

Kış / Spring 2012
Cilt / Volume 2
Sayı / Issue 1

Psikiyatride Güncel yılda dört kez (Mart, Haziran, Eylül ve Aralık) yayımlanan yaygın süreli bilimsel yayındır.
Four issues published annually: March, June, September, December

TPD adına Sahibi ve Sorumlu Müdürü / Published by Psychiatric Association of Turkey
Doğan Yeşilbursa

Yayın Yönetmeni / Editor in Chief
Simavi Vahip

Yardımcı Yayın Yönetmenleri / Associate Editors
Ömer Aydemir
E. Timuçin Oral
Mustafa Sercan

Danışma Kurulu / Advisory Board

Ercan Abay, *Edirne*
Asena Akdemir, *Hatay*
Tamer Aker, *Kocaeli*
Gökay Aksaray, *Eskişehir*
Nihat Alpaya, *İstanbul*
Latif Alpkan, *İstanbul*
Ahmet Ataoğlu, *Bolu*
Nuray Atasoy, *Zonguldak*
Murad Atmaca, *Elazığ*
Ahmet Ayer, *Manisa*
Salih Battal, *Ankara*
Mustafa Bilici, *İstanbul*
Lütfullah Beşiroğlu, *Van*
M.Emin Ceylan, *İstanbul*
Can Cimilli, *İzmir*
Behcet Coşar, *Ankara*
Hakan Coşkunol, *İzmir*
Duran Çakmak, *İstanbul*
Mecit Çalışkan, *İstanbul*
Ali Çayköylü, *Ankara*

Feryal Çelikel, *Tokat*
Ali Rıza Çeliker, *İstanbul*
A. Kadir Çevik, *Ankara*
Ayşen Esen Danacı, *Manisa*
Ferhan Dereboy, *Aydın*
Nesrin Dilbaz, *Ankara*
Orhan Doğan, *Sivas*
Sultan Doğan, *Tekirdağ*
Alaaddin Duran, *İstanbul*
Deniz Eker, *İstanbul*
Hülya Ensari, *Bolu*
Nezih Eradamlar, *İstanbul*
Murat Erkiran, *İstanbul*
Şahap Erkoç, *İstanbul*
Atıla Erol, *Sakarya*
Ertuğrul Eşel, *Kayseri*
Yunus Emre Evlice, *Adana*
Erol Göka, *Ankara*
Peykan Gökalp, *İstanbul*
Özkan Güler, *Konya*

Duru Gündoğar, *Çanakkale*
Cem İnem, *İstanbul*
Taha Karaman, *Antalya*
Oğuz Karamustafaloğlu, *İstanbul*
Rifat Karlıdağ, *Malatya*
Tunay Karlıdere, *Balıkesir*
Mahmut Katı, *Şanlıurfa*
Selçuk Kırılı, *Bursa*
İsmet Kırpınar, *Erzurum*
Yüksel Kıvrak, *Kars*
Orhan Murat Koçak, *Kırkkale*
Emel Koçer, *İstanbul*
Rahim Kucur, *Konya*
Erhan Kurt, *İstanbul*
Levent Mete, *İzmir*
Mustafa Namlı, *Elazığ*
Nalan K.Oğuzhanoğlu, *Denizli*
Özlem Orhan, *Kahramanmaraş*
Kültegin Ögel, *İstanbul*
Haluk Özbay, *Ankara*

Ömer Özbulut, *Afyon*
Ramazan Özcankaya, *Isparta*
Aytekin Özşahin, *Ankara*
Ömer Saatçioğlu, *İstanbul*
Osman Salıç, *Samsun*
Armağan Yücel Samancı, *İstanbul*
Haluk A Savaş, *Gaziantep*
Mustafa Sercan, *Bolu*
Aytekin Sır, *Diyarbakır*
Haldun Soygür, *Ankara*
Mehmet Zihni Sungur, *İstanbul*
A.Rifat Şahin, *Samsun*
Defne Tamar, *İstanbul*
Nilgün Taşkintuna, *Ankara*
Ahmet Tiryaki, *Trabzon*
Raşit Tükel, *İstanbul*
Hakan Türkçapar, *Ankara*
Berna Uluğ, *Ankara*
Kemal Yazıcı, *Mersin*

"Danışma Kurulu Türkiye'de psikiyatri eğitimi veren kurumların yöneticilerinden oluşan TPD Eğitim Üst Kurulu üyelerinden oluşur ve yılda bir kez yenilenir."

