birçok çalışmaların ortak bulgusudur. Klinik örneklemde yapılan çalışmalarda, OKB hastalarında %30-45 oranında major depresif bozukluk görüldü; OKB’ye major depresyonun eşlik etmemesinin, obsesif-kompulsif belirtilerin sürengenliği, hastalıksı, tedaviye kötü yanıt ve kötü prognoz ile ilişkili olduğu bulunmuştur.

Epidizik OKB hastalarında OKB’ye göre yüksek oranda iki uçlu bozukluk eşlik edebilmektedir. OKB’ye eşlik edebilen bir diğer bozukluk şizofrenidir. OKB ve şizofreni tanılarının birlikte konulduğu hastaların çoğununda, şizofreni başlangıcının OKB’den daha önce olduğu bildirilmiştir. Cocuklu OKB’si olgularında Tourette bozukluğu göre yüksek oranda görülmektedir.

OKB hastalarında, görece daha az sıklıkla görülen diğer eştanılı bozukluklar arasında yeme bozuklukları, alkol kötüye kullanımı, beden dismorfik bozukluğu, trikotilomani ve hipokondriyazis sayılabilir.

**Hazırlayıcı Etkenler ve Hastalığın Gidişi**

OKB’de belirtiler genellikle yavaş bir başlangıç göstergemekte, belirtilerin klinik olarak anlamlı bir düzeyeye gelmesi yıllar alabilmektedir. Bununla birlikte, OKB’li hastaların belirli bir bölümünde belirtiler, gebelik ya da yakın kaybetme gibi nedenlerle ani bir başlangıç gösterebilir.

OKB belirtileri yoğun bir sıkıntıyı kaynaklarının yanında, oldukça fazla bir zaman kaybına, kişinin günlük etkinliklerinde yaşamlarına aksatacak ölçüde bir yavaşlamaya neden olabilmektedir. Buna bağlı olarak, kişinin mesleki ya da eğitimle ilgili işlevsellikleri ya da çevresiyle ilişkileri bozulur. OKB’li hastaların yaklaşık %15’inde, mesleki ve toplumsal işlevsellikteki bozulmanın sürece içinde giderek arttığı bildirilmştir.

İlaç Tedavisi

OKB’de ilk basamak tedavileri, serotonin geri alma inhibitörleri (SGI) ve bilişsel-davranıç terapi uygulamalarından oluşur. OKB’de ilk seçenek olarak kullanılan ve çeşitli çalışmalarda etkinlikleri göstermiş olan SGI’ler; klomipramin, fluoksetin, fluvoksamin, sertralin, paroksetin, sitalopram ve essitalopram içermektedir.

OKB tedavisinde SGI’ler için optimal doz, tam terapötik etkinin görülüşüğü dozdur. Etki görülmedikte ise, doz en yüksek doza kadar kademeli olarak artırılmalıdır. Tedaviye yanıtın olmadığından söz etmek için, SGI tedavisi en az 10 hafta sürülmesi gerekir. SGI tedavisi ile iyileşme görülmuedük sonra, ilaç kesimini takiben ortaya çıkan yüksek oranda nüksetmeler nedeniyle, tedavinin etkili dozda uzun bir süre (1-2 yıl) sürülmesi gerekmektedir.

Tablo 1. Obsesif-Kompulsif Bozuklukta İlaç Tedavisi Dozları

<table>
<thead>
<tr>
<th>İlaç</th>
<th>Başlangıç dozu (mg/gün)</th>
<th>Günlük en yüksek doz (mg/gün)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Klomipramin</td>
<td>75</td>
<td>250</td>
</tr>
<tr>
<td>Fluoksetin</td>
<td>20</td>
<td>80</td>
</tr>
<tr>
<td>Fluvoksamin</td>
<td>50-100</td>
<td>300</td>
</tr>
<tr>
<td>Sertralin</td>
<td>50</td>
<td>200</td>
</tr>
<tr>
<td>Paroksetin</td>
<td>20</td>
<td>60</td>
</tr>
<tr>
<td>Sitalopram</td>
<td>20</td>
<td>60</td>
</tr>
<tr>
<td>Essitalopram</td>
<td>10</td>
<td>30</td>
</tr>
</tbody>
</table>

İlk basamak tedavileri sonunda, hastaların %20-30’unda tedaviye yetersiz yanıt ya da yanıtsızlık görülmektedir. İlk basamak tedavisine dirençli olan olgularda; güçlendirme (augmentation) tedavileri, alternatif tek ilaç tedavileri, damar içi SGI uygulamaları ve ilaç dışı biyolojik tedavi uygulamaları gündemde gelmektedir. SGI tedavisine eklenerek yapılan güçlendirme tedavilerinde, özellikle düşük dozlarda kullanılan atıpk antipsikotiklerin ön plana çıktığı görülmektedir.

Psikoterapi

Bilişsel-Davranıç Terapi

Alıştırma (exposure) ve tepki engellemeyi (response prevention) içeren davranışçı tedavide, hastaya birlikte üzerine gidilecek hedefler saptanarak zorluk sırasına gö-

Terapist eşliğinde yürütülen alıştırma oturumlarının yanı sıra, hastalar terapiste birlikte belirledikleri ev ödevleriyle, kendi başlarına alıştırma etkinliklerini (self-exposure) yürütürler.

Davranışçı tedaviyle birlikte yapılan bilişsel tedaviler ise, OBK'li hastalarda risk ve sorumluluk gibi konulardaki mantıklı gibi görünen yanlış bilişlerin değiştirilmesini hedefler.

Kaynaklar

Akut Stres Bozukluğu ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu

Kişinin ağır bir travmatik olay yaşaması veya tanık olması ruh sağlığını uzun veya kısa süreli olarak etkileyebilir. Büyük travmalar, yaşayan herkesi az çok etkiler ve bazılıarda ruhsal sorunlara yol açar. Travma sonrası ortaya çıkan tepkiler tek tip değildir. Travmatik deneyimlerin ardından, travma dışında farklı nedenlerle de görülebilen, depresyon, panik bozukluğu, alkohol ve madde kullanımda artış, dissoyatif bozukluklar, uyum bozukluğu, somatoform bozukluklar gibi geniş bir yelpaze içinde görülebilen ruhsal hastalıklar gelişebilir.

Anksiyete bozuklıklar arasında yer alan Akut Stres Bozukluğu (ASB) ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) ise travma ardından gelişen hastalıklar.

Potansiyel travmatik olayların cinsiyete bağlı riski konusunda yapılan meta-analiz çalışmalara göre, TSSB’nin kadınlarda erkeklerden daha fazla gelmesi beklenir. Kadınlardan cinsel olmayan çatışma, kaza, yangın ve benzer travmalara erkeklerden daha sıklıkta yaşanır. Kadınlardan cinsel istismarla dolu olan ülke olan Türkiye’de travmaya bağlı ruhsal sorunlara azımsanamayacak bir düzeyde duygusal ve psikologik etkileri eksik olmayan, cinsel istismarla dolu olan kadınlarda travmaya bağlı bir analiz oluşturulmuştur.

DSM-IV-TR’de TSSB’nun Tanımı
Travmanın yeniden yaşandığı, kaçınma, donukluk ve aşırı uyarılma belirtileri olan ve bir travmatik olay ardından başlayan kaygı (anksiyete) bozukludur.

TSSB Belirtileri
ASR ve TSSB belirtileri benzer olup, üç gruba ayrılır.

Olayın Yeniden Yaşandılması
Kişi istemediği halde, kontrolü dışında travma yaşantısı tekrar tekrar aklına gelir. Flashback de denilen yeniden yaşama sırasında kişi olayı yeniden yaşar gibi hisseder ve rahatsız olur. Geceleri kâbus görür.

Kaçınma
Olayı yaşamaktan, hatırlamaktan, benzer yerlere gitmekten kaçınır; unutkanlık, duygusal donukluk vardır. Daha önce sevdiği ve yaptığı etkinliklere ilgisini kaybeder, insanlardan uzaklaşır, sıkıntıdır.

Aşırı Uyarılmışlık
Uykusuzluk, kolay uyanna, dikaktiği toplama güçlüğü, kolay öfkelenme ve irklı refleksi, gerginlik ve ağrı.

Bu bozukluk kişinin iş ve özel yaşamını etkiler ve işlevsellini bozulur.

TSSB’ye neden olan olayın özelliğine göre farklı belirtilere de rastlanır. Örneğin cinsel saldırı yaşayıp cinsel sorunlar tabloya eklenebilir. Göçer altındaki kişiye bir kişinin kapalı yerlerde kalma zorluğu olabilir.

Çocukluk çağı istismarı ve ihmalı veya uzun süreli işkence gibi tekrarlayan travmalar yaşantıları olan kişilerde, istismar ilişkisinden kurtulmanın olamaksız olduğunun yaşantıları. Bu grupa çalışan yazarlar, tanımlanan biçimde TSSB tanı ölçütlerini yetersiz bulmaktadır. Uzamış ve yineleyen travma madıurları için “Karmaşık ve Uzamış TSSB” tanımı önermişlerdir. Travmatik deneyim yaşanan kişilerle sık görülebilecek diğer sorunlar arasında; panik atakları, ciddi kaçıma davranışları, intihar düşünceleri, madde kullanımı, ihanete uğramış olma ve güvensizlik duyguları, günlük yaşam işlevsellinde belirgin aksama, garip düşünceler ve algılar sayılabilir. Özellikle insan eli ile yapılan travmaları yaşayan kişilerde sık lleva oğ alma isteğine rastlanabilir.

Değerlendirme ve Müdahale
Türkiye’de felaket sonrası ruh sağlığı hizmetlerinin kalitesinde özellikle 1999 Marmara Depremi’nin ardından çarpıcı bir artış olmuştur. Felaket sonrası acı ruh sağlığı hizmetlerinin hızla ve doğru verilmesi uzun vadeli sorunların gelişmesinden koruyucu olabilir. Felaket sonrası yeniden yapılanma sürecinde psikososyal deste-
gin sağlanması bir zorunluluktur. Bu amaçla, felaketin yaşayan kişi için anlamlı, kısa ve uzun süreli etkileri ve risk gruplarının ivedilikle tanınması gerekir. Ruh sağlığı uzmanlarının sahip olduğu beceriler felakete hazırlık ve yaşanan olumsuz etkilerin düzeltildiğinde kullanabilir.

Değerlendirme travma öncesi, travmatik deneyim ve travma sonrasında içerecek şekilde çok boylu olmalıdır: Travmanın varlığını bilmesi, hastalıktırlandırımlarında yer alan formal (resmi) tanı, ayrıntılı tanı, kişinin işlevsel değerlendirmesi ve adli tip değerlendirmesi yapılmalıdır.

Bu Değerlendirmelerde Şu Noktalar Önem Taşırlar:
Travma öncesi öykü, temel işlev düzeyi, kişinin daha önceki travmaları
Travma öncesi yakın evrendeki psikososyal durum
Travmatik olay sırasında ve hemen sonrası çıkan başa çıkma yanıtları
Travma sonrası psikososyal başlam: aile yapısı, çevre ilişkisi
Kısinin travmaya verdigi anlam
Daha öncesindeki ve travma sonrasında duyguşal ve maddi destek kaynakları

Tedavi İlişkisi

Kriz Devresi
Olayın hemen ardından ilk 72 saat içinde, olay yerindeki erken müdahaleler önem taşımaktadır. Bu devebre kişi kendisini ihmal edebilir. Temel fizyolojik gereksinimlerin ve kendine bakımı sağlanması önemlidir. Düzenli sıvı ve gıda alması, uyumasi, alkol, sigara veya kahve gibi uyarıcıların sınırlanmasına dikkat çekilir.

Tedavi Seçenekleri
Felaketler kişinin bedenini, ruhsal yapısını ve sosyal ilişkilerini etkilediğine göre, tedavi de aynı alanlara yönelik, çok yönlü olmak durumundadır. Amac, ağır stres altındaki kişilere duruma uyum sağlamaları ve zorluklara karşı elverilerindeki kit kaynakları kullanmanın yollarını açıktır. Olağanüstü durumlarda gelişen ruhsal sorunların tedavisinde; ilaç, psikoterapi veya bunların birlikte kullanımı seçilebilir.
Travma Odaklı Psikoterapiler


Eğitim ve Destekleyici Danışmanlık


Kaygının Kontrolü

TSSB belirtilerinin etkilerinin azaltılması ve onlarla daha kolay başa çıkma amacı ile, aktif gevşeme eğitimi, nefes alma eğitimi gibi her ortamda uygulanabilir beceriler öğrenilir.

Yüzleştirmeye Tedavisi


Bilişsel Tedaviler

Burada amacı, mantıksız düşüncelerin düzeltilmesidir. Önce bu tür düşüncelerin tannması, ardından onların değiştirilmesi üzerinde çalışılır. Düşüncelerdeki değişirme daha dengeli bir duygusal durumu kazanmayı sağlayabilir.

Psikolojik bilgilendirme ve kaygının düzenlenmesi ruh sağlığı uzmanı olmayan kişiler tarafından da uygulanabilir. Yüzleştirmeye ve bilişsel çalışmalar ise ilgili uzmanlar tarafından yapılabilir.
İlaç Tedavisi
3-6 aydan uzun süren TSSB vakalarında, işlevselliğin çok aksadığı, belirgin depresif belirtilerin veya intihar düşüncelerinin bulunduğu durumlarda, ilaç tedavisi düşünülmelidir. TSSB’nin tedavisinde antidepresanlar kullanılmaktadır. Seçici Serotonin Gerialım İhibitorleri (SSGİ) TSSB vakalarında yaygın olarak kullanılmaktadır. Fluoksetin (20-60 mg/gün), sertralin (50-100 mg/gün), fluvoksamin (100 mg/gün) ve sitoplam (20-40 mg/gün) ile yapılan çalışmalar, bu ilaçların TSSB’de etkin olduğunu göstermiştir. Benzodiazepinlerin yaygın anksiyete belirtilerine iyi gelmesi düdddülü olmakla birlikte, TSSB’dede etkili olduğu gösterilmemiştir. Ayrıca, bu tür ilaçlar bazen çok erken devrede gereksiz olarak verilebilmekte ve kesilmesi sırasında yoksunluk tabloları da atlanabilmektedir. Antidepresan tedavisine başlanmışsa en az altı ay kullanılması ve hastanın mutlaka izlenmesi uygundur.

Yas

Travmatik Yas

Travmatik Yas Tanısı
A ölçütleri, bir yakının,class=“paragraphtext”>ölümü ve ayrırlık kaygısının belirtilerine iliştirir.
1-Ani, beklenmedik, vahşet içeren şekilde bir yakının ölümü söz konusudur. Tanı koymak için ölümü objektif olarak travmatik olmasının gerekmektedir. Yakinlık derecesi değişebilir, kişinin yakın olduğunu, güvendiğini, özdeşleştğini ve travmatik ayrırlığı biri olması yeterlidir.
2- Kişi, yitirdiği kişiyle ilgili uğraslar içindedir. Tekrarlayıcı ve rahatsız edici olan bu belirtiler, zaman zaman arama, özleme, hasret çekme şeklinde olup, daima hayat kırıkliga ile sonlanmaktadır.
B ölçütleri, ölümle travmatizasyonun yasa özgünlüğü belirtilerine iliştirir: Ölen kişi ile ilgili onbir temel belirtiden en az dördünün bulunması gerekir. Bu belirtiler belirgin olması ve süreklilik yaşamalıdır. Bu belirtilerde duygular ölenle ilgilidir. Bu belirtiler şöyle sıralanabilir: Geleceğe ilişkin anlamsızlık hissi, duygusal tepkisizlik, kopukluk, donukluk hissi, şok, taşlama hissi, ölümdü kabulde güçlük, hayatın...
anlamsız ve boş olduğu hissi, ölen olmadan da yaşamın anlamlı olabileceğini hayal edememe, bir parçasının yok olduğu hissi, dünyanın darmadağın olduğu, emniyette olma ve güvensizlik hissi, ölen kişiye zarar verdiği ilişkin gerçek olmayan düşünceler, ölümle ilgili aşırı öfke, acı ve huzursuzluk hissi.

*C ölçütü,* süreye ilişkin. Bu belirtilerin en az iki ay süresi gerekir.


**Aile İçi Şiddet**


**Namus Cinayetleri**

Hamilelik ve Şiddet


Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) efselerin uyguladığı şiddet, yakını bir ilişkiye fiziksel, psikolojik veya cinsel zarar veren her tür davranış olarak tanımlamaktır. Bunların içinde toplatma, vurma, tekmeleme ve övüme gibi fiziksel saldırılar; sindirimde, sürekli küçük düflürme ve affa olarak psikolojik taciz; cinsel ilişkiye zorlama ve öteki cinsel zor kullanma biçimleri; söz konusu mağduru yakınlarında, ailelerinden ve arkadaşlarınandan uzaklaştırma, hareketlerini gözlemle ve bilgi ya da yardımcı ulaşmasını kısıtlama gibi şiddet kontrol edici davranışlar yer almaktadır. Ayrıca raporda, 48 ülkede yapılan toplum araştırmaında kadınların %10-69'unun efseleri veya birlikte olduğu kişiler tarafından hayatları boyunca en az bir kez fiziksel şiddetle maruz kaldııkları bildirilmektedir.


Cinsel Travma

Cinsel travma, kişinin onayı olmaksızın veya onay verecek konumda olmadığı bir durumda karşılaştığı söz, görsel ya da fiziksel olarak, cinsel içerikli her türlü uyarandır. Saldırı ve saldırya maruz kalan kişi arasında yakınlık derecesi değişebi-
Cinsel Saldırıların Sıklığı


Farklı travma türleri içinde en az bildirilen, yeni travmadan sonra destek tedavi imkan olmayan grup cinsel saldırılar olup, tecavüzün bir ruhsal hastalık oluşturma riski yüksektir. Cinsel travmatik deneyimler kişinin yakınlarında gizlendiği gibi çoğu kez doktora da açıklanmaz. Cinsel saldırılar veya istenmeden zorunlu olarak tekarlamanın cinsel ilişkiler cinsel sorunlara da neden olur. Cinsel travma öyküsü olan kadınlar travma öykülerini gizler, açıklamaz, hatta travmasını açıklamadan veya hatıramadan, cinsel sorunu için destek isteyebilir. Cinsel travma öyküsü olan kişilerin seks tedavilerinde bu durumun dikkate alınması ve önce travma konusunda çalışılması gereklidir.

Cinsel Taciz

Taraflardan birinin rızası dışında uygulanan her çeşit cinsel davranıştır. Çocuklar söz konusu olduğunda rizaya bakılmaz. 18 yaşından küçük kimseye uygulanan her çeşit cinsel davranış taciz olarak değerlendirilir.
Tecavüz
Fizik zorlama ile zarar verme, yaralama, öldürme tehdidi ile veya ruhsal hastalık, zihinsel gerilik veya ilaç-madde etkisi ile, yargılama yetisinin olmadığı durumda bir çocuğa, ergene veya yetişkine cinsel girisim anlamadır. Bu tanım vaginal, anal, oral giriş ve giriş girişimlerini kapsar.

Eş-Partner Şiddeti (Intimate Partner Violence)
Kadınların eşi, eski eşleri, sevgilileri ve eski sevgililerinden gelen cinsel şiddetı kapsar.

Randevu Tecavüzü (Date Rape)
Eski sevgilinin ya da boylanmakta olan eşi tarafından gerçekleşen tecavüzlardır. Üniversite kampüslerinde görülen tecavüzlər %80’inin tanıdık biri veya randevulaşanlar tarafından yapıldığı bildirilmiştir. Bu tür kişilerden gelen tecavüzlər bir travma olarak tanımlanması daha zordur; bu nedenle kılındaki haddi daha çok suçlar, sorumlulu tutar, daha da az bildirir ve sonuçta ruhsal bozukluk daha ağır olabilir.

İşyerinde Cinsel Taciz
İşyerindeki işverenin veya amir konumındaki kişilerin yönelttiği taciz, işyeri dışındakı gerçekleşen cinsel tacizlere benzerlik göstermekle birlikte; aynı zamanda bir çalışma koşulu haline gelerek, mağdurun çalışma hak ve özgürliğini ihlal ettiği ve dolayısıyla ekonomik özgürlüğünü ve özerkliğini tehdit ettiği için, işyeri dışında gerçekleşen cinsel tacizden ayrılmaktadır. Bu nedenle bu duruma “Ekonomik Tecavüz” diyen yazarlar da vardır.

Ensest

Cinsel bir baskı yaşadığını açıklayan bir çocuk/ergen, önce suçlanmadan dinlenmelii, istismarın varlığı araştırılmalı ve istismarın süresi engellenmelidir. Çok kere, aile içi cinsel istismarda, istismar eden kişi, kızının sağliğini kalmamasına özel göstermektedir. Zarf olmaması cinsel istismar öyküsünü destekleyecek; ama varlığı cinsel istismarın yaşanmadığını ilişkin bir kanıt olarak değerlendirilmemelidir. Benden bı bir inceleme yapmak gereksiz, çocuğa önce yapılacak muayene anlatılmalı,

Bazı cinsel şiddet mağdurları diğerlerine göre olayın etkileriyle daha kısa zamanda baş edebilirken, bazı mağdurlar ugradıkları travmatik olayın etkilerini yaşamları boyunca taşır. Cinsel taciz sonrasında mağduren yaşı, gelişimsel olgunluğunu, mağdurun ulaşabileceği sosyal destek sisteminin varlığı/yokluğu, saldırınlara yakınlığı, olayın şiddetini, sürüşü, olayın gerçekleştiği yer, şiddetin düzeyi, yaralanmanın olması, mağdurun olaya ilgili değerlendirmenin yapılmaması için gittiği veya gönderildiği karakoldaki polisin taciz olayına ve mağdura yaklaşımı, tibbi değerlendirmenin yapıldığı yerdeki tibbi personelin yakınlığı-tutumu, gittiği mahkemede mahkemeden tutecekleri seçkinin tutumu, toplumun degerli duygu tutumları, çöktüğü hakimlerin tutumu, sevdiklerinin tutumu, adalet sisteminin tepkisi, travmatik olayın cinsel taciz mağduru için anlamlı gibi etkinlere göre, tacizin etkileriyle baş etme şekilleri de farklılaşır.}

Cinsel Tacize Uğrayan Bir Kişi veya Yakınları Ne Yapabilir?


Koruma

Aile içinde istismar edilmiş olan bir çocuğun veya gencin evden, alıflı ortamdan uzaklaştırılması onu suçlamak-demektir. İstismar eden kişinin uzaklaştırılması ve çocuğa veya gence diğer aile üyeleri ile yeni bir yaşam düzenlemesinin yapılması ideal yoldur. Bu seçeneğin gerçekleştirilemediğinde çocuğun için en uygun yeni düzen araştırılmalıdır. Çocuğun cinsel istismarı ile öğrenen diğer aile üyeleri (sıklıkla anne) için de travmatik bir deneyim oluşturulur. Anne veya çocuğa Bakan diğer üyeler kendi terlemini toparlar ve güç kazanırlarla çocuğa koruma ve bakma iddianını yürebilirler.

Cinsel istismarı yapan kişilerin tedavisi de tartışılmalıdır olun bir konudur. Bu kişiler, kendileri istediğini ve işbirliği yaptıkları takdirde, onların davranış değişikliği için de çalışılabilir. Ancak, bu özel uzmanlık isteyene ve uzun süreli bir tedavi ve izlem programı demektir.

Öneriler

4320 sayılı Ailenin Korunmasına Dair Kanun, aile içi şiddet durdurmak amacını taşır. Şiddet uygulayan kişiyi evden uzaklaştırır. Bu kanunun yararlanmaz için karakola, savcılığa veya SHÇEK il Müdürlüklerine başvurulabilir. Cinsel istismarın bir cinsellik değil saldırganlık olduğu bilgisi toplumda yaygınlaştırılmalıdır. Kadınlara yönelik cinsiyetçi şiddette haberdarlık ve karşı koyna programları yaygın

Cinsel suç mağdurlarının ve saldırganların tedavi programları sistemli olarak düzenlenmesi, olanların sayısı arttırılmalıdır. Cinsel taciz mağdurlarına çalışma, konuya ilgili resmi kurum- kuruluşlarla ve sivil toplum örgütleriyle bağlantı kurulması, hem mağdur hem de onunla çalışan sağlıkçiların güç kazanmasına yardımcı olacaktır.

Kaynaklar


Herman JL. Trauma ve İyileşme. İstanbul: Literatür, 2007.


KAMER http://wwwkamer.org.tr

Mor Çatı 2008 http://www.morcati.org.tr


Duygudurum Bozuklukları

OLCAY YAZICI, SİBEL ÇAKIR

TANIM


TARIHSEL BİLGİ

Duygudurum Bozuklukları

Sınıflandırma

Duygudurum bozuklukları iki ana gruba ayrılır ve bu ana gruplar da kendi içlerinde aşağıdaki gibi bölümlenir:

**Bipolar (İki Kutuplu) Bozukluklar (BP)**
- Bipolar-I Bozukluk (BP-I)
- Bipolar-II Bozukluk (BP-II)
- Siklotimi
  - Başka Türülü Adlandırılamayan-Bipolar Bozukluk (BTA-BP)

**Depresif Bozukluklar (DB)**
- Major Depresif Bozukluk (MDB)
- Distimik Bozukluk
  - Başka Türülü Adlandırılamayan Depresif Bozukluk (BTA-DB)

**Bipolar Bozukluklar (BP)**

Yalnızca depresyon dönemleriyle seyreden Depresif Bozukluklar’ın tersine, Bipolar Bozukluklar, depresyonlar yanında manik, hipomanik ya da karma dönemler de geçiribilemeleri ile tanınır. Bipolar bozukluklar dört bölümdede incelenir:
- Bipolar-I Bozukluk (BP-I)
- Bipolar-II Bozukluk (BP-II)
- Siklotimi
  - Başka Türülü Adlandırılamayan Bipolar Bozukluk (BTA-BP)

**Epidemiyoloji**

**Sıklık**

Bipolar bozukluğun (BP) yaşam boyu yayılımı (prevalans) klasik olarak %1 şekilinde kabul edilmektediydi. Son çalışmalarla bu oran %1-2 arasında görülmekte ve genelde %1.2 olarak bildirilmektedir. Ancak, belirgin bipolar özellikler taşmasına kar-
şın, şimdiki tanı ölçütleri dışında kalan ‘silik’ bipolarları da kapsayan ‘bipolar spektrum bozukluğu’ dikkate alınır, toplam oranının %5’e yükseltiği bildirilmiştir. Alt grupların sıklık derecesi incelenecektir, yaşam boyu prevalans bipolar-I bozukluk için %1, bipolar-II ve siklotimik bozukluk içinse %0.5 deyiminde görülmektedir.

**Sosyodemografik Özellikler**

**Yaş:** BP, çocuk ve yaşlıarda ortaya çıkması daha seyrek bir olasılık olsa da, her yaşta başlayabilir. Genelde 15-35 yaş arasında başlar ve median başlama yaş erkekler için 18, kadınların 20 olarak bildirilmiştir.

**Cinsiyet:** Kadın ve erkekte benzer oranlarda ortaya çıkar. Ancak hızlı dönümlü (yılda 4 ya da daha fazla dönem geçiren) grup, kadınların daha sık ortaya çıkar görünmektedir.

**Sosyoekonomik Durum/Irk ve Etnik Köken:** Bu konudaki sonuçlar çelişik olup, genelde bunlar risk etmeni olarak görünmemektedir.

**Evlilik Durumu:** Evlenmemiş ya da boşanmışlarda BP oranı daha yüksek bulunmasına karşın, bu veri neden değil sonuç olarak yorumlanmıştır.

**Patogenez**

**Biyolojik Açıklamalar**

Duygudurum bozukluklarının, duygular ve biliş (kognisyon) düzenleyen nöronal sistemlerin işlev bozukluğuuna bağlı olduğu düşünülmektedir. Ancak, altında yatan bozukluğun düzeneği henüz tutarlı şekilde açıklanamamıştır.

**Genetik Çalışmalar**

Bipolar hastaların birincisi derece yakınlarındaki bipolar bozukluk oranı %3-8 şeklinde artmış bulundu. Monozigot ikizlerde duygudurum bozuklukları konkordanşı %60-90 bulunurken, dizizot ikizlerde bu oran %16-35’de kalmaktaydı. Evlat edinme çalışmaları da genetik bağlantıya doğrulandı. Sonuç olarak, duygudurum bozukluklarına yakınlığın genetik olarak iletiliği ve bu bağlantının bipolar bozulukta en fazla olduğu kabul edilmekte birlikte, bu çok genli-karmaşık olarak düştünellyen geçişin biçimi ve sorumlulukları henüz aydınlatılmış değildir.

**Monoamin Varsayımı**

Sinaptik aralıktaki serotonin (5-HT) ve noradrenalin (NA) düzeylerini artıran maddelerin (örn. antidepresanlar) depresyonu düzeltmesi, tersine, bu monoaminleri (MA) azaltan maddelerin (örn. rezerpin) depresyona yol açtiği gözlemi, ‘duygudurum bozukluklarına yatkınlık genetik olarak iletiliği ve bu bağlantının bipolar bozulukta en fazla olduğu kabul edilmekle birlikte, çok genli-karmaşık olarak düştünellyen geçişin biçimi ve sorumlulukları henüz aydınlatılmış değildir.
niyi’ temsil edih olabileceğini ileri sürülmüştü. Ancak, bu bulgular hem hastaların bir bölümü için geçerli görünüyor; hem de yöntemsel sınırlıkları içeriyordu. Sonuçta, duygudurum bozukluklarını yalnızca monoaminörjik aktivite değişmeleriyle ile açıklamanın ‘fazla basite indirgenmemiş’ bir görüş olduğu düşünüldü.

Sirkadyen Ritm Varsayım
Bu görüş, BP’deki genetik defekti sirkadyen ritimleri düzenleyen mekanizmalarla iliskili olduğunu ileri sürerek, şu verilere dayanır: BP hastalarında ›flaga duyarlılık artmış olduğu ve bunun dönemlere özgü olmaktan çok, süren bir yatkınlık göstergesi olabileceğini düşündü; Bazı olguların mevimsellik özelliğini göstermesi, yani hastalık dönemlerinin aynı mevimsellerde, genellikle mevsim değişmeleri sırasında ortaya çıkması; hastalık dönemlerinin genellikle uyku bozuklaryla başlaması.

Duyarlılaşma Varsayım

Son Çalışmalar

Psikolojik Açıklamalar
Psikolojik açıklamalar genelde depresyon dönemleri için ileri sürülmüş olup, depresif bozukluklar bölümünde incelenecektir. Mani ise depresyona karşı kullanılan savunma mekanizmalarıyla bağlantılı görülmüştür.
Klinik Özellikler

Bipolar bozukluktan hasta manik, hipomanik, karma ve major depresif dönemler geçirebilir. Günümüzde kullanılan iki temel tanı ve bölüme sistemi olan DSM-IV ve ICD-10 ölçütleri, duyugurum bozuklukları konusunda çok benzer olduğundan, anlatım başlıca DSM-IV çizgisine dayandırılmıştır.

Manik Dönem

Duyugurum Değişmesi

Öforik, İrritabil ya da Ekspansiv Duyugurum: Hastada patolojik bir şekilde (gerçek durumla ve premorbid çizgisyle uygunuz) kendini çok iyi hissetme, neşe, keyif, mutluluk, coşku hali (öfori) yaşantılabilir. Ya da aşırı bir sinirlilik, hırçınlık, öfke ve saldırganlık (irritabilite) sergilenebilir. Ya da bunlar çok net görüleni-yorsa bile, her tür etkinliğe (sosyal, iş, cinsel) seçici olmayan şekilde girmek için artmış bir istek (ekspansivite) bulunmaktadır.

DSM-IV sistemi, manik dönem tanısı için bu duygudurum değişimlerinden en az birinin varlığı zorunlu görür. Bunun süresi için de en az 1 haftayı gerektirir ama hasta yatırılacak süreye bakılmaz.

Diğer Belirtiler

Duyugurum değişimine eşlik edebilecek yedi belirti tanımlanır:


3. Lögore, Baskılı Konuşma: Hasta her zamankinden daha fazla konuşmak tadıdır (lögore) ya da konuşmasını durduramaz ve karşışındaki konuşma fırsat tanımaz (baskılı konuşma).

4. Düşünce Uçuşması, Düşünce Hızlanması: Çağrışımaların çok hızlanması nedeniyle bir fikirden iliskisiz görünen başka bir konuya geçişin bir konuşma ortaya çıkabiliyor (duşünce uçuşu) ya da hastanın kendisi düşüncelerinin hızlandığı, aynı anda birçok şeyi düşünebildiğini hissetmektedir (duşünce hızlanması).

5. Distraktiblitye: Kendiliğinden dikkat çok arttı olduğu için, hastanın dikkatli bir konuya odaklanamaz ve dikkat önemsziz uyanılarla başka yöne çelinebilir, bir konuşya konsantrasyon güçlüğü yaşanır.


7. Kötü Doğurabileceğim ama Zevk Verici Olarak Alglasan Etkinliklere Aşırı Eğilim (Risikli Davranışlar): Simirşiz harcama, sahip olduklarını başkalarına dü-
şunmeden verme, üçük projelere girişme, seçimsiz cinsel ilişkilere girme vb riskli davranışlar sonuçları düşünülmemekizin yapılır.

DSM-IV, manık dönem tanısı için yukarıdaki yedi belirtiden, öforderi varlığında en az üçünün (irritabil duygudurumda ise dördünün) varlığını zorunlu görür.

**Psikotik Mani**


**Hipomanik Dönem**


**Bipolar Depresif Dönem**

Bipolar depresif dönemin belirtileri, unipolar (major depresif) bozukluğun depresif dönem belirtileriyle temelde aynı olduğu için, depresif bozukluklar bölümünde anlatılacaktır. Ancak, bipolar depresyonda bazı özellikler unipolar depresyondan daha fazla görülmektedir ve bunların varlığı BP bozukluk gelişmesinin öngörücüleri olarak değer taşır, ailede BP bozukluk varlığı, antidepresan ile manık kayma, yineleyici ve daha kısa depresif dönemler, atipik depresif belirtiler, erken yaşta başlama, psikotik depresyon varlığı gibi.
Karma Dönem

Manik ve depresif belirtilerin karışık şekilde birlikte bulunduğu dönemlere karma dönem adı verilir. DSM-IV bu tanı için manik ve major depresif dönem ölçütlerinin tam olarak aynı anda ve en az 1 hafta süreyle karşılanmasını gerektirirken, ICD-10 ‘manik ve depresif’ belirtilerin karışık ya da dalgalanarak gittiği en az 2 haftalık bir dönem‘den söz eder. Ancak, karma dönem de daha iyi tanımlanma gerektir. Karma dönem birçok hastada, manik belirtilere bir kaç depresif belirtilerin eklenmesi şeklinde görülmekte ve maninin bir biçimi gibi algılanmaktadır. Ancak, manik ve depresif belirtilerin karışımı her oranda ortaya çıkabilir ve örneğin belirgin bir depresyon varlığında agresivite ve düşüncе hızlanması da sık görülebilir bir durumdur.

MANIK DÖNEM (DSM-IV)

A. En az 1 hafta süreyle (ya da hospitalizasyon gerekçiyorsa süre bâkılmaksızın) anormal ve sürekli bir şekilde yükselmış, öförik, irritabl ya da ekspansiv ayrı bir duygu dönuşunun varlığı
B. Duygu dönuşunun dönuşu sırasında aşağıdaki belirtilerden en az üçünün (duygudurum yalnızca irritabl ise dördünün) belirgin bir derecede ve sürekli varlığı
   1. Abartılı yükselmış benlik değer duygusu ya da grandiyözite
   2. Uyku gereksiniminde azalma (Örn. yalnızca üç saatlik uykuyla kendini dinlenmiş hissetme)
   3. Her zamanında daha konuşkan olma ya da baskılı konuşma
   4. Düşünce uçmasız veya da Özel olarak düşüncelerin çok hızlandığı hissetme
   5. Distraktibilite (Yani dikkatin önemsiz ya da konu dış uyaranlara kolayca çikılmemesi)
   6. Amaca yönelik aktivite artışısı (sosyal, iş, okul ya da cinsel aktivitelerde) ya da psikomotor ajitasyon
   7. Önemli zararlara yaratabileceği zevk verici etkinliklerle kolayca girme (Örn. sonucu düştü verilmez cinsel ilişkiler, iş yaratmaları ve ası harcama)
C. Belirtilerin karma tip dönuşune uymaması
D. Duygu dönuşunun dönuşunun iş yaşamı, sosyal etkinlik ve ilişkilerde belirgin bozulmaya yol açacak ya da kendine ya da başkalarına zarar vermesini önlemek için hastaneye yatırılması gerektirecek ağırlıkta ya da psikotik özellikle olması
E. Belirtilerin madde kullanımının (örn. madde kötüye kullanımı, ilaç ya da diğer sağaltılar) ya da genel tibbi bir hastalığın (örn. hipertiroidi) doğrudan etkile- rine bağlı olmaması

İnceleme Yöntemleri

Manik, depresif ve psikotik belirtilerin şiddetlerini ölçmek için geliştirilmiş bazı skalalar kullanılmaktaysa da, tanı koymaya yardımcı olacak biyolojik veya...
psikolojik bir laboratuvar incelemesi bulunmamaktadır. Fizik muayene ve incele-
meler organisiyeyi araştırma anlamında kullanılır. Temel tanı araci, hasta ve ailey-
le yapılan görüşmedir.

Tanı-Ayırıcı Tanı

Bipolar Alttipler Ayırımı

Bipolar-I Bozukluk
Tanı için gereken, bir manik ya da karma dönem geçirmiş olmaktır. Bipolar-I bo-
zukluhta hasta her tür duygudurum dönemi (manik, karma, major depresif, hipoma-
nik) geçirebilir ve tanı değişmez.

Bipolar-II Bozukluk
Tanı için gereken, bir major depresif ve hipomanik dönem geçirmiş olmaktır. Bi-
polar-II bozukluhta hasta yalnızca bu dönemleri geçirebilir. Manik ya da karma bir 
dönem geçirmesi durumunda tanı Bipolar-I bozukluğa döner.

Siklotimi
Tanı için gereken, hipomanik ve minor depresif (major depresif dönem ölçütlerini 
karşılamayan depresif belirtiler) dönemlerin ara vermesizin, kronik olarak sürme-
sidir. DSM-IV kroniği, “en az iki yılda sürûyor olma ve bu sürede en fazla iki 
ay süreklı iyi kalabilme” şeklinde tanımlar.
Hipomanik ve minor depresif dönemlerin dalgalanarak gitmesi bazı hastalarda görû-
len önemli bir durum olmakla birlikte, ‘en az 2 yıllık hastalıktan ve en fazla 2 aylık sü-
rekli iyilik dönemi’ ölçütleri biraz zorlayıcı, kısıtlayıcı ve yapay nitelikte görülebilir.

BTA (Başka Türü Adlandırılmayan) Bipolar Bozukluk
Yukardaki sınıflandırmalara uymayan bipolar özellikli bozukluklar bu kategoride 
tanımlanır.

Bipolar Bozukluk-Şizoafektif Bozukluk-Şizofreni Ayırıcı Tanısı
Psikotik bipolar dönemlerin varlığında, bipolar bozukluğun şizofreni ve şizoafektif 
bozukluklardan ayırt edilmesi sorunu ortaya çıkar. Çünkü, şizofreninin özellikle 
baslangıç dönemlerinde de psikotik manik ve depresif dönemler ortaya çıkabilir. 
Şizoafektif bozukluk ise, şizofreniyle duygudurum bozuklukları arasında yer alan 
ve snrları henüz belirsiz bir hastalıktır. Özellikle psikotik duygudurum dönemleri-
le seyretmesidir. Dolayısıyla, bu üç hastalık arasındaki ayırtı tanıının ciddi sorun 
olacağı açıklar.

DSM-IV, bu ayırtı tanı için şu ilkeyi benimsemiştir: Psikotik belirtiler (hangi 
nitelikte olursa olsun), bir duygudurum dönemde sınırlı kalıyorsa, tanı ‘bipolar
bozukluk’ olacaktır. Yani, psikotik belirtiler bir duygudurum döneminden önce ya
da sonra yalnız başına bulunmaktadır. Örneğin, şöyle bir hasta düşünülmek: önce
hezeyan (sanrı) ya da halüsinasyonlar (varsanı) başlayıp, bir hafta sonra manik be-
lirtiler ortaya çıksın, daha sonra manik belirtiler tedaviyle düzelsin ama psikotik
belirtiler manik belirtilerinin kaybolmasından sonra iki hafta daha sürsün. Bu durum-
da, psikotik belirtiler manik dönem Yokluğunda toplam üç hafta yalnız başına bul-
unmuş olacaktır. DSM-IV’ün, ‘duygudurum dönemine sınırlı olma’dan kastettiği,
psikotik belirtilerini duygudurum belirtiler olmakizin bulunamayacağı sürenin ‘iki
haftadan daha kısa’ olmasıdır. Dolayısıyla, yukarıdaki örnek olguda, psikotik belir-
tiler duygudurum belirtisi olmaksızın iki haftadan daha uzun sürede bulunduğundan,
bipolar bozukluk tanısı alamayacaktır. Tanı, ‘şizoafektif’ ya da ‘şizophrenik bozuk-
luk’ olacaktır. DSM-IV şizoafektif bozukluk tanısı için, ayrıca, bu psikotik belirti-
lerin mutlaka bir duygudurum dönemi sırasında ortaya çıkan olmasını gerekli gö-
rür; yani bir duygudurum dönemi olmaksızın iki haftaya ortaya çıkan psikotik
belirtilerin varlığı, tanıyı şizoafektif bozukluğun da ötesine şizophreniye doğru gö-
türecekdir.

DSM-IV, şizoafektif ve şizophrenik bozuklukları ayırmak için ise, uzunlamanın
gidişe bakmayı önerir. Eğer hastanın geçirdiği duygudurum dönemlerinin süresi,
toplam hastalık süresi içinde önemli bir yer tutuyorsa, tanı şizoafektif bozukluk;
tersi durumda ise şizophreni olarak olur. Ancak, buradaki ‘önlümli süre’ kavramının bu-
lanık ve önlüm olduğu açıklıktır. Yani, şizoafektif bozukluk ölçüleri henüz belirlitiz
rümektedir. Bu nedenle birçok klinisyen, duygudurum ve duygudurum bozukluk ile şizophreni
arasında ayıncı tanıyı yapamadıkları ve duygudurum bozukluğu ile psikotik
belirtilerleri ceşitli oranlarda karşılık şekilde yaşayan; ancak, işlevsellik düzeyi
tam ya da oldukça kalımlı olguları, ‘Şizoafektif Bozukluk’ olarak görme eğili-
mindedirler.

Organisite
Her psikisatrik bozuklukta olduğu gibi bipolar bozuklukta da ilk iş, görünen tablo-
nun altında birincil olarak bir madde kullanımını ya da organik bir bozukluk yanıp
yasamadığını düşünmek. Organik bozukluk medikal ya da nörolojik bir hastalık
özelliğinde olabilir. Üstelik, organik bozukluğun kendi belirtilerini henüz sergilen-
yor ya da psikisatrik tablo altında silik veya onunla karşılaştığı şekilde gözden kaç-
yor olabilir. Bu durumda, organisite düşünmek için şu üç belirti uyarıçı işaretler
olarak görülmelidir: hastanın yaşlı olması; hastalığın 40 yaş üstünde ilk kez baş-
yor olması; dezoryantasyon belirtileri.

Sınır (Borderline) Kişilik Bozukluğu
Sınır kişilik bozukluğunda da özellikle siklotimi ile karışabilecek duygudurum dalga-
lanmaları görülebilir. Üstelik bipolar bozuklukta bu kişilik bozukluğunun eşlik etmesi
siktır. Dolayısıyla her iki hastalığın ölçütlere uyan kişilerde iki tanı birlikte konabilir.
Eşlik Eden Özellikler ve Bozukluklar

İntihar (Özkıym)

Bipolar bozukluklar, major depresif (unipolar depresif) bozukluktan bile daha yüksek bir özkıym riski taşır. Hastaların %10-15’i özkıymla kaybedilmektedir. Özkıym riski, karma ve bipolar depresif dönemlerde yüksektir ve psikotik belirtilerin eklenmesiyle risk daha da artar.

Eştanlar

Bipolar bozukluğa en sık eşlik eden diğer psikiyatrik bozukluklar arasında, alkol ve maddede kötüye kullanım ve bağımlılık, yeme bozuklukları, DEHB (dikkat eksikliği-hiperaktivite bozukluğu), panik bozukluğu, sosyal fobi ve sınır kişilik bozukluğu sayılabilir.

Gidiş ve Sonlanım


Tedavi

Biyolojik Tedaviler

Akut Dönem Tedavisi

İlk sorun hastanın yatırılma kararına yöneliktir. Hipomani ve hafif manilerin, aileyle kurulacak yakın işbirliği ile ayaktan sık kontroller şeklinde sağlantı olsunlardır. Ancak, hafif görünen bir dönemin hızla şiddetlenebileceği unutulmamalıdır; ayrıca

**Hipomanik ve Manik Dönem Tedavisi**

Mani ve hipomani, genelde duygudurum dengeleyicileri (lityum, valproat ve karbamaçepin) ile antipsikotik ilaçların birlikte kullanımla sağlanır. Hipomanik ve hafif flatlu manik dönemlerin yalnızca duygudurum dengeleyicileri ile sağlanabileceği de düşünülebilir. Ancak, genelde eksişasyon ve ajitasyonun hızlı kontrolu için antipsikotik gerekecektir. Benzodiazepinlerden de uyku düzenlemek ve eksişasyonu kısmen kontrol etmek için yararlanılabilir. Duygudurum dengeleyicilerinin dozu kan düzeyleri ile ayarlanır. Lityum 1 mEq/l, karbamazepin 10 mg/l, valproat 100 mg/l gibi üst sınırlarda tutulur. Lityumun 1.2 mEq/l’nin üstünde toksisite gösterdiği akılda tutulur. Ayrıca lityumun klasik antipsikotikler (nöroleptikler) ile birlikte kullanımda nörotoksisite gösterebileceği unutulmamalı ve nöroleptik yerine atipik antipsikotikler seçilmelidir. Lityumun klasik antipsikotiklerle birlikte kullanımla nörotoksisite gösterebileceği bilinir. Maninin psikotik olması durumunda da sağlık ilâkileri değişmez ancak antipsikotik kullanımı daha kaçınılmaz olur. ilaçlara dirençli çok ağır ve ajitasyonu kontrol edilemenin bazı manik durumlarda EKT de bir seçenektir ama bu nadiren gerekir.

**Karma Dönem Tedavisi**

Karma dönemler de mani gibi sağlanır ama lityum yerine valproat seçiminin daha etkin olacağı düşünülebilir. Karma dönemlerin psikotik ve özkyüym riskleri yüksek; ayrıca tedaviye daha yavaş yanıt verme ve uzun süre eğilimi gösterir.

**Bipolar Depresif Dönem Tedavisi**

görünmektedir. EKT ile de manik kayma riski bulunsa da, intihar riski ciddi depresyonlarda EKT ilk seçeneğ olmalıdır. Ayrıca, psikotik depresyonun ancak EKT veya antipsikotik+antidepressan kullanımına yanıt verdiği unutulmamalıdır.

Sürdürüm Tedavisi


Koruma Tedavisi


Koruma uzun süreli bir tedavi olduğundan, kullanılan ilaçların yan etkileri ve diğer ilaçlarla etkileşimleri önem kazanır. Lityum, bazı hastalarda hipotiroidiye yol açabilir ve renal yetmezlik durumunda atılıp toksisite ortaya çıkabilir. Antikonvulsan kullanılmada ise hepatik ve hematolojik değişiklikler önem kazanır. Diğer yanet antipsikotikler, iyi tolerede edilebilir ve tardiv diskinezi risklerinin düşük olmasıyla uzun kullanım için avantaj yararırken, kilo alıncı yan etkileri sorun olabilir. Bu nedenle, hastaların endokrinolojik, renal, hepatik ve hematolojik durumları, kilo alımı ve metabolik sendrom eğilimleri düzenli şekilde izlenmelidir. Koruma sırasında duygudurum dengeleyicilerin kan düzeyleri de düzenli aralıklarla izlenerek doz ayarlamaları yapılır. Korumada tercih edilen kan düzeyleri genelde, lityum için 0.8 mEq/l, karbamazepin için 8 mg/l, valproat için 80 mg/l dolaydır; ancak rahatsızlık edici yan etkiler varlığında bu sayılar sırasıyla 0.6, 6, 55’e kadar indirilebilir.
Psikolojik Tedaviler


Depresif Bozukluklar

Depresif Bozukluklar yalnızca depresif dönemler içerirler ve üç bölümde incelenirler:

- **Major Depresif Bozukluk (MDB)**
- **Distimik Bozukluk**
- **Başka Türü Adlandırılamayan Depresif Bozukluk (BTA-DB)**

**Epidemiyoloji**

Patogenez

Biyolojik Açıklamalar

Genetik Faktörler

Duygudurum bozukluklarına yalnızlıkın temelde genetik olarak aktarıldığı kabul edilir. Ancak, bireydeki bu genotip özelliğin ‘etkin’ hale geçmesi (penetransı), kalitsal olmayan çevresel faktörlerle modifiye edilmektedir. Monozigot ikiz çalışmalari duygudurum bozukluklarının ancak %50-70 oranında genlerle açıklanabileceğini düşündürmektedir. Bipolar bozukluk için %70’e çıkan bu oran; MDB için ancak %50 dolayında görülmektedir.

Monoamin (MA) Varsayımı


Nöroendokrinolojik Etkenler

Deksametazon Supresyon Testi (DST): MDB’li hastalarda DST’nin pozitif bulunması, yani supresyonun olmaması verisi, DST’nin depresyon tanısı sağlayacak ya da destekleyecek bir test olarak ileri sürülmesi için plana çıkılmıştı. Ağır depresyonda daha belirgin olup, klinik iyileşmeyeyle DST’nin de normalleştiği, dahası klinik iyileşmeyi önceden haber verdiği bulguları bir heyecan ve umut yaratmışsa da; bu nonsupresyon durumunun depresyon dışında da (örn. bazı ilaçların kullanımı, malnütrisyon, diğer tibbi hastalıklar ve enfeksiyonlarda) görülemiştir ve hala kullanılmaktadır.

CRH: Benzer şekilde CRH kontrolündeki bozukluk verileri de kesin bir sonuca ulaşılmadı.

Tiroid: Hipotiroidi, depresyonla en yakın ilişkideki tibbi durum olarak görülür ve tiroid işlevleri her depresif hastada, dahası her duygudurum bozukluğunda araştırılıp izlenmesi gereken bir faktördür. Hipertiroidi durumunda da anksiyeteli depresyon görülebilir. Ancak, tiroid bozuklukları her depresif hasta için geçerli olmayıp, yaklaşık %25 hastada anormallik saptanır. Bu hastalar antidepresan tedaviye iyi yanıt vermez.
ve MDB düzelse bile erken nükseder. Sonuç olarak, endokrinolojik bazı anormallikler depressiona bağlantılı görünse de, bunların depresyon için nedensel mi yoksa ortaya çıkan ikincil yansımalar mı olduğu bir soru olarak kalmıştır.

Psikososyal Etkenler

Yaşam Olayları ve Çevresel Stres
MDB ortaya çıkışında yaşam olaylarının esas rolü oynadığı, özellikle çocukluktaki ana-baba kaybının önemli olduğunu belirtir çok sayıda araştırma rağmen, bunların ancak sınırlı bir önem taşıdığı düşünceleri de vardır. Eş kaybı ve işsizlik diğer çevresel risk faktörleridir. Hem depresif bozukluklar hem de bipolar bozukluk için, ilk hastalık döneminin bir yaşam olayı ile tetiklendiğine dair klinik gözlemler bulunmaktadır. Bu durum ilk hastalık döneminin kalıcı bir takip biyolojik değişiklikler (nörotransmitter düzeyinde, nöronal düzeyde, intranöronal sinyal sistemi ve snapshot düzeyde) yarattığını ve sonraki dönemlerin stres faktörü olmadan da ortaya çıkabildiğiyle bir varsayımda açıklanmaktadır.

Kişilik Özellikleri
Tek başına MDB ile ilişkili bir kişilik özelliği ya da tipi olmadığı; belirli şartlar, stress faktörleri, biyolojik faktörlerle etkileşerek, tüm kişilik tiplerinde MDB gelişebileceğini düşünülür. Bununla birlikte obsesif kompülsif, histirionik ve borderline kişilik bozukluklarının, antisosyal ve paranoid kişilik bozukluğuna göre MDB için daha riskli olduğu söylenebilir. Yakın zamanda yaşanmış stresli yaşam olayları MDB için en önemli risk olup, stres faktörünün şiddetini kişilere artıran ve sonraki dönemlerde stres faktörüne yansıyan, dolayısı ile o stress faktörünün kişi için ne anlam ifade ettiği önemlidir.

Psikodinamik Açıklamalar
Kendiliğinde gelişme sürecinde ana-baba tarafından kırılanması ve pekiştirilmesi gereken, kendine güven gereksinimi kırılanlığında depresyonu yatkınlık gelişir.
çocukluktaki bağlama ve travmatik ayrılmalarla ilgili sorunlar da depresyona yakınlık yaraticıdır. Erişkinlikteki kayıplar ise, travmatik çocukluk kayıpları ile ilgili yıllantıları ansımsatır ve erişkinlik dönemi depresyonlarını tetikler.

**Bilişsel (Kognitif) Kuram**


**Öğrenilmiş Çaresizlik**


**Klinik Özellikler**

**Major Depresif Dönem**

**Duygudurum Değişmesi**

İki ana çekmüs duygudurum tipi tanımlanmıştır: Depresif duygudurum ve ilgi kaybı ya da zevk alamama. Hasta kendini çekmüs, kederli, hızlı, çekici, psikolojik bir acı içinde, mutsuz ve ağlama eğilimi hisseder (depresif duygudurum). Yaşamları anlam ve zevki kayıp, tüm ilgi, dürtü ve istekler kaybolmuştur (ilgi ve zevk yitimi).

**Diğer Belirtiler**

Duygudurum değişimine eşlik edebilecek yedi belirti tanımlanır:
1. İştah ya da kilo kaybı ya da artış
2. Uykusuzluk ya da uyku artışı
3. Psikomotor ajitasyon (anksiyeteyle huzursuz, kırık kırık olma) ya da retardasyon (harekетlerin yavaşlanması, azalması, durgun ve suskun olma)
4. Yorgunluk, bitkinlik, enerjisizlik
5. Değersizlik, suçluluk duguşu
6. Düşüncelerini odaklayamama (konsantrasyon güçlüğü), kararsızlık
7. Ölüm-intihar düşünceleri, intihar tasarları ya da girişimleri

DSM-IV Sistemi, major depresif dönem tanısı için bu belirtilerden en az birisinin duyguşum belirtisi olma (depresif duyguşum ya da zevk/ilgi yitimi) koşuluyla, toplam en az beş belirtinin, en az iki hafta süreyle belirgin şekilde varlığını gerektirir.

Bazen depresif semptomatolojiyi ve işlevsellik bozulmayı belirgin olarak ifade etmesine rağmen, kişi depresyonda olduğunu fark etmemeyebilir. Depresif hastaların en sık başvuru yakınmaları, enerji azlığı, basit günlük işleri yapamama, düşünceleri bir konuya yoğunlaştıramama, ıstah azalması, uyku maarı güçlüğü, ilgi kaybı, üzüntü, huzursuzluk ve iç sıkıntıları, düşüncelerin yavaşlaması, karar vermede güçlük, sabah erken uyuma, intihar düşüncede ve tasarları, kilo kaybı, ağlama ve umutsızlıklar.


**Psikotik Depresyon**

Depresif belirtilere hezeyan ve/ya da halüsinasyonların eklenmesi durumunda ‘psikotik depresyon’ den söz edilir. Psikotik belirtilerin teması depresif nitelikte ‘duygudurumla uyumlu psikotik depresif dönem’ den söz edilir. Örneğin, değersizlik (Benim aşağıklık olduğunu söyleyen sesler var), suçluluk (Beni suçlayan sesler var), yoksulluk (Mahvolduk, bittik, iflas ettim, sokağa düşeceğiz), felaket beklenishi (Savaş çıkacak, çocukların ölecek, kıyamet kopacak), cezalandırılma beklenisini (Cehennemlemişim), nihilistik (Ben yokum, öldüm, iç organların çırdı, bedenim odun kesti çalışmıyorum) temaları gibi. Eğer psikotik belirtiler depresif tema dışında psikotik belirtileri içeriyorsa (paranoid ya da Schneider'yan özellikler ya da başka herhangi bir psikotik/şizofrenik belirti özelliğindeyse) “duygudurumla uyumsuz psikotik depresif dönem” den söz edilir. Ancak, ilk bakiста duyguşumla uyumsuz gibi görünen psikotik belirtilerin açıklaması depresif içerikte gene duyguşumla uyumlu sayılır. Örneğin, “takip edildiği” düşüncenin hastanın açıklaması; ‘Çünkü suçların yüzünden lanetlendi’m şeklinde olabilir.
Melankolik Depresyon
Hipokrat zamanına uzanan tarihsel bir terim olan melankoli; şiddetli anhedonî (zevk alamama), sabah erken uyanma, kilo kaybı, suçluluk duyguları gibi belirtilerin yoğun olduğu depresif dönemi anlatmak için kullanılır. İntihar düşünceleri yaygındır.

Atipik Depresyon
‘Tipik’ denen depresyonda uyku, istah gibi vejetatif belirtiler azalırken; bunların tersine, artıştı bir depresyon da vardır ve buna ‘atipik’ depresyon adı verilir. Bu tip depresyon, daha erken yaşta başlama, panik bozukluğu gibi anksiyete belirtilerinin eşlik etmesi, alkol madde kötüye kullanım ve uzun süreli izlemde bipolar bozukluk gelişme riski gibi özellikler taşır.

MAJOR DEPRESİF DÖNEM (DSM-IV)

A. İki haftalık dönem içinde, daha önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olması ile birlikte aşağıdaki belirtilerden biri ya da daha fazlasının bulunması; en az birinin (1) depresif duygu durumun ya da (2) ilgi kaybı ya da artık zevk alamama olması gerekir.

1. Hastanın kendisinin bildirimi ya da başkalarının gözlemlesmeyle belirli, hemen hergün, gün boyu süren depresif duygu durum (çocuk ve ergenlerde iritabl duygudurum olabilir)
2. Hemen hergün gün boyu süren, tüm etkinliklere ya da bu etkinliklere çöguna karﬂı belirgin bir ilgi azalması ya da eski gibi zevk alamama
3. Diyet yapmadığı halde önemli derecede kilo değişikliği (azalma ya da artma), örneğin bir aya vücut ağrılığının %5’in fazlası kadar değişiklik; ya da iş tahan azalması veya artmış olması
4. Hemen hergün uykusuzluk ya da aşırı uyuma
5. Hemen hergün başkalarınca da gözlenebilir bir psikomotor ajitasyon ya da retardasyonun varlığı
6. Hemen hergün yorgunluk, bitkinlik ya da enerjisizliğin varlığı
7. Hemen hergün degersizlik, aşırı ya da uygunsuz olmayan suçluluk duyguları (hezeyan düzeyinde olabilir)
8. Hemen hergün düşüncelerini bir konuya yoğunlaştırma yetisinde azalma, kararsızlık
9. Yineleyici ölmü ya da intihar düşünceleri, intihar tasarısı ya da girişimi

B. Bu belirtiler karma bir episodun tanı ölçütlerini karşılamamaktadır.

C. Bu belirtiler klinik açıdan belli bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki ve önemli diğer işlevsel alanlarda bozulmaya neden olmaktadır.

D. Bu belirtiler bir madde kullanımını ya da genel tibbi bir durumun etkilerine bağlı değildir.

E. Bu belirtiler yas ile daha iyi açıklanamaz. Yanı sevilen birinin kaybından sonra ise, iki aydan daha uzun sürmekte ya da belirgin işlevsel bozulma, degersizlik düşünceleriyle hastalı düzeyinde uğraşma, intihar düşünceleri, psikotik semptomlar ya da psikomotor retardasyon bulunmaktadır.
İnceleme Yöntemleri


Tanı-Ayrıcı Tanı

Depresif Altıplerin Ayrımı

Major Depresif Bozukluk (Unipolar Depresyon)


Distimi


BTA (Başka Türülü Adlandırılamayan) Depresif Bozukluk

Yukarıdaki tanımlamalara uymayan depresif bozukluklar bu kategoride tanımlanır.

Depresif Bozukluk-Şizoafektif Bozukluk-Şizofreni Ayrıcı Tanısı

Ayrıcı tanı bipolar bozuklukta anlatıldığı gibidir.

Organik Nedenler

Depresif tabloya neden olabilen, belirgin kilo değişiklikleri ile giden, böbrek üstü ve troid işlev bozuklukları gibi tıbbi nedenler dışlanmalıdır. Madde kullanım, HIV enfeksiyonu ve yaşlılıarda viral pnömoniler araştırılmalıdır. Pek çok nörolojik ve tıbbi nedenin yanında, depresif tablo yaratabilen bazı farmakolojik ajanların kullanımı da dışlanmalıdır. Eğer depresif bozukluk herhangi bir tıbbi, nörolojik hastalı, madde ya da farmakolojik bir ajanın doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı ola-
rak ortaya çıkmışsa “genel tibbi duruma ya da madde kullanımına bağlı duygudurum bozukluğu” tanıısı konuşmalıdır.


Alkol madde kötüye kullanımları ve bağımlılığı, anksiyete bozuklukları, yeme bozuklukları, somatoform bozukluk, kronik yorgunluk sendromu, kişilik bozuklukları da ayırıcı tanıda düşünülmelidir.

### Eşlik Eden Özellikler ve Bozukluklar

#### Depresyon ve İntihar

Depresif hastaların üçte ikisi intiharı düşünür, %15’inden fazlası intihar girişiminde bulunur. İntihar girişiminde bulunan tüm vakaların %70’inde depresif bozukluklar vardır. Dolayısı ile MDB yaşamını tehdit eden, önlenmesi ve erken tedavi edilmesi gereken bir hastalıktır. Erkek cinsiyet, boşanmış, dul ya da bekar olma, yas reaksiyonu ya da alkol-madde kötüye kullanım eşliği intihar riskini artıran etkenlerdendir.

#### Eştanılar

Distimi, madde kullanım bozuklukları, panik bozukluk, obsesif kompulsif bozukluk, yeme bozuklukları ve sınır kişilik bozukluğunun major depresif bozukluğu eşlik etmesi sık görülür.

#### Gidiş ve Sonlanım


#### Tedavi

##### Biyolojik Tedaviler

**Akut Dönem Tedavisi**

Major depresif dönem antidepresan ilaçlarla tedavi edilir. Antidepresanlar iki üç hafta sonra etki etmeye başlar, dördüncü haftada yeterli düzeme yorka doz artışı

---

126 Duygudurum Bozuklukları
yapılır, tam etkinliğin görülmesi için altı sekiz hafta beklemek gerekir. Bir antidep-
resanla yanıt almamaksa, tercihen başka bir gruptan antidepresan seçilerek aynı
kurallarla uygulanır. Antidepresana kısmi yanıt alınmışsa, ilaç değiştirme yerine
eklemek tercih edilebilir. Bu amaçla lityum ya da atipik antipsikotik gibi antidep-
resan olmayan ajanlar veya başka bir antidepresan kullanılabilir.

İntihar riskinin yüksek olduğu olgularda EKT (elektrokonvulsiv tedavi) ilk te-
davi olarak seçilir. Psikotik depresyon da yalnızca antidepresan veya yalnız
antipsikotik kullanmasına iyi yanıt vermez, antidepresan+antipsikotik kombine kul-
lanmını veya EKT’yi gerektirir.

Distimik bozukluk da, şiddet açısından düşük profiline karşın, kronikliği nede-
niyle işlevselliği ciddi bir şekilde düşürmesi yanında, sık eşlik eden alkol-madde
kullanımı ve çifte depresyonla intihar riski taşır. Tedavisi MDB gibidir, ancak an-
tidepresanların daha yüksek doza ve daha uzun süre kullanımı gerektirir.

**Sürdürüm Tedavisi**

Hasta düzeldiğinde, o depresif dönemin tekrar canlanmasını (depreşme) önlemek
için, aynı tedavi altı ay daha sürdürlür.

**Koruma Tedavisi**

İşlevselliğin belirgin olarak bozulması, intihar oranının yüksek olması ve varolan tıbbi
hastalıkların kötüleşmesi gibi çok ciddi komplikasyonlar depresif bozuklukların mutla-
ka korkusu tedavisine alınması düşündürür. Tedavi edilmiş depresif dönem yaklaşık
6-13 ay sürer. Her tekrarlayan dönem bir sonra riskini artırır. Giderek dö-
nemlerin arası kısılır ve hastalık şiddeti artar. Bu nedenle, iki major depresif dönem ge-
çen hastaların korumaya alınmasını uygundur. Koruma için, genelde son depresif dönem
iyleştiirenededavi seçilir. Uygulanan tedavi nüksleri engelleyemeyecez ilaç değiştirme ya
da ekleme stratejileri kullanılır. Nadir de olsa bazı olgularda EKT’nin uzun süre belli ara-
liklarla uygulanması şeklinde bir koruma tedavisi zorunlu olabilir.

**Psikolojik Tedaviler**

Major depresif dönem hafif olsa bile, yalnızca psikoterapiyle tedaviye kalkılması,
hazla şiddetlere bari intihar eğilimine dönme riski nedeniyle uygun değildir. Psiko-
terapi ancak antidepresan tedaviyi güçlendirici olarak kullanılmalıdır. Bu açıdan bi-
lişel ve davranışçı terapiler etkin görülmektedir.

**Kaynaklar**

Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV). American Psychi-

Bipolar disorder: The upswing in research and treatment. Eds: McDonald C, Schul-
Şizofreni ve Benzeri Psikozlar

ALP ÜÇOK

Tanım ve Tarihçe

Şizofreni sadece ruh sağlığı çalıșanların değil insan zihninin işleyişini anlamaya çalışan herkesin ilgisini çekmekte, çoğunlukla kronik gidişli bir psikiyatrik bozukluktur. Hastalık genellikle 18-45 yaş arasında başlar; düşüncede, algılama, hareket, duygu-gulanmda ve kişiler arası ilişkilerde bozulmaya, mesleki ve sosyal işlevsellikte gerilemeye neden olur. Şizofreni bir beyin hastalığı olmakla beraber etiyoloji ve gidiş üzerine etki yapan sosyal-çevresel etkenlerin çokluğu bakımdan, epilepsi, migren gibi diğer beyin hastalıklarından farklıdır. Yani şizofreni sadece bir beyin hastalığı değildir. Şizofreni tanısi alan kişiler arasında gerek etiyoloji, gerek belirtiler, gerekse gidiş özellikleri bakımından o kadar geniş farklılar bulunur ki, tıp öğren-cisinin bu kadar farklı durumları kavramasını zor olabilir. Aslında bu zorluk gerek bu bozukluğun tanımlanmasındaki güçlüklerden, gerekse klinik olarak (yukarıda belirtilen nedenlerden dolayı) tek ve homojen bir şizofreni tablosunun bulunmamasından kaynaklanır.

Kronik bir hastalık olarak tedavi ilkelere, tedavinin amaçları ve gidiş özellikleri bakımından diabetes mellitus, romatoid artrit, hipertansiyon, kronik obstruktif akciğer hastalığı gibi kronik hastalıklarla benzerlikler gösterir. Şizofreni hastalarında görülen bulgu ve belirtiler diğer psikiyatrik hastalıklarda da görülebilecek, gidiş veya belirtiler ile sosyal işlevsellikte gerileme diğer hastalıkların yol açtığından daha fazladır.

Psikoz terimi farklı nedenlerle (nörolojik ya da psikiyatrik hastalıklar, entoksi-kasyon, metabolik nedenler gibi) gerçekten değerlendirme yeteneğinin kaybolduğu durumları tanımlamakta kullanılır. Şizofreni de psikotik bir bozukluk olmakla beraber, şizofreni hastasının sürekli olarak gerçekleri değerlendirme yetisini bozulmuş bir durumda, yargı ve algı bozukluklarıyla yaşadığı söleyemeyiz. Psikotik dönemler çoğun zaman tedavinin aksaması ya da hastayı sarsan akut ya da kronik stres etkenlerinin katkısıyla ortaya çıkarsa da tedavi edilmemeye aylarca sürebilir. Ancak te-
davisi başarıyla yürürken, gerekli sosyal desteğe sahip, madde kullanım gibi psikozu tetikleyecik risk etkenlerinden uzak duran bir hastanın, uzun yıllar boyunca belirgin bir psikotik belirti göstermeden yaşamını sürdürebileceğini de bilmeliyiz.


Epidemiyoloji

Hastalığın yaşam boyu yayılımı (prevalans) %1, noktasal yayılımı %0.5; sıkılığı (insidans) ise 3-5:10.000 kadardır. Hastalığın değişik coğrafya ve kültürlerde yaklaşık olarak aynı sıktıkta görüldüğü kabul edilir. Cinsiyet dağılımı erkeklerde biraz daha sık olmakla beraber eflit kabul edilir. Ancak başlangıç yaş kadarnı 2-3 yıl daha geçer. Şizofrenin görülme sıkılığı diğer psikiyatrik hastalıklardan daha az olsa da, morbidite ve mortalitesi daha yüksektiler. Şizofreni WHO (Dünya Sağlık Örgütü) verilerine göre bütün hastalıklar arasında en çok yetişimine ve kayba yol açan 10 hastalıktan biridir.

Belirti ve Bulgular


Hastaların çoğunlukta hastalık negatif belirtilerle başlar. Negatif belirtiler coğun zaman aile tarafından tembellik, irade eksikliği, uğenceçiklik olarak değerlendirildiğinden bu belirtiler hastaneeye başvurup neden olmaz. Daha sonra, önceleri kırıntı şek-
linde ortaya çıkan daha sonra şiddeti ve sıklığı giderek artan pozitif belirtiler başlar. Hastanın düşüncesi ve algı bozuklukları çevreyle uyumunu ciddi düzeyde bozacak şiddete ulaştığında, yani aile, okul ya da mahalle ortamında sorunlara yol açığında çoğu zaman ailesi tarafından bir tedavi kurumuna götürülür.

Örnek: 22 yaşında erkek hasta liseyi bitirdikten sonra arkadaş çevresinden uzaklaşmış, kendine bakımda gerilemeye b叟laşırmış. Birkaç kez işe girmeyi de nemişse de en fazla bir hafta çalisıp değişik şekillerde birakmıştır. Son zamanlarda ailesiyle beraber sofraya oturmak istememekte, karşi apartmandan odasının gözetlendiği rüyalarına kapalı tutulmaktadır. Ailesi bu değişiklikleri gencin üniversite giriş sınavında iki kez başarısız olması nedeniyle, morali bozuk olması şeklinde açıklamaktadır. Hasta bir gün karışı apartmana gidip hüphelendiği dairede oturanlar CIA ajanla, kendi odasına zararlı ›fl›nlar ve rerek onu robotlaştırmaya çalıﬂmaya çalıﬂmakla suçlar. Çikan tartışma kavgaya dönüﬂünce polis çaﬂır, hasta ilk psikiyatrik muayeneye polis tarafından getirilir.

Piizofreninin ortalama iki yıldır sürebilen bir prodromal dönemi vardır. Prodromal döneminde genellikle 15-25 yaş aralığında başlar ve aylarca sürebilir. En sık gözlenen değişiklikler ve yanıklar şöyle sıralanabilir; Sosyal ilişkilerde bozulma, içe kapanma; Okul/iş başarısında gerileme; Okuldan kaçma, kavgacılık, durgunluk; Garip fikir ve davranışlar. Görüldüğü gibi bu belirtilerin hiçbir piizofreniye özgü olmayıp depresyon ya da maddi kullanıma da saptanabilir. Ancak yakın akrabalarında piizofreni, hezeyanlı bozukluk gibi psikotik bozukluklar olan gençlerde bu değişiklikler görüldüğünde yakını izleme gerekir.

Piizofreni hemen tüm hastalarda saptanan işlevsellik bozulması, mesleki işlevselliğe gerileme ya kişinin ulaştığı işlev düzeyini kaybetmesi ya da kendisinden beklenen işlevselliğe ulaşamaması şeklinde ortaya çıkar. Laborant olarak görev yapan bir kişinin hastalık nedeniyle önce uzun raporlar kullanmak zorunda kalıp daha sonra yetiyitimi nedeniyle emekli olması ya da üniversite mezuni bir kişinin ancak özürli kadrosundan iş bulup temizlik görevi olarak çalışabildiği gibi durumlar sık görülür. Hastalığın ilk alevlenme dönemi ortaya çıkmadan bile, başarılı bir öğrencinin okul başarısını giderek düştüğü gözlemenebilir.

**Pozitif Belirtiler**

**Düşünce Bozuklukları**

Düşünce bozuklukları; *yapsal düşünce bozukluğu*; düşünsel içeriğindeki bozukluklar ve düşüncede regresyon olarak üç alanda değerlendirilebilir.

Kişinin nasıl düşündüğü, yani düşüncesini nasıl organize ettiği, amaca yönelik ve anlamlı bir düşünce akışı oluşturup oluşturamamasi düşüncenin *yapsal* boyutuyla ilgilidir. Piizofrenide en sık görülen yapsal düşünce bozukluğu *çaprazların gevesmesi ya da çözülmesidir*. Piizofrenideki çapraz bozuklukları teğetsellikten kelime salatasına kadar geniş bir spektrumda kendini gösterir. Teğetsellikte, kişi

---

132 *Piizofreni ve Benzeri Psikozlar*
başlangıçta düşüncelerini (konuşmasını) hedeflenen konuya doğru yöneltebilirken yavaş yavaş bu çizgiden uzaklaşır ve kendisine sorulan ya da anlatmaya niyetlen-tiği konuya ulaşamadan bambaşı başka şeylerden söz etmeye başlar. Kelime salatası denen durum ise konuşmanın tümüyle birbiriyile ilişkisiz, kuralsız ve mantıksız bir halde akıp gitmesiyle ortaya çıkar.

Şizofrenide yapısalsı düşünce bozuklukları, daha çok hastaya göre belirdi olarak nör bir konuyu açıkluchu sorular sorarak tartışırlar, belki bir zaman geçtikten sonra ortaya çıkar. **Düşüncesde blok, perseverasyonlar, neoloji** ve bunlara göre daha sık görülen **düşünce içeriğinde fakirleşme** de diğer yapısalsı düşünce bozukluklarından derdir.


