

# psikiyatride güncel

update in psychiatry

Türkiye Psikiyatri Derneği  
Sürekli Eğitim /  
Sürekli Mesleki Gelişim Dergisi  
Journal of Psychiatric Association of Turkey  
for Continuing Education/ Continuing  
Professional Development



BU SAYININ KONUSU:

**Psikiyatride Ektanı**

Yaz / Summer 2011

Cilt / Volume 1

Sayı / Issue 2

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 Alpay, *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 Erkıran, *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*  
Dr.Taha Karaman, *Antalya*  
Oğuz Karamustafalıoğlu, *İstanbul*  
Rifat Karlıdağ, *Malatya*  
Tunay Karlıdere, *Balıkesir*  
Mahmut Katı, *Şanlıurfa*  
Selçuk Kırılı, *Bursa*  
İsmet Kırpınar, *Erzurum*  
Yüksel Kıvrak, *Kars*  
Orhan Murat Koçak, *Kırıkkale*  
Emel Koçer, *İstanbul*  
Rahim Kucur, *Konya*  
Erhan Kurt, *İstanbul*  
Levent Mete, *İzmir*  
Mustafa Namli, *Elazığ*  
Nalan K.Oğuzhanoğlu, *Denizli*  
Özlem Orhan, *Kahramanmaraş*  
Kültegin Ögel, *İstanbul*  
Haluk Özbay, *Ankara*

Ömer Özbulut, *Afyon*  
Ramazan Özçankaya, *Isparta*  
Aytekin Özşahin, *Ankara*  
Ömer Saatçioğlu, *İstanbul*  
Osman Salış, *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 Taşkıntuna, *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"

**Yazışma adresi / Corresponding address**

Türkiye Psikiyatri Derneği  
Tunus Cad. 59/5  
Kavaklıdere, Ankara  
Tel. 0312 468 74 97  
[www.psikiyatri.org.tr](http://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: 16 Eylül 2011

## 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 kaleme 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 aralıklı ve A4 boyutunda bir sayfaya sığacak şekilde yazılmalıdır. Gerçek hasta örneklerinde hasta kimliğinin anlaşılmasını sağlayacak önlemlerle özenle alınmalıdır.
- **Tablolar, şekiller ve resimler:** Yazılarda okunmayı, 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: <sup>1</sup>.

#### 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'nin 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 yılı;
- Yayıncı;
- Yayın yılı.
- Sayfa numaraları.

**Örnek:** Jefferson JW, Greist JH. Lithium. Sadock BJ, Sadock VA (eds.) *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 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. Part I: 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: <http://www.mylibrary.com?ID=93941> [Erişim 18 temmuz 2008].

### Sayın Meslektaşlarım,

Hiç klinik ilaç çalışmalarında görev aldınız mı bilmiyorum. Uzun bir çalışmadan dışlama listesi vardır. Şu tanıyı almış olmayacak, son altı ayda bu hastalık da olmayacak gibi. Çalışmaya bir hasta randomize edebilmek için birçok hastanın taranması ve “saf hastaların” bulunması gerekmektedir. Örneğin major depresyon çalışmaları “intiharı aklına bile getirmeyen, alkol-maddeyi kötüye kullanmayan, ektanısı olmayan, bedensel sağlığı da yerinde ve tedaviye uyum gösterebilecek olan” deneklerde yapılıyor. Benim hastalarım ise yoğun kişilerarası stresler yaşıyorlar. Kişilik sorunları sık. Genellikle ilaç uyumları da bozuktur. Üstelik tedavi yanıtını değiştirecek ektanıları mevcut. Böyle olunca kitapların, makalelerin ve hatta tedavi kılavuzlarının ilaç önerileri benim hastalarımda işlemiyor sanki. Gerçek dünya daha farklı: STAR\*D çalışması sonuçlarına göre ilk kullanılan iki ilaç yaramadıysa depresyonun düzelme olasılığı düşük.

Hepinizin sıkça yaşadığı bu durumun en karmaşık nedenlerinden biri ektanı sorunudur. Sorunun tanınması tanısal hiyerarşinin kaldırıldığı DSM-III ertesidir. Hemen neredeyse tüm doksanlı yıllarda ve iki binlerin ilk yarısında psikiyatrik dergiler ektanı araştırmalarıyla doldu taşı. Polikliniklerde gördüğümüz gerçek hastalara uyarlanması gereken bir veri dağı oluştu.

Birlikte görülen iki psikiyatrik durum yalnızca rastlantısal mı? Acaba aralarında etyopatolojik bir ilişki var mı? En önemlisi de uygulamayı düşündüğüm farmakolojik tedavi ya da psikoterapi bu olası ortak etyolojiyi düzeltebilir mi? Ektanılı bir hastayla karşı karşıyayken yıldırım hızıyla zihninizden geçen bu soruların yanıtları belki literatürde mevcut. İşte, biz de konunun uzmanlarından bu birikimin özetlenmesi ve anlamlandırılmasını rica ettik. Psikiyatride Güncel’in ikinci sayısındaki ektanı yazılarını mesleki gelişiminize katkıda bulunması umuduyla beğenimize sunuyoruz.