Yazışma adresi / Corresponding address

Türkiye Psikiyatri Derneği
Tunus Cad. 59/5
Kavaklıdere, Ankara
Tel. 0312 468 74 97
www.psikiyatri.org.tr

e-posta:

simavi.vahip@ege.edu.tr
simavi.vahip@gmail.com

Grafik Tasarım ve Yayın Hizmetleri / Publishing Services

BAYT Bilimsel Araştırmalar Basın Yayın ve Tanıtım Ltd. Şti.
Ziya Gökalp Cd. 30/31, 06420 Kızılay, Ankara
Tel : 0 312 431 3062
Faks : 0 312 431 3602
e-posta : info@bayt.com.tr

Baskı / Printing

Miki Matbaacılık Ltd. Şti.
Matbaacılar Sanayi Sitesi 560 Sk. No: 27
Yenimahalle, Ankara
Tel : 0 312 395 2128
Faks : 0 312 395 2349

ISSN 2146-331X

Baskı Tarihi: 06 Nisan 2012

yazarlara bilgi

Yazıların İçerdiği Alt Bölümler ve Özellikleri

- **Başlık**
- **Yazar(lar)**
- **Yazar(lar)ın kısa özgeçmişi** (Her yazar için 50 kelime)
- **İletişim:** Yazar(lar)ın tercih ettiği iletişim adresi/e-posta adresi
- **Anahtar sözcükler:** Index Medicus'a göre belirlenmiş en az 3 en çok 6 anahtar sözcük
- **Türkçe Özet** (200-250 kelime)
- **İngilizce Özet** (250-300 kelime)
- **Yazı:** Her yazı en az 8, en çok 12 sayfadan oluşur. Yazıların belirtilen sayfa sayıları **kaynaklar, tablolar ve şekiller hariç** tutularak ve **tek aralıkla** yazılmış biçime göre verilmiştir. Yazıların 12 font büyüklüğünde ve **Times New Roman** fontunda kalem alınması gerekmektedir.
- **Olgu sunumu:** Her yazının sonunda konu ile ilgili bir olgu sunumuna yer verilmesi beklenmektedir. İşlenen konuyu iyi bir şekilde örnekleyen bir olgu, tek aralık ve A4 boyutunda bir sayfaya sığacak şekilde yazılmalıdır. Gerçek hasta örneklerinde hasta kimliğinin anlaşılmasını sağlayacak önlemler özenle alınmalıdır.
- **Tablolar, şekiller ve resimler:** Yazılarda okumayı, anlaşılmayı ve sonuçta eğitimi kolaylaştıracak tablo ve şekillerin her biri en sonda ayrı sayfalarda verilmeli ve metin içinde girecekleri yerler belirtilmelidir.
- **Alıntı pencerelerine metinden cümle önerileri:** Her yazının içinde 5-8 alıntı penceresi oluşturulacak ve bu pencerelerde yazının içinden bazı cümleler/çok kısa paragraflar okuyucunun konuya ilgisini çekmek üzere bu pencerelerde ayrıca verilecektir. Bu nedenle yazarların bu doğrultuda yapacakları öneriler konuk yayın yönetmenleri ile yayın yönetmenlerine yardımcı olacaktır. Bu alıntı pencerelerine alınacak cümle ya da cümlelere ilişkin önerilerin yazarlar tarafından ayrı bir sayfada sunulması beklenmektedir.
- **Kaynaklar:** Kaynak gösterimi ve Kaynak Künyesi Yazım Kuralları örnekleri için aşağıdaki "Kaynak Yazım Kuralları" bölümüne bakınız.

Kaynak Yazım Kuralları

Metin içinde kaynak gösterimi

- Kaynak gösteriminde Vancouver Stili kullanılacaktır.
- Kaynaklar metin içerisinde çıkış sırasına göre numaralandırılacaktır.
- Metin içinde numaralar üstsimge niteliğinde yazılacaktır. Örnek: 1.

Kaynaklar listesinde kaynak künyesi yazım kuralları

- Kullanılan kaynakların listesi yazının bitiminde "Kaynaklar" başlığı altında verilir.

- Kaynak künyesi yazımında Vancouver Stili kullanılır.
- Kaynaklar metin içinde çıkış sırası dikkate alınarak numaralanır. Kaynaklar Listesinde numaralar yuvarlak parantez içinde verilir. Örnek: (1)
- Kaynak Listesinde tüm yazarların adları yer almaz.
- En sık kullanılan kaynak türleri olan "dergide yayımlanmış makale, kitap, editörlü kitap bölümü, yayımlanmış tez, toplantıda sunulan bildiri ya da poster, dergide makale (elektronik), kitap (elektronik)" gibi kaynakların verilme biçimine ilişkin kurallar ve örnekler aşağıda verilmiştir. Bu örnekler dışında yer alan kaynak türlerine ilişkin yazım kuralları için Vancouver Yazım Stili'ne daha ayrıntılı yer aldığı kaynaklara başvurulabilir.