**şizofreni ve Benzeri Psikozlar** 133

Şizofrendefeki hezeyanlar çoğu zaman bizar içerikli (“diş hekimi dolgu yaparken dişime bir alet yerleştirilmiş bütün aklımdan geçenleri CIA’e satıyor”), sistematiğin olmaktan uzak ve çok saygidır. Hasta hezeyanını destekleyecek düşüncenin ve kanıtların sonu, hezeyanın içeriği birkaç gün sonra değişebilir. Örneğin, dünyadaki bütün gizli örgütlerin şifresini çözüğü için herkesin onun peşinde olduğunu inanır bir hasta, ertesi gün hamile olduğuna inanıp test yapmasını ister. Bazı hastalarda obsesyon ya da fobik belirtiler de görülebilir.

Algı Bozuklukları


**Duygulanım Belirtileri**


Sizofreni hastalarında depresyon ve daha seyrek de olsa manik dönemler görülebilir. Depresif belirtiler psikotik alevlenmenin bir parçası olarak ortaya çıkabileceği gibi, özellikle alevlenme dönemi yatıştıktan sonra ortaya çıkan “postpsikotik” depresyon dönemleri, intihar riski taşıdığından dikkatle ele alınmalıdır.
Hareket ve Davranış Alanındaki Anormallikler

Katatoni, değişik nedenlerle (nörolojik, viral hastalık sekeli, ilaca bağlı, duygudurum bozukluğuna bağlı vb) ortaya çıkan bir bulgu ve belirtiler grubunun genel adıdır. Šizofreni hastalarında da katatonik belirtiler görülebilir, bu belirtilerle tabloya ağırlıklı olarak hakim olduğu hastalar da şizofrenin katatonik alttipine dahil edilir. Katatoni durumunda balmumu esnekliği en sık ve kolay tesbit edilen muayene bulgusudur. Muayene eden kişi hastanın kolunu herhangi bir pozisyona getirdiğinde sinsi bakır tel ya da mumdan yapılıp gibi, kolun o pozisyonu uzunca süre koruduğu (örneğin havada asılı gibi durmak) görülür. Ayrıca koma benzeri görünümle karakterize katatonik stupor, mutizm (konuşmama), negativizm, ağırlı uyaranlara yanıtomsuzluk, kaslarda rijevidite ve son olarak hastanın garip bir pozisyona (posür) uzun süre koruması (odanın ortasında ayakta dikilmek, yerçekimine aykırı bir pozisyonda düştükten sonra bekleme ya da saatlerce aynı yerde kalkmadan oturma gibi), daha nadir olarak ekolali ve ekopraksi de katatonin belirtileridir.

Ayrıca bazı hastalar özellikle alevlenme dönemlerinde amaca yönelik olmayan, đağınık (dezorganize) davranışlar da bulunabilir. Örneğin ortalıkta soyunma, idrarını yapmak yere yatmak gibi. Bazı kronik hastalarda garip posür ya da yüz ifadesi, jest ve mimiklerde gariplik dikkat çekebilir (manyerizm).

Negatif Belirtiler


Anhedoni: Depresyon’daki hastalar daha önce zevk aldığı şeylerden eskisi kadar zevk alamamaktan yakınırken; şizofreni hastalarındaki anhedoni daha çok, bofluk hissi, her fleyin anlamsız, hayatın bofl gelmesi fleklinde tanımlanır.

Afekt Küntleşmesi: Daha önce söz edilmiştir.

Șizofrenide Bilişsel Bozukluklar

Bilişsel (kognitif) işlevler şimdi ya da daha önce algılananların işlenmesi değerlendirilmesi, depolanması, gerektiğinde hatırlanıp kullanılması, plan yapılması, problem çözme stratejilerinin geliştirilmesi, sonuç çıkarılması gibi bir grup üst düzey zihinsel işlevi içerir. Şizofreni hastalarında da öğrenme, hatırlama, bellek, problem çözme gibi işlevlerde bozukluklar olduğu bilinmektedir. Bilişsel işlevlerdeki gerileme gerek negatif belirtilerle gerekse yafılm kalitesi ve işlevsellik düzeyiyle de yakından ilişkilidir.

Etiyoloji


1. Nörotransmitter Modeli


2. Nörogelişimsel Model

Bu model intrauterin dönemde beyn gelişiminin olumsuz etkileyen etkenlerin ileride o kişiye şizofreni gelişmesi olasılığını artırdığına işaret etmektedir. Örneğin birinci trimes terde ağır beslenme bozukluğunun beyn gelişiminde bozukluga yol açtığı, bu duru-

3. Kalıtımın Katkısı


Pratikte muayene edilen her 10 hastadan bir veya ikisinin ailesinde şizofreni sahip olmakta, genetik yük taşıyan bireylerde yaşının ilerlemesiyle risk giderek azalmaktadır. Genetikle ilgili araştırmalar daha çok hastalığın doğasını anlamamızda yardımcı olmakta, daha sonra spesifik genetik defisitleri onaracak “ilaç”ların geliştirilmesi için de önemli bir adımdır.

4. Psikososyal ve Çevresel Nedenler

Şizofreninin bir beyin hastalığı olduğundan söz edememeحزin, gerek ortaya çıkmışa da gerekse gideninde çevresel ve psikososyal nedenlerinin rolü olduğu bilinmektedir. En azından yukarıda söz edilen ve şizofreninin etiyojisinde yerleri olduğu düşünden biyolojik etkenlere sahip bir kişide, hastalığın fenotip olarak ortaya çıktığı için çevresel ve psikososyal nedenlerin rolü olabilmektedir. Diğerlerinden farklı olarak bu etkenlerin önlenebilir olma şansı da daha yüksektir. Çocuklukta cinsel/fi-
ziksel travmaya uğramış olmak, göçmen olmak, erken yaşta ebeveynden ayrı kalma, 15 yaşına kadar şehirde yaşamak ve esrar vb madde kullanım, şizofreni gelişimiyle ilişkili bulunan diğer bazı etkenlerdir.


Laboratuvar Bulguları

Şizofrenide laboratuvar incelemeleri en az üç değişik amaçla yapılır. İlk amaç hastalığa yol açabilen biyolojik nedenleri ve bu etkenlerin beyinde oluşturduğu değişiklikleri incelemektir. Şizofreninin etiyolojisi net olarak bilinmediğinden bu incelemeler daha çok değişik modelleri destekleyecek verilere ulaşmaya çalışılır. Örneğin belirli bir bilişsel görev sırasında beynin belirli bir bölgesindeki kan akımını veya ortaya çıkan elektriksel potansiyellerin incelenmesi veya bu bilişsel performansı etkileyebilecek gen polimorfizmlerin incelenmesi gibi. Hastanın ve annesinin serumunda toksoplazma için antikor düzeylerinin inceленmesi de bu gruba örnektir.

İkinci amaç klinik olarak şizofrenide de görülen bazı ve bulgulara neden olabilecek diğer nedenlerin incelemesidir. Örneğin Wilson hastalığını dışlamak için yapılan incelemeler ya da idrarda toksik maddelerin metabolizmalarının taraması gibi. EEG, MR, BT gibi çok sık uygulanan bazı inceleme yöntemleri ise yukarıdaki her iki amaç için kullanılır. Yani bu incelemelerde hastalığa özgü bulguları saptanmaya çalışılırken, bir yanandan da epilepsi, kafatası içinde yer işgal eden lezyonların dışlanması sağlanır.

Üçüncü bir amaç uygulanan tedavilerin yaptığı değişikliklerin ve hastanın bu tedavilere vereceği yanıtı önceden tahmin etmemizi sağlayan verilerin araştırılmasıdır. Farklı ilaçların gri madde kaybı ya da bilişsel kayıp üzerine etkilerinin ya da ilacı plazma düzeyini dolaysıyla etkileriğini etkileyecek (örneğin P450) enzim sistemleri varyasyonlarının incelenmesi gibi.

Beyin görüntüleme yöntemleri bulgularında en yüksek fikir birliği ventriküllerde, özellikle de lateral ventriküllerde genisleme saptanması üzerindedir. Bu genisleme lateral ventriküllin dış duvarını oluşturan medial temporal lob yapılarındaki atrofiye sekonderdir. Ayrıca sulkuslarda genisleme, hipokampus, temporal ve frontal lobların hacminde azalma ve az sayıda araştırmada beyin hacminde ve alanında azalma da saptanmıştır. Frontal korteks, özellikle de dorsolateral prefrontal korteks, arışık eylemleri planlama, sorun çözme, alternatif stratejiler geliştirme gibi şizofreni hastalarında bo-


Tanı ve Ayırıcı Tanı


Bugün tanı konusundaki en büyük engel etyolojinin kesin olarak bilinmemesinden kaynaklanmaktadır. Biyolojik bulgular bir aile öyküsü tanı ölçütü olarak kullanılmadığından, halen kullanılan DSM-IV ta, ICD tanı sistemleri, gözlenen bulgu ve belirtiler üzerinde bir fikir birliği oluşturmak esasına dayanır. Bu çabalar 70’lik yıllarda kadar hüküm süren süreç keyifli bir ölçüde azalması ve, “tanımlanan şey”in gerçekte var olup olmadığı (validity) konusundaki tartışmalar sürmekte. Yaklaşık olarak 2012 yılında kullanıma girmesi beklenen DSM-V versiyonunda yeni kategorik yaklaşıma ek olarak laboratuvar bulguları yaraları da segment boylarının da eklenmesi düşünülmektedir. Şizofreni için DSM-IV tanı ölçütleri aşağıdaki gibidir:

A. Karakteristik Semptomlar: Bir aylık bir dönemde boyunca (başarılıta tedavi edilmesi daha kısa bir süre), bu sürenin önemli bir kesiminde aşağıdakiaderlerden ikisinin (ya da daha fazlasının) bulunması:

1) hezeyanlar
2) hallüsinsasyonlar
3) dezorganize (karmakarışık) konuşma (örn. çağrışmlarda dağınıklık [sık sık konu disi sapmalar gösterme] ya da enkoherans)
4) ileri derecede dezorganize ya da katatonik davranış
5) negatif semptomlar, yani affektif donukluk (tekdüzelik), aloji (düşünce içeriğinde fakirleşme) ya da avolüsyon
Hezeyanlar bizar ise ya da hallucinasyonlar kişinin davranış ya da düşünceleri üzerine sürekli yorum yapmada olan seslerden ya da iki ya da daha fazla sesin birbirleriyle konuşmasınından oluşuyorsa A Tanı Ölçütünden sadece bir semptomun bulunması yeterlidir.

B. Toplumsal/Mesleki İşlev Bozukluğu: İş, kişilerarası ilişkiler ya da kendine bakım gibi ömremli işlevsellik alanlarından bir ya da birden fazla, bu bozukluğun başlangıcından beri geçen sürenin ömremli bir kesiminde, bu bozukluğun başlangıcından önce erişilen düzeyin belirgin olarak altında kalmıştır.

C. Süre: Bu bozukluğun süregiden belirtileri en az 6 ay süreyle kalıcı olur. Bu 6 ay süre, en az bir ay süreyle (başarılı bir tedavi edilmişse daha kısa bir süre) A Tanı Ölçütünü karşılayan semptomları kapsamlıdır; prodromal ya da rezidüel semptomların bulunduğu dönemleri kapsayabilir.

Dışlama ölçütleri: Belirtilerini şizoaffectif bozukluk, psikotik özellikler gös-
teren düşygudurum bozukluğu, kötülke kullanılabilen bir maddenin doğrudan fizyolojik etkilerine, genel tibbi duruma bağlı olmaması gerekmektedir.

Şizofreni Altiptileri

pin tanı ölçütlerini karşılamadığı şizofreni tipidir. Bu tür sıkıklık bakımından 2. sı-
rada yer alır. Rezidüel (Kalıntı) gruptaki hastalar başlangıçta pozitif belirtiler gestör- irken, yillar içinde pozitif belirtilerin silinmesine koşut olarak negatif ve bilisel bozukluk belirtilerinin ön plana çıkığı kişilerdir. Belirgin hezeyanlar, halûsinasyonlar, dezorganize konuşma ve ileri derecede dezorganize ya da katatonik davra-


Ayarlı Tanı


Bulgu ve belirtileri bakımından duygudurum bozukluğunu kuramsal olarak şizofreniden kolaylıkla ayırt edileceği düşünülebilir. Ancak, bu durumda duygudurum bozukluğunu kuramsal olarak şizofreniden kolaylıkla ayırt edileceği düşünülebilir. Ancak, bu durumda duygudurum bozukluğunu kuramsal olarak şizofreniden kolaylıkla ayırt edileceği düşünülebilir.
şizofreninin dikkate alınması gerekir. iii) Akut dönem sonrası tam düzelme sağla-nyor mu?: Şizofrenide pozitif belirtiler yatıştığında geriye az veya çok negatif be-liırlerin kaldıgı, buna karşn duygudurum bozukluklarnda tam düzelmenin daha sık görüldüğü kabul edilir. Bu bakımdan episod sonrası test düzeyi de ayırıcı ta-nıda yol gösterici olabilir. Son olarak, antipsikotik kesildiiginde hastanın ilaç kul-lanmakszin iyilik durumunu sürdürümesi şizofrenide sık görülen bir durum de–- dir. Kendi isteği ya da hekimin önerisiyle antipsikotik tedaviyi bırakacak bir hasta
donca gidiş ayırıcı tanıy sa–lar. Yukarıdaki ipuçları genel bilgiler olup her hasta için durumun özel koşulları dikkate alınarak değerlendirilmesi zorunludur.

Hezeyanlı Bozukluk özellikte şizofreninin paranoid alttipiyle benzerlik göster-terir. Hezeyanlı bozukluk daha geç yaşta başlaması, tek ve sistematik ve bir heze-yanın tabloya hakim olması, halüsinasyon görülmemesi ya da bunun hezeyanıyla ilişkili (örneğin vücudundan kötü koku yayıldığına inanan birinin bu kokunun burna geldiğini söylemesi) olması, mesleki ve sosyal işlevselliliğin korunması ile şizofrenide ayrılır.


Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB), belirtileri açısından şizofreniden kolayca ayrılabılır. Ancak bazı şizofreni hastalarında, hastalığın prodromal döneminde obs-esif kompulsif belirtilerin tabloya eşlik etmesi ve bu iki hastalık grubu arasında %10 civarında eştiği durumların söz konusu olması, ayırıcı tanida OKB’nin de yer almasını gerektirmektedir.

Şizofrenide Gidiş


Gidişin öngörücülerine bakarsak; hastalığın erken yaşta ve tetikleyici bir neden olmadan başlaması, başlangıçtan beri negatif belirtilerin hakim olması, yeterli sosyal desteğin olmaması, beyin görüntüleme yöntemlerinde ventrikül genifllemesi gibi yapışsal değişikliklerin saptanması olumsuz gidişe işaret eden özelliklerdir.

**Şizofreni ve Yaşam Süresi**


**Şizofreni ve Stigma**


Şizofreni ve Benzeri Psikozlar


Biyolojik Tedaviler

Bu başlık altında, antipsikotikler, antidepressanlar, antiepileptikler, EKT ve antiko- linerjik etkili ilaçlardan söz edebiliriz.
Antipsikotik İlaçlar


Elektrokonvulslıf Tedavi (EKT)

EKT’nin şizofreni tedavisindeki yeri pratikteki uygulamanın tersine, oldukça sınırlıdır. Şizofreninin katatonik tipi, intihar riski taşıyan depresyon dönemi ve diğer tedavilere direnç durumunda EKT’nin endike olduğu alanlardır.

SSGİ Grubu ve Diğer Antidepresanlar

Bu ilaçlar şizofreniye etkili eden depresyon ve OKB’nin tedavisinde kullanılır.

Antikolinerjik İlaçlar: Tek başına şizofreni tedavisinde yeri olmamakla beraber biperiden (Akineton 2 mg tb, 5 mg ampul) gerek klasik gerekse yeni antipsikotiklerin hareket sistemi üzerindeki yan etkilerini (akatizi, tremor, akut distonii vb) gidermek için bu ilaçlara eklenir. Uzun süre kullanmak yerine bu ilaçlara gereksinimin devam edip etmediğini periyodik olarak değerlendirilmek gerekir.

Şizofrenide Psikoterapi

Yukarıda sözü edilen biyolojik tedaviler özellikle pozitif belirtiler üzerinde etkiliyken, hastanın şizofreni nedeniyle yaşadığı kişilerarası ilişkilere beceri eksikliği, çekingenlik, reddedilme korkusu gibi sorunlar ve evden çıkmama, bağırsak yan輕 anksiyete hissetme, günlük sorunlar çözmede yetersizlik gibi durumlar üzerine etkileri he-men hiç yoktur. Bu tür güçlükler hastanın tedaviciyle kuracağı terapotik ilişki kapsamında ele alınarak aşılabilir. Bu ilişki hastada yargılanmamak, kabul edilme, değer verilme, anlaşılama hissini oluşturursa tedavi için olumlu katkıda bulunacaktır. Ancak psi-

Kaynaklar


**Etiyoloji**

Etiyolojisi tam olarak bilinmemekte birlikte, şizofreni ve duygudurum bozukluklarından farklı olduğu düşünülmemekteidir. Şüphecilik, kıskançlık, gizlilik gibi premoral kişilik özellikleri ile hezeyanlı bozukluk arasında ilişki olduğu bilinmektedir. Hezeyanlı bozukluk hastalarının ailelerinde şizofreni ve duygudurum bozukluk toplum geneline göre yüksek değildir. Şizofreni hastalarının ailelerinde de, heze-
yanlı bozukluk tanısında artış olmaması, bu hastalıkların farklı etiyolojileri olduğunu destekler. Uzun süreli izlemde, stabil bir gidişi olan hastaların, şizofreni ya da duygudurum bozukluğu tanısı alması sık değildir. İleri yaş, sosyal izolasyon, aile öyküsü, işitme problemi, yakın zamanda göç, şüphesiz kişilik, alışגדimadığı kişiler arası hassasiyet gibi özellikleri hezeyanlı bozukluk için risk faktörleridir.

Tanı, Klinik Özellikler, Alttipler


**DSM-IV TR: Hezeyanlı Bozukluk Tanı Ölçütleri:**

A. En az bir ay süren ve bizar olmayan hezeyanların varlığı (gerçek yaşmanda görülebilecek türden; izleniyor, zehirleniyor, hastalık bulaştırılıyor, uzaktan seviliyor, aldatılıyor ya da bir hastalığı var gibi).
B. Şizofreni için A tanı ölçütleri hiç bir zaman karşılanmaz. Fakat hezeyanın içeriği ile ilgili taktıl ya da koku halüsinsasyonları olabilir.
C. İşlevsellik belirgin olarak bozulmamıştır, davranış açıyip ya da bizar değildir.
D. Hezeyanların birlikte duygudurum dönemleri varsa, bunların toplam süresi hezeyanların toplam süresinden daha kısalıdır.
E. Bu bozukluk herhangi bir maddenin kötülüğünü kullanıma ya da bir tibbi hastalığa bağlı değildir.

Hezeyan içeriğine göre aşağıdaki alt tiplerden biri görülür: Perseküsyon tipi/ Kışkıçlık tipi/ Erotomanik tip/Somatik tip/Grandiyöz tip/Karışık tip/Ayrışmamış tip.

**Perseküsyon Tipi**

Kıskançlık Tipi

Erotomanik Tip

Somatik Tip

Grandiyöz Tip
Megolomani olarak da adlandırılmıştır. Grandiyöz (büyüklük) hezeyanına sahip kişi, üstün özellikleri olduğunu, başkalarının yapamadığı çok önemli işleri yapabile-

**Karisik Tip**

Birden fazla hezeyan tipinin bir arada olduğu, fakat belli bir hezeyan tipinin daha baskın olmadığı hezeyanlı bozukluk türüdür.

**Ayirismamis Tip**

Yukarıda bahsedilen hezeyan tipleri arasında bir hezeyanın olduğu tiptir. Örneğin ‘Capgras Sendromu’ (hasta tanıdığı kişilerin yerine sahte başka kişilerin geçtiğine inanmaktadır) ya da ‘Fregoli Sendromu’ (hasta tanıdık ya da kötü niyetli kişilerin kılık değiştirdiğine inanmaktadır) gibi ‘misidentifikasyon sendromları’, ‘Cotard Sendromu’ gibi nihilistik hezeyanlar (hasta mal, mülk, statü, güç, beden ya da organlarını, yani herşeyini kaybettiğine inanmaktadır).

**Paylasilmis Psikotik Bozukluk**


**Ayirici Tanı**

Gidiş ve Prognoz


Tedavi


Dissosiyatif bozukluklarda, tibben gösterilebilir bir bedensel (örneğin nörolojik) neden bulunmadığı halde, bellek, kimlik, bili̇nc ya da çevre alı̇lama işlevlerinin bütünlüğünde bozulma (bölünme) ya da deği̇işme görülür. Dissosiyatif somatosensoriyel bozukluklarda (konversiyon) ise nörolojik nedenlerle açıklanamayan motor ve duyusal belirtiler ortaya çıkar.

Dissosiyatif bozuklukların en kapsamlı dissosiyatif kimlik bozukluğu (DKB) ve ona yakın olan tablolardır. Diğer dissosiyatif bozukluklar (depersonalizasyon, dissosiyatif amnezi, dissosiyatif füg, dissosiyatif somatosensoriyel bozukluk) DKB’nin bir parçası olabileceği gibi kendi başına da görülebilirler. Dalgalı, unutma ve hayal kavramı normal yaşamda karşılașılan dissosiyatif yaşantılarla önėtir. Dissosiyatif yaşantılar kişinin kendisi için rahatsızlık verici ya da iş ve sosyal uyumunu bozacak derecede ağır ve sık olduğunda bir dissosiyatif bozukluk tanısı konulur.

Ruhsal Travma ve Dissosiyasyon

Dissosiyatif bozukluklar tüm psikiyatrik bozukluklar içerisinde etiyolojik olarak çevre etkenlerine en fazla bağlı olanıdır. Dissosiyasyon her insanda bulunan bir kapasitedir. Bu nedenle, şizofreni ve bipolar bozukluk gibi genetik yönü belirgin olan bozuklukların aksine, erken yaşta (genellikle 10 yaşından önce) başlayan kronik psikolojik travmatizasyon normalde sağlıklı bir gelişim beklenen bireyde de dissosiyatif bozukluk oluşturulabilir.

Dissosiyatif bozukluk hastaları psikiyatride en yüksek oranda çocukçaşığı travmatik yaşantısı bildiren tanı grubudur. Çocukçaşığında karşılașılan ve tekrarlayanı olan (gelisimsel) ruhsal travmalar erişkinliktte geçirilen tek bir travmatik olaya oranla farklı etki yaparlar. Dissosiyasyon başlangıçta çocuk tarafından normal olarak travmatik yaşantının üstesinden gelme çabanı içerisinde ortaya çıkar. Ancak bu düzenek zamanla uyumsal olmayan ve patolojik bir süreçe dönüştür.

**Tablo 1. Dissosiyatif Bozukluklar**

1. Dissosiyatif kimlik bozukluğu ve benzeri durumlar
2. Dissosiyatif amnezi
3. Dissosiyatif füg
4. Depersonalizasyon bozukluğu
5. Dissosiyatif trans bozukluğu
6. Dissosiyatif psikoz
7. Posesyon
8. Dissosiyatif somatosensoriyel bozukluk

**Dissosiyatif Kimlik Bozukluğu ve Benzeri Durumlar**

**Tanım**


DKB’nin kısımlar şekilleri çekirdek sendromdan çok daha sık olarak görülmektedir. Araçlarında sadece ağırlık farklı bulunduğundan, DKB ve benzeri tabloların hepatik birden karmaşık dissosiyatif bozukluklar da denilmektedir. Kismi vakalarda kişilik durumlarının ayrılığı daha az (hasta tarafından kendine yakın hissedildiği) olabilir, tam denetimi almak yerine hastayı dolaylı olarak etkilemeyle sınırlı kalabilir, ya da kişilik durumları yeterince ayrı olup denetimi alsalar da amnezi bulunmayaabilir (Eşbilinçli DKB). Böyle bir durumda denetimi alan değişik ve kendisini yaş ve cinsiyetle bilen birçok alter kişilik olabilir, fakat bunlar birbirlerinden haberdardırlar. Bir alter kişiliğin, evsahibi kişilik olduğunda kendisinin yaşamaya devam edeceğini savunmasi, ileri derecede “ayrı olma”ya örnek oluşturmaktadır; bir alter ki-

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tablo 2. Dissosiyatif Kimlik Bozukluğunun DSM-IV Tanı Ölçütleri</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>A. İki ya da daha fazla birbirinden ayrı kimlik ya da kişilik durumunun varlığı (çevre ve kendisi konusunda her biri oldukça süregiden kendi algılama, ilişki kurma ve düşünme biçimine sahiptir).</td>
</tr>
<tr>
<td>B. Bu kimlik ya da kişilik durumlarından en az ikisi zaman zaman tekrarlayarak kişinin davranışını denetimi altında tutmaktadır.</td>
</tr>
<tr>
<td>C. Önemli kişisel bilgileri sradan bir unutkanlıkla açıklanamayacak biçimde anımsamama.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Klinik Görünüm


Bozukluğun ikinci belirtilerinden oluşan semptom profilinin bulunduğu saptanması ile tanıya yaklaştırılır. Ruhsal muayene sırasında kişilik değişimi (“switching”) ve amneziere tanık olunması tanıyan keşifteştirir. İlk görüşmelerde saptananın amnezielerin ve alter kişilik durumlarının kısa ya da uzun bir zaman sonra izleme süreci içersinde kendilerini belli etmeleri sık görülen bir durumdur.

Putnam'a göre alter kişilik, bilincin süregiden bir afekt, sınırlı bir davranış repertruarı ve bir dizi duruma-bağımımlı anıla birlikte, bir kendiliğin duygusu (beden imajı dahil) çevresinde organize olmuş ileri derecede ayrılaştılmış durumlardır. Kluft ise şöylelemeler: Ayrıştırıcı kendilik durumları, yanı (alter) kişilikler mental içerik ve işlevleri seçici olarak harekete geçirme (görece stabil ve süregiden) örtütüllerinin mental odaklandır. Sözkonuso mental içerik ve işlevler rol alma ve rol oynama boylarına ait bir düşünce dökülabilir. Bunlar intrapsikski, kişilere bağlı ve çevresel uyarlanlara duyarlardır; kendi kimlik ve düşünce yapısı hissi sahiptirler, düşünce sürece ve eylem bağımlı kapasiteleri vardır. Her bir zihnin bir parçası olarak değil, zihnin değişik bir örgütlenme biçimi olarak anlaşılmalıdır. Alter kişilikler bütünün bir parçası olmaktan çok değişik örtütüller olarak düşünüldüğünde saylarının neden çok...


Klasik DKB ile alter kişiliklerin açıkça ve kendi başlarına ortaya çıktığı tablolara anlaşılar. En sık görülen (tipik) DKB ise alter kişilikler arasında kesişim fenomenleri, eşbilineşilik ve birlikte etkin olma (koprezens) gösterir. Ama alt kişilik durumları tam denetimi alma dışında, birbirlerini de etkileme yoluna başvurur ve görünürde denetimi alınamayan kişilik, aslında bir diğerinin emrinde davranabilmektedir. Günümüzdeki vakalar sıkıla beraber bir düzeyenden fazla kişilik göstermektedir ve bunlardan yalnızca bir bölümü ruhsal durumun sonuçlarını katlanan "evsahibi" kişiliğiniyle geçer.


DKB hastaları smur (borderline) kişilik bozukluğunun birçok belirtisini gösterirler. DKB hastalarında kendine fiziksel zarar verme, impulsiflik, öfke patlamalar-
rî gibi belirtiler alter kışılıkların etkinlikleri nedeniyle oluşmaktadır ve ilgili alter kışiliğin fizyona ugraması sonucunda ortadan kalkarlar. Çok sayıda somatik ya-

kınma ile getirilir. Bunlar kimi zaman bir somatizasyon bozukluğu tanısı gerektirir ve genellikle kışılık eğilimini anlattıklarıyla da bir alter kışiliğin detektoru almaktır. Bu önelemde zorladığı anlardan başka bir diğerinin zorluğına başlar. Konversiyon belirtileri şiddetli, bazı DKB hasta-

lar dirençli ve ağır konversiyon belirtileri ile başvurabilir. Bedenin bazı bölümlerini-

de hissedilen ağır ya da başka fiziksel duymalar ve konversiyon belirtileri, geçmiş-

te yaşanmış bir cinsel ya da fiziksel tacizin oluşturduğu somatik belge ile özgül bi-

çimde bağlantılı olabilir. Hiç bir şey yapmadan, boş gözle bakarak geçirilen zaman-

daha trans halleri olarak görülen trans halleri görür. Bu bireyler genellikle çocuklara benzer durumlar telafi edilebilir. Bu belirtiler yanısıra, öyküde çocukluk çağı travmalarının saptanması ile tüm klinik profil ortaya konmuş olur. Çoğu vaka yaşamın boyunun farklıdır, ancak travma yaşantılarının bir bölümünü anmezi geliştirenlere rastlanır. Trauma sonrası stres bozukluğu belirtileri gösterenlerin de olabildi: trans halleri, kaslar, aşırı uyarılımlık, uyku bozuklukları gibi. Bazı hastalarda tedavi sü-

recinde nemezilerin azalmaları ile birlikte travma sonrası stres bozukluğu belirtileri ortaya çıkabilir.

Alter kışılıklar koruyucu-kollayıcı, ev sahibi kışılığı ile birleştirmeleri gibi özellikler gösterebilir. Bazıları iseRON ve çocuk yaşta gibi özellikler göstermeyebilir. Bazıları ise yaşantısal olan ve diğer kışılık durumlarının anmezi olduğu çocukluk çağı travmasına ilişkin bil-

gi, anı, duygular, duygu ve duyguları içerir. Kendisini insan olmayan, cin ya da benzeri bir varlık olarak tanımlayan alter kışılıklara de rastlanır. Tüm bu alter özelliklerinden gendeğilik yaşamada ve psikiyatrik görülmeyi bekler de edebilir. Alter kışılıkların bazlarının etkinliğini bağı olarak kendine fiziksel zarar verme, intihar girişimi ve agressif davranış görecebilir. Alter kışılık tanımı uyacak denli geliş-mi olmayan küçük parçalar netinini adıklarında, ilk bakışta sadece bir flash-

back'den ibaret oldukları izlenimini verebilir.

Etiyoloji

Günümüzde DKB, çocukluk çağı kötüye kullanımına bağlı, kronik ve karmaşık bir travma sonrası dissoyatif psikopatoloji olarak kabul edilmektedir. Şimdiye dek ya-

ynlanan vaka serilerinde başta ile içi olmak üzere çocukluk çağında cinsel, fiziksel, emosyonel taciz ve ihmale yüksek oranlarda rastlanmıştır. Bildirilen serilerin %75-

90'si kadın. Ancak bu durum kadınların çocukluk çağı travmalarına daha sık uğra-

dikleri anlamına gelebilir. Erkek hastaların psikopatolojik tedaviye başvurum-

tan çok doğrudan adli sisteme girikleri ya da hastalık belirtilerini geldikleri anla-

manda da gelebilir; çünkü adolesan vaka serilerinde bu oranti bu denli büyük değildir.
Tablo 3. Dissosiyatif Kimlik Bozukluğu ve Benzeri Durumlarda Sık Görülen Belirtiler (Loewenstein,1991)

1) Süreç ile İlgili Belirtiler
- Alter kiflilik özellikleri
- Pasif etkilenme belirtileri/kesişim fenomenleri
- İşitsel ve görsel varsanlar
- Kişilik atlaması ("switching")

2) Amnezi Belirtileri
- Dalgınlıklar/hattıranlamayan zaman dilimleri
- Hattıranlanmayan davranışlar
- Fügler
- Nereden geldiği bilinmeyen eşyalar
- İlişkilerde açıklanamayan değişiklikler
- Yeteneklerde/alışkanlıklarında/bilgide dalgalanmalar
- Yaşam öyküsünün parçalar halinde hatırlanması

3) Otohipnotik Belirtiler
- Kendiliğinden olan trans halleri
- Kendini kaptırmaya halleri
- Kendiliğinden olan yaşam regresyonları
- Negatif varsanlar
- İstemli anestezi
- Vücuttan dışına çıkma yaşantıları
- Kişilik atlaması ile birlikte göz kürelerinin yuvarlanması ("eye-rolling")

4) Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) Belirtileri
- Öyküde ruhsal travma yaşantısı
- Zihinde canlanma/Gözünün önüne gelme/Yeniden yaşama ("flash-back")
- Kabuslar
- Tetikleyici uyarılara tepki/panik/anksiyete
- Aşırı uyarılma/irkilme halleri
- Duygusal teksisizlik ("numbing")/kaçışma-kopukluk ("detachment")

5) Somatoform Belirtiler
- Konversiyon belirtileri
- Psödoepileptik nöbetler
- Somatoform ağrı belirtileri
- Somatizasyon bozukluğu/Briquet Sendromu
- Somatik bellek

6) Duygudurum Belirtileri
- Depresif duygudurum
- Duygudurumda dalgalanmalar ("mood swings")
- Vejetatif belirtiler
- İntihar düşünceleri ya da girişimleri/kendine fiziksel zarar verme
- Suçluluk hissi
- Çaresizlik/ümitsizlik duyguları
Sıklık
Çalışmalar DKB’nin genel popülasyonda %1, genel psikiyatri servisinde %5 dolayında görüldüğünü belirlemektedir. Ancak DKB ölçütlerini tam doldurmayan ama yakın özellikteki durumlar katıldığında, karmaşık dissoyatif bozukluk sıklığı genel toplumda %5 (kadınlarda), psikiyatri servisinde ise 10% dolayına yükselmektedir.

Tanı ve Ayırıcı Tanı
Fiziksel/nörolojik ve ruhsal muayene, EEG yapılmalıdır. DKB hastalarının gösterdikleri belirtiler nörotik, sırında, psikotik ve organik olmak üzere çok sayıda kategoriyi akla getirir. Gerçek anlamda efltanı (komorbidite) olabileceği gibi, DKB hastalar sadece görüntelte, çok sayıda psikiyatrik bozuklun ölçütlerini de doldurabilirler. Sık olarak birlikte görülen bozukluklar konversiyon bozukluk, somatization bozukluk, travma sonrası stres bozukluğu, sırık kişilik bozukluğu, depresyon ve madde kullanım bozuklukudur.


Tablo 4. Dissosiyatif Kimlik Bozukluğu ve Benzeri Durumlarda Başvuru Biçimleri
1. Kronik depresyon (distimi, çifte depresyon)
2. Konversiyon bozukluğu
3. Borderline (sırı) kişilik bozukluğu görünümü
4. İntihar girişimi (özellikle yineleyici olanlar)
5. Kendi bedenine tekrarlayıcı biçimde zarar verme
6. Dissosiyatif psizoz
7. Cinsel problemler (“ego-distonik eışcinsellik”, vajinismus vb.)
8. Flashback halleri
9. Migren
10. “Adolesans problemleri” (impulzivite, okul başarısızlığı, madde kullanımı vb.)

Dissosiyatif Bozukluklar 161


Evsahibi kışılığı,strong biçimde olan bir alter kışılık panik nöbetlerine neden olabili- r, çocukluk çağı travaşını taşıyan bir alter kışılığın kendisini kirli hissederek sürekli yikanmak istemesi obsessif kompulsif bozukluk olarak görünebilir, hala eski zaman- da yaşadığını sanan ve kendisini başka yaşında hisseden bir çocuk kışılık zaman zaman egemen olduğunda hastanın滢imi bozabilir, hep aş olan bir başka çocuk kışılı- gün süreklı yemeke ilgilenmemesine yeme bozukluğu görünümünü verebilir. Bütün bu du- rumların ortak özelliği alter kışılık etkinliğinin kaynaklanmaları ve ilgili sendromla- ra yönelik tedavilerle değil ancak DKB’ye özgü tedavi ile iyileştirilebilimeleridir.
Projektif testler DKB’ye özgü bulgular ve travmatik kökenli ruhsal bozukluklarda görülen özgül tepkiler dikkate alındığı sürece, ayırıcı tana geçerli ve güvenilir biçimde kullanılamaz. Buna karşılık özendirme dayalı Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DES) ve DDIS ya da SCID-D gibi yapılandırılmış klinik görüşme cizelgeleri, belirli tarama ve tanı amacıyla baştırılarla kullanılmaktadır.

**Tedavi**


Dissosiyatif bozukluk hastası kurban, istismarcı ve seyirciden (ya da kurtarıcı) oluşan trava içegeninde kurban pozisyonundadır. İstismarcıya bağlanmasının sürmekte ve kendi kontrolünü sağlamak konusunda yetersizlik içerisinde durmaktadır. Her dissosiyatif bozukluk tedavisi, eninde sonunda, istismarcıya bağlanmanın sorununu ele almak ve çözme zorundadır. Bunun için hastanın gerçeği doğru algılamasına ve bunun sonucunda ortaya çıkabilecek matem yaşantısında yardımcı etmek, ona bu beceriyi sağlayana kadar tedavide güvenli bağlanma olanağını sunmak önemli ilkelerdir.

**Dissosiyatif Amnezi**

**Tanım**


**Klinik Görünüm**

Kişisel yaşantılar iliskin normalde bilinçli zihne çağrılabilen an grupları elde edilememekte ya da geçici olarak elde edilse bile bilinçte tam olarak tutulamamaktadır. Bazı anı, duygular ve düşünceler ya da büyük anı grupları ve bunlarla bağlantılı duygulara erişilememektedir. Dissosiyatif amnezi genellikle anı başlar ve birer. Ancak, yavaş başlangıç (genellikle başaşırışıyla birlikte ya da olmaksızın gelişen havf' bir bilinc sisleminmesini izleyerek) ve yavaş iyileşmeler (zaman içersinde anı parçaları ortaya ç-
kar) de gözlenebilir. Sıklıkla genelleşmiş bir amnezi ardından daha sınırlı bir amnezi durumuna geçilir. İyileşme sıklıkla kendiliğinden olur. Çoğu vaka görünürde tamen iyileşir, ama özellikle stres etkenleri devam edyorsa yinelemeler görülebilir.


### Etiyoloji
Amnezi sıklıkla ağır bir psikososyal stres sırasında başlar. Başlangıç ani de olsa aslında zaman içerisinde birikim yapan bir ruhsal katısalı özellikte olan önemli kişisel bilgileri, selden bir unutkanlıkla açıklanamayacak bir biçimde anımsayamama döneminin bir ya da bir kaç kez olmasıdır.

Bu bozukluk, sadece bir Dissosiyatif Kimlik Bozukluğu, Dissosiyatif Füg, Travma Sonrası Stres Bozukluğu, Akut Stres Bozukluğu ya da Somatizasyon Bozukluğu sırasında görülmekte değildir ve bir maddenin (örneğin kötüye kullanılarak bir madde, bir ilaç) doğrudan fizyolojik etkilerine ya da nörolojik ya da başka bir genel tıbbi duruma (örneğin Kafa Travmasına Bağlı Amnestik Bozukluk) bağlı olarak ortaya çıkmamaktadır.

### Sıklık
Dissosiyatif amnezinin görülüş sıklığı genel toplumda Türkiye’de kadınlarında % 7.0 olarak bulunmuştur ve sosyal afet zamanlarında sıklığının arttığı bilinmektedir.

### Tanı ve Ayırıcı Tanı
Fiziksel-nörolojik ve ruhsal muayene, EEG ve gerekten ek tıbbi testler (beşin görüntüleme yöntemleri, toksikolojik testler vb.) yapılmalıdır. Ayırıcı tanıda başta kafa travması ve epilepsiye bağlı olmak üzere organik kaynaklı ruhsal bozukluklar, diğer dissoyatif bozukluklar, ve temarız dikkate alınmalıdır. Çoğu hasta yakının organik kaynaklı ruhsal bo-
zuluklarla gelen hastalarda da çeşitli stres etkenleri tanımlar ve bu bilgiler yanılış ola-
abilir. Bu bakımından ayrıntı tanda öyküden çok fiziksel muayene bulguları ve ruhsal göz-
leme önem verilmedir. Hastanın genç ve organik risk etkenlerinden (arterioskleroz, hi-
pertansiyon vb.) uzak bir kişi olması, tablonun çok ani başlaması, belirtilerden hemen önce ortaya çıkan belirgin bir stres etkeninin bulunması, belirtilerin kendiliğinden ya da çevreden uzaklaştırma ile hızlı düzeltmesi dissoyatif bozukluk yönünde düşündürür. Entoksisasyona bağlı durumlar toksik maddenin olduğuğunu göstermesi ile anlaşılır.

**Tedavi**

Destekleyici yaklaşımla (psikoterapötik görüşme, çevreden uzaklaştırma/hospitali-
zasyon) çoğu kendiliğinden iyileşir. Hipnoz ve sodyum amobarbital görüşmeleri 
başarı ile kullanılabilir. İyileşme oranı ortaya çıkarıcı stres etkeninin durumu ile 
bağlandılır. Tedavi sürecinin anlayışlı bir yaklaşım ve destekleyici bir tutum 
icermesi, hasta-hekim ilişkisinin olumlu bir havada olması gerekir. Hiç kimse bel-
leğini ya da kimliğini mecbur kalmadan terketmez. Bu ortam içerisinde ön incele-
me temel öyküyi sağlar, olumu beklentileri artırır ve gerekli olduğu zaman kulla-
nılacak hipnoz ya da amobarbital görüşmelerinin yapıcı olması için gerekten tera-
pötik ilişkiyi sağlar. Yaş regresyonyu ve abreaksiyon teknikleri iyi sonuç vermez. 
İyileşme döneminde araştırıcı bir tutumdan çok anımsama kusurunun düzeltilme-
si üzerinde çalışılması uygundur. Hasta unuttuklarını anımsamayla ancak tole ede-
bileceği oranda cesaretlendirilmelidir. Amnezi kalktıktan sonra olanların daha de-
rinliğine analiz edilmesine yönelik araştırıcı tutuma ağırlık verilir.

**Dissosiyatif Füg**

**Tanım**

Kişi kendisini birden nasıl geldiğini bilmediği bir yerde bulur, aradan geçen sürede 
olanları hatırlamamaktadır. Dakikalar, saatler, ya da günler sürebilen böyle bir füg 
döneni sırasında her zamankinden farklı bir kimlik edinmiş gibi davranır, karmaşık 
işlevleri yerine getirebilir ve çevresindekilerce durumunun olağanüstü farkedil-
meylebilir. DSM-IV dissosiyatif füg tanı ölçütleri Tablo 6’ de yer almaktadır.

**Klinik Görünüm**

Dissosiyatif füg tipik olarak kısa sürer. Saatleri ya da günleri kapsayabilir, kısıtlı 
bir ölçüde de olsa seyahat görülür. Ender olarak aylarca sürebilir ve binlerce kilo-
metrelık seyahatler olabilir. İyileşme genellikle uykudan aniden olur.

**Etiyoloji**

Genellikle bir psikososyal stres etkeni ile bağlantılı olarak meydana gelir. Savaş, 
doğal ve toplumsal afetler sırasında olabilir. Öyküde kişisel reddedilme, kayıplar, 
başarısızlıklar, evlilik sorunları ve parasal sıkıntılar görülebilir.
Sıklık
Genel toplumda dissosiyatif füg sıklığı Türkiye’de kadınlarda % 0.2 olarak bulunmuştur. Bu bozukluğun kendi başına ender görüldüğü, daha çok kronik karmaşık dissosiyatif bozuklukların bir belirtisi olarak ortaya çıktığı düşünülmektedir.

Tanı ve Ayırıcı Tanı
Fiziksel-nörolojik ve ruhsal muayene, EEG ve gereken diğer ek incelemeler yapılır. Ayırıcı tanda organik kaynaklı ruhsal bozukluklar (epilepsi, entoksikasyon vb.) ve diğer dissosiyatif kaynaklı bozukluklar dikkate alınır. Organik sendromlarda kişisel değişikliği görülebilir, fakat karmaşık bir seyahat ya da başka bir kimliğe bürünme (kısım ya da tamamen)
C. Bu bozukluk, sadece Dissosiyatif Kimlik Bozukluğu sırasında görülünde değildir ve bir madde (örneğin kötüye kullanılan bir madde, bir ilaç) ya da genel tıbbi bir durum (örneğin temporal lop epilepsisi) doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı olarak ortaya çıkmaktadır.
D. Bu belirtiler klinik olarak anlamli derecede sıkıntıyı ya da toplumsal ilişkiler, çalışma yaşadıya da başka önemli işlev alanlarında bozulmaya neden olmaktadır.

Tedavi
Amnezinin tedavisine benzer. Hasta füg sırasında görüldüyse temel kimlik bilgilerini anımsamayarak birden, beklenmedik bir biçimde evinden ya da alışverişidiği işyerinden ayrıp gitmedir.
B. Kişisel kimlik konusunda kafa karışıklığı ya da yeni bir kimliğe bürünme (kısım ya da tamamen)
C. Bu bozukluk, sadece Dissosiyatif Kimlik Bozukluğu sırasında görülünde değildir ve bir madde (örneğin kötüye kullanılan bir madde, bir ilaç) ya da genel tıbbi bir durum (örneğin temporal lop epilepsisi) doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı olarak ortaya çıkmaktadır.
D. Bu belirtiler klinik olarak anlamli derecede sıkıntıyı ya da toplumsal ilişkiler, çalışma yaşadıya da başka önemli işlev alanlarında bozulmaya neden olmaktadır.

Tablo 6. Dissosiyatif Fügün DSM-IV Tanı Ölçütleri

<table>
<thead>
<tr>
<th>A. Başlıca bozukluk, geçmişini unutup (anımsamayarak) birden, beklenmedik bir biçimde evinden ya da alışverişidiği işyerinden ayrıp gitmedir.</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>B. Kişisel kimlik konusunda kafa karışıklığı ya da yeni bir kimliğe bürünme (kısım ya da tamamen)</td>
</tr>
<tr>
<td>C. Bu bozukluk, sadece Dissosiyatif Kimlik Bozukluğu sırasında görülünde değildir ve bir madde (örneğin kötüye kullanılan bir madde, bir ilaç) ya da genel tıbbi bir durum (örneğin temporal lop epilepsisi) doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı olarak ortaya çıkmaktadır.</td>
</tr>
<tr>
<td>D. Bu belirtiler klinik olarak anlamli derecede sıkıntıyı ya da toplumsal ilişkiler, çalışma yaşadıya da başka önemli işlev alanlarında bozulmaya neden olmaktadır.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

166 Dissosiyatif Bozukluklar

**Depersonalizyon Bozukluğu**

**Tanım**

Kişi kendisine yabancılaştığı duyusu içersindedir. DSM-IV tanı ölçütleri Tablo 7’de görülmektedir.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tablo 7. Depersonalizasyon Bozukluğunun DSM-IV Tanı Ölçütleri</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>A. Kişinin mental süreçlerinden ya da bedeninden ayrıldığı ve sanki onlara dışlardan bir gözlemci gibi baktığı hissinin (örneğin kendini sanki bir rüya idiği hissetme) sürekliliği ya da yineleyici biçimde olması.</td>
</tr>
<tr>
<td>B. Depersonalizasyon yaşamıştır sırasında, gerçekçi değerlendirmeye yetişti bozulmaz.</td>
</tr>
<tr>
<td>C. Depersonalizasyon klinik olarak anlamlı derecede sıkıcı ya da toplumsal ilişkiler, çalışma yaşamı ya da başka önemli işlev alanlarında bozulmaya neden olmaktadır.</td>
</tr>
<tr>
<td>D. Depersonalisyon yaşamıştır sadece Şizofreni, Panik Bozukluğu, Akut Stres Bozukluğu gibi başka bir mental bozukluk ya da başka bir Dissosiyatif Bozukluk sırasında görülmekte değildir ve bir madaden (örneğin kötüye kullanılan bir madde, bir ilaç) doğrudan fizyolojik etkileri ya da bir genel tibbi duruma (örneğin temporal lop epilepsisi) bağlı olarak ortaya çıkmıyor olmamalıdır.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Klinik Görünüm**


**Etiyoloji**

Sıklık
Genel toplumda depersonalizasyon bozukluğunun sıklığı Türkiye’de kadınlarda %2.4 olarak bulunmuştur.

Tanı ve Ayırsıçı Tanı
Ayırsıçı tanında akut anksiyete nöbeti, ruhsal travma sonrası stres bozukluğu, depresyon, obsesif bozukluk, hipokondriyaklık, şizofreni, sınır kişilik bozukluğu, madde kullanım bozuklukları, epilepsi, organik hastalıklar ve ilaç yan etkilerinin dikkate alınması gerekir. Depersonalizasyon başka bir psikiyatrik bozukluğun bir belirtisi olarak da görülebilir. Temporal lop epilepsisinde depersonalizasyon yaşantıları ortaya çıkmabilir.

Tedavi

Dissosiyatif Psikoz

Tanım
Davranış, düşüncede, duygulanım ya da bilişsel işlevlerde akut olarak ağır bir bütünlük kaybının ortaya çıktığı, gerçeği değerlendirmenin bozulabileceği, dissosiyatif doğal ve kısa sürede tam iyileşen, çevresel etkenlerin bağlı olduğu geçici psikoz durumudur.

Klinik Görünüm

Etiyoloji
Dissosiyatif psikozun ruhsal travma kökenli bir bozukluk olduğu tezi giderek kabul görmekteidir. Ülkemizde kadınlarda çoğu zaman ağır evlilik sorunları, geniş aile içersinde cinsiyet ve yaşa bağlı rol hiyerarşisinin yol açtığı baskı ortamı dikkati çeker. Öykü derinleştirildiğinde çocukluk çağı tacizleri ve ihmal gibi travmatik unsurların erken gelişim dönemlerinden itibaren varlığı dikkat çekir. Erkeklerde askerlik ve cezaevi koşullarında ender olmadığı bilinmektedir.
Dissosiyatif psikozun ayırdedici özelliği gösterdiği belirtilerden çok kökenini dissosiyasyondan almasıdır. Dissosiyatif psikoz altta yatan bir kronik karmaşık dissosiyatif bozukluğun kompleksasyonu olarak, ortaya çıktığında çeşitli alter kişilik durumlarının bir “döner kapı krizi” ya da “esbilinçlilik krizi” olarak hızlı biçimde kendilerini ortaya döktükleri instabil bir durum niteliğini taşır.

**Sıklık**
Genel toplumda sıklığı bilinmemektedir. Türkiye’de on yıllık bir üniversite psikiyatri servisi popülasyonunda bu tanıya %1.3 oranında rastlanmıştır.

**Tanı ve Ayırıcı Tanı**

**Tedavi**

**Peritravmatik (Akut) Dissosiyatif Bozukluk**
Ölüm, yaşamı tehdit eden hallar ve başka ağır stres yaratlan yaşantıların hemen sonrasında ortaya çıkan tablolarıdır. Olay ardından olanları anımsayamama ya da yeniden yaşıyor gibi olma, gözünün önüne olaya ilgili görüntülerin gelmesi flashback, depersonalizasyon, dalgunlık, duygusal tepkisizlik, çevrede olan bitenlerin farkında olmama gibi dissosiyatif belirtiler ortaya çıkar. Kabus niteliğinde rüyalar,

**Dissosiyatif Trans Bozukluğu**

**Tanım**

**Klinik Görünüm**
Hasta trans durumunda iken çevreyle temasını kaybetmiş bir haldedir. İç dünyasıyla meşgul gibi görünür ve çevresindekilerle iletişimi kesilir. O sırada az ya da çok kendi kendine konuflma olabilir. Sonradan kişi bu epizod sırasında olanları hatırlamaz.

**Tablo 8. Dissosiyatif Trans Bozukluğu DSM-IV Araştırma Ölçütleri**

<table>
<thead>
<tr>
<th>A. (1) ya da (2)’den bir tanesi:</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>(1) Aşağıdaki lerden en az biriyle ilişkili trans, yeni bilinç durumunda geçici belirgin değişiklik ya da yeni bir kimlik ile yer değiştirimeksizin olağan bireysel kimlik duyguşunda yitim:</td>
</tr>
<tr>
<td>(a) Yakın çevrenin farkında olmada daralma ya da çevresel uyarlanlara alışılmış biçimde dar ve seçici odaklanma</td>
</tr>
<tr>
<td>(b) Birinin denetiminin ötesinde olma olarak yaşanan basmakalıp davranışlar ya da hareketler</td>
</tr>
<tr>
<td>(2) Posesyon transi, alışılmış bireysel kimlik duyguşunun yeni bir kimlik ile yer değiştirimesi ile belirli bilinçlilik durumunda tek ya da epidodik değişiklik. Bu, aşağıdaki lerden biri (ya da daha fazlası) ile kanıtlanan bir ruhun, gücün, ilahi varlığın ya da başka bir kişinin etkisine atfedilir:</td>
</tr>
<tr>
<td>(a) Posesyon etkeni tarafından denetim altında olma olarak yaşanan basmakalıp ve kültürel olarak belirlenmiş davranışlar ya da hareketler.</td>
</tr>
<tr>
<td>(b) Olaya yönelik tam ya da kısmi anınez</td>
</tr>
<tr>
<td>B. Trans ya da posesyon transi durumu ortak kültürel ya da dini uygulamanın olağan bir parçası olarak kabul edilemez.</td>
</tr>
<tr>
<td>C. Trans ya da posesyon transi durumu klinik açından belirgin bir sakıntıya ya da toplumsal, mesleki ya da diğer önemli işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.</td>
</tr>
<tr>
<td>D. Trans ya da posesyon transi durumu sadece Psikotik bir Bozukluk (Psikotik özellikleri olan DuyguDurum Bozukluk ve Kısa Psikotik Bozukluk dahil) ya da Dissosiyatif Kimlik Bozukluğu’nun gidişi sırasında ortaya çıkmaz ve bir maddenin ya da genel tibbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Etiyoloji
Dissosiyatif mekanizma esastır. Travmatik bir geçmiše rastlanabilir. Bu konuda yeni çalışmalarla gereksinim duyulmaktadır.

Sıklık
Dissosiyatif trans bozukluğu Türkiye’de kadınlarda genel toplumda sıklığı %0.6 olarak bulunmuştur.

Tanı ve Ayırıcı Tanı
Diğer dissosiyatif bozukluklardan ayırt etmek gerekir. Kafa travması ya da epilepsi sonrası oluşan bir durumla karşıtırılmamalıdır. Çocuklarda dissosiyatif trans bozukluğu gelişmekte olan bir karmaşık dissosiyatif bozukluğun işaretleri olabilir.

Tedavi

Poseyson (Tutulma)
Başka bir varlığın (cin, şeytan vb.) kişinin bedenine egemen olması ya da girmesi (poseyson) olarak düşünülen durumlara birçok kültürde rastlanmıştır. Örneğin 18. yüzyıl sonlarına dek Batı toplumlarında birçok kişi böyle fenomenler göstermiştir. Bu insanelerin o çağın paradigmaları yararında posesyona (tutulma) ugradıkları düşünülmüş ve kültürün onayladığı egzorsizm türleriyle tedavi edilmeye çalışılmışlardır. Dinsel açıklamalar yerini ilk dinamik psikiyatriye brakıldığından posesyon durumlarının altında yatan ruhsal yapılar ve ifade ettikleri mental çatışmalar birden ortadan kalkmadılar. Onlar tanımlamak üzere bugün DKB denilen durum ve benzerleri bilimsel yaza girildi. DKB posesyon sendromlarında görülen bir dizi mental yapıya laik bir açıklama getirilmektedir. Posesyon durumlarının hala kabul gördüğü ve öznel yaşantı ve çatışmaların ifadesinin sınırlanıldığı toplumlarda (başka yerde DKB’nin doldurduğu psikopatolojik boşluk orada zaten bulunmamaktadır) DKB’ye rastlanmaz.

Poseyson durumları (alta yatan bir psikozun işaretleri olarak ortaya çıkan posesyon sanrızlar bu gruptan sayılmaz) günümüzdeki DKB ile izomorftur ve fenomenolojisindeki ayrıntılarla bağlı olarak DKB, füg ya da başka türlü adlandırılamayan dissosiyatif bozukçuk çerçevesinde tanı almaları gerekir. Posesyon durumları geleksel olarak ikiye ayrılır. Somnambulistik (uyurgezer) posesyonda kişi kendisi olma bilincini aniden yitirir ve içine girmiş olan varlık olarak konuşur, tekrar bilincinin kazandığıda ötekinin söylediğlerini ve yaptıklarını hatırlamaz. Lusid (uyanık) posesyonda ise kişi kendisini bilir, fakat bir başka antitenin varlığını farklı kılar.
ve ona karşı kontrol mücadelesi vermekte, ancak zaman zaman ortaya çıkmasını engelleyemektedir. Günümüzdeki DKB bu iki türün çeşitli lehçelerini içerir.

**Çocuk ve Gençlerde Dissosiyatif Bozukluklar**

DKB ve benzeri kronik dissosiyatif bozukluklar dallığı seyretse de dilma çocukluk çağında başlamakta çoğun zaman silik belirtilerle seyredip adolesans döneminde ve sonrasında çarpıcı belirtilerle fark edilir hale gelmektedir. Oysa çocukluk çağında tanı konulan vakalar daha kolay ve hızlı tedavi edilmesi olasıdır. Bunun yanı sıra, çocuklukta tedavi edilmeyen vakaların adolesans döneminde ve sonrasında madde bağımlılığı, okul başarısızlığı, yığıncı ve impulsif davranışlar, intihar eğilimi, kendi bedenine zarar verme, uygun olmayan cinsel davranışlar ve benzeri komplikasyonlar eklemesi ile de zorar görmekte. Başlangıçta çocukluk çağı hayali arkadaşlığı gibi görünen durumlar hayali arkadaşların çocukta kontrolünü alması ve çarpıcı davranışlarla süreklemesi halinde artık bir dissosiyatif bozukluk sayılmasının gerektiği unutulmamalıdır.


**Bir Psikiyatrik Bozuklukla Bağlantılı Olmayan Dissosiyatif Durumlar**


Kaynaklar


Somatizasyonu olan kişiler, sağlık kurumlarını en sık kullanan ve hekim açısından tanışal yaklaşım ve yönlendirmede güçlükler yaratan hastalardır. Somatizasyonun önemi, sadece etkilediği hasta sayısının çokluğundan kaynaklanmaz. Sağlıklı hizmeti harcamaları ve yeti yitimine bağlı ifl gücü kaybı da sorunun bir diğer boyutunu oluşturmaktadır. Çok sayıda doktor başvurusu, ileri tetkik, gereksiz ilaç kullanımı ve cerrahi uygulama, maliyeti artıran faktörlerdir.

Somatizasyon, hiçbir süphesiz, birinci basamaktaki pratisyen hekimler veya iç hastalıkları uzmanlarına başvuran klinik populasyon arasında daha yaygındır. Bu hastalar hem poliklinik hem de yatakta tedavi hizmetlerini daha çok kullanırlar. Mütevazı tahminlere göre, bütün tıbbi hizmetlerin en az %10’u organik bir probleemi olan hastalar tarafından kullanılmaktadır.

Somatizasyon ve ilgili bozukluklardan söz ederken ‘hasta rolü’ ve ‘hastalık davranış’ına (illness behaviour) de_pidmek gerekir. Çünkü somatizasyon, “hasta rolü”
için fiziksel hastalığı mazeret olarak kabul eden ancak psikolojik belirtileri reddeden kültürlerde daha yaygındır. Benzer şekilde, özel sigorta şirketleri de, çoğu zaman psikiyatrik problemlerden kaynaklanan kayıp ya da zararları ödemeyi reddederken, fiziksel problemlerle ilgili tıbbi masrafları ve tazminatları ödemektedirler.

Hastalık davranışçı organoloji olmakdaemon hastanın doktor doktor dolaşma, tetkik yap ไม่ma, ilaç kullanma, uzun istirahatlar vb. hastalığı ilişkin davranış biçimlerini sürdürmesi biçiminde tanımlanabilir.

Somatizasyon ve ‘hastalık davranış’ı’nın gelişme sürecinde kişiler arası ilişkilerin manipülasyonu, hastalıktan rolünün avantajları, malı kazanç, sız接到 olarak bloke edilmiş düşünce ve duyguların ifade edilmesi de önemli motivasyon kaynaklarıdır.

DSM-IV’e göre somatoforme bozukluk kavramı, tıbbi bir durumu telkin eden ancak tıbbi incelemeler sonucunda yeterli bir açıklama bulunamayan ve yineleyici niteliği olan fiziksel belirtileri içermektedir. Belirtiler hastaların belirgin kıskantı çekmesine veya sosyal ve mesleki işlevselliklerinde bozulmaya neden olacak kadar şiddetlidir. Somatoforme bozuklukların fiziksel belirtileri, yapay bozukluk veya te-maruzda olduğu gibi istenilmemiş olarak ortaya çıkarmaz, fakat belirtileri açıklayacak hiçbir tıbbi durum da yoktur. Çeşitli yaşam olaylarının ve psikolojik etkenlerin semptomların başlamasını, şiddet ve seyri üzerine etkileri vardır.

DSM-IV’e göre somatoforme bozuklukların sınıflandırılması aşağıdaki gibidir:

1. Somatizasyon Bozukluğu
2. Farklılaşmamış Somatoforme Bozukluk
3. Konversiyon Bozukluğu
4. Hipokondriyazis
5. Beden Dismorfik Bozukluğu
6. Ağrı Bozukluğu
7. Bağşa Türülü Adlandırılmayan Somatoforme Bozukluk


Somatizasyon Bozukluğu

Önceleri “histeri” ya da Briquet sendromu diye adlandırılan somatizasyon bozukluğu, erken yaştan başlayan, çoğunlukla kadınlar etkileyen ve tekrarlayıcı, çok sayıda organ sistemini ilgilendiren çoklu bedensel yakınımlarla karakterize polisemptomatik bir bozukluktur. Belirtileri açıklayacak uygun bir fiziksel neden veya laboratuvar bulusu mevcut değildir. Genellikle 30 yaşından önce başlayan ve kronik gidişli olabilen bu bozuklukta belirgin psikolojik sıkıntılı ile beraber sosyal ve mesleki işlevsellikte aksamalar olabilir. Dikkati çeken bir başka özellik de belirtilerin başlangıç ve seyrinin, çe-

**Tarihçe**


**Epidemiyojloji**

Somatizasyon bozukluğunun yaşam boyu yayılıklık yaklaşık %0.2-0.5 olarak bildirilmekle beraber bazı yazarlar gerçek rakamın %1’e kadar çıkabileceğini tahmin etmektedirler. Kadınlarda yaşam boyu yayılıklık yaklaşık %1-2 olarak tahmin edilmektedir ve kadınlarda erkeklerden 5-20 kat daha fazladır. Kadınlardaki bu yüksek rakamlarda bir nedeni de erkeklerde somatizasyon bozukluğu tanışı koymama eğilimine bağlı olabilir. Pratisyen hekimlere başvuruların ise yaklaşık %5-10’u somatizasyon bozukluğu tanışı alan hastalar oluşturmaktadır ki bu da en yaygın dördüncü tanı grubu demektir. Birinci basamakla kıyaslaldığında, yatan hastalardaki yüksek bir zaman daha düşükdür. Türkiye’de yapılan çalışmalar ise yayılıklık oran %2.6 ya kadar çıkabilmektedir.

Bozukluk genel olarak sosyoekonomik durumla ters orantılıdır. Eğitim ve gelir düzeyi düşük olan gruplar arasında daha sık gözümektedir.

**Etiyoloji**

Somatizasyon bozukluğunun nedeni henüz tam olarak bilinmemekle beraber, psikososyal ve biyolojik etkenlerin bir bileşimi olduğu düşünülmektedir.

**Psikososyal Etkenler**

Somatizasyon bir savunma düzeneği olarak kişinin varolan duygusal sorunlarının yeri bedensel belirtilerin alınmasına ve kişinin toleli edilemeyen çatışmalar yerine bedensel duyumları ile uğraşmasını sağlamaktadır. Belirtiler sorumlulukta kaçmak,
duyguları ifade etmek ya da duyguları veya bir inancı sembolize etmek amacıyla geliştirilmiş bir sosyal iletişim yolu olarak yorumlanmaktadır. Psikanalitik bakış açısına göre bedensel belirtiler, bastırmış dürtüsel impulsların yedekleri olarak ortaya çıkmaktadır ve benliğin (ego) bu dürtüsel güçlerle uyuşmasını sonuçudur.

Somatizasyona yakın ilklibilen bir neden de kiflinin yetifli olduğu aile veya toplumda somatizasyonun genel kullanımının yaygın olması olabilir. Davranışsal kurama göre ana-babanın davranışları ve aile içi tutumlar çocuklarda somatizasyonu pekiştirilemekte, kendilerini ifade biçimleri olarak bedensel belirtileri kullanmalarını yol açmaktadır. Ayrıca Somatizasyon bozukluğu olan kadınların arasında çocukluğ cüce istisnamin daha yaygın olduğunu gösteren çalışmalara mevcuttur.

Biyolojik Etkenler

Somatizasyonun biyolojik temelleri konusunda bilgimiz çok azdır. İşitsel uyarılmış potansiyellerle yapılan çalışmalar ve uyarılmış potansiyellerle bölgesel beyn kan akımlarının birlikte değerlendirildiği bazı araştırmalar somatizasyon bozukluğu hastalarında hafif nöropsikolojik bozuklukların olduğunu düşündürmektedir.

Genetik veriler en azından bazı ailelerde somatizasyon bozukluğunun genetik geçiş özelliği gosterebileceğini düşündürmektedir. Kadın somatizasyon hastalarının birinci derece kadın akrabalarının %10-20’sinde somatizasyon bozukluğu görüürken, erkek akrabalarında ise antisosyal kışlık bozukluğu ve madde kullanımını açısından risk artışı görülmektedir.

Tanı

Somatizasyon bozukluğunun en önemli tanısal özelliği, sürekli bir tibbi ilgi arayışına neden olan kronik ve tekrarlayıcı bedensel yakınlıklar. Pratisyen hekimler tarafından hipokondriyazis ve somatizasyon bozukluğu terimleri sıklıkla birbirinin yerine kullanıldığı için şu unsu vurgulamakta fayda vardır: Somatizasyon bozukluğunda hipokondriyazisden farklı olarak esas endişe, katastrofik ve hayatı tehdit eden bir hastalıktan ziyade, açıklanamayan çok bedensel belirtileri üzerine yoğunlaşmış. DSM-IV'de göre tanı ölçütleri:

* 30 yaşından önce başlayan çok sayıda bedensel yakınlık ve durumu olması
* 4 ağrı semptomu, 2 sindirim sistemi belirtisi, 1 cinsel belirti, 1 yalancı nörolojik belirti öyküsünün bulunması
* Bu belirtilerin bilinen bir tibbi durumla açıklanamaması şeklindedir.

Klinik Özellikler

Somatizasyon bozukluğu olan hastaların çok çeşitli bedensel belirtileri ve genellikle uzun ve karmaşık bir tibbi geçmişi vardır. Hastalar ençoğ ağırdan yakındır. Bulantu ve kusma, yetma güçlüğü, kollarda ve bacaklarda ağırlar, nefes darlığı, amnezik en sık görülen diğer belirtilerdir. Hastalar, neredeyse bütün hayatları boyunca


**Ayırıcı Tanı**

Somatizasyon bozukluğunun belirtileri özgür ve tanı koydurucu olmadığından, özellikle de yakınmaların 40 yaşından sonra başladığı hastalarda mutlaka organik sebebe yönelik bir araştırma yapılmalıdır. Multipl skleroz, miyastenia gravis, sistemik lupus eritematozus, akut intermitan porfiri, hiperparatiroidizm, hipertiroidizm, porfiri, AIDS ve kronik sistemik enfeksiyonlar aynı yaş grubunda, çoğun ve değişken belirtilerle giden hastalıklardır. Ancak, bu fiziksel hastalıklara özgür klinik özellikler ve laboratuvar bulguları ayırıcı tanıda yardımcı olmaktadır.

**Gidiş ve Sonlanması**

Somatizasyon bozukluğu, kronik ve genellikle tam iyileşmeyen görülmüştür. Yaşaman hemen her dönemde kendiliğinden iyileşme beklenmez. Özellikle yaşam koşullarının artırıldığı dönemde belirtilerin şiddetlendiği ve yenilerinin eklediği görülür. Tanı ölçütlerini karşılamasa bile her çeşit somatizasyonun hem kişisel hem de toplumsal olarak önemli sonuçlara yol açabileceği unutulmamalı ve sosyal yetili yetmi hastalığın bir parçası gibi ele alınıp tedavi öyle planlanmalıdır.

**Tedavi**


Ne yazık ki hastaların çoğu psikiyatriye sevk edilmeye sıcak bakmamaktadır. Bu nedenle birincil basamak hekimlerinin uygun bir yaklaşım göstermesi önemlidir. Tam içileme nadiren elde edilmektedir, ancak ciddi işlev kaybına yol açan belirtilerde azalma ve bunun yerine bir klinik ya da hekimle düzenli ilişki/bağlanma sağlanabilir. Psikiyatristin rolü, esas doktoruya işbirliği içinde, krize müdahale veya eşlik eden bozukluklara yönelik tedavi yaklaşımında bulunmaktadır.
Farklılaşmamış Somatoform Bozukluk

Bir çok hastanın somatizasyon bozukluğunun tüm ölçütlerini karşılamadığının fark edilmesi üzerine, bu ayrı tanışal kategori geliştirilmiştir. En az altı ay süren, somatizasyon bozukluğu ölçütlerini doldurmayan ve organik nedenlerle açıklanamayan bedensel belirtilerin olduğu bir tablodur. Semptomlar hastanın sosyal ve mesleki işlevselliğinde bozulmaya neden olmaktadır. Farklılaşmamış somatoform bozukluk, somatoform bozukluklar içinde belki de en yaygın olanıdır, fakat hakkında yeterli veri toplanmamıştır.

Konvansiyon Bozukluğu


Epidemiyoloji

Genel populasyonda %0.3 oranında görülmektedir. Genel hastanelerde istenen konsültasyonlar ise yaklaşık %5-15’ini oluşturur. Kadınlarda erkeklerden daha fazla ortaya çıkar. Düşük sosyo-ekonomik düzeyde, az eğitimlilerde ve kırsal kesimde daha sıktr.

Belirtilerin akut başlangıçlı niteliği yüzünden başvurular daha çok iç hastalıkların ve nöroloji acil polikliniklerine olur.

Etiyoloji

Bastırılmış veya iyi ifade edilememiş duyguların beden diline dönüştürülerek anlatı olarak özetlenebilir. Bu anlamda çeffile sıkıntıyı yaratıcı stres faktörleri semptomların ortaya çıktığında tetikleyici olabilir. Cinsel ve fiziksel istismar öyküsü bu grup hastada sorgulanabilir.

Tanı ve Klinik Görünüm

Belirtiler başlica 3 grupta toplanır:


Konversiyonla İlişkili Kavramalar

Güzel Aldırımazlık (La Bellé Indifference): Hastanın belirtilerine durumla bağlımayan biçimde kayıtsız kalması, kaygı ve endişe taşımaması durumudur. Tanı için flor olmamakla birlikte, konversiyon bozukluğunda görülebilir ve tanıyı kolaylaştırır.


Ayırıcı Tanı

Karşılabileceği özellikle nörolojik hastalıkların dikkatinin gerekli olduğu durumlarda gerekirse bir süre nörolog ve psikiyatr birlikte izleyebilir. Pay bozukluk ve temaruzdan ayırılması gereklidir.

Gidiş ve Sonlanım

Belirtilerin bir kısmı kendiliğinden geçebilir. Bazı hastalarda ise uzun tedaviler karşı kronik seyir görülebilir. Başlangıçın ani olması, stresli bir olaya bağlı gelişmesi, erken tedaviye başlama, eşlik eden bir nörolojik bozukluğun olmadığını gibi etkenler iyi prog nostik göstergeleridir.

Tedavi

Acil koşullardaki hekim, psikiyatr olmasına bile gerekli müdahaleyi yapabilmelidir. Semptomların hasta tarafından bilinçli bir kazanç elde etmek için, bilerek ve isteyerek oluşturulmadığı bilgisine sahip olmak, hekimin yaklaştığını etik ilkelere uygun ve mesleki açıdan yerinde bir tutuma dönüştürecek. Empati bir dinleme, çevredeki kalabalığın ve yakınların uzaklaştırılması ilk yapılması gerekenlerdir. Hastayı suçlayıcı ya da

İyi bir iletişim, doğru yönlendirme, hastaların acil koşullarda değil, ayaktan düzenli psikiyatri takibi emniyet etmek, hastayı ve ailesini bilgilendirmek başlangıç için yapılmasını gerektirir.

Uzun süreli izlem zaten psikiyatri kliniğinden sağlanacaktır.

**Hipokondriyazis**


**Epidemiyoloji**

Birinci basamak sağlık hizmetlerine başvurulanlar arasında yaygınlık %0.8-4.5 olarak bildirilmektedir. Cinsiyet ve diğer sosyo-demografik özellikler açısından belirleyici özellik belirtilmemiştir.

**Etiyoloji**

Normal bedensel belirtilerin çarpılıraları algılanması, başkalarına yönelik saldırığinin kişinin kendi bedenine dönmesi, hasta rolünün yakın çevrideri içerisinde öğrenilmesi gibi nedenler oluşuma katılarak etkenler olarak sıralanır.

**Tanı**

DSM-IV’ ye göre hipokondriyazis tanısı ölçütleri

* Kişinin beden belirtilerini yanlış yorumlaması sonucu ciddi bir hastağın olacağını korkusu veya olduğu düşüncesi taşımaması
* Yeterli tıbbi tedaviye ve güvenceye karşı bu düşünceler sürup gitmesi
* Bu inanç hezeyan boyuttunda olması
* En az 6 ay sürmesi

Kişi ciddi bir hastağın olmasıyla ilgili kaygısının aşırı ya da anlamaz olduğu nu kabul etmiyorsa ‘iç sürüsü az olan’ alt tip olarak sınıflanır.