**Tunç Alkın**

## İçindekiler

Yaz 2011

<b>Önsöz</b> <i>Tunç Alkın</i>	iii
■ <b>Tanı koyma süreci ve çoğul tanılar sorunu</b> <i>Soli Sorias</i>	81
■ <b>Major depresif bozuklukta ektanılar</b> <i>Tunç Alkın, Atıl Mantar</i>	91
■ <b>Obsesif-kompulsif bozuklukta ektanı ve tedavi için öneriler</b> <i>Raşit Tükel</i>	109
■ <b>Bipolar bozuklukta ek tanılar</b> <i>Nurgül Özpoyraz, Gonca Karakuş</i>	122
■ <b>Şizofrenide psikiyatrik ektanılar</b> <i>Berna Binnur Akdede</i>	140
■ <b>Psikiyatride sık görülen nöropsikiyatrik sendromlara yaklaşım</b> <i>E. Cem Atbaşoğlu, Direnç Sakarya</i>	156
■ <b>Madde kullanım bozukluklarında ektanı</b> <i>Figen Karadağ</i>	171

# Tanı koyma süreci ve çoğul tanılar sorunu

Soli Sorias

**Özgeçmiş:** Dr. Soli Sorias, 1976'da uzman, 1983'te doçent oldu. 1980'den itibaren psikiyatrik tanı, hasta veri tabanları, tıbbi bilişim, yapay nöron ağları ve zihnin bilgisayar modelleri konuları ile ilgilendi. 1985'te, SQL tabanlı ilk hasta veri tabanını gerçekleştirdi. SCID'in, Türkçe'ye uyarlanma çalışmalarını yürüten ekibin liderliğini yaptı. 1989'da profesörlüğe yükseltildi. 1989-1999 yılları arasında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde ilk Tıbbi Bilişim dersini verdi. 2004 yılında emekli oldu. Halen serbest psikiyatrist olarak çalışmaktadır.

**İletişim:** 1430 Sokak No 3/3, Yavuz Apt. Mimar Sinan Mah. İZMİR

**e-posta:** solisorias@yahoo.com

## ÖZET

Komorbidite deyimini ilk defa 1970'de Feinstein, kronik medikal hastalıklar için kullanmıştır. Fakat bu deyim, her ne kadar fizik hastalıklar için tanımlanmışsa da, psikiyatride daha çok kullanılır oldu. Çoğul tanılarının karşımıza bir sorun olarak çıkması, bunların görülme sıklığının çok yüksek olmasındandır. Örneğin, son büyük epidemiyolojik araştırmalardan biri olan NCS-R çalışmasına göre, tüm psikiyatrik hastaların %45'i birden çok tanı almaktadır.

Çoğul tanılarının nedenlerini araştırdığımızda iki farklı çoğul tanı tipi olduğunu görüyoruz: 1) Gerçek çoğul tanılar. 2) Yalancı (psödo) çoğul tanılar.

Gerçek çoğul tanılar, bir hastada birden çok hastalığın gerçekten, yani doğal nedenlerle bir arada olmasıdır. Bu komorbidite tipinde uygulama, yöntem ya da sınıflamada herhangi bir hata yoktur ve aynı hastada farklı nedenlerle ortaya çıkabilir. Gerçek çoğul tanılar bizi rahatsız etmez ve hastanın tanısız değerlendirilmesinin iyi yapılmış olduğunu düşündürür.

Öte yandan yalancı çoğul tanılar doğal değil, tanı koyma sürecindeki hatalardan kaynaklanırlar. Bunlar gereksiz polifarmasiye neden olmaları ve prevalans ile hastalığa yakalanma riskini olduğundan çok daha yüksek göstermesi nedeniyle zararlıdır. Bu nedenle yalancı çoğul tanılara neden olan hata kaynaklarını doğru saptayıp gidermeğe çalışmamız gerekir. Bu hata kaynakları şunlardır:

- Çoğul tanılarını araştıran çalışmalarda yöntem hataları. Bunlar içinde en çok yapılandırılmış görüşmeler ve klinisyen olmayan anketçiler suçlanmıştır.
- Tanıyı koyan klinisyenden kaynaklanan hatalar. Örneğin, hekimin aynı bulguyu birden çok bozukluğun tanısında kullanması.
- Sınıflama sisteminin kusurlarından kaynaklanan hatalar. Bunlar içinde en önemlileri: Tanı kategorileri arasında hiyerarşik bir düzen olmaması, tanı kategorileri arasındaki dışlama ölçütlerinin yokluğu, düşük tanı eşiği ve tanı kategorilerinin düşük geçerliliğidir.

**Anahtar sözcükler:** Ektanı, DSM, tanı hataları

## ABSTRACT

### Psychiatric diagnosis and the comorbidity problem

Comorbidity, a term first described by Feinstein in 1970 for chronic medical diseases, has found a better place among mental disorders and has been extensively used in psychiatry.