Dergide makale (basılmış)

- Yazar(lar).
- Dergide basılmış makalenin adı.
- Derginin adı (italik)
- Yayın yılı;
- Cilt numarası (Sayı);
- Makalenin sayfa numaraları.

Örnek: Oral ET, Vahip S. Bipolar depression: an overview. *IDrugs* 2004; 7(9): 846-50.

Kitap

- Yazar(lar).
- Kitap adı (italik yazılmalıdır).
- Seri başlığı ve numarası (eğer bir serinin parçası ise)
- Kaçınıcı baskı olduğu (eğer ilk baskı değilse).
- Yayımlandığı/basıldığı yer (eğer birden fazla yer varsa ilk belirtilen yer adını kullanın)
- Yayıncı;
- Yayın yılı.

Örnek: Goodwin FK, Jamison KR. *Manic-Depressive Illness: Bipolar Disorders and Recurrent Depression*. İkinci Baskı. New York: Oxford University Press; 2007.

Editörlü kitapta bölüm

- Bölüm yazar(lar)ı.
- Bölüm başlığı.
- Editör (isimden sonra daima (ed.) yazınız)
- Kitap adı (italik).
- Seri adı/başlığı ve sayısı (eğer bir serinin parçası ise)
- Kaçınıcı baskı olduğu.
- Yayın yeri;
- Yayıncı;
- Yayın yılı.
- Sayfa numaraları.

Örnek: Jefferson JW, Greist JH. Lithium. Sadock BJ, Sadock VA (eds.) *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*'de. 7. Baskı. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2000. 2377-90.

Yayımlanmamış tez

- Yazar.
- Tez adı (italik yazılmalıdır)
- (Uzmanlık Tezi) ibaresi.
- Kişinin uzmanlık eğitimi aldığı kurum adı.
- Tez kabul yılı.

Örnek: Sercan M. *Depresif Bozukluklarda Bedensel Belirtilerin Önemi*. (Yayımlanmamış uzmanlık tezi). İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Psikiyatri Ana-bilim Dalı; 1987.

Toplantıda sunulan bildiri ya da poster

- Yazar(lar).
- Bildiri adı.
- Kongre adı (italik yazılmalıdır)
- Kongre tarihi,
- Kongrenin yapıldığı yer.

Örnek: Sercan M, Ger C, Oncu F, Bilici R, Ural C. Immigration and Violence by Mentally Disordered Offenders. *World Psychiatric Association International Congress*, July 12 -16 2006, İstanbul.

Çevrimiçi kaynak gösterimi

Dergide Makale (Elektronik): Çevrimiçi makale, basılı olan ile aynı ise basılı olan kaynak gösterilmelidir. Farklılık varsa çevrimiçi olan kullanılır. Eğer dergi makalesinin bir DOI (digital object identifier) numarası varsa URL adresi yerine onu kullanınız. DOI makalenin çevrimiçi her zaman bulunmasını sağlayan ve yayıncı tarafından sağlanan geçici bir ayırt edici kimlik bilgisidir.

- Yazar(lar).
- Dergide basılmış makalenin adı.
- Derginin adı (italik)
- [Çevrimiçi]
- Yayın yılı;
- Cilt numarası;
- (Sayı)
- Makalenin sayfa numaraları.
- Ulaşılabileceği adres: URL ya da DOI
- [Erişim tarihi]

Örnekler:

(1) Arrami M, Garner H. A tale of two citation. *Nature* (Online)2008;451(7177):397-399. Ulaşılabileceği adres: <http://www.nature.com/nature/journal/v451/n7177/full/451397a.html> [Erişim tarihi 20 Ocak 2008].

(2) Wang F, Maidment G, Missenden J, Tozer R. The novel use of phase change materials in refrigeration plant. Part1: Experimental investigations. *Applied Thermal Engineering*. [Çevrimiçi] 2007;27(17-18): 2893-2901. Ulaşılabileceği adres: doi:10.1016/j.applthermaleng.2005.06.011. [Erişim tarihi 14 Temmuz 2008].