**Ayrıcı Tanı**

Fiziksel hastalıklardan ayırmak için dikkatli bir inceleme gerekeir. Başvuru yeri genellikle birinci basamak veya farklı branş hekimleri olduğundan psikiyatrik boyu-
tun atlaması muhtemeldir. Yeterli güvence verilmesine karşın, hasta çok kaygılı ise ve doktor doktor dolaşmayı sürdüyorsa, ikna edilemiyorsa hipokondriyazisten şüphelenmek gerekir. Psikiyatrik bozukluklar içinde de diğer somatoform bozukluklar, sağlık endişesinin yüksek olduğu anksiyete bozuklukları, yapay bozukluk ve temaruzdan, obsesif kompulsif bozukluktan ayrılımalıdır.

**Gidiş ve Sonlanım**

Belirtilerin artıp azaldığı kronik seyir gösterir. Psikiyatrik yardımları kabul etmeme olasılıkları da yüksektir.

**Tedavi**


Psikofarmakolojik tedavi olarak serotonin gerialım inhibitörleri ve düşük doz antipsikotik kullanımı uygulanabilir.

**Beden Dismorfik Bozukluğu**

Beden dismorfik bozukluğu (BDB) kişinin görünümündeki hayali bir kurşun ile uğraşan duruş durması ile süregiden bir klinik tablodur. Hafif bir fizik anomalisi varsa bile kişinin kaygısı buna göre belirgin olarak aşırdır. Sosyal ve mesleki işlevsellikte bozulmaya yol açar. En son tanımlarla DSM-IV'de bu uğraş anoreksiyada nörozozaki gibi beden şekli ve ölçüleriyle ilgili hoşnutsuzlukla açıklanamaması korkulu vardır.

**Epidemiyoloji**

Yayılış konusunda kesin veriler olmamakla birlikte, yaşam boyu yayılışı yaklaşık %0.1-1 olarak verilmektedir. Her iki cins eşit oranda görülmekte, genellikle genç yaşta başlamaktadır.

**Etiyoloji**

Tam olarak bilinmemekle, ancak çeşitli etkenlerle bağlantısından söz edilmektedir. Depresyon, obsesif kompulsif bozukluk, düşük benlik saygısı, çocukluk çağı travmaları iliskili olabilecek durumlardır.

**Klinik Görünüm**

Hastalar minimal veya hayali bir bedensel kurşun ile uğraşırlar. Şikayetçii olduklarını beden bölgelerinin kamuflaşıyla da düzeltilmesi için çok fazla zaman harcarlar, endişeleri yüksektir.

**Ayırıcı Tanı-Eşتانılar**

Obsesif kompulsif bozukluk, duygudurum bozuklukları, somatoform diğer bozukluklar, psikotik bozukluklar ile hem ayırımı hem de birlikteliği dikkati çeker.

**Gidiş ve Sonlanım**

Kronikleşme olasılığı yüksektir. Bir beden bölgesi zaman içinde diğerine değiştilir ve endişe yenisi üzerinden sürebilir.

Psikiyatri dışı hekimlerin, özellikle plastik cerrahların bu hastaların taleplerine cevap vermeden önce dikkatlice değerlendirime ve psikiyatrik konsültasyon istemeleri gerekir.

Hastalar genellikle ameliyat sonucundan hoşnut olmayacak, yeni taleplerle gelebilecektir.

**Tedavi**

Serotonin gerialım inhibitörlerine iyi yanıt vermektedir. Obsesif kompulsif bozukluk ile yakınılık da dikkate alındığında bu sonuçlar anlamlı görünmektedir.

Hekimle kurulacak güven ilişkisi gereksiz müdahalelerin önüne geçer. Tekrarlayan kozmetik cerrahi talepleri olan hastalarda BDB tanısı mutlaka akla gelmelidir.

**Ağrı Bozukluğu**

Ağrı tıbbının pek çok dalında hekimlerin hastalarından sıkça duydukları yakınınlardan biridir. Uluslararası Ağrı Araştırmaları Derneği (IASP) ağrıyı ‘mevcut veya potansiyel bir doku harabiyetine bağlı, nahoş duysal ve emosyonel bir yașantı’ olarak tanımlamaktadır. Yani ağrı yaşantısı bedensel bir kaynağı ve duysal (sensoriyel) özelliği olmasının yanı sıra, doğada duygusal (emosyonel) elementler de bulundurulmaktadır. Bu niteliğine bağlı olarak ağrı, kişiye özgü, subjektif nitelikler taşımakta ve psikolojik süreçlerden önemli ölçüde etkilenmektedir.

Bir psikiyatrik tanı olarak DSM-IV’e göre ağrı bozukluğu ise

* Bir ya da daha fazla anatomik bölgede görülen ağrı, klinik görünümün önde gelen özelliğidir.

* Ağrının başlangıcı, şiddeti, alevlenmesi ya da sürmesinde psikolojik etkenlerin önemli bir rolü vardır

* Bu durum kişinin mesleki ve sosyal işlevselliğini bozarak biçiminde tanımlanır. 2 alt tipi vardır:

  * Psikolojik etkenlerin eşlik ettiği ağrı bozukluğu

  * Hem psikolojik hem de genel tıbbi durumun eşlik ettiği ağrı bozukluğu

Süre açısından,

* Akut: 6 aydan kısa süren

* Kronik: 6 aydan uzun süren olarak ayrılır.
Epidemiyoloji

Etiyoloji
Ağrı bozukluğunun oluşumunu anlamada psikolojik açıklamalar önemli bir yer tutar. Öfke, kızgınlık, hayal kırıklığı gibi duyguların dile dökülemeyip topluma da-ha kabul edilebilir bir yolla dölabilir ve belirtilir. Öğrenme kuramlarının etkisi de ağrı bozukluğunda rol oynar.

Klinik Görünüm
Vücudun çeşitli yerlerinde ağrı şikayeti olabilir. Hastalar bu ağrıya meşguldür. Çare bulmak için çeşitli tıbbi ve cerrahi yardımcı ararlar. Öyküleri de bu yardımcı arayışları ile dolu olabilir. ‘Ağrı davranışı’, bu bozuklukta doktorun başlangıçtan itibaren uygulanmasını gerektiren bir alandır. Ağrı davranışı olan hastalar
* Ağrılardan sıkça konuşma,
* Tekrarlayan doktor başvuruları,
* Fazla miktarda ilaç alma ya da acı çektiğini gösteren durumlar ve yüz ifadeleri gibi bir takım davranışlar diğer insanlara ilişki kurma biçimleri olarak kullanılmaktadır.

Ayırıcı Tanı ve Estanılar
Tıbbi hastalıklar, somatizasyon bozukluğu, depresyon ile ayırıcı tanı yapılmalıdır. Özellikle depresyon ile birlikteği saptar. Anksiyete bozuklukları, somatoform bozukluklar, travma ile ilişkili bozukluklar ile birlikte görülebilir.

Gidiş ve Sonlanım
Kronikleşmiş ağrı tedavi ve prognoz açısından güçlük yaratır. Bu nedenle erken tedaviye başlama seyrin açısdan bir avantajdır. Genel olarak eşlik eden diğer ruhsal faktörler ve bireysel özellikler bozukluğun seyrinde belirleyicidir.

Tedavi
Ağrı bozukluğu hastalarında özellikle tıbbi durum eşlik ediyorsa multidipliner ekip çalışması gerekebilir.
Ağrı bozukluğunu olan hastaya yaklaşımda klinisyenin görevi, onu ruhsal ve beden- sel olarak bir bütün olarak algılamak ve klinikler arası işbirliği yollarını denemek olmalıdır. Bu yaklaşım, hasta için gereksiz incelemeler ve tedavi, iş, zaman, para kaybı ve en önemlisi semptomların peklemesinin bir ölçüde önüne geçebilir.

**Kaynaklar**


Yeme Bozukluğu Nedir?

* Yeme davranışıında bozulma,
* Kiloyu kontrol etmeye dönük davranışların ısrarı gidişi,
* Fiziksel ve psikosyal işlevselliğin bu nedenle bozulması,
* Sözü edilen belirti ve işlev değişikliklerinin bir tıbbi durum veya psikiyatrik bozukluğa ikincil olması ile seyreden klinik tablolar olarak tanımlanır.

Başlıca 3 gruba ayrılır:
* Anoreksiya Nervoza
* Bulimiya Nervoza
* Başka Türülü Adlandırılamayan Yeme Bozukluğu

Tıbbi bir hastalık olan obezite ise psikiyatrik sınıflamalarda yeme bozukluğu olarak ele alınmamaktadır.

Yeme Bozukluklarının Genel Özellikleri

* Bu gruptaki hastalıkların oluşumunu tek bir etkenle açıklaması mümkün değildir.
* Çoğunlukla genç kızların ve kadınların hastalığıdır.
* Tıbbi komplikasyonların en sık ve ağır seyrettiği psikiyatrik hastalık grubudur.
* Ölüm oranları yüksektir.

Anoreksiya Nervoza

Yeme reddi, aşırı zayıflık gibi belirtiler gösteren hastaların tanımlanmaları ortaçağa dek uzanmakla birlikte, 19. yüzyılın ikinci yarısından sonra tıbbi bir sorun olarak ele alındığı dikkat çekmektedir. Ortaçağda ‘kutsal anoreksia’ olarak dini yayılarda, kutsal bir amaçla kendini yemeden içmeden kesen azizeler için kullanılmaktadır. 1873’te William W. Gull tarafından ‘anoreksia nervosa’ olarak tanımlanmıştır. Söz-

**Epidemiyoloji**

Genel olarak yeme bozuklukları %90-95 oranında kadınlarda görülür.

Anoreksiya nervozası genel inek döneminde ve genç kızlarda sık görülür. Yayılımını %0.1-1, yoğun olarak görüldüğü yaş aralığı 10-29 olarak bildirilmektedir. Türkiye'de yapılan epidemiyolojik çalışmaları da benzer sonuçlar elde edilmiştir.

Tanı konulacak düzeyde العاصهامış olsa bile, genç kızlarda beden biçimini ve yeme davranış ile ilgili zihinsel uyardıslara sık rastlanır. Genç kızlar arasında bozulmuş yeme davranışları, bu oranların çok üstündedir. Türkiye'de son dönemdeki bir çalışmada, üniversiteli kız öğrencilerde bozulmuş yeme davranış %12 olarak bulunmuştur.

Masum görünen bu davranışlar ilerdeki yeme bozukluğunun habercisi olabilir.

**Etiyoloji**

Veriler tartışmalıdır ve kesin bir nedenin varlığında söz edilemez. Ancak aile etkileşimleri, genetik, psikodinamik, sosyokültürel çeşitli faktörlerin değişik derecelerde katılması söz konusudur.

Son dönemde hastalığın kalıtımsal yönüne işaret eden davranışların sayısı artmaktadır. İlkizler arasında anoreksiya nervozası ve bulimia nervozası için eş-hastalımların oranı monozigotlarda dizigotlara göre daha fazla bulunmuştur. Aile davranışlarında ise anoreksiya nervozalı hastaların birincisi derece akrabalarında yeme bozukluğu oranları kontrolünderden daha yüksektir, yeme bozukluğu olan kişilerin ailelerinde yaşam boyu yeme bozukluğu görülme riski, olmayanlardan yaklaşık 10 kat fazla bildirilmektedir.


Anoreksiya nervozada sürecinde hiperkortizolizm, düşük T3 gibi hormonal değişiklikler ve düşük leptin düzeyi gibi çeşitli nöroendokrin değişiklikler gözlendir. Ancak bu değişikliklerin anoreksiya nervozanın nedeni olmaktan çok sonucu olabileceğine tıpkı kalmaktadır.

Sosyo-kültürel etkenlerin varlığı dikkate alınmalıdır. Değişen güzel kadın imgesi, zayıflığın önemli olumu bir özellik olarak öne çıkarılması gibi nedenler, genç kadınların hastalamanın artışıta rol oynamaktadır.
Aşırı koruyucu, herşeye karışan, bireyselleşmeye izin vermeyen aile yapısı, kişiliğe mümkemelliyeçilik ve rüjître özellikleri de etkenler arasında sayılmaktadır.

Psikodinamik açıklamalar ise temel olarak annenin yaşanan sorunlu ilişkiye ve kadın kimliğine ilkiştırılmış zorlukları üzerinde durur. Bu genç kızlar annelerini çok müdahaleci olarak algılar, bedenlerinin annelerinin kontrolünde olduğunu hissine kapılabilirler.

**Tanı**

Zayıflık, çok zayıf olması rağmen kendini şişman olarak algılama şeklinde beden imgesi bozukluğu, kilo alma korkusu ve kadınlar için temelde bu hastalığın temel belirtileridir. Anoreksiya nervozası için DSM-IV tanı ölçütleri şöyledir:

* Yaşı ve boy uzunluğu içinın olduğu sayılan en az kiloda olmayı kabul etmeme (örn. beklenenin %85’in altındaki olmaya devam etme)
* Düşük vücut ağırlığına karşının kilo almaktan aşırı korkma
* Vücut ağırlığının ya da biçimini algılamada bozuk olmasi
* 3 ardışık siklus amenore

Anoreksiya nervozasının 2 alt tipi vardır.

1-Kısıtlı tip: Hastalar kilolarını kontrol etmek için yemeyi reddeder veya çok az yerler.
2-Yeme-çıkarma tipi: Yeme konusundaki kısıtlamanın ötesinde, kendini kusturma, laksatif ve diuretik kullanma yoluyla kalori kontrolü çabası vardır.

ICD-10 ölçütleri ise zayıflık sınırını beden kütle indeksi (BKİ) < 17.5 olarak belirlemektedir. Klinik uygulamada bu değerin kullanımı kolaylık sağlar.

**Klinik Görünüm**


**Ayırıcı Tanı ve Eştanılar**

Kilo kaybıyla giden her tür fiziksel hastalıkla ayırıcı tanısı yapılmalıdır. Malignite, enflemauvar barsak hastalıkları, çölyak hastalığı, endokrin ve metabolik hastalıklar, enfeksiyon gibi sistemik hastalıkların dilsanması gerekir. Psikiyatrik hastalıklar içinde düygdurum bozuklukları ve anksiyete bozuklukları ile birlikte görülme olasılıkları yüksektir.
Bulimiya Nervoza


Epidemiyoloji

Bulimiya nervozada yaşam boyu prevalans %1-4.2 olarak bildirilmektedir. Ancak klinik tanı boyutuna ulaşmamış eşik altı durumlar da katıldığında bu oranlar 2-5 katına çıkabilir. Başlangıç anoreksiya nervozadan daha ileridir.

Etyoloji

Tek bir nedenden söz edilemez. Ancak çeşitli risk faktörleri vardır. Çocukluk çağı cinsel ve fiziksel istismarı, hastalık ortaya çıkmadan önceki dönemde kaygı ve duygudurum bozuklukları, ebeveynin aşırı veya yetersiz düzeyde bulunması etkileyen faktörler arasında sayılabilir. Başlangıç yaşta anoreksiya nervozadan daha ileridir.

Tanı

Tıkıncasına yeme nöbetleri, uygunsuz dengeleyici davranışlar (kusma, laksatif, diüretik vb.), kiloya ve bedenle aşırı uğraş temel belirtilerdir. DSM-IV tanı ölçütleri şunlardır:

* Yineleyen tıkıncasına yeme epizodlarının olması
* Ayni zaman diliminde çoğu insanın yiyebileceğini çok daha fazla yiyeciği yeme,
* Bu epizod sırasında yeme kontrolünün kaybedildiği duygusunun olması
* Kendini kusturma, laksatif, diüretik kullanımı gibi dengeleyici davranışların olması
* Tıkıncasına yeme ve dengeleyici davranışların 3 ay süreyle en az 2 kez/hafta ortaya çıkması.

Bulimiya nervozanın 2 alt tipi vardır bunlar;

1- Çıkartma Olan Tip: O şıradaki epizod süresince kusma, laksatif-diüretik kullanımını vardır.

2- Çıkartma Olmayan Tip: O şıradaki epizodda kilo kontrolü için yeme kısıtlaması veya aşırı egzersiz yapma şeklinde uygunsuz dengeleyici davranışlar vardır.

Klinik Görünüm

Anorektiklerden farklı olarak bulimiya nervozalı hastalar normal kiloda ya da kilolu olabilirler. Tıkıncasına yeme nöbetleri sırasında sıklıkla önceden planladıkları ve rutin yeme düzenlerinde yasaklı olan yüksek kalorili besinleri (pasta, dondurma, çi-

**Ayrıcı Tanı ve Eştanılar**

Aşırı yemeeye neden olabilecek merkezi sinir sistemi tümörleri, Klein-Levin sendromu ile ayrıcı tanısı yapılmalıdır. Duygudurum bozuklukları, madde kullanım bozuklukları, anksiyetede bozuklukları ile birlikte görüleme oranları yüksektir.

**Yeme Bozukluklarında Tibbi Komplikasyonlar**

- Hipotermi, Ortostatik Hipotansiyon, Bradikardi, Periferik Ödem
- Lanugo, parotis hipertrofisi
- Erken yaşta başlayan vakalarda, büyüme-gelişme geriliği, geçǐmiş pubertye gözlenir
- Osteopeni, kemik kütlesinde azalma
- Sıvı-elektrolit dengesizlikleri, hipopotasemi, hipokloremik-hipopotasemik alkaloz
- Özfefagus ve mide tahrişi ve kanaması
- Kalın barsak anomalileri
- Diş minilerinde erozyon

Özellikle anoreksiya nervozanın tedavisinin ilk döneminde, yeniden beslemeye (re-feeding) sendromu denen elektrolit dengesizlikleri, kardiyo(lo)jik, nöro(lo)jik komplikasyonların görülmeörü ciddi bir durum ortaya çıkarabilir. Hekimin bu konuda hazırlıklı olması gerekir.

* Anoreksiya ve bulimiya nervozada tüm psikiyatrik bozukluklar içinde en ölümcül olanlardır.

- 15-24 yaş arası anoreksiya nervozalı kadınlarda ölüm oranı aynı yaş genel populasyondaki 12 katdır.
- Gelişmiş ülkelerde bile anoreksiya nervozadan ölüm oranları %10’a ulaşmaktadır.

**Gidiş ve Sonlanım**

Anoreksiya nervozalı hastaların yaklaşık yarısında tam düzelme, %30 orta düzeyde düzelme, %20’inde ise kötü sonlanım bildirilmektedir. Ergenlerde iyi bir tedaviyle tam iyileşme %70’lere kadar çıkmaktadır.
- Bulimiya nervozada iyileşme oranını anoreksiya nervozadan daha iyi olup, bazı çalışmalarda %85’e dek çıkabilir.
- Her iki hastalıktan da kronik seyir ve nükslerin relapsların varlığı hatırlanmalıdır.

**Tedavi**

Yeme bozukluğu tedavileri multidisipliner ekip çalışması biçiminde yürütülmeli-dir. Bu ekibin başında psikiyatri uzmanı vardır ve her aşamada iç hastalıkları uz-
manı, diyetisyen, diş hekimi, fizik tedavi uzmanı vb. ilgili branş hekimleri ile işbirliği söz konusu olabilir.

**Yeme bozukluğunda psikiyatrik tedavi uzun ve zahmetlidir.**

**Psikoterapi yeme bozukluğu tedavilerinin vazgeçilmez unsuru.**


Çağdaş tedavi yaklaşımlarında temel adımlar şu şekilde özetlenebilir:

1- Normal, sağlıklı ve kışiyeye uygun kiloyu sağlamak ve devam ettirmek
2- Yiyecek kısıtlaması veya uygunsuz dengeleyici davranışların durdurulması
3- Yeme bozukluğunun temel belirtilerini (aşırı değer verilmiş düşüncede, bozuk bilişsel şemalar vb.) değiştirme, yerine sağlıklı olanları koyma
4- Eştanı durumlarına tedavi etme
5- Akut düzeltme sonrası 5 yılda relaps önleme

Bu adımların atılması için basamaklı tedavi sistemi günümüzde en doğru yaklaşımdır. Hastalığı şiddetine göre basamaklar

* Yoğun Bakım
* Psikiyatrik Hospitalizasyon
* Ayaktan tedavi

biçiminde sıralanır.

Anoreksiyaya nervozada BKİ çok düşükse mutlaka yatırılarak tedavi düşünülmelidir. Ölgül bir ilaç tedavisi yoktur, bu nedenle her hasta özel olarak değerlendirilmelidir. Ergenlerde ailenin tedaviye dahil edilmesi yararlıdır.

Bulimiya nervozada ise bilişsel-davranışçı tedavi ve ilaç tedavilerinin birlikte uygulanması ilişkin olumlu sonuçlar vardır. Etkinliği en fazla kanıtılan ilaç grubu serotonin geriavral önleyici (SGAÖ) antidepresanlardır.

**Psikiyatriye Yönlendirme Öncesinde Yapılan Yanlışlar**

Psikiyatri diş hekimlere, özellikle kadın-doğum uzmanlarına başvuran anoreksiyaya nervozal hastaların öncelikle ‘amenore’ belirtisi ele alınmakta ve oral kontraseptifle bu belirti düzeltilemeye çalışılmaktadır. Ancak hastaya anoreksiyaya nervozada olabileceğini düşündürenadiren verilmektedir.

Amenore, anoreksiyaya nervozanın öncelikli olarak tedavi edilecek bir belirtisi değildir.

Üstelik siklikla, hastanın sağlıklı kilosuna ulaşması ve ruhsal durumunun düzeltmesiyle ek müdahaleye gerek kalmaktır. Hastalığın önemli semptomlarından birinin erken evrede, temel sorunlar halledilmeden gözden kaybedilmiş, hastanın yardım araması olası olacağını anlatır. Sonuç olarak yapılan müdahale müdahale hâlindedir.

Doğru yaklaşım hastanın tanısının netleştirilmesi ve erken evrede psikiyatriye yönlendirilmesidir.
Sonuç

Yeme bozukluklarında erken tanın ve hızlı müdahalenin önemi tartışılmaz. Bu noktada psikiyatri dışı hekimlere tanı ve yönlendirme aşamasında çok önemli sorumluluk düşmektedir.

Kaynaklar


Alkol ve Madde Bağımlılığı

İLHAN YARGIÇ

Bir Hastalık Olarak Bağımlılık


“Alkol ya da madde kullanımını konusunda kontrol kaybı” anlamındaki bağımlılık, kronik ve tekrarlayıcı bir hastalıktır, tpki diyabet ya da hipertansiyon gibi. Kişi bağımlı olarak sonra bağımlı olduğu maddeyi kullanmayı bırakabilir ancak onu kontrolü olana kadar kullanmaya geri dönemez. Bu nedenle bağımlılık kalıcıdır, ancak kullanım durdurulabilir. Örneğin bir nikotin bağımlısı, sigara ve tütün ürünlerini bırakırken sonra da “remisyonda bir nikotin bağımlısı”dır. Bir nedenle tekrar bir tane sigara içtiğinde kısa süre sonra eski kullanım miktarına geri döneciktir. diyabetli bir hasta diyetine çok dikkat etse ve kan şekeri hep normal sınırlarda seyretse, hiçbir şikayeti

13


**Bağımlılık Tanı Ölçütleri**

DSM-IV’de madde bağımlılığı şöyle tanımlanır (bu ölçütler alkol ve bütün madde- ler için ortaktır): 12 aylık bir dönem içinde herhangi bir zaman ortaya çıkan aşığidakilerden üçü (ya da daha fazlası) ile kendini gösteren belirgin bir bozulma ya da sıkmıya yol açan uygunsuz bir madde kullanım örtüntüsü:
1. Niyetlendikinden daha fazla miktar ve süre kullanmak
2. Sürekli bırakma isteği ya da başarısız bırakma girişimleri
3. Temin etmek, kullanmak (örn; birbirinin ardı sıra sigara içme) ya da etkile-rinden kurtulmak için fazla zaman harcama
d4. Sosyal faaliyetleri, mesleki etkinlikleri, hobileri, başka zevk verici aktivitele-
ri azaltmak ya da terk etmek
5. Madde bağlı ya da madde kullanmayıla artan fiziksel (örneğin alkolle kö-
tülenen mide ülseri, karaciğer hastalığı, yüksek tansiyon vb), ya da psikolojik (dep-
resyon, anksiyete, uykudan bozukluğu vb) problemler yaşamamasına rağmen kullanımaya
devam etmek
6. Tolerans (istenen etkiye sağlamak için fazla miktarda kullanmak ya da sürekl-
li aynı miktarla kullanılan bir kısımdan etkinin azalması)
7. Yoksunluk ya da yoksunluk belirtilerinden kaçmak için kullanmak (Her madden-
denin yoksunluk belirtileri kendine özgüdür)

DSM’ye göre tanı konduktan sonra, fizyolojik bağımlılık gösteren (6 ya da 7.
maddelerden biri vardır) ve fizyolojik bağımlılık göstermemeyen (6 ya da 7. maddelere
aıt kanıt yok) şeklinde kodlanır. “Psikolojik bağımlılık” diye resmi bir tanı yoktur.

Yoksunluk ve tolerans, bağımlılık tanısı için gerekli ya da zorunlu değildir. Ba-
zi maddelerde (örn; esrar, uçucular) fizyolojik yoksunluk ya da tolerans olmadığı halde, bağımlılıklar bütün zararlı sonuçlarına rağmen kompulsif kullanımını sürdürüler.

Bu durumun tam tersi olarak, belli bir nedenle (örn. başka tedavilere cevap
vermeyen kronik fizyolojik ağrı tabloları) bulunan opiyat türevi ağrı kesicilere ba-
ğımlılık olmadan tolerans gelişebilir, kompulsif kullanım olmadan yoksunluk bel-
irtileri yaşayabilir.

OLGU 1: Bayan A, 68 yaşında ileri derecede osteoporozu, eklemlerinde deje-
eratif değişiklikleri olan bir hastaydı. 2 yıldır lomber disk hernisi gelişmişti ve çok
şiddetli ağrıya neden olmuştu. Bu ağrı nedeniyle günlük işlerini hatta kendine ba-
kımızı yapamayacak durumdaydı. Genel durumu nedeniyle ameliyat edilmelidi.
Bu doktorun önerisi üzerine, ağrıdan da günün yorgunluğunu ve stresini gidermek amacını
zaman zaman kullan-

OLGU 2: Bay M, göğüs cerrahisi uzmanıydı. Pethidine kullandığı için hastane
idaresi tarafından yönetlendi. Bu ilaç ilk defa, idrar yollarındaki taş bağlı
ağrı nedeniyle ürolog meslektaşlarının önerisiyle damadan kullandığı öğrendi.
İlacin kendisini canlandırdığını ve rahatsızlığının fark etmesi üzerine, ağrı olma-
dan da günün yorgunluğunu ve stresini gidermek amacıyla zaman zaman kullan-

198 Alkol ve Madde Bağımlılığı

Alkol/Madde Kötüye Kullanımı


OLGU 3: Bay A, gastrit nedeniyle tedavi gördügü için hastalığı kliniğinden, uyarılışlar rağmen hemen her akşam alkol almayı sürdürdü için yönlendirildi. Kendisini, sadece öğle ya da akşam içmediğini, alkoli olmadığı, sadece içmeyi seçtiğini, istediği zaman örneğin ramazanlarda aynı içmediğini, sadece akşamları içtiğini, içmediği zaman krize girdiğini söylüyor. “Benim tek sorunum içmeye başlanyorsa duramamak, ağzına sürdüler mide gerisi geliyor, bana oyle bir şey yapın ki ben de başkaları gibi 2 kadehte kalayım” diyor. Eşi, Bay A’nın daha önce ailesinin ısrarı üzerine az içmeyi ya da bırakmayı denediğini ama sonra yeniden başlattığını anlatıyordu. DSM ölçütlerindeki 1, 2 ve 5. maddelerini karşılayorsa bu olguya alkollü bağımlılık tanısı konur.

Alkol-madde kötüye kullanımı tanıısı daha çok, maddeyi yeni almaya başlayanlarda konmakla birlikte bazı kişiler bağımlılık geliştirmeden uzun süre madde ile ilgili olumsuz toplumsal sorunlar yaşama devam edebilirler. Madde kötüye kullanımı kategorisi kafein ve nikotin için uygulanmaz.

Alkol/Madde Kötüye Kullanımı Tanı Ölçütleri

DSM-IV’de madde kötüye kullanımını şöyle tanımlanır (bu ölçüter alkol ve madde-ler için ortaktır): 12 aylık bir dönemde ortaya çıkan, aşağıdaki kriterlerden biri (ya da daha fazlası) ile kendini gösteren belirgin bir bozulma ya da sıkıntuya yol açan uygunsuz bir madde kullanım örtüütü:

1. İşte, okulda ya da evde almasa gereken başlıca sorumluluklar› alamama ile sonuçlanan yineleyici bir biçimde madde kullanma (örneğin bazı sabahtalı akıllardan kalma olduğu için isye ya da okula geç gitme ya da işi/okulu asma, alkol aldığ› için çöçüga bakamama vb)

2. Fiziksel olarak tehlikeli durumlarda yineleyici biçimde kullanma (ör: alkollü araç kullanma)

3. Madde ile ilgili yineleyici biçimde ortaya çıkan yasal sorunlar (örneğin alkollü etkisinde bir olaya karﬂıma ya da madde kullanımını nedeniyle gözaltı almak)

4. Maddenin neden olduğu ya da alevlendirdiği sürekli ya da tekrarlayıcı toplu-mlusal ya da insanlararası sorunlar (örneğin alkollüyken fazla konuşma ve huzursuzluğ içe alma nedeniyle cinsel ve genellikle fiziksel kavgalar)

OLGU 4: Bayan A eﬂilyle zaman zaman yaşamadıkları sorunu şöyle anlatıyordu: “Akıllam yemeğe çıkacagız, eﬂime ‘lütfen az iç, yoksa yine gecemiz zehir olacak. Çok kaçırınca eskileri açmaya bafll›yorsun ve her fleye k›z›yorsun’ diye tembih ediyorum. Eﬂim ‘sen de beni alkolik yerine koydun, k›rk y›lda bir içiyorum. Hem sen üstüme gelmesen, idare etsen hiçbir sorun çıkmaz’ diye kendini savunur. Sonra yine aynı tatsızlıklar yaşanır ve sonra eﬂim ertesi gün piflman olup özür diler.” Alkol kötüye kullanımı olan kişiler her zaman içmeyen ancak çevresinde genellikle “içmesini bilmiyor” şeklinde algılayarak içsel olarak kışlarda.

Bağımlılığın Biyolojik Temelleri

Bağımlılığın biyolojik etkileri; organlar üzerinde dejenersif etkiler, MSS’nin etkilenmesi nedeniyle tolerans, yoksunluk ve aşerme (maddeye karşı şiddetli arzu, cرا-ving) olarak sıralanabilir.

Eskiden bağımlılık, kişinin madde kullanmayı gittikçe artırması ve sonra bırakmaya çalıştığında yaşadığı yosunluk belirtileri nedeniyle kullanmaya devam etmesi (negatif pekiştirme) olarak anlaşılr. Oysa çoğu bağımlılığın kullanma ara verdiği kısa ya da uzun dönemler vardır. Fiziksel yoksunluk belirtileri, madde kullanı-mini bırakıktan sonra çözu alkoll ya da eroin bağımlısında 3-5 gün içinde geçer.
Oysa bağımlıların birçoğu yoksunluk belirtilerini atlattıktan çok sonra yeniden madde kullanmaya başlarlar. Çünkü aşerme (yeniden kullanma isteği) aylarca devam eder. Çoğu bağımlı için fiziksel yoksunluk belirtileri ile baş etmek görecə daha kolaydır. Aşerme (craving) maddeye yeniden başlamının en önemli nedenidir.


Şekil 1: Ödül Yolu (Reward Pathway)

Uyaran bağımlılıklarında yapılan PET çalışmalar bu sistemdeki metabolizma artışının 1 yıla kadar devam ettiğini göstermektedir. Oysa fizyolojik yoksunluk belirtileri temel olarak kullanım sırasında baskılanan bazal ganglionlardaki noradrenijik aktivitenin kullanımın durmasına bağlıdır ve diğerine göre çok kısa sürelidir.

**Bağımlılık ile İlgili Risk Etkenleri**


**1. Cinsiyet ve Bağımlılık:** Bağımlılık genelde erkeklerde kadınlardan daha sık görülür. Ancak bunun tek istisnası reçete edilen ilaçlara bağımlılığın kadınlarda daha sık olmasına rağmen bu oranın cinsiyet ile bağlı olduğu söylenebilir.


**4. Aile Öyküsü ve Bağımlılık:** Miyokard infarktüsü, diabetis mellitus, hiper-tansiyon gibi hastalıklardakine benzer bir genetik geçiş vardır. Bu risk etkeni özel-
likle erkek alkollü bağımlılığında en belirgin. Evlatlık olarak yetişenler üzerinde yapılan çalışmalarında, alkollü bağımlılığında genetik kalırmın çevresel kullanımdan daha etkili olduğu gösterilmiştir (Babası alkollü bağımlı olan bireyler, alkollü kişilerin olmadığı ailelerde yetiştiğiinde bile, alkollü bağımlılığı olmayan ebeveynlerden dünyaya gelen ama alkollü bir babanın yanında yetişen bireylere göre daha yüksek oranda alkollü bağımlılı olmaktadırlar).


a) Bipolar Bozukluk ve Depresyon: Bipolar bozuklukta alkollü kullanım bozukluklarının birlikteliği siktir. Alkollü bağımlılığı olup alkollü kullanımın bırakmış olan bıllar hastaların manik dönemde tekrar alkollü başlama riski depresif dönemden fazladır.

Alkol depresan bir Maddedir. İlk alındığında disinhibisyon (üstbenliğin bastırılması) etkisine bağlı olarak coşku bir hal verebilir ancak uzun süreli ve yoğun kullanım depresyona yol açabilir. Yaşamı olur alkollü kullanımının yarısına yakında klinik düzeyde depresyon saptanabilir. Bu olguların %80’inde sadece alkollü bıraktıkla depresif belirtiler birkaç hafta içinde ortadan kalkar. %30-40’ında depresyon 2 hafta ya da daha uzun sürelebilir. Alkol içmemenin ise major depresyon %5-10’unda görülür. Alkol bağımlılıklarında ortaya çıkan depresyonda önlemli amaç alkollü durdurmaktur.


c) Anksiyete Bozuklukları (Sosyal Fobi, Panik Bozukluğu, Travma Sonrası Stres Bozukluğu-TSSB): Alkollü bağımlılıklarda anksiyete bozukluğu ve anksiyete bozukluğu hastalarında alkollü bağımlılığı siktir. Alkol akut dönemde güçlü bir anksiyolitik olduğu için anksiyete hastaları tarafından ilaç gibi kullanımaya başlanabilir. Panik bozukluğu hastasında alkollü alın, panik ataklarını önlemez ya da
sonlandırmak ya da agorofobik kaçınmaları yenmek amacıyla artabilir. İlk panik atağımı alkoll yokunluluğu ya da kanabis intoksikasyonu sırasında geçiren bir kişi daha sonra da alkoll ya da kanabis almasa bile panik atakları geçirmeye devam edebilir (maddeden bağımsız olarak).


Genel toplumda alkoll bağımlılığı olgularının çoğunlugu primer alkoll bağımlılığıdır. Tedavi için başvuranlarda ise psikopatoloji ve tibbi komorbidite daha sıktr. Bağımlılık, primer bir psikopatoloji bozukluğu bağlı olarak başlasa da primer psikopatoloji bozukluğunun belirtilerinin düzelmesine rağmen problemli alkoll-madde alkoll kullanımının devam etmesi sürpriz. O nedenle bağımlılık sadece bir yan belirti gibi görülmemeli, ayrı bir klinik sendrom olarak tedavi edilmelidir.


Bağımlılık tedavisi görenlerin çoğununda alkoll maddeden bağımlılığına bağlı anksiyete bozukluğu belirtileri görülür. Alkol/maddede bağımlılığı ile birlikte sik görülen anksiyete semptomları; alkoll intoksikasyonu ya da geri çekilme döneminde panik ataklar, akut ya da uzamış geri çekilme döneminde yaygın anksiyete, travma sonrası stres bozukluğu, fobiler, alkoll intoksikasyonu ya da geri çekilme döneminde disosiyatif durumlar, obsesif-kompulsif benzeri semptom ve bulgulardır.
Sosyal fobik hastalar fobik kaçıma ortamlarına girmeden önce, yaygın anksiyete bozukluğu olanlar yüzey anksiyete nedeniyle, obsesif-kompulatif bozukluğu (OKB) olan hastalar obsesyonlarının yaşadığı sıkıntı ile baş edebilmek için fazla alkol almayı başlayabilirler.


Alkol bağımlılıklarında akomprasatブラシン, bu ilacın yoksunluk döneminde itibaren kullanılması yoksunluk ve anksiyete belirtilerinin kontrolünde yararlı olabilir ve uzun dönemde ilacın yararlı olma şansını arttırmıştır.


Madde kullanımının ilk adımı ve en yaygın kullanılan madde olan nikotine bağlılığı da DEHB’de artmaktadır. Normal toplum ile karışıtırıldığında, DEHB tanısı alanlarda sigara bağlılığı daha yüksek olarak bulunmuştur.
6) Sosyal Etkenler: Alternatif aktivitelerin azlığı, maddeye kolay ulaşabilirlilik, ucuz olması vb.

7) Bireysel Özgeçmifl: Diğer maddelere bağımlılık (bir maddeden diğerine geçiş), çocukluk çağı travması yaşamış olmak, madde kullanımının pozitif pekiştirici etkisi (Bir madde herkeste aynı etkiye yapmaz. Aynı maddeyi kullanan kişilerin çoğunun hoşuna giderken bazılar çok kötü etkiler hissedebilir, bazılarında ise hiç etki olmayabilir).

8) Riski Düren Ailesel Etkenler: Babanın evde olması, ebeveynin ilgili olması, dindarlık (Müslüman, Musevi, Hristiyan).

Alkol-Madde Kullanım Bozukluklarının Tibbi Ortamlarda Sıklığı


Birinci basamak sağlık hizmeti için başvuran hastalar arasında herhangi bir alkoll- ve madde bağımlılığı prevalansı genellikle toplumdaki prevalansa oranla daha azdır. Hastane poliklinikleri ve yatan hastalar arasında ise bu oran daha yükseksektir. Buna rağmen bu sorun hastalarda sıkıtıkla gözden kaçabilmektedir. ABD’de yapılan bir araştırmada, hastaların 2/3’sine öykü alma sırasında alkoll kullanımları ile ilgili soru sorulmadığı saptanmıştır. Bir başka çalışmada ise alkoll kötıye kullanımı ya da bağımlılığu tanıısı alan birinci basamak hastalarının sadece %9’una doktorlar tarafından son 6 ayda alkoll kullanımı ile ilgili soru sorulduğu saptanmıştır. Çeşitli çalışmalarda hastanelerdeki farklı branşlarada (iç hastalıkları, cerrahi ve psikiyatri) ayaktan ve yatarken alkoll ve madde kötıye kullanımı yönünden sistemli olarak taramıştır. Ayrıca hastaların dosyaları ya da muayene kartlarına bakılarak alkoll ve
Aldığı kullanım bozukluğu ile ilgili herhangi bir tanı koyulup yönlendirme yapılmadığını bakılmaktır. Şekil 2’de grafik sistemli araştırma ile bulunan sıklık ile rutin tıbbi hizmet sırasında tanı koyma sıklığını karşılaştırmaktadır.

![Şekil 2: Çeşitli kliniklerde ayaktan ya da yatarak tedavi gören hastalarda alkol ve madde kullanım bozukluklarının gerçek ve fark edilen sıklığı](image)

Alkol ve Madde Bağımlılığı

Alkol ve Spesifik Maddelerin Etkileri

Alkol

Ne Kadar İçmek Normaldir?

Alkol, sık kullanılan yasal bir madde olduğu ve çeşitli tibbi sorunlara neden olduğu için her türlü tibbi başvuru alışılanlıklar arasında sorgulanmalıdır. Çeşitli alkol türleri olduğu için alınan alkolün miktarını saptayip karşılaştırmak amacıyla “standart içki” tanımlanmıştır.
1 standart içki; 1 tek sert içki (40 ml %40’lık vokta, viski, raki), 1 kadeh şarap (150 ml, %12) ya da 1 küçük biraya (350 ml, %5) eflittir. Hepsinin içinde ortalama 10 gr. (8-15 gr) etil alkol vardır.

ABD’deki National Institute on Alcohol and Alcoholism isimli resmi kuruluşun verilerine göre alkolün kiflinin bedensel sağl›ğına zarar vermeyecek miktarı yetişkin bir erkek için haftada 14, yetişkin bir kadın için 7 standart içkidir. Günlük maksimum erkekler için 4, kadınlar için 3 standart içkiye geçmemelidir. Alkol almayı tercih eden, alkolle ilgili tıbbi sorunu olmayan, bağımlılık ya da kötüye kullanma hiçbir zaman olmamalı bir kifliye bu sınırlarda kalması tavsiye edilmelidir. Alkolün kalp sağl›ğına iyi geldiğini gösteren tartışmalı bulgular olsa da genetik olarak bağımlılık riskini de hesaba katmalı ve alkol bir ilaç gibi tefvikk edilmemelidir. Tütünün içindeki nikotinin de baz› yararlar oldu¤u bilinmektedir. Ancak zararlarının fazlalığı nedeniyle sigarayı ilaç gibi önermemektedirız.

**Kan Alkol Düzeyi (KAD)**

Trafikte yasal “kan alkollü” (KAD) 50 mg/dl (0.50 promil, %0.05)’dir. Tra-фик kazası yapma riski, kan alkollü 50 mg/dl iken 2 kat, 150 mg/dl iken 25 kat artar. Emniyetli kan alkollü sadece sıfırdır.

**Kan Alkol Düzeyi**


**Farklı Kan Düzeylerinde Alkolün Etkisi**

20 mg/dl: Duygular yumuşar, vücudta hafif sıcaklık hissedilir, inhibisyon azalmaya başlar.

50 mg/dl: Belirgin geşeme vardır, atıklık azalır, koordinasyon bozukluğu başlar.

60 mg/dl: Mantık yürütme bozulmaya başlar. Sağlıklı karar verme zorlaşır.

80 mg/dl: Koordinasyon ve karar vermede belirgin bozulma vardır.

100 mg/dl: Reaksiyon zamanı azalır, duygu durum dağalanmaları ve muhtemelen utanç verici hareketler olur.

150 mg/dl: Denge ve hareketler bozulmuştur. Belirgin sarhoşluk vardır.

300 mg/dl: Bilinç kaybı görülülebilir.

400 mg/dl: Koma.

500 mg/dl: Solunum durması ve ölüm olur (LD50).
Tablo 1. Erkeklerde Kan Alkol Düzeyi Tablosu

<table>
<thead>
<tr>
<th>İçki sayısı</th>
<th>Yaklaşık kan alkol düzeyi (mg/dl)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Vücut ağırlığı</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>45 kg</td>
</tr>
<tr>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>1</td>
<td>40</td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>80</td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td>110</td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>150</td>
</tr>
<tr>
<td>5</td>
<td>190</td>
</tr>
<tr>
<td>6</td>
<td>230</td>
</tr>
<tr>
<td>7</td>
<td>260</td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td>300</td>
</tr>
<tr>
<td>9</td>
<td>340</td>
</tr>
<tr>
<td>10</td>
<td>380</td>
</tr>
</tbody>
</table>

İçme süresinin her 60 dakikası için 15 mg/dl çıkarın.
1 içki 37 ml %40’lık “tek” sert içki, 350 ml’lik bira ya 150 ml’lik bir kadeh şaraba eşittir.

Tablo 2. Kadınlarda Kan Alkol Düzeyi Tablosu

<table>
<thead>
<tr>
<th>İçki sayısı</th>
<th>Yaklaşık kan alkol düzeyi (mg/dl)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Vücut ağırlığı</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>40 kg</td>
</tr>
<tr>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>1</td>
<td>50</td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>100</td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td>150</td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>200</td>
</tr>
<tr>
<td>5</td>
<td>250</td>
</tr>
<tr>
<td>6</td>
<td>300</td>
</tr>
<tr>
<td>7</td>
<td>350</td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td>400</td>
</tr>
<tr>
<td>9</td>
<td>450</td>
</tr>
<tr>
<td>10</td>
<td>510</td>
</tr>
</tbody>
</table>

İçme süresinin her 60 dakikası için 15 mg/dl çıkarın.
1 içki 37 ml %40’lık “tek” sert içki, 350 ml’lik bira ya 150 ml’lik bir kadeh şaraba eşittir.
Alkol Kullanım Bozukluklarının Tanınması ve Ele Alınması


Alkol Kullanım Olan Hastalara Sorulması Gereken Sorular (National Institute on Alcohol Abuse, NIAA):

Bütün Hastalara:
Alkol kullanır mısınız? Bira, şarap, rakı vs.
En son ne zaman alkol aldınız?
Alkol kullanımda bağlı problem yaşıadınız mı?
Alkol kullananlara kullandığınız alkolün miktar ve sıklığını sorgu: Ortalama haftanın kaç günü alkol alırsınız?
Alkol aldığınızda bir günde ortalama ne kadar içersiniz?
Geçen ay içinde bir günde içtiğiniz en fazla miktar ne kadardır?

Alkol Kullananlara, Kullanım Şekli ve Sonuçları ile İlgili “KESS” (CAGE) Soruları:
İçkiye azaltmaya ya da kesmeye çalıştığınız oldu mu?
Alkol kullandığınız için eleştirildiğiniz olur mu?
İçtiğiniz için kendinizi suçlu ya da kötü hissettiginiz oldu mu?
Sabah kalktığınızda, kendinize gelmek için alkol alırsınız mı?
Alkol bağımlılığı ve kötüye kullanımı tanımları psikiyatrik tanıları ve bu tanıları koyabilmeckin psikiyatri eğitimi gerektirir. Genel tibbi ortamlarda karşılaşılan hastaları değerlendirerek KESS sorularından NIAA tarafından daha pratik farklı bir sınıflandırma önerilmiştir:


4. Alkol Bağımlılığı: KESS sorularının 3-4’üne pozitif yanılt ya da aşağıdaki dakikada en az birinin bulunması:

İçme ile ilgili preokupasyon, içme kompülsyonu, içlenmek kontrol edilemez, alkollü etkilerine tolerans, yoksunluk belirtileri.
NIAA içme paternine göre hastalara verilmiş gereken tavsiyeler şöyle belirlemiştir:
İçme Paterni Uygun Tavsiyeye Örnekler
* Abstinans: Hastanın seçimini pekiştir.
* Düşük riskli içcilik: Düşük riskli alkollü almını pekiştir, riskli durumlarda içmemesini hatırlat.
* Riskli içcilik: Alkollü almını düşük riskli düzeye indirmesini ve riskli durumlarda içmemesini tavsiye et.
* Problem içcilik: Alkollü almını düşük riskli düzeye indirmesini ya da bırakmayı denemesini tavsiye et; ileri değerlendirirme ve tedavi için ilgili birime sevk et.
* Alkol bağımlılığı: Birakmayı denemesini tavsiye et; ileri değerlendirirme, detox ve tedavi için ilgili birime sevk et.

Alkolizm Tarama ve Girişim Şeması

Alkol kullanımı sor
*İçme miktar ve sıklığı
KESS soruları

Eğer içki alımı
*Haftada>14 içki yada 1 kerede>4 içki (erkek)
*Haftada>7 içki yada 1 kerede>3 içki (kadın)
YA DA

KESS soru formunda 1 ya da daha fazla (+) yanıt varsa

Alkolle ilişkilili problemler yönünden değerlendir:
*Tibbi problemler
*Davranış problemleri
*Alkol bağımlılığı

Uygun tutumu tavsiye edin

Alkol bağımlılığı
- Alkolü tamamen bırakması önerin
- Bir uzmana yönelin

Problemli içcilik/risli içcilik
- Alkolü azaltması tavsiye edin
- Belli bir içme hedefi belirleyn

Daha sonraki görüşmelerde hastada değişiklik olup olmadığını izleyin

Alkol Bağımlılığında Kullanılan Spesifik Farmakolojik Tedaviler
Alkol intosikasyonu, komasi, patolojik alkollü zehirlenmesi, alkollü yoksunluğu, delir-yum tremens, Wernicke-Korsakoff Sendromu, alkollü halüsinoz ve alkollü paranoya-si için bu kitabin ACİL PSİKİYATRİ bölümüne bakınız.
Alkol bağımlılıklarında alkole yeniden başlamayı engellemek için kullanılan ilaçlar:

1) Caydırcı


2) Antidipsojenikler (İçme İsteğini Azaltanlar)


Nikotin

Nikotin bağımlılığı (sigara tiryakiliği) Türkiye’de yaklaşık 17 milyon insan etkileyen, kullanımlarda çeşitlilik hastalıklara ve 5-8 yıl erken ölüm neden olan önemli bir halk sağlığı sorundur. Günde 2 paket ve üzerinde sigara kullanımı ile ilk sigara’nın sabah kalktıktan sonra ilk yarım saat içinde içilmesi ağır nikotin bağımlılığı-
na ve yoksunluk belirtilerinin şiddetli olabileceğine işaret eder. Sigara bırakmada motivasyon artırıcı görüşmeler, sigara ile ilgili şartlanmaları kırmaya yönelik davranış teknikler yanında farmakolojik tedaviler de uygulanabilir:


b) **Bupropion (Zyban 150 mg):** Bupropion sigara içme isteğini azaltıcı etkisi olan dopaminerjik sistem üzerinden etki eden bir antidepresandır. Sigara bırakma üzerine etkisi antidepresan etkisinden bağımsızdır. Nikotin yoksunluk belirtilerini de azaltmaktadır. Günlük 150 mg ile başlanır, 4 gün sonra güne 2 kez 150 mg’a çıkarılır. Toplam 8-12 hafta kullanılır. İlaç başlattıktan sonra sigara kullanmaya son verilir. Epilepsi öyküsü olanlarda ve anoreksia nervosa hastalarında kontraendikedir. Anksiyete, Huırsuzluk, uykusuzluk gibi yan etkiler yapabilir.

c) **Vareniklin (Champix 0,5 ve 1 mg):** Nikotin reseptörlerinde parsiyel agonist etkiye sahiptir. Bu sayede nikotinin mesolimbik sistemde dopamin sẵnınımmını tetiklemesi engeller. Bu etkisyle sigara içme isteği ciddi olup algılanmamak durumu var. Ciddi olup algılanmamak durumu ve nikotin yoksunluk belirtilerini engeller. Başlangıç ve sürdürüm paketleriyle satılır. İlaçın 3 ay kullanılması önerilir. Bu kullanımın 2. haftasında sigara kesilmelidir.

### Kannabis


#### Akut Etkileri: Öfori, gevfleme, şakacılık, zaman algısında subjektif yavaşlama, sersemlik, boşlukta yüzme hissi, depersonalizasyon, analjezi, anksiyete, Huırsuzluk, paranoya, bellek ve problem çözmede bozulma, denge bozukluğu, gözlerde k-
zarma, salivasyonda azalma, sık idrara çıkma, kalp hızında artış, sistolik hipertansiyon, postural hipotansiyon, estaba ve susuzlukta artış, intraoküller basınçta azalma, ilüzyon, halüsinasyon, psikotik eksişyon, depresyon ve panik atağıdır.

Kannabis algısal bilgilerin hipokampusa girişini ve işlenmesini baskılar. Öğrenme, bellek ve algıların duyu ve motivasyona entegre olmasını sağlayan limbik sistemi etkiler. Hipokampusa bağlı olan öğrenilmiş davranışlar bozulur. Yoğun esrar kullanan üniversite öğrencilerinde dikkat, bellek, öğrenme yetilerinin, esrarı bir raktan en az 24 saat sonra bile bozuk olduğu bulunmuştur. Esrar kullanan liselerin başarısı daha düşük, aykırı davranışlar daha çok, suç işleme oranları, agresyon ve isyankarlıklar fazla, ebeveyn ilişkileri daha kötü, suç işleyen ve medde bağımlısı kişilerle arkadaşlıkları fazla bulunmaktadır.

Yoğun kannabis kullanımı, “amotivasyonel sendrom” denilen isteksizlik ve uyuşuklukla giden bir hale ve bu madde alınmadıguna zamanlar agresyona neden olur.

Kannabis intoksikasyonuna bağlı panik atağı ve toksik psikoz, sakin bir şekilde konuşup iki ediler geçirebilir. Sıddetli belirtilerinin varlığında benzodiyazepinler ve haloperidol kullanabilir.

Kannabisin tipik bir fiziksel yoksunluk tablosu yoktur. Kronik kullancılarda bir-kıncı emosyonel labilitet, anksiyete, huzursuzluk, uykusuzluk, anoreksisi, bulantu, kusma, ishal, tremor, hiperekfleksi, terleme, salivasyon yaşayabilir. En belirgin bırakma belirtisi aşerme (craving) yani seneden esrar kullanmak için çok güçlü bir arzudur.

Kannabis kullanımına bağlı acil durumlar için ACIL PSIKİYATRİ bölümüne bakınız.

**Kokain**


Krek kokain (argoda “taş”) kokainin serbest baz formudur. Dumanı içe çekmek için kullanılır. Kokain yoksunluğu (DSM-IV): Kokain kullanımının bıçaklanması ya da azaltılması sonrasında, birkaç saatten birkaç güne dek veya daha uzun dönemde gelen disfotik duygudurum ve aşağıdaki fizyolojik değişikliklerden en az 2’sinin bulunması:
1. Yorgunluk
2. Canlı, hoş olmayan rüyalar
3. Uykusuzluk ya da aşırı uyku
4. Îstah artması
5. Psikomotor retardasyon ya da ajitasyon


Kokain kullanımına bağlı acil durumlar için ACİL PSIKİYATRİ bölümüne bakınız.

Uyarılar (Amfetamin ve Amfetamin Benzeri Maddeler)
Amfetamin türevleri (Dextroamfetamin, Metamfetamin) narkolepsi, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve depresyon tedavisinde kullanılır. Uyarıcı etkileri nedeniyle kötü kullanılarak bağımlılıkla neden olabilirler. Sokak isimleri speed, kristal ve ice’dir. Nazal dekonjestanlar içinde bulunan Efedrin, metafetamin ve propranolamin de amfetamin benzeri etkiye sahiptir. Kat, Yemen civarında kullanılan ve uyarıcı etkiye sahip bir bitkidir.

Ekstazi:
Keyif için kullanılan amfetamin türevi bazı haplardır. Özellikle tasarlanmış maddeler (designer drugs) olarak tanımlanan bu haplar halüsinojen ve uyarıcı etkiye sahip birler. Bu haplar için genel olarak ekstazi ismi kullanılsa da farklı içerikler vardır:
* MDMA: 3,4-metilendioksiamfetamin (ekstazi, Adem)
* MDEA: N-etil-3,4-metilendioksiamfetamin (Havva, Eve)
* MMDA: 5-metoksi-3,4-metilendioksiamfetamin
* DOM: 2,5-dimetksi-4-metilamfetamin


Uyarıcı Kullanımının Ruhsal Belirtileri: Yükselme (çoşku) hissi ile birlikte aşa-ğidakilerden en az biri:

- Düşük dozlarla zihinsel ve fiziksel performansa artışı; öförü ve enerji artışı, hiperaktivite, afektif kütleleşme, yorgunluk, üzüntü ya da sosyal çekilme, insanlarla daha fazla birlikte olma, konuşanlık, kişileraşı ilişkilerde düyarlılık, anksiyete, gerginlik ya da öfke (ajitasyon, irritabilite), uyanıklık halı, grandiysosite, steryotipik davranışlar, yargılama bozukluğu, tehlikeli olabilecek cinsel davranışlar.
Uyarıcıların Fiziksel Belirtileri: Taşikardi, pupiller dilatasyon (göz bebeklerinde genişleme), kan basıncında yükselme, terleme ya da titreme, bulantı ya da arıtma, konfüzyon, epileptik nöbet, diskesiz, distoni ya da koma, halüsinsasyonlar.

Etki Şekli ve Süresi: Amfetamin ağızdan alınında 1 saatte etki eder, intoksikasyon belirtileri 24 saat sürer. Yoksunluk belirtileri 2-4 günde maksimum olur, 1 hafta sürer. En ciddi belirtisi depresyondur.
Uyarıcı madde kullanımına bağlı acil durumlar için ACİL PSIKİYATRİ bölümüne bakınız.

Opiyatlar
Afyon (opiyum), haşhaş (papaver somniferum) bitkisinden elde edilir ve en eski ilaçlardan biridir.
Eski Sümerler (IÖ 4000) ve Mısır’da (IÖ 2000) kullanıldığı bilinmektedir. Afyonun esas aktif içeriği morfin alkoloidudur. Afyonun içinde 20'den fazla alkoloid vardır (%10 morfin, %0.5 kodein, %0.2 tebain, papaverin vs). Eroin (diacetil morfin) morfinden elde edilen varyant bir sentetik ilaçtır. Yağda çözünürlüğü morfinden fazladır, hızlara uygun up Reyn çok daha güçlü bir etki yapar.

İsimlendirme: Opiyatlar (morfin, kodein, tebain), benzer etkiye sahip sentetik ilaçlar (metadon, fentanil, meperidin), agonist/antagonistler, parsiyel agonistler ve endojen opioid peptitlerin hepsine birlikte denir.

Endojen Opioid Peptitler: 1. Endorfınler, 2. Enkefalinler, 3. Dinorfinler
Morfin, prototip opiyattır ve birçok opiyatin öncülüdür: eroin (diacetilmorfin), oksimorfon, hidrokodon, oksikodon, kodein (metilmorfin). Tebain nalakson, etorfın ve oksikodonun öncülüdür.

Opioid Reseptörleri:
* Mü: Duygudurum düzenleme, pekiştirme mekanizmaları, solunum baskılanması, analjezi
* Delta: Gastrointestinal sistem, endokrin sistem
* Kappa: Endokrin sistem, ağrı uyarmı (aversif etkili)
* Sigma: Opioid reseptörü olduğu tartışmalar, çünkü Nalakson’dan (opioid antagonist) etkilenmez. Uyarıldığında disfori ve halüsinsasyon yapar.

Opioid reseptörler beynin, spinal kord, mide-barsak sistemindeki nöral pleksuslar, otonomik sinir sisteminin diğer yerlerinde ve akyuvarlarda bulunur. Dolayısıyla opioidlerin etkileri çok yaygındır.
Opiyoid İlaçlar:
* Agonist: Opiyoid reseptörlerine bağlanıp aktive edenler
* Antagonist: Opiyoid reseptörlerine bağlanan, ancak aktive etmeyenler
* Parsiyel Agonistler: Opiyoid reseptörlerine bağlanıp kısımı olarak aktive edenler

Sentetik Opiyoidler (fentanil, nalakson, buprenorfın) reseptör afiniteleri ve intrinsik aktiviteleri yönünden farklılıklar gösterir:
1. Saf agonistler
   a. Morfinanlar: Levo-dromoran
   b. Fenilpiperidinler- piperidinler: meperidin, fentanil
   c. Metadon: LAAM (L-alfa-asetilmetadol), Propoksifen
2. Agonist-antagonistler: Pentazosin, Nalbufin, Butorfanol, Meptazinol
3. Parsiyel agonistler: Buprenorfın
4. Saf antagonist: Nalokson, naltrekson, Nalmefen

Opioidlerin Merkezi Sinir Sistemi Üstüne Etkileri (Mü Reseptörü Üstünden):
* Analjezi
* Sakinlik (lokus serelousun inhibisyonu ile)
* Öksürük refleksinin baskılanması
* Bulanı, kusma
* Solunumun baskılanması
* Miyosis
* İsti regülasyonunda değişiklikler
* GRH (gonadotropin releasing hormon)’da azalma, LH ve FSH azalması, Testosteron’da azalma ve adet düzensizlikleri
* CRF (kortikotropin releasing faktör)’de azalma, ACTH’da azalma, kortizol’de azalma (antianksiyete etkisi)


Opiyoidlerin Gastrointestinal Sistem Üstüne Etkileri (Mu Reseptörü Üstünden):

Difenoksilat (Lomotil) ve Loperamid (merkezi sinir sistemine geçmez) antidiyareik etkisi için kullanılan opioid ilaçlardır.

Opiyoidlerin Diğer Etkileri:
* Morfin antihistaminiktir, ciltte vazodilatasyon ve kaşntı (tipik burun kaşma) yapar.
* Mesanede sfinkter tonusunu artırır, miksiyon refleksini bastırır. Böylece idrar retansiyonuna neden olur.
* Meperiden (Aldolan, Dolantin) grand mal epileptik nöbete neden olabilir. Böbrek yetmezliğinde vücutta birikebileceği için bu etki önemlidir.
* Morfin, safra yollarındaki Oddi sfinkterini kasarak sarsıga neden olabilir, ancak meperidin bunu yapmaz.

**Opiyat intoksikasyonu ve opiyat yoksunluğu** için ACİL PSİKİYATRİ bölümüne bakınız.


**Damardan Eroin Bağmlılığında Yerine Koyma (Replasman) Tedavisi:** IV eroin bağmlılığının tedaviyle ortadan kaldırılmasındaki zorluk nedeniyle birçok ülkede bu kişileri opiyat benzeri maddelerin devlet eliyle düzenli ve sürekli verilmesi yoluna gidilmifltir. Metadon ve LAAM (Metadonun uzun etkili şekli) gibi opiyat agonistleri ve Buprenorfın (Subutex®) gibi parsiyel agonist ilaçlar bu amaçla kullanılmaktadır. Sentetik opiyat türevi olan bu ilaçlar ağrı kesici olarak da kullanılmakta ve kendi eroin gibi bağımlılık yapabilmektedir. Ancak eroin bağmlılıklarında eroinin verdiği haz ve uyuflmaya neden olunan yoksunluk belirtilerinin ortaya çıkmasını engellemektedirler. Bu ilaçları düzenli kullanılan kişiler tabi ve psikolojik açıdan eğitim, çalışma ve diğer sosyal aktivitelerini sürdürebilir hale gelmektedir.

Özellikle önlü nüfus ve hayatlı bağmlılıklara ücretsiz olarak dağıtılan bu ilaçlar sağlık görevlilerinin gözetiminde kullanılmaktadır. Ağızdan alındıkları için enjektör paylaşımı engellenmektede, ücretsiz verildikleri için de eroin sağlamak için yasa dışı yolları sağlanmasının önüne geçilmektedir.

Metadon ya da benzeri “yerine koyma” programlarında da bu damar ve başka maddelerin kullanması oranlarının azalmayacak kadar fazla olması ve hastaların eroin bu ilaçları tercih edebilmesine nedeniyle son yıllarda Hollanda gibi bazı ülkelerde eroin bağmlılıklarına devlet eliyle bizzat eroin dağıtılmamasına dahi gidilmektedir.

**Alkol ve Madde Bağmlılığının Tedavisi**


Tedavi için başvuran bağımlı bir hastada intoksikasyon belirtileri varsa öncelikle bunlar tedavi edilemeli, ardından yoksunluk belirtileri ortaya çıktığı taktirde bunlar ele alınmalıdır (detoksifikasyon). Ancak bağımlılığın asıl tedavi bunandan sonra başlar ve 6-12 ay sürer. Bu tedavi yeniden madde kullanmaya geri dönüşü engellemeyi amaçlar. Bağmlılık tedavisi psikolojik ve sosyal ağırlıklıdır (bireysel ve grup psikoterapi, danışmanlık, psikoajıtlam, aile görüşmeleri-terapileri, sosyal tedaviler, kendine yardım grupları: AA, NA, Al-Anon, Alateen)
İlaç tedavileri psikososyal tedavilere eşlik edebilir. Doğrudan madde kullanımının azaltmaya yönelik ilaç tedavileri yanında eşlik eden psikiyatrik sorunlara dönük ilaçlar da kullanılabilir. Tek başına detoksifikasyon (yoksunluk belirtilerinin gidirilmesi) bağımlılık tedavisi değildir.

Madde kötüye kullanımının neden olduğu ekonomik, sosyal ve yasal sonuçlar tüm toplumu etkiler. Bu nedenle bağımlılık tedavisi masrafına değerdir (cost effective).


Bağımlılık tedavisi ayıktan (irdarda madde taraması ile), gündüz hastanesi ortamında, yatarak, rehabilitasyon merkezlerinde ya da tedavi topluluklarında (therapeutic community) yapabilir. Yatarak tedavi öncelikli seçenek değildir. Ancak şu durumlarda yatarak tedavi tercih edilir:

a) Ayaktan tedavilerin başarsız olması,
b) Şiddetli tıbbi ya da psikiyatrik sorunlar,
c) Psikososyal desteğin olmaması,
d) Şiddetli ve uzun süreli bağımlılık.


Alkol intoksikasyonu, komasi, patolojik alkol zehirlenmesi, alkol yoksunluğu, delirium tremens, Wernicke-Korsakoff Sendromu, alkolik halûsinoz ve alkol paranoia, opiyatlar, kokain, uyarıcı maddeler, kannabis, halûsinojenler, inhalanlar vb maddelerle bağılı intoksikasyon ve yoksunluk tablolarının farmakolojik tedavileri için bu kitabin ACİL PSİKİYATRİ bölümüne bakınız.
Kaynaklar


Dahili veya cerrahi acilere hastaların deliryum durumunda başvurabilmesi yanında servislerde yatarken, kısa süre içinde gelişen huzursuzluk, anksiyete, aijtasyon, eksitasyon, şaşırlık, yönetim kusuru, tibbi tedaviyedi reddetme, halüsinasyon veya hezeyanlar ve uyku düzeninde değişiklikler görülecektir. Akut konfüzyonel durum hızla ve çoğunlukla gece yerleşir. Sempo slitların hızlı değişimi ve klinik gelişimin dalgalanmalar göstermesi karakteristiktir. Deliryumda kullanılan en genel tanılama araçlar “Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders” üzerine temellenmiştir.

Buna göre DSM-IV’te tanı kriterleri (1994);

- a) Dikkati odaklama, sürdürme ya da değiştirme yetisinde azalmanın eşlik ettiği bilinci bozukluğu (çevrenin farklındakini azalmali).

- b) Bilişte değişiklik (bellek, yönetim ve dil bozukluğu) ya da önceden varolan, saptanmış veya oluşmaktadır olan demans ile açıklanamayacak algısal bir bozukluğun gelişmesi.
c) Bozukluk oldukça kısa bir zaman içinde gelir (genellikle saatler, günler) ve gün içinde dalgalanma eğilimi gösterir.

d) Öyküden, fiziksel açıdan yada laboratuvarda bozukluğu genel tıbbi bir durumun fiziolojik sonuçlarının doğrudan neden olduğuna ilişkin kanıt verir.

**Klinik Özellikler**

Başlıca Üç Klinik Formu Vardır


**Karma Tip:** Her iki durumun düzensiz olarak aynı hastada görüldüğü tipidir. Gündüz hipoaktif, gece hiperakif tipin görüldüğü sıklıkla karşımıza çıkar.

Herhangi bir fiziksel hastalığın seyri sırasında, daha önce tamamen sağlıklı bir kişide de delirium ortaya çıkabilir. Kişilerin deliriuma girme konusunda bireysel farklılıklardır da olabilirler. Minimal elektrolit dengesizliği ile deliriuma girebilen hastalar olduğu gibi ciddi intrakranial bir hastalıkla hiçbir delirium belirtisi göstermeyen hastalarda olabilir. Ancak bazı durumların varlığı kişinin delirium eğilimini belirgin olarak değiştirebilen deliriumun daha kolay yerleşmesini sağlar. Bunlar,

- İleri yaşta ve ya çocukluğa çağında olmak,
- Kronik gidişli bir beyin hastalığına sahip olmak (Alzheimer hast vb.),
- Beyin hasarının bulunması (tümör, inme vb.),
- Alkol ve madde bağımlılığı,
- Daha önce deliriumdan geçmiş olmaktır.

Deliriuma yatkınlık organik bir nedenin varlığında hangi etkenlerin deliriumu başlatığı araştırılmış ve aşağıdaki etkenler belirlenmiştir:

- Psikososyal stres,
- Uyku depravasyonu,
- Algısal yoksunluk veya aşırı yüklenme,
- İmmobilizasyon.

Bu etkenlerin delirium gelişimini uyardığı, ağırlığını artırduğu veya süresini uzattığı ön sürümüşdür. Ancak bu özelliklerin organik bir başlatıcı nedenin yokluğuunda
deliryumu uyarma potansiyelleri bilinmemektedir. Vücut sistemlerini ve iç dengelerini bozucu bu dış etkenler gerek beyindeki metabolizma ve işlevsellikte (Nörotransmitter dengesi veya elektrik aktivitete değişşim) gerekse de vücut metabolizmasında değişмелere (hiperkortizolemi vb.) yol açarlar. Böylece deliryum başlayabilir.

Daha önce tamamen sağlıklı ve genç bir kişi de şiddetli bulgularla deliryum ortaya çıkarabilir. Bu durumda oluşan klinik tablonun süresini, ağrılığını ve seyrini belirleyen etkenler vardır:

1- **Patojen Etkenin Gücü:** Etiyolojik neden kişinin beyin metabolizmasını ne kadar güçlü bir şekilde değişitirirse deliryum o denli şiddetli ve uzun süreli olabilir. Örneğin hipoksi veya hipogliseminin derecesi, yanışın genişliği, toksik ajanın niteliği deliryumun klinik seyrini belirleyebilir.

2- **Çoğul Etiyolojik Etken Bulunması:** Eğer bir kişi her bir tek tek deliryum oluşturmaya yetmeyecek etkenler bir arada bulunursa toplam bir etki ile deliryum ortaya çıkarabilir. Bu durum özellikle yafllı hastalar için ciddi bir sorun teşkil eder. Yine ameliyat sonrası hastalarda pek çok patolojik etkenin bir arada görülmesi olabilir. Örneğin, elektrolit dengesizliği, infeksiyon, hipoksi ve anestezik, antikolinjerik madde uygulanması. Sistemik infeksiyonlar ve yanık hastalarda da genellikle çoğul etkenler söz konusudur.

3- **Fizyokimyasal İç Ortamın Hızlı Değişimi:** Bu değişim ne kadar hızlı ise deliryum gelişme riski de o kadar yüksektir. Kafaiçi basınçın hızlı artışı, kan glikoz ve kalsiyum seviyelerinin hızlı düşüşü, hızlı gelişen hipoksi veya hiperkapni gibi metabolik homeostazisini hızla bozan nedenler hastalarda deliryuma neden olabilir. Yavaş geliştiği taktirde deliryuma neden olmayacek derecede hafif değişiklikler hızla değişim gösterdiğinde metabolizma için zorlayıcı olur.

4- **Etiyolojik Nedene Maruz Kalınan Süre:** Deliryum gelişmesi için risk taşıyan bir patolojik etkene uzun süre maruz kalmak deliryum gelişmesini kaçınılmaz kılabilir. Bu durumlarda kişi daha uzun süre organik bir hasar da oluşabilir. Kişide demans, kişilik değişikliği ya da her türlü kronik organizm mental sendrom yerlesir.

5- **Beyin Disfonksiyonunun Lokalizasyonu ve Yaygılığı:** Yaygın metabolizma değişikliğine neden olacak patolojik bir durum varsa (örneğin metabolik ensefaloпатi) beyin oksidatif metabolizmasının ve nörotransmitter sentezi kesin olarak etkilenir; deliryum kaçınılmaz olur. Öte yandan özellikle sağ hemisferi tutan fokal lezyonlar dikkat düzeyinde yaptıkları değişiklikle daha fazla deliryuma neden olurlar.

6- **Toksik Maddenin Farmakolojik Özellikleri:** Belirli ilaçlar (örneğin, multiple skleroze için kullanılan interferon, kortikosteroid gibi ilaçlar) yaygın olarak deliryumu ortaya çıkarabilirler. Kişinin ilaçları farmakokinetik olarak metabolizma etme gücü, ilaç etkileşimleri ve alının ilacın dozu deliryumun klinik özelliklerini belirleyebilir.

**Etiyoloji**

* Beyin damar hastalıkları (tikanma, kanama), kafa içi enfeksiyonlar (menenjit, ensefali), kafa travmaları, kafa içi tümörler, yer kaplayan lezyonlar gibi beyindeki yaralanma ve hastalıklar
* Geçici iskemik atak, serebral embolizm, subaroknoid hemorrhaji gibi serebro-vasküler hastalıklar
* Hepatik ya da üremik ensefalopati, sıvı- elektrolit ve asit-baz dengesizlikleri, vitamin eksiklikleri, organ yetmezlikleri, hipoksi, anemi gibi metabolizma ve beslenme ile ilgili bozukluklar
* Dİyabet, hipertiroidi, hipotiroidi, hiperparatiroidi, akut pankreatit, sürrenal korteks fazlalığı, tirotoksikoz gibi endokrin bozukluklar
* Sepsis, tifo, süvma gibi sistemik enfeksiyonlar
* Asırı uyaran yoksunluğu, fazlalığı, endüstri zehirlenmeleri gibi çevresel etkenler
* Günefl çarpması, ısı şoku gibi yüksek ateşli durumlar
* Antikolinerjik, anksiyolitik, hipnotik, antikonvulsif, antibiyotik, antienflamatuar, antiparkinson, antitüberküloz, antidepresan, antipsikotik, antihipertansif ilaç entoksikasyonu
* Postoperatif etkenler
* Yanıklar, travmalar
* Deliryuma neden olan ilaçlar; antikonvülsanlar, antiparkinson ajanlar, benzodiazepinler, kortikosteroidler, digitaller, opioidler, trisiklik antidepresanlar, antihistaminler…

Yaşlı hastalarda deliryum oranının %40-45 olduğu ve bu hastaların 1/4’ünün bir kaç ay içinde öldüğü, terminal kanser hastalarda ise bu oranın %25 olarak görülüğü bildirilmiştir. Genel olarak kardiyak cerrahi girişimlerinden sonra ise deliryum görülme sıkalığı %12-70 oranında görülmekte, bu oran kapalı kalp cerrahisine göre açık kalp cerrahisinde 2 kat artmaktadır. Örneğin koroner yoğun bakım ünitelerinde lidokain uygulanan hastaların %11’inde konfüzyon geliştiği bildirilmiştir. Cerrahi servislerinde yatan hastaların %5-10’u, dahiliye-cerrahi yoğun bakım ve yanık ünitelerinde yatan hastaların %20-30’u deliryum belirtileri göstermektedir. Yaşlı ve hastanede yatan hastaların %11-26 oranında ortaya çıkan deliryum, bu durumu daha uzun süre bakıma almalarına, hastanede daha uzun süre kalmalarına neden olur.