A mental patient's receiving multiple diagnoses is a fact so frequent that it's now considered an important problem. For instance, the National Comorbidity Survey – Replication, a recent and major epidemiological study, has found that, 45% of all psychiatric patients get more than one diagnosis.

Considering the reason of multiple diagnoses, we find two different comorbidity types: 1) Real comorbidity 2) Pseudo comorbidity. Real comorbidity is the case when a patient truly has two or more natural disorders. In this case, there is no error in the classification, the diagnostic process or the methods of the studies. Real comorbidity is not bad and does not bother us. On the contrary, it's a proof that the patient has been thoroughly and well evaluated.

On the other hand, pseudo comorbidity is the case when multiple diagnoses are not natural diseases and stem from the errors of the diagnostic process. These are considered harmful since they may lead to unnecessary polypharmacy and to the erroneous conclusion that the prevalence of (and probability to catch) the disorders are higher than what they really are.

The errors that may lead to pseudo comorbidity are:

- Errors in the methods of the studies concerning multiple diagnoses. In this regard rigid structured interviews and interviewers who are not clinicians themselves have been blamed.
- Errors of the clinician who makes the diagnoses. For instance using the same symptom in the diagnosis of multiple disorders.
- Errors stemming from the classification and diagnosis system. The most important are: the lack of a hierarchical organisation and exclusion criteria among diagnostic categories, low diagnostic threshold and poor validity of the categories.

**Keywords:** comorbidity, DSM, diagnostic errors

# Major depresif bozuklukta ektanılar

Tunç Alkın, Atıl Mantar

**Özgeçmiş:** Tunç Alkın:1959 doğumlu olan Dr. Tunç Alkın, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesinden 1983 yılında mezun olmuştur. 1986-1991 yıllarında Dokuz Eylül Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı'nda uzmanlık eğitimi yaparak psikiyatri uzmanı olmuştur. 1993 yılında doçent, 1999 yılında profesör ünvanını almıştır. 1991 yılından bu yana Dokuz Eylül Üniversitesinde öğretim üyesidir.

**Atıl Mantar**

1975 yılında Ankara'da doğdu. İlk, orta ve lise eğitimini Ankara'da tamamladı. 2001 yılında Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesini bitirdi. 2003-2008 yılları arasında Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalında uzmanlık eğitimi tamamladı. Askerlik hizmetinden sonra halen zorunlu hizmetini yaptığı İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniğinde çalışmaktadır.

**İletişim:** Tunç Alkın, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, 35340, Balçova, İZMİR.  
**e-posta:** tunc.alkin@deu.edu.tr

## ÖZET

Major Depresif Bozukluk (MDB) kişinin işlevselliğinde önemli bozulmalar yaratan ve yeti yitimi nedenleri arasında birinci sırada gelen psikiyatrik bozukluktur. Yaygınlık oranlarının yüksek olması önemli bir halk sağlığı sorunu olduğunu göstermektedir. Birçok başka bozuklukta olduğu gibi MDB'de de ektanı varlığı oldukça yüksektir. En sık eşlik eden ektanılar anksiyete bozuklukları, alkol ve madde kullanım bozuklukları ile kişilik bozukluklarıdır. Bir başka fiziksel hastalığı bulunan hastalarda depresyon sık rastlanan bir durumdur. MDB'nin diğer ruhsal bozukluklarla birlikte bulunması tanı ve tedavide birçok farklılıklara yol açmaktadır. Ektanılar varlığı depresif belirtilerin şiddetlenmesine, psikososyal işlevselliğin daha da bozulmasına, intihar olasılığının artmasına, tedavinin daha zor ve karmaşık hale gelmesine, tedaviye yanıtının daha zayıf ve prognoz daha kötü olmasına yol açmaktadır. Tedavide tam remisyon hedeflenmeli, seçilen antidepresanın eştanılı bozukluğa da etkili olmasına özen gösterilmeli, dirençli durumlarda güçlendirme için kombine ilaç kullanılmalı ve psikososyal tedaviler erken dönemlerde planlanmalıdır. MDB'de ektanı varlığında tedavi seçenekleri açısından kesin ölçütler koymak mümkün görünmemektedir. Her hastanın farklı klinik görünüm ve sosyal çevresinin olması nedeniyle tedavide öncelikler değişebilmektedir. Ayrıca tıbbi durumlar ve depresyon ektanısının farmakolojik tedavisinde ilaç-hastalık ve ilaç-ilaç etkileşimleri dikkatli bir şekilde değerlendirilmelidir. Bu yazıda MDB'ye en sık eşlik eden hastalıklar ayrı ayrı olarak ele alınmış, varolan bilgiler doğrultusunda hastalıkların klinik görünümü ve tedavi seçenekleri okuyucuya daha kapsamlı bir fikir vermek adına gözden geçirilmiştir.