Kitap (elektronik)

- Yazar(lar)/Editör (editör ise isimden sonra (ed.) yazınız)
- Başlık (italik olmalıdır)
- Seri adı/başlığı ve sayısı (eğer bir serinin parçası ise)
- Kaçınıcı baskı olduğu (eğer birinci baskı değilse) [e-kitap]
- Yayımlandığı/basıldığı yer (eğer birden fazla yer varsa ilk belirtilen yer adını kullanın)
- Yayıncı
- Yayın yılı
- Ulaşılabileceği adres: URL
- [erişim tarihi]

Örnek: Simons NE, Menzies B, Matthews M. A Short Course in Soil and Rock Slope Engineering. A Short Course in Soil and Rock Slope Engineering. [Çevrimiçi] London: Thomas Telford Publishing; 2001. Edinilebileceği adres: [Erişim 18 temmuz 2008].

önsöz

Bahar 2012

Psikiyatride Güncel Dergisi'nin bu sayısında bedensel hastalıklarda uygulanan psikiyatrik tedaviler konusunda bir güncelleme yapmayı amaçladık. Bir uzmanlık alanı olan psikiyatri öncelikle daha çok kentlerin dışında yer alan büyük ruh sağlığı hastanelerinde gelişmeye başlamış, genel tıbbi durumlara eşlik eden ruhsal sorunlar uzun süre psikiyatrinin ilgi alanı dışında kalmıştır. Zihin-beden etkileşiminin önemi 20. yüzyılda fark edilmiştir. Genel tıbbi hastalara psikososyal yaklaşım eksikliğinin fark edilmesi sonucunda 1930'larda ABD'de ortaya çıkan çalışma alanı "*konsültasyon-licezon psikiyatrisi*" olarak adlandırılmıştır. Amerikan Yeterlik Kurulu 2003 yılında bu çalışma alanının yan dal olmasını onaylarken adını "*psikosomatik tıp*" olarak değiştirmiştir. Günümüzde bu iki kavram eşanlamlı olarak kullanılmaya başlamıştır. Henüz tüm ülkelerde yan dal olmamakla birlikte uzmanlık eğitiminde zorunlu rotasyonlar arasında yer almakta, psikiyatrinin giderek küçülen ruh sağlığı hastanelerini terk edip genel hastane için yerleşmesi sonucunda tüm uzmanların günlük klinik pratiğinde daha fazla yer almaktadır. Bu alanda birçok temel kitap yayınlanmış, birkaç uluslararası dergi yayınlanmaya başlamıştır. Genel tıpta bilgi üretiminin hızlı olması nedeniyle bu alanda sık sık güncellemeler yapılmasına gereksinim duyulmaktadır. Bu sayıda da böylesi bir güncelleme için en öncelikli konuları seçmeye çalıştık.

Sayının ilk bölümünü nörolojik hastalıklara ayırdık. Aynı sistemde ortaya çıkan patolojileri yansıtan nörolojik ve psikiyatrik hastalıklar sıklıkla birlikte görülmekte, nörolojik hastalık ve tedavilerde psikiyatrik belirtiler, psikiyatrik hastalık ve belirtilerde nörolojik belirtiler sık görülmektedir. Nörolojik hastalıklarda psikiyatrik tanı ve tedavi ilkeleri bölümü Serap Oflaz ve Işın Baral Kulaksızoğlu tarafından hazırlanmıştır.

Bunu izleyen bölümlerde daha çok iç hastalıklarında görülen psikiyatrik bozuklukların tanı ve tedavileri yer almıştır. Metabolik sorunlar ile psikiyatrik bozukluklar arasındaki karşılıklı ilişki son yıllarda en çok ele alınan konular arasında yer almaktadır. Diyabete eşlik eden psikiyatrik hastalıklar bölümü Çağatay Karşıdağ ve Serap Oflaz Batmaz tarafından, diyabette bilişsel davranışçı tedavilerin yeri bölümü Ramazan Konkan ve Ömer Şenormancı tarafından hazırlanmıştır. Ayşegül Yılmaz Özpolat ve Ceren Göker kronik böbrek hastalığında psikiyatrik tanı ve tedavi ilkeleri bölümünü yazmışlardır.

Psikosomatik tıbbın en önemli çalışma alanlarından birisi kanser ve bununla ilişkili ruhsal sorunları konu edinen psiko-onkolojidir. Kanser hastalarında sık gözlenen psikiyatrik hastalıklar ve klinik pratikte uygulamaya yönelik tedavi yaklaşımları bölümü Özen Önen Sertöz ve Demet Gülpek tarafından hazırlanmıştır.