İ.T.F Psikiyatri Anabilim Dalında yapılan bir çalışmada deliryuma sık neden olan hastalıklara bakıldığında kalp ve akciğer hastalıklarının %13.2, kanser durumunun %12.6, beyin-damar hastalıklarının ise %10.3 oranıyla başta geldikleri görülmüştür. En sık tespit edilen etiyolojik neden %48.9 ile metabolik bozukluklardır. Metabolik sebepler içinde de en sık hiperürüsemi (%22.3), elektrolit dengesizliği (%21.8) ve hipoksi (%19) tespit edilmiştir. Bu durumu beyine ait vasküler sebepler (%18.4) takip etmektedir. Aynı birimde daha sonra yapılan bir başka çalışmada ise en sık deliryuma neden olan iki hastalik kanser (%22.5) ve akut genel travma (%17) olarak tespit edilmiştir. Deliryum tanıları, genellikle hastalar yine en sık metabolik nedenlerin ön planda olduğu görülmüştür. Elektrolit dengesizliği %28.3, hi-
poksi/ hiperkapni %18, hipo/hiperglizemi %28 oranında bulunmuştur. Özellikle ameliyat sonrası hastalarda (%34.4), kronik organ yetmezliği olan hastalarda (%11.6), çoklu travma hastalarda (%10.9) ve terminal dönem kanser hastalardında %11 oranında çok etkenli etiyolojik neden belirlenmiştir.

**Ayırıcı Tanı**

Görüldüğü gibi çok çeşitli ve farklı nedenler deliryumu ortaya çıkarabilmektedir. Bu nedenle ayırıcı tanı çok önemlidir. Tüm demanslar, akut mani ve diğer hızlı gelişen afektif ataklar, dissozyatif epizodlar ve akut psikoz tabloları ve ağır kişilik bozuklukları ayırıcı tanıda göz önünde bulundurulmalıdır.

**Tedavi**


Önerilen dozlar için örnekler:

**Oral Yol:** 1-5 mgr/gün, 10 damlası 1 mgr’dir. Dozun çoğunluğunun akşam ve-rilmesi sedansyonda açılması da uygunlandır.

**Perfüzyon Yolu:** Bu alternatif yol çok ajite hastalarda acil müdahale için kul-lanalabilir, hasta 5 dakika içinde sakinleştirebilir. 5 mgr’lik ampul formu ile haloperi- dol 500 cc sivi içinde yavaş perfüzyon olarak 5-8 saatte gidecek şekilde uygulanır. Antikolinerjik etkinliği yüksek klorpromazin, tioridazin gibi nöroleptiklerin kullanılması da önerilmez. Bunun yanında uzun etkili benzodiazepinlerin, diazepam gibi ilaçların acil şartlarda ortaya çıkan deliriumda tedavi değeri son derece düşüktür ve alkol yoksunluğuna bağlı delirium gibi durumlarda sız konusunda kullanılmamıştır. Ancak çok sert durumlardaโรงinin ağır ajitasyon durumlarda çok kısa etkili bir benzodiazepin olan lorezepam ampul veya dil altı tb kullanılabılır. Ayrıca ailenin ve tedavi ekibinin başa çıkarmalarını kolaylaştıracak şekilde bilgilendirilmesi ve sosyal, çevresel düzelenmelerin yapılması gerekir. Örneğin; ziyaret- tin kısıtlanması, odaya saat konulması....

Gerek semptomatik gerekse etiyolojik tedavinin yetersiz olduğu durumlarda birin-cil hastalığın morbidade ve mortalitesi artar veya kişinin kalici beynin hasari oluşabilir
buna bağlı olarak, ciddi kişilik sorunları veya uyum güçlükleri yaşanabilir. Bu klinik tablonun prodromal belirtilerinin tanınabilmesi ve erken evrelerde tedavi edilebilmesi için riskli hastalıklar ve hastaların önceden yakın takibe alınması gereklidir.

**Kaynaklar**


Acil Psikiyatri Değerlendirme


Hekim serin kanlı, ilgili, dürüst ve tehdit edici olmayan bir tavır içinde olmalı; hasta ve yakınlarına güven vermelidir. Acil başvurdu adlı bir duruma da ilgili olabileceği için başvuru tarihi ve saatini de içeren detaylı notlar tutulmalıdır. Hasta tarafından aramışa mutlaka kimlik bilgileri ve açık adresi alınmalı, gerekli durumlar da ambulans ya da polis yönlendirmelidir.

Acil psikiyatri değerlendirme yapabileceğin önemli bir potansiyel hata, psikiyatrik belirtilerin altında yatabilecek fiziksel hastalıkları atlamaktır. Kafa travması, tabii durumlar (Ör: ensefalit), alkol-madde kullanımı, serebrovasküler hastalıklar, metabolik bozukluklar ve çeşitli ilaçlar psikiyatrik belirtilere yol açabilirler. Bu nedenle tabii öykü dikkatli alınmalıdır. İşlevsel-organik (psikiyatrik-tibbi) etiyolojileri ayırt etmede yardımcı olabilecek noktalar şunlardır:

1) 40 yaşın üstünde ya da 12 yaşın altında olacak
2) Akut başlangıç
3) Psikiyatrik ve medikal özgeçmiş
4) Görsel halüsinasyon ve koku halüsinasyonu
5) Bilinç bulanıklığı ve yönelim bozukluğu
6) Nörolojik belirtiler
7) Bilinç kaybı
8) Anormal yaşamal bulgular
9) Alkol ya da madde kullanımı
10) Yeni başlayan ya da değişmiş ilaç tedavisi
11) Çoklu ilaç kullanımı

İdeal olarak, bütün hastalarda geniş biyokimya, tanım sayımı ve idrar toksikolojisi (madde taraması) yapılması uygun durumlar ve durumlar da endikdedir: Kişilikte ani değişimler (Özellikle 50 yaşının üstündekilerde), ani ortaya çıkan afektif ya da psikotik tablolar, kafa travması öyküsü, fokal nörolojik belirtiler, hareket bozuklukları, uzamsız katatoni özellikle, konvülzsiyon, deliryum.

Bazen tanda bile daha öncelikli olarak hastanın stabilize edilmesi gereklidir. Örneğin saldırgan bir hasta ile karşılaşıncaya, önce kendine ve çevresine zarar vermesini engelleyecek fiziksel ve farmakolojik girişimler yapılmalıdır. Ayrıca hastanın yaşamal işlevlerinin korunması ve gözlenmesi gerekliklidir. Örneğin uzun süredir katatondaki olan bir hastada dehidratasyon olasılığı atlanmamalıdır.


Her hastada olduğu gibi acil psikiyatriye gelen hastanın da şikayeti ya da sorunu belirlenir, şimdiki ve geçmiş öyküsü alınır, ruhsal durum muayenesi yapılır, şimdiki ve geçmiş fiziksel hastalıgın öyküsü alınır, psikososyal durumu saptanır, fizin ve nörolojik muayenesi ve ilgili labaratuvar tetkikleri yapılır.
Saldırgan Hasta

Potansiyel saldırgan davranışı öngörebilmek önemlidir. Fazla alkol alımı, madde intoksikasyonu, tehditler, progresif psikomotor ajitasyon, psikotik bir hastada paranoid paranoid düşünceler, saldırmaya veren ve etkileşim halindeki saldırganlıktan kaynaklanan risk belirtileri, kesici/delici alet bulundurma risk etkenleri ve katatonik eksitasyon, tehditkar tutumlar, saldırganlık öyküsü, progresif psikomotor ajitasyon, psikotik bir hastanın paranoid düşünceleri, saldırmaya veren iflitsel hızlarsızlık, katatonik eksitasyon, tutuklanma ya da kriminal davranış öyküleri, kesici/delici alet bulundurma risk etkenleridir. Bazen saldırganlık riskini abartarak hastaya yaklaştırmak da hastayı saldırganlaştırabilir. Örneğin sadece irritabilitesi olan bir hastaya tespit gömleği giydirmeye kalkmak onu saldırganlaştıraktır.


Saldırgan davranışın ayırıcı tanısı:
1- Birincil psikiyatrik bozukluklar: Psikoz, mani, demans, kişilik bozukluğu, dissoyatif bozukluk, dürtü kontrol bozukluğu, sanrsal bozukluk
2- Madde ya da ilaç intoksikasyonu ya da yoksunluk tablosu
3- Organik bozukluklar: Serebral neoplazm, serebral enfeksiyonlar, temporal lob epilepsi


Saldırgan olmayan, sadece ajite olan bir hastada, parenteral tedaviye alternatif olarak ağında eriyen tabletleri olan antipsikotikler (Olanzapin, Risperidon) ya da benzodiazepinler (Lorazepam) hastayı daha fazla ajite etmemek için tercih edilebilir. 


İntihar, çeşitli psikolojik, biyolojik ve sosyal etkenlerle ilişkili karmaşık bir fenomendir. İntihar düşünce ve girişimi farklı birçok psikiyatrik bozuklukla olabilir, belirli bir bir wxString bir olayla beraber herhangi bir övgü değildir. 

Türkiye'de en önemli intihar nedeni hastalıktır. İntihar oranı erkeklerde kadınlardan daha fazladır. 1995 yılı verilerine göre, Türkiye’de kaba intihar oranı erkekler için yüzbinde 2.91 iken, kadınlara için yüzbinde 1.81'dir.


Intihar engellenebilir ölüm sebeplerinden olduğu için zamanında müdahale etmeye konusunda hekime çok büyük sorumluluk düşmektedir. Hastalar intihar girişimi sonrası değerlendirilmek için yönlendirilebilir, görüşme sırasında intihar düşüncelerinden söz edebilirler, yakınlar tarafından intihar riskiyle acıle getirilmiş olabilirler. Bu hastaların değerlendirilmesinde, intihar girişiminin tekrarlama riskinin değerlendirilmesi, psikiyatrik bozuklukبلاغılanması, yakının zamana ilişkin duyusal ve psikososyal zorlanmaların aydınlatılması, diğer bilgi kaynaklarından (aile, arkadaşlar vs.) bilgi toplanması, tedavi ve engelleyici yöntemlerin saptanması gerekir.


İntiharla İlişkili Etkenler

1- Demografik

a) Cinsiyet: İntihar girişimi oranı kadınlarda ve gençlerde, intihar ile ölüm oranı erkeklerde yüksektir. Bunun nedeni kadınların daha az öldürücü pasif yöntemler (ilacı içme gibi) kullanması ve iletişim amaçlısı girişimler olabilir.

b) Medeni Durum: Hiç evlenmemişlerde en yüksek oranda, daha sonra sırasıyla döller, boşanmışlar, çocuklu evliler ve çocuklu evliler çeklinde dur.


Umutsuzluk, zevk duygusu kaybı ve çözülme içinde olan, psikotik düşünce tanımlayan, duygudurum hızlı değişme gösteren ve alkolden madde kullanım bozukluğu olan depresif hastalarda intihar riski en yüksektır. Postpartum psikozun ve premenstrüel sendromun kadınlar arasında intihar riskini artırdığı bilinmektedir.


3- İntihar Girişimi ya da Tehdidi Öyküsü: İntihar girişimi öyküsü olan hastalar, 5-6 kat daha fazla tekrarlama eğilimindedirler. İntihar sonucu ölen hastaların %19-40’ından daha önce intihar girişimi öyküsü vardır.

4- Aile Öyküsü: Ailedede duygudurum bozukluğu, alkolizm öyküsü olması, intihar sonucu ölüm olup intihar riskini arttırmıştır.


6- Sosyal Etkenler: Yalnız yaşamaya, sosyal izolasyon, yaş dönemde, yakın zamanda ciddi stres ya da önemli birinin kaybı intihar riskini artırır. İntihar oranları, kırsal alanda yaşayanlarda kentsel alanda yaşayanlardan daha düşüktür. Etnik ve azınlık gruplarında, savaşlarda intihar oranları azalmaktadır. Sosyal sınıf yükseltilikte intihar riski artarken, sosyal statüde ani düşüş de riski artırmaktadır.

7- Biyolojik Etkenler: Ailesinde intihar etmiş kişilerin bulunanlarda intihar riskinin yükseklüğünü, ikizlerin de bulunmadığıda tek yumurta ikizlerinde, çift yumurta ikizlerine göre intihar oranlarının belirgin yükseklüğü bildirilmiştir.

**Değerlendirme**

Intihar eğilimi siyah-beyaz ya da artı-eksi gibi sınıflandırılmaz. İntihar eğilimi bir spektrum oluşturur. Ölüüm düşümeye ve pasif ölüm düşüncelerinden (“Keşke Allah bir hastalik verse de ölsem”) intihar düşüncelerinin olması, ancak buna niveli olmamaya, intihar planları yapmaya, intihar için hazırlık yapmaya ve en sonunda intihar girişiminden kurtuluşu uzummeye kadar çeşitlilik gösterir. İntihar eğilimi olan kişiler hemen her zaman ambivalanlarda ve bu ambivalansın iki tarafını(&:سرعة olduğu görülmektedir. Örneğin bu geç %90 ölme arzulayan bir kişi bu geceyi atlattıktan sonra 3 gün boyunca %30'a düşebilir.

Klinisyen hastanın intihar riskini iyi değerlendirmek için risk etkenlerini göz önünde almalıdır. 15-34 yaş arası, erkek, alkollü, saldırgan davranışlar, daha önce intihar girişimi olan, daha önce psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi görmüş kişiler en yüksek riski oluşturmaktadır. Yakın zamanda planlı bir intihar girişimi olmamış ve kurtuluşa sevindikten hastalar mutlaka yatırılmalıdır.

Hastanın ölüm isteği ve intihar düşüncelerinin olup olmadığını uygun bir dille sorulmalıdır. Rutin psikiyatrik değerlendirmenin bir parçası olan bu soru, intihar riskini arttırmaz.

**Tedavi**

Acil başvuran ya da intihar girişimi sonucu getirilen hasta ile görüşmede, aktif dinleme, ruhsal destek ve empatik tutum temeldir. Ölüm hakkındaki düşünceleri mutlaka konuşturulmalı, çevre koşulları değerlendirilmelidir. Suçluluk duyguları, yakın zamanda yakını kaybetme, değişizlik, ise yaramamayışlık düşünceleri, umutsuzluk, sosyal geri çekilme, kaygı hali, uyku, iştah ve libido kaybı gibi belirti ve bulguların varlığı intiharın riskinin ciddiye alınması gerektiğine işaret etmektedir. Yöntemin tehlike derecesi, intihar düşünceleri nüfuzlu mi olduğu, hastanın hayat kaldiğı için pişman olup olmadığını, kişiye yol açan ruhsal ya da yaşamalı durumların değişip değişmediği, kronik sorun ya da çatlaklarının devam edip etmediği ele alınmalıdır.

Hiçbir intihar olgusu yaşam işlevlerini düzeltmekten sonra ruhsal yönden değer lendirilmeden evine gönderilmez. Hastanın intihar düşüncesi devam ediyorsa, girişimin başarısız sonuçlanmasını düşman ise, major depressyon, psikotik bozukluk ya da madde kullanım bozukluğu tanımlıyordu, psikososyal destek yok ya da yeter- siz ise yatış özellikle düşünülmeliidir. Ayrıca hasta intihar düşüncesi ırarlı bir şe-
kilde belirtir ve bu konuda belirgin planı varsa; hastada ise güçlü intihar dürtüsü varsa ve bunu kontrol etmede güçlük çekiyor; hasta psikotik ve intihar düşüncesi varsa; hastanın çok ciddi bir intihar görmesi olması; ciddi fiziksel bir sorun varlığında; detaylı tanışal ya da tedavi kaynakları gerektirir; ayaktan izleme sürecinin olumlu gitmemesi; intihar düşüncesinin gittikçe yoğunlaşması; mental hastalıklar, maddeler kullanımı ile birlikte olduğunda da hospitalizasyon planlanmalıdır.

Hastanın klinik durumuna göre tedavi seçilir. Sıklıkla antidepresif ilaclar, psikoterapi ve zaman zaman EKT uygulanması tedavide kullanılır.


**Konversiyon Bozukluğu**


Kişi tıbbi açıdan ne kadar bilgisizse sergilediği belirtilere inanılması o kadar güç olur. Öneme çevresinde felçli ya da epileptilir bir kişi bulunmuşsa bu hastada gözlenen paralizi ya da psödoepilepsi gerçekçi daha çok benzer. Ancak şu unutul-


Grand mal epilepsi ve bir tür konversiyon bozukluğu olan büyük histerik nöbetin ayrıntıları tanımları:

<table>
<thead>
<tr>
<th>Grand Mal</th>
<th>Konversiyon</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>* Tetikleyici neden olmayabilir</td>
<td>* Ruhsal stresle ortaya çıkar</td>
</tr>
<tr>
<td>* En çok 1-2 dakika sürer</td>
<td>* Daha uzun, bazen saatlerce</td>
</tr>
<tr>
<td>* Aniden tehliki olabilecek düşme</td>
<td>* Düşme tehlikeli değildir</td>
</tr>
<tr>
<td>* Herhangi bir yerde olabilir</td>
<td>* Genellikle insanları öne çeken korunarak düşer</td>
</tr>
<tr>
<td>* Seyrek olarak başlangıçta çıkıl -anlamsız sesler</td>
<td>* Stereotipik tonik-klonik fazlar</td>
</tr>
<tr>
<td>* Dilini isirabilir</td>
<td>* Dilini isirabilir</td>
</tr>
<tr>
<td>* Refleks bozulukları vardır</td>
<td>* İdrar incontinansı olabilir</td>
</tr>
<tr>
<td>* İdrar incontinansı olabilir</td>
<td>* Uykuda olabilir</td>
</tr>
<tr>
<td>* Uykuda olabilir</td>
<td>* Siyanoz olabilir</td>
</tr>
<tr>
<td>* Siyanoz olabilir</td>
<td>* Post-iktal konfüzyon vardır</td>
</tr>
<tr>
<td>* Post-iktal konfüzyon vardır</td>
<td>* Nöbet sonrası uyuşma isteği vardır</td>
</tr>
<tr>
<td>* Nöbet sonrası uyuma isteği vardır</td>
<td>* Bir günde birden fazla ortaya çıkma nadir</td>
</tr>
<tr>
<td>* Bir günde birden fazla ortaya çıkma nadir</td>
<td>* Nöbet sırasında tipik EEG bulguları vardır</td>
</tr>
<tr>
<td>* Nöbet sırasında tipik EEG bulguları vardır</td>
<td>* Serum prolaktin artmıştır</td>
</tr>
<tr>
<td>* Serum prolaktin artmıştır</td>
<td>* EEG normal ya da bozuk olabilir</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>* Serum prolaktin düzeyi artmaz (trisiklik antidepresan ve fenotiyazin kullananlar hariç)</td>
</tr>
</tbody>
</table>


Ayrıntılı Tanı

1) **Organik Patolojiler:** Multipl skleroz ve geçici iskemik atak nörolojik belirtilere yol açabilir.

2) **Simülasyon (Temarüz):** Askerlikten muaf olmak ya da mahkemede ceza almak gibi somut nedenlerle herhangi bir hastalığı taklit etmekti. Konversiyonda tiyatral bir hava varır ve örneğin tehlikeli düşmeler olmasına rağmen, herhangi bir nedenle de bu durum gerçekleşmez. Oysa, örneğin konversif süphelenmesi olan bir hasta gerçekten bilinç düzeyinde yürüyerek istendiği halde yürüyemez. Oysa aynı hasta yattığı yerde bir yandan diğer yana dönmek gibi paralejik bir hastanın yapamayacağı bir hareketi yapabilir.

3) **Yapay Bozukluk (Munchausen Sendromu):** Simülasyonda olduğu gibi somut bir çıkar olmaksızın kişinin hasta rolünü uzun süreli olarak benimsemesi ve bu şe-
kilde ilgi odağı olması durumudur. Örneğin cilt alta kırıları sivılar enjekte ederek garip cilt lezyonlarıyla doktorları gezen ya da antikoagülan alarak kendinde yaygın petesiler oluşturarak acile başvuran ve yaptığı gizleyen hastalar bildirilmiştir. Bazı hastalar ise psikiyatrik belirtileri taklit edebilmektedir. Yapay bozukluğun belki en tuhaf şekli bakmakla yükümlü olduğu kişi (örneğin çocuğunda) hastalık belirtileri oluşturarak tibbi yardım arayışında bulunma halidir (Munchasen by Proxy).

Acil Değerlendirme ve Tedavi


Anksiyete Bozuklukları

Panik bozukluğu ve Yaygın Anksiyete Bozukluğu acilde sık karşılaşılan olgulardır. Ilgili bölümde detaylı anlatıldığı için burada belirtileri ve etiyolojisinden bahsedilmeyecektir. Hasta panik atağı sırasında gelmiş daha olsa verilecek herhangi bir ilacın etkisi daha olmamış panik atağı büyük ihtimale sona ercektir. Ancak sık, arda arda panik nöbetleri yaşayan hastalara ağızdan benzdiazepin türü ilaçları verilebilir; hızlı etkili olduğu için Alprazolam tercih edilir. Diazepam ağızdan verildiğinde etkisi daha
yavaş başlar, damardan verilmesi solunum depresyonu riski nedeniyle tercih edilmez, kas içine verildiğinde biyolojik etkisi ağzdan vermeye göre daha üstün değildir. Anksiyeteli hastaya sıcak ve empati kurarak yaklaşılmalı, kalp çarpıntısı vb. bedensel yakınmalarına ilişkin açıklama yapılmalı ve güvence verilmelidir. Böylece hastayı ikna etmek amacıyla karmaşık tetiklerin gerekşiz yere tekrar tekrar yapılması önlenir.

**Hiperventilasyon Sendromu**


**Psikoaktif Madde Kullanımı ile İlgili Acil Durumlar**

Tıbbi bir neden olmaksızın duygulanan ya da davranışları değiştirmek amacıyla alınan alkol, esrar, eroin, nikotin, halüsinojenler, sakınleştireciler, uyku vericiler gibi maddelere psikoaktif maddeler denir. Bu maddelerin kullanılmına bağlı klinik tablolar ilgili bölümdede anlatılmıştır, burada sadece acil durumların (zehirlenme ve yoksunluk gibi) belirtilerine ve akut tedavilerine yer verilecektir.

**Alkolle İlgili Acil Durumlar**

**Alkol Zehirlenmesi (Sarhoşluk)**

**Belirtiler**
İç ve dış inhibitörlünün kalkması, peltek konuşma, nistagmus, dikkat bozukluğu, ataksi, yakın geçmiş hafızanın ve muhakemenin zayıflamasıdır.

**Ayırıcı Tanı**
Sakınleştireciler ve uyku vericilerle zehirlenme, hipoglisemi, diabetik ketoasidoz, subdural hematoma, post-iktal durumlar, hepatik ensefalopati, menenjit ya da ensefalit, akut pankreatit.

**Laboratuvar Testleri**
Kan alkoll seviyesi, kan şekeri (hipoglisemi için), elektrolitler ve BUN (alkolik ketoasidoz ve dehidrasiyon için), toksikoloji taraması (diğer maddelerin alınması yönünden), tam kan sayımı (anemi ve enfeksiyonlar için), kanama da ya semptomatik karaciger hastalığı olanlar için aPT, PTT ve trombosit sayımı.

**Tedavi**

**Alkol Koması**

Koma tedavisi ile ilgili temel ilkeler geçerlidir. Solunum yolu açık tutulmalı, zehirlenmeye yol açabilecek ilaçlar ve özellikle diğer psikoaktif maddeler yönünden tarama yapılmalıdır.

Genel koma tedavisi yanında Wernicke ensefalopatisini önlemek için 100 mg Tiamin IM ve alkollün yol açtığı hipoglisemiyi önlemek için 50 cc %50 Dekstroz verilir.

Alkol ile birlikte opiat kullanan vakalarda naloxan 0.01mg/kg verilir.

**Patolojik Alkol Zehirlenmesi**


**Alkol Yoksunluğu ve Alkol Yoksunluğu Deliryumu (Deliryum Tremens) Belirtiler**

**Alkol yoksunluğu**, birkaç saatten birkaç gün kadar değişen bir zaman (en sık 24-36 saat) dilimi içinde gelişir. Otonomik hiperaktivite (taşikardi, terleme vb), elde tremor, uykusuzluk, bulantu ya da kusma, psikomotor ajitasyon, anksiyete, grand mal konvülziyonlar, gelip-geçici görsel, takdil ya da işitsel halüsinasyonlar ya da illüzyonlar görülebilir.

**Deliryum tremens**, çok fazla ve uzun süreli alkoll kullanımının sonlandırılması ya da azaltılmasından sonra 24 saatten 7 gün kadar değişen bir süre içinde (en sık 48-72 saat sonra) gelişir. Enfeksiyon, kafa travması, beslenme bozukluğu, deliryum tremens öyküsü risk etkenleridir.

Alkol yoksunluğuna deliryum belirtileri eşlik eder. Otonomik sinir sistemi hiperaktivitesi (terleme, taşikardi, hipertansiyon, taşıpne, hipertermi) diğer deliryum nedenlerinden ayırmada yardımcı olur. Beraberinde kullanılan ilaçlar (beta-blokörler taşikardiyi, narkotikler midriyazisi, antipretikler ateşi) belirtileri maskeleyebilir.

**Tedavi**

Alkol yoksunluğu vakalarının hangilerinin giderek deliryuma girereklerini bilmek mümkün olmadığı ve deliryum trenmenste ölüm riski %10-25 olduğu için dikkatle ele...
Hafif alkol yoksunluğu vakaları ayaktan tedavi edilebilir, deliryum tremens vakaları hastaneye yatırılıp psikotik bulgular yönünden yakın takibe alınmalıdır. Benzodiazepinler hastayı sakinleştirir, otonomik hiperaktivite belirtilerini ve aşırı hareketliliği kontrol altına alır, deliryum halini önler. Hastaların genellikle sedatif ilaçlara direnci olduğu için düşük doz benzodiazepin gereklidir. Doz hastaya göre ayarlanır. Diazepam, ağızdan ilaç alabilenlere 40-120 mg/gün, ağızdan alamayanlara saisleninceye kadar her 10-20 dakikada bir 5-10 mg, saislenikten sonra her 45-60 dakikada bir 10 mg IV verilir. Deliryum tremensde diazepam 50-120 mg/gün dozunda ve kan basıncı, nabız ve solunumun yakın kontrolü ile verilir. Kas içine verilen diazepamin emilimi ve tutarlı hareketlilik kontrol altına alır, deliryum halini önler. Hastaların genellikle sehatli ilaçlara direnci olduğu için yüksek doz benzodiazepin gerekir. Doz hastaya göre ayarlanır. Diazepam, ağızdan ilaç alabilenlere 40-120 mg/gün, ağızdan alamayanlara saisleninceye kadar her 10-20 dakikada bir 5-10 mg, saislenikten sonra her 45-60 dakikada bir 10 mg IV verilir. Deliryum tremensde diazepam 50-120 mg/gün dozunda ve kan basıncı, nabız ve solunumun yakın kontrolü ile verilir. Kas içine verilen diazepamin emilimi ve tutarlı hareketlilik kontrol altına alır, deliryum halini önler. Antipsikotik ilaçlar, hipotansiyon, otonomik belirtiler, ekstrapiramidal yan etkiler oluşturdukları, epilepsi eğilimi düzeltilmek için ciddi psikotik belirtiler olmadıkça tercih edilmelidir.

**Tiamin**: Gelişebilecek bir Wernicke ensefalopatisini engellemek için ilk 5 gün Tiamin 100 mg IM ya da IV verilir. Tiamin yanında vitamin B12 ve folat (1 mg) verilir.

**Magneyzum**: Kronik alkoliklerde hipomagnezemi sıkırt ve epileptik nöbetlere yol açabilir. Magneyzum sulfat 1 gr., IM ya da IV, 48 saat boyunca her 6-12 saatte bir ya da Magneyzum oksid, ağızdan (ensik yan etkisi diaredir), 250-500 mg, 4 günde 4 kez 48 saat boyunca verilir.


**Sıvı-elektrolit dengesizliği**: Aşırı hareketlilik, kusma, ateş hallerinde sıvı kaybı fazladır ve elektrolit dengesizlikleri görülebilir. Ağızdan alabilmek hastalarında şekerli su, çay, hoşaf gibi şekerli sıvılar ve ayran gibi tuzlu sıvılar bol bol (günde 3-5 lt.) verilir. Ağızdan alamayanlara %5 Dekstroz ve serum fizyolojik günde 3-4 lt. verilir.


Deliryum tremensde ölüm nedenleri: elektrolit dengesizliği, enfeksiyon, kardiyak aritmiler, korkutucu halüsinasyonlardan kaçmak için yüksek bir yerden atlama vb.
Alkol Zehirlenmesi Deliriumu
Yukarıda bahsedilen alkol zehirlenmesi ve deliriumun temel belirtileri bulunur. Tedavisi delirium tremens gibidir.

Wernicke-Korsakoff Sendromu (WKS)
Tiamin eksikliği nedeniyle gelişen bu sendrom, alkoliklerde beslenme yetersizliğine bağlıdır.

**Belirtiler**

a) *Sendromun Akut Başlayan İlk Evresi Wernicke Ensefalopatisi:* Konfüzyon, nistagmus (dikey ve yatay), gözün dış rektus kaslarının zayıflığı ya da felci, konjuge göz hareketlerinin bozulması ile belirgindir.

b) *Ataksi*


**Tedavi**

Acil tıbbi müdahale gerekir. 100 mg tiamin ve 1 mg folat IV verilir, daha sonra birkaç hafta süreyle günde 100 mg tiamin vermeye devam edilir. Tiamin yüklemesi ile sendromun akut kısım düzeldiği gibi hafıza kusuru kısmını tefıkl eden Korsakoff sendromu gelişmeyebilir.

Alkolik Halüsinoz (DSM-IV’de: Alkolün Yol Açtığı Psikoz, Halüsinasyonlarla Giden)

Alkol Paranoyası (DSM-IV’de: Alkolün Yol Açtığı Psikoz, Hezeyanlarla Giden)
Bu hastalar alkol alırken çok kıskanç, sădırğan ve paranoid olurlar. Tedavisinde küçük dozlarda antipsikotik ilaçlar kullanılır.
Optium ve Türevleriyle (Eroin, Morfin, Kodein, Meperidin vb. Narkotikler) İlgili Acil Durumlar

Opiyat Zehirlenmesi

**Belirtiler**

a) IV alınmadan 2-5 dk sonra başlayan uygunsuz davranışsal ya da psikolojik değişiklikler (10-30 dakika süren öförinin ardından).

b) Alınan opiumun türevine, alım yoluna, alınan miktara bağlı olarak 2-6 saat süren yorgunluk, halsizlik, sıkıntı, üzüntü, moral bozukluğu, psikomotor ajitasyon ya da retardasyon. Sosyal işlevselliğin bozulması ve yargılama bozukluğu zehirlenmeler sırasında en başta itibaren vardır.

c) Pupillerde konstriksiyon (ya da aşırı dozdan kaynaklanan anoksiye bağlı pupiller dilatasyon), uyku hali ya da koma, pelttek konuşma, dikkat ya da bellek bozukluğu. Gerçekte değerlendirirme yeteneğinde bozulma ya da delirium olmaksızın illüzyonlar ya da halüsinasyonlar görülebilir.

**Ayırıcı Tanı**


**Tedavi**

a) **Temel Önlemler:** Solunum yolu açılır, hipotansiyon ve hipoksi düzeltilir, sıvı verilir. Solunum depresyonu en önemli tıbbi problemidir. Benzodiyazipen gibi bu etkiye sahip başka maddelerin birlikte alınmasında, yüksek dozda IV alınmadan, bu etkive tolerans gelişene kadar yeterli süre geçmemiş olanlarda daha belirginir.


c) **Nalokson:** Aşırı dozda opiod ile zehirlenen hastalarda saf opiod antagonistı olan Nalokson 0.01 mg/kg (2 ampul) IV verilir. Solunum depresyonu ve koma açılır. Cevap almamaz ya da yetersiz cevap alırsa 5-10 dakika sonra aynı miktar nalokson tekrarlanır. Üçüncü kez verildikten sonra da açılmıyorsa tanı gözden geçirilmeli ya da başka maddelerin de alınması olabileceğinin düşünülmalıdır. Naloksonun yararı ömrü tüm opioidlerden kısa olduğu için hasta her 15 dakikada bir olmak üzere 4-8 saat gözlenmelidir. Hasta açıldıktan bir saat sonra yeniden komaya girebilir. Opioid bağımlılığı olan hastalarda nalokson hasta açıldıktan sonra ciddi yoksunluk tablolarına yol açabilir ve bu durumda hasta saldırısalabilir. Hayati tehlike yoktur, nalokson yıklınca bu tablo sona erer.
Opiyat Yoksunluğu

Belirtiler

a) Birkaç hafta ya da daha uzun süreli çok fazla dozda opiyat kullanımının sonlandırılmasından (eroin gibi kısa etkililerde 8-12 saat, metadon gibi uzun etkililerde birkaç gün) sonra ya da azaltılmasından takiben ya da opiyat antagonistinin verilmesi ile ortaya çıkar.

b) Disforik duygudurum, bulantı ya da kusma, göz yaşarılması ve burun akıntısı, pupillerin genişlemesi, piloereksiyon, terleme, diyare, esneme, ateş, uykusuzluk.

Yoksunluğun öznel belirtileri erken bafllar. Bunlar anksiyete, aflerme, depresyon, irritabilite kas krampları, sırt ağrısı, kemik ağrısı, genel disforıdır. Tipik yoksunluk morfin ve eroinde son kullanımdan 8-12 saat sonra başlar, 48 saat sonra max düzeyine ulaşır,

c) Nezleye çok benzer, 5-7 gün içinde azalarak kaybolur. Opioid yoksunluk sendromunda epileptik nöbet görülmez. Epileptik nöbetin görülmesi Meperidin (Demorol) ya da alkol, sedatifler gibi maddelere bağımlılığı düşündürür.

Tedavi


Ağrı sendromlarının tedavisinde yararlanılan kodein, meperidin gibi narkotik analjeziklerin uygunsuz kullanımına bağlı gelişen klinik tablolarla dozun yoksunluk belirtilerinin enaz çıkacağı şekilde yavaş azaltılması daha uygundur. Yoksunluk belirtilerinin hiç yanaymamasının mümkün olmadığı unutulmalıdır.

Kokain ve Amfetamin Benzeri Etkileyenlerle İlgili Acil Durumlar

Kokain ve Amfetamin Benzeri Etkileyen Sempatominimetikler ile Zehirlenme

Belirtiler

Kokain damara, deri altına enjekte edilerek ya da buruna çekilerek; amfetamin...
ağızdan alınarak kullanılır. Kokainin etkileri kullanımdan hemen sonra başlar, 24 saat içinde tamamen kaybolur.

**Akut tıbbi etkileri:**
- Taşıkardi (bazen bradikardi)
- Terleme ya da titreme
- Bulantı ya da kusma
- Hipertansiyon ve kilo kaybı
- Uykusuzluk
- Kan basıncında yükselme (bazen düşme)
- Hiperpireksi
- Kas zayıflığı, respiratuvar depresyon, göğüs ağırlığı ya da kardiyak aritmler
- Konfüzyon, konvulzyonlar, diskineziler, hiperrefleksi, distoniler ya da koma

**Psikomotor ajitasyon:**
- Öfüri (bazen duygu büyümünde künlük)
- Aşırı hareketlilik, düşündede hızlanma, basınçlı konuşma
- Kişisel arası ilişkilere duyarlılık
- Anksiyete, hipervijilans, gerginlik ya da öfke, kalplaşılmış yineleyici davranışlar
- Yargılamada bozukluk

Delirium olmadan, gerçeği değerlendirme yeteneği bozulmasız halünasıyonlar ya da illüzyonlar görülebilir

**Kokain kullanımına bağlı fiziksel belirtiler:**
1) Sık intranasal kullanıma bağlı nazal septum lezyonları, rinit, sinüzit
2) Epileptik nöbetler
3) “Kar ışıkları” (snowlights): görme alanının periferinde ışık çakmaları

**Ayrıcı Tanı**

Mani, paranoid bozukluk, panik atak (çarpıntı ve hiperventiliesyon olmasıyla panik atğa benzer ancak panik atak sırasında korku ve disfori yerine genellikle öfüri olur), diğer sempatomimetikler ile zehirlenme. Kronik kokain kullanımı anormal beyin aktivitesi ortaya çıkardığı için braktıktan sonra da epiletik nöbet ya da panik ataklara neden olabileceği unutulmamalıdır.

**Acil Tedavi**

Ölümler aşırı doza bağlı MSS depresyonu, solunum ve dolaşım yetmezliğine bağlıdır.

1) Solunum yolları açık tutulmalı
2) Soğutma: yüksek vücut ısısı için
3) Beta blokerler: sempatik hiperaktiviteyi baskılar
4) Diazem: epileptik hecemeler ve anksiyete belirtileri için
5) Haloperidol: psikotik belirtiler için

Birlikte görülen psikiyatrik bozuklukların (depresyon, anksiyete bozukluğu) tedavisi.

Antidepresanlar ve dopamin agonistlerinin ilaç arama davranışını azaltma etkileri vardır ancak kapsamlı psikososyal programlar olmasının madde bağımlılığı tedavisi hemen hemen olanaksızdır.
Kokain ve Amfetamin Benzeri Etkileyen Sempatomimetiklerin Yoksunluğu

Belirtiler
Kokain ya da amfetamin benzeri etkileyen sempatomimetiklerin çok fazla ve uzun süreli kullanımının sonlandırılması ya da azaltılmadan sonra birkaç saat ya da birkaç gün içinde disforik duygudurum gelişir. Ek olarak şu fizyolojik belirtiler görülür:

1) Yorgunluk
2) Canlı, hoş olmayan rüyalar
3) Psikomotor retardasyon ya da ajitasyon
4) Uykuşuzluk ya da aşırı uyuma
5) İştah artması

Tedavi

Kannabisle (Esrar) İlgili Acil Durumlar

Kannabis (Esrar) Zehirlenmesi

Belirtiler
Esrar kullanından kısa bir süre sonra başlar; nefes yolu ile kullanılmışsa 3 saat, ağız yolu ile kullanılmışsa 3-5 saat içinde geçer.


Fiziksel belirtiler (2 saat içinde gelir):
1. Konjonktivaya kan oturması
2. İştah artması
3. Ağız kuruluğu
4. Taşıkardı

Tedavi
Panik halindeki hastaya güven vermek, esrar dozunu fazla kaçırdığını ve bir kaç saat içinde düzeltceğini tekrar tekrar söylemek çoğu kez yeterli olmaktadır. Psikotrop ilaç kullanım gerekmek.

Esrarı yüksek dozda ve uzun zaman kullanımlarda huzursuzluk, uykuşuzluk, terleme, bulantu, kusma şeklinde hafif bir yoksunluk tablosu da görülebilirse de tedavi gerektirmez.
Kannabisin (Esrarın) Yol Açtığı Psikoz

Esrar, çok miktarda özellikle ağızdan alındığında genellikle paranoid hezeyanların ön planda olduğu uzun süre devam eden psikotik bir tabloya yol açabilir. Tedavisinde antipsikotikler kullanılır.

Halüsinojenlerle (LSD) Alüsinojenlerle (LSD vb) İlgili Acil Durumlar

LSD, meskalin, metilendioksimetamfetamin (MDMA ya da ekstazi diye de bilinir), fensiklidin (PCP), psilosibin, dimetil triptamin (DMT). Bu maddeler ağızdan alınır. Bu gruptakilerden en sık kullanılan LSD’dir ve belirtileri 1 saat içinde başlayıp 8-12 saat içinde kaybolur. Diğer hallüsinojenlerin etki süreleri 1 saatten az ya da en fazla 3 gün olabilir.

Halüsinojen Zehirlenmesi

Belirtiler

1. Davranışsal/Psikolojik: Belirgin anksiyete ya da depresyon, referans fikirleri, aklını kaybedeceğin korkusu, paranoid düşünce, yargılama bozukluğu vb.
3. Fiziksel Belirtiler:
   a) Pupiller dilatasyon
   b) Taşıkardi
   c) Terleme
   d) Koordinasyon bozukluğu
   e) Bulanık görme
   f) Tremor
   g) Çarpıntı

Tedavi

1. Hasta kendisine ve çevresine zararlı olabileceği için öncelikle güvenli bir ortam sağlanmalıdır.
2. Duyusal uyarları azaltılır.
3. Durumunun geçici olduğu anlatılarak güvence verilir.
4. Beta blokerler otonomik belirtileri azaltır.
6. Konfüzyonu arttırmayacağı için antikolinerjik yanetkili ilaçlardan kaçınılmalıdır.
Halüsinojene Bağlı Algı Bozukluğu (“Flashback”)

Bir halüsinojen kullanımının sonlandırılmasının ardından halüsinojenle intoksikasyonda olunduğu sırada yanmak olan bir ya da birden fazla algısal belirtilinin yeniden yaşanması. Örneğin geometrik halusinasyonlar, periferik görme alanlarında hareketlerin yanlış algılanması, renk parıltıları, renklerin belirginleşmesi, hareket eden cisimlerin görüntülerinin izleri, nesnelerin çevresinde ışık haleleri, makroskopik ve mikroskopik gibi belirtiler madde kullanım bittikten çok sonra bile tekrar yaşanmaktadır. Kişi bu durumdan ileri derecede rahatsız olmaktadır.

Bu klinik tablo, tıbbi durumlar (beynin anatomik lezyonları, parsiyel epilepsi nöbetleri gibi), başka psikiyatrik bozukluklar (deliryum, demans, şizofreni gibi) ve hipnopompik halusinasyonlardan ayırt edilmelidir. Halusinojen maddelerin yol açtığı bu klinik durumda kişi huzursuz, panik içinde ve intihar eğilimi içinde olabilir.

Çoğu vakada birkaç ay içinde düzelmeye geçer de bazı vakalar yıllarca devam edebilir. Özgün bir tedavi yoktur, açıklayıcı ve destekleyici olunmalıdır.

İnhalanlarla İlgili Acil Durumlar

Tutkal, sprey boya, temizlik maddeleri, benzin gibi uçucu maddeler; toluen gibi çözücüler; eter, kloroform, nitrous oksid gibi anestetikler; bilinç durumunu değiştirmek için kötüye kullanılabilecek özelliklere sahiptir. Bazılarının karaciğer ve böbrek üzerinde toksik etkiye sahip, bazıları kardiyak arytmilere neden olur. Tiner kullanımları periferik nöropati ve ilerleyici nörolojik bozukluklar, aerosol boyalar beyin hasarı yapar. Yoksunluk tablosu görülmez.

İnhalan Zehirlenmesi

Belirtiler

**Davranışsal/Psikolojik Değişiklikler:** Kavgacılık eğilimi, saldırganluk, apati, yargılama bozukluğu vb.

**Bulgular:**

1) sersemlik hissi  8) koordinasyon bozukluğu
2) nistagmus      9) sendeleyerek yürümeye
3) letarji        10) peltek konuşma
4) termor         11) reflekslerin yavaşlaması
5) kas zayıflığı   12) psikomotor retardasyon
6) öfori          13) stupor ya da koma
7) görme bulanıklığı ya da çift görme

**Tedavi**

Özel bir tedavi yoktur. Tedaviye genellikle adli nedenlerle gönderilirler ve motivasyon gibi nedenlerle tekrar zehirlenmelerle ilgili tedaviye gönderilirler.
Fensiklidin ya da Benzeri Maddelerle İlgili Acil Durumlar


Fensiklidin Zehirlenmesi

Belirtiler

Davranısal/Psikolojik Değişiklikler: Kavgacılık eğilimi, saldırabilir, dürtüsellik, öngörmezlik, psikomotor ajitasyon, yargılama bozukluğu vb.

Bulgular:
1) nistagmus
2) hipertansiyon ya da taşıkardi
3) uyuşma ya da ağrı duyumunda azalma
4) konvülзиyonlar
5) dizartri
6) ataksi
7) kas rijiditesi
8) hiperakuzi

Tedavi


Bazı hastalarda tek PCP dozundan sonra haftalar süren bir psikotik dönem görülebilir. Antikolinerjik yan etkilerinin az olmasından dolayı güçlü bir antipsikotik olan Haloperidol her saat başı 5-10 mg IM verilmeli ancak yüksek dozlardan kaçınımalıdır.


Sedatif, Hipnotik ya da Anksiyolitiklerle İlgili Acil Durumlar

Kaynaklar

Petit JR. Acil Psikiyatri El Kitabı. Çeviri: M Coşkun. İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık; 2006.

**Tarihsel Gelişim**

Antik çağlarda fiziksel ve ruhsal hastalıklar arasında bir ayrым yapılmaz ve her ikisinin de tanırlar ya da şeytani ruhlarla ilişkili olduğu inanılırdı. İlk defa Hipokrat (MÖ. 460-370) hastanın bedeni, ruhsal durumu ve çevresi arasındaki dengesizliklerin hastalıklara yol açığını işaret etmiştir. Hipokrat; “Baş olmaynça gözü, beden olmaynça başı tedavi edemediğimiz gibi, bedeni de ruhsuz tedavi edemeyiz.” diyerek psikosomatik tıbbın felsefesini özetlemiştir. 16. yüzyılda başlayan doğa bilimlerindeki gelişmeler, insan bedeninin de gözle ve deneyle araştırılmasını gündeme getirmiştir ve bilimsel tip başlamıştır. 19. yüzyılın mekanik tip anlayışı tüm hastalıkları hücresel patoloji zemininde gelişen yapısal ve işlevsel bozukluk olarak yorumlanmış, medikal
model ağırlık kazanmıştır. 20. yüzyıllık çoğu birçok ruhsal bozukluk ve bedensel bozuklukların bazlarının, yapışal organik bozukluklarla değil, çeşitli duygusal ve çevresel zorlamlara ilişkili olabileceği ortaya koymıştır.

Psikoanalitik yaklaşımlar, bazı tibbi hastalıkların kökeninde psikodinamik çalışmaların rolünü ortaya koymuş, bazı fizikal belirtileri sembolik psikolojik anlamlarla, psikolojik çatışmalarla yorumlamaya yönelmiştir. Tibbi hastalıkların etyolojisinde genetik, edinilmiş biyolojik süreçler, çevresel, psikososyal ve sosyokültürel etkenler vardır.

### Biyopsikososyal Sistem Yaklaşımı

Tıp ile psikiyatrinin căşığı ve bütünlüğü alanda, insan varlığına ve hastalıklara biyopsikososyal model içinde yaklaşıma felsefesi ve klinik uygulaması esastır (Köknel, Velioğlu, Lipowski, Engel, Lehig).

Lipowski, konsültasyon- liyezon psikiyatrisinin getirdiği en önemli kavramsal katkıının biyolojik, psikolojik, sosyal alanları birlikte bir sistem modeli içinde ele alınan, bütüncü yaklaşım olduğunu belirtir. Psikosomatik tip anlayışının çağdaş yorumunu ve biyopsikososyal tip yaklaşımını ifade eden liyezon psikiyatri, çağdaş tip bilimleri ile davranış bilimleri arasında ‘bütünleyici’ bir köprüdür.

KLP’nin bir sistem ve klinik alan olarak gelişmesinde önemli yapı tafaşları şöyledir:
- a) Psikiyatri kliniklerinin ve hastalarının genel tip ve hastanede içinde ele alınması gerektiği anlayış ve uygulaması,
- b) Psikosomatik tip anlayışındaki gelişmeler,

Bu yüzyılın başında psikoanalitik yaklaşım ve özellikle psikobiyojik ve bütüncül yönelimli yaklaşımlar liyezon psikiyatrisinin gelişmesine önemli katkı sağlamıştır. Bu süreçte yapı tafaşları oluşuturulan gelişmeler kısaça şöyle özetlenebilir:

* Cannon’un emosyonların fizyolojisine ilişkin bulguları,
* Alexander’in belirli psikosomatik hastalıklar ile özgür duygusal çatışmaların ilişkisine yönelik görüşleri,
* Wolf’un stresin psikofizyolojisine ilişkin çalışmaları,
* Dunbar’un belirli psikosomatik hastalıklarda, belirli kısılık profilleri olduğu yönündeki gözlemeleri,
* Selye’nin tüm tip için geçerli olan yaklaşımı Genel Adaptasyon Sendromu ‘stres-otonom sinir sistemi ilişkisi’.

### Tanım

İşte ‘Liaison’ psikiyatri, kavramsallar klinik açıdan insan varlığına, sağlığına ve hastalıklara biyolojik, psikolojik ve sosyal-çevresel bütünlüğü içinde ele alma, tanıma ve çözüm üretme çabasının çağdaş tehtaki uzantısıdır. Genel sistem kuramı anlayışını esas alan, klinik tip ve çeşitli uzmanlık alanları ile psikiyatri arasındaki işbirliğine dayanan, tibbi durumlar ile psikik durumlar arasındaki etkileşim ve bağlanmayı artırıran bir klinik psikiyatri alanıdır.

Lipowskki, bir psikiyatri üst disiplin ve uzmanlık alanı olarak değerlendirdiği konsültasyon-liyezon psikiyatrisini şöyle tanımlamaktadır:

1- Fiziksel hastalıklarda ve fiziksel yakınıyla olan hastalarda (somatizasyon) psikiyatrik tanıların araştırılması, tedavisi, izlenmesi ve engellenmesi, klinik ortamlarda psikiyatrik tıp hizmetlerinin sağlanması.

2- Klinik ortamlarda (psikiyatri dışı) sağlık çalışanlarına, konsültasyon ve liyezon hizmetlerinin sunulması, psikiyatri dışı klinik elemanlara, hekim ve hemşirelerere psikososyal tıp eğitimi verilmesi.

3- Tıp ile psikiyatrinin lotu olduğu alanda, tıbbi hastalarda da fiziksel yakını ile dış kliniklerde başvuran hastalarda araştırılar yapılmış.

Böylece temel işlevleri, psikiyatri dışı kliniklerdeki hastalara ruh sağlığı hizmetlerinin sağlanması (klinik), psikiyatrik-psikososyal tıp alanında eğitim, tıbbi hastalarda psikiyatrik-psikososyal araştırılar olarak özetlenebilir.


Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisinin Ülkemizde Gelişimi


Bu disiplin bir anlamda tıbbın ve tıbbi hastalıkların psikiyatrisidir. Genel klinik tıpta psikiyatri olup, birinci basamak, genel hastane ve uzmanlık alanlarındaki hizmet sunumu genel olarak şu alt basamaklarda incelenebilir:

* Dahili tıpta psikiyatrik bozukluklar (Kardiyoloji, endokrinoloji, romatoloji, nefroloji, göğüs hastalıkları vs.’de psikiyatri)
* Nörolojik hastalıklar psikopatoloji
* Kanser ve psikiyatrik bozukluklar (Psikoonkoloji)
* Kronik hastalıklar psikiyatriyası, yaşam boyu tedavisi süren hastalıklara uyum
* Cerrahi girişimlerde psikiyatri
* Organ kaybında ya da organ naklinde
* Ortopedi/fizik tedavi ve rehabilitasyonda
* Ağrı psikiyatriyası-ruhsal durum etkileşimi
* Kadın hastalıkları ve doğumun psikiyatrik yönleri
* Yoğun bakım ünitelerinde yatan hastaların psikiyatriyası
* Ölümekte olan hastaların bakımında psikiyatri sorunlar
* Psikosomatik bozukluklar
* Somatoform bozukluklar

Bir başka grupta, fiziksel hastalığı olmadığı halde fiziksel yakınımlarla doktor doktor dolaşan ve çoğun fiziksel yakınımlarla kendisini ifade eden depresyon olayları ve psikosomatik bozukluklar sıklaştıkça tanınamakta, gerekşiz tetkikler yapılabilmeekte, hastalar sıklaştıkça yanlış yönlendirilmektedir.

Özetle, hiç aklımızdan çıkarmamalıyız ki ruhsal tedavi ve bakım, genel tedavi ve bakımın ayrılmaz bir parçasıdır.

Miyokard enfarktüsü geçiren hastalardan amputasyon ameliyatı geçirenlere kadar, kronik hastalığı olan hastalardan psikosomatik hastalıklara kadar ya da terminal dönemdeki hastaların kısacası tüm hastaların belirli durumlarda konsültasyon liyezon psikiyatriyası uygulamasına başvurması büyük önem taşır. Örneğin, kanseri olan bir hastayı ele alalım, kanser hastalığıni tedavi ederken, hastanın bir birey olarak yaşadığı kaygı, ruhsal şokluğu ya da hastalığını inkar, tedaviyi reddetme ya da aşırı bağımlılık halı gibi tepkilerini anlayan tedavi etmek, hekimlik anlayışını改变etmek. Miyokard enfarktüsü geçiren bir hastada da örneğin panik halini dikkate almasanız, by-pass uygulanan bir hastanın ameliyat öncesi uymuşu sağlamanız, mastektomi uygulanan ya da amputasyon ameliyatı geçiren bir hastanın psikik du-
rumunu göz önünde bulundurmazsanız önemli bir tedavi boşluğu ortaya çıkaracak-tır. Bazen bir tedavi OMIT boylu sürebilmektedir. Örneğin hemodiyaliz tedavisi gö-ren ve kronik böbrek yetmezliği olan hastanın makineye yaşam boyu bağlanmakla ilgili yaşadığı psikolojik sorunları ya da diyabetli bir hastanın kronik bir hastalığa OMIT boylu birlikte yaşamakla ilgili güvencesini beraberinde geliştirmemek, hastanın sağlıklı-ğe dönük kapsayıcı bir tibi yaklaşımında kabul edemeyeceğimiz eksikliklerdir. Bu konuda o kadar çok örnek verilebilir ki, hamilelik ve doğum sonrası görülen ruhsal tepkiler, felç sonrası depresyona, Cushing hastalığındaki depresyon, sistemik lupus eritomatözisteki psikotik bozukluk, intihar girişimiyle başvuran bir hastada sadece fiziksel işlevleri düzeltip, ruhsal tedavi ve desteği sunmak; sağlık anlayışına, te-davi ve bakım ilkelere uyumun ve karmașa girmesine dekyürmek, hastanın sağ-lığına dönük kapsayıcı bir tibbi yaklaşımı kabul edemeyeceğimiz eksikliklerdir. Fiziksel durumlar ile ruhsal durum arasındaki ilişkileri şekillere:

**Fiziksel Durum ile Ruhsal Durum Arasındaki Etkileşim Şekilleri**

a) Fiziksel ve ruhsal bozuklukların rastlantısal birlikteliği.
b) Ortak bir sebebe bağlı fiziksel ve ruhsal bozukluğun gelişmesi.
c) Fiziksel hastalığın psiyatrik komplikasyonları.

d) Psikotik hastalığın fiziksel komplikasyonları.
e) Fiziksel hastalığın psikolojik sebepleri (psikosomatik).

**Medikal-Psiyatrik Durumların Etkileşim Biçimleri**

Tibbi durumlar ile psiyatrik durumlar arasındaki etkileşim eksenleri şöyle kavramsallaştırılabilir:
1. Etiyopatogenez boyutunda (psikosomatik ve veya somatopisiflik),
2. Davranışsal boyut,
3. Tedavi süresi,
4. Uyuma ait süreçler,

Genel Tıpta Psikiyatrik Bozukluklar

Psikopatolojinin tıbbi birimlerce erken, doğru ve yeterince tanımması hatta yanlış tanımması, genel hastane psikiyatrisının en önemli ve güncel sorunlarındanlardır. Hastalığın davranışsal, ruhsal durumunu da dikkate alma anlayışının yeterince benimsenmemesi, psikiyatriye ilişkin yargılardan, eğitim eksikliği, bilimsel olmayan tutumlar, psikiyatriyeye alternatif goede alışkanlığı bu güçlüğü yaratıyor faktörlerdendir. Her hastada ruhsal sorunların veya bozukluklarının geliştiği düşüncesi de, bunların gelişmesinin doğru, beklenen bir durum olduğu düşüncesi de yanlıştır. Sağlıklı ya da normal bir uyum tepkisi ile açık ruhsal bozuklukları ayırt etmek ve hastada görülen tablonun oluşumunda, ortaya çıktığında ve tedavisindeki fiziksel-ruhsal etkileşimi anlamak gerekir.

Genel tıpta psikiyatrik bozukluklar bu alt gruplarda tanımlanabilir;
* Hastalığa duygusal tepkiler
* Uyum bozuklukları
* Organik beyin sendromları ‘deliryum- demans yelpazesı’
* Depresif hastalık
* Anksiyete bozuklukları
* Psikotik bozukluklar
* Somatoform bozukluklar
* Psikofizyolojik bozukluklar
* Kişilik değişiklikleri-bozukluklar
* Alkol-madde kullanımına ilişkin bozukluklar
* Dürtü, davranış, uyku bozuklukları
* Cinsel işlev bozuklukları

Genel toplumun %15’inde ruhsal bozukluk gösterilmiş iken, genel hastanedeki hastaların %30-60’ının önemli ruhsal bozuklukların olduğu ve bu bozuklukların tıbbi hastalığa ikincil olarak geliştiği belirtilmıştır. Çeşitli kliniklere başvuran hastaların %20-50’sinde fiziksel hastalık yanında, tedavi gerektirecek düzeyde psikiyatrik ve psikososyal rahatsızlık vardır.

Hastalığa duygusal tepkiler; Her fiziksel hastalık bir krizdir. Hastaneeye yatırılma ve hastalığa bağlı olarak kişi bedensel yanında ruhsal zorlanmalar yaşar. Bunlar; narsisistik bütünlüğü tehdit altında hissetme, yabancılar korkusu, ölüm korkusu, ayrırlık kaygısı, ilgi, onay ve sevginin kaybedileceği korkusu, vücut organ ve bölmelerinin zedelenceği endişesi, vücut işlevlerini ya da bu işlevler üzerinde denetimini kaybedeceği endişesi, suçluluk, cezalandırılma endişesi ve tepkileri, hastalığa ilişkin duygusal sorunlar (üzüntü, endişe, korku, kaygı, depresyon), hastaneye
uyum sorunları, uygulanacak tıbbi müdahale hakkında bilgi eksikliği, hastanın bağımlılığı hale gelmesi, bağımsızlığını kaybedeceğini korkusu, ailesinden uzak kalması, yakınınlarla ilişkisi kuramaması, tedavi için gerekten tıbbi, ilaç masrafları karşılamaması, ekonomik güçlükler, gelecek endişesi, sosyal kayıplar. Eski çatışma ve çözümlememeli odak noktaları belirgin hale gelir.


Hastanın tepkisi fiziksel hastalığın özelliklerine, hastanın bireysel özelliklerine, psikososyal çevrenin desteği ve etkileşim özelliklerine göre şekillenir. Fiziksel hastalığın ne olduğu, şiddeti, süresi, hangi organ ve dokuların etkilendiği, hastanın bunların simbolik anlamı, fiziksel işlev kaybı ve bu kayba ilişkin hastanın değerlendirmesi, kayın kişinin anlamı ve önemi tepkilerin ortaya çıkışında önemli rol oynar. Hastanın bireysel özellikleri, kişilik yapısı, gelişimsel faktörler, inançlar, tutumlar, daha önceleri zorlanmalara verdiği psikolojik cevaplar ve kullandığı çözüm yolları, ailenin hastalığı tepkisi da o sırada vereceği duygusal cevapları değerlendirmeye yardımcı olabilir. Hastanın hastalığını nasıl algıladığı, değerlendirdiği, belirtilere karşı koyduğu ya da koymadığı davranış ve tutumlar hastalık davranışını belirler. Yani, fiziksel hastalıktan gelişen tepkilerde;

1- Fiziksel hastalığın özelliklerine
2- Hastanın bir birey olarak özelliklerine
3- Psikososyal çevreye göre farklılıklar söz konusudur.

Bu üç alan arasındaki etkileşim duygusal tepkiyi belirler. Her fiziksel hastalıkta, hastalığa tepkileri değerlendirirken şu üç katman arasındaki etkileşim dikkate alınmalıdır:

Bu çerçevede hastalık dinamikleri şöyle tanımlanabilir:

1. Biyolojik
   * Kalıtsal yapışsal etkenler
   * Temel fizyolojik süreçler
   * ‘Gerçek’ işlev kaybı
   * Etkilenen organ ‘amputasyon, mastektomi gibi’
   * Hastalığın nitelik ve şiddeti
   * Hastanın yaşısı, cinsiyeti, yaşam evresi
II. Psiklik
* Hastalığı algılama şekli
* Kişilik yapısı
* Benlik savunma düzenekleri
* Streslerle baş etme gücü ve stili
* Obje ilişkinin olgunluğu
* Yaşam dönemi
* Daha önceki psikiyatrik ve psikososyal uyum yetenek ve öyküsü
* Daha önceki hastalığın yaşantılaması ve ilişkini (deneyim ve tutumlar)
* Yaşam idealleri

III. (Psiko) Sosyal
* Medeni durumu
* Aile ilişkilerinin dinamis
* Kişisel-kültürel tutumlar
* Değer yargınılar
* Aile ve toplundaki yer ve statüsü
* Ailenin ve toplumun mevcut hastalığı ilişkin tutumları
* Kişilerarası, profesyonel ve mesleki uyum ve işlevleri

Genel Tıpta Depresyon

Genel klinik tipta depresif hastalık en yaygın psikiyatrik bozukluktur. Epidemiyolojik çalışmalar, fiziksel hastalığa ve benimsenen depresyon tanı ölçütlerine göre değişmekte birliktede %12-36 oranında depresyon gelişliğini ortaya koymaktadır. Bu konuda yapılan araştırmalar fiziksel hastalıkların %33’ünde orta şiddette depresyon, %27’inde major depresyon ortaya çıkmaktadır. Yatarak tedavi gören tıbbi hastalıklardaki araştırmalarda %30-58 oranında depresif belirtiler, %30’ununda orta şiddette depresyon, %11 oranında major depresyon oranı sıklığı bildirilmiştir. Bu hastaların %25’inde depresyon fiziksel hastalık öncesinde ortaya çıkmaktayken, %75’inde depresyon, fiziksel hastalıklardan sonra hastalığa ve etkilerine tepki biçiminde gelişmektedir.

Yatan hastalarda depresyon sıklığının daha fazla olması fiziksel hastalığın şiddetinin artmasıyla depresyon riskinin yükseldiğini düşündürmektedir. Tıbbi hastalarda ortaya çıkan depresyonun hastaya ilişkin sosyodemografik özelliklerden önce, fiziksel hastalığın niteliği ve şiddet ile ve hastalığın neden olduğu psikososyal tanılar ile ilişkili olduğu bildirilmiştir.

Genel tipta depresyon, en yaygın ruhsal durum olmakla birlikte, çoğunlukla bu durum tanınmaz, fark edilmez ve tedavi edilmez. Bunun hekimlerin eğitimi, hastalık ve hastaya bakış açısı, hastaların kendilerini ifade biçimi, sağlık sistemindeki yapılmalara, toplumun hastalıklara ve hastaya bakış açısı ile ilgili çok değişik sebepleri vardır.

Yani;
* Fiziksel ruhsal bozuklukların rastlantısal birlikteliği olabilir. Depresyon fiziksel hastalığın baş edilmesini güçlendirir, kompleksyonlarını artırır, fiziksel durum ruhsal bozukluğun seyrini etkiler. Örneğin; depresyon+lenfoma gibi.
* Ortak bir sebebe bağlı olarak fiziksel ve ruhsal bozukluğun gelişmesi biçiminde olabilir. Örneğin; endojen depresyon+pankreas kanseri gibi.

Fiziksel hastalıklarda depreasyon gelişiminde, biyolojik, psikolojik ve psikososyal birçok faktör vardır. Bunlar;
* Hastalığın kendisi ‘fiziksel hastalığın niteliği ve seyri’
* Nörobiyolojik ‘endokrin, hormonal, nütrisyonel, elektrolit’ etkiler
* İlaçlar ‘kortikosteroidler, antihipertansifler, hormonlar, antikanser ilaçlar, antitbc ilaçları, oral kontraseptifler’
* Kişinin uyum yetenekleri, hastalık öncesi kişilik ve yaşamı ve sosyal çevresi
* Psikolojik tepkilerin özellikleri


Depresyon araştırılmaları yaşam olayları ile depresonun gelişimi arasında doğrudan bir ilişki olduğunun ortaya koymaktadır. Psikososyal zorlamalar ve zorlayıcı yaşam olaylarının depreson gelişimindeki etkisine göre fiziksel hastalıkların kişisinin ruh sağlığına etkisi çok daha dramatiktir. Kanserden MI’a, koroner by-pass’tan mastektomiye kadar elem, çaresizlik duygusu, kayıp yaşamı, yaşam olaylarının sarsılmasında, narsisistik zedelenme bir tür benlik enfarktüüsine neden olur. Hastaların ifadesiyle “bedenim ba-na ihanet ediyor” şeklinde yaşanmaktadır. İnsanın son tahliide kendi özgür iradesi içinde ve en önemli olan özvarlığın kendisine darbe vurmasıdır.
Depresyonun kendisi tıbbi hastalığa benzer bedensel belirtiler gösterebilir. Fiziksel hastalıklarda depresif sendrom ile fiziksel hastalıklarda depresif belirti ve bulguların ayırıcı tanısına dikkat edilmelidir. Depresyon tanısında bedensel ‘vejetatif’ değil, bilişsel bulgular yardımıdır. Tibbi hastalarda depresyon tanısı ve ayırıcı tanısında dikkat edilmesi gereken unsurlar vardır;

* Fiziksel hastalığa doğal beklenen tepki ile aşırı uygunsuz ya da patolojik durumun ayrıntı edilmesi

* Bazı belirtiler ve bulguların tıbbi hastalığa bağlı bedensel bulgular mı, depresyona bağlı psikofizyolojik bulgular mı olduklarını ayırıcı tanida önemlidir.

**Depresyon Belirtileri Şunlardır:** ‘2 haftadır devam eden’

* Depresif duygu durumu ve görünüm
* Sık ve kolay ağlama davranış
* Sosyal geri çekilme
* Kararsızlık, acı çekme
* Hastalığı ceza gibi algılama
* Kendini çevreye yük olarak algılama
* Çevresel olaylara tepkisizlik
* Olumsuzlukları ve engellenmeleri felaketçi yorumlama
* İlgili ve zevk duyusunda azalma
* Yorgunluk ya da enerji kaybı

Tıbbi hastalık, depresyonun vejetatif bozukluklarına benzer belirtiler ortaya koyabilecek gibi, depresyon fiziksel hastalığı andran psikosomatik ve vejetatif bozukluklara yol açabilir. Bu nedenle, fiziksel hastalıklarda depresyon tanısında uyku, istah bozukluğu, anoreksi gibi vejetatif belirtilerden çok, afektif ve bilişsel belirtiler esas alınmalıdır. Bu nedenle fiziksel hastalıklarda depresyon tanısı koymak için çeşitli gösteriler geliştirilmiştir.

**Tıbbi Hastada Major Depresif Bozukluk Ölçütleri:**
Aşağıdakilerden en az beşinin 2 haftadan fazladır devam ediyor olması belirtildiğinden birinin depresif duygu durum veya anhedoni olması gerekir.

(Fiziksel hastalığa ilişkili bedensel belirtileri dikkate alma)

1- Yaygın ve sürekli depresif duygu durumu
2- Hemen her gün ve yaklaştık gün boyu devam eden ilgi alanları ve etkinliklere dönüş yakışık ilgi ve zevk duyusunda azalmak ‘özellikle insanlar arası ilişkide ilgi azalmak’
3- Değersizlik duygu ve uygunluk duygusu duyguları ‘kişi durumu hakkında değil, kendisi hakkında kötü hissetmektedir’ ‘hastalığı, işlediği yanlışlıklar için ceza gibi algılama’
4- Tekrarlayıcı ölüm düşünceleri ‘ölmek korkusu değil’, belli bir planı içerme- yen intihar düşünceleri veya intihar girişimi.
5- Organik mental bozukluk, hastalık ve tedavi yöntemlerine bağlı açıklanama-yan düşünce yetisi ve dikkati odaklamada azalma, kararsızlık.
6- Hemen hergün psikomotor retardasyon veya ajitasyon ‘sadece huzursuzluk veya yavaşlama değil’
7- Hasta, yeterli olmasına rağmen tedaviye katılmıyor, tıbbi durum düzelmese rağmen kendini iyi hissetmiyor veya tıbbi durumun el verdiğinden daha alt düzeyde işlevsellik gösteriyorsa. Afektif ve bilişsel belirtilerle ilişkili veya orantılı olarak.
8- Kilo kaybı veya kilo artımı (%5)
9- İnsomni veya hipersomni ‘hemen hergün’
10- Yorgunluk veya enerji kaybı ‘fiziksel hastalık veya tedavilere bağlı olma-yan bu ölçüytenant yada terminal hastalarda kullanılmamalıdır’

Depresyon tanıında esas alınabilecek çekirdek afektif ve bilişsel belirtiler şöyledir.
Başarısızlık duyguları,
İlgi kaybı,
Cezalandırılma hissi,
İntihar düşünceleri,
Karar verme gücü,
Ağlama hali,
Haz yetisinin kaybı
Bu belirtilerin yoğunluğu, süresi, şiddetli, yaygınluğu, sürekli, genel sosyal ve fizyolojik işlevleri bozma derecesi, fiziksel durumla ve psikososyal güçlüklerle ilişki tani ve ayırıcı tanıda dikkate alınmalıdır.

Depresyonun Klinik Görünümleri
Fiziksel hastalıktaki ortaya çıkan depresyonun birincil major depresyondan farklılıklar vardır. Fiziksel hastalığı olanlarda depresyon geç yaşta ortaya çıkamaktadır, EKT’ye daha iyi yanıt vermekte, taburcuşuluğu takiben iyileşme daha hızlı olmaktadır, bilişsel belirtiler tabloya hakim olmaktadır, ailede daha az alkollü ve depresyon öyküsü bulunmaktadır, intihar düşünceleri ve eylemi daha az gözlenmektedir. Belirtiler daha çok, ölmüş olmayı dileme, intihar düşünceleri, suçluluk duyguları, disföri, distraktibilite, ümitsizlik, içe kapanmadır.

Fiziksel Hastalığa Eşlik Eden Depresyonun Sonuçları
Tıbbi hastalarda depresif belirli ve sendromlar yaygın olmakla birlikte çoğunlukla tanınmazlar. Oysa ki, fiziksel hastalığa eşlik eden depresyon;
* hastaların uyumunu,
* tedaviye yanıtını,
* fiziksel hastalığın seyrini olumsuz olarak etkiler.
* depresyondaki kişiselde sağlıg harcamaları,
* isten uzaklaşma
* ölüm oranları daha yüksektir ve yaşam kalitesi ileri düzeyde bozulmaktadır.
Silverstone (1990), akut olarak yaflam› tehdit eden bedensel hastal›¤› olanlarda depresif duygu durumun mortalite ve morbiditete etkilerini arafltirdi¤i çal›flmas›nda, depresif hastaların %47'sinde ölümçul komplikasyonların ya da ölülerin olmasına rağmen, depresif olmayanlarda bu tür komplikasyon ya da ölülerin %10 oranında gözleniﬂini belirtir. Fiziksel hastal›¤› olanlarda artmış mortalite ve morbidite oranları muhtemelen nöroendokrin ve immun sistemdeki değişimlere bağlıdır. Depresyonda mitojen uyarısına azalmış lenfosit cevabı, öldürücü hücre (killer cell) aktivitesinde azalma ve nötrofil aktivitesinde bozukluk gözlenmiştir. Ayrıca immun bas›nlanma depresyonun şiddetini ile yakından ilişkilidir. Biyolojik ölçütlerin yanı sıra fiziksel hastal›¤› olan depresif hastalarda morbidite ve ölüm oranlarının artması da depresif hastanın tıbbi tedaviye motivasyon ve uyumunun azalması da katk›da bulunmaktadır. Tedaviye uyum zorluğu, yeni komplikasyonların gelişmesi ve morbidite oranlarının artması, tedavi maliyetlerinin artmasına neden olmaktadır.


**Tıbbi Hastalıklar ve Depresyon**

Tıbbi hastalıklar ile depresyon arasında çift yönlü bir ilişki vardır. Çok sayıda çal›ﬂmada depresyonun hipertansiyon, kalp hastalıkları, kanser, inme, diyabet gibi hastalıklar için başlatıcı bir faktörlerelebilge bildirilmştir. Yanı, depresyon tıbbi duruma öncülük edebilir ya da hastal›ğın erken belirtilerinden olabilir. Depresyon fiziksel hastal›ğ› takiben ortaya çıkabilir. Bu tür vakalarda depresyon hastal›ğın patofiziolojik bir sonucu ve/veya hastal›ğa psikolojik bir reaksiyon olabilir.

**Depresyona Neden Olabilen Tıbbi Durumlar**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Endokrin Bozukluklar</th>
<th>Maligniteler</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Hipertiroidi</td>
<td>Beyin Tümörleri</td>
</tr>
<tr>
<td>Hipotiroidi</td>
<td>Akciğer ve Pankreas Karsinomları</td>
</tr>
<tr>
<td>Cushing Sendromu</td>
<td>Lenfoma</td>
</tr>
<tr>
<td>Addison Hastalığı</td>
<td>Karsinoid Sendrom</td>
</tr>
<tr>
<td>Hiperparatiroidi</td>
<td>Nörolojik Hastalıklar</td>
</tr>
<tr>
<td>Hiperprolaktinemi</td>
<td>İnmeleleri</td>
</tr>
<tr>
<td>Feokromasitoma</td>
<td>Parkinson Hastalığı</td>
</tr>
<tr>
<td>İnsulinoma</td>
<td>Alzheimer Hastalığı</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Fiziksel hastalığa eşlik eden depresyon, hastaların uyumunu, tedaviye yanıtını, fiziksel hastalığın seyrini olumsuz olarak etkiler. Depresyondaki kiflilerde sağlık harcamaları, iflten uzaklaflma ve ölüm oranları daha yüksektir ve yaflam kalitesi ile-ri düzeyde bozulmaktadır.

### Tedavi Yaklaşımları


Fiziksel hastalığa eşlik eden majör depresif sendrom tanımlayan hastalarda, hız-lı ve yoğun bir tedavi başlanmalıdır. İlk aşamada tanı ve ayırıcı değerlendirme te-


Anksiyete Bozukluğu


Tıbbi hastalarda anksiyeteyi değerlendirirken; hangi naktada tıbbi hastalık yaşam alanlanmasına ilişkin gerçekçi endişe biter, nerede psikopatolojik bir sendrom olarak anksiyete başlar ayırd etmek kolay değildir. Kaygı ve uyanıklık, gerginlik halî,
bir ölçüde zorlanmaya bir yanıt olarak doğaldır ve uyuma dönük baş edebilme için geçerlidir. Ancak kaygı halı, belirli ve gerçek bir uyarandan bağımsız ya da oranlı ise, otonomik bir seyir kazanınca, şiddetli kişinin günlük yaşamını bozacak düzeyde ise, geçici değil sürekli kazanmış ise, uymu daha da güçlendirilmişse, kaygı ile baş etme olumsuz davranış ve savnun gelişmiş ise, normal sınırlar aşmış ve psikopatolojik bir durum gelişmiştir. Klinik uygulamada bedensel yakınınlar çok şiddetli ve yakınınlar tibbi hastalık ile orantılı değil ise, kaygı ve yakınınların ortaya çıkışı ve şiddet, psikopatolojiyle ilişkin afektif ve bilişsel belirtiler ile ilişkili olabilir ve bu anksiyete bozukluğu açısından anlamlı ve dikkat çekicidir.