**Anahtar sözcükler:** Depresyon, ektanı, anksiyete bozuklukları, kişilik bozuklukları

## ABSTRACT

### Comorbidity in major depressive disorder

Major Depressive Disorder (MDD) is a primary psychiatric disorder which leads to significant burden and disability in one's functionality. The fact that the prevalence rate of depression is high indicates that it is a problem of public health. The rates of comorbidity is rather high in patients with MDD. The most common comorbid mental disorders are anxiety disorders, alcohol and drug use disorders and personality disorders. Depression is also common in patients with another physical illness. MDD accompanies with other mental disorders and that fact creates a number of differences in differential diagnosis and treatment. The existence of comorbidity leads to the exacerbation of depressive symptoms, more disability in psychosocial functionality, increase in the suicide risk. Furthermore, the treatment becomes more challenging and more complicated and reducing the response rates and thus worsening of the prognosis. In the treatment a complete remission should be aimed and the selected antidepressant drug must be effective on all of the comorbid disorders. Combined medications should be used for augmentation for the resistant cases, and psychosocial therapies should be implanted in early stages of the treatment. It seems impossible to set definite criteria in terms of treatment options in the existence of additional diagnosis in MDD. The priorities in the treatment may change, due to the fact that each patient has a different clinical presentation and social environment. In the pharmacologic treatment of co-occurring medical condition and depression, the interactions of "medication to disease" and "medication to medication" should also be carefully evaluated. In this article, the most frequent accompanying disorders to MDD have been discussed. The clinical presentation of disorders and their treatment options have been reviewed.

**Key words:** Depression, comorbidity, anxiety disorders, personality disorders



# Obsesif-kompulsif bozuklukta ektanı ve tedavi için öneriler

Raşit Tükel

**Özgeçmiş:** 1983 yılında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesinden mezun olduktan sonra, 1991 yılında İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı'nda uzmanlık eğitimini tamamlayarak Ruh Sağlığı ve Hastalıkları uzmanı olmuştur. 1993 yılında psikiyatride doçentlik sınavında başarılı olarak doçent ünvanını almış ve İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalına 1994 yılında yardımcı doçent, 1995 yılında doçent, 2000 yılında profesör olarak atanmıştır. Halen aynı bölümde öğretim üyesi olarak görev yapmaktadır.

**İletişim:** İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Çapa, İstanbul  
**e-posta:** rtukel@gmail.com

## ÖZET

Klinik gözlemler ve araştırmaların sonuçları, obsesif-kompulsif bozukluğa (OKB) sıklıkla başka psikiyatrik bozuklukların eşlik ettiğini göstermektedir. OKB'de ektanların araştırıldığı epidemiyolojik ve klinik birçok çalışmanın ortak bulgusu, OKB hastalarında en yüksek oranda görülen I. Eksen bozukluğunun major depresif bozukluk olduğu yönündedir. OKB'ye majör depresyonun eklenmesi, obsesif-kompulsif belirtilerin süregenliği, hastalığın şiddeti ve işlevsellikte bozulma ile ilişkili bulunurken, bu durumun serotonin gerilim inhibitörlerine (SGİ'ler) yanıtı olumsuz etkilemediği bildirilmiştir. Çeşitli çalışmalar, OKB'ye panik bozukluğu, özgül fobi, sosyal fobi ve yaygın anksiyete bozukluğunun sık olarak eşlik ettiğini göstermektedir. OKB ile diğer anksiyete bozuklukları birlikte görüldüğünde, öncelikli tedavi seçeneği SGİ'ler ve bilişsel-davranışçı tedaviler (BDT) olmalıdır. OKB ile iki uçlu bozukluk ilişkisini araştıran çalışmalarda, özellikle de OKB'nin epizodik formu ile iki uçlu bozukluk ilişkisine vurgu yapılmaktadır. OKB ve iki uçlu bozukluk birlikte bulunduğu, iki uçlu bozukluk, hastaların tedavilerinin planlanmasında önceliğe sahip olmalı; hipomaniyi ya da maniyi tetikleyebilen ya da şiddetlendiren SGİ'lerle tedaviden önce, duygudurumun dengelenmesi sağlanmalıdır. OKB ve şizofreni birlikte bulunduğu, OKB'nin varlığının, şizofreni belirtilerini ve işlevselliği olumsuz etkilediği gösterilmiştir. Şizofreniye OKB eşlik ettiğinde, antipsikotik tedaviye SGİ'lerin eklenmesi iyi bir tedavi seçeneği oluşturur. Çocukluk çağı OKB'si olgularında Tourette bozukluğu yüksek oranda görülmektedir. OKB ile birlikte Tourette bozukluğunun, tek başına görülen Tourette bozukluğu ve OKB'den daha ciddi bir hastalık durumu oluşturduğu ve etiyolojik olarak Tourette bozukluğuna OKB'den daha yakın olduğu ileri sürülmüştür. Tourette bozukluğunun eşlik ettiği OKB'de, SGİ'lerle yapılan tedavilere yanıt alınmadığında, tipik ya da atipik antipsikotik ilaçların düşük dozlardan başlayarak tedaviye eklenmesi, her iki bozukluk üzerinde iyileştirici bir etki gösterebilir. OKB ile obsesif-kompulsif kişilik bozukluğunun birlikte olduğu hastalarda, psikodinamik psikoterapi, ekspresif yönü ön planda olan bireysel psikoterapiler, BDT ve SSGİ'lerin etkili olduğu ilişkin kanıtlar vardır.