Genel tıp ve psikiyatri arasında konumlanan özel durumlarda antidepresan kullanımı bölümü Elif Onur Aysevener ve Pınar Yalınay Dikmen tarafından yazılmıştır. Genel tıbbi durumların tedavisinde ilaç tedavileri dışında psikoterapilerin etkinliğine ilişkin kanıtlar da giderek artmaktadır. Genel tıpta bilişsel davranışçı tedavi uygulamalarına ilişkin bazı örnekler ise Gülay Özdemir Oğuz ve Aytül Karabekiroğlu tarafından tanıtılmıştır.

Yararlanacağınızı umduğumuz bu sayının Psikiyatride Güncel Dergisinde yer almasını sağlayan yayın yönetmenlerine ve yazılarını büyük bir titizlikle hazırlayarak zamanında sizlere ulaşmasını sağlayan yazarlara çok teşekkür ederiz.

Can Cimilli & Özen Önen Sertöz

Konuk Yayın Yönetmenleri

İçindekiler

Bahar 2012

Önsöz <i>Can Cimilli & Özen Önen Sertöz</i>	III
■ Nörolojik hastalıklarda psikiyatrik tanı ve tedavi ilkeleri <i>Serap Oflaz, Işın Baral Kulaksızoğlu</i>	1
■ Diyabet ve eşlik eden psikiyatrik hastalıklar <i>Çağatay Karşıdağ, Serap Oflaz</i>	16
■ Diyabet tedavisinde bilişsel davranışçı terapilerin yeri <i>Ramazan Konkan, Ömer Şenormancı</i>	26
■ Kronik böbrek hastalığında psikiyatrik tanı ve tedavi ilkeleri <i>Ayşegül Yılmaz Özpolat, Ceren Göker</i>	32
■ Kanser hastasında sık gözlenen psikiyatrik hastalıklar ve klinik pratikte uygulamaya dönük tedavi yaklaşımları <i>Özen Önen Sertöz, Demet Gülpek</i>	44
■ Fonksiyonel somatik sendromlar ve prematür ejakülasyon tedavisinde antidepressan kullanımı <i>Elif Onur Aysevener, Pınar Yalınay Dikmen</i>	59
■ Genel tıpta bilişsel davranışçı terapi uygulamaları <i>Gülşay Özdemir Oğuz, Aytül Karabekiroğlu</i>	78

Nörolojik hastalıklarda psikiyatrik tanı ve tedavi ilkeleri

Serap Oflaz, Işın Baral Kulaksızoğlu

Özgeçmiş: Serap Oflaz: 1975 Aydın doğumludur. İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi-İngilizce bölümünü 1999 yılında bitirmiş, 2007 yılında İÜ İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı'nda psikiyatri uzmanlık eğitimini tamamlamıştır. 2007-2009 yılları arasında Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nde çalışmış, 2009 yılından bu yana halen İÜ İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Konsültasyon Liyezon bölümünde uzman olarak çalışmaktadır.

Işın Baral Kulaksızoğlu: 1966 Eskişehir doğumludur. İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'ni 1990 yılında bitirmiş, 1996 yılında İÜ İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı'nda psikiyatri uzmanlık eğitimini tamamlamış, 1999 yılında psikiyatri doçenti, 2005 yılında profesör olmuştur. Halen İÜ İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı'nda Geropsikiyatri programının başkanlığını yürütmektedir. İlgili alanları geropsikiyatri, nöropsikiyatridir.

İletişim: Serap Oflaz, Uzm Dr, İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Bilim Dalı, İstanbul.

E-mail: drserapb@yahoo.com.

Işın Baral Kulaksızoğlu, Prof Dr, İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, İstanbul.

E-mail: isinbaral@yahoo.com.

ÖZET

Nörolojik hastalıklar, kişinin beden ve zihin fonksiyonlarını etkileyerek ciddi yetiyetimine neden olurlar. Nörolojik hastalıklara kognitif bozukluklar, duygudurum bozuklukları, psikozlar, cinsel işlev bozuklukları ve kişilik değişiklikleri gibi çok çeşitli psikiyatrik bozukluklar eşlik edebilir. Nörolojik hastalıkları olanlarda, psikiyatrik bozuklukları değerlendirirken, nörolojik hastalığın santral sinir sistemini tutan lezyonunun özellikleri yanısıra, hastanın psikososyal faktörleri ve nörolojik tedavide kullanılan ilaçların psikiyatrik yan etkileri dikkate alınmalıdır. Nörolojik hastalığı olan bireylerin psikiyatrik bozukluklarının tedavisi için nöroloji ve psikiyatri uzmanlarının multidisipliner yaklaşımlarına, iyi bir işbirliğine ve hastanın yaşam kalitesini ön planda tutan bir ekip çalışmasına ihtiyaç vardır. Bu yazıda nörolojik hastalıklardan inme, multiple skleroz, epilepsi ve parkinson hastalıklarının belirtileri psikiyatrik açıdan ayrıntılı olarak gözden geçirilmiş, psikiyatrik tanı ve tedavi ilkeleri güncellenmeye çalışılmıştır.