Tibbi hastalarda ortaya çıkan kaygı ve sıkıntı halleri, bu hastalarda kaydedilen örneğin, yüksek ateş gibi, genel ve özgül olmayan bir bulgu olur. Anksiyete, fiziksel hastalığa, tibbi hastalığı, alttaki biyolojik faktörleri, eşlik eden psikiyatrik durumu davranışsal ve sosyal dinamikler içinde, hastayı bir bütün olarak ele almak mümkündür. Tibbi hastalardaki anksiyete şu dört şekilde olabilir:

1- Organik anksiyete bozukluğu. Bu durumda anksiyete tibbi hastalığın ve/veya ilaçların bir komplikasyonudur.

2- Bir başka psikiyatrik hastalığın belirtisi olabilir. Depresif hastalık, fobik durumlar, obsesif-kompulsif bozukluk, madde kullanım bozukluğu, psikotik durumlar, OBS, borderline kişilik bozukluğu vb. durumlar anksiyete bir belirti olarak sırlıkla gelişir.

3- Hastalık ve/veya hastanede yatıyor olma durumuna ilişkin streslerle ilgili, psikojenik reaktif anksiyeti bozukluğu.

4- Geçici bir durum olarak anksiyeteli uyum güçlüğü.

Anksiyetenin tibbi sebepleri:

Organik anksiyete sendromu yapabilme potansiyeli yüksek, tibbi hastalıkların bazıları şunlardır:

* Angina pektoris
* Kardiyyak aritmiler
* Hipoglisemi
* Hipertiroidizm
* Hipokalsemi
* Hipoksi
* Mitral kapak prolapsusu
* Feokromasitoma
* Sedatif ve uyuşturucu yoksunluk sendromu
* Cushing hastalığı ve sendromu
* Addison hastalığı
* Insulinoma
* SLE
* Anemi
Anksiyeteye neden olabilme potansiyeli olan ilaçlar.
* Sempatominimetik ve stimülan maddeler
* Alkol yoksunluğu
* Aminofilin
* Antihipertansifler
* Kafein
* Antikolinerjikler
* Levodopa
* Digital(toksisisite)
* Efeedrin, epinefrin
* Halüsinojenler
* Nöroleptikler (akatizi)
* Nikotinik asit
* Streoidler
* Teofilin
* Tiroid preparatları


Herhangi fiziksel hastalığı olan bir hastada şu bulguların oluştu birincil anksiyete bozukluğundan öte fiziksel hastalığa ikincil ve tepkisel gelişen bir bozulukla ifade eder:
* 35 yaşdan sonra oluştu
* Öz ve soy geçmişte anksiyete bozukluğunun olmayışı
* Ciddi zorlayıcı duygusal çatışma ve yaşam olaylarının olmaması
* Anksiyete ile baş etmede davranışsal savunmalar (sakınma, agorofobi) gelişmemiş olması ve klasik anksiyolitiklere yetersiz cevap oluştu.

Fiziksel hastalık ortaya çıkınca insanların birçoğunda geçici ya da kalıcı kaygı ya da depresyon hali görülür. Kişi fiziksel hastalık ya da hasar durumlarda akut-kronik hastalıklarda, organ kayıplarında yaşamını, bedenini, geleceğini, amaçlarını tehdit altında hissedebilir. Beden imaji, öz-güven zedelenir, özgürlüğü, yeterliliği sı-


Hastalığın anlam ve imalarına ilişkin bilinçli unsurlar kişilik organizasyonu, yaş yaşam dönemi, sosyal destek sistemlerinin etkinliği, benlik gücü hastada anksiyete'nin ortaya çıkığı ve şiddetinde etkilidir. Ussallaştırma, inkar, kadıncı kabullenmiş ya da regresif davranışlar, hastalığın yarattığı anksiyeteye karşı ortaya konan bazı etmenlerin nedeni müzik, bilişsel veya davranışsal savunmalar olabileceği dikkate alınmalıdır. Fiziksel hastalığı olanlarda sıkılaşma yaşanan endişe sağlığı, bireysellikini kaybeden eğilim ve anksiyete cevresinde da yağmaya başlar. Sevdikleri ve yakınları kendilerini terk ettiği ve tercih ettiği durumlarda, bireysel ve sosyal güçlüklerin etkisi altına alınmasına neden olur. Hastalığın nesnel anlamda da etkili olan bu durumlar, hastanın kendiliğinde bir "self" duygusunu zedelemeye, kişiliği ve sosyal rolü üzerinde etkilemektedir.

Hastalığın anlam ve imalarına ilişkin bilinçli unsurlar kişilik organizasyonu, yaş yaşam dönemi, sosyal destek sistemlerinin etkinliği, benlik gücü hastada anksiyete'nin ortaya çıkığı ve şiddetinde etkilidir. Ussallaştırma, inkar, kadıncı kabullenmiş ya da regresif davranışlar, hastalığın yarattığı anksiyeteye karşı ortaya konan bazı etmenlerin nedeni müzik, bilişsel veya davranışsal savunmalar olabileceği dikkate alınmalıdır. Fiziksel hastalığı olanlarda sıkılaşma yaşanan endişe sağlığı, bireysellikini kaybeden eğilim ve anksiyete cevresinde da yağmaya başlar. Sevdikleri ve yakınları kendilerini terk ettiği ve tercih ettiği durumlarda, bireysel ve sosyal güçlüklerin etkisi altına alınmasına neden olur. Hastalığın nesnel anlamda da etkili olan bu durumlar, hastanın kendiliğinde bir "self" duygusunu zedelemeye, kişiliği ve sosyal rolü üzerinde etkilemektedir.

Hastalığın anlam ve imalarına ilişkin bilinçli unsurlar kişilik organizasyonu, yaş yaşam dönemi, sosyal destek sistemlerinin etkinliği, benlik gücü hastada anksiyete'nin ortaya çıkığı ve şiddetinde etkilidir. Ussallaştırma, inkar, kadıncı kabullenmiş ya da regresif davranışlar, hastalığın yarattığı anksiyeteye karşı ortaya konan bazı etmenlerin nedeni müzik, bilişsel veya davranışsal savunmalar olabileceği dikkate alınmalıdır. Fiziksel hastalığı olanlarda sıkılaşma yaşanan endişe sağlığı, bireysellikini kaybeden eğilim ve anksiyete cevresinde da yağmaya başlar. Sevdikleri ve yakınları kendilerini terk ettiği ve tercih ettiği durumlarda, bireysel ve sosyal güçlüklerin etkisi altına alınmasına neden olur. Hastalığın nesnel anlamda da etkili olan bu durumlar, hastanın kendiliğinde bir "self" duygusunu zedelemeye, kişiliği ve sosyal rolü üzerinde etkilemektedir.

Hastalığın anlam ve imalarına ilişkin bilinçli unsurlar kişilik organizasyonu, yaş yaşam dönemi, sosyal destek sistemlerinin etkinliği, benlik gücü hastada anksiyete'nin ortaya çıkığı ve şiddetinde etkilidir. Ussallaştırma, inkar, kadıncı kabullenmiş ya da regresif davranışlar, hastalığın yarattığı anksiyeteye karşı ortaya konan bazı etmenlerin nedeni müzik, bilişsel veya davranışsal savunmalar olabileceği dikkate alınmalıdır. Fiziksel hastalığı olanlarda sıkılaşma yaşanan endişe sağlığı, bireysellikini kaybeden eğilim ve anksiyete cevresinde da yağmaya başlar. Sevdikleri ve yakınları kendilerini terk ettiği ve tercih ettiği durumlarda, bireysel ve sosyal güçlüklerin etkisi altına alınmasına neden olur. Hastalığın nesnel anlamda da etkili olan bu durumlar, hastanın kendiliğinde bir "self" duygusunu zedelemeye, kişiliği ve sosyal rolü üzerinde etkilemektedir.

Hastalığın anlam ve imalarına ilişkin bilinçli unsurlar kişilik organizasyonu, yaş yaşam dönemi, sosyal destek sistemlerinin etkinliği, benlik gücü hastada anksiyete'nin ortaya çıkığı ve şiddetinde etkilidir. Ussallaştırma, inkar, kadıncı kabullenmiş ya da regresif davranışlar, hastalığın yarattığı anksiyeteye karşı ortaya konan bazı etmenlerin nedeni müzik, bilişsel veya davranışsal savunmalar olabileceği dikkate alınmalıdır. Fiziksel hastalığı olanlarda sıkılaşma yaşanan endişe sağlığı, bireysellikini kaybeden eğilim ve anksiyete cevresinde da yağmaya başlar. Sevdikleri ve yakınları kendilerini terk ettiği ve tercih ettiği durumlarda, bireysel ve sosyal güçlüklerin etkisi altına alınmasına neden olur. Hastalığın nesnel anlamda da etkili olan bu durumlar, hastanın kendiliğinde bir "self" duygusunu zedelemeye, kişiliği ve sosyal rolü üzerinde etkilemektedir.
ti üzerinde denetiminin olabileceğiğini destekleyen her girişim yararlıdır. Bu hastalarda iyi bir iletişim kurulmalı ve neleri yapamayacaklarının yanında hastalıkgı ve tedavi programları içinde neleri yapabilecekleri göstermelidir. Hastanın kendı tedavisinin geliş ve seyrine ilişkin buurt tutması, bu arada kaydedilen olumlu gelişmelerin farkını bir kavramın sağlanması yararlıdır. Ciddi panik bozukluk geliştiren hastalara kendi gerginliklerini azaltmaya yönelik gevşek yöntemlerin ögrenilmesi yararlıdır.


Anksiyete altta yatan diğer psikiyatrik bozukluk (depresyon, obsesif-kompulsif bozukluk, psikoz,...) ile ilişkili ise, uygun etiyojik tedavi uygulanır.

Anksiyetenin sistematik tedavisinde psikofarmakolojik, psikoterapötik ve davranışsal tedavi yöntemleri vardır.
Somatoform Bozukluklar

Herhangi bir fiziksel hastalık olmadığı ya da saptanmadığı halde fiziksel yakınmalarla hastaneyeye başvuran hastalar, genel hastane psikiyasınınde önemli bir gruptır. Bu grup hastalar doğrudan psikiyatriste başvuruyor, özellikle poliklinik ve acil başvurularında yatan hastalara göre daha fazla oranda karşımıza çıkmaktadır. Tıp hizmetleri bu kişiler tarafından sıkılkla ve gerekşiz yere kullanılmaktadır, hatta bu hastaların birçoğunda çoqul operasyon ve hospitalizasyonların söz konusu olduğu belirtilmektedir. Bu konuda yapılmış olan birçok araştırmanın sonuçları, çeşitli bedensel yakınmalarla hekime başvuran hastaların %20 ile %84’ü arasında değişen oranlarda, bu yakınmaları açıklayacak herhangi bir organik etkenin bulunmadığını ortaya koymaktadır.


Duygusal ve davranışsal sorunlar ve bedensel belirtilerle kendini gösteren birçok rahatsızlık, özellikle somatoform, iç çatışmalara ilgili durumlarla ilgili sorunların üstesinden gelinmesinde sistem herhangi bir neden ya da cezîti nedenlere bağlı olarak, yeterli ya da başarılı olamaması sonucunda ortaya çıkar. Belirtiler, sistemde bir değişiklik ya da sorun olduğunun işaretleridir, yani normal ıșlevsellgien bozulmuş olduğunu belirler. Buna göre, ister fiziksel, ister duygusal olun, kişinin kendi bünyesinde oluşan ya da içinde bulunduğu ortamdan kaynaklanan değişiklikler karşısında ortaya çıkan tepkiler, uyuma yönelik yada uyumun yöneltikilik olaymayan bir mesaj niteliğindedir.

DSM IV’te somatoform bozukluklar;
* Somatizasyon bozuğu
* Farklılaşmamış somatoform bozukluk
* Konversiyon bozukluğu
* Psikojenik ağrı bozukluğu
* Hipokondriazis
* Vücut dismorfik bozukluk
* Başka türlü adlandırılmayan somatoform bozukluk olarak sınıflandırılır.

Somatizasyon, genel olarak kişinin duyguulanlıklarını, çatışmalarını, psişik gereksinimlerini vücut belirtilerile ile algılaması, yaşantılaması, ortaya koyması ve iletişim biçimi olarak kullanılması sürecidir. Somatizasyon olgularının ortak özellikleri;
* Tüm fiziksel ve laboratuvar incelemeleri sonucunda organik ya da fiziopatolojik bozukluk bulunmamasına rağmen, kendilerinde bedensel bir hastalık bulunduğunu inancı,
* Vücutları ile ilgili normal fiziolojik değişiklikleri ciddi bir hastalık şeklinde yorumlama,
* Kendi sağlıkları ile aşırı şekilde uğramaları,
* İsrarlı şekilde fiziksel, tıbbi incelemelere yönelmeleri,
* Sosyal ve kişisel ilişki başlıklarını “hasta” rolü çerçevesinde yorumlama, “doktor doktor dolaﬂma” halinin yaşam biçimleri olarak sürdürülmesi,
* Yakınlarınının ruhsal kökenli olabileceğini kabullenme güçlü¤ü ve ruhsal-duygusal durumlu ifade etme güçlü¤ü (aleksitimi),
* Tablonun genellikle basit bir fiziolojik düzensizlik ya da ﬂaﬂ-aile durumunda değil de, kişiselleﬂkarıçınması ortaya ﬂıktır.
* Hastalığın başlangıcı psikolojik olarak anlamlı bir zaman ve ortama ilgiﬂli olması.

Herhangi organik ya da fiziolojik bir sebebi olmadan bedensel yakınlar tanımlayan bir hastada, hemen somatoform bozukluk tanısı düşünmek doğru değildir. Ayrıca organik bir hastada somatizasyon sürecinin olması, fiziksel hastalığı olmaması anlamına gelmez. Fiziksel ve/veya somatoform yakınlar olan bir hastada, bu semptomlar biliﬂkinin fiziksel hastalıklarla ve diğer psikiyatrik sendromlarla iliskisi aydınlatılmalıdır ve somatizasyon tablosunun tıbbi hastalara eklenebileceği veya bir diğer psikiyatrik sendromla baﬂlı olabileceğini dikkate alınmalıdır.

**Delirium ve Demans**


Organik bozukluklar ve buna baﬂlı belirli ve bulgular akut başlangıçlı ve geri dönüﬂümü ise, akut organik beyin sendromu, “delirium”; ‘beyindeki bozukluklardan doğan işlev kayıplar’ şu ya da bu ölçüde geri dönüﬂümü ve deformite nitelikte ise, kronik organik beyin sendromu ‘demans’ olarak tanımlanır. Tıbbi servislerde hastalarda ortaya çıkan davranış bozuklukları, şaﬂkılık, huzursuzluk, durgunluk, yönelim bozukluğu, biliﬂ buzkulgu, ruhsal işlevlerde karﬂılık, algı kursurları, bellek bozuklukları, düyulanmadı uygunsuzluk, düşüncede aksında ve içeriğinde bozukluk gibi belirli ve bulgular gözlenince, O.B.S. olasılı¤i düşünülmelidir.
Kalp Hastalıkları ve Kalp Damar Cerrahisinin Psikiyatri ve Psikososyal Yönleri (Psikokardiyoloji)

Çağdaş tıp ve psikiyatrideki gelişmeler beyin, psikososyal zorlanmalar, duygulamalar ve kalp arasındaki ilişkiye ve bu ilişkinin mekanizmasını klinik ve deneySEL olarak ortaya koymustur. Psikokardiyoloji bu ilişkiye inceleyen bir disiplindir.


**Kalp Hastalığı İçin Psikolojik Risk Faktörleri**
* Kişilik özellikleri
* Düzensiz yaşam
* Stres
* Ani yaşam değişiklikleri
* Kayıp olayları
* A Tipi kişilik özellikleri

**Kalp Hastalıkları ile Ruhsal Durum Arasındaki İlişki**
* Psikolojik durum ve ruhsal zorlanmalar kalp hastalığının gelişimini kolaylaştırabilir.
* Psikosomatik etkileşim olabilir (Ruhsal kökenli bedensel işlev bozukluğu).
* Ruhsal durum kalp hastalığının seyri ve gidişini olumsuz etkileyebilir.
* Hastalık sonrası kaygı, panik, depresyon, kişilik değişiklikleri ortaya çıkabilir.
* Hastalık yeni gerilimlere, güçlüğü neden olduğu gibi, örtülü ruhsal gerilimleri ortaya çıkartabilir.

* Hastalık düzeldiğinde, hastalığın devam edebilir.

Kalp hastalıkları depresyon, anksiyete ve bilişsel bozukluklar başta olmak üzere, yukarıda belirttiğimiz psikiyatrik problemlere katkıda bulunurlar. Kişisel yapısı, zorlayıcı yaşadıklar ile kalp hastalıkları arasındaki ilişkisinin yanında, kalp hastalığı sonrası ruhsal bozuklukların ortaya çıkışı ve bu durumun hastalığın seyri ve tedaviyi olumsuz yönde etkileyişi, bir kısır döngü oluşturmasını söz konusudur. Kalp hastalığının bireydeki psikolojik etkileri şunlardır:

* Bağımlılık hakkında endişelerde artış.
* Otonomi ve kontrol kaybı.
* Benlik saygı ve inancın azalması.
* Yakınların ve arkadaşların sevcdcini kaybedeceğine endişesi.
* Ölüm korkusu.
* Cinsellik kaybı korkusu.

Sadece kardiyak hastalıklar ugraşmanın psikolojik etkileri değil, aynı zamanda beyin perfüzyonu ve beslenmesinin bozulması, bununla birlikte kalp hastalığının tedavisinin psikiyatrik etkileri vardır. Özellikle hipertansiyon tedavisinde kullanılan antihipertansiflerin depresyon yapıcı etkileriyle depresif bozukluk görülmektedir.


Kalp krizi bir kayıp tepkisine ve yeterlilik-değerlilik duyguşunun zedelenmesine yol açar. Bir anlamda kalple birlikte benlikte enfarktus ve zedelenme yaşamaktadır. MI sonrası akut dönemde ilk bir iki gün içinde yaşanan inka ve anksiyete, üçüncü günden sonra tetkik sonuçları gelip tani netleştirince, hastalığın kısıtlamalarının algılanmaya başlandığı süreçte yerini çıkartıcı bir brakma, kalıcı bir hal alırsa da depresyon süreçe başlamaktadır. Depresyon ve kardiyovasküler hastalığın seyri, iskemik kalp hastalıklarında akut dönemde kaygı ve panik, orta ve geç dönemde depresyon ortaya çıkır. KAH hastalarında akut dönemde kaygı, panik ve inka davranış, kronik dönemde ise kayıp algısı ile birlikte depresyon gelişmektedir.

Anjina pektorisden koroner by-pass cerrahisine kadar uzanan yelpazede kalp-damar hastalıklarının hemen hepsi hastanın kaygısı arttırmış ve çeşitli psikiyatrik tablolara neden olur.
Kalp Hastalarında ve Cerrahi Girişim Uygulanmış 
Hastalarda En Sık Kaygı Nedenleri

* Ölüm korkusu
* Sağlığı ve yaşam amaçlarını tehdit altında hissetme ya da kaybetme korkusu
* Narsisistik yaralanma
* Objeye kaybı ve suçluluk
* Bedensel bütünlüğün zedelenmesi
* Fonksiyon kaybı veya kayıp tehdidi
* Bilinmezlik korkusu
* Narkoz kaygısı
* Beden üzerinde kontrol kaybı endişesi
* Yaşantısını denetleyemeyeceği endişesi
* Ağrı
* Diyet, zararlı alışkanlıkların bırakılması gibi tedaviye uyumda güçlük
* Yaşam biçimindeki değişikliklerle ilgili sorunlar
* Cinselillikle ilgili kayıgarlar
* Sosyal yeterlilikte ilgili kayıgarlar
* Yeterlilik-değerlilik duygu zamanlarında zedelenmesi
* Estetik kayıgarlar
* Ekonomik güçlükler ile ilgili kayıgarlar


Kalp Hastalarında En Sık Görülen Psikiyatrik Bozukluklar

* Anksiyete Bozuklukları
* Depresyon
* Nöropsikolojik bozukluklar
* Somatizasyon bozukluğu
* Psikoseksüel bozukluklar

Kalp Damar Cerrahisinde Psikiyatri

ameliyat sonrası psikolojik destek, bakım ve tedavinin bir parçasıdır. Kalbin-beynin ve ruhsal durumun birlikte yeni yaşama hazırlaması birbirini tamamlar.

* Ameliyat Öncesi Dönem
* Ameliyat Dönemi (ameliyat ve yoğun bakım dönemi)
* Ameliyat Sonrası Dönem (cerrahi girişimden 72 saat sonrası)

Ameliyat öncesi dönemde hastalarda genel olarak kaygı ve korku nedenleri;
* Narkoz kaygısı, uyanamama,
* Ölmüş riskine ilişkin endişeler,
* Vücutun hasar göreceğini korkusu,
* Ağrı, acı çekeceğini korkusu,
* Beden üzerinde denetimini kaybedeceğini korkusu,
* Sakatlık, yetि yiimi, muhtaçlık ve baгибılık korkusu,
* Kendi kendine yeterliliğini kayb?,
* Narsisistik bütünü ilâcznie zedelenmesi,
* Kontrolün kaybını duygusu, narkoz altında s?'rallerini ac?'lama korkusu,
* Cinsel ve sosyal yaşam?'na yönelik endişeler,
* Estetik kaygilar,


**Psikiyatrik Komplikasyonlar Aç?'s?'ndan Etkili Faktörl?r**
* Ameliyattan bekleniler, bilgi düzeyi
* Ameliyat öncesi kayg? düzeyi
* Ameliyat öncesi depresif duyg? durumu
* Hastalık öncesi öyküde major psikiyatrik bir bozukluk'un var?liği
* Yay?n inkar davranışı

**Kardiyovasküler Cerrahide en ?ik Görülen Psikiyatrik Bozukluklar**
* Depresyon
* Kayg? bozukluklar?n
* Mani
Travma sonrası stres bozukluğu
Nöropsikolojik bozukluklar
İyatrojenik ajanlarla zehirlenme

Kalp hastalarında ve cerrahi girişim uygulanmış hastalarda psikiyatrik ve psiko-lojik destek gerektiren durumlara aşağıdaki tabloda yer verilmiştir:

### Kalp Hastalarında ve Cerrahi Girişim Uygulanmış Hastalarda Psikiyatrik ve Psikolojik Destek Gerektiren Durumlar

- Koroner hastalığın ortaya çıkışı, seyrini ve gidişini etkileyen psikolojik sorunlar
- Kalp hastalığı olmadıği halde sürekli göğüs ağrısı ardından yakıma ve uygun tedaviye rağmen yakınmanın geçmemesi
- Riskli davranışların devam etmesi (diyet, sigara, alkol kullanımı vb)
- İlaç yan etkileri
- Kardiyak hastalarda kaygı bozuklukları, panik halleri, sürekli kaygı
- Çökkünlük, depresyon, karamsarlık
- Fobik düzeyde aktiviteden sakınma
- Uyku bozuklukları, kabus görme, gece sık uyanma
- Sıkıntı
- Uyum güçlüüğü
- Umutsuzluk
- Çaresizlik
- Suçluluk düşünceleri ve duygusu
- Sosyal geri çekilme
- Zevk bozuklukları
- İntihar düşüncesi veya (aktif/pasif) intihar girişimi
- Geleceğe dönük plan yapamama, yaşam ideallerin yok olması
- Mesleki işlevlerden uzaklaşma
- İsteksizlik
- Dikkatte bozulma
- Bellek bozuklukları
- İlişki alanını daraltma
- İnkılar, tedaviyi reddetme
- Ölüm düşüncesi veya (aktiv/passif) ölümcül girişimi
- Mesleki işlevlerden uzaklaşma
- Yaş teşvükedici
- Kişilik değişiklikleri

Kardiyak rehabilitasyon uygulanan hastalarda duygusal gerginliğin azalığı ve işlevselliğin artığı bildirilmiştir. Grup olarak kardiyak rehabilitasyon uygulamasını bireysel uygulamaya kıyasl arsen ve kaygı durumlarının daha büyük düzelttiği ve evlilik yaşamalarındaki doyumun daha fazla olduğu bildirilmiştir. Bu bağlar altında kalp hastalarının konsültasyon liyeyon psikiyatri ve kardiyoloji, kalp damar cerrahisi ekib işbirliği içinde ortak ele alınması tanın, ayrıncı tanı ve tedavide çok önemlidir. “Kalbin, beynin ve psikolojik durumun birlikte yeni yaşama hazırlanması birbirini tamamlar”
Kanser Hastalarının Psikiyatri (Psikoonkoloji)


Onkolojide gelişmeler ve tibbi hastalara psikiyatrik-psikososyal hizmetleri sunmak için konsültasyon-liyezon psikiyatri servislerinin genel hastanelerde daha yaygınlaşmasının, psikiyatrik tıp konsültasyon servislerinin genel hastanelerde daha yaygınlaşmasını sağlar. Psikoonkoloji ya da psikiyatrik onkoloji:
1- Kanserin hasta, aile ve tedavi ekibindeki psikolojik etkilerini,
2- Psikolojik ve davranışsal faktörlerin kanser risk ve seyrindeki etkilerini araştıran ve kanser hastalarına psikolojik tepki hizmetlerini sunan bir disiplindir. Tıp tarihinde gelişmeler, toplumun hastalıklara ilişkin tutumlar, hastalık, sağlık ve ölümle ilgili yaklaşımlar, psikiyatri bilimindeki gelişmeler birbirlerini karşılıklı etkilemiştir.

Kanserde Psikiyatrik Bozukluklar
Kanser hastalarının hepsinde psikiyatrik bozukluk ortaya çıktığı düşüncesi de, tüm tepkilerin “normal” olarak kabul edilmesi gerektiği düşünceleri de yanlıştır. Kanser hastalarında, ruhsal bozuklukların şiddeti ve yaygınluğu ve bu durumun gerek hastalığın herhangi bir durumun gerek hastalığın seyri, gerekse tedaviye uyumu dikkate alınmaz, bu hastalarda rutin psikiyatrik değerlendirme maddelerinin önemi büyük. Bu arada yapılan kapsamlı araştırmalar %25-55 oranında depresyon ve %40-60 oranında organik beyin sendromu olduğu ortaya koymaktadır. Depresyon ve organik beyin sendromu, kanser hastalarında en yaygın psikiyatrik morbiditedir. Kanserli hastalarda ortaya çıkan psikiyatrik bozuklukları şu şekilde sınıflandırabiliriz:

- Uyum bozuklukları
- Anksiyete bozuklukları
- Depresif sendromlar
- Organik beyin sendromları (delirium, demans ve diğer organik psikiyatrik sendromlar, kemoterapötik ajanların nöropsikiyatrik yan etkileri)
- Kişilik bozuklukları
- Ağır sendromlara eşlik eden psikiyatrik sendromlar
- Psikiyatrik boyu oalan diğer sendromlar.
Kanser hastaları tanı, tedavi ve palyatif dönemde çeşitli ve değişik duygusal,

Tanı Aflaması


Elisabeth Kübler Ross, kanserde psikolojik aflamaları hastanın kanser tanısı nasıl karşıladığından, izleyen tepkilerin sürecine de 5 aşamada tanımlamaktadır:
1- İnkar
2- Öfke
3- Pazarlık
4- Depresyon
5- Kabullenme

Green ve ark., kansere uyum ölçeğinde (MAC-mental adjustment to cancer) uyum mekanizmalarını şöyle sıralamışlardır:
1- Savaşma ruhu
2- Çaresizlik ve umutsuzluk
3- Bunaltılı asır ugraş
4- Kaderci kabullenmiş
5- Kaçma ve inkar


cevabı, umudu yok etmeden gerçeğin kabullenliğini sağlamak yönünde olmalıdır. Aslında zaten psikolojik olarak gerçeği inkar etme ihtiyacını yaşamayan hastalar, tanı söylesevene de söylevemese de inkar edeceklerdir. Öte yandan söylevemese de zaten birçok hasta sözszür iletişim ve ortama ilişkin unsurlardan bu sinyali almaktadır.

Tannın söylevemesi esas, empati, ilgi, anlayış ve destektir. Hasta umudu kaybetmeyecek, tedavisini kabul etme ve sürdürme fırsatına sahip olacak biçim ve çerçevede bilgilendirilmelidir. Hastaya tanı olabilecek bir şekilde varsa da, tanıyı doğrudan tedaviyi sürdüren, sorumlu ve yetkiye sahip olan onkolog veya ilgili uzmanın söylemesidir.

Birçok hasta ilginci bir şekilde, seçici inkar geliştirirler. Yani toler edebilecekleri ölçüde gerçeği kabul edip, tedaviyı gerekşiz görerek, reddedecek biçimde bir tepkiye bağıvurmadan uyum gösterirler. Hastalar toler edebilecek bir ölçü ve sınırda gerçeği kabul ederler. Tedavi seçenekleri, klinik ve sosyal destek imkanları sunulduktan sonra söylemesi en uygundur.

Tanının kesinleştirikten sonra ilgi, açıklık, gerçekçi umutlandırma ile söylemeliyiz. Hastanın anlayabileceği biçimde gerçeği inkar etmeden, tedavi ve bakım seçeneklerini içerecek şekilde söylemesi uygundur.


**Tedavi Aşaması**

Tanıyı takiben birçok ileri tetkikler ve çeşitli tedavi yöntemleri gündeme gelir. Birçoğra kalıcı özellikli ilk tedaviye büyük umut besler ve her türlü rahatsızlık ve ugrasıyı göze alır. Tedavi öncesi olası kayıplar ve yan etkilerin açıklanması işbirliği açısından önemlidir.


Radyoterapi uygulaması yeni kaygı ve korkuları yaratır. Uygulama öncesi bilgilendirme ve yanlış kana ve endişelerin düzeltmesi, amaçların belirlenmesi önemlidir. Hastanın hekim ve ailesi ile tedavinin her aşamasında bağlantısının sürdürülmesi, yalnızlık ve terk edilmişlik duygularının gelişmemesini önleyebilir.

Kemik ilgi supresyonu ve infeksyon riskinden dolayı, gereken zorunlu izolasyon, psikolojik durumu daha da kötüleştirebilir. Hastalarda mümkün olan her aşamada fiziksel yakınlık, ilgi, ruhsal açıdan önemli destek sağlar.
**Tedavi Sonrası**

Tedavi sonrası aşamada, nüks endişesi ve uyum güçlükleri ön plandadır. Yeni bir nüksün ortaya çıkması; kanser tanıısı aldığı dönemde, hatta daha şiddetli tepkiler ve en siklikla uykuşuzluk, anoreksi, yerinde duramama, kaygı, umutsuzluk ile beşirgin depresyon ortaya çıkar. Hastanın her aşamada bilgilendirilmesi, her türlü soru, endişe ve kaygıları ifade etmesinin cesaretlendirilmesi gereklidir.

Hastalığa, hastanın kişilik yapısına ve psikososyal ortama göre değişmekte birlikteliği, hastalığa karşı gelişen duygusal tepkilerin en yaygın olanları şunlardır: Yaş reaksiyonu, depresyon, kaygı, inkar, öfke, regresyon ve bağımlılık, suçluluk, hostility, yansıtma, patolojik Bağımlılık, agresif direnç, reddedici olma ve karşı gelme, kaygı, stres ve güçsüzlük

**Fiziksel hastalığa gelişen tepkiler:**

4- Fiziksel hastalığa özelliklerine
5- Hastanın bir birey olarak özelliklerine
6- Psikososyal çevreye göre farklılık söz konusudur.

Bu üç alan arasındaki etkileşim duygusal tepkiler belirler. Yani her fiziksel hastalığa, hastalığa tepkileri değerlendirirken bu üç katman arasındaki etkileşim dikkate alınmalıdır.

**Kanser ve Depresyon**

Kanser hastalarında en sık ortaya çıkan psikiyatrik tanı, depresif sendromdur. Kanser hastalarında depresyon görülme sıkalığı, tümörün türüne, hasta topluluğuna, ve tanı öncesi belirtilere göre farklılıklar gösterir. Kanser hastalarında depresyon tanısı, kanserin ve kanser tedavisinin fiziksel belirtilerinin depresyonun bedensel belirtileri ile karışabilmesi dolayısı ile güçtür. Araştırmacılar kanser hastalarında depresyon oluşumuna yönelik risk faktörleri olarak, geçmiş duyguluk bozukluğu, alkollü, kontrol edilememeyen ağrı, kanserin ilerlemesi sahada olmasını, depresyonun yol açtığı bilinen eşlik eden diğer fiziksel bir rahatsızlık ya da ilaç kullanımını örtün; kemoterapötik ajanlar olarak belirlemişlerdir.

Kanser tanısı ve tedavi yöntemleri ve bunların anlamları, hastada şiddetli kaygı ve çaresizlik duşünceleri ve duyguları yaratır. Hastanın bu ileri zorlanma ile baş edebilmesi, yaş, yaşam deneyimleri, daha önceki duygusal uyum yeteneği, kanserin yaşam amaçlarını (kariyer, aile) tehdit etme potansiyeline, psikososyal ve çevresel desteklerine ve drużadan hastalık kendi değişikliklerine; fiziksel hasarlar, organ kaybı, tedavi seyri, ağrınn şiddet, prognoz ve diğer birçok faktöre bağlıdır.

**Kanser hastalarında depresyon gelişimindeki faktörler**

* Tibbi süreçler ve M.S.S’ne etkiler,
* Kanser tanı ve tedavisinin kaygı, yaş ve katastrofik etkisi,
* Alınan ilaçların; steroid, interferon, kemoterapi farmakojenik depresyon yapıcı etkisi,
* Pre-morbid kişilik yapısı,
* Zeminde bipolar afektif hastalık,
* Fiziksel hastalığın şiddetli, fonksiyon kayıpları ve bu kayıpların algılanması şekli, hasta için öznel anlama ve önemi,
* Terminal dönem,
* Prognozun kötü olması,
* İmpuls kontrolünün azaldığı delirium durumları,
* Ağrıların kontrol edilememesi,
* Alkol ve madde kötüye kullanımı ve
* Sosyal izolasyon.

Kanser Hastasında Depresyon Belirtileri

* İlişki ve zevk azalması/kayıbı
* Sıkıntı, bunaltı, halsizlik
* Ağlama, karamsarlık
* Uyku Bozuklukları
* İştahda artma/azalma
* Asırı sinirliilik
* Bedensel şikayetler
* Unutkanlık/konsantrasyon güçlüğü
* Evlilik problemleri, ilişki problemleri
* Gerginlik, huzursuzluk
* İçe kapanma
* Ölüm korkusu
* Alkol kullanımı
* İntihar düşünceşi/girişimi

Kanser Hastasında İntihar Riskini Arttıran Faktörler

<table>
<thead>
<tr>
<th>Hastalığın ileri evrede olması</th>
<th>Hastalığın kötü seyretmesi</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Kontrol edilemeyen ağrı</td>
<td>Depresyon, umutsuzluk</td>
</tr>
<tr>
<td>Delirium</td>
<td>Engellenmişlik hissi</td>
</tr>
<tr>
<td>Kontrol kaybı</td>
<td>Daha önceden var olan psikolojik sorunlar</td>
</tr>
<tr>
<td>Ailede ve kişide İntihar öyküsü</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Asırı yorgunluk</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Kanser ve Kaygı Bozuklukları

Kanser hastalarda, başlangıçta tanı ve kruz dönemlerinde kaygı atakları sıklıkla görülür. Bu hastalarda kaygı yaranan kruz durumlarını şöyle tanımlayabiliriz:
* Tanı aşaması,
* Tetkik sonuçlarını beklerken,
* Yeni bir tedavi öncesi,
* Tedavi değişimi
* Belirti ortaya çıkması,
* Nüks görülmesi
* Hastalık çarşısранın değişikliklerin hissedilmesi

Kanser hastalığında anksiyete bozukluğu ortaya çıkmaması olasılığına neden olan biyolojik etkenler ortaya konmaktadır. Merkezi sempatik etkinlikte artma bildirilmüştür. Hastalığın ortaya çıkmaması sürmesine ya da artmasına neden olan diğer etkenler ise;
* Hastalığın doğası
* Hastalığın şiddet
* Yarattığı yet (£itimi
* Hastada yaratığı olumsuz otomatik düşünceler
* Hastanın işlevsel olmayan baş etme stratejileri
* Hastanın immatür savunma düzeneklerini kullanılması
* Hekimin olumsuz ilgisini kurması
* Hekimin hastalıklı ilgisini olumsuz ön yargılari
* Hastalık için önerilen tedavi biçimleri
* Tedavi ortamının kötü koşulları
* Uygulanan girişimlerin korkutucu oluşu
* Sosyal desteklerin yeterli olmaması

Nörolojik Hastalıkların Psikiyatrik Yönleri


Nöroloji, konsultasyon-liyezon psikiyatrisi birimlerinin işbiriği yaptığı klinikler arasında ilk sıralarda yer alır. Nöroloji kliniğine başvuran hastalar psikiyatrik açısından değerlendirildiğinde ortaya çıkan etkileşimler şöyledir;

* Nörolojik tablo ile birlikte (eğlitan) olan psikiyatrik bozukluklar. Nörolojik bozukluklara en sıklıkla anksiyete bozukluğu ve depresyon eşlik edebilmektedir.

* Nörolojik hastalığın psikiyatrik komplikasyonları (epilepsi-psikoz ilişkisi, inme sonrası depresyon).

* Mevcut davranış ve duygusal bozuklukların, alttaki organik bozukluğu şiddetlendirip, seyrini olumsuz etkilemesi.


* Nörolojik hastalığa tepki olarak gelişen duygusal süreçler ve psikososyal uyum sorunları, ister hasta olmanın getirdiği bağımlılık gereksinimi, ister duysal, motor işlev kaybı olsun, hastada bir kayıp tepkisi ortaya çıkar.


Çeşitli nörolojik hastalıklara (MSS tümörü, travma, konfüzyon, enfeksiyon) bağlı gelişen psikiyatrik bozukluklar, genel duygusal ve bilişsel belirtiler yanında, tutulan merkezi sinir sistemi bölgesinde özgün davranış bozukluklarına neden olurlar. Psikiyatrik belirtilerin daha sık görüldüğü nörolojik bozukluklar patolojinin kerteks, limbik sistem ve bazal gangliyonlarda olduğu bozukluklardır. Merkezi sinir

Nörolojik hastalarda psikiyatrik muayenenin tüm alanlarını ilgilendiren işlev bozuklukları görülebilir. Bilişsel işlevler, duygulanım (affect) ve duygudurum (mood), dil ve konuşma, düşünce süreci ve içeriği, davranışlar ve kişilik özellikleri, motor hareketler, bedensel işlevlerde değişiklikler olabilir.

Kronik Hastalıklar ve Psikiyatri

Kronik hastalıkların sıklık ve yaygınlığı 20. yüzyıl başlarından bu yana artmaktadır ve bütün ölümlerin %52'sini kronik hastalıklar oluşturur. Bu hastalıkların ilk sıralarında koroner kalp hastalığı, diyabet, hipertansiyon, kronik böbrek yetmezliği, inme, spinal kord yaralanması, romatoid artrit, kronik obstruktif pulmoner hastalık, kanser, AIDS yer alır. Kronik hastalıklarda, hastalar ve onların aileleri birçok psikolojik engellerle karşılaşırlar. Bunlar:

* Gelecek hakkında şüphe, belirsizlik
* Hastalığını anlamlandırma (neden ben?)
* Kontrol kaybı
* Yetersizlik duygusu
* stigma
* Hastalığı izleme
* İzolasyon duygusu
* Çevreye bağımlılık
* Beden imajı endişeleri

Kronik hastalıklar sıkkıla ilerleyici, genellikle de fiziksel, psikolojik ve geliştimsel bozukluklara eşlik etmektedir. Kronik hastalığı olan hastalarda ortaya çıkan psikiyatrik bozuklukların başlıcaları;

* Depresif hastalık
* Anksiyete bozukluğu
* Uyum güçlükleri
* Somatoform bozukluklar
* Kişilik bozuklukları
* Alkol ve madde kullanım bozukluğu
* Organik beyin sendromları.

Kronik fiziksel hastalığa hastanın en belirgin tepkileri; korku, kızgınluk, endişe, kaygı, korku, inkâr ve depresyondur. Bu tepkiler; fiziksel hastalığın özelliklerine, hastanın bireysel özelliklerine, psikososyal çevrenin desteği ve etkileşim özelliklerine göre şekillenir. Fiziksel hastalığın ne olduğu, şiddetü, süresi, hangi organ ve dokuların etkilendiği, hasta için bunların sembolik anlamı, fiziksel işlev kaybı ve bu kayba ilişkin hastanın değerlendirmesi, kaybın kişisel anlamı ve örneki tepkilerin ortaya çıkışıda önemli rol oynar. Hastanın bireysel özellikleri, kişilik yapısı, gelişimSEL faktörler, inançlar, tutumlar, daha önceki zorlamlara verdiği psikolojik cevaplar ve kullandığı çözüm yolları, ailenin hastalığa tepkisi de o sırada vereceği duyusal cevapları değerlendirmede yardımcı olabilir. Hastanın hastalığı nasıl algıladığı, değerlendirildiği, belirtilere karşı koyduğu (ya da koymadığı) davranış ve tutumlar hastalık davranışını belirler.

Endokrin ve Metabolik Hastalıklar

Merkezi sinir sistemi ile hormonlar organizmanın homeostatik düzennini sağlayan temel sistemleridir ve merkezi sinir sistemi ile hormonlar, davranışlar ve psikopatoloji arasındaki ilişki bilinmektedir. Hipotalamus-hipofiz-adrenal sistem duygu- nun, davranış, stres cevabı, uyuşum ve baş etme ile ilişkilidir. Endokrin sistem içinde özellikle böbreküstü bezleri, tiroid, paratroid, diyabetes mellitus ve prolaktin salınımı bozukluklarında en fazla psikiyatrik bozukluk bildirilmektedir. Bu bölgenin işlevinde rol oynayan transmitterler bir tarafla davranış ve duyguların denetiminde rol oynarken, diğer tarafta otonom sinir sistemi ve endokrin sistem ilelemelerinin düzenlenmesinde rol oynamaktadır. Endokrin sistem hastalıkların beyin işlevlerini bozarak psikiyatrik bozukluğa yol açması 3 şekilde olabilir:
* Hipotalamus ve hipofizdeki yapısal ve işlevsal bozukluklar
* Hormon düzeylerindeki değişikliklere bağlı nöronal işlevlerin etkilenmesi
* Endokrin bozukluklara bağlı metabolik değişiklikler

Diyabet Hastalığında Psikiyatri

Diabetes mellitus (DM) çağdaş tip ve teknolojideki ileri gelişmelere paralel olarak, tedavi edilebilen kronik bir hastalık olmuştur. DM, tüm topluluklarda ve tüm yaş gruplarındaki en yaygın endokrin hastalıklarından birisidir. DM ciddi psikiyatrik komplikasyonları olan, çeşitli yaş dönemlerinde başlayabilen, sık görülen, hem metabolizmanın hem de vasküler sistemin bir bozukluğudur. Diyabetin diğer kronik hastalıklardan farkları: Sürekli katı bir diyete uyma zorunluluğunun olması, ilaçların çok düzenli kullanılmamasının gerekliği, insülin kullananların sık süreli enjeksiyon gerekliliği, komplikasyonlar sonucunda birçok organ ve sistem etkileyebilme-
si, komplikasyonlar ve yetiyitimi görecek ortaya çıkabilmeleri (hastanın fizik gücü görecek korunur), HPA eksenini etkileyerek ruhsal bozukluklara neden olabilmesi ve hipoglisemik ataklar bilisisel bozukluklara neden olabilmesi olarak sayılabılır. DM, kronik fiziksel bir hastalık olmanın yanında, psikiyatrik ve psikososyal boylarları olan bir durumdur. diyabetli bir hasta için kronik bir hastalığa sahip olduğunu ve yaşam biçimini değiştirmesi gerektiğini kabullemek çoğu zaman zordur. Hasta açısından, fiziksel özelliklerinin yanında, ruhsal, duyguşal, sosyal, psikoseksüel, ailesel birçok sorun ve çatışmaları gündemde getirir. Hastanın var olan alışkanlıklarının değişmesine ve yeni bir yaşam biçimine alışmasına zorlayarak, birçok komplikasyon riski kaygısı ile baş etmesini gerektiren bir hastalıktır. 

Diyabetik bir hastada ruhsal durum-kan flekeri ilişkisi ve etkileşimli şu şekilde formüle edilebilir:

* Kan flekeri bozukluğu, beyin işlevlerini bozarak organik beyin sendromuna neden olabilir ‘somatopsiflik etkileşim’
* Psikososyal zorlanmalar ve ruhsal çatışmalar, kan şekerinde oynamalar yapabilir ‘psikofizyolojik etkileşim’
* Diyabet, ruhsal bozukluk gelişimini hızlandırabilir
* Ruhsal-davranışsal durum diyabetin seyri, gidişini ve tedaviye cevabını etkileyebilir
* Diyabet, komplikasyonlarına ya da tedavi yöntemlerine anksiyeteli, depresif mizaçlı uyum bozukluğu gelişebilir


Depresyon DM’dede ortaya çıkan psikiyatrik tanıları içinde birinci sıradadır bildirilmiş. Depresyon ile kan şeker düzeysizliğinin kontrol edilme güçlüğü arasında ilişki bildirilmiştir. Ayrıca depresyon, kronik hiperglisemiye yol açmakta ve mikrovasküler komplikasyonları artırmaktadır. Depresyon kronik özürlülük yaratan engellemeler ve komplikasyonlara yol açan böyle bir hastağa tepkisel gelişmiş olabilir. Bazı ilaçlar depresyonun gelişimini kolaylaştırmakta, gelişimsel yönendirme ve yok etmek için bir bireyde diyabet depresyonunu ortaya çıkarmış olabilir. Yapılan araştırmalar diyabet organ kompleksiyonlarına bağlı olarak kayıp gelişikçe görme kaybı, böbrek yetmezliği, yas etkisi ve depresyon daha sık gelişğini ortaya koymaktadır. Fiziksel hastalığı olmayan insanlara kıyasla diyabet apo dyabete major depresyon oranı en az 4 kat fazladır. Depresyon kadın diyabetik hastalarda erkeklerde göre anlamlı derecede yüksektir. İlginç olan bir diğer bulga da instüline bağlı diyabet, diyabet depresif belir-
tilerden önce ortaya çıkmaktayken tip 2 diyabette depresyon diyetabetten daha önce ortaya çıkmaktadır. Öte yandan tip 1 diyabette hiperglykemi düzeyi ile depresyon şiddetin arasında bir ilişki bildirilmiştir. Diyabetin komplikasyonları arttıkça da depresyon şiddeti artmaktadır. Diyabetin yanında major depresyonun ortaya çıkması tedavi programını ve kan şekerini düzülememesini ciddi şekilde aksatmaktadır.


**Ağrı**

Hoş olmayan ve doku hasarı ile ilgili olarak yorumlanan ya da fizyolojik bir bozukluk şeklinde anlatılan bir duygudur. Kişinin biyolojik, ruhsal ve psikososyal sağlık ve iyilik durumları arasındaki karşılıklı etkileşime ilişkin bir yakınınmdır. Ağrı biopsikososyal denge ve uyumun bozulduğunun bir işaretidir.

Psikolojik faktörlerin, ağrı yakınıma, tepki ve davranışını etkilemesi 3 eksende düşünülebilir;
1. Psikofizyolojik mekanizmalar
2. Psikososyal etkenler ‘kültürel, sosyal ve kişiler arası’ ve öğrenilmiş davranışsal süreçler
3. Psikiyatrik estanı
Ağrı-Ruhsal durum ilişkisi;
1. Somatoform ağrı bozukluğu
2. Psikosomatik sendrom olarak ağrı bozukluğu ‘Migren, temporamandibüler eklem ağrısı, fibromiyalji’
3. Psikiatirik ağrı + psikiyatrik estanı
4. Psikiyatrik durumun ağrılı sendromun gidiş, seyir ve tedaviye yanıtını olum-suz etkilemesi,
5. Psikiyatrik durum ve ağrının ortak bir etiopatogenez zeminde gelişmesi
6- Ağrılı uyaranın psikolojik ve bedensel mekanizmalar da psikiyatrik duruma yol açması
Kronik ağrılı hastalarda majör depresyon görülme oranı %25. Ağrılı sendromlarda depresif hastalıklar 3 alt grupa tanımlanabilir;
1- Ağrıya ikincil olarak gelişen depresif duygudurum ile giden uyum güçlüüğü
2- Fiziksel durumu etkileyen psikolojik faktörler. Hastadaki mevcut ruhsal kaygı ve depresyonun fiziksel durumu bozucu rol oynaması anlaşırlar
3- Majör depresyon
Kronik ağrısi olan bir hastada yaklaşımın esası sadece nosisепtif uyaranan değil, kişinin duyguyu birikimine, davranışına ve algısına odaklanan olmalıdır.

Cerrahi Girişimlerin Psikiyatrik Boyutu

Cerrahideki teknik ve tedavi yöntemlerindeki gelişmeler hastaların umuduunu arttırmaktadır, hastanede yatma süresini kısaltmakta, ayaktan müdahaleyi ve evde bakımı olanaktılı kılmaktadır. Ancak cerrahi girişimler bir yanda da hastalarda ciddi psikiyatrik ve psikososyal sorunlara yol açan potansiyeldedir. Cerrahi girişim acı ve ıdirabi gideren, hayat kurtaran bir tedavi olduğu kadar, kiflinin doğru fiziksel tehdit altında hissetmesine ve bir yaşam krizine neden olmaktadır. Kişiin tamamen kontrolünü kaybettiği bir ortamda, en mahrem organlarına müdahale izin vermesi, kendisinin bile bilmediği iç organlarına bir yabancı dokunmasına razı olması söz konusudur ki, bu da doktoruna tam bir teslimi, güven, beklenilerde ve bağımsızlık artış demektir. İnanamama, endişe, korku, irritable, öfke, suçlu, yetersizlik, çaresizlik, güçsüzlik, kadercilik, bağımlılık, gerilme (regresyon), meydan okuma, kabul cerrahi girişime gösterilen tepkiler arasındaştır.
Bu hastalarda ameliyat öncesi, ameliyat ve ameliyat sonrası dönemlere özgü psikiyatrik sorunlar ortaya çıkmaktadır.
* Ameliyat Öncesi Dönem
* Ameliyat Dönemi ‘ameliyat ve yoğun bakım dönemi’
* Ameliyat Sonrası Dönem ‘cerrahi girişimden 72 saat sonrası’
Ameliyat öncesi dönemde hastalarda genel olarak kaygı ve korku nedenleri;
* Narkoz kaygısı, uyanamama,
* Ölüm riskine ilişkin endişeler,
* Vücudun hasar göreceğini korkusu,
* Ağrı, acı çekceği korkusu,
* Beden üzerinde denetimini kaybedeceğini korkusu,
* Sakatlık, yetki yetimi, muhtaçlık ve bağlılığı korkusu,
* Kendi kendine yeterliliğin kaybı,
* Narsisistik bütünüğün zedelenmesi,
* Kontrolun kaybı duygusu, narkoz altında sırılarnı açıklama korkusu,
* Cinsel ve sosyal yaşama yönelik endişeler,
* Estetik kaygilar,

Ameliyat öncesi kaygı gelişimini etkileyen faktörler ise;
* Hastanın yaş, gelişimsel dönemi
* Hastanın kişilik özellikleri
* Hastanın genel sağlık durumu
* İçinde bulunulan hastalığın türü ve süresi
* Tanısi belli olmadan yapılan veya tanı amaçlı yapılan cerrahi girişimler
* Daha önceki hastalık, hastane ve ameliyat deneyimleri
* Hasta için içinde bulunduğu durumun anlamı, öne mi, tedaviden beklenişi
* Ameliyat hakkında hastanın bilgilendirilme düzeyi
* Hasta doktor ilişkisinin durumu
* Hastane ve diğer personelle ilişkiler
* Hastanın psikolojik özgeçmişi
* Hastanın kullandığı ilaçlar ve yan etkileri
* Hastanenin alışılmadık ortamı
* Sosyal ve aile destek sistemlerinin işlevselliği
* Mali, ekonomik sorunlar

Ameliyat sonrasında, hastaya, hastalığa ve yapılan girişime bağlı olarak çeşitli psikolojik bozukluklar görülür. Alttaki hastalık, etkileden organ, hastanın ruhsal durumu, baş etme yöntemleri ve cerrahi girişimin niteliği bu bozuklukların tipi, şiddeti ve seyrini etkiler. Cerrahi girişimlerin genel psikolojik kompleksasyonlarının yanı sıra her girişim tipinin (organ nakli, meme-rahim cerrahisi gibi...) kendine özgü psikolojik ve psikososyal sorunlarla bir arada duranları vardır. Yapılan birçok araştırma sonucu cerrahi girişim uygulanan hastalarda toplumdakinden çok daha fazla, tıbbi hastalıklara göre anlamalı derecede fazla oranda psikolojik kompleksasyon geliştiği bulunmuştur. **Ameliyat sonrası en acil psikolojik sorun akut organik beyin sendromu (deliryum) dur.** Ayrıca ameliyat sonrası psikososyal sorunlar ve yaşam kalitesinde azalmaya bağlı diğer problemler yaşanabilir. **Cerrahi girişimlerin geç dönemlerinde yapi ve işlev kaybına bağlı olarak depresif hastalık gelişimi ön plana çıkar.** Psikolojik sendrom gelişen hastalarda, hastanede yatış süresi uzar. Bu nedenle bu hastaların tedavisi açısından psikolojik işbirliği oldukça önemlidir.

Ameliyat öncesi psikopatolojik özellik ya da sendrom tanımlanmış hastaların önceden belirlenip, uygun girişim ve tedavi ile hazırlanması hastanın genel uyum ve iyilik halini arttıran, ameliyatın kompleksasyonlarını ve tıbbi psikolojik tanı olasılığını azaltır.
Kadın Hastalıkları ve Doğum Psikiyatrisi


Bu dönem gelişimsel kriz yaratmaktadır ve hem olgunlaşmaya yardımcı olduğu gibi patolojilere yol açabileceği gibi, hem olgunlaşmaya yardımcı olduğu gibi, patolojilere yol açabileceği gibi, hem olgunlaşmaya yardımcı olduğu gibi, patolojilere yol açabileceği gibi, hem olgunlaşmaya yardımcı olduğu gibi, patolojilere yol açabileceği gibi, hem olgunlaşmaya yardımcı olduğu gibi, patolojilere yol açabileceği gibi, hem olgunlaşmaya yardımcı olduğu gibi, patolojilere yol açabileceği gibi, hem olgunlaşmaya yardımcı olduğu gibi, patolojilere yol açabileceği gibi, hem olgunlaşmaya yardımcı olduğu gibi, patolojilere yol açabileceği gibi, hem olgunlaşmaya yardımcı olduğu gibi, patolojilere yol açabileceği gibi, hem olgunlaşmaya yardımcı olduğu gibi, patolojilere yol açabileceği gibi, hem olgunlaşmaya yardımcı olduğu gibi, patolojilere yol açabileceği gibi, hem olgunlaşmaya yardımcı olduğu gibi, patolojilere yol açabileceği gibi, hem olgunlaşmaya yardımcı olduğu gibi, patolojilere yol açabileceği gibi, hem olgunlaşmaya yardımcı olduğu gibi, patolojilere yol açabileceği gibi, hem olgunlaşmaya yardımcı olduğu gibi, patolojilere yol açabileceği gibi, hem olgunlaşmaya yardımcı olduğu gibi, patolojilere yol açabileceği gibi, hem olgunlaşmaya yardımcı olduğu gibi, patolojilere yol açabileceği gibi, hem olgunlaşmaya yardımcı olduğu gibi, patolojilere yol açabileceği gibi, hem olgunlaşmaya yardımcı olduğu gibi, patolojilere yol açabileceği gibi, hem olgunlaşmaya yardımcı olduğu gibi, patolojilere yol açabileceği gibi, hem olgunlaşmaya yardımcı olduğu gibi, patolojilere yol açabileceği gibi, hem olgunlaşmaya yardımcı olduğu gibi, patolojilere yol açabileceği gibi, hem olgunlaşmaya yardımcı olduğu gibi, patolojilere yol açabileceği gibi, hem olgunlaşmaya yardımcı olduğu gibi, patolojilere yol açabileceği gibi, hem olgunlaşmaya yardımcı olduğu gibi, patolojilere yol açabileceği gibi, hem olgunlaşmaya yardımcı olduğu gibi, patolojilere yol açabileceği gibi, hem olgunlaşmaya yardımcı olduğu gibi, patolojilere yol açabileceği gibi, hem olgunlaşmaya yardımcı olduğu gibi, patolojilere yol açabileceği gibi, hem olgunlaşmaya yardımcı olduğu gibi, patolojilere yol açabileceği gibi, hem olgunlaşmaya yardımcı olduğu gibi, patolojilere yol açabileceği gibi, hem olgunlaşmaya yardımcı olduğu gibi, patolojilere yol açabileceği gibi, hem olgunlaşmaya yardımcı olduğu gibi, patolojilere yol açabileceği gibi, hem olgunlaşmaya yardımcı olduğu gibi, patolojilere yol açabileceği gibi, hem olgunlaşmaya yardımcı olduğu gibi, patolojilere yol açabileceği gibi, hem olgunlaşmaya yardımcı olduğu gibi, patolojilere yol açabileceği gibi, hem olgunlaşmaya yardımcı olduğu gibi, patolojilere yol açabileceği gibi, hem olgunlaşmaya yardımcı olduğu gibi, patolojilere yol açabileceği gibi, hem olgunlaşmaya yardımcı olduğu gibi, patolojilere yol açabileceği gibi, hem olgunlaşmaya yardımcı olduğu gibi, patolojilere yol açabileceği gibi, hem olgunlaşmaya yardımcı olduğu gibi, patolojilere yol açabileceği gibi, hem olgunlaşmaya yardımcı olduğu gibi, patolojilere yol açabileceği gibi, hem olgunlaşmaya yardımcı olduğu gibi, patolojilere yol açabileceği gibi, hem olgunlaşmaya yardımcı olduğu gibi, patolojilere yol açabileceği gibi, hem olgunlaşmaya yardımcı olduğu gibi, patolojilere yol açabileceği gibi, hem olgunlaşmaya yardımcı olduğu gibi, patolojilere yol açabileceği gibi, hem olgunlaşmaya yardımcı olduğu gibi, patolojilere yol açabileceği gibi, hem olgunlaşmaya yardımcı olduğu gibi, patolojilere yol açabileceği gibi, hem olgunlaşmaya yardımcı olduğu gibi, patolojilere yol açabileceği gibi, hem olgunlaşmaya yardımcı olduğu gibi, patolojilere yol açabileceği gibi, hem olgunlaşmaya yardımcı olduğu gibi, patolojilere yol açabileceği gibi, hem olgunlaşmaya yardımcı olduğu gibi, patolojilere yol açabileceği gibi, hem olgunlaşmaya yardımcı olduğu gibi, patolojilere yol açabileceği gibi, hem olgunlaşmaya yardımcı olduğu gibi, patolojilere yol açabileceği gibi, hem olgunlaşmaya yardımcı olduğu gibi, patolojilere yol açabileceği gibi, hem olgunlaşmaya yardımcı olduğu gibi, patolojilere yol açabileceği gibi, hem olgunlaşmaya yardımcı olduğu gibi, patolojilere yol açabileceği gibi, hem olgunlaşmaya yardımcı olduğu gibi, patolojilere yol açabileceği gibi, hem olgunlaşmaya yardımcı olduğu gibi, patolojilere yol açabileceği gibi, hem olgunlaşmaya yardımcı olduğu gibi, patolojilere yol açabileceği gibi, hem olgunlaşmaya yardımcı olduğu gibi, patolojilere yol açabileceği gibi, hem olgunlaşmaya yardımcı olduğu gibi, patolojilere yol açabileceği gibi, hem olgunlaşmaya yardımcı olduğu gibi, patolojilere yol açabileceği gibi, hem olgunlaşmaya yardımcı olduğu gibi, patolojilere yol açabileceği gibi, hem olgunlaşmaya yardımcı olduğu gibi, patolojilere yol açabileceği gibi, hem olgunlaşmaya yardımcı olduğu gibi, patolojilere yol açabileceği gibi, hem olgunlaşmaya yardımcı olduğu gibi, patolojilere yol açabileceği gibi, hem olgunlaşmaya yardımcı olduğu gibi, patolojilere yol açabileceği gibi, hem olgunlaşmaya yardımcı olduğu gibi, patolojilere yol açabileceği gibi, hem olgunlaşmaya yardımcı olduğu gibi, patolojilere yol açabileceği gibi, hem olgunlaşmaya yardımcı olduğu gibi, patolojilere yol açabileceği gibi, hem olgunlaşmaya yardımcı olduğu gibi, patolojilere yol açabileceği gibi, hem olgunlaşmaya yardımcı olduğu gibi, patolojilere yol açabileceği gibi, hem olgunlaşmaya yardımcı olduğu gibi, patolojilere yol açabileceği gibi, hem olgunlaşmaya yardımcı olduğu gibi, patolojilere yol açabileceği gibi, hem olgunlaşmaya yardımcı olduğu gibi, patolojilere yol açabileceği gibi, hem olgunlaşmaya yardımcı olduğu gibi, patolojilere yol açabileceği gibi, hem olgunlaşmaya yardımcı olduğu gibi, patolojilere yol açabileceği gibi, hem olgunlaşmaya yardımcı olduğu gibi, patolojilere yol açabileceği gibi, hem olgunlaşmaya yardımcı olduğu gibi, patolojilere yol açabileceği gibi, hem olgunlaşmaya yardımcı olduğu gibi, patolojilere yol açabileceği gibi, hem olgunlaşmaya yardımcı olduğu gibi, patolojilere yol açabileceği gibi, hem olgunlaşmaya yardımcı olduğu gibi, patolojilere yol açabileceği gibi, hem olgunlaşmaya yardımcı olduğu gibi, patolojilere yol açabileceği gibi, hem olgunlaşmaya yardımcı olduğu gibi, patolojilere yol açabileceği gibi, hem olgunlaşmaya yardımcı olduğu gibi, patolojilere yol açabileceği gibi, hem olgunlaşmaya yardımcı olduğu gibi, patolojilere yol açabileceği gibi, hem olgunlaşmaya yardımcı olduğu gibi, patolojilere yol açabileceği gibi, hem olgunlaşmaya yardımcı olduğu gibi, patolojilere yol açabileceği gibi, hem olgunlaşmaya yardımcı olduğu gibi, patolojilere yol açabileceği gibi, hem olgunlaşmaya yardımcı olduğu gibi, patolojilere yol açabileceği gibi, hem olgunlaşmaya yardımcı olduğu gibi, patolojilere yol açabileceği gibi, hem olgunlaşmaya yardımcı olduğu gibi, patolojilere yol açabileceği gibi, hem olgunlaşmaya yardımcı olduğu gibi, patolojilere yol açabileceği gibi, hem olgunlaşmaya yardımcı olduğu gibi, patolojilere yol açabileceği gibi, hem olgunlaşmaya yardımcı olduğu gibi, patolojilere yol açabileceği gibi, hem olgunlaşmaya yardımcı olduğu gibi, patolojilere yol açabileceği gibi, hem olgunlaşmaya yardımcı olduğu gibi, patolojilere yol açabileceği gibi, hem olgunlaşmaya yardımcı olduğu gibi, patolojilere yol açabileceği gibi, hem olgunlaşmaya yardımcı olduğu gibi, patolojilere yol açabileceği gibi, hem olgunlaşmaya yardımcı olduğu gibi, patolojilere yol açabileceği gibi, hem olgunlaşmaya yardımcı olduğu gibi, patolojilere yol açabileceği gibi, hem olgunlaşmaya yardımcı olduğu gibi, patolojilere yol açabileceği gibi, hem olgunlaşmaya yardımcı olduğu gibi, patolojilere yol açabileceği gibi, hem olgunlaşmaya yardımcı olduğu gibi, patolojilere yol açöyle, hem olgunlaşmaya yardımcı olduğu gibi, patolojilere yol açabileceği gibi, hem olgunlaşmaya yardımcı olduğu gibi, patolojilere yol açabileceği gibi, hem olgunlaşmaya yardımcı olduğu gibi, patolojilere yol açabileceği gibi, hem olgunlaşmaya yardımcı olduğu gibi, patolojilere yol açabileceği gibi, hem olgunlaşmaya yardımcı olduğu gibi, patolojilere yol açabileceği gibi, hem olgunlaşmaya yardımcı olduğu gibi, patolojilere yol açabileceği gibi, hem olgunlaşmaya yardımcı olduğu gibi, patolojilere yol açabileceği gibi, hem olgunlaşmaya yardımcı olduğu gibi, patolojilere yol açabileceği gibi, hem olgunlaşmaya yardımcı olduğu gibi, patolojilere yol açabileceği gibi, hem olgunlaşmaya yardımcı olduğu gibi, patolojilere yol açabileceği gibi, hem olgunlaşmaya yardımcı olduğu gibi, patolojilere yol açabileceği gibi, hem olgunlaşmaya yardımcı olduğu gibi, patolojilere yol açabileceği gibi, hem olgunlaşmaya yardımcı olduğu gibi, patolojilere yol açabileceği gibi, hem olgunlaşmaya yardımcı olduğu gibi, patolojilere yol açabileceği gibi, hem olgunlaşmaya yardımcı olduğu gibi, patolojilere yol açabileceği gibi, hem olgunlaşmaya yardımcı olduğu gibi, patolojilere yol aç |_|
* Gebelikle ilgili bilinçli ya da farkına varılmayan düşünceler, duygular, tutumlar, gerçekte algılanmayan, gebelikle ilgili beklentiler
* Vücut biçimi değişiklikleri ve algılanması, beden imajı
* Gebelikte tıbbi risklerin olup olmadığı
* Anne olma ilişkinin ruhsal yapısı ve kişilik organizasyonu, anneliğe hazırlık olup olmadığını
* Ailedaki bireylerin gebelikle karşı tutumları, destek sistemleri, eş etme biçimleri
* Bu dönemdeki diğer yaşamsal stresörlerin varlığı
* Endokrin, hormonal değişiklikler birbirini etkiler ve birlikte ele alınmalıdır.

Gebelikte ruhsal değişikliklerin ortaya çıktığında, özellikle gebelikten istenen ve planlı olmaması, kadının eğitim düzeyinin düşük olması, çalışma ve sosyal destek yetersizliği etkileyen faktörlerdir. Gebelik sırasında ortaya çıkan ruhsal rahatsızlıkların neden olabileceği risk faktörleri şu şekilde sıralanabilir:

* Kendine bakışa yetersizlik
* Beslenme yetersizliği
* İntihar
* Riskli davranışlar (hızlı arabalar kullanma vb.)
* Alkol ve madde kullanımı
* Düzensiz doğum ağrılığı
* Erken doğum
* Daha önceden mevcut da ya yeni olarak ortaya çıkan her türlü major psikolojik rahatsızlık

Doğumu takip eden ilk altı ayda, kadın hayatındaki diğer dönemlere oranla psikiyatrik bozuklukların görülme sıklığı oldukça yüksektir. Yapılan çalışmalar doğumu sonrası döneminde hamilelik dönemine kıyasla üç dört kez daha riskli olduğunu ortaya koymaktadır. Ulkemizde doğum sonrası dönemde kadınlara yapılan bir çalışmadı, olguların %30’una psikiyatrik tanı konduğu, hastane anksiyete depresyon ölçeğine göre %32.5’inin depresyon puanı 8-14 arası (riskli grupa), %37.5’inin anksiyete puanı 11-16 arasında (riskli grupa) olduklarını saptanmıştır. Doğum sonrası erken dönemde ruhsal durumu etkileyen değişkenler arasında özgeçmişte psikiyatrik bozukluğ, tıbbi hastalık olması, gelir düzeyinin düşük olması, gebelik ile plandışı olmasi, sosyal desteğin yetersizliği istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Özgeçmişte psikiyatrik bozukluğ, tıbbi hastalık bulunun, gelir düzeyi düşük olan, gebelikli planlı olmayan, sosyal desteği yetersiz olan gebelerin doğum sonrası dönemde psikiyatrik açıdan riskli grubu oluşturuğu, doğum öncesi dönemde itibaren takip edilmesi gerektiği sonucuna varılmıştır.

Doğum sonrası psikiyatrik bozukluklar üç grupta incelenebilir:

1- **Doğum Sonrası Hüzün (Postpartum Blues):** Doğumu takiben annelik rolü ile ilgili uyum güçlükleri ile birlikte biyo(lojik ve hormonal değişimlerin, eşle ilişkin-deki problemlerin, yetersiz sosyal desteğin neden olduğu annelik hüzünü, kadınların %50-85’inde görülmektedir.

2- **Doğum Sonrası Depresyon (Postpartum Depresyon):** Doğum sonrası major depresyon, kadınların %12-16’sında görülen, ciddi ve yaşamı tehdit edici bir
bozukluktur. Doğum sonrası depresyon doğumdan sonraki ilk dört hafta içinde oluşan major depresyon olarak tanımlanmasına rağmen, bazı çalışmalar doğumu takiben 6-12 haftalarında en sık görülen belirtileri ortaya çıkığı bildirilmiştir. Bu dönemde uykusuzluk, dikkat azalması gibi belirtiler depresyon gelişimi açısından ön-cü belirtilerdir.


Tıbbi Hastalığı Olanlara Psikolojik Yaklaşıma

Fiziksel hastalığı olan kişilerde psikolojik tedavinin amaçları;
* Psikolojik, psikososyal sorunları ve psikiyatrik bozuklukları düzeltmek ve azaltmak
* Psikolojik acıGhost azaltmak
* Psikolojik ve sosyal uyumu sağlayarak yaşam kalitesini artırmak
* Kaygı, depresyon, felaketçi tepkiler ve diğer psikiyatrik belirtileri düzeltmek
* Hastalıkta ve yaşamlarında kendi denetimlerinin olduğu duygusunu geliştirmek, arttırmak
* Hastalıkla ilişkili fiziksel ve psikolojik sorunlara baş edebilmek, etkin yön-temleri ve tutumları geliştirmek
* Hasta, aile ve sosyal etkileşim alanları arasındaki ilişkileri geliştirmek
* Mücadele ve yaşama güç ve dürtüsünü arttıracak ruhsal-davranışsal uyumu güç-
* Öfke, kızgınlık, suçluluk gibi duygular ve tepkilerin serbestçe ifade edilmesini ve hastalıkla ilgili düşüncelerin anlatılmasını cesaretlendirmek
* Gelecekte ve varoluşla ilgili bilinmezlikte bazı etme yollarını incelemektir.
* Psikoterapi kişinin bütününüyle ilgilendir. Bireysel ve grup psikoterapi çeşitleri ve farklı yöntemleri vardır ama hepsi aşağıdaki faktörleri içerirler;
* Hasta ve profesyonel arasında güvenli bir ilişki,
* Düştünceler, duygular ve problemler hakkında rahatça ve açıkça konuşma fırsatı,
* Endişe edici düştüncelerle, olumsuz duygularla ve günlük problemlerle baş etme-
Psikolojik yaklaşımların ilkeleri;
* Empatik tutum gösterilmeli
* Sempatik, kavrayıcı, destekleyici ve yabancı etik ilkelere uygun insan-insana ilşik kurulmalı
* Ağır sembolyotik ya da sakınma davranışından kaçınmalıyız
* Temel güven duygusu verilmeli, esnek olunmalı
* Hastanın kişisel tasarruf ve gizliliği saygı gösterilmeli
* Bilgilendirilmeli
* Açık ilşik ile hastalığı ve endişeleri ile ilgili konularda yanlış bilgi ve tutumları düzeltilmeli
* Kızgınlık, öfke, suçluluk gibi (örtülü) duyguların ve tepkilerin serbestçe ifade edilmesi ve hastalıklarla ilgili düşüncelerin ve duyguların açıklanması cesaretlendirilmeli
* Hasta ile aile ve sosyal etkileşim alanları arasındaki ilşikler geliştirmelidir
* Tedavide erken katılım ve işbirliği sağlanmalıyız
* Hastalık ve yaşamın kendi denetimini ve duygusu geliştirmelidir
* Umudun korunması, gerçekçi kabullenmesi sağlanmalıdır
* Psikoanaleptik ve sosyal uyum sağlanması sağlamak, yaşam kalitesi arttırmalıdır
* Uyum için zaman tanımlanmalıdır
* Öncelikle duyarlı tepkilerin indirgenmesi, hastadaki yedek güçlerin harekete geçirilmesi sağlanmalıdır
* Nelerin mümkün olmayanın da ortaya konulması, hastaların ihtiyaçlarını ve beklentilerini yerine getirilmelidir
* Aflık tutarsız, bozuk giden, tedaviyi bozan tutumlar ortaya çıkınca tüm tedarik ekibi ortak-kararlı tutarlılı bir tutumu benimsemeli
* Davranış bozuklukları ve psikopatolojik sendromlar, tıp bilimini disiplini ve etiği içinde ele alınmalıdır
* Sorunlar karmaşıklıkta yapan çılgınlık散发着 iki türli yaklaşım ile ilgilidir. Liyezon psikiyatri birimleri bu şekilde destek verilmelidir
* Aşırı tutarsız, bozuk giden, tedaviyi bozan tutumlar ortaya çıkınca tüm tedarik ekibi ortak-kararlı tutarlı bir tutumu benimsemelidir
* Davranış bozuklukları ve psikopatolojik sendromlar, tıp bilimini disiplini ve etiği içinde ele alınmalıdır
* Sorunlar karmaşıklıkta yapan çılgınlık散发着 iki türli yaklaşım ile ilgilidir. Liyezon psikiyatri birimleri bu şekilde destek verilmelidir
* Hekim açıklayıcı, yardım edici, güven verici, yol gösterici olmalıdır
* Hastanın özgüvenini ve kendine saygı ve kabulüne değerli olan hakları güvende olmalıdır


**Kaynaklar**


**Mastürbasyon**

Cinsel eğitim en dar anlamda, ebeveyn-cocuk etkileşimi sonucunda oluşur. Mastürbasyon (kendi kendini doyuma ulaştırmak) çocukluk yıllarda keşfedilir ve haz
verici bir kişisel eylem olarak sürer. Ergenlik döneminde artan mastürbasyon ciné-
sel birleşme fantazileri ile doludur ve bireyin bir eserten etkenlerinesine hazırlık oluş-
turur. Mastürbasyon, sürekliliği olan bir ilişki kurulduktan sonra da, eșin yokluğu veya hastalığı halinde, ona yakınluk duyulmadığında, hatta eșten bağımsız olarak sağlıklı bir cinésel eylem olarak yaşam boyu sürebilir. Ancak bir eșe tercih edildiği-
ğinde veya zorlukla eylem olduğunda bir aksamadan söz edilebilir. Mastürbas-
yon cezalar veya yasaklar, hastalık, kısırlık gibi söylentilere rağmen bireylerde ev-
renselliğini sürdürmektedir. Kinsey, hemen tüm erkeklerin ve kadınların yaşam-
ında bir zaman mastürbasyon yaptıklarını belirtmiştir. Geleneksel toplumlarda ka-
dının genital bölgesine dokunması himeni koruma endişesi ve cezalandırılma kor-
kusu nedeniyle engellendiğinden, mastürbasyon oranı düşmektedir.