**Anahtar sözcükler:** Obsesif-kompulsif bozukluk, ektanı, majör depresyon, iki uçlu bozukluk, şizofreni, obsesif-kompulsif kişilik bozukluğu

## ABSTRACT

### Comorbidity in obsessive-compulsive disorder and treatment options

Results of clinical studies show that Axis I disorders often accompany obsessive-compulsive disorder (OCD). A common finding of many clinical and epidemiological studies is that the most frequent Axis I disorder in OCD patients is major depressive disorder. Whereas co-existence of major depression with OCD was found to be related to the chronicity and severity of obsessive-compulsive symptoms and disability, response to selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI) treatment has not been negatively affected by the presence of comorbid major depression. Many studies show that panic disorder, specific phobia, social phobia and generalised anxiety disorder are the most common comorbid disorders to OCD. When OCD coexists with other anxiety disorders, preferred treatment options are SSRIs and cognitive-behavioral therapy (CBT). Results of the studies on the relationship between OCD and bipolar disorder have suggested that there might have been a relation between bipolar disorder and episodic OCD. Bipolarity should take precedence in treatment planning when bipolar disorder and OCD coexist. Before the treatment with SSRI which may trigger or aggravate hypomania or mania, mood has been stabilized in bipolar OCD patients. The existence of OCD in schizophrenia patients was found to have a negative effect on symptoms, the course of schizophrenia and functionality. When schizophrenia coexists with OCD, the use of serotonin reuptake inhibitors (SRIs), as an add-on treatment with antipsychotic, is a good treatment option. In childhood OCD patients, Tourette disorder is seen in relatively high frequency. It has been suggested that Tourette disorder plus OCD is more severe phenotype than OCD or Tourette disorder and etiologically may be more closely linked to Tourette disorder than to OCD. In OCD patients with comorbid Tourette disorder, the use of combined therapy of a SRI with typical or atypical antipsychotics, starting at a low dose and then titrating to the effective range, may be useful for both disorders, especially when OCD patients are resistant to SRIs. There is evidence that effective psychotherapeutic approaches to the treatment of OCD comorbid with obsessive-compulsive personality disorder are psychodynamic psychotherapy, individual psychotherapies, CBT, and SSRIs.

**Key words:** obsessive-compulsive disorder, comorbidity, major depression, bipolar disorder, schizophrenia, obsessive-compulsive personality disorder



# Bipolar bozuklukta ektanılar

Nurgül Özpoyraz, Gonca Karkuş

**Özgeçmiş:** Nurgül Özpoyraz: 1984 yılında Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesini bitirdi. Zorunlu hizmetini Adana'nın Karataş ilçesine bağlı Tuzla köyünde tamamladı. 1987-1992 yılları arasında Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalında uzmanlık eğitimini tamamladı. Daha sonraki dönemde ve halen aynı üniversitede öğretim üyesi olarak çalışmaktadır. 1999 yılından bu yana Bipolar Bozukluk biriminin sorumluluğunu yürütmektedir.

Gonca Karkuş

2000 yılında Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesini bitirdikten sonra 2001-2005 yılları arasında Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalında uzmanlık eğitimini tamamladı. Aynı üniversitede 2005-2009 yılları arasında uzman olarak, 2009 yılından beri de öğretim üyesi olarak çalışmaktadır. Bipolar Bozukluk ve Konsültasyon-Liyazon biriminde görev almaktadır.

**İletişim:** Nurgül Özpoyraz, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı  
**e-posta:** nozpoyraz@mail.cu.edu.tr

## ÖZET

Bipolar bozukluk doğası gereği yineleyen, ömür boyu süren ve karmaşık bir hastalıktır. Bu karmaşık süreç içerisinde en önemli sorunlardan biri de ektanı varlığıdır. Hastaların yaklaşık 2/3'sinde yaşam boyu bir ektanı görülmektedir. Bunlar arasında tıbbi hastalıklar dışında en sık görülen ruhsal ektanılar, anksiyete bozuklukları, alkol ve madde kullanım sorunları, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, yeme bozuklukları, dürtü kontrol bozuklukları ve kişilik bozukluklarıdır. Ektanın varlığında hastalığın klinik görünümünde önemli değişiklikler olmaktadır. Yapılan çalışmalarda bipolar bozuklukla başka bir ruhsal hastalığın birlikte bulunduğu durumlarda; hastalığın erken başladığı, gidiş ve sonlanımın kötüleştiği, tedaviye yanıtın azaldığı, özkiyim riskinin arttığı, iyilik dönemlerinin kısalmış yineleme ve hastaneye yatış sıklığının arttığı, işlevsel iyileşmenin geciktiği, sosyal ve mesleki işlevselliğin bozulduğu gösterilmiştir. Bipolar bozuklukta ektanı varlığında tedavi seçeneklerine ilişkin kesin bir rehber bulunmamaktadır. Bu alanda kanıt değeri taşıyan yeterli kontrollü çalışma yoktur. Genel olarak tedavide ana amaç duygudurumun dengelenmesidir. Her hasta kendine özgü özellikleriyle değerlendirilip yaşam çizelgesiyle izlenerek tedavi planı oluşturulmalıdır. Bu yazıda, var olan bilgilerle ektanlı durumları tanıma, klinik özelliklerini anlamaya ve tedavi seçeneklerini oluşturmaya yönelik bilgiler aktarılmış, okuyucuya fikir vermesi açısından tedavi önerileri oluşturulup sunulmuştur.