Anahtar kelimeler: İnme, multiple skleroz, epilepsi, Parkinson hastalığı, psikiyatrik tanı ve tedavi ilkeleri

ABSTRACT

Psychiatric diagnosis and treatment principles in neurological diseases

Neurological diseases cause severe disability by affecting physical and mental functions of patients. Several psychiatric disorders including cognitive disorders, affective disorders, psychoses, sexual dysfunction and personality changes are usually associated with neurological diseases. During assessment of psychiatric disorders in patients with neurological diseases, lesion properties of neurological disease in central nervous system, psychosocial factors of the person and psychiatric adverse effects of neurological drugs should be considered. The multidisciplinary approach of psychiatrists and neurologists is required to manage the psychiatric disorders of patients with neurological diseases, a good collaboration and teamwork that care about patient's quality of life. In this paper, we review the psychiatric aspects of the symptoms of certain neurological diseases including stroke, multiple sclerosis, epilepsy and Parkinson's disease and we update the principles of diagnosis and treatment of psychiatric disorders of patients with neurological diseases.

Key words: Stroke, multiple sclerosis, epilepsy, Parkinson's disease, principles of diagnosis and treatment of psychiatric disorders

Nörolojik hastalıkların büyük bir bölümü kişinin beden ve zihin fonksiyonlarını etkileyerek ciddi yetiyetimine yol açan kronik hastalıklardır. Bu hastalıklar kişinin günlük hareketlerini, fonksiyonel durumunu, iş ve sosyal yaşamını, cinsel hayatını, “kendilik” algısını ve yaşam kalitesini doğrudan etkiler. Ayrıca epilepsi gibi bazı nörolojik hastalıklar, toplumdaki stigmatizasyon nedeniyle kişinin sosyal ve mesleki durumunu etkileyebilir.

Nörolojik hastalıklarda psikiyatrik belirtiler gösteren lezyonlar daha sık korteks, limbik sistem ve bazal gangliyon alanlarında görülür. Merkezi sinir sisteminin bu bölgeleri bilişsel işlevler, duygudurum, emosyon, algı, davranış ve kişiliğin belirleyicisidir¹. Nörolojik hastalarda görülen psikiyatrik belirtiler belirli bir nörolojik hastalığa özgü olmadığı gibi, nörolojik belirtiler de belirli bir psikiyatrik hastalığı göstermez. Bununla birlikte bazı psikiyatrik hastalıkların görülme sıklığı farklılık gösterebilir, örneğin depresif bozukluklar her türlü nörolojik hastalığa ikincil olarak görülebilirler. Nörolojik hastalıklarla birlikte görülebilen kognitif tutulum hastalarda dikkat, bellek, dil, vizyospasyal işlevler ve frontal yürütücü işlevlerde bozulmalara yol açar. Bu kognitif belirtilere, altta yatan hastalığın nörolojik belirtileri ve psikiyatrik belirtiler eklenince hekimler için tanı koymak oldukça zorlayıcı olur. Konsültan hekim, nörolojik sorunu olan hastaların mental durum ve davranım bozukluğunu daha iyi anlamak için, beyin hasarının yeri, boyutu, yaygınlığı, hastalığın süre ve şiddeti yanında, psikiyatrik belirtilerin süre, şiddeti, kişisel ve sosyal yaşamı nasıl etkilediğine dikkat etmelidir. Ayrıca hasta ve yakınlarından hastanın premorbid kişilik ve fiziksel özellikleri, daha önce yaşadığı sorunlarla baş etme mekanizmaları, sosyal destek sistemleri, hastalığın hasta ve aile için ne ifade ettiği hakkında bilgi alması önemlidir. Hastanın nörolojik ve fizik muayenesiyle birlikte psikiyatrik değerlendirmenin ayrıntılı olarak yapılması, bunun yanında nöropsikolojik testlerin uygulanması tanının netleşmesi ve tedavinin planlanması için klinisyene yardımcıdır.