Cinselliğin Fizyolojisi

Cinsel sorunları anlam ve yardımcı olmada, cinselliğin fizyolojisi, anatomisi ve cinsel 
yanıt döngüsünün bilinmesi gereklidır. Normal kadın ve erkekler cinésal uyarılama kar-
şılık bir dizi fizyolojik yanıt verirler. Beynin tüm bölgelerinin cinésal işlevler üzerinde et-
kili olduğu bilinmekle birlikte, limbik sistem ve hipotalamus merkezi rol alır.

Testosteron hem kadın hem de erekte libido üzerine etkilidir. Òstrojen kadın-
larda sevifen ve cinésal birleşme isteğinden sorumluyken, progesteron cinésal istek 
ve sevifen arzuunu bastırır, analık ve sarılma duygularını artırır.

Normal biyolojik yapı ve hormon işleyiş; insanda cinésal yanıt verebilmek, böy-
ylelikle cinésal istek kapasitesini etkileme açısından gerekliktir. Ancak cinésal istek ve 
davranış cinésal biyolojiden önemli ölçüde bağımsızdır, bunu belirleyen egemen uns-
sur bilişseldir yani insan bilinci olarak cinésal fantazilerin, anlarının, ve uyanan kar-
şışında verdiği cinésal yanıtın farkındadır. Cinselliğin öğrenilmesi çocuklukta başlar 
ve aşamalarla bir partnerle olan ilişki içerisinde öğrenilek gelişir.

1960-1970’lerde cinésal alanda yapılan devrim ve kültürel değişimler sonucun-
da cinselliğin fizyolojisi ve cinésal işlev ve cinésal işlev bozuklukları alanında ara-
ştırmalar artmıştır. Masters ve Johnson (1966) cinésal yanıtın dört-basamaklı bir mo-
delini tanımlamıştır.

1- Uyarılma
2- Plato
3- Orgazm
4- Çözülme

1- Cinse yanının birinci basamağı, uyarılma evresidir. Burada cinésal uyarana 
yanıt olarak cinésal uyarılma gelişir. Bu fiziksel uyardanın, cinésal fantazisiye kadar 
dışı bağımlılı ve çarpıcı bir uyaran olabilir. Cinse uyarılma yoğunlaştırığında, 
2- Plato evresinde hız alma sürer ve,
3- Orgazmik evre cinésal hazzın doruk noktasıdır. Cinse gerginliğin istem dışı olarak 
rahatlaması değildir. Çoğu kez haza bireşir. Cinse gerilim çözülür, karın kasları ve peniste 
ritmik hareketler olur. Erkeklerde boşa çikma buna eklenir. Böylece son evreye geçilir.

**Cinsel İşlev ve Bozuklukları**


**Cinsel İşlevlerde Etkilenme Alanları**

İki kişi arasındakil cinsel etkileşimi ve sorun alanlarını 5 fazda inceleyebiliriz.

1- Cinsel yaklaşım-cinsel istek ve eylemin başlaması ve karşılık görmesi
2- Cinsel uyarlama-psikolojik ve fizyolojik uyarlama. Sarılmama, öpüflme, okşama, sevişme sırasında genitallerin uyarması
3- Cinsel birleşme
4- Orgazm-erkeklerde boşalmalar
5- Cinsel Doyum (Tablo 1)

Cinsel işlev bozuklukları dışında çiftler arasında da sık rastlanan sorun alanları şunlardır; sevişme sıklığı, sevişme biçimi, sevişmenin başlaması ve geri çevrilmesi, cinsel fantezilerin denk düşmemesi, sevişme öncesi tartışmalar ve sevişmeinin engellenmesi, başka birine duyulan ilgi.
### Bir Cinsel Sorun Ne Zaman ve Nasıl Ortaya Çıkar?

**Değerlendirme**

Cinsel sağlık değerlendirmesinde biyolojik bir sorunun olmaması en temel başlama noktасdır. Ancak çoğu kez psikolojik, sosyokültürel ve ilişkisel boyuttaki sorunlar ön plana çıktığından psikiyatri klinikleri tedavide doğru adres olur.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Evre</th>
<th>Erkek Sorunlar</th>
<th>Kadın Sorunlar</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Cinsel Yaklaşım</td>
<td>Cinsel arzunun eksikliği, cinsel öğrenme: nadiren hissedilmesi; cinselliğe ilgisizlik; nazlanma hissi; “başarısızlık” korkusu;</td>
<td>Arzunun yokluğu veya pasif direnç, taciz, tıksinme ve kaçınma davranışı</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Cinsel Uyarılma</td>
<td>Sertleşme işlev bozukluğu; Sertleşme süre ve şiddetinin giriş için yetersiz olması</td>
<td>Uyarılma işlev bozukluğu; Uyarılma süre ve şiddette yetersizlik</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Cinsel Birleşme (Koitus)</td>
<td>Ağrılı cinsel ilişki (Disparoni) Genital bölgede yanma, büyük saplanması hissi ve/veya kaçınma</td>
<td>Vajinismus Bağlı olarak penis girişinin olanaksızlığı veya ağrı</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Orgazm</td>
<td>Erken boşalma; (Prematür ejaküasyon) Penisin vajinaya girişinden önce veya giriş sırasında ya da gitrişten hemen sonra boşalması</td>
<td>Orgazm zorlukları; Orgazma varamamak veya nadiren varmak</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Boşalma yetersizliği; Tam sertleşme ve yoğun uyarılma rağmen boşalmanın olmaması</td>
<td>Doyumsuz orgazm; Haz duymadan veya orgazm hissi olmadan “fizyolojik” orgazm</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Doyumsuz boşalma; Haz duymadan veya orgazm hissi olmadan “fizyolojik” orgazm</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Orgazm Sonrası Tepki</td>
<td>Orgazm sonrası disfori; Ĩrritabilite, iç sıkıntısı, uyu bozukluğu, ağlama nöbetleri, genital bölgede irritasyon</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>


Bir cinsel işlev bozukluğunun şiddetli öncelikle siklığı ve sürekliği ile tanınabilir. Örneğin daha giriş olmadan erken boşalma veya girişten kısa bir zaman sonra boşalmının olması gibi. Cinsel sorunun süresi de diğer bir tanımlayıcı özelliktir. Çoğu hasta uygun bir tedavi fırsatı bulamadan önce uzun bir süre sorunu ile yaşar. Yanlış ve eksik tedavi yaklaşımları da hastaların umudunu kırmakta ve çaresizlik duyusunu yaşatmaktadır.

**Kadın ve Erkekte Cinsel İsteksizlik-Cinsel Kaçınma Sorunları**

Cinsel yaklaşımda cinsel isteksizlik ve öğrenme (aversiyon) çok önemli sorunlardır. İsteksizliğin cinselliği tamamen etkilemesi nadirdir, hayatları boyunca hiçbir kimseye ya da herhangi bir cinsel eyleme dair istek duymamış bireylerin siklığı oldukça azdır. Buna karşılık, daha sık olarak cinsel istekte azalma (hiposeksüalite) eğilimi görülür. İsteksizlik siklıkla belli bir eşe veya sevişme şekilde karşı olur. Örneğin, cinsel birleşme eylemine karşı isteksizlik olabilir fakat öpüşmeye ya da masturbasyonun karşılığı ilgi kaybı olmaz. Bu tür isteksizlik, kadınlarda erkeklerden daha fazla görülür.
Cinsel isteksizlik tanısi koyarken isteksizliğin her koşul için geçerli olduğundan emin olmak gerekir. Örneğin eşi karşı isteksiz ama masturbasıya veya cinsel fantezi kurmaya karşı istekli olan bir kişi cinsel isteksizlik tanısi almaz. Eşle olan genel ilişkinin döyumsuzluğu cinsel isteksizliği etkileyen en önemli nedenlerden biridir.


Klinik başvurularda cinsel isteksizlik kadınlarda erkeklerden daha fazladır. Genellikle doyumu az bir çif ilişkisini yansıtır. Bazı kadınların cinselinde kendiğinden ilgileri yoktur fakat eşleri sevilmeye bafllattığında yanıt verirler; uyarırırlar ve or-gazm da yaşayabilirler.


Cinsel isteksizlik eğer primer bir sorun ise olası bir organik neden araştırılmalıdır. Depresyon, anksiyete bozukluklar ve fiziksel hastalıklar ve bazı ilaçların yan etkileri de gözden kaçması zorolandır. Ancak erkeklerde de cinsel ilginin azalmasında esle genel ilişki bozukluğunun rolü vardır.

Cinsel ilgi düzeyi değerlendirilirken, sadece eşe karşı olan cinsel ilgi değil, aynı zamanda cinsel içindeki cinsel fantezi sıklığı, мастурбация sıklığı, başka kadın veya erkeklerin çekici bulunup bulunmaması dikkate alınır.


**Erkek ve Kadında Uyarılma Sorunları**

Uyarılmanın yetersiz olduğu durumlarda erekte ereksiyon zorluğu olurken, kadında genital bölge daha kabarmaktadır.

Buna erekte sertleşme güçlüüğü, kadında uyarılma bozukluğu diyorum. Empotans (iktidarsızlık) ve frijüdite (soğukluk) tüm kişilere yönelik bir eksiklik anlamına taşdırığı için bu deyimler artıkl kullanılanmamaktadır.
Erektil Disfonksiyon-Sertleşme Güçlüğü

Sertleşme güçlüğü genel olarak psikolojik çatışma, anksiyete, öfke veya ahlaki yasaklar nedeniyle cinsel dürtülerin ifade edilememesinden kaynaklanır. Erektil disfonksiyon, herhangi bir cinsel etkinlik için yeterli ereksiyonun tekrarlayıcı veya akıcı biçimde sağlanamaması veya sürdürulememesidir. Geçici ereksiyon güçlükleri her erkeğin hayatında olur ve geçer. Hemen tıpkı erkeklerin girisikleri doğru değildir, performans anksiyosesini artırır, güçsüzlik imajını pekiştirir.


<table>
<thead>
<tr>
<th>Arttırıcılar</th>
<th>Azaltıcılar</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Olumlu algı, düşünce, duyguy, davranış ve veya fanteziler</td>
<td>Olumsuz algı, düşünce, duyguy, davranış ve veya fanteziler</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Tablo 2. İnsan Cinsel İsteğinin Psikolojik Arttırıcı ve Azaltıcıları
Kadınlarda Uyarılma Sorunları

Vajinismus ve ağrılı birleşme, cinsel birleşme sırasında karşılaşılan sorunlardır.

Vajinismus ve Birleşemeyen Çiftler


Vajinismusu olan kadınlar siklikla bağlı, çocuksu, sevgiyi yitirmekten kor-\kan, cinsel tecrübenen olmayan, geleneklere bağlı olma özelliklerini taşır. Çokunlukla babalarının tersi olan yumuşak, anlayışlı ve bağlı erkeklere seçerler.


Vajinismusu olan kadınların genelde cinsel uyarılma ve orgasm sorunu yok-\tur. Ancak her defasında başarılılık duyguşu ile karşılaşma çiftte sevişmeden ka-\çınmaya ve sekonder cinsel isteksizlige neden olabilir. Bu çiftler çoğulukla mutlu bir beraberlik tablosu sergilerler.

Ağrılı Cinsel Birleşme (Disparoni)
Disparoni cinsel birleşme sırasında ağrı duyulması halidir. Kisman girişten sonra olan ağrı, vajina iskambilin bozulmasına, siyrikklara veya vajinismusta olduğu gibi kasların spazma bağlıdır. Derin girislerdeki ağrı etkisini endometriosis, over kisti veya pelvik en-

Erkeklerde de nadir olarak cinsel ililişkinde ağrı görülebilir. Buna bağlı olarak ereksyon güçlü veya cinsel birleşmeden kaçınma görülebilir.

**Orgazm ve Ejekülasyon Sorunları**

Orgazm evresinde ortaya çıkan sorunlar; erkekte premature ejekülasyon, retarde ejekülasyon veya ejakülasyon olmaması olarak olabilir.

**Erken Boşalma-Çabuk Boşalma**

(Premature Ejaculation, Rapid Ejaculation)


Erken boşalma genellikle primer bir sorundur. Öyküde çoğunlukla rahat olan koşullarda hızlı ve bazen suçluluk duygusu ile yapılan masturasyon vardır. Erken boşalmanın sekonder olarak geliştiği durumlar arasında gerginlik zamanları, eğer karşı bilinçli öfke sayılabilir.

Her erkek boşalmayı uzatabilir, ancak erkeklerin sadece bir bölümü cinsel birleşme uyumlu sahip boşalmaya seçilmiştir. Çabuk orgasmların erkeklerin temelleri cinseliliği bakıştır, uzatan erkeklerden farklıdır. Birincisi gruptakiler boşalmayı cinsel iliişkide fiziksel gerginliğin hızla artması ve patlaması şeklinde yaşar; diğerleri ise uyarılma ile oynamaktan daha çok haz alırlar. Erken boşalma, hazzı kısa kesmek gibi bir yaşam tarzını da yansıtabilir.

Erken boşalmanın siklikla masturbasyon ve sevişmede cinsel birleşme olmadıkça boşalmayı çok daha fazla uzatabilirler. Cinsel iliişkide boşalma ile fawkayıcı başka yön çevirmeye, anestezik kremler, ön sevişmede çikte tutma çok ise yaramaz, sadece kişinin hazzını kaçırmır. İliskide boşalmayı uzatabilmek için önden masturbasyonla boşalma veya ilk sevişmede hızlı boşalip ikinciye uzatma umudu ile ise yaramaz çünkü sevişme coşkusunu düşer.

**Geç Boşalma (Retarde Ejeculation)**

Çok nadir olan veya kliniklerde nadiren başvurulan bu sorunda penis sertleştiği, uyarılma da yeterince sürüdüği halde erekte boşalma olmaz veya güç olur. Çoğu za-


Doyumsuz Boşalma ve Orgazm

Boşalma olduğu halde orgazm hazzını hiç hissetmeyen erkek sayısı azdır. Bu belir- timin altında genellikle cinselliğin yoğun duyugusal yanıtlarını yok sayma veya kendini korumaya geçme yata. Böyle durumlarla, bedensel yanıltı na hiç ya hiç yoktur veya çok azdır, semen fışkırmaz, musluktan akarcasına bir boşalma olur.


Kadınlarda Orgazm Sorunları


Orgazm kadında genellikle klitoral uyarılma ile başlar ve vaşinal kontraksiyonlara yol açar. Onun için orgazmi vajinal ve klitoral olarak değil de cinsel birleşme ve bir-leşme olmadan sür võny sonra orgazm olarak ayırmak daha doğrudur. Bir dokun- ma olmadan erotik uyarılmalarda da kadınlara orgazm olabilir. Orgazm gereksinimi erkeklerde kadınların daha fazladır. Hastalık, yorgunluk gibi durumlarda da kadınlar erkeklerde oranla daha fazla etkilenirler. Cinsel birleşme ile orgazmın hedeflenmesi or-

**Orgazm Sonrası Disfori**


**Cinsel Doyumsuzluk**


İlişkileri iyi olan, aralarında sevgi ve güvendi olan çiftlerin sorunlarını dış yardım ile veya yardımcı çözme çansı daha yüksektir.

**Cinsel İşlev Bozukluğu Sıklığı-Toplum Çalışmaları**

İlk kez Kinsey ve arkadaşlarının (1948, 1953) ABD’de 6000 kadın ve 6000 erkekle yaptıkları toplum çalışmasında, erkekler arasında ereksiyon sorunu yaşa artış gösteriyor. Sorun oranı 20’li yaşarda %0,1, 40’larda %1,9, 60’larda %18,4’e ulaştığı görülüyor. Yine Kinsey’e göre 35 yaşındaki erkeklerde %2-4 arasında cinsel disfonksiyon varken bu oran 80 yaşında %77’ ye çıkmaktadır.

Kadın çalışmalarında orgazm ile ilgili bilgi var ancak cinsel ilgi ile ilgili bilgiler daha sınırlı. İngilterede nüfusun %20 si hipoaktif cinsel istek bozukluğu gösterirken kadınlarda bu durum daha yaygın. Kadınlarda uyarılma bozukluğu %33’tür.

Kadınlarda yaş ilerledikçe orgazm azalıyor, evli kadınlarla yapılan bir çalışmada kadınların %13’ünün hiçbir şekilde orgazm yaşamadığı bildirilmiştir.

Toplumumuz için cinsel sorun sıkılığı verileri kistli, ancak klinik başvuruların cinsel birleşmenin toplumumuz için bir sorun olduğu konusunda dikkatimizi çekmiştir. Ka-
dında ve erkekte ilk cinsel birleşmenin %65 ve %58 oranında sorun olduğu belirtilmiştir. Cinsellik konusunda yapılan anket çalışmalarında özellikle geleneksel toplumlarda yanıtların her zaman doğru bilgiyi yansıtmayacağı da bir gerçektir.

**Klinik Başvurular**

Batıda en sık cinsel sorun başvuruları erkeklerde kısmen ve geçici ereksiyon güçlüğü, kadınlarda de sevilmekten zevk alamadır.

Psikiyatri kliniklerine doğrudan cinsel yakınmalarla gelenlerde ise en sık başvuru nedeni cinsel birleşme sorunlardır. Bu sorunların başında kadınlarda vajinismus, erkeklerde ereksiyon güçlüğü gelmektedir. Türkiye’de vajinismus sıklığı yüksek iken (%52), İngiltere’de cinsel ilgi azalması ile başvuranların sıklığı (%52) daha yüksektir.

**Cinsel İşlev Bozukluklarının Etiyolojisi**

Cinsel sorunların psikolojik nedenleri 3 başlık altında toplanabilir:

**Yatkınlık Yaratıcı Faktörler**

* Yetiştirilme tarzi (baskıcı)*
* Bozuk aile ilişkileri*
* Yetersiz veya yanlış cinsel bilgiler*
* Travmatik cinsel deneyim*

**Başlatıcı Faktörler**

* Doğum*
* Evlilik*
* Eşler arasında genel ilişki bozukluğu*
* Eşte cinsel sorun*
* Sadakatsızlık*
* Organik hastalıklara tepki*
* Yaş*
* Depresyon ve anxietyete*
* Travmatik cinsel deneyimler*

**Sürdüren Faktörler**

* Performans anxietyetesı*
* Başarısızlık korkusu*
* Suçluluk duygusu*
* Eşler arasında çekicilik kaybı*
* Eşler arasında iletişim eksikliği*
* Genel ilişkideki bozukluklar*
* Yakın ilişkiye girme korkusu*
* Cinsel bilgi yetersizliği
* Cinsel mitler
* kısıtlı ön sevmeye
* Psikopatolojik hastalıklar
* Kendini tanımadan yetersizlik

Cinsel sorunlar, çeşitli nedenlerin değişebilen birleşiminden doğar. Çeşitli cinsel sorunlarda ortak olan etkenlerin başlıklarını:
* Yetişirme tarzı (baskıcı)
* Cinsel dürtünün düşüklüğü
* Cinsel bilgi eksikliği ve/veya yanıltılığı
* Cinsel deneyim eksikliği
* Eşle olan genel ilişkinin zayıflığı
* Cinsel performansa ilişkin kaygı

Cinsel dürtüsü insanın insana değişir. Fakat bu farkların ne kadarın yapısal oldugu bilinmemektedir.

Yanıtlı cinsel bilgi bazen eksi konsolide bilgiden çok daha zararlı olabilmekte, hastaların kaygılarını arttırmaktadır.


**Fiziksel Hastalıklar**

Böyle durumlarda psikiyatrik yardım için önemli faktörler şunlardır.

a) **Cinsel Sorunu Olan Bireyin Tepkileri:** Başarısızlık beklenşisi, zarar görme ve ya ağrı beklenşisi, benlik değerinin bozulması, depresyon gibi nedenler başlandırılır.

b) **Eşin Tepkileri:** Anksiyete ve zarar verme korkusunun nedeniyle kaçınma
c) **Çiftin İlişki Şekli:** Uyumsuzluk ve daha önceki cinsel uyumun iyi olmama- sı önemli faktörlerdir.

d) **Profesyonellerin Yaklaşı:** Konuyu konuşmaktan kaçınma, alelacele yapılan açıklamalar ve cinsel bilgi yetersizliği.

Fiziksel hastalığı olan ve cinsel sorun tarif eden birey veya çifte yardım yakla- şımı şu noktalara hedefler:

a) Cinsel yakınmasının hastanın hastalığını getirdiği gerçek sınırlınlıklarını bilmesi ve

b) Mümkün olduğuna her iki eşin ihtiyaçlarını karşılayabilmelerine yardımcı olmak.

Bu hastaların cinsel yönden canlanmaları kuşkusuz yaşam kalitelerini ve yaşa- ma sevinçlerini artıracaktır.

**Cinsel Sorunla Gelen Hastanın Değerlendirilmesi**


Eşlik eden başka bir psikiyatrik bozukluk olup olmadığı göz önünde bulundurul- malıdır. Özellikle depresif bozukluklar ve anksiyete bozukluklarında cinsel sorunlar da birlikte görülebilir. Fiziksel hastalık ve tedavi öyküsü ayrıntılı sorgulanmalı ve daha önce fiziksel incelemesi yapılmamış ise ereksiyon sorunu olan erkeğe açıklık kan şekeri, testosteron, gonadotropin düzeyi gibi uygun laboratuvar testleri istenir.

**Cinsel İşlev Bozukluklarının Tedavisi**


Kliniğimizde de çok geçmeden, 1979 yılında kurulan Psikoterapi ve Medikal Psikoloji Sektşiyonu’nda cinsel tedavilerle başlandı. Psikoterapistlerin bilgi ve dene-

Cinsel tedavide genel yaklaşımın dört temel özelliği vardır.
Psikoterapide amaç, terapistin sorunu çözmesi değil, hastanın sorun çözme kapasitesinin arttırılmasıdır. Yalnız sorunu çözmekle kalmaz, yaşamla ve çevresindeki insanlarla daha kaliteli, daha doyurucu bir alışverişe girer.

Tedavi Sonuçları

Cinsel tedavilerde iyileşmenin koşulu tedaviyi sürdürme ve işbirliğinin sağlanmasıdır. Grup terapilerinde grubun iyileştirici yönünün de etkisiyle tedaviyi terk oranları düşük ve iyileşme oranları yüksektir.

Klinik çalışmalar birçok hastanın bu tür direkt bir yöntemle etkili bir şekilde tedavi edilebileceğini göstermiştir. En iyi sonuçlar literatürde ‘vajinismus ve erken boşalma’da alınmaktadır. Klinikimizde de vajinismus (100%’e yakın) ve çabuk boşalma yakinmalarda oldukça başarılı sonuçlar alınmaktadır.

Aşkla başladığ sevgiyle bitirelim. Bir çiftte sevgi ilişkinin varlığı (şefkat dozu kaçmadan) tedavi şansını artıran en önemli özelliğidir.

Kaynaklar

Cinsel Yaşam ve Sorunları CETAD 2006.
Cinsel Sağlık


Kısaca, kişi cinselliği istediği kişi ile ve istediği biçimde yaşamalıdır. İster ikisi de aynı cinsiyetten, ister farklı cinsiyetten olsun kişilerin cinselliği farklı boyutları ile paylaşılabilir en doğal insan hakkıdır. İsteyen kişi karşı cinsten bir partnerle, isteyen kişi kendi cinsinden bir partnerle ve sadece istediği zaman, zor baskı altında kalmadan sevişmeyi ya da sevişmemeyi seçebilir. Heteroseksüel (karşılıt cinsel) kişiler karşı cinsten bir partner seçerken, homoseksüel (eşcinsel-lezbiyen) kişiler kendi cinsinden partner seçer.

Cinsel Kimlik

İnsan yaşamının doğumdan itibaren cinsiyet (gender) ve cinsellik (seks) çerçevesinde örgütlenediği söylenebilir. Çok seyrek rastlanan interseks vakalar hariç, anotomik cinsiyet doğudan belirleniyor. Kadın veya erkek cinsel organları ile doğruyorsun. Kimlik (identity) bir bütün değildir. Birbirinden kavramsal olarak ayılabilen bireysel ve sosyal iççe iki parçasıdır. Sosyal kimlik kişinin toplum-

**Eşcinsellik**


**Etiyoloji**


**Yaygınlık**

Tanınması ve görünürüğü toplumsal tutuma ve kültürel tabula göre değişkenlik gösteren eşcinsellikin tarihi boyu her toplumda bulunduğu biliniyor. Eşcinsellikin oranının araştırılması farklı sorunlar nedeni ile problemli olup bu konuda ilk önemli toplumsal taramayı, Amerikalı 5000 kadın ve 5000 erkekten oluşan bir grupla Kinsey 1950’de yapmıştır. Kinsey’in çok özenle metodunu kurduku ve duyarlı
olarak ekibi ile uyguladığı bu öncü araştırmada 18 yaşından büyük erkeklerin %37'si, kadınların %13'ünün yaşamlarında en az bir kere kendi cinsiyle bir cinsel ilişki yaşamış olduğu görüldü. Bu ilk çalışmadan sonraki 60 yıl içinde yapılan taramalarda, erkeklerin %10 kadınların yaklaşık %8'i yaşam boyu sadece kendi cinslerini cinsel olarak cazip bulmaktak, kendi cinsi ile ilişki fantazisi kurmakta ve cinsel ilişki kurdüklerinde bu kendi cinsiyetinden bir kişi ile yaşamak veya yaşamak istediğini bildirmektedir.

Ruh Sağlığı ve Eşcinsellik


Bilimsel dayanağın olmasızın, bir başka iddia eşcinsel olmanın aynı zamanda bir ruhsal hastalığı yakalama riski taşıdığı ve hastalıktırını bir süresizlikle, ruhsal hastalıkların sıkılığını heteroseksüel ve lezbiyenler arasında karşılaştıran çalışmalar eşcinsel ve lezbiyenler arasında ruhsal hastalıkların daha yüksek oranda olduğu bilinmektedir. Tek fark, eşcinsel kişilerin kimliğini gizleyerek, farklı bir kimlikle kendisini karşıtı cinsellmiş gibi takip ederek yaşamış; eşcinsel olduğu bilinen ve bu nedenle bulundukları ortamda bazı kişide maruz kalmaları veya içselleştirikleri homofobi ile depresyon ve travma sonrası stres bozukluğu başta olmak üzere farklı anksiyete bozuklukları heteroseksüellere göre daha yüksektir. Sıyalar ruhsal hastalıklarla yalıtılması, kişinin kendisini olumsuz değerlendirmesi, kabul edememesi kendi içselleştirikleri homofobisinin rolünün dikkate alınması ve koruyucu ruh sağlığı açısından gerekli önlemler alınması ihmal edilmemelidir.


**Homofobi**

Türkiye, cinselitin ve cinsel yönelimlerin zor ve ağır yaşandığı, kendi cinsine yakınlığı duyan GLB bireylerin kimliklerini görünmez tutarak yaşaman zorunda kaldığı, homofobik bir ülkedir.


**Tedavi-Müdahale**


Eşcinsellik bilimsel olarak bir hastalı olarak görülmemekle birlikte eşcinsel olduğu bilinen erkeklerle askerlik yaptrimaz. Askerlik muayenesi sırasında, eşcinselliğin kanıtlanması için kişinin cinsel kimliğinin; kendi cinsiyetinden biri ile olduğunu görsel malzemelerle belgelenmesi istenmesi tip ahlakına uygun değildir.


Bütün sağlıklı insanlar “iyi” bir kışi olmak, bir gruba ait olduğu hissini yaşaman ve sosyal olarak kabul görmek ister. Aynı zamanda yakınırlık (intimacy) gereksinimleri vardır. Kimliklerin gizlenmesi mutsuzluk pahasına olur. Diğer yandan homofobik bir ortamda açığa çıkma tehlikesi olduğunu ve zordur, ayrıca kişi yersiz yere kendini suçlu hissedebilir. Son yıllarda sayıları artan Lambda, Kaos GL gibi sivil toplum kurulularında, kendine yardım grupları, gençleri ve aileleri bilgilendirmek ve destek/paylaşım sağlamak için önemli bir kaynak sağlamaktadır.

Transseksüelit


Cinsel kimlik konusunda çalışan uzmanlar arasında transseksüelünün bir hastalık olmadığı ve hastalık sınıflandırmalarından çıkarılması gerektiğini ileri sürenler bulunmaktadır. Transgender terimi klinik ve tıbbi bir yorumun sınırlıklarını aşmak ve geçiş ya da ara durumların da dikkate alınması gereken durumlar olduğunu daha anlaşılır kılmak için geliştirilmiş ve giderek daha çok kullanılmaktadır. Transseksüel bir kışın cinsel kimlik bozukluğu başlığı ile ruhsal hastalıksını sınıflandırmalarında yer almaktadır. Ruhsal hastalıklar arasındaki kalmış savunan yazarların temel savı; transseksüel kışların Farklı Cinsel Kimlikler 321
tibbi ve cerrahi girişimlerin yapılması için talepleri vardır. Doktorların bu tür geri dönüşü olmayan cerrahi yaklaşımlar talep edilen durumlarda kişinin kendisini diğer cinsiyetten olarak hissetmesinin bir ruhsal hastalık belirtisi olmadığını ve sürekli taștığı değerlendirmeleri gerektiği ileri sürülmektedirler.


### Etiyoloji


### DSM-IV, Cinsel Kimlik Bozukluğu Tanı Ölçütleri


### Cinsiyet Değiştirmeye Ameliyatlarında Standart Değerlendirme, Karar Verme ve Bakım İlkeleri

tartışılacaktır Henry Benjamine Cinsiyet Değiştirme ameliyatlarında standart değerlendirilme, karar verme ve bakım ilikleri ilk kez 60’lı yıllarda yayınlanmış ve sürekli olarak güncellenmektedir.

**Genel İlkeler:** 18 yaş üstünde olmak, geri zekalı veya psikotik olmamak, bir psikiyatri kliniğinde ruhsal durumu ve ameliyatla ilgili beklentileri açısından incelemiş; endokrin, ürolojik veya jinekolojik ve genetik yönde değerlendirilmesi olmak, bir yılda uzun bir süredir gerçek yaşamda geçtiği cinsiyetin rol ve davranışları ile yaşamak.

Cinsiyet değiştırme, geri dönüşünü olmayan bir süreç olduğu için psikoterapi eğitimi görmüş ve cinsel kimlik bozuklukları konusunda deneyimli klinisyenler tarafından, yazılı olarak, önerilmelidir.

**Hormonal Cinsiyet Değiştirme:** Transseksüel kişilerde hormon kullanımının amacı kişinin gonadal cinsiyetine ait seks özelliklerinin ortadan kaldırılması ve kişinin kendisini ait cinsiyete ait seks özelliklerini sağ意识形态 da beklenir. Kadınlara androjen hormon tedavisi verilmesi ile erkeğe ait görüntü sahibi olmak mümkündür. Hormon tedavisine başlanmadan, hastaya bu tedaviyi etkileri ve yan etkileri hakkında bilgi verilmelidir. Bir transseksüle ne zaman hormon tedavisi başlanacağını ruh sağlığı uzmanından önerilmelidir. Hormon tedavisi endokrinoloji uzmanı tarafından başlama ve kontrol edilmelidir.

**Ameliyat Kararı:** Hormon kullanımı ile değişim ikincil cinsel özelliklere ve bedeninde oluşan değişikliklere kişilerin tepkisi ve sosyal uyumun gözlenmesi, yeni cinsel kimliğini tümüyle benimsemiş olan ve bundan sonra yaşayacağını bu kimlikle uyum içinde geçirebileceği yargısına varılan tefsirine cinsiyet değiştirici ameliyatı hazırlığı yapmadan rapor düzenlenmelidir. Bu rapor bir sürelik izleyin olmak üzere üç ruh sağlığı uzmanı tarafından hazırlanmalıdır.

Cinsiyet değiştirme ameliyatı için, hastanın en az 12 ay süreyle karşısında cins sosyal kimliklendirilmesi, sosyal uyumunun daha iyi olduğu belirtilmektedir.

**Yasal Süreç:** Türk Medeni Kanunu’nun 40. maddesi ile 2000 yılında yapılan düzenleme ile cinsiyet değiştirme ameliyatları controversia yaşar olarak işin verilmiştir. İlgili maddede “Cinsiyetini değiştirmek isteyen kişi önce mahkeme başvuruda bulunarak mahkemece cinsiyet değişikliğini özür vermesini ister. İzin verilebilmesi için, istem sahibinin 18 yaşını doldurmuş ve evli olmaması; ayrıca transseksüel yapıda olup, cinsiyet değişikliğinin ruh sağlığı açısından zorunluluğunu ve eşyeye yeteneğinden sürekli biçimde yakın bulunduğunun bir eğitim ve araştırma hastanesinden alınacak resmi sağlık kurulu raporuyla belgeleneşi şarttır” denilmektedir. Sürekli olarak esyeye yeteneğinden yakın olmanın transseksüel yapıda olup ise ilişkisi olmadığı halde kananda yer almış olması bilimsel bir hata olup, pratikte de rapor düzenlenirken sorun çıkarmaktadır.
Verilen izne bağlı olarak amaç ve tıbbi yöntemlere uygun bir cinsiyet değiştirme ameliyatı gerçekleştirildiğinin resmi sağlık kurulu raporuyla doğrulanması halinde, mahkemece nüfus sıklında gerekli düzeltmenin yapılmasına karar verilir.

Kliniğimizde iki yıllık bu değerlendirme sürecinde grup psikoterapisi uygulanmaktadır. Bu gruplar bir yandan kişinin cinsel kimliği ve diğer özelliklerinin değerlendirilmesini sağlarken, diğer yandan benzer sorunları olan kişilerle tanışma olanağı vererek öz-yardımcı grubu özelliği de taşyabilmektedir. İyi hazırlanmış ve ameliyata uygun olan transseksüellerde ameliyattan sonra yaşam kalitesinin arttığı ve intihar riskinin daha düşüktü olduğu bildirilmiştir

Kaynaklar


**Mizaç**


Mizaç kişiliğin daha katı olan çıkarıldığı teşkil etse de, tek belirleyeni değil: Biogenetik ve perinatal öğelerin belirlendiği bu birincil yapısal olasılıklar bataryası, ortamın koşul ve olanaklarıyla şekillenirler.

**Karakter**


**Kışilik**

**Psikodinamik Bakış**


İşlevi ve Bozukluğu


KB, Kışılığın Yetersiz ve/veya Çarpık İşlevselliğine İşaret Eder: Bireysel şekilde, tek-boyutlu ve karikatürize, çevreye işlevsel uyum bozuk ve patolojik, otomatizasyon rijid, kapalı ve tek-ileşmli, yaratıcı açıla tüm ve ahlamın ketlenmiş ve güdüktür. KB gösteren kişiler, yaşamın renklerine ve gereklerine, yaratıcı uyum sağlayamazlar. “Yeni” uyanınlara, “eski” rijid yanlarını korumak için tekrarlarlar; mevcut sorunları gidermek yerine daha da ağırlatırlar.

Tanımlandırma ve sınıflandırma, DSM sistemini takip edeceğiz. Çok-eksenlilikli tercih etmeyen ICD-10’da, KB tanları ve tanı ölçütleri, büyük ölçüde DSM-IV sınıflaması ile uyummaktadır. DSM’nin temel farklığı, Kışılık Bozuklukları’nın 1980 yılından bu yana sendromal bozukluklardan ayrı bir ekse kodlamasını. Bu ayrıış-
Kişilik Bozuklukları DSM-IV-TR Genel Tanı Ölçüleri

A. Kişinin içinde yaşadığı kültürün beklentilerinden belirgin olarak sapan, sürekli davranış ve iç yaşamı örüntüsü. Bu örüntü, aşağıdaki alanlardan ikisinde (ya da daha fazlasında) kendini belli eder:
   1) biliş (kognisyon) (yani, kendini, başka insanları ve olayları algılama ve yönlama yölleri)
   2) duygulanım (afektivite) (yani, duygusal tepkilerin görülme aralığı, yoğunluğu, değişkenliği ve uygunluğu)
   3) kişilikerarasi işlevsellik
   4) dürtü kontrolü

B. Bu örüntü esneklik göstermez ve çok çeşitli kişisel ve toplumsal durumları kapsar.
C. Bu sürekli örüntü, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıyı ya da toplumsal, meslekli alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya yol açar.
D. Bu örüntü değişmez, uzun süredir vardır ve bağımsız en azından ergenlik ya da genç erişkinlik döneminin uzanır.
E. Bu örüntü, başka bir mental bozukluğun görünümü ya da sonucu olarak açıklanamaz.
F. Bu sürekli örüntü, bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen ya da tedavi için kullanılan bir ilaç) veya genel tibbi bir durumun (örn. kafa travması) doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı degildir.

Bu genel tanı ölçütleri, herhangi bir özgül KB’na yaklaşmada, gözetilmesi gereken fon bilgisidir.

bitten başka şey olmayan, farklı “öteki”ne ait algı duygu/düyüş/davranış semati-

zasyonlar gibi gözüküebilir. Ancak bu sapmalar içerdiği sıkıntı, umum zorlukla-

dır, yeni açılım ve çözümleme kapalı olma, kısıtlanmışlık halı ve işlevsellik kaybı, hem birey, hem de çevre için bu sorunlu varoluş modellerini patolojik tanımlama-

lara zorlar. Bu bağlamda KB, “sürengen hastalık” tanımlamasına karşılık gelir.

KB yaşam kalitesini bozar. Bu tanıının istatistiksel çarpışığı, düşük eğitim düzey-

yi, düşük evlilik oranı, düşük sosyoekonomik düzey, sorunlu cinsellik/birlikler, yüksek alkol-madde bağımlılığı, yüksek eğilimler, yüksek intihar riski, yüksek psikiyatrik rahatsızlık, yüksek mutsuzluk oranlarıdır. KB sorunlu bireye, ailesine, çevreye ağır yük türür; or-

taya çıkması ve sıkılığı, tüm ırklarda aynıdır. Bozuluk olgusundaki olmayan, kişilık yapısındaki bazı, bireysel ve sosyal işlevsellik bozulucu eğilmenin varlığı, da-

ha az yoğun ve şiddetli sorunlara sebep olacak verseler de, toplamda ağır sıkıntılar ve ahlaki ve felsefik olarak yuva bulamazlar.

KB profillerinde karşılaştığımız, zayıf ve kırık narsistik nüveleri koruma gayretiyle inşa edilmiş, kat sürdürüvä mekanizmalarının oluşturduğu yapılar vardır. Korumacı kişilik zirhının altındaki yoğun anksiyete, psikososyal gelişme de ilkel düzeyde (erken) tahliyelere sonucudur. Deskriptif psikiyatrinin KB tanısına, kla-

zik psikoanalitik sınıflandırmayı en yakın patoloji grubu, “karakter nörozlar”dır.

Sorunlu bir doymum-uyum gerilimini taşıyor olsa da, KB kendi içinde tutarı ve anlamlı çözüm girişimlerini kurumlaşması ve kemiğlemesidir. Derinlerdeki bi-

linçdışı arzu ve korkuların sürdürdüğü ilişkileri, en erken ilişkilerdeki kete-

leyici ve zorlayıcı yaşamın anksiyeti, psikokültür gelişime ilkel düzeyde (erken) takımların sonucudur. Deskriptif psikiyatrinin KB tanısına, klas-

rik psikoanalitik sınıflandırmayı en yakın patoloji grubu, “karakter nörozlar”ı.

Sorunlu bir doymum-uyum gerilimini taşıyor olsa da, KB kendi içinde tutarı ve anlamlı çözüm girişimlerini kurumlaşması ve kemiğlemesidir. Derinlerdeki bi-

linçdışı arzu ve korkuların sürdürdüğü ilişkileri, en erken ilişkilerdeki kete-

leyici ve zorlayıcı yaşamın anksiyeti, psikokültür gelişime ilkel düzeyde (erken) takımların sonucudur. Deskriptif psikiyatrinin KB tanısına, klas-

rik psikoanalitik sınıflandırmayı en yakın patoloji grubu, “karakter nörozlar”ı.

Sorunlu bir doymum-uyum gerilimini taşıyor olsa da, KB kendi içinde tutarı ve anlamlı çözüm girişimlerini kurumlaşması ve kemiğlemesidir. Derinlerdeki bi-

linçdışı arzu ve korkuların sürdürdüğü ilişkileri, en erken ilişkilerdeki kete-

leyici ve zorlayıcı yaşamın anksiyeti, psikokültür gelişime ilkel düzeyde (erken) takımların sonucudur. Deskriptif psikiyatrinin KB tanısına, klas-

rik psikoanalitik sınıflandırmayı en yakın patoloji grubu, “karakter nörozlar”ı.

Sorunlu bir doymum-uyum gerilimini taşıyor olsa da, KB kendi içinde tutarı ve anlamlı çözüm girişimlerini kurumlaşması ve kemiğlemesidir. Derinlerdeki bi-

linçdışı arzu ve korkuların sürdürdüğü ilişkileri, en erken ilişkilerdeki kete-

leyici ve zorlayıcı yaşamın anksiyeti, psikokültür gelişime ilkel düzeyde (erken) takımların sonucudur. Deskriptif psikiyatrinin KB tanısına, klas-

rik psikoanalitik sınıflandırmayı en yakın patoloji grubu, “karakter nörozlar”ı.

Tanı

Organisite taramasında yardımcı olarak nöropsikolojik batarya, EEG, BT, MR, PET, SPECT gibi yöntemler, KB’nda bazı spesifik ve nonspesifik bulguları göz önüne sererse de, asıl önemi, tbbi nedenlere bağlı ikinci kişilik değişimlerini ayırdetmeye olanak vermeleridir. Projektif testler (Rorschach, TAT, DAP / HTP vb.) kişilik yapılanmasını, eksiklik ve çatışma profilierini ve savunma mekanizmalarını tesbitte yardımcıdır. MMPI-PC, SCID-II, DIPD, DIB-R, TCI (Mizaç ve Karakter Envanteri) benzeri soru formları, yapılandırılmış görüşme formalarında gözden kaçabilecek noktaları değerlendirilme imkânı verir.

DSM-IV-TR, Kişilik Bozukluklarını üç özgün kümede ayırır. Bu ayırıştırma, tüm DSM sistematolojisi gibi, etyopatogenetik sınıflama kaygılarından uzak bir fenomenolojik yaklaşımın ürünüdür:

A-Kümesinde, Paranoid (PKB), Şizoid (SKB) ve Şizotipal (ŞTKB) Kişilik Bozuklukları yer alır; yabancılaştırıcı bir his veren, uzak, garip, tuhaf, sıradışı kişilik yapıları sergilerler. B-Kümesi Kişilik Bozuklukları, Antisosyal (ASKB), Narsisistik (NKB), Snur/Borderline (SKB) ve Histrionik (HKB) alttıklarına olusur; dürüstü-leiliği, duygusallığı dramatik şekilde ön plana çıkartan, gürültülü, çalkantılı tarzda, labil, tutarsız ilişkiler ortak noktalarıdır. C-Kümesinde, Kaçışan/Çekingen (KKB) ve Bağımı (BKB) Obsesif-Kompulsif (OKKB) Kişilik Bozukluklarını görüyoruz; kor-ku ve kaygının belirlediği, iç huzursuzluğunun dışarıya en açık şekilde yansıtığı kişilik patolojisi tabloyu belirler. Dördüncü bir ek grupta, bu üç kümede girmeyen,
Başka Türü Adlandırılamayan (BTA) KB profillerini (Karışık KB, Depresif KB, Pasif-Agresif KB, Sado-Mazohistik KB, Sadistik KB vb.) toplayabiliriz. 

Kışılık Bozukluklarının, Eksen-II içi eştanışı çok yüksektir: Aynı kişide, mevcut 10+1 ana KB profilden sıklıkla 4-6 tanı bir deniden konulabilir. Pratikte gözlemlediğimiz, farklı kısılık özelliklerinin biraradalarıyla ortaya çıkan karmaşık tipolojilerdir. Bu durum, klinik/kategorik sınıflamaların gereksinimi tanı yöntemlerinin yetersiz özgünlüğüyle ve KB tanılarındaki ihtiyarî ayrıflamalarla bağlantılıdır.


**Şizoid KB** örtünlü toplumsal ilişkilerden kopma ve başkalaryla birlikte olunan ortamlarda duyguların anlatılmasında kısıtlıkla birliktedir. Bu kişiler ailenin bir parçası olamadığı gibi, yakın ilişkilere girmeyi de istemezler; yakınınlarmaktan zevk almazlar. Aşırı uyarılardan kaçmır; her zaman tek bir etkinlkte bulunmayı ışıklar. Tek başına girişikleri faaliyetlerde başarılı olabilirler. Cinsel deneyim yaşamaya karşı ilgileri azdır. Çok az etkinlikten zevk alırlar. Birinci derece akrabaları


ŞTKB’nun genel toplumda görülme sıklığı %3.0’in altındadır. Hezeyanlı Bozuklukta, Şizofreninin akut veya rezidüel döneminde, Psikotik Özellikle Duygudurum Bozukluğu’nda israrlı, açık psikotik belirtilerin varlığı, Yaygın Gelişimsel Bozukluk kategorisinde Otistik Bozukluk ve Asperger Bozukluğundaki çok şiddetli sosyal bozulma, basmakalp davranış ve ilgiler, İletişim Bozukluklarında dengeleyici illetişim çabası ve dilde şiddetli bozulma ayırıcı tanıda yardımcıdır. Şizoid KB ve Paranoid KB’nda bilişsel-algısal çarpımlar ve tuhaflık ön planda değildir. Narsisistik KB’nun sosyal kapanılığı, kusurlarının farkedileceği korkusuyadır. Smr KB dürüstel ve manipülatif davranışlarla, Kaçışan KB uzaklaşmanın, utanç ve red korkusuya belirleniyor olmasıyla ayırt edilir. Genel Tibbi Duruma (örn. İnteriktal Temporal Lob Epilepsi) Bağlı Kişilik Değişikliği, Paranoid Tip ve Kronik Madde Kullanımıyla gelişen belirtiler arasında da benzer patolojilere rastlanır. Ergenlik dönemi sırasında görülen şizotipal özelliklere, döne özgü duygusal kargaşa eş-
lik eder. Bazı yabancı kültür ve alt-kültürel inanç, ritüel ve tavırlar da yanlış olarak Şizotipal KB tanısını düşündürülebilir. Şizotipal KB’nun, Şizoid KB, Parano- id KB, Smr KB ve Kaçangkan KB ile eşleşmesi sıktr.


Antisosyal KB (ICD-10’da ‘Dissosyal KB’) eskilerin ‘psikopati’, ‘sosyopati’ tanılarının karşılığıdır. 15 yaşın altında süregelen, başlıkların haklarına saygılilik ve sairlik örüntüsüdür. Yasalara uygun toplumsal davranış biçimi ayak uyduramama, tutuklanmaya neden olan eylemlerin tekrarlanmasına kendini gösterir. Yalancılık, sahteçilik, dolandırıcılık, kişisel çıkarı ve zevki için başlıkların aldatma ile belirlili dürüst olmayan tutum tipik özellikidir. D ürtüse, gelecek için uzun soluklu tasarrurlar yap(a)mama, yineleyen kavgadövüş ya da saldırılara neden olan sinirlilik ve saldırganlık, ne kendisinin ne de başlıklarının güvenliği konusunda duyarlı olmama, bir işi sürdürülen tutum tipik özellikidir. Dürütüse, gelecek için uzun soluklu tasarrurlar yap(a)mama, yineleyen kavgadövüş ya da saldırılara neden olan sinirlilik ve saldırganlık, ne kendisinin ne de başollarının güvenliği konusunda duyarlı olmama, bir işi sürdürülen tutum tipik özellikidir. Dürütüse, gelecek için uzun soluklu tasarrurlar yap(a)mama, yineleyen kavgadövüş ya da saldırılara neden olan sinirlilik ve saldırganlık, ne kendisinin ne de başollarının güvenliği konusunda duyarlı olmama, bir işi sürdürülen tutum tipik özellikidir. Dürütüse, gelecek için uzun soluklu tasarrurlar yap(a)mama, yineleyen kavgadövüş ya da saldırılara neden olan sinirlilik ve saldırganlık, ne kendisinin ne de başollarının güvenliği konusunda duyarlı olmama, bir işi sürdürülen tutum tipik özellikidir. Dürütüse, gelecek için uzun soluklu tasarrurlar yap(a)mama, yineleyen kavgadövüş ya da saldırılara neden olan sinirlilik ve saldırganlık, ne kendisinin ne de başollarının güvenliği konusunda duyarlı olmama, bir işi sürdürülen tutum tipik özellikidir. Dürütüse, gelecek için uzun soluklu tasarrurlar yap(a)mama, yineleyen kavgadövüş ya da saldırılara neden olan sinirlilik ve saldırganlık, ne kendisinin ne de başollarının güvenliği konusunda duyarlı olmama, bir işi sürdürülen tutum tipik özellikidir.
ve Smr KB’nda dürtüsel saldırganlık belirleyici değildir ve önceleyen Davranım Bozukluğu yoktur. Paranoid KB’nda çıkar değil, intikam ve hiç saldırganlığın temelindedir. Sadistik KB’nda, nesne umursamazlığı ve çıkar yerine, özellikle nesnelerde odaklanmış eziyet ve aşağılama birincildir. Davranım Bozukluğu göre daha hafif patoloji ve Erişkin Antisosyal Davranışı fonda KB patolojisinin yokluğuyla ASKB’ndan ayrıldırdı. ASKB komorbidite tablosunda Narsisistik KB, Histrio-nik KB, Smr KB ve Sadistik KB ile sık karşılaşıyoruz.

**Smr (Borderline) KB,** kişilerarası ilişkilerde, benlik algısında ve duygulandırma tutarsızlık ve belirgin dürtüselliğin flekillendirdiği sürekli örüntünün tanıdır. Gerçek ya da kurgusal bir terk edilmeyi engellemek için çabalar gösterme, ilişkisi yükseltme ve degrersizleştirmeye kutuplar arasında gidip gelen, genç ve tutarsız kişilerarası ilişkiler, yaşamalın önemi haiz doyurulamaz nesne açılışının merkezi konumuna işaret eder. Kimlik kargaşası, belirgin ve sürekli, tutarsız benlik alışı veya kendilik duymunu ile kendini gösterir. Dürütüellen, kendine çıldı zararlar verme olasılığını taşır. Yineleyen intihar tehditleri ve girişimleri veya kendine zarar verme gibi davranışlarda, ilişki nesnelerini etkileyip oradaki belirtiler SKB tablosunun oluşturan diğer öğelerdir.

SKB’nun genel toplumda görülme sıklığı kadınlarda %1.5, erkeklerde %0.5’tir. Ayırıcı tanıda çok sık karşılkılık yaratan Duygudurum Bozuklukları’nda, manipülatif davranışlar ve tekikellsik daha azdır. Histrionik KB, kendine zarar verme davranış, boğuluk/yalnızlık duyuguları ve yakın ilişkide öfkeli grupların belirleyici olmasına rağmen. Antisosyal KB’nda manipülatif eylemler, ilgi ve yakınıluk için değil, güç ve çıkar için. Narsisistik KB ve Paranoid KB’nin tutarlı kişilik yapısı, düşük dürtüsellik ve dışuk red kaygısı SKB’nda yoktur. Şizotipal KB düşük teksikellik ve tuhaflıkta sürengenlik gösterir. Bağımlılı KB terkedilme tehdidine itaat artışı ve ilişkileri kopar yeni nesne arayışı ile yant verir. Genel Tibbi Duruma Bağılı Kişilik Değişikliği (Labil Tip), Kronik Madde Kullanımı ile birlikte gelişebilen belirtiler, ikincil kişilik değişikliklilerdir. Kimlik sorunları, gelişimsel bir geçiş evresiyle iliskili ve daha hafif seyirlidir. Smr KB tanısına en sık eşlik eden KB tanları, Histrionik KB, Antisosyal KB, Narsisistik KB, Paranoid KB, Şizotipal KB ve Bağımlılı KB’dur.

HKB’nun genel toplumda görülme sıklığı % 2.0-3.0 arasındadır. Sınır KB, boşluk hissi, kendine zarar verme, yakın ilişkilerde öfke kopuşları ile, Narsisistik KB, üstünlüğünün onaylı olarak övgü beklentisi ile, Antisosyal KB, ilgi için değil güç ve çıkar için manipülatif davranış ile, Bağlı KB, gösterişli duygular olmadan, bakım için bağımsız davranış ile HKB’ndan ayırt edilir. Genel Tibbî Duruma Bağlı Kişilik Değişikliği (Dezinhibe Tip), Kronik Madde Kullanımı ile birlikte gelişebilen belirtiler de HKB tablosunu taklit edebilirler. Histrionik KB tanılarıyla birlikte en sık KB tanıları sunlardır: Smr KB, Narsisistik KB, Antisosyal KB, Bağlı KB.

Narsisistik KB düşümlerde ya da davranışlarında marazi bir üstünlük duygusu, beğenilme gereksinmesi ve empati yapamamının tanımladığı bir örtüntüdür. Çok önemli ve değerli olma duygusu, gerçek ya da kurgusal barlar ve yeteneklerin abartılmasına eşlik eder. Narsisistler mutlak başarı, güç, zeka, güzelüllük, kusursuz sevgi düşümlerini üzerine hayal kurarlar, "özel" ve eşsiz olduklarını, ancak kendi üstün benzerleryle ilişki kuramazlar. Çok beğenilmek isterler; karıflaçın bir şey vermeden, her durumda her şeyi ‘doğal olarak’ haklarını olmaya inanırlar ve bunun kabulünü beklerler. İlişkileri kendi çıkarları için kullanırlar; empati istek ve yetileri yoktur. Başkalarını kısırılanlar ya da kısırılıkları önler. Küstah, kendi davranışlarını kâşırarak, giderek yalnızlaşmalarına neden olur.


Genel toplumda görülme sıklığı NKB için % 1.0’ya indirildi. Manik / Hipomanik Epizod’un büyüklenmeciliğinin duyuguruma ikinci olmuştu, Smr KB’ndaki tutarsız kendilik imgesi, dürtüsevlik ve reddedilme kaygısı, Antisosyal KB’nun suç davranışında, dürtüselleştirilmiş ve saldırısal görünen belirtilerini dansa taşımaya, hırsızımsız navigasyonun fiiliyetini, Sınır KB’ndaki tutarsızdır. Sınır KB’ndaki suç davranış, yakın ilişkileriVEN, Antisosyal KB’ndaki mesafeli ilişkilerin paranoid koşullarla ilintisi, Obsesif-Kompulsif KB’nun mükemmel olamayan mükemmel yeteneklerinin, NKB’ndaki ‘doğal’ mükemmel duygusuna karşıtlığı, ayrıntılı tanıda yardımcı olur. Genel Tibbî Duruma Bağlı Kişilik Değişikliği (Labil Tip) ve Kronik Madde Kullanımı ile birlikte gelişebilen belirtiler etyolojik etkenlere ikiçildir. Narsisistik KB’na en sık eşlik eden KB tanıları, Smr, Antisosyal, Histrionik ve Paranoid KB’du’r.

Kaçanın KB tipolojisi, toplumsal ketlenme, yetersizlik duyguları ve olumsuz değerlendirmeye aşındırmaya ikiliildir. Eleştirilmeye, beğenilimeme, dışlanma korkuları yoğun ilişkilerarasi ilişki gerektiren etkinliklerden kaçınmaya neden olur. Sevildiğinden emin olmakda insanlardan uzak durma, mahşur duşme korkusuya yakar ilişkilerde tutuklu, eleştirilme ya da dışlanma konusunda vesvese, yetersizlik duyguları yüzünden yeni ilişkilerde ketlenme, toplumsal becerisizlik ve değişiklik duyguları, küçük duşme endişesiyle kişisel girişimlerden kaçınınca bu insanların karakteristikidir.
KKB, genel toplumda %0.5-1.0 sıklığında. Tanında sıklıkla ortüstüği Yaygın Tip Sosyal Fobi’den, bu bozuklukta mevcut olan kaygının sosyal performans ile ilişkisi ve yüz kizzarmasına ek, bedensel anksiyetelerin varlığı ile ayrılır. Agorafobi ile birlikte Panik Bozukluğu, panik ataklarla başlar; Bağımlı KB sağlıklıme/esirgeme ümidi ve kaygılanır, Sizoid KB ve Sizotipal KB’nda toplumsal çekilme tercih edilen bir tutumdur. Paranoid KB bakımalarının kötü yeteninden kusultanma, güvenceliğin, ve yetersizlik duyugunun olmamasıyla farklılık gösterir. Benzer kişilik patolojileri ikinci olarak, Genel Tibbi Duruma Bağılı Kişilik Değişikliği ve Kronik Madde Kullanımı ile birlikte gelişebilen belirtirilere gözükebilir. Kaçangkan KB en sık Paranoid, Sizoid, Sizotipal ve Paranoid KB tanıklarıyla birlikteleşir.

Bağımlı KB’ndaki sağlıklıme ve bakım gereksinmesi, aşırı uysal ve yapıılan davranış ve ayrılmaya korkusuna yol açacak kadar şiddetlidir. Bağımlı kişilikler, bakımalarının destek ve yönlendirmesi olmadan gündelik kararların vermede güçlük çekerler; yaşamın önemli alanlarında sorumluluk almak için bakımalarına gerekşinir, desteğini yitireceği ya da reddedileceği korkusuya bakımalaryla aynı görüşü paylaşmalarını söyler. Referans nesnelerinin bakım ve desteğini sağlamak için hoş olmayan ya da onu kırcı şeyler yapacak kadar aşırı bir gider. Kendine bakmayı korkusu, tek başına kaldıklarında çaresizlik hissettirir. Yakın bir ilişki sonlandığında bakım ve destek kaynağı olarak derhal başka ilişki arayışı ve kendine bakım durumunda bırakılacağı korkular üzerinde gerçekçi olmayan biçimde kasta manera tipiktir.


dilerine, hem de başkalara cimri davranırlar; para harcanmamalı, gelecekteki olumsuzluklar için bir güvence olarak biriktirilmelidir. Katı, inatçı ve tutucudur.

OKKB’nda genel toplum görülme sıklığı %1.0’ın altındadır. Ayırıcı tanda, benilige-uyumsuzluk; obsesyon ve kompulsiyonların mevcudiyeti Obsesif-Kompulsif Bozukluğu, OKKB’ndan ayrılır. Şizoid KB’nun yakın ilişki kurma yetersizliği ve talepkâr olması, Paranoid KB’nda rijid, israrlı tutunun güvensizlik ve kuşkudan gelmesi, Narsisistik KB’nun mükemmeliyetçilik yerine ‘kendiliğinden’ mükemmel duygusu, Antisosyal KB’ndaki katılının kuralçılığı ve tutarlı olması, keyfiliği; cimrilik ve sertliğin yalnızca başkalara karşı ifade bulması, Depresif KB’ndaki degersizlik duygusu ve depressifitenin mükemmel olamaması ve tükenmişliğe ikinci olmaz, Pasif-Agresif KB’ndaki kıskıntı ve örtülü saldırı ile, bu durumda Deprimdendiğinde, Kiflik Profilleri ve Kronik Madde Kullanımı ile birlikte gelişebilen belirtiler, esas nedene ikiçildir. Obsesif-Kompulsif KB en sık Paranoid, Depresif ve Pasif-Agresif KB ile birlikte tanı alır.


Pasif-Agresif KB, toplumsal ve mesleki ortamlarda, rutin görevlerde yeterli performans için taleplere yaygın olumsuz tutum ve edilgen direnç örtüntüsü ile kendini gösterir. Yanlış anlaşıldığı ve değerinin bilinmediği duygusu vardır. Somurtkan ve kavgacı olabilirler; haksız yere otoriteyi eleştirir ve küçümser, şanslı olduğunu düşündükleri kelime karşısında abartılı ve israrlı yakınlara dille getirir ve düşmanca karşı gelme ile suçluluk duyguları arasında salınır.

Karşıklık KB tanısı, herhangi bir özgül KB’nun tanı ölçütlerini tam karşılama, ancak, birlikte, klinik açıklandan belirgin sıkıntıya ya da önemli işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olan birden çok özgül KB özelliklerinin bulunduğu kiflik profillerine karşılık gelir.

Genel Tibbî nedenler, kronik psikoaktif madde kullanımı, ağrı/kronik fizik ve psiko-sosyal travmatizasyonlar, ikinci kifilik değişikliklerine yol açabilir.


Kafa İçi Lezyonlara İkincil Kışılık Değişikleri olarak, frontal lob lezyonlarının, dezinhibisyon, impulsivite, labilitet, öfo, kışgınlık, flüphelicilik, yargılama bozukluğu, soyutlama yeteneğinin zayıflaması ve abuli, temporal lob tutulumlarında patolojik dindarlık, şiddet meyil, hiperfaji, hipersekülatle, oral otomatizmler, parietal lob lezyonlarında ilkel inkâr ve öfo, limbik sistem tutulmasında emosyonel değişkenlik, öfke, depresivite ve impulsivite ile karşılaşıyoruz.


Yaygınlık

KB yaygınlığı oldukça yüksektir: Araştırımlarda patolojik olarak nitelendirilen ölçütlere değişkenliğe bağlı olarak, %7 ile %23 arasında (medyan: %10.5) değişmektedir. Daha da önemlisi, psikiyatrik tedavi hizmetlerinden yararlananların yaklaşık %50 sinin KB taşıyıcı olduğu gereğidir. Psikiyatrik hospitalizasyonların %15’inde, KB birincil yatış nedenidir. Böylece yüksek yaygınlığın yanı sıra, standart tedavi yöntemlerinin bu kişilerde yetersiz kalması, yanı biyo-sosyo-psikoterapötik her türlü tedavi uygulamasında, özel bir altbaşlık altında ele alınmaları gereği, konunun önemine işaret etmektedir.


Etiyopatogenez

Biyo-psiko-sosyokültürel ço¤ul nedensellik modeli herhalde en a¤›rl›kl› olarak KB için geçerlidir. Biyolojik akrabalarda tan› yak›nl›klar›, kimi Kiflilik Bozukluklarında k›smi kalıtsal geçif, tek yumurta ikizlerinde yüksek efl-hastalanma ve baz› nöro-fizyolojik/nöropsikolojik bulgular biyolojik nedenselli¤i ön plana çikarrken, psiko-sosyal gelişimde (bazen çok a¤›r) travmatizasyonlar, fizik ve/veya sosyal koçul- ların yetersizliği/uygunsuzluğu, işlevselli¤i bozuk, patolojik aileler, aile fertlerinde (nonspesifik) psikiyatrik bozukluklar, erken dönemde fiziksel/cinsel/psikolojik istismar öyküsü gelişimse etkenlere dikkati çeker.

Spektrum Bozuklukları bağlamında ele alındığında, Eksen-I Sendromlarının minör formları olarak KB grubunun, majör tabelorların etyopatogenezini paylaflt›¤› düşünülebilir: Şizofreni ile Şizotipal KB ve Şizoid KB, Hezyanlı Bozukluk ile Paranoid KB, Majör Depresyon ile Depresif KB ve Smir KB, Siklotomi, Bipolar Bozukluk ve Mani ile Narsisistik KB, Histrionik KB ve Antisosyal KB, Obsesif-Kom-pulsif Bozukluk ile Obsesif-Kompulsif KB, Sosyal Fobi ile Kaç›ngan KB, Agorafobi Panik Bozukluk ile Ba¤›ml› KB bir yelpaze üzerinde, benzer biyo-psiko-sosyal nedenselli¤e sahip farklı eksen patolojileri olarak ele alnabilir.

PSIKODINAMİK MODEL uyar›nca hemen tüm KB’nin psikodinamik / etyopatogenetik fonunu Smir (Borderline) Ki§ilik Örgütlenmesi belirler.

Smir Ki§ilik Örgütlenmesi, 1- anksiyete toleransı, impuls kontrolü ve gelişmiş sublimasyon kanallarının eksiklik veya yetersizli¤iyle kendini gösteren benlik za-y›flığı, 2- birincil süreç düflüncesine yat›klık, 3- bölme (splitting), ilkel yüceltme (primitif idealizasyon), yansıtmalı özdeflem (projektif identifikasyon) özellikle ilkel yansıtmalar, ilkel yads›ma, tüm-güçlülük (omnipotans) ve de¤ersizlefltirme (deva-lüasyon) gibi ilkel savunma düzeneklerinin hakimiyeti ve 4- patolojik içsellefltirmiﬂ nesne iliﬂkileri üzerine inşa edilmiş bir “ara” ki§ilik örgütlenmesidir.


Ki§ilik Bozuklukları, zayif ve kürilgan bir narsisistik çekirde¤in, gizlenmesi, korunması, tamir ve tedavi için baﬂvurulan ve amaçma uygun olarak bir patolojî den-ge halini sağlayan, ancak hem sosyal uyumu bozan, hem de yaratıcı açımlarla kete-leyen savunma düzene¤inin belirlendi¤i duruş, eylem ve iliﬂki şemalar›d›r. KB özgül alt-tip fenomenolojilerini şekillendiren, farklı savunma düzene¤inin baskınlayd›r. 
Seyir ve Prognoz


Tedavi

KB gösteren hastalar genellikle tedaviye motive değildirler. Zira kendi temel duygu, düşünce, davranış kalıplarını ve ilişki dinamiklerini mevcut koşullarda “normal” ve olağan addeler (egosintonisite) ve bu hususta israrçılardır: Çözüm için, dış koşulların değişmesi, yani kişinin aynı kaldığı, çevrenin ve ilişki nesnelerinin değiştiği bir alloplastik/heteroplastik model kurulur.


KB tedavisi, psikokaraciğer genelinde kullanılan, - biyolojiği ve sosyopsikoterapötik - tüm yöntemlerle açıklı. Herhangi bir özgül endikasyon olmasa da, geniş KB yelpazesi içinde her türlü psikoaktif ajan kullanım olanağı bulabilir. Sürengen, inatçı veçoğul patoloji (ve alloplastik zorlama) genellikle farklı yöntemlerin eklektik entegrasyonunu, dolayısıyla da uygulayıcı kişi ve kurumların bağlantılı çalışmasını zorunlu kılar.

Psikofarmakoloji

Mevcut KB altyapısında --nedensellik bağlantısı içinde, ya da raslantsal-- gelişmiş ruhsal bozukluklarda tedavinin olası olumu etkisinden, temel kişilik bozukluğuunun mu, eşlikçi bozukluğunun mu yararlandığını saptamak mümkün olmayabilir. Ancak ilaç kullanımı yalnızca eşittir zamanın patolojilerle sınırlı değildir. Bazı KB belirtileri-
ne, olası risklere, ve hatta --spekülatif bir analojik modelde-- çekirdek patolojiye, temel dinamiklere yönelik ilaç uygulamaları da mümkündür.

Kişilik Bozuklukları’nda psikofarmakolojik tedaviyi üç ana başlık altında ele alabiliriz:

1. KB’nun Tedavisi: KB’nun doğrudan psikofarmakolojik tedavi hedefi olarak alınması, yapısal özelliklerinin biyolojik bir model kapsamında açıklanması çabasıyla birlikte edildir. Burada Kişilik Bozukluklarının, major psikiyatrik bozuklukların, minor varyasyonlar olarak ele aldığı spektrum yaklaşımına atıfta bulunabiliriz: Şizofrenik Bozukluklar Spektrumu içinde değerlendirilen ŞTKB, ŞKB, PKB dopaminerjik sistem, Duygudurum Bozuklukları Spektrumunda değerlendirilen SKB, HKB noradrenerjik-serotonerjik sistem patolojileriyle açıklanabilir ve tedavide spektrum anlayışı kullanabilir.


3. KB’na Eklenen Belirti Tepelerinin, Yani Eştanların Tedavisi: Eştanın olan major bozuklukların tedavisiine örnek, KKB ya da OKKB’nda ortaya çıkabilecek major depresyonun ya da anksiyete bozukluğunun, kendi başına, ancak premorbid kişilik özellikleri gözetilerek ele alınmıştır. KB birlikte, bu Eksen-I bozukluklarının alışıldığı tedavi yaklaşımında bazı modifikasyonlar gerektirebilir.

KB ana belirti profilleri, A Kümesinde ağırlıklı olmak üzere, algısal-bilişsel sapmalar ve psikotik belirtiler, B Kümesinde merkezi rol oynayan agresyon, impulsivite ve davranış bozukluğu, yine en ağırlıklı B Kümesinde gözlenen afetif uygunsuzluklar, dalgalanmalar, artışlarla ve C Kümesinin esas tanı ögesi olan anksiyete, tedirginlik şeklinde dört grupta toplanabilir. KB ana belirti profilinere, dopaminerjik, serotonerjik, noradrenerjik, hastanın bağı olmak üzere bütün norotransmitter sistemlerinin katkısı bulunduğu düşünülecek, psikofarmaka yelpazesinin bütününün tedavide rol oynayabileceği görülebilir.

- PARANOİD KB’nun farmakoterapisinde düsük doz tipik/atipik antipsikotiklerden, buşukuculuk, referans fikirleri, kısa psikotik epizod, ajitasyon ve anksiyete için yararlanabilir. Antidepressanlar, dekompensasyonlarda; anksiyolitikler, anksiyete ve ajitasyonda etkilitir.

- ŞİZOİD KB’nda düsük doz atipik antipsikotiklerin, tipiklerden daha yararlı olması beklenir. Antidepressanların, özellikle seçici serotonin gerialım inhibitörlerinin (SSGI) ve psikostimülanların kısıtlı başarıyla denendiği çalışmaları mevcuttur.

- ŞİZOTİPAL KB’ndaki global şizotipi, algısal bozukluklar, referans fikirleri / paranoid düşünme, tuhaf ilişki tarzi, sosyal izolasyon, anksiyete, depreşif özellikler ve impulsivite en iyi, düşük doz tipik ve atipik antipsikotiklere yanıt verir. Antidepressanlar, depreşif kişilik özellikleri ve eştanı olan major depresysonun varlığında kullanılmalıdır.
- ANTİSOSYAL KB’nun en yıkıcı özelliği olan impulsivite ve agresyonun tedavisinde, SSGİ, Lityum, antikonvülsanlar (özellikle nonspesifik EEG patolojisinin varlığında), antipsikotikler ve propranolol kısmi başarıyla denenmiştir. Dikkat Eksikliği - Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) eşi tanısı psikotominların kullanımını gerektirir.

- SINIR KB’nda düşük doz antipsikotikler, impulsivite, agresyon-öfke, depresyon, kısa psikotik epizodların tedavisinde yararlı bulunmuştur. Her türlü antidepresanın (TSA/SSGİ/MAOİ) depressif duyugunun, disfori, öfke, impulsivite, suisdalite ve anksiyolitiklerin kullanımında, anksiyolitikler anksiyöz/depresif belirtilerde kullanılabılır. Anksiyolitikler öfke ve impulsiviteyi artırmaları gibi, SKB’nda bağımlılık riskinin yüksek olduğunu da göz önünde tutarsak benzodiazepin türevlerine temkinli yaklaşımda, DEHB eşi tanısında psikotominların endikasyonu verilir.

- HİSTRİONİK KB’ndaki depressif duyugunun, anksiyeteyi ve somatizasyon antidepresanlara yanıt verir. Antipsikotiklere bağımlılık riski nedeniyle dikkatli yaklaşılmalıdır.

- NARSİSİSTİK KB’nda antidepresanlar, özellikle SSGİ, depressif, anksiyeteyi ve somatizasyonda kullanılabılır. Lityumdan duyugununعالجlamalarında, anksiyolitiklerden anksiyeteyi yararlanılabılır.

- KAÇINGAN KB anksiyetesi ve reddedilmeye karşı başarılı duyarlılık, anksiyolitikler, beta-blokerler, MAOİ ve diğer antidepresanlara yanıt verebilir.

- BAĞIMLI KB’nda, anksiyeteyi ve depresiviteye karşı anksiyolitik veya anti-depresanlar kullanılabılır.


- DEPRESİF KB’nda antidepresanların tedavi hedefi global depresivite, distimi ve tabloya sıkça eklenecek major depresyondur.

- PASİF-AGRESİF KB’nda antidepresanlar depresivite ve somatizasyonda kullanılarak bulabilir. Anksiyolitikler kayığını ve reddedici katı tutumu yuamasıtabılır.

- SADİSTİK KB’nın belirleyici özelliği agresivite, SSGİ ve Lityum’a yanıt verebilir. Agresif patlamaları önlemede, karbamazepin ve klonazepam, özellikle nonspesifik EEG bulguları varlığında, kullanılabılır.

- MAZOHİSTİK KB’nda antidepresanlar ve anksiyolitikler disfori, değerzilık ve güvensizlik duyugularını hafifletmek için endikasyondur.