**Anahtar sözcükler:** Bipolar bozukluk, ektanılar, klinik özellikler, tedavi

## ABSTRACT

### Comorbidity in bipolar disorders

Bipolar disorder is a complicated, life-long recurrent mental disorder. One of the most important problem in the complicated course of this disorder is the presence of comorbidity. Two thirds of these patients had at least one lifetime comorbid disorder with bipolar disorder. Apart from comorbid medical disorders, the most common comorbid mental disorders are anxiety disorders, alcohol and drug use disorders, attention-deficit hyperactivity disorder, eating disorders, impulse control disorders, and personality disorders. The clinical course of the disorder significantly change due to the presence of comorbidity. The previous studies have shown that in case of comorbidity the patients with bipolar disorder had earlier onset of disease, poorer prognosis, less response to treatment, increase in suicide risk, shorter euthymic periods, increase in recurrence and hospitalization rate, delay in functional recovery, and disturbances in social and occupational functionality. There is no definitive guideline presenting treatment options in the presence of comorbidity for bipolar disorder. There is not sufficient number of placebo controlled study to make an evidence based guidelines in this issue. The main target in the treatment is stabilizing the mood episodes. All patients should be evaluated individually and followed up with life-chart to compose a treatment plan. In this article we present information regarding the diagnosis of comorbidity, clinical features and treatment of comorbid conditions in bipolar patients. We also added some of our treatment suggestions in bipolar disorder comorbidities.

**Key words:** bipolar disorder, comorbidity, clinical features, treatment.

# Şizofrenide psikiyatrik ektanılar

Berna Binnur Akdede

**Özgeçmiş:** 1994 yılında Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesini bitirdi. 1999 yılında Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalında ihtisas eğitimini tamamladı. Halen aynı anabilim dalında öğretim üyesi olarak görev yapmakta ve şizofreni biriminin sorumluluğunu sürdürmektedir.

**İletişim:** Berna Binnur Akdede, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri AD, Balçova, İzmir

**e-posta:** binnur.kivircik@deu.edu.tr

## ÖZET

Psikiyatrik ektanılar şizofrenide oldukça sık görülmektedir. Depresyon, anksiyete bozuklukları ve madde kullanım bozuklukları en sık görülen ektanılardır. Şizofrenide görülen anksiyete bozukluğu ektanılarında obsesif kompulsif bozukluk (OKB) sıklığı %12.1, sosyal fobi sıklığı %14.9, yaygın anksiyete bozukluğu sıklığı %10.9, panik bozukluk sıklığı %9.8 ve travma sonrası stres bozukluğu sıklığı %12.4'tür. Şizofrenide depresyon görülme sıklığı %25 ile %50 arasında değişen oranlarda bildirilirken, hastaların %47'sinde yaşam boyu madde kullanım bozukluğu ektanısı saptandığı bildirilmektedir.

Ülkemizde şizofrenide ektanılarının saptanmasına yönelik çalışma sayısı sınırlı olmakla birlikte, madde kullanım bozukluğu dışındaki sıklık oranları benzerdir. Şizofrenide OKB ve depresyon ilişkisine dair daha fazla bilgi varken, panik bozukluğu ve diğer anksiyete bozuklukları daha çok son yıllarda araştırılan ektanılardır. Şizofrenide ortaya çıkan ektanılar tanı ve tedavide zorluklara yol açmaktadır. Şizofreni ve ektaniya ait belirtilerin ayrı bir hastalık mı yoksa şizofreniye ait belirtiler mi olduğu tartışılmaktadır. Bu tartışmalara açıklık getirebilecek çalışmalar ise metodolojik sınırlılıkları nedeniyle anlamlı kanıtlar sunamamaktadır. Bu yazıda şizofrenide görülen ektanılarının sıklığı, klinikte yol açtığı zorluklar, etiyoloji ve tedaviye yönelik mevcut bilgiler tartışılacaktır.