Bu yazıda nörolojik hastalıklardan inme, multiple skleroz, epilepsi ve parkinson hastalığının belirtileri ayrıntılı olarak gözden geçirilerek, psikiyatrik tanı ve tedavi ilkeleri güncellenmeye çalışılmıştır.

“ Nörolojik hastalıklar sonrası en sık görülen psikiyatrik bozukluk depresyondur ,”

Inme

Serebrovasküler hastalık sonucu oluşan inme, tüm dünyada en sık karşılaşılan nörolojik bozukluk olup, en sık ölüm nedenlerinin içinde üçüncü sıradadır. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre dünyada her yıl 15 milyon insanda inme olduğu, beş milyon insanın öldüğü, beş milyon insanın sürekli olarak özürü kaldığı bildirilmiştir^{2,3}.

İnme sonrası en sık görülen psikiyatrik bozukluk depresyondur. Diğer psikiyatrik bozukluklar anksiyete bozukluğu, mani, psikotik semptomlar, apati, kişilik değişimleri, patolojik gülme- ağlamadır.

Depresyon

İnme sonrası depresyon görülme prevalansı %25-79 arasında bulunmuş, bu geniş yelpazenin nedeni olarak metodoloji ve değerlendirme araçlarındaki farklılıklar gösterilmiştir⁴. İnme sonrası hastaların yaklaşık %50'sinde görülen depresif bozuklukların yarısı major depresyon, yarısı minör depresyon kriterlerini karşılamaktadır⁵.

Depresyonu olan inmeli hastaların günlük aktivitelerinin daha fazla bozulduğu⁴, kognitif bozulmanın daha fazla olduğu bildirilmiştir⁶. Ayrıca inme sonrası depresyon görülme oranlarında fonksiyonel iyileşmenin daha az olduğu, depresyonu olmayan inmeli hastalara göre 10 yıllık süreçte ölümün 3.4 kat yüksek olduğu bildirilmiştir^{4,7}. Üç yıllık 80 hastanın gözlem çalışmasında depresyon oranları üçüncü ayda %25, ikinci yılda %19, üçüncü yılda %30 olarak bulunmuş, aynı zamanda inmenin hemen sonrasında depresyonu olmayan hastaların da 1/3'ünde üç ay ve iki yıl içerisinde depresyon geliştiği belirtilmiştir⁸. İnme sonrası depresyonu olan, daha genç ve daha az kronik hastalığı olan kişilerde depresyonu olmayan inmeli hastalara göre üç yıllık mortalite risklerinin yüksek olduğu bulunmuştur⁹. İnme sonrasında hastalarda intihar düşüncesine sahip olma oranı %14 olarak bulunmuştur¹⁰.

Tablo 1. Nörolojik hastalıklarda görülen psikiyatrik bozuklukların tedavisi için öneriler

1. Psikiyatrik semptomların nörolojik hastalık ile bağlantısını değerlendirin. Lezyon yeri ile psikiyatrik semptomların ilişkisi var mı? Lezyon kişilik değişikliği, psikotik, depresif veya anksiyete semptomlarına sebep oluyor mu?
2. Nörolojik hastalığın kişi üzerindeki psikososyal etkisini değerlendirin. Hastanın sosyal ve mesleki yaşamı nasıl etkilenmiş? Başkalarına fiziksel bağımlılığı var mı? Sosyal ve ekonomik desteği nasıl?
3. Hastanın kullandığı tıbbi ilaçların psikiyatrik yan etkisi var mı?
4. Psikiyatrik tanı, tedavi seçimi ve izlemleri açısından multidisipliner ekiple yakın iletişimde olmak. Hastanın intihar eğilimlerinin özel olarak değerlendirilmesi.
5. Psikotrop ilaç seçimlerinde nörolojik hastalık ve kullandığı ilaç etkileşimlerinin göz önüne alınması.
6. Psikotrop ilaçları düşük dozlarla başlamak.
7. En az etkili ve iyi tolere edilen ilaç dozlarını belirlemek.
8. Kompleks tedaviler ve çoklu ilaç kullanımlarından kaçınmak.
9. Klinik kötüleşme gözlemlerseniz, psikotrop ilaç değişikliği ve nörolojik ilaçların uygun seviyede olması için değerlendirilmesi.