**Psikoterapiler**

KB doğası gereği définisme dönençildir. Tedavi çkmazları ve başarısızlıklarının en sıkılıkla gözlemediği hasta grubu, KB-grubudur. Yapısal bozukluğun düzelme ve iyileşme hızının kansundan stamatik ağırlık, tedavi çabalarına umitsizlik olarak yansır. Yine de, doğrudan KB tedavisine odaklanan yaklaşım, çıkısı noktası, hareket alanı ve hedefler idi tanımlanıldığı takdirde, kücümsenmeyecosten başarılı ulaşabılır. Sorunlu, katılımın denge halinin, yerini dinamik/yaratıcı eylem ve savunma-
lara bırakması, her türden tedavi girişiminin hedefidir. Destekleyici, davranışçı-bilişsel, psikanalitik, humanistik, varoluşçu vb. her türden psikoterapinin, her türden uygulama ortami ve biçim ile KB tedavisinde yeri vardır: KB için altın yöntem, entegratif-eklektik yaklaşımdır. En destekleyiciden en çözümleme, bütün terapi yöntemlerinin KB üzerinde olumu etkisi saptanmıştır: İntihar girişimi ve kendi zarar verici davranışların sıkılığı, hospitalizasyon sıkılığı ve süresi, ilaç ve madde kullanımı, depresyon, anksiyete, genel belirtiler, kişisel ilişkiler ve sosyal uymada kalmayı dudakelor mǔmkündür. Bazı araştırmalar, psikoterapi sonrası, hastaların %25-50 sindedeli, belirli hätteflemesinden öte, “normalleşme”den dahi söz etmektedirler.


KB patolojilerinin çoğu, erken (preödipal) dönem eksiklik ve çatışmalarının izlerini taşır. Zayıf benlik işlevleri ve sınırlar, bütünsel(e)memiş kendilik, bu hastaların psikodinamik psikoterapisinde klasik nevroz yaklaşımlarından farklı tekniklerin geliştirilmesini zorunlu kılmıştır. Analitik kuram ve yöntem, Nesne İlişkileri Kuramı ve Kendilik Psikojloji Kuramı üzerinden zenginleme ve uyarlanmasının en çok katkıda bulunduğu alan, KB psikoterapisidir.


geçerlidir. Zira hastanın alloplastik dayatması, yani ilişki nesnelerini, kendi sistemine uyarlama çabası, terapisti farketmeden içine çeker. Bu skırtının tek çıkış yolunu, süpervizyon altında yaptırmadır.


Kaynaklar

20 Sınır (Borderline) Kişilik Örgütlenmesi

DOĞAN ŞAHİN

Giriş

Dinamik psikiyatri açısından ruhsal yapılanma 6 kategoride ele alınabilir.

1. Normal-Nevrotikler
2. Belirtili Nevrozları
3. Karakter Nevrozları
4. Narsisistik Karakter
5. Sınır Kişilik Örgütlenmesi
6. Psikotik Örgütlenme

Normal Nevrotikler

Birinci grup herhangi bir belirtisi ve karakter patolojisi bulunmayan normal bireyleri kapsar.

Belirtili Nevrozları

Belirtili nevrozları grubu ise, nevrotik bir yapıda ortaya çıkabilecek, obsesif, depresif belirtiler veya anksiyete belirtileri ya da cinsel işlev sorunları gibi geçici ya da tekrarlayıcı belirti ya da belirti kümeleri dışında önemli bir karakter patolojisi göstermeyen bireyleri içerir.

Karakter Nevrozları

Narsisistik Karakterler
Narsisistik karakterlerin önemli bir bölümü aslında sınır kiflilik örgütlenmesi içinde yer alırlar, ancak bazı narsisistik karakterler nevrotik örgütlenmeye daha yakındır. Dolayısıyla ayrı bir kategori mi olduğu, yoksa sınır kiflilik örgütlenmesi içinde mi ele alınması gerektiği tartışımalıdır. Ancak nasıl değerlendirilirse değerlendirilsinler, karakter nevrozlarından daha alt bir grup olduklarını tartışma konusu değildir.

Sınır (Borderline) Kişilik Örgütlenmesi
Bu yazında ayrıntılı olarak ele alınacak bu kategori, nevrotik örgütlenmenin altında ancak psikotik organizasyonun üstünde yer alan patolojiler grubunu içerir.

Psikotik Örgütlenme
Gerçeki değerlendirme yeteneğinin ve benlik sınırlarının bozuk olduğu psikotik bozuklukları içerir.

Tarihçe
Borderline terimi, nevroz ile psikoz arasındaki vakaları tanımlamak üzere ilk kez Stern tarafından 1930’da kullanılmıştır. Bugünkü sınır kiflilik kavramı yerine daha önce çeşitli yazarlar tarafından ambulatuar şizofreni, ‘miş gibi’ (‘as if’) kiflik, yalancı-nevrotik şizofreni (pseudonevrotic schizophrenia) gibi kavramlar kullanılmıştır. Sınır kiflilik bozukluğunu bir karakter patolojisi olarak ilk kez Schmideberg tanımlamıştır.

Klinik Görünüm
Kernberg, sınır kiflilik örgütlenmesi gösteren kişilerin tanımlayıcı olarak şu özelliklerini gösterdiğini söylemektedir:

Kronik, Yaygın ve Serbest Bir Anksiyete
Bu hastaların genelde süregen, dağınık, bir yere bağlanamayan kaygıları vardır. Bu durum kaygnın diğer belirtilerin ve karakter özelliklerinin bağlanması kapasitesini aştığı anlamına gelir. Sıklıkla can sıkıntısından şikayet ederler ya da kaygının çeşitli somatik belirtilerini gösterirler.

Çoklu Belirtisi Olan Nevrozlar
a) Özellikle Nesnelere Yönelik Olmayan Fobiler: Yüz kızırmış korkusu, başka-larının yanında konuşma korkusu, kendisine bakılıyor olma korkusu gibi kişinin vücuduya ya da dış görünüşüyle ilgili birden fazla fobi söz konusudur. Bu fobiler genellike hastanın günlük yaşamında ciddi kısıtlamalara neden olur. Özellikle
ciddi sosyal ketlenmeler ve paranoid eğilimler içeren fobiler, sınır kişilik örgütlenmesinin olası kanıtlarındadır.

b) Ego-Sintonik Obsesif Kompulsif Belirtiler: Gerçekliği değerlendirirme yetisinin korunmuş olmasına ve hasta saçma düşünce veya edimlerden kurtulmaya çalışmasına rağmen, bu edimleri aynı zamanda ıssalastırmaya çalışır.

c) Çeşitli Karmaşık ve Tuhaf Konversiyonlar: Özellikle kronikleflim, vücutla ilgili halüsinsasyonlara yaklaşılan ya da karmaşık duyumlar ya da bir dizi tuhaf nitelikte hareket içeren gelişmiş konversiyon belirtileri söz konusudur.

d) Dissosiyatif Reaksiyonlar: Özellikle histerik alacakaranlık durumları, füğler, bilinçte bozulmaların eşlik ettiği amneziler ve diğer dissosiyatif belirtiler görülür.

e) Paranoid ve Hipokondriyak Eğilimler: Herhangi bir belirti veren nevrozla birlikte paranoid ve hipokondriak eğilimler muhtemel bir sınır kişilik örgütlenmesi tanısını düşünür.

Polimorf Sapkın Eğilimler
Genital yaflamlar kararlı, bir cinsel sapında odaklanan ve özellikle de böyle kararlı bir sapmayı, sabit nesne ilişkileriyile birleştirilen hastalar bu kategoride değerlendirilmektedir. Burada söz konusu olan durum daha çok değişken, karmaşık sapkın ilişki ya da fantezilerdir. Bazan cinsel davranış ketlenmiş olabilir, ancak masturbasyonla cinsel tatin elde etmenin şartı birden fazla sapkın fantezilerdir.

Klasik Prepsikotik Kişilik Yapısı
Psikoza yakın şu kişilikler gözlemlenebilir:
   a) paranoid kişilik b) şizoid kişilik c) hipomanik ya da siklotimik kişilik

Dürtü Nevrozu ve Bağımlılıklar
Alkolizm, madde bağımlılıkları, kleptomani, yeme kontrol zorlukları gibi itki ve dürtü denetiminde güçlükler olduğu dair bulgular vardır.

Alt Düzey Karakter Bozuklukları

Sıklık ve Yayılım
Sınır kişilik örgütlenmesine genel toplum içinde rastlanma oranı %15-20’dir. Psikiyatrik başvurusu olan hastaların yaklaşık %30-50’inde görülür.
Sınır kişilik bozukluğunun ise genel toplumda rastlanma oranı yaklaşık %1-3’tür. Ayaktan izlenen hastalarda %10, yatan hastalarda ise %20 oranında görülmektedir.

**Yapıcı Tanı**


Kernberg; nevrotik, sinır ve psikotik kışılık örgütlenmesi arasındaki yapıcı tanı şu üç niteliğe göre yapar:

a) Kimlik bütünleme
b) Savunma mekanizmaları
c) Gerçek değerendirme yetisi

Sinır kışılık örgütlenmesinde bu üç özellik, değeri değerlendirme yetisisinde önemli bir bozukluğun olmaması, kimlik dağınıklığı ve ilkel savunma mekanizmaları şeklinde kendini gösterir.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Grup</th>
<th>Kimlik bütünleme</th>
<th>Savunma mekanizmaları</th>
<th>Gerçek değerendirme</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Nevrotik KÖ</td>
<td>Tam</td>
<td>Üst düzey</td>
<td>Tam</td>
</tr>
<tr>
<td>Sinır KÖ</td>
<td>Kimlik dağınıklığı</td>
<td>İlkel</td>
<td>Korunmuş</td>
</tr>
<tr>
<td>Psikotik KÖ</td>
<td>Yok</td>
<td>Alt düzey</td>
<td>Yok</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Psikopatoloji**

Yukarıda söyldiği gibi sinır kışılık örgütlenmesindeki patoloji, kimlik bütünliği, savunma mekanizmaları ve değeri değerlendirme yetisi ile ilgilidir.

**Kimlik Bütünleşme**

Kendilik tasarımlarının olduğu kadar nesne tasarımları da bütünleşmemiştir. Hayatındaki önemli kişilere ilişkin algılamaları ve değerlendirikleri de anlamalı bir bütünlik oluşturmayacak denli yüzeysel ve dağınıktır. Annesi, babası ve kardeşlerinin nasıl kimseler olduğuna ilişkin sorulara yanıt verirken ya da onlardan bahsederken ya görümecinin zihninde bir kişi canlandırırmaya el vermeyerek ölçüde bilgiden yoksun veya dağınık bilgiler aktarır ya da tutarl bir kişilik çiziseler bile, bir süre sonra bununla hiç uyuşmayan ve tam terzi özelliklerinden söz ederler.

Kronik boşluk duyguşu ve can sıkıntısı, yalnızlığa ve terk edilmeye tahammül süzlük de kimlik dağınıklığını belirtirlerindendir.


Keza kendilik deneyiminin hakikiliğini destekleyen erken içselleştirilmelerin yetersizliği nedeniyle депersonalizasyona eğilim gösterirler.

**Savunma Mekanizmaları**

Nevrotik düzeydeki olgular basturma (represyon) ve bastırılma yardımcıı olan, karsıt tepki oluşturma (reakşiyon formasyon), yalıtma (izolasyon), entellektüelleştirme (entellektüalizasyon), akılsallaştırma (rasyonalizasyon), döndürme (konversiyon) gibi savunma mekanizmalarını kullanırlar, sınırlık olgular temel savunma mekanizması olarak bölme (splitting) ve ona yardımcı mekanizmalar olarak ilkel ideal-leştirme, yansıma (projeksiyon) ve yansıtma (projektif identifikasyon), tüm gücülük ve degerşizleştirmeyi kullanırlar.

Bölmenin kullanımı bütünlüklü kendilik ve nesne temsillerinin gelişimini engellemekte bu da kimlik dağılmışlığına neden olmaktadır.

### Bölme (Splitting)


Smr hastalarda gözlenlenen aktarımdaki fidдетli olumlu duygu ve idealleştirmelerin, fidдетli değerleri ve öfkeye kolayca ve sıkıca kayması olgusu da bölmenin bir görünümüdür. Hastalara bu kayma gösterildiğinde fidдетli bir anksiyete yaşarlar. Yaşıyan bu anksiyete de bölmenin savunan amaçlı kullanıldığı gösterir.

Hem kendileriyle hem de başkalarıyla ilgili değerlendirmeleri çarpıtılmış, kariyerize edilmiş, kutuplaştırılmış, gerçekleştirmiş uç noktalarda salınırken bunlara duygu ve heyecan dalgaları da efllik eder.

### İlkel Yardımcı Savunma Mekanizmaları

#### İlkel İdealleştirme (Primitif İdealizasyon)


#### Yansıtma (Projeksiyon)

Yansıtma benliğin kendisinde kabul etmediği kişilik özelliklerini, duygularını, arzularını dışaridaki bir başkasına yansıtmaktadır. Sevilmediğini, kötüyü yapmaya istendiğini, insanların kendisine karşı olduğunu iddia etmek ya da insanların suçlamakla sonuçlanan.

Yanıstımalı Özdefleflim (Projektif İdentifikasyon)
Yanıstımanın ilkel biçimlerinden biridir. Hasta sadece kendinin bir bölümünü yanıstımakla kalmaz, elindeki bütün imkanları kullanarak dışsal nesneyi de yanıstırmaya, hissetmeye ve davranmaya sevk eder. Yanıstımadan farklı olarak şu özellikleri gösterir:

a) Nesneye mal edilen itki hasta tarafından bilinçli olarak deneyimlenmeye devam eder.

b) Yanıstılan malzeme dolayısıyla nesneden korkulur.

c) Bu mekanizmanın etkisiyle yanıstılan kifliyi kontrol ihtiyaç duyunur.

d) Kendilik ve nesne arasındaki sınır belirsizdir.

Yanıstımalı özdefleflim aflamalarla gerçekleflir:
1. Kiflinin kendinin bir bölümünü dışsal bir nesneye yanıstıması
2. Kendilik ve nesne temsilcileri arasındaki netliliği kaybetmesi
3. Kiflerarası etkileflim yoluya dışsal nesnenin gerçekte de yanıstılan malzeme göre düşünüp, davranıp, hissetmesi
4. Yanıstılan malzemenin yanıstılan kişi tarafından işlenebilirlikten sonra yeniden içselleştirilmesi

İnkär (Denial)

Tüm Güçlüük ve Değersizleflirme (Omnipotans ve Devalüasyon)
Bu savunmalar sınırlar kışilik örgütlemesi yelpazesinde kalan narsisistik vakaların sıkıla başvurduğu savunmalardır ve bölmeye yakından bağlantılıdır. Terapi ortamında şiddetle işiştirilmiş büyüklenmeci kendilik ve küçümsemenin nesne temsilcilerinin yeniden canlanması şeklinde kendilerini gösterirler.
Gerçeği Değerlendirme

Kişinin kendi ile kendi olmayanı, ruh içi ile duşsal kökenli uyanıları ayrıntı etmesini ve kendi duygularını, davranışlarını ve düşüncelerini gerçekte bir şekilde değerlendirmesidir. Klinik olarak gerçeği değerlendirirme hezeyan ve halüsinyonlara kapılmama, garip, gerçekteki düşünce ve duyguların bulunmaması, başkalarının gerçekte ilgili düşüncelerine uygun şekilde yaklaşımları gibi özelliklerle karşıma çıkar.

Sınır vakalarda gerçeği değerlendirirme kapasitesi korunmuştur ancak zaman zaman geçiçici psikotik çözümler, paranoid epizodlar, kendine yabancılama ve gerçeğe yabancılama deneyimleri gibi tablolar görülür ve genellikle bunlar psikoterapötik manevralar, hastaneye yatırılma veya düşük dozlu ilaçlarla düzeltilebilir.

Etiyoloji

Dinamik okulun sınır patolojisinin gelişimi ile ilgili üç açıklaması vardır:


2) Masterson’a göre de sınır patolojisi ayrılma-bireyselleşme döneminde ile ilgili olabilir. Bu hastaların annelerinin, çocuklarının kendi kendilerinden uzaklaşmaya ve bağımsız bir varlığa gelme çabalarını karşılayan,bu terkipler, yani çocuğun bağımsızlaşmasını terki depresyonu tehdidi ile engelledikleri görülüyordu. Özerklik ve destek arayışları içindeki çocuğun bağımsızlaşma tonundaki çatışma, bölme ve ilkel savunma mekanizmalarının devreye sokulduğu zamanların.


Sonuçta içerisindestirilmiş nesne ilişkileri bütünşel, yansızlaştlanmış ve dengeli bir ton almamıştır, yoğun duyu tonları ile yükülü kısımi nesne ilişkileri statüsünde kalınmıştır.
Sınır Örgütlenme Gösteren Kişilik Bozuklukları

Sıçan kiflilik bozuklukları sınır kiflilik örgütlenmesi düzeyindedir:
1. Histrionik Kişilik Bozukluğu,
2. Narsisistik Kişilik Bozukluğu,
3. Antisosyal Kişilik Bozukluğu,
4. Sınır Kişilik Bozukluğu,
5. Depresif Mazohistik Karekterler,
6. Şizoid Kişilik Bozukluğu,
7. As If (“Miş Gibi”) Kişilik Bozukluğu,
8. Şizotipal Kişilik Bozukluğu,

Tedavi


Stradan poliklinik koşullarında ise çoğu vakada yıllarca süren bir tedaviden sonra toplumsal uyumun sınır çizdiği aşaması, kendine zarar verici davranışların azalması, gerektiğinde doktora ve ilaca başvurulması özelliklerinin kazanılmasıyla yetinilmek durumunda kalınır.

Klinik tecrübeler, sınır vakalarının uzun süreli, sistemik, yoğun, bireySEL dinamik psikoterapilerden daha çok yararlandığını göstermektedir.

Kernberg, sınır vakalarının klasik analitik terapiden ve destekleyici terapiden çok yararlanmadıklarını ençok ekspresif dinamik terapilerden yararlandıkları sonuçuna varmıştır. Wallerstein, ekspresif tedavinin ilaç ve hastane bakım ile birlikte yürütüldüğünde önemliyararlar sağlayabileceğini göstermiştir.

Sınır vakalarının tedavisi konusunda farklı görüşler olsa da tüm terapistlerin birleştikleri bazı ortak noktalar söz konusudur.
Waldinger ve Gunderson bu ortak noktaları şöyle özetlerler:

a) **Tedavi Çerçevesinin İstikrarı:** Düzenli buluşma saatlerini, seanslara zamanında başlama ve bitirmeyi, tedavinin başında tedavi kurallarının ve ücretinin belirlenmesini, anlaşmadan temel sapmaların seanslarda görüşülmesini içerir.

b) **Terapistin Daha Aktif Olması:** Nevrotik hastalara göre terapistin daha aktif olması gereklidir. Bu doğrultusunda aydınlatma çabasının ötesinde, terapistin varlığının vurgulamaya, hastaya gerçekliğe bağlamaya ve sınır vakalarının yapılandırılması terapi ortamında gelişirmeye yatkınlığı artan akıllı aktarım çarpıtmalarını engellemeye yöneliktir.

c) **Terapistin Olumsuz Akıllı Aktarım Tepkilerine Tahammülü:** Terapist sınır vakaların sözsel saldırıları karşısında öç almaya veya geri çekilmeye yönelmeden sabit kalmalıdır. Bu tutum sayesinde özellikle yakınlarıyla ilişkisinde ortaya çıkan saldırganlık incelenebilir duruma gelir.

d) **Şimdi ve Burada Sürecinde Hastanın Eylemleri ile Duyguları Arasında Bağlar Kurma:** Sınır vakalarında eyleme vurma hofl olmayan duygulardan haberdirilmesi en önemli savundur. Bu tür haberdarlık özverili ve kendisini kontrol bakımından çok önemlidir. Bu nedenle hastanın hissettiği şeylerle davranışları arasındaki bağı göstermek gerekir.

e) **Kendine Zarar Vermeye Yönelik Davranışları Ödüllendirmeme:** Kendine zarar verici eylemleri sınırlandırılmak ve bunların nedenlerinden çok sonuçlarına dikkat etmek gerekir.

f) **Eyleme Koyma Türündeki Davranışları Engelleme:** Terapist hastanın kendi ve terapisti tehdit eden davranışlarını engellemelidir.

g) **Aydınlatma ve Yorumlama Çalışmasında “Şimdi ve Burada” Sürecine Odaklanma:** Erken gelişimsel yorumlamalar ve yeniden kurgulamalar doğrudan yaşanan süreçlerden uzaklaşmaya ve tehlikeli patolojik davranışlara neden olduğu gibi verimli sonuç da vermez.

h) **Karşı Aktarım Duygularını Denetleme:** Sınır vakalarında çalışan terapist duyguları bombardımanı altındadır ve bunlar genelinde zararlı sonuçlar verecek karşı akıllı aktarım eylemleri koymalarına neden olabilir. Bu yüzden pek çok terapist, terapinin de dinamik bir terapiden geçmesini sallık vermek gerekir.


Bireysel terapilerde de genel olarak ekspresif terapi uygulanır. Ancak alt düzey hastalarda destekleyici terapi tekniklerinden yararlanmak ya da daha çok destekleyici terapi uygulamak durumunda kalarız.

Literatürdeki karamsar görüşlere karşın, oldukça iyi sonuçlar aldığımızı söyleyebiliriz. Gruplar devam eden hastalarda önemli iyileşmeler hiç de nadir değildir. İş ve okul yaşamları, dürtüsellikleri, intihar girişi veya düşünceleri, hastaneye ya-tış sıkılk ve sürelerinde grup öncesine göre anlamlı değişiklikler görmektedir. İntihar oranının yüksek olduğu hasta grubumuzda şimdiye dek intiharla kaybettığımız hastamızın olması da gene terapiden yararlanma açısından fikir verici olabilir.
Kaynaklar

Bu bölümde, sırasleya antidepresanlar, antipsikotikler, anksiyolitikler, duygudurum dengeleyicileri ve elektrokonvülsif tedavi (EKT) anlatılacaktır.

**Antidepresanlar**


Klasik antidepresanlar; TSA ve bağlantılı tetrasiklikler ve MAOI’ler olarak sayılabilir. 1980’li yıllarda beri yeni sınıf antidepresan ilaçlar ortaya çıkmıştır. Seçici serotonin geri alma inhibitörleri (SSGI); serotonin noradrenalin geri alma inhibitörleri (SNGI); noradrenerjik-dopaminerjik ilaç bupropion; 5-biyolojik tedaviler 5-hidroksi triptamin-2 (5HT-2) antagonisti; noradrenerjik özgül ajan mirtazapin gibi yeni antidepresan ilaçlar, klasik ilaçlara göre yapısal farklılık gösterir ve alternatif biyolojik etkiler ve yan etki profilleri ile avantaj sağlarlar. Atipik depresyon, obsesif-kompulsif bozukluk (OKB) gibi psikiyatrik bozukluklarda da tedavi olanağı sağlar. Daha uygun yan etki profil, doz aşımında güvenli ve kullanma kolaylığı, klinik uygulamada daha fazla yer almalarını sağlamıştır.

Antidepresanların sınıflandırması, reseptör etkileri ve yan etkileri benzerliğine da yanır. Tedavi edici dozda kullanımda hepsi depresyon tedavisinde etkilidirler ve
hiçbiri bağımlılık yapmaz. Antidepresan seçiminde dikkate alınması gereken hususlar; hastanın psikiyatrik belirtileri, varsa önceki tedavi yanısı, aile bireylerinde varsa önceki tedavi yanısı, ilaç yan etki profili, eşlik eden psikiyatrik veya tıbbi hastalılar varlığı ve intihar riskidir.

### Antidepresanların Sınıflandırılması

1. **Trisiklik Antidepresanlar (TSA)**
   - Mehanizma: 5HT ve noradrenalin (NA) geri alım blokaji
   - Ure: Amitriptilin, nortriptilin, imipramin, desipramin, clomipramin

2. **Monoamin Oksidaz İnhibitörleri (MAOİ)**
   - (seçici olmayan) fenelzin, tranilsipromin, izokarboksazid
   - (seçici) moklobemid

3. **Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörleri (SSGI)**
   - Fluoksetin, paroksetin, fluvoxamin, sertralin, sitalopram, essitalopram

4. **Noradrenalin-Dopamin Geri Alım İnhibitörü (NDGİ)**
   - Bupropion

5. **Serotonin Antagonist Geri Alım İnhibitörü (SAGİ)**
   - Trazodon, nefazodon

6. **Noradrenerjik Spesifik Serotonin Antagonisti (NaSSA)**
   - Mirtazapin

7. **Noradrenalin Geri Alım İnhibitörü (NGİ)**
   - Reboksetin

8. **Serotonin-Noradrenalin Geri Alım İnhibitörü (SNGİ)**
   - Venlafaksin, duloksetin, milnasipran

### Sınıflandırma

Beyin biyojenik aminlere etkisine bakılarak antidepresan ilaçlar sekiz ayrı sınıfta gruplandırılırlar:

### Kullanım Alanları

TSA, heterosiklikler ve MAOİ’ler de dahil olmak üzere tüm antidepresanlar, depresyon dışında birçok psikiyatrik bozuklukta da kullanılmaktadır. Ancak asıl kullanım alanları, unipolar major depresyon ve distimik bozukluk tedavisidir. Bipolar bozuklukta kullanımı tartışmalıdır.
Depresyonda antidepresan tedavi başlandıktan sonra en az 6 ay tedaviye devam edilmeli, her i̇laç kullanımda kendine özgü optimum dozuna, yantıtsızlık durumunda maksimum doza çıkılmalı, antidepresan klinik etkinin yaklaşık 3 hafta sonrada ortaya çıkacağı bilinmelidir.

Serotonerjik ajanlardan birkaç obsesif kompülsif bozukluk (OKB), genellemiş anksiyete bozukluğu (GAB) ve trava되기 sonrası stres bozukluğu (TSSB) gibi anksiyete bozuklukları tedavisinde de endikasyon almışlardır. Trisiklik antidepresanlar klomipraminin OKB tedavisinde kullanılabileceğini öne sürmektedir. MAO’larp (Food Drug Administration) onayları var olanvy (MAOI), panik bozukluğu (TSA ve SSGİ), bulimia (TSA, SSGİ, ve MAOI), distimi (SSGİ), bipolar depresyon (duygu- durum dengeleyici sonrası), sosyal fobi (MAOI’ler ve SSGİ’ler), TSSB (SSGI), irritabil bağışıklık stimüla- tör (SSGİ), enüresis (TSA), nöropatik ağrı (TSA), migren baş ağrısı (TSA), dikkat eksikliği hiperaktive bozukluku (DEHB) (bupropion), nikotin bağımlılığı (bupropion), geç luteal faz disforik bozukluk (PMSD) (SSGI) kullanılmaktadır.

**Etki Mekanizmaları**


Antidepresan ilaçlar, özellikle serotonin ve norepinefrin olmak üzere nörotransmitterlerin konsantrasyonlarını optimize ederler ve optimal pre ve post reseptör duyarlılığını sağlarlar. Bazı hayvan deneyleri, depresyonda, azalmış norepinefrine ikinci gelişen aşıri duyarlı katekolamin reseptörlerini varlığı göstermiştir. Antidepresanlar, beta adrenerjik reseptörlerin ‘down-regülayasyonu’ (süyisini azaltarak) yoluyla etki gösterebilirler. Depresif ve intihara eğilimli hastalarda trombositlerde ve bazı beyin bölgelerinde serotonin (5HT2) bağlamına bağlanır, bu tespit edilmiştir. 5HT2 reseptörlerinin ‘down regülasyonu’ birçok antidepresan için geçerli mekanizma olabilir ancak EKT’nin, 5HT2 reseptörleri yoğunlüğunda artmaya yol açtığı bilindiyienden ve etkili antidepresan etkiye yol açtığından, antidepresan etkinin bu yolla olduğu söylenemez.
Antidepresanlar, depresif hastalarda patolojik nöroendokrin fonksiyonları (Kortikotropin salgulatıcı hormonun aşırı düzeylerine bağlı hiperkortizoleme gibi) normalize ederek veya sirkadiyen ritmilleri düzenleyerek de (major depresyonlu hastaların çoğununda azalmış REM latensi gibi) etki gösterebilirler.

Yukarıda söz edilen reseptör değişikliklerinin çoğu antidepresanların akut veya subakut etkilerine bağlı nöronal adaptasyonlardır. Antidepresan etkinin gerçek mekanizması belki de reseptör düzeyinin aşağıdaki değişiklikleri içermektedir. Çeşitli ikincil ileticiler yeni gen ürünleri olufluğuna yol açabilirler. Son dönem çalışmalar, antidepresanların, beyin kaynaklı nörotropik faktör (BDNF) artırma özelikleri gibi, nörotropik etkilerine odaklanmaktadır.

Farmakokinetikleri

Antidepresanlar, diğer birçok psikotrop ilaç gibi, sitokrom P450 enzim sistemi yoluya metabolize olurlar. Xenobiotic sitokrom-P(CYP) enzimleri beyin, karaciğer ve bağırsak hücrelerinin endoplazmik retikulumunda bulunur ve ilaçlar, toksiner gibi yabanci biyolojik maddelerin metabolizasyonunda yer alırlar. Steroidojenik CYP enzimleri hücrelerin mitokondrilerinde bulunur ve steroid sentezinden sorumludurlar. Karaciğer ve bağırsaktaki CYP enzimleri, antidepresanlar dahil birçok psikotrop ilacı etkileyen oksidatif metabolizma işlemini yürütürler. Birçok antidepresan ilaç, CYP2D6, 2C9/19 ve 3A4 yoluya metabolize olur; CYP1A2, özellikle TSA ve fluvoksamin metabolizmasında yer alır.

Yan Etkileri
TSA'ların yan etkileri 3 ana bölümde toplanabilir: Kardiyak/otonomik, antikolinerjik ve nörodavranışsal yan etkiler.


Nefazodon, venlafaksin ve mirtazapin gibi yeni antidepresanların yan etki profili SSG'lerine benzemekle birlikte, bazı TSA benzeri etkiler de görülebilir (kompleks serotonerjik ve noradrenerjik etkilerinin sonucu olarak). Nefazodon ve mirtazapin hayli sedatif etki gösterirken, SSG'lerin neden olduğu cinsel yan etkilerden uzaktır. Nefazodona ikinci karaciğer yetmezliği olguları bildirildiğinden ilaç ülkemizde pazardan kaldırılmıştır.
Antidepresan ilaçların çoğu hem kullanılan başka ilaçlar hem de birbirleriyle ilaç etkileflimine girerler. Hem farmakokinetik hem de farmakodinamik etkileflimler söz konusudur.

Fluoksetin, fluvoksamin ve paroksetin, diğer SSGİ dişisi ilaçların metabolizmasını engellerler ve özellikle bazı TSA’ların düzeyleri artar. SSGİ’ler, bazı antipsikotiklerin (örn; fluvoksamin olanzapin düzeyini artırır), barbitüratlar, triazolobenzodiyazepinler ve antikonvülzanların metabolizmasını da etkilerler. Farmakodinamik etkileflimler, SSGİ’ler ve çefalin psikotrop ilaçlar (antipsikotikler, buspiron ve lityum) arası olabilir. Ciddi ve bazen de ölümcül olabilecek etkileflim, SSGİ’lerin MAOI veya bazı TSA’lar (özellikle klomipramin veya imipramin) ile birlikte kullanım sonucu olabilir. Serotonin sendromu oluflu riski vardır. CYP sistemine bağlı ilaçların %60-70’i 3A4 enzimini kullanır.

**TSA’ların Yan Etkileri**

1- **Kardiyak/otonomik Yan Etkiler:** Ortostatik hipotansiyon (alfa1 reseptör antagonizmasına bağlı olarak) ve baş dönmesi (alfa1 ve histamin reseptör blokajı), QT aralığında uzama ve bazen de kalp bloğu nedeniyle olabilen kalpte ileti yavaşlaması

2- **Antikolinerjik Yan Etkiler:** Ağız kuruması, üriner retansiyon, görme bulanıklığı, kabaçılık, konfüzyon/hafıza bozukluğu, taşıkardı

3- **Nörodavranışsal Yan Etkiler:** Psikoz veya manide artma, hafıza bozukluğu, psikomotor yawlama, miyoklonik atmalar, tremor ve seyredek olarak da ekstrapiramidal belirtiler (EPS). TSA’ların epilepsi eşliğinde olan etkileri, özellikle klomipramin ile dikkatli olunmalı.

4- **Diğer Yan Etkiler:** Sedasyon, kilo artış, karaciğer disfonksiyonu ve cinsel fonksiyon bozukluğu olarak sayılabilir.

**SSGI’lerin Yan Etkileri**

1- **Gastrointestinal Yan Etkiler:** Bulantu, kusma, diyiare, dispes, kramp

2- **Nörodavranışsal Yan Etkiler:** Baş ağrısı, tremor, uyku bozukluğu, ajitasyon, huzursuzluk, baş ağrısı, tremor

3- **Otonomik Yan Etkiler:** Aşırı terleme

4- **Cinsel İşlev Bozukluğu:** Libido azalması, orgasm sorunları

**İlaç Etkileşimleri**

Antidepresan ilaçların çoğu hem kullanılan başka ilaçlar hem de birbirleriyle ilaç etkileşimlerine girerler. Hem farmakokinetik hem de farmakodinamik etkileşimler söz konusudur.

Fluoksetin, fluvoksamin ve paroksetin, diğer SSGİ dişisi ilaçların metabolizmasını engellerler ve özellikle bazı TSA’ların düzeyleri artar. SSGİ’ler, bazı antipsikotiklerin (örn; fluvoksamin olanzapin düzeyini artırır), barbitüratlar, triazolobenzodiyazepinler ve antikonvülzanların metabolizmasını da etkilerler. Farmakodinamik etkileşimler, SSGİ’ler ve çeşitli psikotrop ilaçlar (antipsikotikler, buspiron ve lityum) arasında olabilir. Ciddi ve bazen de ölümcül olabilecek etkileşim, SSGİ’lerin MAOI veya bazı TSA’lar (özellikle klomipramin veya imipramin) ile birlikte kullanımı sonucu olabilir. Serotonin sendromu oluşma riski vardır. CYP sistemine bağlı ilaçların %60-70’i 3A4 enzimini kullanır.

**Tibbi Hastalarda Kullanımı**

Yaşlı veya eşlık eden fiziksel hastalığı olan hastalarda ilaç kullanımının özel ilkeleri vardır. Hem ilaç yan etkilerinden dolayı tibbi hastalığı kötüleştirmemek, hem de ilaç etkileşimleri riski açısından dikkatli olunması gerekir. Üriner retansiyonu olan, dar açılğı glokomu olan, kardiak hastalığı olan, epilepsili veya yaşlı hastalarda; antikolinerjik, kardiyak veya ortostatik hipotansiyon etkilerinden ötürü TSA kullanımdan kaçınmak gerekir. Kardiyovasküler sistem sorunu olan hastalara bakımda; TSA, kinin benzeri etkiye ileti yavaşlaması yaptığından, özellikle dal bloğu gibi ileti so-

Trisiklik ve Heterosiklik Antidepresanlar

TSA; NE, serotonin ve daha az oranda dopaminin geri alınmasını engeller. Bu mekanizmalar, TSA tedavi etkisini; Muskarinik kolinerjik, H1 histamin ve alfal adrenerjik reseptör blokajı, yan etkilerini açıklar.

Amitriptilin, imipramin, trimipramin, doksepin, klomipramin tersiyer aminlerdir. Desipramin, nortriptilin ve protriptilin sekonder aminlerdir. Tersiyer aminlerde, serotonin geraisım inhibisyonu ön plandayken, sekonder aminlerde noradrenerjik geraisım blokajı daha güçlüdür.


TSA’ların yan etkileri, antidepresanların yan etkileri bölümünde verilmştir. Trisikliklerin doz aflımında, intihar amacıyla yüksek dozda alm委组织部, ölüm riski vardır. Major komplikasyonlar; antikolinerjik sendrom, hipotansiyon, kardiyak aritmiler ve epileptik nöbetlerdir ve yoğun bakım ünitelerinde takip ve tedavisinde yarar vardır.

Monoamin Oksidaz İnhibitörü (MAOİ)


Günümüzde MAOİ’leri, ilk basamak tedavide yaygın olarak kullanılmamaktadır. Özellikle ülkemizde geri dönüşümlü inhibisyon yapanlar, tolerabilite ve güvenilirlik sorunları yüzünden klinik uygulamada yerini kaybetmiştir. Ancak atıphik depresyonu olan hastalar bu grup ilaçla iyi yanıt verir.

Özellikle geri dönüşümsüz MAO inhibitörleri kullanıldığında, belirli diyete uyma zorunluluğu vardır. Alman gıda ile olduğu kadar diğer ilaçlarla birlikte kullanılmamalıdır. Özellikle ülkeyizde geri dönüşümsüz inhibisyon yapanlar, tolerabilite ve güvenilirlik sorunları yüzünden klinik uygulamada yerini kaybetmiştir. Ancak atıphik depresyonu olan hastalar bu grup ilaçla iyi yanıt verir.

Özellikle geri dönüşümsüz MAO inhibitörleri kullanıldığında, belirli diyete uyma zorunluluğu vardır. Alman gıda ile olduğu kadar diğer ilaçlarla birlikte kullanılmamalıdır. Özellikle ülkeyizde geri dönüşümsüz inhibisyon yapanlar, tolerabilite ve güvenilirlik sorunları yüzünden klinik uygulamada yerini kaybetmiştir. Ancak atıphik depresyonu olan hastalar bu grup ilaçla iyi yanıt verir.


Seçici Serotonin Geraisım İnhibitörleri (SSGİ)

SSGİ’ler fluoksetin (bisiklik), fluvoxamin (monosiklik), paroksetin (fenilpiperidin), sertralin(tetrahidronoptalenamin), sitalopram ve essitalopramdır. Presinaptik


**Bupropion**


**Trazodon**

Postsinaptik 5-HT2 antagonisti ve zayıf serotonin geri alumnosunun inhibisördür. Belirgin seda-tif etkisi vardır. Ortostatik hipotansiyon, arıtı ve priapizm yan etkileri ilk basamak tedavide kullanılmamaktadır. Genellikle klinik uygulamada, yeni antidepresanlardan biriyle tedaviye başlarken, uyku bozukluğu için tedaviye trazodon 50-100 mg/gün eklenir.

**Mirtazapin**

Alfa2 noradrenerjik tororeseptörlerini ve heteroreseptörlerini antagonize ederek, merkezi serotonerjik ve noradrenerjik iletiyü arttırmır. Ek olarak mirtazapin postsi-naptik 5-HT2A, 5-HT3 ve H1 reseptörleri antagonize eder. 5-HT2A antagonizması, antidepresan etkide ve cinsel işlev bozukluğuna neden olmaması ile ilintiliidir. 5-HT3 antagonistizması ise bulanık engelleyici etkisini açıklar. H1 antagonistizması, kilo artışını ve sedasyondan sorumlu olur. Uyku ile 15-45 mg arasında tek doz önerilmektedir. Sitokrom P450 ilaç etkileşimlerine girmemesi avantajdır.
Serotonin Noradrenalin Gerialım İnhibitörleri (SNGİ)

Serotonin ve noradrenalin gerialım inhibisyonu yapan bu grupta venlafaksin, duloksetin ve milnasipran sayılabilir. Dual etkili AD’lar olarak genelde SSGİ’lere göre daha ağır depresyonda ve ağır bozukluklarda daha etkin oldukları kabul edilir.


Duloksetin ve milnasipranı venlafaksinden ayıran en büyük özellik, en düşük başlangıç dozundan itibaren serotoninle birlikte noradrenalin blokajı yapmalarıdır. Venlafaksin ve duloksetin daha serotonerjik ilaçlar iken, milnasipranda serotonin ve noradrenalin gerialım blokajı daha dengelidir.

Antipsikotikler

Antipsikotik ilaçlar birkaç şekilde sınıflanabilir. Kimyasal yapına göre veya eski (konvansiyonel) ve yeni gibi veya ençok kullanılan tipik ve atipik (ikinci nesil) antipsikotikler gibi.

**Antipsikotiklerin Sınıflandırılması:**

1- Fenotiyazinler: Klorpromazin
2- Tiyoksanterler: Tiyotiksen
3- Butirofenonlar: Haloperidol
4- Dihidroindolonlar: Molindon
5- Dibenzoksazpinler: Loksapin
6- Difenilbütilpiperidinler: Pimozid
7- Dibenzodiayazpinler: Klozapin
8- Tiyenobenzodiayazpinler: Olanzapin
9- Benzisokzazoller: Risperidon, ziprasidon
10- Kinolinonlar: Aripiprazol


Yüksek etkinlik ve nörolojik yan etkilerin yok denecek kadar azlığı, agranülositoz riski taşıyan klozapin dışında tüm atipikleri ilk basamak tedavide kullanılan ilaçlar
haline getirilmiştir. Ancak atipik ilaçlar pahalıdır ve fiziksel hastalık riskini bazı hastalarda artırmalı. Başlıca yan etkileri kilo artışı (özellikle klozapin ve olanzapin), hiperprolaktinemi (risperidon), kalpte ileti gecikmesi (ziprasidon) olarak sayılabilir.

**Kullanım Alanları**

Antipsikotik kullanım endikasyonu olan başlıca psikiyatrik bozukluklar; Şizofreni, şizoafektif bozukluk, bipolar bozukluk, şizofreniform bozukluk ve kısa psikotik bozukluktur.

Günümüzde, 5 atipik antipsikotik ilacın (olanzapin, risperidon, aripiprazol, ke-tiapin, ziprasidon) manının kısa dönem tedavisinde kullanımı ile ilgili FDA onayı vardır. Ek olarak olanzapin ve aripiprazol son dönemde bipolar bozukluğun idame tedavisi de FDA onayı da almıştır.

Antipsikotikler, çeşitli tablolara ilişkili gelişen psikotik durumlarda (kokain entoksimasyonu, Alzheimer hastalığı, AIDS demansı gibi) ve psikotik özellikli major depresyon tedavisinde, antidepresanların etkinliğini güçlendirmek için de atipik antipsikotikler kullanılmaktadır.

Antipsikotiklerin diğer kullanım alanları; Tourette sendromu, ciddi OKB ve düşüş dozlarla sınır kişilik bozukluğu gibi.

Tıbbi hastalığa bağlı psikotik tablolarda da yaygın olarak kullanılmaktadır. Özellikle ajite delirium tablosundaki hastalarda, demansa bağlı davranışsal bozukluklarında kullanımı sıktr.

**Etki Mekanizmaları**


Dopamin reseptörleri en bağıntıtı D1 ve D5 olmak üzere D2, D3 ve D4 tür. Klasik nöroleptiklerin klinik etkileri, D2 reseptör afiniteleri ile ilintildir. Tipik ve atipik arasında en önemli nokta, D2 reseptör afinitesidir. 1980’lerde ortaya çıkan klozapin, azalmuş D2 antagonistizmasına karşın belirgin serotonin2 (5-HT2) reseptör antagonistizması etkisiyle dikkat çekmiştir. D2 reseptör blokajı etkinin zayıflığı, EPS veya tardif diskinezıyan etkinin ortaya çıkmasını ile ilintildir. Aynı zamanda klozapin ve diğer birkaç atipik antipsikotik ilaç, daha seçici olarak striatal değil mezolimbik dopamin reseptörleri üzerine etkilidir. 5-HT2 blokajının, dopamin blokajı etkisinin 10 kat olması, tipik-atipik ayrımı belirleyici olduğu ileri sürülmüştür. Dopaminin ve 5-HT2A/5-HT2C’nin aynı zamanda blokajının, şizofreninin negatif belirtileri üzerine daha etkili olmayı sağladığı bildirilmiştir.

Antipsikotiklerin, NA salınımlı üzerine etkileri gibi tedavi etkileri ile de ilintildirilebilen nörotransmiterler ve reseptörler üzerine birçok etkileri vardır. Alfa2 adrenerjik otoreseptör blokajı, presinaptik nörondan daha fazla NA salınımına neden olur. Bu etki, klozapin ve risperidonla geçerleşir. Bu tip noradrenerjik etkiler,
duygudurumda iyileşme ve negatif belirtilerin düzelmesine yol açabilir. Bu ilaçların yan etkilerini de açıklayan antikolinerjik, antihistaminik ve antiadrenerjik etkileri de vardır. En son atipik antipsikotik olan aripiprazol, D2 ve 5-HT1A parsiyel reseptör agonisti ve 5-HT2A reseptör antagonisti olarak işlev görür.

Son yıllarda, sizofreni patofizyolojisinde glutamat disfonksiyonu kuramı ortaya atılmıştır. Bu mekanizma, glutamaterjik aktiviteyi azaltan bazı antikonvülzlanların, antipsikotik etkilerini de açıklamaktadır.

**Farmakokinetikleri**


**Yan Etkileri**


**Biyolojik Tedaviler**

Antipsikotiklerin farklı nöronal reseptörler üzerindeki etkilerinden ötürü çelişli yan etkileri vardır. Akut distoni, akatizi ve parkinsonizm gibi ekstrapiramidal yan etkiler siklıkla haloperidol ve flufenazin gibi yüksek potansiyel ilaçlar ile ortaya çıkar. Seyrek olarak özellikle risperidonun yüksek dozlarıyla, atipiklerle de oluşabilir. Tiyordazin ve klorpromazin gibi düşük potansiyel ilaçlar ise daha çok antikolinerjik, antihistaminik ve antiadrenerjik yan etkileri nedeniyle uzaması olabilir. Periferik alfa1 adrenerjik reseptörlerin blokajı, hipotansif etkileri etkilendiği için, düşük potansiyel ilaçların antihistaminik etkileri ise sedasyon ve kilo artışına yol açabilir.

Antipsikotiklerin diğer yan etkileri; karaciğer disfonksiyonu (sıklıkla alifatik fenotiyazinerle), nadir pankreatitis olguları (özellikle olanzapin ve klozapinle), cinsel işlev bozukluğu, prolaktin yükselmesi, adet düzensizliği ve jinekomasti, deri döküntüsü, fotosensitivite reaksiyonları (başlangıçta düşük potansiyel ve risperidon), nöbet eğiliminde düşme (özellikle klozapin ve olanzapin), nöroleptik malign sendrom ve tardiv diskinez (yüksek potansiyel tipikler).

Klozapine bağlı agranülositozis, genellikle tedavinin ilk 5 ayında ve %0.3 oranında oluşabilir. Düşük potansiyel (özellikle tiyordazin), ziprasidon ve ketiapinin sodiyum iyon kanalı blokajı özelliğinden dolayı QTc uzaması yol açabilirler. Tip 2 diyabet, kilo alımı, dislipidemi ve glukoz disregulasyonu özellikle klozapin ve olanzapinle ortaya çıkabilir.

Yan etkilerle başa çıkmada; doz indirimi, dozu yavaş arturma, verilis zamanını ayarlama, ilaç değişimi, EPS için antiparkinsoniyen ilaç eklemesi, periferik antikoli-
nerjik yan etkilerle karşı ürünü, ortostatik hipotansiyon için tuz tabлетleri veya varis çorabı kullanılma gibi stratejiler kullanılabilir. Atipikler kullanılırken glukoz ve lipid değerlerinin takibi önemlidir.

Nöroleptik Malign Sendrom (NMS)


İlaç Etkileşimleri

Antipsikotiklerin antikolinerjik yan etkileri diğer antikolinerjik etkili ilaçlarla (triheksifenidil ve benzotropin gibi) birlikte kullanılmasında artar. QTc uzaması etkisi olan bazı atipikler diğer QTc uzamasına neden olabilen ilaçlarla (basi florokinolon antibiyotikler, eritromisin, TCA, kinin, amiodaron) birlikte kullanımında dikkatli olunmalıdır. Antipsikotikler lityum veya fluoksetin gibi SSGİ’lerle birlikte kullanıldığında, EPS riski artabilir. Fluoksetin ve paroksetin CYP2D6 sistemi inhibisyonuyla, birçok antipsikotik düzeyini hafif yükseltir; Valproat, antipsikotik düzeylerini hafif yükseltirken; Fenitoin, fenobarbütal ve karbamazepin düşürebilir. Sigara kullanımı, klozapin ve olanzabinin karaciğer metabolizmasını hızlandırır. Antiasitler, antipsikotiklerin gastrointestinal emilimini azaltacaktır.

Tıbbi Hastalarda Kullanımı


Atipiklere bakımdan, risperidonun fenotiyazinlere göre hepatotoksisitesi daha az, ancak geçici transaminaz yükselmeleri, yağlı karaciğer, kolesitasik hepatit olguları bildirilmiştir. Karaciğer hastalığında klozapin kontrendikedir. Ziprasidon, amisülpirid, ketiapin kullanımı daha güvenlidir. Klozapin, özellikle psikozlu Par-


Son dönemde, risperidon ve olanzapin üreticileri, demanslı yafllıarda kullanımı serobrovasküler olay riskini artırdığını ile ilgili uyarılar yapmıştırlar.


**Anksiyolitikler**


**Kullanım Alanları**


Etki Mekanizmaları
GABA-A ve GABA reseptörleri BZD, barbituratlar, nörosteroidler, zolpidem ve zopiklon gibi BZD dışı hipnotiklerin bağlanma yeridir. Bütün bu ajanlar GABA agonistleridir. Negatif yüklü klorid iyonlarının akısına, bunun sonucunda da nöron hiperpolarizasyonu ve ateşlenme hızında azalma yol açarlar. GABA-A reseptörü 5 alt ünitesi mevcut. 2 alfa, 2 beta ve bir gama ünitesi mevcut. Tüm BZD’ler alfa1, 2 ve 3 alt ünitelerine bağlanır. Farklı alfa reseptörleri farklı beyin bölgelerinde yer aldığandan (korteks, beyin sapı gibi), bu bağlama özelliğinin klinik farklı etkilerinden (amnestik, sedatif ve hipnotik) sorumlu olabilir. Tiagabin, GABA geri alınmasını inhibe ederek, buspiron ise postsinaptik serpentinin1A (5-HT1A) reseptörü parsiyel agonisti olarak anksiyolitik etki gösterir.

Farmakokinetikleri

Yan Etkileri
İlaç Etkileşimleri

Diğer ilaçlarla birlikte kullanılabilecek genellikle güvenlidir. Ancak bazı ilaçlar (sismeptidin, ketokonazol, fluvoksamin, nefazodon, eritromisin, çetçili proteaz inhibitori gibi) oksidatif yolla metabolize olan BZD'lerin plazma düzeylerini arttırabilir ve toksisiteye yol açabilir. Rifampin, fenobarbital, karbamazepin, okskarbazepin ve fenitoin gibi ilaçlar ise bazı BZD'lerin klinik etkilerini azaltabilir. BZD ve antikollinerjik ilaçların birlikte kullanımı, birlişel bozukluk riskini, BZD ve klozapin birlikte kullanımı ciddi sedasyon ve/veya kardiyorespiratuar supresyon riskini artırır. BZD'ler alkol, narkotikler ve diğer MSS depresanlarının nörotoksisitesini artırabilir. Doz aşımında tek başına riskli değilken, alkol veya diğer MSS depresanları ile birlikte alındığında ölümcül olabilir.

Buspiron diğer ilaçlarla kombinasyonunda genellikle iyi tolere edilirken, farmakodinamik etkileşimlerden ötürü MAOİ veya diğer serotonerjik ilaçlarla kombinasyonunda sorun yaşanabilir. CYP3A4 inhibisyonu yapan ilaçlar, buspiron, zolpidem ve zopiklonun kan düzeylerini yükseltir.

Tıbbi Hastalarda Kullanımı


Duygudurum Dengeleyicileri

Bipolar bozukluk tedavisinde kullanılan ilaçlar; lityum, valproat, karbamazepin (CBZ), okskarbazepin, lamotrijin, diğer antikonvülzanlar, bazı atipik antipsikotikler olarak sayılabilir. FDA onaylı olan ilaçlar; lityum, valproat, lamotrijin, olanza-
pin, risperidon, ketiapin, aripiprazol, ziprasidon, carbamazepin ve olanzapin/fluoksetin kombinasyonudur. Lamotrijin bipolar depresyonun engellenmesinde daha etkin görünmektedir.

Adjuvan tedavide kullanılan diğer ilaclar tiroksin (T4), kalsiyum kanal blokerleri, bupropion, çeşitli SSGİ’ler, klonazepam ve lorazepam gibi bazı BZD’ler olarak sayılabilir.

Lityum tedavisi, kan düzeyleri kontrolleri ile sürdürülür. Tedavi dozları 0.5-1.5 mEq/L arasındadır. Doz aralığındaki yüksek dozlar akut tedavide yeğlenir. 1.5 mEq/L üstü kan düzeyleriтоксik tabloyu gösterir. 2.5 mEq/L üstü doza ise ciddi toksisite olümle sonuçlanabilir. Hastayı diyalizje almak gerekebilir. Karbamazepin ve valproat kullanımında da kan düzeyleri takip edilir. Genellikle karbamazepin için 8-12 mikrog/mL, valproat için ise 45-125 mikrog/mL arasında kan düzeyleri terapötiktir.

Kullanım Alanları


Lityum, valproat, diğer antikonvülanların ve atipik antipsikotiklerin psikiyatride bipolar bozukluk dişinda da kullanım alanları vardır. Lityum, valproat, carbamazepin ve olançapin çeşitli ajite psikoz, dürtüsel agresyon ve kendine zarar verme durumlarında, şizoafektif bozuklukta da kullanılmaktadır. TSSB ve sınır dışındaki bozuklukta da kullanılabilir.

Etki Mekanizmaları

Lityum nörotransmiterler, ikincil ileticiler ve memran transport mekanizmaları üzerinde etki gösterir. Serotonin ve kolinerjik iletimi, dopamin formasyonu, norepinefrin ve fosfoinozitid ‘turnover’i, adenil siklaz aktivitesiyle etki gösterir. Son dönemde lityumun, glikojen sintaz kinaz-3 (GSK-3) inhibisyonu yaptıldığını bildirilmiştir.


Farmakokinetikleri


Lamotrijin asıl olarak glukuronidasyon yoluyla metabolize olur. Diğer medikasyonların plazma düşeylerini etkilemese de, valproat, lamotrijin düşeyini belirgin şekilde arttıranabilir, böylelikle ciddi deri döküntüsü riski artar.
Yan Etkileri


Valproat, daha az yan etkiye neden olur. Doz/plazma düzeyine bağlı gastrointestinal bozukluk, kilo artışı, saç dökülmesi, tremor ve trombositopeni görülebilir. Valproat, menstruel disfonksiyon ve polikistik over hastalığı arasinda bir bağlantý varsa da, nedensel ilski netleşirememiştir. Tüm klinisyenlerin valproat başlangıç dikkate alınması gereken üç önemli uyarı vardır: Karaciğer toksisitesi, pankreatitis ve gebelikte kullanım ile teratojenite (spina bifida).

Lamotrijin genellikle iyi tolere edilir ancak tedavinin başlangıçta geçici baş ağrısı görülebilir. Birçok antikonvülzanın tersine kilo artışına neden olmaz. Dikkat edilmesi gereken tablo lamotrijin kullanımında Stevens-Johnson Sendromu dahil olmak üzere ciddi döküntü ve toksik epidermal nekroz ortaya çıkması riskidir. Yavaş ve uygun titrasyon, doz artırımları yapılsa bu kompleksasyon çok nadirdir (%0.1-0.3). Risk hızlı doz artış ve tedaviye valproat eklenmesiyle artar.


İlaç Etkilesimleri

Lityumla belirgin etkilesim, non-steroid antienflamatuar ilaçlar ve tiyazid grubu diüretiklerle olur. Lityyum düzeyinin artması ve toksisiteye neden olabilir. Teofilin, kafein, verapamil ve karbonik anhidraz inhibitörleri lityyum atılımını artırırlar ve böylelilce kan düzeyini düşürebilir.

Valproat haif düzeyde karaciğerde oksidatif metabolizma inhibe etme; Karbamazepin ve epoksid metaboliti, fenobarbital fenotoin, TSA, daha düşük oranda antipsikotiklerin düzeyini yükseltir. Valproat ve lamotrijin birlikte kullanıldığında, valproat glukuronidasyonu inhibe ettiği için, lamotrijin düzeyi artabilir, dikkatli olunmalıdır. Simetidin, salisilatlar ve klorpromazin valproat klirensini azaltabilir, böylelilce düzeyini artırabilir. Fluoksetin de, valproat düzeyini artırabilir.

CBZ, karaciğer enzimlerinin güçlü bir indükörüdür ve genel olarak birçok ilaçın kan düzeyini düşürür. CBZ, valproat düzeyini azaltır, ancak toksik metabolit düzeyini

**Tıbbi Hastalarda Kullanımı**


**Elektrokonvülsif Tedavi**

EKT, depresyondan veya mani gibi psikotik bozuklukları ve psikoz veya katatoni gibi psikiyatrik belirtileri tedavi etmek için MSS deki nöronların tekrarlayıcı ateşlenmelerini (grand mal nöbetler) elektriksel olarak sağlayan yöntemdir.

İlk kez 1930’lu yılların sonunda kullanılmaya başlanmıştır. Yapılan çalışmalararda EKT’nin, serotonin, GABA, endojen opiyatlar ve reseptörleri, katekolaminler (dopamin, NE, epinefrin ve reseptörleri) etkilediği gösterilmiştir.

Başlıca endikasyonu, özellikle tıbbi ve psikiyatrik nedenlerle acil yanıt gereken major depresyondur. İlaçla tedaviye yanıt vermemen mani, afektif ve katatonik belirtilerin eşlik ettiği şizofreni diğer endikasyon alanlarıdır.

**EKT kontrendikasyonları;**
- 1- Beyinde yer kaplayan lezyon
- 2- Kafa içi basınç artışı
3- Yeni geçirilmiş MI, ciddi kardiyak iskemi
4- Ciddi HT
5- Yeni geçirilmiş beyin kanaması
6- Vasküler anevrizma


Kaynaklar

Psikoterapi terimi, psiko ve terapi formlarından oluşur ki, psiko Yunanca psukh "ruh, zihin"den, terapi ise Yunanca therapeia "iyileştirmeye"den türemiştir. İki sözcüğün birleşmesinden oluşan psikoterapi (psychotherapy) teriminin sözlük anlamı ruhsal tedavi demektir. Psikoterapi, ruhsal hastalık ve bozukluklar belirli bir psikopatolojik anlayış içerisinde, belirli bir kavram dizinine oturtarak yapılan, yöntem ve teknikleri belirgin olan, planlı bir şekilde yürütülen uygulamalar olarak tanımlanabilir. Farklı psikoterapi tanımlamaları yapılmaktadır. Örneğin;

* Öztürk'e göre, çok geniş anlamda düşünme, duygusal ve davranışsal, konuşma, ilişki kurma yolları ile etkileyerek değiştirme ve iyileştirme demektir. Ruhsal bozukluğun iyileşmesi için hasta ile olumlu bir ilişki içinde özel teknikleri kullanarak bıktakım uygulamalarıdır.

* Güleç'e göre, daha olgun ve uygun bir ruhsal denge sağlamak amacı doğrultusunda, başvuran kişilerin düşünce ve duygusal ilişkiler kurarak yürütülen bir tedavi bilim ve sanatıdır.

Özetle, psikoterapi, kişilerin daha olgun ve uygun bir ruhsal denge sağlamak amacı doğrultusunda, başvuran kişilerin düşünce ve duygusal ilişkiler kurarak yürütülen bir tedavi bilim ve sanatıdır.

Psikoterapistin hastaya yanaşma biçimi ve tutumuna göre:

* Bastırıcı (Suppressive)
* Destekleyici (Supportive)
* Derinliğe araştırmacı (Explorative)
II. Ruhsal Bozukluk (Psikopatoloji) Anlayışı ve Kuramsal Çıkış Noktasına Göre:

A. Psikodinamik Temellere Dayananlar:
* Psikanaliz, Freud'un geliştirdiği psikanaliz ve bunun değiştilmiş, uyarlanmış biçimleri
* Freud'dan yöntemce büyük ayrılıma göstermeyen fakat kuramsal açısından ayrınlıkları olan yeni analiz okulları (Jung, Adler, Rank, Horney, Sullivan...)
* Psikanalitik nesne ilişkileri kuramı (Klein, Fairbairn, Kernberg..),
* Psikanalitik benlik (Ego) psikolojisi (Hartmann, Rapaport, Erikson...),
* Psikanalitik kendilik (Self) psikolojisi (Kohut...)

B. Öğrenme İlkelerine Dayanan Davranışçı Psikoterapi Türleri:
* Sistematik duyarsızlaştırma (systematic desensitization, Wolpe),
* Alıştırma (exposure),
* İtíçi koşullama (aversive training),
* Olumlu pekiştirme ve söndürme (positive reinforcement and extinction) vb.


C. Bilisimsel Psikopatoloji, Bilgi İşleme (Information Processing), Sosyal Psikoloji İlkelerine Dayananlar
Bilisimsel davranışçı tedaviler (Beck, Ellis...)

D. Varoluşçu (Egzistansiyel) ve Olgu-Bilimsel (Phenomenologic) Temellere Dayananlar (Binswanger, Minkowski, Frankl, Strauss...)

III. Tedavi Durumunun Biçimi ve Yapisına Göre:
A. Bireysel (Individual) Psikoterapi
B. Küme (Group) Psikoterapi
C. Psikodrama
D. Oyun Psikoterapi
E. Aile Psikoterapi

Çeşitli Psikoterapi Türlerinde Kullanılan Başlıca Ruhsal ve Fiziksel Araçlar

1. Daha çok bastırıcı ve destekleyici psikoterapi türünde
   A. Eğindirme (telkin, suggestion)
   B. İnandırma (ikna, persuasyon)
   C. Yol gösterme, rehberlik (guidance)
   D. Danışma (counseling)

2. Bastırıcı, destekleyici ve derinliğine araçlı türlerde
   A. Uyutum (hipnoz)
   B. Uyuşturma (narkoz)
   C. Boşaltma (katarsis)

3. Genellikle derinliğe araçlı, çözümleyici (psikanalitik türlerde)
   A. Güdümsüz görüşme (non-directive interview)
   B. Serbest çağrışım (free association)
   C. Düşlerin çözümlemesi
   D. Dil süreçlerinin (parapraksis) çözümlemesi
   E. Simgelerin (sembollerin) çözümlemesi
   F. Direnç (resistance) ve aktarımın (transference) çözümlemesi
   G. Açıklama ve yorumlamalar

4. Daha çok davranış psikoterapilerinde
   A. Gevşeme, koşullama
   B. Edimsel koşullama
   C. Alıştırma (exposure)
   D. Ödül-ceza teknikleri
   E. Pekiştirme, söndürme
   F. Çeşitli öğretme teknikleri

Dolaysız Araçlar

1. Çevrenin değiştirilmesi (aile düzenlenmesi, hava değişimi, iş değiştirilmesi...)
2. İlaçlar; fizik sağ同志们 yolları (faradi, banyolar, spor...); çeşitli uğraşi, iş ve uyumlandırma (rehabilitasyon) yolları

Bu özetleme de görüldüğü gibi psikoterapide kullanılan araçlar daha çok şu ya da bu tür için yeğenebilir; fakat genellikle her tür sağaltımda bu araçların herhangi biri, yeri ve sırası gelince kullanılabilir. Örneğin, en koyu geleneksel bir psikanalizde bile gerekince eğitirm, rehberlik, yol gösterme kullanılabileceği gibi destekleyici psikoterapide de bu düş yorumlaması yapılabilir.

Psikodinamik Psikoterapi

Dinamik psikiyatri, ruhsal olguların, bilinç dışı arzularla, onları engellemeye çalışan güçler arasındaki çatışmadan kaynaklandığını düşünür. Bazı olgularda ise çatışmalar yanında ruhsal yapıda beklenen doğal gelişimin eksik kalması yani eksiklikler sorumludur.

Ruhsal olgular ve semptomlar bilinç dışı çatışmalardan da ya ruhsal yapıdaki kusurlardan kaynaklandığına göre, görünen, yüzeysel olgular gerçek sadece bir yüzünü gösterir. Psikodinamik psikiyatri sadece görüneni değil, görünenin ardındaki nedenleri anlamak, insanın yaptığı ne olduğunu tanımlamakla yetinmeyip, niye böyle yaptığı anlamaya çalışır.

Deskriptif psikiyatri ise hastalari, gözlemlenebilen ortak davranışsal ve olgusal özellikleriyle ele alır. Hastaları benzer belirti yelpazeleri doğrultusunda sınıflararak, bozuklukları tanımlamaya çalışır. Hastanın subjektif deneyimleriyle, iç dünyasında olup bitenle ilgilenmez.

Dinamik psikiyatri “biricik” ve “tek” olanın ne olduğunu belirlemeye çalışır. Her insannın bir diğeri benzeri benzemeyen hayat öyküsüne sahip olmasının bir sonucu olarak diğerlerinden farklı olan pek çok yönü olduğu düşünülmektedir. Semptom ve davranışların oluşumunda, oldukça kiflisel, sübjectif deneyimlerle, biyolojik ve çevresel belirleyicilerin ortak rolü üzerinde durur.

Dinamik psikiyatri bilişsel-davranışlı yaklaşımde de farklılıklar gösterir. İnce davranışçı bir bakış açısı göre ruhsal yaşam, davranıştan ibarettir. Davranışçı yaklaşım, kişinin davranışlarının yanında kişisel, sübjectif deneyimlerinin ikiçil bir öne olduğu görüşündedir. Dinamik yaklaşımda ise hastanın iç dünyasını, fantezi, rüyalarını, korkuluklarını, umutlarını, beklenelerini, kendiliğinin ve diğerlerinin algılayacakları ve semptomlara verdikleri psikolojik tepkilerini önemser.


Semptom ya da davranışların genellikle tek bir bilinç dışı belirleyicileri yoktur. Bir semptom bir dizi bilinç dışı süreçin birarada işlemesi sonucu ortaya çıkar.

Dinamik psikiyatri nin bir başka ilkesi ise erken çocukluk yaşantılarının kişinin ruhsal yapısının şekillenmesinde çok önemli olduğu düşünülmektedir. Kişiliğimiz, alışkanlıklarımız, beklenilerimiz, kendimiizi ve başkalarını algılamamız, büyük oranda anne, baba ve aile içi etkileşimlerce belirlenir.

Psikodinamik Terapiler ve Uygulama

Terapisi ve hastayı bir araya getiren tek neden, hastanın sorunlarının çözüme kavuşturulmasıdır. Her türden terapide terapistin tüm eylemleri ve ifadeleri, bu amaç hizmet etmeliidir. Terapistin hiçbir eylemi, kişi merak, bilgi alma, kendini iyi hissetme gibi motivasyonlara dayanamamalıdır.
Psikanalizin tarihsel gelişimi sürecinde üç ana uygulama biçimi gelmiştir:
1- Psikanaliz,
2- Ekspresif, çözümlüyici, iç görüşe yönelik, psikanalitik psikoterapiler, dinamik psikoterapi,
3- Dinamik yönetimli destekleyici psikoterapi.

Psikanalitik psikoterapilerin üçünün ortak yanı, hastanın söylediğini ve yaşadıklarının tam ve derin anlamlarını anlamak ve hastanın anlamasını sağlamaya çalışmaktadır.

Dinamik terapist tedavinin her anında “kendine özgü bir öyküsü ve zihinsel uğraşları olan bu kendine özgü kişinin, şu anda bana bunları söylemesinin ve bu şekilde davranmasını anlamadır?” diye sorar. Böyle davranmanın bilinçli ve bilinçdışı anlamları nedir diye anlamaya çalışır.

Psikanalitik terapilerin birbirlerinden farklarının belirtmeden önce terapide özel önemleri olan, aktarım, karşı-aktarım ve direnç gibi üç temel kavramı açıklamak gerekir.

**Aktarım**

Terapide hasta zamanla geçmişte başta annesi babası olmak üzere önemli kişilere karşı olan duyugularını terapiste yansıtır. Terapisti anne ya da babası gibi algılar, onlar gibi davranıldığı iddia eder. Terapi bir bakımın hastanın geçmişte ünlü nesnelerle kurduğu ilişkilerin terapist üzerinden yansıtır ve bunlara ilişkin yüklerden kurtulması sürecidir.


**Karşı Aktarım**


Terapinin sağlıklı bir şekilde devam edebilmesi için terapiden kendi karşı aktarmalarının farkında olması ve bunları hastaya zarar vermeyecek şekilde kontrol edebilmesi ve kullanması gereklidir. Karşı aktarım terapiste, hem hastasını daha iyi anlamaya olanğı hem de hastanın başkalarıyla ilişkilerinde karşı tarafın neler yaşamış olacağına iliş-
kin bilgiler verir. Terapist kendi karşılığı aktarmalarını farkında olmadığına, hastasına, kendi geçmiş ilişkileri ile sorunlarını aktarabilir. Söz gelimi geçmişte yaşadığı bir hali kırıklığının kızgınlığını ve acısını fark etmeden hastasına yöneltebilir.

**Direnç**


Tedavi direnci aktarma etkisi eder ve pek çok biçimde ortaya çıkabilir. Randevulara gecikme, ilaç kullanmayı reddetme, psikiyatri'nin önerileri veya söylediklerini unutma, seanslara sessizce oturma ya da ona neden bir materyal üzerinde odaklanıp kalma ya da terapi ücretini ötenmek gibi etkileri sadece birkaçdır. Diğer dirençler, öfke, suçluluk, nefret ya da eğer terapist gibi yasak bir nesneye yönelen endişe, utanç veya anksiyete gibi duygulardan kaçmak içindedir.


**Psikodinamik Terapi Türleri**

**Psikanaliz**

Terapinin temeli aktarım çözümlemesidir ve analist kendi sorunlarının ve düşüncelerinin aktarma bulaşimması için mümkün olduğu区委 özgü ve sözel olarak geri planda kalır.

Terapist ifadelerini sorularla, kolaylaştırıcı sözlerle ve seyrek olarak da açıklama, yüzleştirme ve yorumlarla sınırlar.

Yöneltme, öğüt verme, tembihleme, ödül veya ceza verme ya da savunmaların desteklenmesi doğrultusunda hemen hiçbir şey yapmaz. Ruh içi çatışmalar arasından da taraf tutmaz.

Psikanalizin en etkili olduğu sorunlar nevrotik kişilik örgütlenmesi içindeki sorunlardır.

**Ekspresif (Dinamik) Psikoterapi**

Terapist, daha aktiftir, süreç üzerinde daha etkilidir. Terapist hastanın içsel çatışmaları hakkında tamamen nötral değildir, yani hangi savunmaların çözümleneceği, hangilerine dokunulmayacağına hatta kimi zaman hangilerinin güçlendirileceği karar verir.


**Destekleyici Dinamik Psikoterapi**

Psikanalizden ve ekspresif terapiden en önemli farklı, aktarımın çözümlenmesinin sadece dirençlerle sınırlı birakılması hatta aktarımдан yararlanılmamasıdır. İstenen davranışların pekiştirilmesi için, hastanın terapiste yönelik aktarımından bir araç olarak yararlanır. Diğer iki yöntemde kesinlikle yapılmayan, yönlendirmeler bazen kullanılır.


Destekleyici psikoterapinin en etkili olduğu alan ekspresif terapiye çeşitli nedenlerle uygun olmayan, ağır kişilik bozukluğu vakaları ve psikozlardır.
Bilişsel Psikoterapi


Beck psikanoalitik eğitimin geçtiğinden dolaylı bilişsel terapi de bu kuramdan etkilenmiştir. Bilişsel terapinin gelişiminde, bilişsel psikoloji araflarının da önemli etkisi olmuştur. Özellikle Kelly'nin "kif里斯el yapısı" kavramı ve daha sonra Lazarus'un, düşünülen davranış değişimi üzerine etkilerine ilişkin görüşlerinin, bilişsel terapinin gelişiminde önemli rolleri vardır.


Seligman, "Öğrenilmiş Çaresizlik Modeli (Learned Helplessness)" adını verdiği kuramını, köpeklerle yaptığı deneyleri deneyesel olarak sonucu geliştirmiştir. Bu modele göre, yaşantısal olarak ard ardına caresiz durumlarda kalan canılar, caresizliğe koşullanarak çözüm yolları arayamaktadır. Bandura'nın "Sosyal Öğrenme Kuramı" ve Mahoney'ın öğrenmede bilislerin rolüne ilişkin çalışmaları bilişsel terapinin gelişiminde önemli etkileri vardır.


Beck'e göre, depresiflerin bilişleri çaptımlı ve gerçek dışıdır. Depresyon belirtileri, çaptımlı bilişsel örtüntülerin (pattern) etkinleşmesinin bir sonucu olarak ortaya çıkar.

Beck'in kuramını daha ayrıntılı olarak açıklamadıkçe, biliş ve bilişsel çaptımların tanınamaları gereklidir. Biliş (cognition), hem düşünme süreçlerine hem de düşününcinin içeriğine atıfta bulunan geniş bir kavramdır. Biliş, süreç ve algılama

Beck, depresyonun ortaya çıkısında rol oynayan üç bilişsel yapı üzerinde durur. Bunlar bilişsel şemalar (schemata), bilişsel hatalar (errors) ve bilişsel üçlüdür (triad).


**Bilişsel hatalar** kişinin düşüncesindeki sistemlik mantığı hatalardır. Bunlar, keyfi çıkarsama, seçici soytulama, aşırı genelleme, abartma ve küçültme, kişileştirme ve ya hep ya hiç tarzı düşünmededir.

**Keyfi Çıktıama (Arbitrary Inference):** Herhangi bir olay ya da yaştıta sonur bir kant olmak üzere sonucu destekleyen, hatta zor olgulara karşı belirli bir sonuç çıkarma sürecidir. Örneğin hiç ders çalışmayan bir öğrencinin sınavda başarsızlığına sonucu kalacağını düşünmesi bu bilişsel hatalara bir örnek olabilir.

**Seçici Soytulama (Selective Abstraction):** Bir durumun bütününde daha önemli yönlerini yadsıyarak, bir ayrıntı üzerinde durmayı ve bütün yanlıştıranı başına sanmalıdır. Örneğin; iyi-kötü, güzel-çirkin gibi. Depresif kişilerin kendi degerlendirmelerini olumsuz kategoriler seçer.

**Aşırı genelleme (Over Generalization):** Tek bir olaya dayanarak genel bir sonucu ulaşmadır. Bütün derslerinde başarılı olan bir öğrencinin, sınavdan birinde başarısız olduğunda sonucu kalacağına düşünmesi bu bilişsel hataya bir örnek olabilir.

**Abartma ve Küçültme (Magnification-Minimization):** Bir olayın ya da durumun önemini değerlendirdirken ya olayın boyutlarını abartma ya da çok önemliseyse en çok önemsz bir olay gibi algılama.

**Kişileştirme (Personalization):** Kişinin kendi dışında gelişen, olup biten olaylarda bir işlik olmakском saygıyu kendi sorumlu tutması. Örneğin; "Benim yüzümden".