**Anahtar sözcükler:** Şizofreni, ektani, depresyon, obsesif- kompulsif bozukluk, anksiyete bozukluğu

## ABSTRACT

### Comorbidity in schizophrenia

Psychiatric comorbidities are common in patients with schizophrenia. Depression, anxiety disorders and substance use disorders are the most common. Among anxiety disorders comorbidity, the prevalence rates are %12.1 for obsessive-compulsive disorder, %14.9 for social phobia, %10.9 for generalized anxiety disorder, %9.8 for panic disorder and %12.4 for posttraumatic disorder. While comorbid depression has been reported in %25-50 of the patients with schizophrenia, % 47 of the patients have also a life time substance use disorder diagnosis. Although the number of studies investigating the prevalence rate of psychiatric comorbidity in patients with schizophrenia in our country is limited, the prevalence rates are comparable except for substance use disorders. While the association between depression and obsessive compulsive disorder with schizophrenia is better known, panic disorder and other anxiety disorder comorbidity has been more investigated in recent years. Psychiatric comorbidity leads to difficulties in diagnosis and treatment of patients with schizophrenia. It has been an ongoing debate whether the symptoms occurring in patients with comorbid psychiatric disorder belong to a distinct disorder or schizophrenia itself. The studies which might answer the question above is lack of sufficient evidence because of methodological limitations. In this paper, the prevalence rates, clinical difficulties and current information regarding etiology and treatment for psychiatric comorbidity in schizophrenia will be discussed.

**Keywords:** Schizophrenia, comorbidity, depression, obsessive compulsive disorder, anxiety disorder

# Psikiyatride sık görülen nöropsikiyatrik sendromlara yaklaşım

E. Cem Atbaşoğlu, Direnç Sakarya

**Özgeçmiş:** E. Cem Atbaşoğlu: Ankara Üniversitesi'nin Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Nöropsikiyatri Birimi'nde, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Disiplinlerarası Sınır Bilimleri Anabilim Dalı'nda ve Beyin Araştırmaları – Araştırma ve Uygulama Merkezi'nde (AÜ-BAUM) görev yapmaktadır. Başlıca ilgi alanları nöropsikiyatri, genetik etiyoloji ve psikiyatrik tanı ve sınıflandırma sistemleridir.

Direnç Sakarya

Psikiyatri uzmanlık eğitimini Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı'nda 2010 yılında tamamladıktan sonra Children's Hospital Boston, Harvard Medical School, Developmental Pediatrics bölümünde araştırma eğitimi almıştır.

**İletişim:** E. Cem Atbaşoğlu, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Dikimevi, Ankara, 06100  
**e-posta:** e.cem.atbasoglu@medicine.ankara.edu.tr

## ÖZET

Nöroloji ile psikiyatrinin ayrı dallar olmaları, ilgi alanlarındaki rahatsızlıkların doğasıyla ilgili temel farklardan çok, bu rahatsızlıklara atfedilen anlamların ve iki dalın uygulama koşullarının, bilimsel yöntemlerinin tamamen aynı olmayışına bağlıdır. Nörolojik rahatsızlıklar için "fizyolojik", "organik", psikiyatrik rahatsızlıklar için "strese bağlı", "psikolojik", "fonksiyonel" gibi nitelermeler kullanılır. Nörolojik rahatsızlıklar hastalık belirtileri olarak görülür, psikiyatrik rahatsızlıkların birçoğu kişilik zaaflarına ve stresörlere bağlanır. Aslında "yapısal-işlevsel", "organik-psikojen" gibi kategoriler, "eldeki olanaklarla gösterilebilen-gösterilemeyen" ya da "basit-karmaşık" gibi ayrımlara dayalıdır ve nitelendikleri klinik antitelere çok o antitelere ilişkin bilgi düzeyine işaret ederler. Bu nedenle, psikiyatrik tanılarla nörolojik tanılar birbirlerine eklenen (komorbid) tanılar olarak nitelermek, aralarında moleküler mekanizmalardan kültürel özelliklere kadar çeşitli düzeylerde kurulabilecek bağları zayıflatır ve anlaşılmasını güçleştirir. İki dal arasındaki resmi ayrım uzmanlık eğitimine ve uygulamaya da yansdığından, psikiyatristin nörolojik tanılar ve belirtileri iyi tanıması hem daha güç hem de özellikle önemlidir. Yazarların görüşü, iyi psikiyatrik uygulama için bütüncül bir nöropsikiyatrik yönelimin şart olduğu yolundadır. Yazının odağı olan bu yaklaşımın, resmi psikiyatrik tanılar hastalık modeli içinde ele alan ve ilgi alanını bunların biyolojik karşılıkları ve nedenleri ile sınırlı tutan biyolojik psikiyatri ile aynı olmadığını vurgulamak gerekir. Bütün nöropsikiyatridi gözden geçirmek mümkün olmadığından, nörolojik sendromlar arasından, yaygınlık, psikiyatride karşılıklılaşma olasılığı ve tanının gözden kaçırılmasının olumsuz sonuçlarının önem derecesi dikkate alınarak seçilen multipl skleroz, epileptik ve non-epileptik nöbetler, bilişsel sendromlar, serebrovasküler hastalıklar, baş ağrıları ve hareket bozukluklarına bütüncül yaklaşımla ilgili güncel bilgiler ve klinik ilkeler sunulmuştur.