Depresyon gelişmesinde inme lezyonunun direkt etkisi olabileceği gibi, inme sonrasındaki psikososyal stresörler de depresyona neden olabilir. Etiyolojide biyolojik olarak lezyon sonrası frontal lob ve basal gangliada monoaminerjik aminlerin tükendiği bildirilmektedir¹¹. Depresyon ve lezyon yeri arasındaki ilişkiler çelişkilidir. Bir meta analizde inme sonrası ilk 6 ayda depresyon şiddeti ile lezyon yerinin ilişkili olduğu, sol hemisfer lezyonları olanlarda erken dönemde depresif semptomların daha sık ortaya çıktığı bildirilmiştir¹³. Ayrıca sağ beyin hasarı depresyonu olanların sol beyin hasarı olanlara göre daha çabuk iyileştiklerini sol beyin hasarı olan inmelerin tedaviye dirençli oldukları¹³, bunun yanında sağ beyin hasarı olanların sol beyin hasarı olanlara göre daha fazla aleksitimik özellikleri olduğu bulunmuştur¹⁴.

İnme hastalarındaki bilişsel ve vejetatif değişiklikler ile depresyonu ayırt etmek güçtür. İnme sonrası yorgunluk, uyku, iştah ve ilgilerde değişiklik çok sık olur. Çalışmalarda inme sonrası major depresyon belirtilerinden enerji kaybı, uyku, iştah azalmasının ötimik inmeli hastalarda da çok sık görüldüğü, bu etkilerin hastane ortamı, tıbbi tedaviler veya inme sonucunda oluşabileceği ileri sürülmüştür¹¹. Minör depresyonu olanlarda depresyonu olmayanlara göre depresif duygudurum, ilgi ve istek kaybı, yorgunluk, enerji kaybı, uykusuzluk, psikomotor retardasyon ve ajitasyonun daha fazla görüldüğü belirtilmiştir¹⁵. İnme geçiren hastalarda afazi, anozognozi, kognitif bozukluk ve emosyonel labilite olması nedeniyle depresyonu değerlendirmek zorlaşmaktadır. Klasik depresyon değerlendirme araçları ile elde edilen skorlar nörolojik semptomlar ve spesifik olmayan stres nedeniyle yüksek çıkabilir. Emosyonel labilite depresyonu maskeleyebilir⁶. İnme sonrası depresyonu artıran risk faktörleri depresyonun süresine göre değişmektedir. İlk altı ayda görülen kısa dönemli depresyonun ekonomik kaygılar ve sosyal aktivitede kısıtlanma olması ile bir yıl sonrasında görülen uzun dönemli

depresyonun meslek kaybı ve iş tatminsizliği ile ilişkili olduğu¹⁶, kadınlarda³, gençlerde, beyaz ırkta⁹ daha sık olduğu, ayrıca özgeçmiş ve soygeçmişin inme sonrası depresyon için önemli olmadığı⁴ bildirilmiştir.

İnme geçiren hastaların depresyon tedavisinde SSRI'ların güvenli olması ve yan etkilerinin az olması nedeniyle tedavide ilk seçenek olabileceği bildirilmiştir¹⁷. İnme hasta grubunun büyük çoğunluğunun yaşlı hastalardan oluşması nedeniyle, SSRI'lar gibi en az yan etkisi olan ajanlarla, düşük dozla başlanmalı, doz cevabına göre doz artırımı yavaş yapılmalı, çoklu ilaç kullanımından kaçınılmalı, ilaçların metabolizması ve kullandığı diğer ilaçlarla etkileşimine göre ilaç seçimi yapılmalıdır (Tablo 1).

İnme sonrası hemen antidepresan başlanan hastaların günlük yaşam aktivitelerinin daha çabuk iyileştiği ve iki yıl kadar iyilik halinin kaldığı bildirilmektedir¹⁸. İnme sonrası depresyonu olan hastalarla randomize yapılan çalışmada venlafaksin verilen grubun aleksitimi özelliklerinin daha fazla iyileştikleri gözlemlenmiştir¹⁹. Dokuz yıllık izlem çalışmasında fluoksetin ve nortriptilin kullanan hastaların daha uzun yaşadığı tespit edilmiştir²⁰.

Metilfenidat gibi psikostimulanların depresyon tedavisinde kullanılabileceği belirtilmiştir⁶. Elektro konvulsif tedavinin dirençli depresyonlarda kullanılabileceği, ancak uzamış postiktal konfüzyon ve amnezilerin %15 vakede görüldüğü bildirilmiştir^{6,21}. Ayrıca depresyon tedavisinde psikoterapilerden kognitif, grup ve aile terapilerinin de faydalı olduğu belirtilmiştir²¹.

“ İnme sonrası depresyon görülen hastalarda mortalite riski yüksektir, ”

"Bu yazının tümüne ve dergideki diğer yazıların tümüne ulaşmak için dergiyi online satış bölümünden satın alabilirsiniz..."