**Ya Hep ya Hiç Tarzı, İkili Düşünme (Absolutic, Dichotomous Thinking):** Kişi bütün yaşantıları iki zt kategoriler birine yerleştirme eğilimidir. Örneğin, iyi-kötü, güzel-çirkin gibi. Depresif kişi kendi tanımlarını olumsuz kategorileri seçer.

Depresyonun ortaya çıkmasında etken olan bilişsel yapılılardan biri de bilişsel uçludur. Bilişsel üçlü kişinin kendini, yaşamını ve geleceğini olumsuz olarak görmesi ve değerlendirmesinden oluşur.


Bilişsel Terapinin Temel İlkeleri

* Hasta ve problemleri bilişsel kavramlarla formüle edilir.
* Bilişsel terapi terapist ve hastanın aktif katılığını gerektirir.
* Bilişsel terapi amaca yöneliktir ve probleme odaklanır.
* Bilişsel terapi geçmişi “time limited” ve kisa sürelidir (ancak,kısaltılı bozukluklarda ve kronik silahlı kaza ve “gerçek”ine temasını, değerlendirmesini ve de¤il de¤ilemsini öğretir.
* Bilişsel terapinin temel ilkeleri, duygusal ve davranışsal müdahalema amacyla birçok teknik kullanılır.

Bilişsel Değerlendirme ve Tedavi

Bilişsel terapide değerlendirme süreci terapi görüşmeleri boyunca devam eder. İlk görüşmelerde hastanın problemini anlamaya ve formule etmeye çalışmak önemlidir. Bilişsel terapide has-


Değerlendirme Görüşmelerinin Yapısı

* Güncel sorunların değerlendirilmesi
* Semptomlar
* Yaşam problemleri
* Negatif düşünceler
* Problem listesi
* Tedavi hedeflerinin belirlenmesi
* Tedavinin rasyonelinin sunulması
* Düşünce-Duygu-Davranış kırık döngüsü
* Kendini gözlemleme
* Değişme olasılığığı
* Tedaviye başlama
* İlk tedavi hedefini belirleme
* Uygun ev ödevlerini oluşturma


**Öğretici Yönler:** Hastaya bilişsel çarpıma, negatif otomatik düşünce gibi kavramlar tanıtılarak, yaşantılamada duşüncelere, duygu ve davranış ilişkileri gösterilir.

**Bilişsel Teknikler:** Otomatik düşüncelerin belirlenmesi, dohruluklarının sınıması; islevsel olmayan varsayımın belirlenmesi, dohruluklarının sınıması; alternatif düşüncelerin oluşturulması ve islevsel olmayan varsayımın değiştirilmesi süreçlerinden oluşur.

**Davranışçı Teknikler:** Günlük etkinliklerin kaydedilmesi ve programlanması, problem çözme becerilerinin geliştirilmesi, davranış ev ödevleri, rol değişim, verdiği egerzisler gibi tekniklerdir.

Günümüzde bilişsel terapinin çeşitli formlarda uygulanışı vardır. Örneğin, Beck’le hemen hemen aynı zamanlarda Ellis’in geliştirdiği Rasyonel-Emotif Terapi, daha sonra Meichenbaum tarafından geliştirilen ve davranışçı ağırlıklı Bilişsel-Davranışçı Modifikasyon ve Lazarus’un geliştirtiği Multimodel Terapi bazı bilişsel terapi çeşitlileridir.


**Kaynaklar**

Calligor E, Kernberg OF, Clarkin JF. Handbook of dynamic psychotherapy for higher level personality pathology, American Psychiatric Publishing Inc. NY, 2007
Gençtan E. Psikodinamik psikiyatri ve normal dış davranışlar, Metis Yayınları, İstanbul, 1975.

Ruh sağlığına ilişkin özgün etik kurallar henüz yıldızan sonra tanımlanmaya ve yaygın olarak tartışılmaya başlanmıştır. 1977'de, Dünya Psikiyatri Derneği'nin Hawai Deklarasyonu, bu alanda temel bir başvuru kaynağıdır. Aynı yıllarda İngiltere, ABD ve Yeni Zelanda Ruh Sağlığı Örgütleri, kendi ülkelerindeki tüm mesleki uygulamaları sorunlara kapayan etik kurallar koyarak dünyada çağdaş psikiyatri etiği için modeller oluşturdular. Türkiye'de tibbi etikle ilgili tartışmalar henüz çok ye- 

Bedensel hastalıklara tanı koymak için çok kez nesnel, bağımsız, geçerli ve güvenebilir testler vardır. Ruhsal sorunlar için bu tür araçlar aynı duyarlılıkta değildir. Ayrıca, hangi durumların psikiyatri bir bozukluk, hangilerinin o sırada geçer- 

Gizlilik
Tedavide gizlilik ilkesi hastaya emniyet ve mahremiyet sağlar. Gizlilik, özel konu-

Psikiyatrıde Etikle İlgili Temel Kavramlar

Gizlilik
Tedavide gizlilik ilkesi hastaya emniyet ve mahremiyet sağlar. Gizlilik, özel konu-

濮YUKSEL
Psikiyatride Etik

394 Psikiyatride Etik


Gizlilik ve Çocuk-Gençler
İngiltere'de 16 yaş altındaki çocukların tedavi olmasına ve doğum kontrol yöntemlerini kullanmasına ana-babanın izin hakkı vardır. Ancak problem durumunda çocuğun yetenekler ve o durumu kavrama kapasitesi değerlendirilir. Ailenin isteğini de düşüştə ama çocuğun yararına bir karar verilebilir.


Yayın ve Araştırma
Yayın materyalinde kişinin tanıması olanaklı değildir ki'nin onayı şart değildir. Ama bu yazı veya konuşma ile kişinin tanıını tanımlamadığını ihiyatla değerlendirmek gerekliyor. Salt ismi değiştirmek çok kez yetersiz bir önlem olacaktır.

Gizlilik ve Tutuklular
Dünya Psikiyatri Derneği (WPA) Hawaii Deklerasyonu'na (1977, 1983) göre psikiyatr hiçbir zaman mesleki kapasitesini bir birey veya grubun insan haklarını ihlal için kullanamalı, kişisel duyguların, arzuların, yarar ve önçülerin tedaviye etkilemesine izin
vermemelidir. Psikiyatrik hastalık olmadığı bir durumda veya kalkar kalkmaz, psikiyatrinin araçlarını kullanamamalıdır. Üçüncü bir tarafın bilimsel bilgi ve ahlaki kurallara aykırı bir talepte bulunması halinde, işbirliğine girmeyi reddetmelidir. Bunu bozmak zorunda kalırsa durumu hastasına açıklayacak zorundadır.


Tedavi İçin Kişinin İznini Alma, Kişiyi Bilgilendirme

Bir tedaviye başlamadan ön değerlendirmeye devresinde tedaviyi yürütmeek kişi nasıl bir tedavi süreci izleyeceğini danışana aktarmalıdır. Önerilen tedaviye alışmak ne gibi tedaviyelere olabileceğini, önerilen tedavinin yan etkilerini iletmelmeli. Net bir tedavi planı verilmezse kişi gözü kapalı, sahte ve net olmayan beklentilerle dolu olacak tedaviye girer. Uygulayan hekim için basit ve stradan olarak görülecek konuların hastaya açıklanması gerekir. Bu açıklamalar kişinin anlayacağı bir dille basit ve net olarak ifade edilmelidir. Örneğin; psikoterapiye alınan bir kişiye ne sıklıkta, yaklaşık kaç kez görüşeceklerin beklendiği ve görüşmelerin süresi aktarılır.


Tedaviyi Ret Etme Hakkı

Genel olarak bu durum kendişinin ölümüne veya kalıcı bir sakatlığa yol açma riski taşısa bile erişkin bir kişinin tedaviyi ret etme hakkı vardır. Rıza kavramının istisnai durumları her ülkede farklı tanımlanmıştır. Bu yazında genel olarak bizi ilgilendiren üç durumu açıklayacağım.
**Varsaylan Rıza:** Hastada bilinç kaybı olduğunda tedavi için rızasının olduğu varsayılır;

**Zorunlu Rıza:** Müdahale edilmemişinde büyük bir zarar veya ölüm olabilecek durumda olan ama kendisinin karar verebileceğine ilişkin kuşku olduğunda;

**Acil Durumlarda Rıza:** Acil olarak harekete geçilmeyeceği kişinin kendine veya bir başkasına zarar verebileceği durumlar.

Bir hasta tedaviyi reddettiğinde zaman doktorun bu konuyu kabul etmesi için iki değerlendirme yapması gereklidir:

1- Hastanın ruhsal kapasitesi tedaviyi ret etmek için yeterli mi?
2- Hasta bu kararı kendi iradesiyle verebilir durumda mı yoksa başkalarının etkisi altında mı?


**Zorunlu Yatırma**


Bir diğer sorun gönül hakkında bir hastanın tedavi uygulamasına itiraz etmesi, elektro konvulsif tedaviyi veya yaşamı tehdit edecek düzeyde olduğu halde beslenmeyi reddetmesi durumunda yaşar. Bu durumda çözüm yölleri ülkeden ülkeye değişebilir. Örneğin İngiltere için kural, hastanın sürekli hekim olduğu tabanda
bağmsız bir uzmanın görüşünün alınması. Ayrıca, hastanın ailenin onayı ile teda-
viye alınabildiği durumlar olabilir. Birçok ülkede akl hastalarının hakkını koru-
mak için özel önlem maddeleri bulunur. Türk kanun ve yönetmeliklerinde bu konu
hakkında çalışılması ivedilikle gerekliydi. Bu konuda pek çok boşluk vardır. Ruh
sağlığı örgütleri ve Türk Tabipler Birliği birbirleri ile işbirliği içinde bu konuda
boşlukları dolduracak yönetmelikler hazırlanmalıdır.

Hasta-Hekim İlişkisinde Mesleki Sınırı

Psikiyatr conlar her tür günlük uygulamalarında uygun tedavi bağılar koymak için ka-
rarlar almak zorunda kalır. Bu dikkatle yapılması gereken çetrefilli bir konudur.
Buna özen gösterilmelə hastalarımız zarar görür. Farklı klinik ortamlarda ge-
rekli sınırları ilgili farklı düşünceciler hakimdir. Uygulamaları kendilerini aynı ort-
tanda sınırların kişinin menfaatine uygulandığını değerlendirmeye hazırlanmalıdır.
Bu değerlendirilmeyi yapabilmek için uzmanın yeterli psikodinamik, psikopatoloji eğiti-
mi olmalıdır. Ama bu kuramsal etkinleri kadar önemli olan mesleki kimliği ve rol-
leri ile cinsiyet ve güç farklılıkları ile ilgili konularda yeterliliği olmalıdır. Bu konu-
larda eğitim, uygulamacının konu ile ilgili duyarlılığı hikmete yardımı edecek
ve güç klinik olaylarda karar vermesine kolaylaştıracak, yeterliliğini artıracaaktır.

Ruh sağlığı uzmanlarının birçok dansanları cinsel olarak kötüye kullanmaz. 
Ancak birçok olmayan school hülleri de hastaların kırlıqan kalar. Daha güneşlenir ve akıl-
cı bir tedavi bağı kurmak için saygılı, duréest, sınırları belirli bir hizmet verime-
li ve güç olmayan bir birı tanışması kurulmalıdır. Tedavi sınırları ilhale ilgili
ufak görülen bazı hataların daha büyük meslek ihlallerine yol açabileceği olumlu
vardır. Tedavi sınırları hasta hekim ilişkisinin bütünlüğüne temel oluşturur.

Hekimlik mesleğinin sınırları konusuna gösterilen ilginin artması, büyük ölçü-
de uygun olmayan cinsel yaklaşımların bildirimlerinin çoğalması ve bu durumun
olumsuz etkilerinin farkında varılması ve hasta haklarına duyarlılığın gelişmesi ile
artmıştır. Kuşkusuz, hekim hasta ilişkisinin kimlik salt cinsel yakınılın yaşılanma-
sıyla sınırlı değildir. Başka şehirde pek başka davranış da hasta hekim ilişkisinin yap-
sında bulunan güç farklılıkları bozabilir. Bunlar, ikili ilişkiler, iş bağlanıları, hedi-
yeler veya hizmetler, randevu zaman, yer ve süresi, yarış ücret uygulamaları ola-
rak önemlendirir. Sınırlar, kabaca profesyonel mesafe ve saygı olarak tanımlanabilir.
Özel bazı durumlarda sınırlar ilgili farklılıklar olabilir. Ancak bu farklı davranış-
şin kişi tarafindan nasıl algılanacağını değerlendirmesi gerekir. Bir felaket haber-
i alan veya bir yakınını yitiren bir hastanın eli daha uzun sakılabilir veya omuzu sı-
vazlanabilir. Ancak aynı basit davranış rasgele kullanıldığında ve nasıl algılanaca-
ğı hesaplanmaksizin uygulandığında ciddi riskler taşır. Bu süreç "kaygan yokuşu"
olarak tanımlanabilir. Cinsel içerikli olmayan sınırlar ihlallerinin, cinsel yakınılaşma ilerle-
me olması bulunsun veya bulunmasın kendi başlarına hastaya zarar verebilir nite-
likte olduğunu destekleyen veriler birikmektedir.

Mesleki deneyimlerim doktorların istismarını yaşayan dansanların özelliklerini
çoçukluk istismarını yardımıcılıkta benzemekte olduğunu ve kişilerin bu durumları açık-
lamada son derecede çelişkiler yaşadığı yönündedir. Bu zorluğu karşın açıklandık-
larında diğer doktorlar açıkça olmaması bile mağdurları sorumlu görmektedir. Duru-
mun zorluğunu değerlendirilebilen hekimler ve terapistler bile olanda sırarını sıkı
sikiya korumalarını destekleyerek sırarını yeniden içlerine kapatmalara da dolaylı
olarak yardımcı olmaktadırlar. Kişiler arası cinsel uygulamaların mahremliğinin genel
bir kural olmasının gizli bir cinsel yakınlık yaşayan "hastanın" cinsel ilişkisini açıklka-
masını engellemektedir.

Danışmanların uygulamada tabii olduğu etik kodlara (1990) göre cinsel aktivite-
teler salt cinsel iliskiyle sınırlı olmayıp farklı cinsel aktiviteleri kapsamaktadır. Bu
ilişkiler zor kullanılarak uygulanabilir. Ama daha sıkılıkta bir zor kullanılamaz, fizik
baskısı yoktur. İlişki daha çok, hileli olarak tanımlanabilecek manipulatif davranışlar
uzerine kurgulanır.

Bir kişinin doktorunu-terapistini cazip bulup onuna bir yakınlığı şiddetle yaşa-
mak istemesi ve onu tahrik etmesi tedavi sürecinde rastlanabilir bir durumdur. Ama
rol sırarını net olarak net olarak çizmek terapistin-doktorun sorumluluğudur. Ona eğitim
sürecinde bu tür durumları nasıl ele alacağı öğretilmiş ve o da öğretnmiş olmalıdır.

Kenneth Pope (1988): Doktor-hasta cinsel yakınlığı yaşayan bir kişi଀ide diğer
travmalara benzer özelliklerin bulunduğu belirtir. Hekimi tarafından cinsel ola-
arak istismar edilen kişilerde sık rastlanan özellikler aşağıda açıklanmıştır:

1. Zıt Düşünceler: Uzun zaman güdümünde kaldı¤i danışman-terapisten ayrılma
ile ilgili çelişkî düşünçeler taşar. Bu çelişkiler, terapizin mesleki kurallarını bozar ve
ile ilgili bir ihibari engeller. Ona karşı duydugu sadakat hissi terapistin-doktorunun mes-
lek hayatına, ünü nü baıacak bir adım atmasından kurtar. Bu durum dış yerden istismar
edenin başka istismarlar için kendine güvenini pekiştirir;

2. Suçluluk: Sorumluluk, mesleki ilişkisinin bozan, gücünü kötüye kullanı
ve güvli konumda olan danışman/terapiste ait olduğu halde mağdur ilişkiye başlamak
veya sürdürmekten dolaylı suçlulukta ve(662,272),(893,418)

3. Duyguşal Yeterlilik: Bu tür bir ilişkinin uzun süreli devami kişiyi salt ilişki
srasında de¤il ilişki kesildiğinden sonra da etkiler. Daha sonraki partner ilişkilerinde
de benzer duygusal sorunlar yaşanabilir.

Pope, bunlara ek olarak doktor-hasta ilişkisinin kimlik/ ilişki/ rol sa¤lklığı, cins-
el sa¤lklık, güvensorluk, bastırılmış öfke, yüksek intihar riski yaratarak zarar ver-
dığını ileri sürer.

Hasta hekim arayışındaki cinsel ilişki tabusunun ensest yasa¤ına benzer bir nedeni
vardır. Ensest tabusunun temelinde, çocuğun ana-baba ile olan ilişkisinde, çocuğun
genel ve cinsel gelişiminde erken, gizli ve yoğun cinsel uyanılara maruz kalmasının
engellenmesi yatar. Ayni şekilde, hekim-hasta ilişkisi hastanın korunması temelinde
kurulmuştur.

Tedxviyle ilişkisinde cinsellik salt bedensel ilişkiye sınırlı değildir. Yeni Ze-
landa Tip Konseyi, davranış tiplerini üç kategoriye ayırmıştır:

1. Uygunsuz Cinsel Davranışlar: hastanın mahremiyetine saygısızlık, cinsel ba-
 kımdan kütültücü ifade ve tavırlar. Ayrıca, muayene sırasında kişinin uygun şekilde
örtülmemesi ve cinsel tacizler bu gruba giren davranışlardır.
2. **Cinsel Sınırların Aşılması:** Flört, cinsel bir ilişkiye girmenin ilk adımı olabildiğine, cinsel anlam taşıyan dehlizler, öpümler. Bedensel inceleme gerekmediği durumlarda meme veya genital muayenelerinin yapılması, eldivenliz pelvis muayenesi yapılması.

3. **Cinsel İstismar:** İlişkiyi kimin başlattığından bağımsız olarak oral, genital, anal ilişkiler ve masturbasyonu bir(groupId) giriflimler.

Amerikan Tabipler Birliği (AMA) Eti̇k ve Hukukal Konular Konseyi’nin, tıp uygulaması sırasında karşılaşılabilecek hasta-hekim ilişkisinde etik ihlal kategorilerine örnekler: Ciddi kişilik bozuklukları olan ve hastaları sistemli olarak baştan çıkarma girişiminde bulunan hekimler; Cinselliği tedavi amaçlı kullandığı ider sürenler; Fizik inceleme uygunsuz kullanlanlar; Uzun süreli bir hasta ilişkisini cinsel bir yakınılgı dönüşü̇tülerler; Narkoz altında iken veya uyanıkken urzına geçenler.

Bu tür sınır ihlal dosyaları incelendiğinde meslek ilişkisindeki bozulmanın çok kez aşağı aşağı geliştiği, cinsel ilişkiye girmeden önce profesyonel ilişkiye ilahl eden adımların atıldığını öğrenmektedir. Bu adımlar hekimin kendisinden söz etmesi, fizik muayenede uygulanan davranışlar, acil durumlar hâlî hasta veya muayenehane dış yerlerde yapılan ve saatleri, süresi netleştirmemeyi örnekler olarak önemlendirilir.


Tedavi sürecinde terapistin/hekimin danışmanlığını/hastasını cazip bulması veya onun tarafından cazip bulunması sık rastlanabilir bir durumdur. Terapist/h ekim, kendi hastasını cazip bulursa ne yapacağı bilmelidir. Tedavi sürecinde cinsel ilişkii tüm tip ve ruh sağlığı ögütlerinin ilkelerine göre yasaktır.

Hasta-hekim tedavi ilişkisi bitikten belirli bir devre sonra bir ilişkinin durumuna ilişkin farklı meslek gruplarında farklı değerlendirmeler yapılmaktadır. İngiliz Danışmanlar Kodu (1992), tedavi süreci ve tedavi bitiminden sonraki ilk oniki haftada bir ilişkine izin vermektedir. İngiliz Evlilik ve Cinsel Tedaviler Derneği kendi üyeleri için eski hastaları ile cinsel ilişkisi ömür boyu yasaklar. Bu çok zor bir değerlendirmedir: Tedavi hangi noktada bitmiştir, belirli bir zorlukla gelen kişinin psikoterapisi tam olarak bitmiş ve o zorluk durumu artık kalkmış mddir, erken bir tedavi bitmeme mi vardır, tedavi terapistine ile başka tür bir ilişkili kurmak amacıyla m bir birilirme bitirilmiş gibi sorular ve kişilerin bir meslek ilişkisini ani olarak bitirip onun etkilerinden kurtu-
lup farklı kuralların geçerli olduğu bir ilişkiye ertesi gün nasıl geçebleceği dair itirazlar vardır. Değerlendirmeye veya tedavi sürecinde terapist hastasının kirlgan özellikleri hakkında bilgi sahibi olmuştur. Ayrıca, uzun süreli bir tedavi ilişkisini yanı güce farkına oturan bir ilişkiye, yaşayan kişilerin farklı bir ilişkiye nasıl oturtacağı önemlidir. Aktarım sürecinin salt tedavi sırasında değil tedavi bittiken sonra da belki azalarak sürdüğü düşünülmelidir.


2) Yapılması Uygun Olmayanlar: Hastanın sorununu kendi sorununuz haline getirmeyin, kendi sorunlarınızı hastaya vermemeyin, sorunlarınızı reddetmeyin, kişisel sorulara yanıt vererek veya hastaya "çifte mesaj" vererek süreci tartışmayın.

Sunur İhlalinin Engellenmesi


Bu sorunun çözümü salt tibbi kurularda tarafından yaşanamaz. Hekimi tarafindan cinsel istismara uğrayan kişilerin (hasta/danışan) başvurabileceği ve hakları arayabileceği hasta hakları birimleri olmalıdır. Olayın varlığının bilinmesi, eğitimde programa alınması, hoca konumundaki kişilerin yetişen ögrenicileri uygun model olması, olaylar öğrenildiğinde titizlikle incelenmesi ve caydırıcı tedbirlerin alınması bu tür ihlallerde önemli önlemler oluşturacaktır.
Tehlikeliliğin Değerlendirilmesi

Salt adli psikiyatri değerlendirmesinde değil aynı zamanda günlük uygulamaların- 
da da tehlikelilik durumunun değerlendirilmesi gerekebilir. Bu, hastanın ve diğer 
kişilerin güvenliği için önemlidir. Tehlikelilik durumunun değerlendirilmesi yatan 
veya ayaktan izlenen hastalar için gerekebilir. Değerlendirmek için net kurallar 
yoktur. Özellikle, tutukluluk durumunda olduğu gibi, zorunlu değerlendirme 
lerde bu konuda elde edilen bilgiler yetersiz olabilir. Tehlikenin önceden kestirebilirli-

yi yetersiz olduğu durumlarda, hem o kişinin insan haklarına özen göstermek hem 
o toplum için uygun olana karar vermek her zaman kolay olmaz. Zeka geriliği ve 
antisosyal kişilik durumlarda değerlendirime özellikle zordur.

Birini öldürme girişiminde bulunan veya öldürmekle tehdit eden bir kişinin deger-

lendirilmesinde şu özellikleri incelemesi yardımcı olabilir: Öyküde yineleyen şiddet 
dönemleri/paranoid özellikler/dürtüsel davranışlar bulunması. Suç işlenmesinde: Garip 
bir şiddet uygulaması, şiddetin kıskırtma olmaksızın uygulanması, zarar verdiği halde 
pismanlığının olmaması, yaptıklarını zararlı veya riskli olmuştur bir ikar 
cinde olması. kişinin ruhsal durumu: patolojik kıskançlık, başkalarına zarar verme 
iliskinin paranoid inançlar, kendini değerlendirmede eksiklik, yineleyen şiddet tehditleri, 
tedaviye dirençli tutum içinde olması. Koşullar: Kıskırtma veya gereçlerin yineleme 
risi, madre ve içki kullanımı, sosyal güçlükler ve destek eksikli kalma. Tek başına kişisel karar vermemek ve başka meslektalarla tartışmak en iyisi olacaktır.

Salt kişinin verebileceği tehlikeleri değerlendirmek yeterli olmaz. Bir tehlkiye ve-

ya şiddetde maruz kalanların buna bağlı olarak ruhsal sorunlar sergilemesi ve acil servis-
lerine başvurması da seyrekl olmayan bir durumdur. Bu tür tablolari tanmak ve şiddet 
öyküsünü iyi değerlendirme de yardımcı olacaktır. Bu durumun değerlendirilmesi ki-

\[\text{şinin yeniden şiddet ortamına girmesini engelleyici olabilir. Özellikle aile içi şişette}
\]
sıklıkla kişi, kendine şiddetli uygulayan kişi ile birlikte acıle gelir. Farklı çalışmalar dok-

torların kendi sınıflarında olan veya kendi öykülerine benzer özellikleri olan orta sınıf 
hastalarda aile içi şiddette daha kör kaldıklarını ve atladiklarını göstermektedir.

Sonuç Olarak

Genel tip için geçeri olan etik kurallar psikiyatri uygulamaları için de geçerlidir.
Tüm insanlar için geçeri, tek tür insan hakları ve hasta hakları vardır. Irk, cinsiyet, 
cinsel yönelimi ne olursa olsun tüm bireylerin aynı ilkelere muayene ve tedavi 
edilme hakları vardır.

Kaynaklar

American Association of Sex Educators, Counselors and Therapists. Code of 
Ethics. Chicago, IL, 1992.

Appelbaum PS, Jorgenson L. Psychotherapist-Patient Sexual Contact After 
Termination of Treatment: An Analysis and a Proposal. American Journal 


Adli Psikiyatri

HÜSEYİN SOYSAL, DOĞAN YEŞILBURSA

Adli psikiyatri, psikiyatrinin hukuk konularında geliştirdiği kavram, bilgi ve dene-yimlerin oluşturduğu alan ile hukukun psikiyatrik konularla tanınmadığı kavramlar ve gerekşindiği hizmetlerin oluşturduğu alanın kesiştiği tüm konuları inceleyen ve uygulayan psikiyatrinin üst uzmanlık alanıdır.

Bilirkişilik


Yargılama sürecinde tarafların getirdiği kanıtların yanı sıra gerçekleri araştırmak için özel ve teknik bilgiyi gerektiren durumlarda görüş sorulan kişi ya da kurum bilirkişidir. ABD’de ve bazı Avrupa ülkelerinde, taraflar kendi bilirkişilerini tayin hakkına sahiptir, ancak bu uygulamada diğer tarafın da karşılık görüş bildiren bilirkişi bulmasına, bu durum da bilirkişişlerin taraflı ile ilgisi, dolaysıyla ağırlığına gölge düşürmektedir.

hekimlerin gözünden kaçırduğu bir kuraldır. Kendisinin ya da kurumunun bilgi veya donanım eksikliğini olduğunu düşünden bilirkisi ancor kendisini görevlendiren yetkeyegeoisニュースしんでbildirek başka bir bilirkisinin atanması önerisinde bulunabilir.


Bilirkişilerin görevi ihmal ederken, görevi kötüye kullanma, yanlış veya eksik iş yapmaktan doğan zarara göre ağırlıca yaratılabılır.

Psikiyatri bilirkişilik, medeni hukuk davalarında; vesayet, yasal danışmanlık, evlenme ve evlat edinme yeteneği, evliliğin iptali ve sona erdirilmesi, yasam, tam veya azınlık vb. akit iflemleri sırasında ayırt etme gücünün geriye dönük değerlendirilmesi ile ölenin sağlandığı tasarruflarının var olan belge ve bilgilerle değerlendirilmesi ve tazminat konularında gerekmektedir. Ceza davalarında ise; ayırt etme gücü (farik ve mümemyaylık), ceza ehlîyeti, madde bağımlılığı, ceza infazı tehdiri ve cumhurbaşkanlığı affi konularında istenmektedir. 

Kıṣiler hakkında tibbi kanaat oluştururken kişiyi yargılamanın tibbi kanaat, tibbi kanaat çarptıtmak, savcı, avukat ya da yargıç sorumluluğuya davranmamak gerekir.

**Bilirkisi Raporu**

Rapor, muayene, inceleme ve gözlem sürecinde harcanan emek ve oluşturulan tibbi görüşün son ve işleve son ürünü olup, yargının karar oluşturmada önemli ağırlığa sahiptir. Bazı durumlarda tek hekimin raporu mahkemelerce dikkate alınrsa da, özellikle kurumlarca dikkate değerendirilenlerin durumu rapor şeklinde oluşturulmaktadır. Yargı tarafından zorunlu kilnmayan durumlarda bile olanak varsa rapordan kurulca düzenlenmesi, hem özdenetimi hem de mahkemece ciddiye almamasını sağlar.

Adli organlar açısından, kişinin akıl hastalığı ve zayiflığı olup olmadığını belirtmesi yeterli olacaktır, tani belirmek ve belirti nedeninin özeleistik girişi¤ini dikkate alınrsa da, olsa da başka tibbi değerlendirmeler ve muhafaza-tedavi süreçlerine ilişkin tutaca¤ından tani ve taniya vardiyan belirli ve bulguların raporda yer almaması yarar vardır.

**Fiil Ehliyeti**

Aksi kantlanmadıkça her ergin (eski deyimle re§it) bireynin fiil (eylem) ehliyeti vardır. 18 yaşını dolduran herkes, ayrıca 15 yaşını doldurmasın şartıyla, 18 yaşından
önce evlenenler erginlik, diğer bir ifadeyle fiil ehliyeti kazanırlar. Bunun dışında, ergin olduğunu kanıtlarak, hukuk mahkemelerinde fiil ehliyeti olduğuna dair karar alıran 15-18 yaş arası kişiler de ergin sayılır.

Mahkemeler dışında, noterler, tapu icad yöneticileri ve evlendirirme memur- lulukları da hukuki işlem yapacak kişilerin fiil ehliyeti ile ilgili rapor isteminde bulunurlar. Yaşlılık, vasiyetname düzenleme ve işlem yapan kamu görevlisi tereddüde düşüren bir durumun varlığına, kişilerin fiil ehliyeti hekimlere, özellikle ruh hekimlerine sorulmaktadır.

Erginlik yaşını tamamlamadan mahkeme kararıyla ergin saymak isteyenlerin değerlendirilmelerinde; zekâ gelişiminde sorun, psikotik veya ayırt etme güçleri etkili duygudurum bozukluğu, davranış ve uyum bozukluğu olup olmadığını ile sorumluluk kapasitesi ve duygusal olgunluğu değerlendirilir, yargıyı başvurma motivasyonu dikkate alınmalıdır.

Vasiyetname düzenlemek için başvuran her yaştaği erginlerin fiil ehliyeti sorulduğundan; bu kişilerin rutin psikiyatrik muayeneleri dışında, vasiyetname ile çıkar sağlanan ve zarara uğrayan kişilerle ilişkileri de irdelenerek karar verilir. Vasiyetname düzenleme ve işlem yapan kişiye, özellikle ruh hekimlere kullanılacağı durumda, kiflilerin fiil ehliyeti hekimlere, özellikle ruh hekimlere sorulmaktadır.

Vasiyetname düzenleme için başvuran her yaştaği erginlerin fiil ehliyeti sorulduğundan; bu kişilerin rutin psikiyatrik muayeneleri dışında, vasiyetname ile çıkar sağlanan ve zarara uğrayan kişilerle ilişkileri de irdelenerek karar verilir. Vasiyetname düzenleme ve işlem yapan kişiye, özellikle ruh hekimlere kullanılacağı durumda, kiflilerin fiil ehliyeti hekimlere, özellikle ruh hekimlere sorulmaktadır.

Vasiyetname düzenleme için başvuran her yaştaği erginlerin fiil ehliyeti sorulduğundan; bu kişilerin rutin psikiyatrik muayeneleri dışında, vasiyetname ile çıkar sağlanan ve zarara uğrayan kişilerle ilişkileri de irdelenerek karar verilir. Vasiyetname düzenleme ve işlem yapan kişiye, özellikle ruh hekimlere kullanılacağı durumda, kiflilerin fiil ehliyeti hekimlere, özellikle ruh hekimlere sorulmaktadır.

Vasiyetname düzenleme için başvuran her yaştaği erginlerin fiil ehliyeti sorulduğundan; bu kişilerin rutin psikiyatrik muayeneleri dışında, vasiyetname ile çıkar sağlanan ve zarara uğrayan kişilerle ilişkileri de irdelenerek karar verilir. Vasiyetname düzenleme ve işlem yapan kişiye, özellikle ruh hekimlere kullanılacağı durumda, kiflilerin fiil ehliyeti hekimlere, özellikle ruh hekimlere sorulmaktadır.

Vasiyetname düzenleme için başvuran her yaştaği erginlerin fiil ehliyeti sorulduğundan; bu kişilerin rutin psikiyatrik muayeneleri dışında, vasiyetname ile çıkar прогнulukları aranan, yine iştihlak isteğinde iştihlak nedeniyle ilgili iştihlak nedeniyle ilgili iştihlak nedeniyle ilgili iştihlak nedeniyle ilgili iştihlak nedeniyle ilgili iştihlak nedeniyle ilgili iştihlak nedeniyle ilgili iştihlak nedeniyle ilgili iştihlak nedeniyle ilgili iştihlak nedeniyle ilgili iştihlak nedeniyle ilgili iştihlak nedeniyle ilgili iştihlak nedeniyle ilgili iştihlak nedeniyle ilgili iştihlak nedeniyle ilgili iştihlak nedeniyle ilgili iştihlak nedeniyle ilgili iştihlak nedeniyle ilgili iştihlak nedeniyle ilgili iştihlak nedeniyle ilgili iştihlak nedeniyle ilgili iştihlak nedeniyle ilgili iştihlak nedeniyle ilgili iştihlak nedeniyle ilgili iştihlak nedeniyle ilgili iştihlak nedeniyle ilgili iştihlak nedeniyle ilgili iştihlak nedeniyle ilgili iştihlak nedeniyle ilgili iştihlak nedeniyle ilgili iştihlak nedeniyle ilgili iştihlak nedeniyle ilgili iştihlak nedeniyle ilgili iştihlak nedeniyle ilgili iştihlak nedeniyle ilgili iştihlak nedeniyle ilgili iştihlak nedeniyle ilgili iştihlak nedeniyle ilgili iştihlak nedeniyle ilgili iştihlak nedeniyle ilgili iştihlak nedeniyle ilgili iştihlak nedeniyle ilgili iştihlak nedeniyle ilgili iştihlak nedeniyle ilgili iştihlak nedeniyle ilgili iştihlak nedeniyle ilgili iştihlak nedeniyle ilgili iştihlak nedeniyle ilgili iştihlak nedeniyle ilgili iştihlak nedeniyle ilgili iştihlak nedeniyle ilgili iştihlak nedeniyle ilgili iştihlak nedeniyle ilgili iştihlak nedeniyle ilgili iştihlak nedeniyle ilgili iştihlak nedeniyle ilgili iştihlak nedeniyle ilgili iştihlak nedeniyle ilgili iştihlak nedeniyle ilgili iştihlak nedeniyle ilgili iştihlak nedeniyle ilgili iştihlak nedeniyle ilgili iştihlak nedeniyle ilgili iştihlak nedeniyle ilgili iştihlak nedeniyle ilgili iştihlak nedeniyle ilgili iştihlak nedeniyle ilgili iştihlak nedeniyle ilgili iştir
venliğini tehlkeye sokan her ergin kısıtlar der. 409. madde ise akıl hastalığı veya akıl zayıflığı sebebiyle kısıtlamaya ancak resmi sağlık kurulu raporu üzerine kararı verileceğini, yargıcın karar vermeden önce kurul raporunu göz önünde tutarak kısıtlanmasını istenen kişi yine dinleyebileceğini belirtmektedir.


Yasa 409. madde ile akıl hastalığı ve zayıflığı nedeniyle kısıtlamayı ancak resmi sağlık kurulu kararıyla olanaklı kılınmaktadır.

Vasinin iki yıl için atanması, vesayet makamının bu süreyi her defasında ikişer yıl uzatabileceği ve vasilik dört yılın sonunda vasilikten kaçınabileceği 456. madde ile kurala bağlanmıştır.

Hastalıklar ve Yasal Temsilci Atanması

Yeni medeni kanunda yasal temsilcilik kavramı vesayet, yasal danışmanlık (eski medeni kanunda müşavirlik) ve kayyumluğu içerir.

Kendi işlerini göremeyen, sürekli bakım gerektiren veya çevresi için tehlikeli olan ruhsal hastalar denince akla ilk gelen şizofreni, hezeyanlı bozukluk, şizoaafektif bozukluk ve diğer psikotik bozukluklardır. Psikotik bozukluğu olan, tansiyondurum bozukluğundan bipolar bozukluk genelde vesayet altında alınmayi gerektiren bir hastalık olarak görülmese de; içgörüüsü olmayan, kronikleşen, düzenli tedavi olmayan ya da tedaviye yanıt vermemeyen olgularla sık döngülü olup yaşamının hastalık dönemleri remisyon dönemlerinden daha uzun süre kalayış, başkaldırı veya günümüze yaşamlarını kendi başına sürdürmesini bile zora sokan şiddet ve sürede hastalık içinde olan kişilere de vesayet önermek doğru olur. Vesayet gereken diğer bozukluklar; demanslar, amnestik bozukluklar ve diğer ağırlı bipolar yetersizliğe neden olan sendrom ve süreçlerdir.

Zihinsel gelişim geriliği vesayeti gerektiren durumlardan olup orta, ağır ve ile ri derecede zekâ geriliği olan kişilerin kendilerini görmesi olası olmadığından kendilere vasi atanır.

Hafif derecede zekâ geriliği ile sınırlı zihinsel başarı gösteren bireyleri kendi koşulları içinde irdelemek daha sağlıklı sonuca götürür.

Alkol ve madde bağımlılığı vesayeti gerektiren bireyleri psikiyatrik hastalar olup, yasa bağımlılığın kişinin kendisini ve ailesini darlık veya yoksullağa düşürme tehlikesine yol açması ve bu yüzden devamlı korunmaya ve bakıma muhtaç olması da bazılarının güvendiğini tehdit edmesi halinde kısıtlanmasını uygun görmüştür.
Suçlanan kişiler çoğu zaman desimülasyon (hastalığı gizleme) gayreti içinde alışkanlıklarını ve komplikasyonları minimize etmeye çalışıklarından bağımlılığın saptanmasında güçlükler vardır. Açık seçim olan olgular dışında, dava dosyası incelenmesi, sosyal anket, aile görüşmesi ve laboratuvara irdarda madde metaboliti, kanda alkol, karaciğer fonksiyon testleri tanımlar aralarındadır. Bağımlılığın psikiyatrinin belirlenmesi halinde, ikinci koflul olan; darlık, yoksulluk, konrunma ihtiyaç ve başkalarının güvenliğini tehdit altında olup olmadığını karar yargıc tarafında verilmelidir.

Yasal Danışmanlık (Eski Medeni Kanunda Müşavvirlik)

Yasal danışmanlık vesayetin hafifletilmiş şeklinde tanımlanmak yanlış olmaz. Yasal danışman atanmış kişi, yasal danışmanın izni olmaksızın dava açma veya vazgeçme, taflınır ve taflınmaz kıymetlerin alım-satım, yapılıf ve ifllevleri, ödünç alıp-verme, kefil olma, anaparayi alma, bağış ve kambiyo işlemleri yapamaz (Medeni Kanun. Madde 429).

Psikiyatri tanımlamada yapmak gerekirse; ağır yetit yitimi olmayan, yargılama, değerlendirmede ve sezgide önemli kusurlar olmayan, çevresi ve kendisi için tehdite oluşturmayan mental yetersizlik ve ruhsal bozukluk olan kişiler bu kategoriyi girer. Bu tanım, psikiyatri sınıflandırmaya uygunluktur, haif derecede zekâ geriliğinin üst düzeyi ile sıranın zihinsel başarı gösterecek alt düzeyi, duygudurum bozukluğu olup hastalık dönemleri nispeten uzun süren olup, nüksler sırasında tasarruflarıyla kendisini veya ailesini zarara uğratanlar veya ugratma riski taşıyanlar, geçici anacak tekrarlayan psikotik atak geçirenler, serebrovasküler hastalık nedeniyle haif ve ilerleyici olmayan bilişsel işlev bozuklukları olanlar, kronik psikotik olmakla birlikte semptomları kontrol altında tutulabilen, içgörüli, rehabilitle edilebilmiş veya yetit yitimi sınırlı kalmış hastalar, ağır depresyon-anksiyet denge bozmamak için, özellikle çalışan ve aile reisi yapan bireylер için yasal danışmanlık eğlenebilir.

Tanısı psikotik bozukluk olmakla birlikte tedavi, rehabilitasyon ve sosyal destekle oluşmuş dengeyi bozmamak için, özellikle çalışan ve aile reisi yapan bireyler için yasal danışmanlık eğlenebilir.

Evlenme


Evlene ile ilgili muayenelerin, fiil ehliyeti muayenesiyle aynı çerçeve ve ayrıntılarıyla gerektirdiği söylenebilir. Hastalıguna bilinen ve/veya yasal kısıtlılık altında olanların muayenesinde ise hastalığın doğası, hastanın tedaviye uyumlu, tedaviye cevap, kişinin ekonomik, sosyal ve psikolojik durumu birlikte değerlendirilerek yanıt oluşturulmalıdır.

**Evliliğin Yok Sayılması (Butlan) ve Akıl Hastalığı Nedeniyle Boşanma**

Butlan, batılı kelimesinden türemiş Arapça bir kelime olup geçersiz, yok sayılan anlamadır. Medeni yasanan 145. maddesinde evlence sırasında efllerden birinde sürekli bir nedenle ayırt etme gücünden yoksun bulunması ile evlenmeye engel olacak derecede akıl hastalığı olması halinde evlenmenin mutlak butlanla batılı oldu-guna (gecersiz olduğuna) hüküm verilmektedir.

Butlan davalarında hastalığı söz konusu olan eşin muayenesinde, fiil ehliyeti muayenesi uygulanır. Burada kritik konu kişinin evlilik sarsıldığı durumu olup, o sıradaki fiil ehliyeti bulunmayan bireyin yaptığı evlilik sözleşmesi geçersizdir.

Medeni yasa, akıl hastalığı nedeniyle boşanmayı iki koşula bağlanmıştır. Hastalığın evliliği çekilmeye kılastırıcı ve tam şifa bulmasının olanaksız olması koşullarının ikisi de belirlenirse boşanma gerçekleşmebilir.

**Kuruma Yerleştirme**

Medeni yasanan 432. maddesinde akıl hastalığı, akıl zayıflığı, alkol ve madde bağımlılığı, ağır bulaçıcı hastalık ve serserilik nedenleriyle toplum için tehlike oluşturulanların ergin olması koşuluyla elverişli bir kuruma yerleştirilmesini veya alkonmasını hüküm bağlamaktadır.


**Cinsiyet Değiştirme**

Karﬂıt cinsellik (transseksüellik) yasal olarak tanımlanarak kiflinin tescil edilip-miﬂ cinsiyetinin değiştirilmeye talebinin karﬂılanmas› medeni yasal ve araştırma hastanesi resmi sağlık kurulu raporu istenmektedir (Medeni Kanun. Maddede 40). Raporla belirlenmesi gereken hususlar; kişinin transseksüel yapıda oldu¤u, cinsiyet değişikli¤inin ruh sağl›¤› aç›s›ndan zorunlu¤u ve üreme yetene¤inden sürekli biçimde yoksun bulundu¤u konular›d›r. Burada adli psikiyatriyi ilgilendiren alan, kişinin transseksüel yapıda olup olmad›¤›n› saptamakt›r.

**Ceza Sorumlulu¤u**

Türk Ceza Kanununa göre, 12 yaﬂ›n› doldurmayan çocuklara iflledikleri suçtan dolayı ceza verilememektedir (Madde 31/1). 12 yaﬂ›n› dolduran ve 16 yaﬂ›ndan gün almamayan çocukların işledikleri fiilin hukuki anlam ve sonuçlarının algilayamaması veya davranışlarının yönendirme yetene¤inin yeterince gelişmemiş olması halinde, eski deyimle fark ve müneyyiz olmadıklarının belirlenmesi halinde ceza sorumlulu¤uklar yoktur. Ancak bu kişilerince çocuklara özgü güvenlik tedbirine hükmülen (Madde 31/2).

Sa¤ır ve dilsizlerde ise 15 yaﬂ›n› doldurmayanlarda adli soruﬂma yapılmamak iﬂine ve 15-18 yaﬂ aras›nda ise suçun ve cezanın ay›r›m› içinde olup olmad›klar›na bak›lmas› gerekti¤i hükme ba¤lanmaktad›r (Madde 33).

Yetiﬂkinlerde kişinin suçtan sorumlu tutulup tutulamayaca¤›, ceza sorumlulu¤unun olup olmadığı, tüm küçüklerde olması zorunlu ayırt etme yetene¤inin araﬂtırılmas›ndaki gibi zorunlu olmayıp yargılanmayı yapan mahkemenin isteği üzerine incelenir. Sanık 15 (sa§ır ve dilsizlerde 18 ya§ı) ya§ını doldurdu¤u ise, artık suçun anlam ve sonuçunu kavrama yetene¤inin gelişip gelişmedi¤i dikkate alınmak, ceza sorumlulu¤unu etkileyen akil hastal›¤› ve zayıfl›¤› gözetilir.

Yasanın akil hastalığı nedeniyle ceza sorumlulu¤unu düzenleyen 32. maddesiyle sorumluluk aç›l madde içinde kaldırılmaktadır veya azaltılmaktadır. Birinci fikraya; akil hastalığı nedeniyle işledi¤i ﬁilin hukuki anlam ve sonuçlarını algıalamayan veya bu ﬁille ilgili olarak davranışlarını yönendirme yetene¤i önemli derecede azalmış olan kişiye ceza verilmeyip bu kişiler hakkında güvenlik tedbirine karar verilmesi gerekti¤i bildirilmektedir.
İkinci fikrada ise; birinci fikrada yazılı derecede olmamakla birlikte işlediği fi̇- ile ilgili olarak davranışlarının yönlendirme yeteneği azalmış olan kişiye, aşırılaştı- rılmış müebbet hapis cezası yerine yırtılmas farklı yirmi yıl, müebbet hapis cezası yerine yi- rımı yıl hapis cezası verilmesine, diğer hallerde verilecek cezanın altında birden fazla olmamak üzere indirilmesine karar verilmesine istenmektedir.

34. maddeyle geçici durumlar tanımlanmaktadır: 1) Geçici bir nedenle ya da ira- de dış alınan alkol veya uyuşturucu madde etkisiyle, işlediği fi̇ilin hukuki anlam ve sonuçlarının algılanamayan veya bu fi̇ille ilgili davranışların yönlendirme yeteneği önemi derecede azalmış olan kişiye ceza verilmez. 2) İra hi alnan alkol veya uyuşturucu madde etkisinde suç işleyen kişi hakkında birinci fikra uygulanmaz.

Ayırdetme ve Sezginlik

Farik ve mümeyyizlik kavramı suç sorumluluğu yüklenebilecek yaşta ki̇li̇ çocuklarda sor- nulur ve yasaya bu sınır 12 yaşından sonra başlar. 12–15 yaş grubundaki tüm çocukla- rın işledikleri ön süru̇n suçun anlam ve sonuçlarını anlam yeteneğinin oluşup oluş- madiına, diğer bir deyi̇şle ayırdetme ve sezginlik ehliyetine, eski deyi̇şte fark ve tem- yiz ehliyetine bakılması yasal zorunluktur (Çocuk Mahkemeleri Kanunu Madde 20).

Adli psikiyatri uygulamalarında, ayırdetme ve sezginliği değerlendirilen küçük- lerin, zihinsel gelişimi ile gerçekle değerlendirilecek ve ayırdetme yetelerini bozan psikiyatrik sendromlarının olup olmadığını yanı sıra toplumsal, ekonomik, ailesel, eğitimsel konumları ile bu konulardaki düzeyleri ile suç arasındaki ilişki birlikte değerlendirilmelidir.

Hastalıklar ve Ceza Sorumluluğu


Duygudurum bozuklukları, ceza sorumluluğunu daha geniş yelpazede değerlendir- meyi gerektiren hastalıklardır. Psikotik özellikli manik döneminde ve eğer işlenen suç afek- le bağdaşyorsa psikotik özellikli depresif dönemde, psikotik bozukluklar gibi ceza ehliyet- tini olmadiği durumlarda. Bipolar bozukluk manik dönemlerindeki hastaların suç so- rumluluğunu olmadıkları şeklinde genelleme de çok yanlış olmayacaktır. Unipolar ya da bipolar hastalıkların depresyonlarında çoğu kez işlenen suç zaten hastalığın yansılma-
si şeklindedir; intihar öncesi çocuğun öldürmek ya da bir aracın önüne atlayarak trafik kazasına neden olmak gibi. Depresyonun hafif formları, hipomani, kısmen remisyona girmiş manık dönemler esnasında işlenen suçlarda azaltılmış ceza sorumluluğu, remisyonya dönemindeki iki uçlu hastalarda tam ceza sorumluluğu bazen de azaltılmış ceza sorumluluğu söz konusudur. Suçun niteliği ve işleniş şekli veya motivasyonuyla birlikte değerlendirilmiş kan oluşturulmasının, her bir olgunun kendisi özel koşulları içinde ele alınması gerektiğini bu durumlar için bir kez daha anımsakta yarar vardır.


Alkol ve madde kullanan bozukluklar tarafından, madde etkisi altında da olup işlenen suçlardan tam sorumluluklar, kasıtları olan ve öngörülemeyen şekilde ortaya çıkan konfüzyon için gelen psikotik bozukluklara ceza sorumluluğu tartışılabilir. 

Kişilik bozuklukları her türlü compañero ve ceza sorumluluğu tamdır. 


**Madde Kullanım Bozuklukları ve Denetimle Serbestlik Uygulaması**

Madde kullanan kişilerce ceza veya alkol-uyuşturucu-uyarıcı madde bağımlılıklarına özgü sağlık kuruluşlarında bağımlılığının sonra ermesine kadar tibbi tedavi seçeneği verilmekteydi. (Madde 191/2,3 ve madde 57/7) Denetimli serbestlik ilikelerine gö-
re; tedaviye başlanan kişi tedavinin ve denetimli serbestlik tedbirinin gereklere uygun davranışla manevra altındadır. Alkol ve madde tedavi merkezlerinde yatak veya çoğunlukla yapıltuğu gibi ayaktan tedavi ve takip sonucunda hastalar denetimli serbestlik bürolarına yönlendirilir. Denetimli serbestlik süresi, yasanın 191. maddeşin 4. fıkralısta en az 1 yıl, en çok 3 yıl olarak belirlenmiştir.

Uygulamada tedaviden çok hastayı bilgilendirme ve kontrol ön plandadır. Küçük yerleflim birimlerinde de kontrolleri yapmak olasızdır, klinisyen ağırlikli olarak idrarda madde tarama testini esas almaktadır. İlk testlerde madde bulunması halinde, mahkemeye bildirimde bulunmak yerine kişinin uyarılması sağlanmaktadır. Kontrol süresi ortalama 3 ay kadardır ve bu sürede 6-10 kez idrar incelemesi yapılır. 191. maddenin 2, 3 ve 4. fıkralarında tanımlanan kullanıcının tedavi ve denetimli serbestlik süreci, tedaviden sonuç almasına yönelik kuralar içermekle, kişinin tedavi ve denetime uymaması halinde hapis cezasıyla sonlanmıştır.

**Cinsel Suçlarda Mağdurların Suçun Kötülüğünü Anlama ve Karşı Koyma Yetisi**

Türk Ceza Kanunu, 102. maddede ruhsal açıdan kendini koruyamayacak durumda olanlara karşı ridesen cinsel suçlarda saldırganın cezasının 1/2 oranda arttırılması hükmeye bağlar. Bu durumun araştırılması sırasında mağdurun psikyağtak durumu nedeniyle kendisini korumaya yetecek zihinsel örgütlenmeye sahip olmadığını saptanması halinde, raporda ayrıca mağdurduyaki yetersizliğinin uzman olmayan kifilere de anlaşıp anlaşılamayacağı belirtilmelidir.

Ayrıca cinsel saldırı sonucu mağdurun beden veya ruh sağいますが bozulması halinde de cezayı artırmıştır hükümler vardır. Bu soruya karşılaşıldığında, ruh sağlığının bozulması olarak geçici akut ve post travmatik stres bozukluğunun sayılması tartışmaya konusudur.

**Koruma ve Tedavi**

Suç işlemiş ve yargılanma sonucu ceza sorumluluğu olduğu belirlenmiş kişilere ceza verilmez ve koruma ve tedavi uygulanır. Bu uygulamalar Türk Ceza Kanununda tanımlanmıştır. Ceza sorumluluğu olmayan çocuklara özgü güvenlik tedbirlerinin ayrıca bir yasaya tanımlanacağı 56. maddede belirlenmektedir ve çocuklara ilgili tedbirler Çocuk Mahkemeleri Kanunun ilgili maddesiyle düzenlenmiştir:

- **Madde 10 - Küçükler hakkında aşağıda yazılı tedbirler uygulanır.**
  1. Veliye, vasiye veya bakıp gözetmeyi üzerine alan akrabadan birine teslim,
  2. Bakıp gözetmeyi üzerine alan güvenilir bir aile yanna yerleştirme,
  3. Bu maksatla kuruluş çocuk bakım ve yetiştirme yurtlarına veya benzeri resmi yahut özel kurumlarla yerleştirme,
  4. Genel ve katma bütçeli daireler, mahalli idareler, bankalar, İktisadi Devlet
Teşekkürleri ve bunların ortaklıkları tarafından kurulmuş fabrika, müessese veya ziraat işletmeleri veya benzeri teşekkürlerle isyerlerine yahut meslek sahibi bir ustaltan yanna yerleştirirme,

5. Resmi veya özel bir hastaneye veya tedavi evine yahut eğitimi güç çocuklara mahsus kurumlara yerleştirirme.

Erişkin akıl hastalarına uygulanacak güvenlik tedbiri olarak ise koruma ve tedavi Türk Ceza Kanununun 57. maddesinin birinci fikrasi güvenlik tedbirinin koruma ve tedavilerinin yüksek güvenliği kurumlarda yapılmasını öngörmektedir. Yasada belirtilen yüksek güvenliği kurumlar standardize edilmememiş ve oluşturulmamamıştır. Uygulama bölge ruh sağlığı hastanelerinde sürdürülürmektedir.

İkinci fıkra ile; hakkında güvenlik tedbirine hüküm olan akıl hastası, yerleştirildiği kurunun sağlık kurununca düzenlenen raporda toplum açısından tehlileliliğini ortadan kaldıracakın veya önemli ölçüde azaldığın belirtmesi üzerine mahkeme veya yargıç kararla serbest bırakılabilme tanımı vardır.

Birinci fıkradaki, tibbi kontrol ve takipte, kiflinin akıl hastalığı itibariyle toplum açısından tehlikeli olduğuna karar verilen durumda koruma ve tedavi amaçlari bakımından güvenlik tedbirine hükmedilir, bu durumda bir ve ikinci fıkralarda belirlenen iflemler tekrar edilmektedir.

Ceza sorumluluğu psikiyatri nedenlerle azalmış olan kişiler için de koruma ve tedavi hükümleri söz konusudur. 57. maddenin altıncı fıkrası ile kişinin mahkûmiyet süresinin tamamı ya da bir kısmının psikiyatri kliniğiinde geçmesi olanaklı kılınmaktadır.

**Tibbi Kontroller**

Koruma ve tedaviyi sonlandırma uygun gören sağlık kurumu bu kararı verecektir. Mahkemeye tibbi kontrol önerip önermediğini, öneriyorsa süre ve aralıklarını bildirmektedir. Mahkeme, çıkartık karara tibbi kontrolleri de bu öneriler doğrultusunda karara geçirmektedir.

Tibbi kontrollerin sevk ve takibi cumhuriyet savcılıklarına verilmemiş. Kontrollerin gerekçesi toplum güvenliği olup yasada kontrolün yapılacağı sağlık kuruluşları, teknik donanımı ve yetkilili uzmanları olan yerler olarak tanımlanmaktadır. Tibbi kontrolde hastanın tehlileliliğini yeniden ortaya çıkartık anlaşıldığında ise önceki düzenlemene olduğu gibi koruma ve tedavi amaçlı güvenlik tedbirinin tekrar geçirilemektedir (Maddde 57/3,4,5).

Mahkemelere Bilgi ve Belge Gönderme

Mahkemelerin bilgi ve belge toplamaları kendilerine tanıınmış yasal bir hak olduğu gibi davaya taraf kişilerin de kendileriyle ilgili bilgi ve belgelerin toplanması sürecinde haklarının gözetlmesi ve görüş bildirebilmeleri söz konusudur.

Hekimler kişileri danışan, hasta veya bilirkişi olarak bir kuruma görüş bildirmek üzere incelemiştir. Danışan veya hasta olarak kararımıza gelen insanlar bize verdikleri bilgilerin hasta-hekim sırasıyla ilkesi gereği gizli tutulacağı öne bulundu. Bu nedenle hekimler, özellikle psikiyatrular bu bilgileri üçüncü şahslar ve kurumlarla paylaşamamalıdır.


Hem yasal hem de etik ilkeler gereği, daha önce kayıtlı olan kişiler hakkında mahkemeler bilgi ve belge istediğini bunun bir tür tanıklık olduğu bilinmeli ve mahkemeye o kişinin bu bilgilerin verilmesi konusunda onayını ihtiyaç duyduğu yazılıdır. Mahkeme onay olmadan belge gönderilmesindeフラードetten yerine getirilmiş olduğundan istenen belgeler gönderilir.

Bir kişinin onayı olmaksızın bir hekim veya bir kurum olarak hakkındaki bilgileri mahkemeye vermek ceza ve tazminat davalarına neden olabilecektir.

Öte yandan daha önce tarafından bilirkişilik hizmeti verimle öz ve gönderilen kişilerin raporları ile mahkemede sanık olup gelen yazdan kişinin kendisini savunmak için hastalığı olduğunu söylediği anlaşılana kadar bilgileri bilgi ve belgeleri doğrudan gönderilebilir.

Kaynaklar

Appelbaum PS, Gutheil TG. Clinical Handbook of Psychiatry and The Law. Hagerstown, Maryland, USA Williams & Wilkins. 1991.


Dizin

A
afekt 29,30,107,131,134,134,135,152,327,343,355,412
agorafobi 28,59,61,62,63,64,66,75,76,77,80,205,337,340
agranülositoz 367,377
ağrılı cinsel birleşme 307
akatizi 31,146,233,269,366
aktarım 344,352,356,384,385,386
akut beyin sendromu 224
akut distoni 146,369
aleksitimi 30,273
algılama 13,23,41,44,67,122,130,134,156,157,163,190,261,272,326,329,383,387,388
alıftarma 65,76,81,89,90,381,382
akut zehirlenme 146
alkol bağımlılığı (alkolizm) 76,197,199,204,205,211,408
alkol paranoyası 213,220,244
alkol kötüye kullanımı 24,64,75,88,200,207,244
altbenlik 41,42,44,45,46,352
anemi 21,22,155,156,157,159,161,163,164,165,166,170,178,238,272
ambivalans 30,39,43,236,237
amigdala 60,73
amitriptilin 360,365
anal dönem 38,82,83
analkastik kişilik bozukluğu (bkz: obsesif-kompsiyon kişilik bozukluğu) 338
anksiyetenin kaynağı 44
anksiyete ve psikonevrotik semptom oluşumu 45
Anksiyete Bozuklukları 58
etiyoloji 59
sosyal anksiyete bozukluğu (sosyal sobi) 71
tanı ölçütleri 62
antidepressan ilaçlar 76,117,126,360,361
etki düzeneği 120
ılaç etkileşimleri 225,363,366,367,371,373
kullanım alanları 360,366,368,371,374
MAO inhibitörleri 365
trisiklik antidepressanlar 65,117,226,360,361
yan etkiler 118,144,262
antiepileptikler 144,232
antihistaminikler 213,226,371
antikonvülsanlar 226,343
antipsikotikler 117,118,141,145,233,
249,342,343,360,363,367,368,
369,370,371,374,377
antipsikotiklerin sınıflandırılması 367
birinci kuşak antipsikotikler 145
duygudurum bozukluğunda 120
etki düzeneği 120
ilaç etkileşimleri 225,363,367,
371,373
kuşalan alanları 360,366,368,374
yan etkileri 65,70,76,118,143,144,
145,147,168,199,207,213
antisosyal kişilik bozukluğu 178,202,203,
219,350,355
aripiprazol 367,368,369,374
aritmi 214,215,217,243,247,268,
365,366
Asperger bozukluğu 333
aşırı uyku 31,216

B
bağlama 59,67,72,122,156,157,167,
179,327,348,361,372
bağımızlık 3,38,65,70,123,197,198,199,
200,201,202,203,204,205,206,
207,209,213,219,220,257,260,
270,275,277,283,286,287,291,
296,337,339,343,360,366,373
barbitüratlar 266
basturma 42,43,44,45,77,277,351,353
bazal ganglionlar 84,202,205
beden bicimizlik bozukluğu 87,88,176,183
klinik belirtileri 184
sağaltım 185
sklklk ve yaygınlk 185
belirizlık 122,277,279,287,393
bellek 19,20,21,22,41,84,110,126,136,
150,155,156,159,167,172,214,
215,224,245,273,278
bellek bozuklukları 21
benlik 2,3,36,41,67,77,83,111,113,183,
261,262,270,275,280,313,327,
334,335,338,340,344,348,351,
352,381,385
benlik bütünlüğü 280
benzdiazepinler 70,117,206,226,242,
243,249,251
etki düzeneği 120
beta-blokörler 242
beyn gelişimi 136
bilinc 2,7,19,20,21,25,28,29,35,36,41,
42,44,55,78,83,152,156,158,163,
166,168,169,181,209,223,231,
239,50,267,270,273,280,294,
300,307,308,309,330,353,383,
384,385,386,397
bilinçdışı 28,29,34,35,36,44,45,78,83,
239,270,309,330,383,384,385
bilirikili 405,406,416,
fiil ehlîyeti 406
hukuken kısıtlanma 407
bilişsel bozukluklar 136,137,275
bilişsel terapi 66,220,387,389,390,391
temel ilkeleri 389
değerlendirme ve tedavi 389
bilişsel yetiler 150
bipolar (bkz: ikiuçlu) 107,108,109,110,
111,112,114,115,116,117,118,
119,120,121,124,125,126,127,
142,155,204,284,340,360,361,
368,374,375,408,412
bireyleşme-toplumsallaşma 413
biyolojik psikiyatri 136
biyomedikal model 296
biyopsikososyal model 254,255,258,297
Bleuler’in flızofreni tanımı 107,131
borderline kişilik bozukluğu 15,121,158,
161,268,331,355,340,235,268
borderline kişilik örgütlenmesi 235,374
klinik görünüm 348
sıklık ve yaygınlk 349
tanı 350
tarihce 348
tedavi 355
bölme 190,304,344,349,351,352,353,354
Briquet sendromu 160,176

C
CAGE 211
ceza ehlîyeti 406,412,
cinsel dürüst 37,38,40,44,83,299,
305,312,413
cinsel isteksizlik 303,304
cinsel işlev bozukluğu 239,301,303,310,
362,363,364,365,369
etiyoloji 311
etkilenme alanları 301
tedavi 313
cinsel kimlik 317,318,321,322,323
cinsel soğukluk 306
cinsel yönelim 42,319
Cinselliğin fizyolojisi 300
Cloninger'in kişilik kuramı 327
Craving 200,202,2015
çünkün duygu döndürme 321,351
cözülme 40,42,49,67,77,235,300, 301,312,354
D davranışçı psikoterapi 381
davranışçı terapi 127,147,195,220,314,344
deksametazon supresyon testi 120,236
demans 22,126,141,152,223,225,227, 231,242,243,245,247,248,250,251, 259,279,292,284,368,370
klinik özellikler 224
tanı 227
nedensizlikler 224
tedavi 227
depersonalizasyon 24,61,155
depersonalizasyon-derealizasyon
bozukluğu 155,165,161,168,169, 214,249
derealizasyon 24,61,161,162,249
detoksifikasyon 213,219,220,246
diabetes mellitus (diyabet) 4,16,131,143, 203,288
dinamik psikiyatri 171,345,382,347,386
dismorfotobi 151
dissoyasyon (bkz: çözülme) dissoyatif
bozukluk 155,156,159,161,162,163,164, 165,166,167,171,172,232,239
ruhsal travma ve dissoyasyon 155
ayrıcı tanı 161
ayrıcı tanı 157
etiyoloji 159
tedavi 163
d. füg 165
tutulma 171
psikojenik psikoz 168
direnç 46,78,82,89,146,153,159,172, 260,283,302,304,328,343,374, 382,384,385,386,402
diskinezii 118,247,368,369
distimik bozukluk 108,119,127,366
distoni 146,215,217,233,238,247,369
disulfiram 213
dopamin 72,84,136,214,247,360,363, 365,366,375,377
döndürme 321,351
DSM için Yapilandırılmış Görüşme (SCID) 163,331
duygu dışavurumu 336
duygu döndürme 29,75,106,107,108,109, 110,111,112,114,115,116,117, 118,120,122,123,125,126,135,

duygudurum bozukluklar› 75,106,108, 109,110, 111,114,120,128,139, 141,149,184,190,191,192,258, 335,337,342,412
antipsikotikler 117,118,142

s›kl›k ve yayg›nl›k 108
	s›n›fland›rma 108
tan› 114
tan›mlar 111
tarihçe 107
duygudurum dengeleyicileri 117,360, 373,375
etki mekanizmalar› 375
farmakokinetikleri 375
kullan›m alanları 374
yan etkileri 376
duygulan›m 29,30,106,131,134,161, 162,168,169,247,267,272,273, 274,287,288,335,339,373
küntleflme 162
uygunsuzluk 273
düşünce okunması 133
düşünce sokulması 27,133
düşüncenin içeriği 387
düşünme 41,53,87,112,115,157,236, 299,301,342,388
düşünselleþirme 44

e
ekstazi 216
ekstrapiramidal yan etkiler 243,369
empiati (bkz: esdüyum)
endiþe (bkz: tasalanma)
egellenme 29,36,100,103,232,256, 263,267,301,361,374,399
epileptik nöbet 181,215,21,218,237, 243,246,247,365,413
erken boflalma 302,303,306,308,314
eroin 200,202,203,207,217,219,241, 245,246,251

zehirlenmesi 248
pisikoz 249

esitalopram 65,70,76,89,360,365

esçinsellik 86,161,305,318,319,320
etiyoloji 318
tedavi-müdahele 320
yayg›nl›k 318
esdüyum 12,13,9,16,241,267,282,327, 334,336

F
fallik dönem 39
fenelzin 76,360,365
fenotiyazinler 367,369,371
flufenazin 369
fluoksetin 65,84,89,96,363,364,365, 370,374,376
fluvoxamins 65,76,84,89,96,360,362, 363,364,365,370,373
fobik 45,62,64,65,72,73,77,78,79,80, 81,83,133,235,206,28,278, 304,308
frontal 138,339
fûg 21,22,156,161,165,166,167,171

G
G proteinleri 361
GABA 60,67,70,136,213,372,375,377
gabapentin 76,372,375
geçerlik 331
gerekli 28,42,130, 145,167,350
gerekli 28,42,130, 145,167,350

derealizasyon (bkz: halusinasyon)
derealizasyon 35,36,42
gerileme 2,3,5,38,43,45,82,132,133, 283,291
glutamat dizgesi 136,369,375
guanfasin 371
güdü 239
güvenilirlik 365
güzel ald›rmazl›k 181

H
halusinasyon (bkz: varsan) 217
hasta hakları 5,6,398,401,402
hasta hekim iliflkisi 5,398,401,402
hasta hekim iliflkisi 5,398,401,402
hastal›k hastal›¤› 63,64,87,88,176,178, 182,183
haz ilkesi 35,36,41
hızl› göz hareketleri (REM) uyku 61
hipersomni (bkz: aşın uykı) 264
hipokondriyazis (bkz: hastalık hastalığı)
hipomanı 112,117,374,413
hiponatremi 376
hipotalamus 288,300
hipotiroidi 118,120,265,376
histerik psiko 239
histrionik kişilik bozukluğu 355
huy 326,327,328
ICD-10 108,111,113,176,185,186,190,194,328,334,337
icgörü 82,87150,397,408,409
icgüdü 36,327
id (bkz: alt-benlik)
identifier (bkz: özdeflim) 190,337,340,351,353
imipramin 65,70,360,363,365
inkar (bkz: yadsıma)
insomnia (bkz: uykusuzluk)
İntihar Olasılığı 341
izolasyon (bkz: yatma) 143,150,236,284,334,342,351
K 
kabus 159,162,169,278
karacter 25,38,39,40,51,327,331,347,348,349
karbamazepin 117,118,343,364,370,373,374,375,376,377
karma dönem 106,108,113,114,117,118
kârşi-aktarım 344,384
kârşit tepki kurma 49,135,140,168,231,377
kataton 30,135,140,168,231,377
katatonik şizofreni 31
Kategori 72,114,125,161,180,200,327,333,334,348,388,399,400,409
Kekemelik 75
kim kasımlı (bkz: vajinusmus)
kızıl zar (bekaret) saplanması 100
kimlik kargaşası 335
kimlik bozuklukları 121,126,202,227,235,279,288,326,328,329,331,332,340,341,342,345,361,389,391,400,413
antisosyal kişilik bozukluğu 178,202,203,195,350,355
etiopatogenez 340
histrionik kişilik bozukluğu 355
karacter 327
mizaç 326
paranoid kişilik bozukluğu 121,152,355,400
yaygınlık 339
taani 331
tedavi 341
sınırda (borderline) kişilik bozukluğu 115,121,159,161,235,268,331,335,340,347
kimlik gelişimi 318
klomipramin 84,89,360,361,363,365
klonazepam 76,343,371,372,374
klonidin 246,371,374
klorazepat 371
klorpromazin 227,233,360,367,369,376
klozapin 367,368,369,370,371
klozapin 367,368,369,370,371
kokain 64,69,136,202,206,207,215,216,220,245,246,247,248,266,332,368
kullanım şekli 215
koken yoksunluğu (DSM-IV) 215
konsültasyon-lyyezon psikiyatrisi 256,279,287,297


psikodinamik psikoterapi 382,385
psikodinamik terapi türleri 385
psikofizyolojik bozukluklar 259
psikolojik testler 407
psikomotor ajatasyon 111,113,123,124,
215,217,232,242,245,247,251,362
psikomotor eksitasyon 106
psikomotor retardasyon 124,216,248,257,259,272,287,361
tani 153
tedavi 153
sosyal fobi 28,63,69,71,74,75,77,80,116,
205,337,361,37 epidemiyoloji 71
klinik özellikler 73
tani ölçütleri 74
tedavi 76
stres 16,23,24,25,64,67,70,75,88,92,94,
121,122,130,131,138,139,147,153,
159,161,162,164,165,167,168,169,
170,180,181,204,205,206,220,224,
235,237,240,241,255,260,261,268,
274,278,283,288,319,333,335,354,
361,391,414
sublimasyon (bkz: yüceltiltirme) 340
suç sorumluluğu 412
süperego (bakınız üstbenlik)
şizoafektif bozukluk 140
şizofreni 22,24,26,27,31,88,107,114,115
123,130,131,132,133,134,135,136,
137,138,139,140,141,142,143,144,
146,150,152,155,162,168,169,204,
217,231,235,248,348,368,369,377,
391,408,416
şizoid kişilık bozukluğu 4
T
tasalanma 2,12,30,61,66,67,68,69,70,76,
85,102,147,178,181,184,259,260,
567,270,271,275,276,277,282,283,
286,288,289,290,291,295,296,300,
temel güven-güvensizlik 2
tianeptin 364
tiyoksantenler 367
tolerans 197,198,199,200,211,218,243,245
Tourette sendromu (bkz: Gilles de la Tourette) 88,287,368
traniisipromin 360,365
transferans (bkz: aktarım)
cinsel travma 98
descending, depression (bkz: örselenme) 23, 139, 159, 161, 162, 168, 170, 204, 205, 206, 278, 319, 361
descending, stress (bkz: örselenme) 23, 139, 159, 161, 162, 168, 170, 204, 205, 206, 278, 319, 361
descending, yas 96, 97
tanı 96
desipont 366, 373
descending, antidepressants 5, 117, 226, 360, 361
descending, Türkiye Ruh Sağlığı Profili 185, 186
U
uyaricilar 44, 216
uyku bozuklukları 159, 259, 274, 284
uyku ilaçları 216
Ü
yansımsama 2, 3, 51, 55, 161, 190, 197, 258, 260, 270, 271, 275, 277, 276, 277, 280, 281, 282, 283, 340, 353, 402
yalancı bunama 126
yalancı psikoz (bkz: psikojenik psikoz) 43, 49, 83, 351
yanılama 134, 333
yansıtma 49, 50, 201, 260, 280, 283, 311, 340, 344, 352, 353
yansımsal özdeşim 50, 56, 201, 340, 351, 352, 353
yapılanırılmış görüşme çizelgeleri 331
yapma-bozma 43, 83, 86
yargılama 19, 28, 42, 100, 102, 216, 232, 242, 245, 247, 249, 250, 251, 339, 405, 406, 409, 411, 413, 414
yars 96, 97, 104, 124, 126, 235, 260, 262, 270, 274, 278, 282, 283, 289
yaygınlımlıms grabbing 333
yeme bozuklukları 88, 116, 126, 188, 189, 191, 194, 290, 361
genel özellikleri 188
epidemiyoloji 189
etiyoloji 189
tanı 190
tibbi komplikasyon 192
tedavi 192
yeryüzüne 35, 43, 44, 45, 77, 78, 162, 275
yetiştiri 31, 132, 289
yorgunluk sendromu 126
yosunluk 200
yönetim 19, 20, 21, 30, 37, 42, 150, 168, 220, 223, 231, 255, 267, 273, 319, 383, 384
yürütücü işlevler 60, 84
Z
zeka 15, 19, 29, 153, 336, 397, 402
zeka geriliği 29, 92, 297, 397, 402
zihin 131, 132, 166, 189, 381
ziprason 145, 368, 370, 374, 369, 370, 374
zopiklon 372
zorlanma 38, 43, 70, 95, 97, 234, 355, 259, 260, 268, 274, 275, 283, 288, 289, 293, 295, 330
W
Wernicke enzefalopati 21, 242, 243, 244