**Anahtar sözcükler:** Nöropsikiyatri, komorbidite, tanı, tedavi

## ABSTRACT

### Approach to common neuropsychiatric syndromes in psychiatry

The formal distinction between neurology and psychiatry is artificial and not based on any essential difference between the diagnostic categories within their domains. Modern neuropsychiatry has maintained a uniform approach to all nervous and mental diseases, until practical issues and emerging methods of systematic observation necessitated different settings for patient care, namely, intensive care units or isolated mental institutions for severely ill patients and the couch and private practice for those with intact sensorium and reality testing. New methods of scientific inquiry have also shaped two scientific /medical communities, each holding equally ambitious claims to explain symptom formation. Many attributes of neurologic and psychiatric illness, still widely used and taught today, thus reflect differences in the level of available information on clinical entities, rather than the entities themselves – "organic vs psychogenic", "structural vs functional", "physiologic vs psychological", to name a few. With such arbitrary distinctions still prevailing in medicine, and the purely descriptive definitions of psychiatric diagnoses, an integrative neuropsychiatric approach is challenging in today's psychiatric practice. Our view is that a "comorbidity" context might understate the indispensability of this neuropsychiatric approach, which should not be mistaken with biological psychiatry, a field of psychiatry focusing on the biological correlates of diagnostic categories that happen to be assigned to the discipline in today's disease classifications. This review focuses on currently available information and clinical guidelines for neuropsychiatric syndromes judged to be more important in psychiatric practice because of their prevalence, higher likelihood of a psychiatric presentation especially at onset, and the potential negative consequences of missing the diagnosis: Multiple sclerosis, seizures, cognitive disorders, head ache and movement disorders.

**Key words:** Neuropsychiatry, comorbidity, diagnosis, treatment

# Madde kullanım bozukluklarında ektanı

Figen Karadağ

**Özgeçmiş:** 1983 yılında Ege Üniversitesi Tıp fakültesini bitirdi. Zorunlu hizmetini Bitlis Mutki Merkez Sağlık Ocağı ve Bitlis Devlet hastanesi Aile Planlaması Kliniğinde 1983-1987 yılları arasında yaptı. 1991 yılında Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesinden uzmanlığını aldı. İki yıl aynı hastanede Adli Psikiyatri Birimi'nde, 1993-2000 yılları arasında 4. Psikiyatri Birimi'nde ve 2000-2007 yılları arasında ise AMATEM bölümünde uzman olarak çalıştı. 2007 yılından beri Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı'nda öğretim üyesidir ve Alkol Madde Bağımlılığı Tedavi Ünitesini yönetmektedir.

**İletişim:** Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, İstanbul  
**e-posta:** fkaradag@tnn.net

## ÖZET

Madde kullanım bozukluğu ile başka bir psikiyatrik bir arada bulunması hemen hemen kuraldır. Madde kullanım bozukluğu olan hastaların yaklaşık 2/3 ünde ek bir tanı saptanmıştır. En sık görülen DSM-IV'e göre I. eksen ektanılar anksiyete bozuklukları, duygudurum bozuklukları, psikotik bozukluklar, disosiyatif bozukluklar ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğudur. Madde kullanım bozukluğuna bir başka tanı eklendiğinde her iki bozukluğun klinik seyri ve görünümü değişmektedir. Ektanı her iki bozukluğun daha erken başlamasına, sık yinelemesine, hastaneye yatış sayısının artmasına, remisyon sürelerinin kısalmasına, evsiz kalma, tutuklanma, şiddet uygulamaya, özkıyım riskinin artmasına ve enfeksiyonlara neden olmaktadır. Her iki bozukluğun tedavisi eş zamanlı ve aynı ruh sağlığı merkezinde yapılmalıdır. Madde kullanım bozuklukları ve psikiyatrik bozukluk ektanısının tedavi kılavuzlarını oluşturmak için henüz yeterli kanıt yoktur.

**Anahtar kelimeler:** Madde kullanım bozukluğu, ektanı, klinik seyir, tedavi

## ABSTRACT

Comorbidity in substance use disorders

Co-occurrence of substance use disorders with other psychiatric disorders is the rule rather than exception. About two-thirds of patients with substance use disorders had a comorbid disorder. The most common DSM-IV Axis I disorders are anxiety disorders, mood disorders, psychotic disorders, dissociative disorders and attention-deficit hyperactivity disorder. When a substance use disorder and an other psychiatric disorder co-occur, clinical course and presentation of two disorders change. It causes increase in recurrence and hospitalization numbers, shortening remission time, earlier onset of two disorders, being homeless, tendency to violence, increase in suicide risk, infections. Treatment of these two disorders should be done at the same time and in the same clinic. There is no sufficient evidence to develop guidelines for treatment of substance use disorders and psychiatric disorders comorbidities.

**Key words:** substance use disorder, comorbidity, clinical course, treatment